

Évolution de la Politique de Nutrition au Sénégal

Andrea L. Spray



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

ANALYSE ET PERSPECTIVE : 15 ANNÉES D'EXPÉRIENCE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE DE NUTRITION AU SÉNÉGAL



GRUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Évolution de la Politique de Nutrition au Sénégal

Juin 2018

Andrea L. Spray

Analyse et Perspective : 15 Années d'Expérience dans le
Développement de la Politique de Nutrition au Sénégal



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

Ce rapport a été rédigé par le personnel de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale et la Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (CLM, Unité de Coordination de la Nutrition du Gouvernement du Sénégal) ainsi que par des contributeurs extérieurs. Les observations, interprétations et conclusions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue des Administrateurs de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. Le ou les auteurs de ce rapport sont seuls responsables de son contenu. Ni la Banque mondiale ni la CLM ne garantissent l'exactitude des données contenues dans ce rapport. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent rapport ne reflètent aucun jugement de la part de la Banque mondiale ou de la CLM concernant le statut juridique d'un territoire ni la reconnaissance ou l'acceptation de ces frontières.

Rien dans le présent rapport ne constitue ou n'est considéré comme une limitation ou une renonciation aux privilèges et immunités de la Banque mondiale ou de la CLM, qui sont tous spécifiquement réservés.

Droits et autorisations



Ce rapport est disponible sous la License Creative Commons Attribution 3. IGO (CC BY 3.0 IGO) <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo>.

Sous la licence Creative Commons Attributions, il est possible de reproduire, distribuer, transmettre et adapter le contenu de ce rapport, notamment à des fins commerciales, sous réserve du respect des conditions suivantes :

Mention de la source : Le rapport doit être cité comme suit : Spray, Andrea L. 2018. « Évolution de la politique de nutrition au Sénégal ». Analyse et Perspective : 15 Années d'Expérience dans le Développement de la Politique de Nutrition au Sénégal. Banque mondiale, Washington DC ; CLM Dakar, Sénégal. License : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

Traductions – Si vous effectuez une traduction de ce rapport, veuillez ajouter à la mention de la source les clauses suivantes : *cette traduction n'a pas été effectuée par la Banque mondiale ou la CLM et ne doit pas être considérée comme une traduction officielle de la Banque mondiale ou de la CLM. La Banque mondiale et la CLM ne peuvent être tenues responsables pour le contenu ou des erreurs figurant dans cette traduction.*

Adaptations – Si une adaptation de ce rapport est produite, veuillez ajouter à la mention de la source le déni de responsabilité suivant : *le présent document est une adaptation d'un rapport original de la Banque mondiale et de la CLM. Les idées et les opinions exprimées dans cette adaptation n'engagent que l'auteur ou les auteurs de cette adaptation et ne sont pas validés par la Banque mondiale ou la CLM.*

Contenus Tiers – la Banque mondiale ou la CLM ne sont pas nécessairement propriétaires de chaque composante du contenu de ce rapport. Elles ne garantissent donc pas que l'utilisation d'une composante ou d'une partie quelconque du contenu du rapport ne porte pas atteinte aux droits des tierces parties concernées. L'utilisateur du contenu assume seul le risque de réclamations ou de plaintes pour violation desdits droits. Pour réutiliser une composante de ce rapport, il vous appartient de juger si une autorisation est requise et de l'obtenir le cas échéant auprès du détenteur des droits d'auteur. Parmi les composantes, on peut citer, à titre d'exemple, les tableaux, les graphiques et les images.

Toute demande relative aux droits de licences doit être adressée au Bureau Exécutif National de la Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (BEN/CLM) Rue 07 Point -E- BP 45001 Dakar – Fann Sénégal ; Tél : 33 869 01 99

Photo de couverture : Adama Cissé/CLM

Design de couverture : The Word Express Inc.

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Andrea L. Spray, Consultante en nutrition auprès de la Banque mondiale. Une mention spéciale est accordée au Dr Guelaye Sall professeur de pédiatrie pour son avant-projet sur lequel le présent rapport est largement basé. L'auteur est également à exprimer notre reconnaissance aux auteurs et conservateurs des nombreux documents historiques qui traitent de la lutte contre la malnutrition au fil du temps au Sénégal, et à travers ses différentes étapes.

Relecteurs. Nous exprimons notre reconnaissance à l'ensemble des relecteurs des rapports des séries – Elodie Becquey (IFPRI), Patrick Eozenou (la Banque mondiale), Dominic Haazen (la Banque mondiale), Derek Headey (IFPRI), Abdoulaye Ka (CLM), Jakub Kakiemek (la Banque mondiale), Ashi Kohli Kathuria (la Banque mondiale), Christine Lao Pena (la Banque mondiale), Biram Ndiaye (UNICEF), Jumana Qamruddin (la Banque mondiale), Claudia Rokx (la Banque mondiale). En consacrant du temps et de l'énergie, chacun d'eux a fourni une précieuse contribution qui a joué un rôle important dans l'évolution des séries.

Associés. Nous souhaitons également remercier les membres du groupe de travail des partenaires au développement suivants pour leurs conseils sur la conceptualisation, l'exécution et la finalisation des séries : Sophie Cowpplibony (REACH), Aissatou Dioum (UNICEF), George Fom Ameh (UNICEF), Julie Desloges (Gouvernement du Canada), Aida Gadiaga (PAM), Laylee Moshiri (UNICEF), Aminata Ndiaye (Gouvernement du Canada), Marie Solange N'Dione (Consultante), et Victoria Wise (REACH).

Client. Enfin, nous témoignons une reconnaissance sans bornes à l'équipe de la CLM, dont le travail est décrit dans les séries, ainsi qu'aux milliers de personnels de santé et bénévoles qui fournissent quotidiennement des services de nutrition vitaux aux populations vulnérables à travers le Sénégal.

Ce travail a été réalisé sous la direction de Menno Mulder-Sibanda (Chef d'équipe et Spécialiste en Nutrition, la Banque mondiale). La série a été préparée par une équipe dirigée par Andrea L. Spray (Consultante). Aaron Buchsbaum (la Banque mondiale) a soutenu la publication et la diffusion, avec Janice Meerman (Consultante) et Laura Figazzolo (Consultante). Les informations concernant le support financier pour la série sont fournies à la fin du rapport.

A propos de la série

Le gouvernement du Sénégal, à travers la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) du bureau du Premier Ministre, se lance dans le développement d'un nouveau Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition (PSMN) qui mettra l'accent sur deux grands domaines : 1) étendre et améliorer les services de nutrition et 2) un train de réformes pour ce secteur. Les réformes concerneront une réorientation de la politique, la gouvernance et le financement du PSMN. Le PSMN traitera du cadre et de l'échéancier pour le développement d'une stratégie financière pour la nutrition, qui nécessitera une analyse spécifique des dépenses du secteur et de la base financière, pour les relier à la couverture et à la qualité des services de nutrition.

Le Sénégal est réputé pour avoir l'un des systèmes de prestation de services de nutrition les plus efficaces et les plus ambitieux en Afrique. La malnutrition chronique a chuté à moins de 20%, un des taux les plus bas en Afrique continentale Sub-Saharienne. L'engagement du Gouvernement au programme de nutrition a augmenté de 0,3 million de dollars américain en 2002 à 5,7 million de dollars américain en 2015, ce qui s'est traduit par une augmentation dans la part du budget national de 0,02% à 0,12%. Cependant, ces améliorations n'ont pas entraîné une plus grande visibilité des interventions affectant la nutrition dans les secteurs importants que sont l'agriculture, l'éducation, l'assainissement, la protection sociale et la santé. L'absence de telles interventions dans ces secteurs combinée à une récente série de perturbations extérieures, a favorisé la fragmentation continue des approches, discours et interventions qui touchent la nutrition. De plus, il n'existe pas de cadre général permettant une prise de décision sur les investissements en matière de nutrition, ce qui hypothèque les résultats atteints jusqu'à maintenant. Pendant ce temps, les indicateurs sur la nutrition stagnent et d'autres problèmes ayant des implications sérieuses (faible poids à la naissance, déficience en fer, anémie, dénutrition maternelle et malnutrition aiguë) ont reçu peu ou pas d'attention.

Une analyse de l'efficacité des politiques en matière de nutrition peut contribuer à révéler l'importance de ces problèmes, y compris la résilience des ménages et des communautés face aux chocs liés à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et à orienter les priorités dans ce domaine. Cette série d'analyses et de recommandations, conjointement intitulées *Analyse et Perspective : 15 Années d'Expérience dans le Développement de la Politique de Nutrition au Sénégal* (« la série »), vise à permettre au gouvernement du Sénégal d'assurer un leadership stratégique dans le domaine de la nutrition. Par ailleurs, cette série justifie la pertinence de réaliser des investissements en matière de nutrition (*Le Bienfondé d'Investir dans la Nutrition au Sénégal*) en se fondant sur : 1) la rationalisation de l'usage de ressources pour les interventions rentables ; 2) la mobilisation des acteurs et des ressources ; 3) le renforcement de la visibilité des interventions de nutrition dans divers secteurs ; 4) la synergie des interventions et des investissements.

Cette série a été réalisée sous la supervision d'un groupe de travail constitué de partenaires du développement coordonnés par la Banque mondiale, en étroite collaboration avec la CLM. Le groupe de travail est composé de représentants des organisations suivantes : Gouvernement du Canada), REACH, UNICEF et la Banque mondiale.

Documents de la série :

Rapport	Description
État de la Nutrition au Sénégal <i>Marc Nene</i>	Une analyse de la situation nutritionnelle des groupes démographiques clés au Sénégal, et notamment les inégalités géographiques et sociodémographiques des chiffres de la nutrition et leurs déterminants.
Évolution de la Politique de Nutrition au Sénégal <i>Andrea L. Spray</i>	Une analyse chronologique du paysage politique de nutrition au Sénégal, y compris l'évolution des politiques de nutrition et des institutions concernées, ainsi que leurs implications respectives pour la planification et la priorisation des interventions.
Économie Politique de la Politique de la Nutrition au Sénégal <i>Ashley M. Fox</i>	Une analyse de la politique et des leviers politiques qui peuvent être actionnés au Sénégal pour favoriser le leadership du gouvernement et galvaniser la nécessaire coordination intersectorielle pour que la nutrition soit intégrée aux politiques et programmes gouvernementaux, et pour garantir de façon durable des interventions efficaces et efficientes sur le plan de la nutrition.
Financement de la Nutrition au Sénégal <i>Marie-Jeanne Offosse N.</i>	Une analyse des ressources alloués aux interventions de nutrition au Sénégal entre 2016 et 2019, une estimation des budgets mobilisables par le gouvernement pour financer la nutrition, et une évaluation des coûts d'interventions sélectionnées à fort impact.
Étude sur les Capacités dans le Secteur de la Nutrition au Sénégal <i>Gabriel Deussom N., Victoria Wise, Marie Solange Ndione, Aida Gadiaga</i>	Une analyse des capacités organisationnelles et institutionnelles pour la résolution des questions de nutrition au Sénégal, comprenant la CLM, les ministères clés et les autres acteurs qui concourent à l'amélioration des performances nutritionnelles au niveaux central, régional et local.
Coût et Bénéfices de la Mise à l'Échelle des Interventions de Nutrition au Sénégal <i>Christian Yao</i>	Analyse comparative des coûts et de l'efficacité de scénarios alternatifs pour la mise à l'échelle des interventions de nutrition au Sénégal sur les cinq ans du PSMN.
Les Risques Associés à la Mise à l'Échelle des Performances Nutritionnelles au Sénégal <i>Babacar Ba</i>	Analyse des risques potentiels liés au renforcement de la nutrition au Sénégal, probabilité de survenance, impact potentiel et atténuation potentielle des mesures.
Une Décennie de Soutien de la Banque Mondiale au Programme de Nutrition du Sénégal <i>Denise Vaillancourt</i>	Le rapport d'évaluation de la performance du Groupe d'évaluation indépendante de la Banque mondiale évalue dans quelle mesure les opérations de la Banque mondiale soutenant la nutrition au Sénégal de 2002 à 2014 ont atteint les résultats escomptés et en tire des enseignements pour orienter les investissements futurs.

Acronymes

Acronyme	Français	Acronym	English
AEC	Agence d'Exécution Communautaire	AEC	Community Executing Agency
AEN	Actions Essentielles en Nutrition	AEN	Essential Nutrition Actions
AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public	AGETIP	Executing Agency for Public Works and Employment
AGIR	Alliance Globale pour la Résilience (AGIR)—Sahel et Afrique de l'Ouest	AGIR	Global Alliance for Resilience (AGIR)—Sahel and West Africa
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé	WHA	World Health Assembly
BANAS	Bureau National d'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal	BANAS	Office for Food and Applied Nutrition in Senegal
BEN	Bureau Exécutif National	BEN	National Executive Bureau
BER	Bureau Exécutif Régional	BER	Regional Executive Office
CANAS	Comité d'Analyse Nutritionnelle et Alimentaire au Sénégal	CANAS	Committee of Food and Nutritional Analysis in Senegal
CCC	Communication pour le Changement de Comportement	BCC	Behavior Change Communication
CCCS	Communication pour le Changement de Comportement Social	SBCC	Social Behavior Change Communication
CIFF	Fondation du Fonds d'Investissement pour l'Enfance	CIFF	Children's Investment Fund Foundation
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition	ICN	International Conference on Nutrition
CIN2	Deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition	ICN2	Second International Conference on Nutrition
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition	CLM	Nutrition Coordination Unit
CNLM	Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition	CNLM	National Committee for the Fight against Malnutrition
CNSA	Conseil National sur la Sécurité Alimentaire	CNSA	National Food Security Council

Acronyme	Français	Acronym	English
COSFAM	Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments	COSFAM	Senegalese Committee for Food Fortification
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle	CREN	Center of Recovery and Nutritional Education
CRS	Catholic Relief Services	CRS	Catholic Relief Services
CTIUS	Comité Technique pour l'Iodation Universelle du Sel	CTIUS	Technical Committee for Universal Salt Iodization
DAN	Division de l'Alimentation et de la Nutrition	DAN	Division of Food and Nutrition
DANSE	Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant	DANSE	Division of Food, Nutrition and Child Survival
DFM	Double Fardeau de la Malnutrition	DBM	Double Burden of Malnutrition
DPE	Développement de la Petite Enfance	ECD	Early Childhood Development
DPNDN	Document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition	DPNDN	National Policy for the Development of Nutrition
DSE	Division de la Survie de l'Enfant	DSE	Division of Child Survival
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté	DSRP	Poverty Reduction Strategy Paper
EDS	Enquête sur la Démographique et la Santé	DHS	Demographic and Health Survey
EIC	Education, Information et Communication	IEC	Information, Education and Communication
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture	FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FEA	Femmes Enceintes et Allaitantes	PLW	Pregnant and Lactating Women
FMI	Fonds Monétaire International	IMF	International Monetary Fund
GAIN	Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition	GAIN	Global Alliance for Improved Nutrition
GIE	Groupement d'Intérêt Economique	GIE	Microenterprises

Acronyme	Français	Acronym	English
HKI	Helen Keller International	HKI	Helen Keller International
IDD	Troubles liés à la carence en iode	IDD	Iodine Deficiency Disorder
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires	IFPRI	International Food Policy Research Institute
ITA	Institut de Technologie Alimentaire	ITA	Food Technology Institute
IUS	Iodation Universelle du Sel	USI	Universal Salt Iodization
LPDN	Lettre de Politique de Développement de la Nutrition	LPDN	Nutrition Policy Letter
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère	SAM	Severe Acute Malnutrition
MI	Micronutrient Initiative	MI	Micronutrient Initiative
NASAN	Nouvelle Alliance pour la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle	NASAN	New Alliance for Food Security and Nutrition
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique	NEPAD	New Partnership for Africa's Development
NESA	Nutrition Enfant et Sécurité Alimentaire	NESA	Child Food and Nutrition Security
NETS	Nutrition Ciblée sur l'Enfant et les Transferts Sociaux	NETS	Child Targeted Nutrition and Social Transfers
OCCGE	Organisation de Coordination et de Coopération pour La Lutte contre les Grandes Endémies	OCCGE	Coordination and Cooperation Organization for the Control of the Major Endemic Diseases
ODD	Objectifs de Développement Durable	SDG	Sustainable Development Goals
OIT	Organisation Internationale du Travail	ILO	International Labor Organization
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement	MDG	Millennium Development Goals
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	WHO	World Health Organization
ONG	Organisation Non gouvernementale	NGO	Nongovernmental Organization
ORANA	Office de Recherches sur l'Alimentation et la Nutrition Africaine	ORANA	Research Organization for Food and Nutrition in Africa
ORSTOM	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer	ORSTOM	Office for Scientific and Technical Research Overseas
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition	PAIN	Package of Integrated Nutrition Actions
PAM	Programme Alimentaire Mondial	WFP	World Food Programme

Acronyme	Français	Acronym	English
PASAV	Projet d'Appui à la Sécurité Alimentaire des Ménages Vulnérables	PASAV	Food Security Support for Vulnerable Households Project
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	PCIME	Integrated Management of Childhood Illness
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant Communautaire	PCIME-C	Community Integrated Management of Childhood Illnesses
PDC	Plan de Développement Communal	PDC	Communal Development Plan
PDEF	Programme Décennal de l'Education et de la Formation	PDEF	Ten-Year Education and Training Program
PECMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë	PECMA	Community Management of Acute Malnutrition
PIB	Produit Intérieur Brut	GDP	Gross domestic product
PINKK	Projet Intégré de Nutrition dans les Régions de Kolda et de Kédougou	PINKK	Integrated Nutrition Project in Kolda and Kédégou Regions
PIUS	Programme d'Iodation Universelle du Sel	PIUS	Universal Salt Iodization Program
PNB	Produit National Brut	GNP	Gross national product
PNC	Projet de Nutrition Communautaire	PNC	Community Nutrition Project
PNDL	Programme National de Développement Local	PNDL	National Program for Local Development
PNDS	Plan National Développement Sanitaire et Social	PNDS	National Health Development Plan
PNIA	Programme National d'Investissement Agricole	PNIA	National Agriculture Investment Program
PNSE	Plan National de Survie de l'Enfant	PNSE	Child Survival Strategic Plan
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement	UNDP	United Nations Development Programme
PPNS	Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire	PPNS	Nutrition and Health Protection Program
PQDES	Plan Quadriennal de Développement Economique et Social	PQDES	Quadrennial Economic and Social Development Plan
PODES	Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social	PODES	Policy Plan for Economic and Social Development

Acronyme	Français	Acronym	English
PRF	Programme de Renforcement de la Fortification	PRF	Program for the Enhancement of Fortification
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition	PRN	Nutrition Enhancement Program
PSD-CMU	Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie	PSD-CMU	Health Coverage Strategic Plan
PSMI/PF	Programme de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale	PSMI/PF	Maternal and Child Health and Family Planning Program
PSMN	Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition	PSMN	Multisectoral Strategic Nutrition Plan
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal	SANAS	Nutrition and Food Service of Senegal
Enquêtes SMART	Enquêtes Suivi et évaluation Standardisés des Urgences et Transitions	SMART Survey	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions Survey
SNAN	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition	SNAN	National Service of Food and Nutrition
STC	Soins Thérapeutiques Communautaires	CTC	Community Therapeutic Care
SUN	Mouvement pour le Renforcement de la Nutrition	SUN	Scaling Up Nutrition Movement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture	UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	UNICEF	United Nations Children's Fund
URO-CREN	Unité de Réhydratation Orale— Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle	URO-CREN	Oral Rehydration Unit— Center of Recovery and Nutritional Education
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International	USAID	United States Agency for International Development
ZACH	Programme Alliance Zinc pour de la santé de l'enfant	ZACH	Zinc Alliance for Child Health

Sauf indication contraire, les indicateurs de nutrition de l'enfant mentionnés dans le présent rapport proviennent des estimations conjointes de la malnutrition infantile UNICEF-OMS-Banque mondiale¹.

Table des matières

Résumé exécutif	1
Introduction	5
Pose des fondations (années 1950–70)	9
Approche curative (années 1970–90)	15
Institutionnalisation de la nutrition (années 1990–2000)	23
Intensification et décentralisation (années 2000–2010)	31
Approche multisectorielle (années 2010)	43
Conclusion	49
Annexe A : Chronologie de la politique de nutrition au Sénégal	51
Notes de fin de rapport	57
Références	61

Liste des Encarts

Encart 1 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la <i>Génération Pose des Fondations</i>	14
Encart 2 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la <i>Génération de l'Approche Curative</i>	21
Encart 3 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la <i>Génération de l'Institutionnalisation de la Nutrition</i>	30
Encart 4 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la <i>Génération de l'Intensification et Décentralisation</i>	41
Encart 5 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la <i>Génération de la Approche Multisectorielle</i>	47

Liste des Figures

Figure 1 : Retard de croissance des enfants de moins de 5 ans au Sénégal (1992–2014)	19
Figure 2 : Émaciation des enfants de moins de 5 ans au Sénégal (1992–2014)	19
Figure 3 : Organigramme du PNC	26
Figure 4 : Organigramme du PRN	33



Photo : Adama Cissé/CLM

Résumé exécutif

Avec une réduction de 46% des cas de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, allant de 34,4% en 1992 à 19,4% en 2014, le Sénégal a enregistré l'un des meilleurs taux d'amélioration de la malnutrition dans le monde, et détient actuellement l'un des taux de retard de croissance les plus faibles en Afrique sub-saharienne. Comment y est-on parvenu et quelles sont les contributions des diverses politiques de nutrition au fil du temps ? L'objet du présent rapport est de donner un aperçu historique des politiques de nutrition au Sénégal, ainsi que l'analyse du paysage des politiques nutritionnelles, l'évolution des politiques et des institutions en matière de nutrition, et leurs implications en termes d'élaboration de programmes et de priorisation des interventions.

La politique de nutrition au Sénégal a évolué à travers plusieurs générations distinctes que l'on définit comme suit : pose des fondations (années 1950–70), approche curative (années 1970–90), institutionnalisation de la nutrition (années 1990–2000), intensification et décentralisation (années 2000–2010), et approche multisectorielle (années 2010). Pour chaque génération, six facteurs clés de réussite ont été identifiés : 1) promotion de la nutrition ; 2) ancrage institutionnel ;

3) coordination et collaboration multisectorielle ; 4) appropriation au niveau communautaire ; 5) services et plateformes de prestation intégrés ; et 6) engagement des partenaires.

Pose des fondations (années 1950–70). Avant l'indépendance du Sénégal en 1960, la sécurité alimentaire et nutritionnelle était déjà une grande priorité, et il a fallu un leadership constant pendant des décennies pour garder cette priorité. Au cours de cette génération, en 1961, le premier Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (PQDES) a priorisé le renforcement de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, identifié les femmes et les enfants comme un groupe vulnérable, et budgétisé les ressources pour la recherche sur l'alimentation et la nutrition. De plus, de grandes institutions ont été mises sur pied avec une importance durable accordée à la nutrition. Ainsi, des programmes de nutrition communautaire et d'autres initiés par des structures de santé, et des programmes de protection agricole et sociale sensibles à la nutrition ont été mis en œuvre, bien que ce fût à petite échelle. Pour la plupart, les programmes de nutrition initiés par les établissements de santé, s'il y en a eu, se sont focalisés sur les soins curatifs et la distribution de denrées alimentaires. Les services de

nutrition pendant cette période n'étaient pas intégrés, mais constituaient un ensemble disparate d'initiatives isolées et sans doute inefficaces. Les enquêtes sur la consommation alimentaire des Sénégalais qui datent de 1946 ont fait état de carences généralisées en micronutriments et en protéines. Les données représentatives en matière de nutrition au niveau national n'ont été disponibles qu'à partir de 1986.

Approche curative (années 1970–90). Pendant cette génération, le Sénégal a perdu du terrain sur le plan social et économique. La sécheresse qui a sévi au Sahel entre 1968 et 1974 a été la première crise environnementale généralisée qui a secoué le pays après l'indépendance. En 1979, le Sénégal a adopté une série de réformes d'ajustement structurel qui visaient à réduire le rôle de l'Etat dans l'économie, avec l'appui de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international (FMI). La politique formelle de nutrition pendant cette génération était principalement formulée à travers des documents nationaux de référence. Le Sénégal avait une longueur d'avance sur le plan international pour avoir mis l'accent, dans le cadre de la politique nationale, sur la prise de conscience grandissante de l'importance de la nutrition au niveau mondial, des causes et conséquences de la malnutrition. Cependant, la Stratégie d'Investissement de 1977 visant à atteindre ces objectifs dans le domaine de l'alimentation a fait l'objet de beaucoup de critiques pour ne pas s'être attaquée aux causes fondamentales de la malnutrition. Avant 1980, les infrastructures sanitaires au Sénégal étaient complètement désorganisées et avaient perdu toute crédibilité. La coordination et la fourniture de services de nutrition au Sénégal étaient très faibles pendant cette période, et sont restés concentrés principalement sur les soins de santé curatifs au niveau des structures de santé et la supplémentation alimentaire avec comme cibles les centres urbains. Malgré les efforts en croissance pour fournir des services de nutrition aux populations vulnérables, les taux de retard de croissance continuaient d'augmenter de manière considérable.

Institutionnalisation de la nutrition (années 1990–2000). Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant au Sénégal pendant cette période était en chute

libre, et plus de deux tiers de la population vivaient en deçà du seuil de pauvreté, avec des indicateurs économiques et sociaux d'un niveau très faible, même si on les compare avec ceux des pays voisins et des pays à faible revenu d'une manière générale. Ensuite en 1994, les réformes d'ajustement structurel des années 1980 ont conduit à une dévaluation subite du franc CFA imposée par le FMI. Cela a entraîné une inflation fulgurante, la détérioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, et une agitation en milieu urbain, particulièrement chez les jeunes professionnels des grandes villes. La politique nationale de développement de la nutrition pendant cette période était en effet définie par les termes des programmes de nutrition en place. Cependant, tout au long de cette période, l'opérationnalisation des interventions de nutrition était confié à l'Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public (AGETIP), et l'ancrage institutionnel était logé au niveau de la présidence. L'AGETIP n'avait aucune expérience préalable en matière de programmes de santé ou de nutrition, mais elle a été choisie comme maître d'ouvrage du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) financé par la Banque mondiale qui venait d'être lancé. Parallèlement, la Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition (CNLM) a été créée au bureau du Président afin de garantir la disponibilité d'un filet de sécurité pour les pauvres et, et avec la responsabilité de la surveillance de la PNC. L'objectif en matière de nutrition était de prévenir la détérioration de la situation nutritionnelle chez les plus vulnérables dans les zones urbaines ciblées. Le PNC était innovant en ce sens qu'il permettait de mobiliser les jeunes dans la gestion, la formation, la fourniture et la supervision de services préventifs de nutrition au niveau communautaire. En fin de compte, bien que le PNC fût un projet populaire en ce sens qu'il fournissait des services nutritionnels et créait de l'emploi dans les zones urbaines, il a pâti de sévères difficultés relatives au ciblage, aux coûts, à la coordination, à la qualité et au problème de corruption. Pendant cette période, on a enregistré une faible baisse du taux de retard de croissance, allant de 34,4% en 1992 à 29,5% en 2000.

Intensification et décentralisation (années 2000–2010). L'administration du président Wade nou-

vement élue a fait la promotion d'une approche plus progressiste de développement économique marquée par un environnement plus pluraliste, la promotion du secteur privé et un accent plus poussé sur le développement du capital humain. La nutrition était perçue comme un élément essentiel du développement humain ; et le Chef de l'Etat et la Première Dame se sont tous les deux révélés comme de grands défenseurs de la nutrition. En 2001, la Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (CLM) a été mise sur pied pour prendre le relais de la CNLM ; et son point d'ancrage institutionnel est alors placé sous la responsabilité du Premier Ministre. Le Bureau Exécutif National (BEN) a été créé au sein de la CLM, ainsi que le bureau exécutif permanent en charge de la gestion quotidienne et l'agence de mise en œuvre chargée d'exécuter le projet de nutrition financé par la Banque mondiale, le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN). De plus, une ligne budgétaire spécifique dédiée à la nutrition a été créée dans le budget national. La Lettre de Politique de Développement de la Nutrition (LPDN) a élaboré, pour la première fois, la politique nationale de nutrition et dégagé des stratégies appropriées pour les programmes et le suivi. Le PRN fonctionne à divers niveaux, avec une collaboration multisectorielle impliquant les ministères, les Organisations non gouvernementales (ONG), le secteur privé, les collectivités locales et les communautés. Des indicateurs ont été définis sur la base desquels les avancées étaient mesurées, y compris les pratiques en matière de nutrition, la couverture des services de nutrition, et les connaissances en la matière. De 2000 à 2012, le taux de retard de croissance est passé de 29,5% à 19,2%. Ces résultats ont été atteints à un coût nettement plus faible que sous le PNC.

Approche multisectorielle (années 2010). La fin de l'année 2015 a coïncidé avec la fin des Objectifs de Développement Durable (ODD). Le Sénégal a enregistré des résultats mitigés. Les progrès en termes de famine étaient nuls : 24,5% en 1991 contre 24,6% en 2015. Cependant, durant la période des

ODD, le retard de croissance a chuté remarquablement de 44%, allant de 34,4% en 1992 à 19,4% en 2014. Ce résultat unique a consolidé la place du Sénégal comme leader mondial en matière de politique de nutrition. L'alternance politique qui a vu le remplacement du Président Abdoulaye Wade par le Président Macky Sall en 2012 a marqué la fin d'un chapitre au cours duquel la politique de nutrition a bénéficié d'une visibilité politique inhabituelle. La reconnaissance au niveau mondial s'est traduite en une hausse des financements pour la nutrition au Sénégal ; l'engagement financier du Gouvernement en faveur de la nutrition s'est accru, aussi bien en valeur absolue qu'en dépense dans le secteur de la nutrition. En 2015, le Document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition (DPNDN) a énoncé une nouvelle vision. Le Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition (PSMN), en cours d'élaboration, va rendre le DPNDN opérationnel et constituera le principal outil de coordination. Le PRN continue d'être le programme-phare du Sénégal en matière de nutrition.

En 2014, le Président Sall a lancé le Plan Sénégal Emergent avec l'objectif de faire du Sénégal un pays émergent à l'horizon 2035 en renforçant le bien-être de la population et en garantissant l'accès aux services sociaux de base. Le Sénégal ne pourra pas obtenir le statut de pays émergent sans assurer une amélioration continue de la nutrition. Les éléments disponibles lors du lancement des Objectifs de Développement Durable (ODD) indiquent que les progrès dans la réalisation de nouveaux objectifs en matière de nutrition sont au point mort et le Sénégal est considéré « à la dérive ». Il devient nécessaire d'avoir des interventions plus favorables à la nutrition dans d'autres secteurs, un meilleur ciblage pour identifier les zones les plus problématiques et renforcer l'effort d'extension des services vers les zones difficiles d'accès. Pour atteindre les objectifs de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et de l'ODD, il est essentiel d'avoir plus de ressources financières.



Photo : Adama Cissé/CLM

Introduction

Justification. La nutrition a été ancrée dans les politiques de développement social et économique au Sénégal depuis la naissance de la République. L'évolution de la politique de nutrition et son impact sur l'état de la nutrition au Sénégal est le résultat d'une interaction constante entre les événements sociaux, environnementaux et économiques, l'environnement politique, les connaissances sur l'état de la nutrition, et l'engagement et l'influence des acteurs externes. Puisque la politique de nutrition englobe tout ce qui est réellement mis en œuvre, elle est donc influencée par les capacités et ressources disponibles à tous les niveaux. Avec une réduction de 46% du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, passant de 34,4% en 1992 à 19,4% en 2014, le Sénégal a enregistré l'un des taux les plus élevés au monde en termes d'amélioration, et a actuellement l'un des taux de retard de croissance les plus bas d'Afrique sub-saharienne. Cette performance a mis le Sénégal à l'honneur et d'autres pays, particulièrement les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, voient le Sénégal comme modèle à suivre concernant les interventions en matière de nutrition. Bien entendu, dans la lutte contre la malnutrition au niveau mondial, le Sénégal a souvent eu une longueur d'avance, se plaçant ainsi dans la position d'orienter les initiatives de plaidoyer

au niveau mondial, et pas uniquement un bénéficiaire de la base de données factuelles mondiale.

Objectif. L'objectif du présent rapport est de faire un tour d'horizon historique sur les politiques de nutrition au Sénégal, y compris une analyse du paysage des politiques de nutrition, l'évolution des politiques et institutions de la nutrition et leurs implications en termes de programmes et de priorisation des interventions. À cet égard, le rapport vise à mettre en contexte les investissements futurs dans le secteur et le PSMN en cours d'élaboration, et à servir de source d'information pour le processus de prise de décision à cette phase cruciale. Ici, le terme « politique » renvoie à tout ce qui touche à l'orientation et à la gestion de la nutrition, que cela soit effectif (réalisé par tous) ou non-effectif (resté théorique), formel (écrit et adopté) ou informel (comportements et pratiques institutionnels non écrits). Le délai des politiques de nutrition ou des initiatives connexes est fourni en annexe A.

Tendances générales. La politique de nutrition au Sénégal est passée par une série de générations distinctes² qui sont définies comme suit : pose des fondations (années 1950–70), approche curative (années 1970–90), institutionnalisation de la nutrition (an-

nées 1990–2000), intensification et décentralisation (2000–2010), et approche multisectorielle (années 2010). Ces générations sont résumées ci-dessous. Le reste du rapport décrit l'évolution de la politique de nutrition par génération et ses intersections avec les projets et programmes, les institutions, les initiatives prises aux niveaux mondial et régional, les événements socio-politiques, et les connaissances et le plaidoyer en matière de nutrition. Pour chaque génération, le rapport aborde les six thèmes suivants relatifs à l'évolution de la politique de nutrition au Sénégal, facteurs essentiels à sa réussite : 1) promotion de la nutrition ; 2) ancrage institutionnel ; 3) coordination et collaboration multisectorielle ; 4) appropriation au niveau communautaire ; 5) services et plateformes de prestation intégrés ; et 6) engagement des partenaires.

Les générations de politique de nutrition

Il y a d'abord la **génération de la pose des fondations (années 1950–70)**, allant de la période avant l'indépendance jusqu'à la sécheresse au Sahel. Durant cette génération, les connaissances au niveau mondial sur la malnutrition (comment elle se manifeste et ses conséquences à moyen et long terme) étaient à un stade embryonnaire. Les interventions contre la malnutrition (particulièrement celles à grande échelle) étaient encore inédites, bien que quelques actions de réadaptation nutritionnelle et de distribution de denrées alimentaires aient eu lieu. Ce qui ressort de cette génération est que la nutrition jouissait déjà d'une grande visibilité aux niveaux les plus élevés à l'avènement de la République en 1960. Cela est illustré plus fortement par le premier (1961), le deuxième (1965) et le troisième (1969) PQDES qui ont, entre autres, mis sur pied une série d'institutions dédiées à l'alimentation et à la nutrition, et érigé la protection maternelle et infantile comme priorités nationales.

Ensuite est apparue la **génération de l'approche curative (années 1970–90)** marquée par une plus grande prise de conscience de l'importance et de l'étendue de la malnutrition au Sénégal, suite à la sécheresse au Sahel, avec les premières missions d'urgence en

matière de nutrition de grande envergure pour y faire face. Mises en œuvre avec l'appui de partenaires internationaux, ces premières tentatives d'intervention à grande échelle ont jeté les bases pour la mise en place d'infrastructures de renforcement de la nutrition qui ont plus tard évolué et été renforcées au cours des décennies suivantes. Pendant cette période, les interventions en faveur de la nutrition concernaient principalement l'identification et le traitement de cas de malnutrition aiguë, même si l'accent était également mis sur les déterminants multisectoriels de la malnutrition, l'importance des interventions préventives précoces et les conséquences à long terme de la malnutrition pour le développement humain. En définitive, ces interventions d'envergure en faveur de la nutrition n'ont manifestement pas réussi à améliorer la situation nutritionnelle.

La maîtrise des causes et conséquences de la malnutrition et l'échec notable des projets de nutrition antérieurs pour obtenir des résultats, ont conduit à la **génération d'institutionnalisation de la nutrition (années 1990–2000)**. Cette génération était marquée par une réorientation vers une approche préventive à travers des séries d'interventions intégrées et des interventions communautaires dans un élan de « mieux faire les choses » en faveur de la nutrition. Cette génération a également vu l'arrivée de la Banque mondiale dans le financement de la nutrition au Sénégal. Un changement est intervenu dans l'ancrage institutionnel de la nutrition pendant cette période, un tournant décisif qui a annoncé la politisation de la politique de nutrition.

La **génération de l'intensification et de la décentralisation (années 2000–2010)** a commencé avec l'arrivée au pouvoir du Président Abdoulaye Wade, avec la création subséquente de la CLM et le lancement du PRN, jusqu'à l'adhésion du pays au Mouvement pour le Renforcement de la Nutrition (SUN). Il s'agit d'une décennie d'action en faveur de la nutrition qui a inversé la tendance pour la politique de nutrition au Sénégal, avec très vite, de meilleurs résultats. Pour la première fois, le Sénégal a élaboré une politique nationale de la nutrition et institué une approche multisectorielle cohérente en vue de renforcer la nutrition avec une ligne

budgétaire spécifique dédiée. Un soutien politique fort sous le Gouvernement Wade, combiné avec un effort concerté intensifié par la course vers l'atteinte des OMD, s'est traduit par des améliorations généralisées en termes de retard de croissance, ce qui a placé le Sénégal sous les projecteurs aux niveaux national et mondial. Cette période a également vu l'émergence des premiers efforts résolus de lancement d'interventions sensibles à la nutrition au Sénégal.

La génération actuelle de **l'approche multisectorielle (années 2010)** a débuté avec l'alternance de régime du Président Wade vers le Président Macky Sall en 2012, avec un pays toujours aux avant-postes comme leader mondial en matière d'intervention de nutrition. Les pouvoirs publics ont tiré parti des réalisations en termes de réduction spectaculaire de la malnutrition pour attirer plus de financement en faveur de la nutrition, y compris en provenance des ressources publiques. Les nouvelles preuves démontrant que le retard de croissance ne pouvait pas être endigué uniquement à travers des interventions spécifiques à la nutrition, combinées avec des niveaux sans précédent d'engagement et de collaboration, ont entraîné une in-

tensification de l'accent sur les interventions sensibles à la nutrition dans tous les secteurs clés. Des efforts sont actuellement déployés pour définir les contours de la future politique de nutrition dans une administration Sall déterminée à faire du Sénégal un pays émergent à l'horizon 2035.

L'évolution de la politique de nutrition et son impact sur les résultats en termes de nutrition au Sénégal ont justifié la reconnaissance mondiale dont elle fait l'objet, mais il reste de sérieuses difficultés à surmonter, tandis que des menaces au niveau mondial pointent à l'horizon. Les éléments disponibles lors du lancement des ODD montrent que les avancées quant aux nouvelles cibles en matière de nutrition sont au point mort et le Sénégal est considéré comme étant « à la dérive ». Le Sénégal ne pourra atteindre le statut de pays émergent sans une amélioration continue de la situation nutritionnelle. Si le Sénégal espère bénéficier des acquis chèrement gagnés, atteindre ses objectifs et maintenir sa position de leader mondial en termes d'intervention de nutrition, il est essentiel de renforcer la décentralisation et l'appropriation chez les autorités régionales et locales en augmentant les investissements.



Photo : Adama Cissé/CLM

Pose des fondations (années 1950–70)

De la période avant l'indépendance à la sécheresse au Sahel

Contexte de la nutrition

Au Sénégal. Pour bien comprendre l'évolution de la politique de nutrition au Sénégal et comment le Sénégal est parvenu à être leader en termes d'intervention de nutrition, il est important de reconnaître qu'avant même l'indépendance, plusieurs percées relatives à la nutrition avaient été enregistrées. L'histoire de Dakar en tant que capitale de l'Afrique Occidentale Française de 1895 à 1958 a très vite consolidé la position du Sénégal comme siège de l'autorité régionale pour la nutrition et autres. Le Sénégal a obtenu son indépendance en 1960 et a eu uniquement deux présidents, tous les deux du Parti Socialiste, en quarante ans, jusqu'en 2000. La sécurité alimentaire et nutritionnelle a été une grande priorité au début, et le leadership stable a permis de garder cette priorité à ce niveau. De plus, les premières réformes de décentralisation ont été initiées en 1964, jetant ainsi les bases pour ce qui deviendra le cadre de coordination multisectorielle des activités en faveur de la nutrition au niveau local.

Aux niveaux mondial et régional. En 1956, avant l'indépendance, l'Office de Recherches sur l'Alimen-

tation et la Nutrition Africaine (ORANA)³ a été mis sur pied par les Français et basé à Dakar (1956). Depuis 1961, l'ORANA a fonctionné comme un institut de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Bien que l'ORANA et l'OCCGE couvrirent les anciennes colonies d'Afrique Occidentale Française⁴, dans la pratique, l'ORANA fonctionnait comme un centre de référence sur les questions de nutrition pour toute la région du Sahel, en menant des recherches dans le domaine de la biochimie de la nutrition, des maladies, du traitement et de la surveillance. L'ORANA est sans doute la structure qui aura créé notamment le premier tableau de la composition alimentaire africaine. Plus en rapport avec le présent rapport, le Sénégal a, à travers des partenariats avec l'ORANA et plusieurs universités, formé un groupe de spécialistes en nutrition, une ressource précieuse que n'avaient pas les autres nations africaines à cette période et qui a contribué à la promotion de la nutrition au Sénégal pendant des décennies.

En 1968, Dakar a accueilli la Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l'Alimentation de l'Enfance parrainée par l'Agence des États-Unis pour le

Développement International (USAID), qui a vu la participation de représentants de treize pays de la sous-région et des agences de l'ONU (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et UNICEF), l'OCCGE et l'ORANA, avec les mots de bienvenue prononcés par Abdou Diouf, alors Ministre du Plan et de l'Industrie qui deviendra plus tard le Président de la République. Les travaux de la Conférence mettaient l'accent sur les facteurs liés aux « conditions permanentes de sous-alimentation », y compris les « domaines sans lien apparent que sont l'agriculture, l'économie, la technologie alimentaire et l'éducation » (Republic of Senegal and USAID 1968). Les actes de la Conférence ont donné un aperçu pour mieux comprendre les causes et conséquences de la malnutrition à l'époque, ainsi que le point de vue des leaders mondiaux sur l'importance de l'intervention et les moyens efficaces à mettre à disposition.

Dans son allocution de bienvenue, Abdou Diouf a confirmé l'importance de la volonté politique et de l'appropriation de la question de la nutrition par le Gouvernement, en déclarant que : « quel que soit le montant de l'aide étrangère, cela ne peut pas remplacer l'effort que doivent consentir chacune des nations concernées pour venir à bout des problèmes de nutrition qui existent dans chaque pays, et pour développer et consolider une politique concrète visant à les résoudre ». (Republic of Senegal and USAID 1968). Dans son discours liminaire, le Directeur de l'Animation Rurale, Ben Mady Cissé, a déclaré que : « une nutrition saine est devenu un problème de santé et un problème social à la fois, et ...la solution à ces problèmes se trouve dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire ». (Republic of Senegal and USAID 1968).

La Politique de nutrition

Les Politiques. Cette génération a été marquée par l'élaboration de plusieurs politiques et la création d'institutions qui ont jeté les bases pour la priorisation de la santé maternelle et infantile au Sénégal, avec des ramifications considérables pour la nutrition. Déjà

en 1954, avant l'indépendance, la réglementation des congés de maternité prévoyait des allocations en espèces, la protection sanitaire et la sécurité de l'emploi pour les femmes travaillant dans le secteur formel pour une période de 14 semaines, et des formes de protection explicite pour l'allaitement et contre le travail physique pénible. Il existe des documents nationaux de référence qui ont joué un rôle primordial, tout au long de l'histoire du Sénégal, dans la définition de la politique de nutrition, en commençant par le premier PQDES en 1961 qui a placé sans équivoque la nutrition en tête des priorités nationales.

Le premier PQDES a priorisé le renforcement de la sécurité alimentaire et nutritionnelle à travers des coopératives rurales et l'aide aux paysans, identifié les femmes et les enfants comme groupe vulnérable et alloué des ressources budgétaires pour la recherche alimentaire et nutritionnelle, y compris la création de l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA) qui continue de se développer. Le deuxième PQDES en 1965 a développé davantage les infrastructures et la capacité du Sénégal en matière de nutrition en créant une unité distincte de renforcement de la nutrition⁵ appelé le Bureau National d'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (BANAS) et en désignant l'ORANA comme structure dédiée pour la formation de jeunes nutritionnistes africains. Le troisième PQDES en 1969 a été marqué par un plus fort engagement politique au plus haut niveau en ce qui concerne les résultats en matière de nutrition, en érigeant, comme deuxième priorité en milieu rural, la protection maternelle et infantile, la première priorité en milieu urbain étant la prévention de la mortalité infantile.

Les Institutions. Au cours de cette génération, deux principales institutions ont été mises sur pied avec une importance à long terme accordée à la nutrition. Il s'agit d'abord de l'ITA, un institut de recherche créé en 1963 dans le cadre du premier PQDES en vue d'orienter et coordonner la recherche sur le traitement, la transformation et l'utilisation de produits alimentaires locaux. Durant cette période, le Sénégal était déjà en train d'explorer la fortification des denrées alimentaires et la production de suppléments

alimentaires plus riches en nutriments pour s'attaquer aux carences en nutriments, et voir comment les produire à faible coût, de manière à les rendre abordables pour les segments de la société les plus vulnérables. Après plusieurs itérations, et grâce au soutien de la FAO et de l'USAID, la mission de l'ITA aujourd'hui reste la science alimentaire appliquée : apporter de la valeur aux denrées alimentaires produites localement à travers la transformation et l'assurance qualité pour renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et augmenter le volume des exportations. La seconde institution était le BANAS, rattaché au ministère de la Santé⁶, qui était chargée, en collaboration avec l'ORANA et l'ITA, de coordonner et intensifier l'action contre les carences alimentaires et nutritionnelles à travers le développement, la dissémination et la supervision de normes pour la prestation de services de nutrition.

Les Programmes. Il y a peu d'archives historiques sur le paysage de la santé et de la nutrition au Sénégal jusqu'aux années 70. Mais il est rapporté qu'avant 1939, il y avait, dans tout le pays, 3 hôpitaux, 4 centres médicaux, 42 maternités, 10 centres de consultation et plusieurs léproseries (UNESCO 1964). Avant les années 1970, avec le soutien de l'OMS et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), le Sénégal a formé des centaines d'étudiants en médecine, de personnes au métier de sage-femme, en pédiatrie, en assistance sociale, en économie, dans la profession infirmière, etc. Bien que des programmes communautaires de nutrition et des programmes établis par les structures de santé, ainsi que des programmes agricoles et de protection sociale sensibles à la nutrition aient été mis en œuvre, les archives de cette période indiquent que ces programmes étaient mis en œuvre à petite échelle avec une incidence limitée sur les résultats en matière de nutrition.

Les programmes de nutrition élaborés par les structures de santé, le cas échéant, étaient sous la supervision du ministère de la Santé et mettaient l'accent sur les soins curatifs et la distribution de denrées alimentaires à travers les Unités de Réhydratation Orale—les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (URO-CRENS). Typiquement, un Centre de Récupé-

ration et d'Education Nutritionnelle (CREN) était un service ou une petite branche d'une structure hospitalière dédiée au traitement des enfants atteints de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) et, dans le cas des URO-CREN, les cas de MAS avec déshydratation due à une diarrhée sévère. Moins fréquemment, un CREN pourrait être une structure séparée gérée par une ONG ou une Organisation Professionnelle. De telles activités en faveur de la nutrition jouissaient d'une très grande visibilité, s'attaquaient à un besoin immédiat et étaient efficaces dans la mobilisation de soutien politique. Cependant, dans la pratique, les CREN étaient le plus souvent dans l'incapacité d'offrir des soins de fond du fait de la rupture de stocks de produits thérapeutiques (tels que le F75 à base de lait et le F100) du fait du manque de ressources financières, de la mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement, du manque de formation du personnel médical ou de la négligence de la part du personnel de santé.

La reconnaissance des limites des soins curatifs dans les structures de santé et l'importance de la qualité et de la quantité dans le régime alimentaire⁷ ont entraîné la mise en œuvre de projets de nutrition communautaires à petite échelle et d'interventions de promotion sanitaire. Par exemple, il y a des indications qui font état d'une approche préventive prise par les garderies en milieu rural (Mehra, Kurz and Paolisso 1992). Ces structures étaient mises en place par le secteur éducatif (Direction de l'Animation Rurale et la Promotion Humaine), avec le soutien d'ONG et étaient censées dispenser une éducation nutritionnelle à travers des démonstrations de cuisine, « pas uniquement aux mères, mais à toutes les femmes qui, à travers leurs familles, sont impliquées dans la croissance des enfants » (Republic of Senegal and USAID 1968). Certains de ces projets ont évolué pour devenir des plateformes de prestation de services de santé courants comme les vaccinations. Cependant, leur objet initial était de fournir un cadre sécurisé pour la garde d'enfants âgés entre 6 mois et 5 ans, pendant que les soignants travaillaient aux champs⁸. Bien qu'elles constituent historiquement un exemple d'interventions sensibles à la nutrition, ces structures et d'autres initiatives préventives, avaient une portée et une couverture limitées.

IMPACT

Les archives de cette époque indiquent que “l’incidence de la malnutrition est mal comprise en Afrique. Certains la voient partout et d’autres en nient l’existence” (Republic of Senegal and USAID 1968). Cependant, les déclarations du Ministre Abdou Diouf lors de la Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l’Alimentation de l’Enfance sont illustratives de la préoccupation concernant l’incapacité à maintenir la production alimentaire avec les taux de croissance démographique, et la reconnaissance des liens entre les carences nutritionnelles qui causent “la mortalité précoce, ... le retard dans le développement somatique et psychomoteur de nos enfants et limitent la capacité productive de nos adultes” (Republic of Senegal and USAID 1968).

Les enquêtes sur la consommation alimentaire au Sénégal depuis 1946 faisant état de carences généralisées en micronutriments et en protéines sont corroborées par des études sur la nutrition à cette époque indiquant des taux de 3% de kwashiorkor, 25% de pré-kwashiorkor et 30% de mortalité infantile. Les recherches conduites à Dakar en 1965 montrent que la malnutrition était impliquée dans 50 à 55% des cas d’hospitalisation d’enfants. Des données plus précises et représentatives au niveau national ne sont disponibles pour le Sénégal qu’en 1986.

D’autres interventions innovantes sensibles à la nutrition ont été menées à cette époque dans le domaine de l’agriculture et de la protection sociale, même si ce fut à petite échelle. Poussés par les efforts déployés pour renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et en utilisant les dernières évolutions de la science nutritionnelle, les projets mis en œuvre lors de cette période visaient à accroître la diversité de la production à travers l’agriculture et l’éducation nutritionnelle et une communication pour le changement de comportement (CCC). Une campagne médiatique appuyée par l’Organisation des Nations Unies pour l’Education, la Science et la Culture (UNESCO) a encouragé la population sénégalaise à être « aussi bien producteurs que consommateurs » (Republic of Senegal and USAID 1968). Les séances d’éducation ont été facilitées par animatrices formées⁹, des volontaires en animation et expansion, au niveau des Centres d’expansion ruraux avec l’appui technique des Directions chargées de la Protection maternelle et infantile, du BANAS, de l’Education sanitaire et de l’Economie domestique. Des programmes de cantine scolaire et de maraichage à petite échelle ont également été mis en œuvre, avec des villages pilotes intégrant une éducation et des activités en matière d’agriculture et de nutrition.

Si les efforts visant à améliorer la malnutrition ont essentiellement porté sur le kwashiorkor et les carences

en micronutriments, il faut également remarquer que les archives de cette époque faisaient état déjà de certaines préoccupations dans les zones urbaines concernant « les soi-disant aliments de prestige » et la preuve de « l’incidence inquiétante de l’obésité », allant jusqu’à noter que « Coca Cola pourrait causer la ruine de certains de nos Etats ». (Republic of Senegal and USAID 1968). Cela témoigne des disparités en termes de nutrition entre les populations urbaines et les populations rurales du Sénégal, et la prise de conscience de ces tendances évolutives, tout au moins chez les experts spécialisés en nutrition.

Les thèmes clés

Avant les années 1970, beaucoup de caractéristiques clés de la politique de nutrition du Sénégal étaient en place. Les premières tentatives d’interventions en faveur de la nutrition ont attiré l’attention sur les défis que l’on ne pourrait relever que lors des décennies à venir.

Promotion de la nutrition. L’engagement politique en faveur de la nutrition était fort avec l’avènement de la République, comme en témoigne sa priorisation dans les premiers PQDES, la création d’une structure institutionnelle pour la nutrition et l’appui aux programmes de nutrition, bien qu’à petite échelle, et les déclarations

des leaders lors des événements régionaux de haut niveau. Le dialogue technique autour de la nutrition au Sénégal à cette époque était sophistiqué, reflétant une compréhension approfondie des causes et des conséquences liées à la malnutrition entre leaders nationaux. Les investissements dans le développement de la génération suivante de spécialistes en nutrition ont eu des implications de longue portée pour l'évolution de la politique de nutrition.

Ancrage institutionnel. Les archives font état d'un débat de haut niveau autour des dispositions institutionnelles pour la nutrition, et les rôles distincts dans la prestation de services de nutrition par rapport à la coordination des interventions en faveur de la nutrition à travers les secteurs¹⁰. L'environnement politique pour la nutrition était visiblement en place. Les premiers documents de référence du Sénégal ont désigné le BANAS, au niveau du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, comme structure institutionnelle pour la nutrition, avec le soutien et la collaboration de l'ITA et de l'ORANA. Malgré l'engagement politique pour la nutrition, institutionnellement, l'unité de renforcement de la nutrition était de moindre priorité au Ministère pour influencer les processus de prise de décisions (quant au budget, ressources humaines, politiques, programmes, etc.) afin d'améliorer la politique de nutrition.

Coordination et collaboration multisectorielle. Avant 1968, il y avait déjà une forte prise de conscience de l'importance de la coordination multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition et le rôle joué par les secteurs clés¹¹. En plus des soins curatifs dispensés par le système de santé, même à cette époque initiale, il y avait des interventions isolées sensibles à la nutrition, y compris le jardinage scolaire, les cantines scolaires, l'éducation nutritionnelle et l'utilisation des médias pour promouvoir un changement de comportement et des efforts pour impliquer le secteur privé et l'industrie dans la production de denrées nutritives.

Appropriation communautaire. Bien que Abdou Diouf ait déclaré sans ambages en 1968 que « les infrastructures essentielles du pays étaient en place

et remises entre les mains des citoyens » (Republic of Senegal and USAID 1968), les services de nutrition communautaires étaient au stade embryonnaire à cette époque. Il y avait de petits projets d'animation au niveau communautaire, avec des volontaires formés pour sensibiliser en matière d'agriculture et de nutrition et de CCC, et dans certains projets, les mères s'organisaient pour faire fonctionner des garderies au profit des travailleuses agricoles. Ces initiatives étaient certes à petite échelle, mais les enseignements que l'on peut en tirer peuvent contribuer à la base de données mondiale pour les programmes de nutrition communautaire et jeter les bases pour des projets futurs plus complets.

Services et plateformes de prestation intégrés. Les services de nutrition pendant cette période n'étaient pas intégrés, il s'agissait plutôt d'un ensemble disparate d'initiatives isolées et sans doute inefficaces. Le ministère de la Santé, avec l'appui de partenaires internationaux, a fourni des soins curatifs à travers les CREN, avec un impact limité sur les résultats en termes de nutrition. Le nombre d'enfants atteints de MAS que l'on pouvait traiter dans ces centres était très faible, de loin en deçà du nombre d'enfants en proie à la MAS au niveau communautaire. Les activités préventives en matière de nutrition menées pendant cette période étaient sporadiques et non coordonnées.

Engagement des partenaires. Les partenariats font partie intégrante de la réussite du Sénégal dans l'amélioration des résultats en matière de nutrition. L'engagement des partenaires, même pendant cette période se reflétait par les fortes relations de recherche avec l'ORANA, l'investissement des bailleurs de fonds tels que la FAO et l'USAID pour renforcer les capacités en termes de nutrition à travers des programmes de formation, et l'implication de l'USAID et des agences de l'ONU dans la Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l'Alimentation de l'Enfance qui s'est tenue au Sénégal en 1968.

Les principales politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour cette génération figurent dans l'encart 1.

ENCART 1 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la *Génération Pose des Fondations*

Politiques

- Règlementation du congé de maternité (1954)
- 1^{er} PQDES (1961)
- Réformes de la décentralisation (1964)
- 2^{ème} PQDES (1965)
- 3^{ème} PQDES (1969)

Institutions

- ITA (1963)
- BANAS (1965)

Programmes

- CREN (début des années 1960)

Influences au niveau national

- Dakar en tant que capitale de l'Afrique Occidentale Française (1895–1958)
- Indépendance (1960)

Influences aux niveaux mondial et régional

- ORANA (1956)
- Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l'Alimentation de l'Enfance (1968)
- Sécheresse au Sahel (1968–1974)

Approche curative (années 1970–90)

Plus grande prise de conscience de l'importance et de l'ampleur de la malnutrition au Sénégal, suite à la sécheresse au Sahel et avec les premiers projets d'urgence de grande envergure pour faire face à la malnutrition

Contexte de la nutrition

Au Sénégal. La sécheresse au Sahel qui a prévalu de 1968 à 1974 a été la première grande crise environnementale que le Sénégal a connue après l'indépendance. Au début de l'année 1979, le Sénégal a adopté une série de réformes d'ajustement structurel visant à réduire le rôle de l'Etat dans l'économie, avec le soutien de la Banque mondiale et du FMI. Ces réformes ont réduit les dépenses publiques, particulièrement dans le domaine de la santé et de l'éducation. Cette période a également vu le premier changement à la tête du pays avec le Président Léopold Sédar Senghor qui a passé le relais au Président Abdou Diouf. Malgré le soutien apparent du Président Diouf pour la nutrition, tel qu'il est apparu dans ses déclarations lors de la Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l'Alimentation de l'Enfance en 1968, l'effet combiné de la sécheresse et de la restriction des services sociaux du fait des réformes économiques ont eu de graves conséquences sur le bien-être social et des répercussions sérieuses sur la santé et la nutrition. Avant 1980, les partenaires internationaux prévoyaient de fortes baisses dans la sécurité de la nutrition (USAID 1980). Pendant cette période, le Sénégal a perdu du

terrain sur le plan économique et social, à tel point qu'en 1994, le pays a enregistré le plus faible produit national brut parmi les pays à revenu intermédiaire, et les indicateurs sociaux étaient faibles par rapport à la moyenne en Afrique sub-Saharienne et aux autres pays à faible revenu.

Aux niveaux mondial et régional. En dépit des difficultés du Sénégal, les années 1970–90 s'agissait d'une importante étape historique dans le domaine de la nutrition au niveau mondial marquée par un travail d'avant-garde, comme le cadre de l'UNICEF pour la conceptualisation multisectorielle de la nutrition, le Projet Iringa en Tanzanie (1983–1988) qui a démontré tout le potentiel des programmes communautaires de nutrition pour l'amélioration des résultats en termes de nutrition, et une multitude d'accords internationaux relatifs au renforcement de la nutrition et de la santé infantile. Parmi ces accords concernant la nutrition, on peut citer la Déclaration d'Alma Ata en 1978 qui est venue consolider l'engagement international par rapport à l'importance des soins de santé primaires, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981 qui a prescrit des restrictions sur la commercialisation des substituts du lait maternel pour

inciter les mères à allaiter leurs enfants, la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en 1990 qui a reconnu le lait maternel comme source idéale de nutrition pour les enfants et promu l'allaitement maternel exclusif pour les 4 et 6 premiers mois. Et enfin, le Sommet Mondial pour l'Enfance en 1990, le plus grand rassemblement de leaders internationaux dans toute l'histoire du monde qui a abouti à la Déclaration sur la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfance et un Plan d'Action. Ensemble, ces initiatives ont fermement érigé la nutrition comme préoccupation mondiale et suscité une dynamique d'action au niveau international.

La politique de nutrition

Les Politiques. La politique formelle de nutrition pendant cette génération était toujours essentiellement articulée à travers les documents nationaux de référence. D'où l'importance du 4^{ème} PQDES en 1973 qui a décrit la situation nutritionnelle au Sénégal, fait une corrélation entre la malnutrition et les maladies infectieuses affectant les enfants, mis l'accent sur la mauvaise éducation maternelle et les pratiques de sevrage comme facteurs contribuant à la malnutrition, et reconnu la malnutrition comme un facteur important de la mortalité infantile. Dans une certaine mesure, le Sénégal avait une longueur d'avance au niveau mondial en exposant clairement dans sa politique nationale la compréhension de l'importance de la nutrition, et les causes et conséquences de la malnutrition. Ce 4^{ème} PQDES s'est également distingué pour avoir fixé les objectifs du premier projet de nutrition à grande échelle, le Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS). Un amendement introduit en 1975 pour prendre en compte l'impact grandissant de la sécheresse a mis en place le Programme Santé Sécheresse, un programme complémentaire en faveur des groupes vulnérables.

Les PQDES subséquents —le 5^{ème} PQDES en 1977, le 6^{ème} PQDES en 1981, et le 7^{ème} PQDES en 1985— ont collectivement amorcé une rupture substantielle dans la politique alimentaire et nutritionnelle au Sénégal en vue d'intégrer les interventions et renforcer le

PPNS, de manière programmatique. En particulier, le 5^{ème} PQDES a inclus des objectifs visant à : 1) augmenter les provisions alimentaires pour combler les déficits saisonniers, régionaux et socioéconomiques ; 2) améliorer et étendre l'éducation nutritionnelle ; 3) mettre au point et distribuer des aliments de sevrage sénégalais ; 4) considérer un programme de fortification au fer ; et 5) mener des enquêtes détaillées sur la consommation alimentaire, particulièrement dans les zones de malnutrition généralisée. La Stratégie d'Investissement dans l'alimentation 1977–1985 a été élaborée par le ministère du Développement Rural et des Ressources Hydrauliques pour atteindre ces objectifs.

L'élaboration d'une stratégie pour l'alimentation et la nutrition a marqué une étape importante dans la progression de la politique de nutrition au Sénégal, mais la Stratégie d'Investissement dans l'alimentation a fait l'objet de beaucoup de critiques pour n'avoir pas pris en compte ce que l'on considérait comme étant les facteurs essentiels de la malnutrition, « il y a plus de préoccupation pour réduire le fardeau des recettes en devises imposé par les importations de céréales, particulièrement le riz, que d'améliorer les régimes alimentaires ou de prévenir leur détérioration dans le temps » (USAID 1980). En particulier, il y avait des inquiétudes selon lesquelles la stratégie d'investissement dans l'alimentation ne faisait rien pour s'attaquer à la famine pré-récolte qui, selon certains acteurs internationaux, est le premier contributeur à la malnutrition au Sénégal. Plus généralement, tous les acteurs étaient d'accord que les données nécessaires pour faire le diagnostic du problème et le résoudre stratégiquement n'étaient pas disponibles.

De même, le 6^{ème} PQDES a marqué une rupture fondamentale vers une politique de santé publique ayant des implications pour la nutrition. Il a priorisé la fourniture de services de santé primaires, y compris des programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale, tout en renforçant le réseau des services de santé de base, et en faisant la promotion des soins de santé publics en milieu rural. Parmi les objectifs visés, on peut citer le rétablissement de la crédibilité du système de santé publique. Cependant,

en 1986, la première Enquête sur la Démographie et la Santé (EDS) pour le Sénégal a été publiée, indiquant, après plus d'une décennie de programmes de nutrition, une prévalence de près de 30% de retard de croissance chez les enfants de moins de trois ans. Ces taux élevés persistants de la malnutrition étaient imputés à la mauvaise exécution et à la corruption du PPNS¹². En conséquence, en 1989, le PPNS était clôturé dans le 8^{ème} Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (PODES) sur fond de critiques sévères. À sa place, le 8^{ème} PODES a lancé le Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle et le Programme de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (PSMI/PF).

Un autre point affectant la politique de nutrition concerne les réformes de la décentralisation adoptées en 1972 qui ont accordé plus de pouvoir aux régions, favorisé la création de structures participatives aux niveaux régional et local et créé une nouvelle unité administrative —la « Communauté Rurale »— composée de plusieurs villages dans un rayon de 10 kilomètres. Dans le cadre de la décentralisation, les communautés rurales déterminent comment utiliser les recettes fiscales. La plus grande partie de ces recettes était injectée dans les activités communautaires de santé, telles que la construction de maternités et de pharmacies, et la formation de sages-femmes et de travailleurs de santé communautaires. Ainsi, les communautés rurales ont, pour la première fois, fourni le cadre institutionnel pour étendre le système de santé jusqu'au niveau des villages.

Les Institutions. Parallèlement à la rupture dans la politique de nutrition, il y a eu une grande réorganisation institutionnelle. Les archives indiquent qu'en 1979, l'Etat a réorganisé le ministère de la Santé dans le souci de mieux l'aider à appuyer les politiques de soins de santé primaires du Gouvernement en intégrant les soins de santé curatifs et préventifs ; en décentralisant les fonctions d'assistance technique ; en créant une capacité de formation en interne ; et en améliorant la coordination et la planification de tout le système en vue de renforcer les services au niveau local (World Bank 1982). Les institutions clés en ma-

tière de nutrition à cette époque étaient le BANAS, l'ITA et l'ORANA, en plus de l'organe de coordination nouvellement créé, le Comité d'Analyse Nutritionnelle et Alimentaire au Sénégal (CANAS).

La réorganisation se déroule ainsi :

- ◆ Le BANAS est resté responsable de toutes les questions de nutrition au niveau national. Particulièrement, pendant cette période, le BANAS, point d'ancrage institutionnel pour le PPNS et d'autres projets de nutrition menés par l'ORANA, était en charge de la composante éducation nutritionnelle du PSMI/PF, et a publié plusieurs rapports relatifs à la composition des aliments et aux habitudes de consommation alimentaire. Cependant, les rapports à cette époque laissent entendre que le BANAS était inefficace à cause du manque de ressources. Le changement de nom de l'unité en charge de la nutrition, allant de BANAS à Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal (SANAS) pendant cette période était sans conséquence ;
- ◆ L'ITA a continué de fonctionner principalement comme centre de recherche technologique sur l'alimentation, avec le développement, pendant cette période, d'une formule de pain à base de mil (pain-mi-blé) dans le cadre de la politique du gouvernement visant à accroître la consommation de mil, la recherche dans le stockage et la préservation des denrées de base, la préparation d'aliments de sevrage supplémentaires et la recherche sur le potentiel du soja comme culture commerciale ;
- ◆ L'ORANA a continué, pendant cette période, à mener des recherches sur l'alimentation et la nutrition et des enquêtes sur la situation nutritionnelle au Sénégal et dans les pays de la sous-région, en collaboration avec l'Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre-Mer (ORSTOM) ;
- ◆ Le CANAS a été fondé en 1979 au niveau du Ministère du Plan et de la Coopération comme organe de coordination de la conception et de la mise en œuvre de politiques et programmes visant à « résoudre les problèmes alimentaires du pays » (USAID 1980). Il était composé de représentants des Ministères de l'Economie et des Finances, du Plan et de la

Coopération, du Développement Rural, de la Santé Publique et des Secrétariats d'Etat chargés de la Promotion Humaine, de la Recherche spécialisée et technique et de la Condition Féminine.

Avant 1980, les infrastructures sanitaires du Sénégal étaient en mauvais état et souffraient d'une perte de crédibilité. « Sur les 36 centres de santé, seuls 24 étaient considérés comme opérationnels et 17 devaient alors être réhabilités. Près de la moitié des 492 postes de santé que compte le pays étaient dans un mauvais état de fonctionnement. Beaucoup de centres de santé dataient de 30 à 50 ans. Les commodités de base, comme l'eau, les latrines et l'électricité étaient inexistantes. Les équipements techniques faisaient défaut ou étaient délabrés, les installations de laboratoire pauvres ou inexistantes » (World Bank 1982). Au même moment, et suite aux réformes de la décentralisation, les services au niveau des villages (maternités rurales, pharmacies villageoises, et cases de santé) commençaient à essaimer, faisant ainsi pression sur le ministère de la Santé afin de former la masse croissante de travailleurs communautaires de la santé. Toujours avec cette mouvance simultanée de décentralisation et de services intégrés, les centres de santé ruraux étaient perçus comme « des points fixes stratégiques pour l'intégration et la coordination des programmes préventifs et curatifs clés » (World Bank 1982). Cette rupture dans la politique « a dépassé la capacité du Gouvernement à assurer les préconditions de base » (World Bank 1982).

Les Programmes. En un mot, malgré les politiques progressistes, les infrastructures pour la coordination et la prestation de services de nutrition au Sénégal pendant cette période étaient faibles et mettaient l'accent principalement sur les soins de santé curatifs au niveau des structures de santé et l'apport de suppléments alimentaires dans les centres urbains¹³. Cette période a vu le lancement des premiers programmes de nutrition à grande échelle au Sénégal, financés et mis en œuvre avec le concours substantiel de bailleurs de fonds internationaux (bailleurs bilatéraux, agences de l'ONU, et ONG internationales) alors même que, au plan mondial, le bien-fondé de ces types d'interven-

tions et leurs aptitude à entraîner des améliorations des résultats en matière de nutrition faisaient débat¹⁴. Les programmes clés mis en œuvre pendant cette période—le PPNS (1973–88), complété par le Programme Santé Sécheresse à compter de l'année 1975, et remplacé plus tard par le Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle (1989–95) et le PSMI/PF (1989–95)—ont formellement été lancés par les documents nationaux de référence.

Même s'il a finalement été considéré comme un échec, le PPNS a appuyé la prestation de services de nutrition à travers les postes de santé, y compris la réhabilitation nutritionnelle, la distribution de denrées alimentaires aux enfants souffrant de malnutrition et aux femmes enceintes et allaitantes (FEA), les consultations pré et post-natales, le suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans, et l'éducation nutritionnelle. Le programme a pâti d'un mauvais ciblage, d'une mauvaise qualité des soins, et de vols de produits alimentaires qui ont conduit à l'arrestation d'agents de santé et à la clôture du projet en disgrâce. En même temps, le Programme Santé Sécheresse mis en œuvre par le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a apporté une réponse directe aux victimes de la sécheresse. Après la clôture du PPNS, le Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle pour apporter de l'aide alimentaire et une réhabilitation nutritionnelle, et le PSMI/PF ont été institués.

Entre-temps, en 1982, la Banque mondiale a lancé le Projet Santé Rurale, la première opération de la Banque dans le domaine de la santé au Sénégal. Même s'il ne s'agissait pas d'un projet de nutrition proprement dit, il visait à renforcer les capacités de fourniture de services institutionnels et sanitaires et, par ricochet, restaurer la crédibilité du système de santé et la capacité à gérer des programmes de sensibilisation au niveau local. Un projet de nutrition séparé (Projet Intégré d'Alimentation et de Nutrition), était en préparation, mais n'a finalement pas été adopté à cause de la complexité des interventions villageoises proposées et du degré de renforcement des institutions requis (World Bank 1982). D'autres partenaires internationaux comme les agences de l'ONU (le Pro-

IMPACT

Les enquêtes pendant cette période indiquent que, malgré les efforts croissants pour toucher les populations vulnérables avec des services de nutrition, les taux de retard de croissance et la perte de poids a continué à grimper précipitamment¹⁵. Bien que la répartition et les causes de la malnutrition aient été abordées dans les archives historiques et que le manque de données fiables sur la nutrition largement déploré, les partenaires dans le domaine de la nutrition concordent que la situation de l'alimentation et de la nutrition au Sénégal était grave et en décadence.

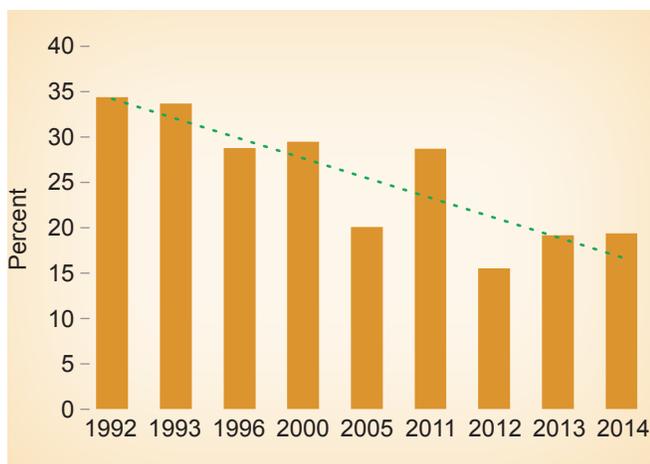
Selon la compréhension actuelle, les causes de la malnutrition sont : la famine saisonnière pré-récolte ; la carence en protéines et calories chez les enfants pauvres dans les zones rurales et périurbaines ; et les carences en micronutriments, particulièrement en fer, certaines vitamines B et en iode (USAID 1980). Les enquêtes pendant cette période (bien que la plupart d'entre elles aient été décriées par certains experts) font état d'un apport de près de 2.000 calories/j, 300 à 400 moins que la norme internationale.

A travers le PPNS, près de 400 centres ont été mis sur pied pour fournir des soins de santé pré et post-natals, et assurer le suivi de la croissance des enfants et les compléments alimentaires, couvrant près de 10% des enfants de moins de 3 ans (World Bank 1995). Cependant, les évaluations du projet ont indiqué que le PPNS a pâti de plusieurs défauts dans la conception et le fonctionnement. Non seulement le programme n'était pas ciblé (ni par saison, ni par zone géographique), mais les mères étaient obligées de payer une somme (près de 0,67 dollar) pour y participer. De plus, il s'est aussi avéré que les bénéficiaires ont reçu environ la moitié des rations alimentaires prévues, et seuls 6 à 11% de calories étaient consommés par les bénéficiaires ciblés. Une évaluation de la Banque mondiale menée à cette époque a indiqué qu'il n'y avait aucune différence nutritionnelle entre les familles bénéficiaires du PPNS et les non-bénéficiaires. Après l'arrêt de la distribution d'aliments dans le cadre du PPNS en 1987, plusieurs mères de famille ont cessé de participer.

gramme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), FAO, OMS et UNICEF) et des bailleurs de fonds bilatéraux (Belgique, Canada, République fédérale D'Allemagne, France, Pays Bas, et Grande Bretagne) étaient également en train de mettre en œuvre des projets sanitaires, agricoles ou éducatifs

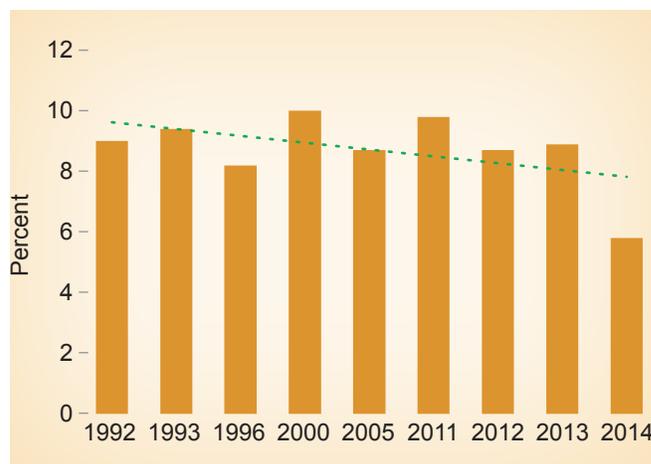
relatifs à la nutrition au Sénégal, et de fournir un appui technique et de la formation de toutes envergures¹⁶. Dans le secteur agricole, cependant, plusieurs schémas de développement et de diversification de cultures ont été mis en œuvre avec peu de considération pour leur pertinence sociale et nutritionnelle.

FIGURE 1 : Retard de croissance des enfants de moins de 5 ans au Sénégal (1992–2014)



Source : UNICEF et al. 2016.

FIGURE 2 : Émaciation des enfants de moins de 5 ans au Sénégal (1992–2014)



Source : UNICEF et al. 2016.

Les thèmes clés

Avant le début des années 1990, lorsque la communauté mondiale de la nutrition commençait à s'affermir, le Sénégal avait déjà une expérience de plus de 15 ans dans les interventions multisectorielles en faveur de la nutrition, même avec une réussite limitée et beaucoup de leçons retenues. Pendant cette période, la situation nutritionnelle s'est nettement détériorée. La mauvaise gestion du début et les mauvais résultats ont ouvert la voie à la politisation de la nutrition.

La promotion de la nutrition. Sous le magistère d'Abdou Diouf, la nutrition a continué à figurer en bonne place dans les documents nationaux de référence, et est resté, formellement, en haut de l'agenda politique. L'engagement politique s'est avéré plus sérieux lorsque le Sénégal a promulgué la stratégie d'investissement dans l'alimentation de 1977. Cependant, l'engagement financier en faveur de la nutrition n'a pas suivi¹⁷. Même si les investissements publics destinés principalement au développement d'infrastructures de santé publique devaient également bénéficier à la nutrition, l'unité de renforcement de la nutrition manquait gravement de ressources.

Ancrage institutionnel. Malgré l'importante restructuration pendant cette période, l'unité de renforcement de la nutrition au niveau du ministère de la Santé, maintenant appelée SANAS, est restée le point d'ancrage institutionnel pour la nutrition. Cependant, la désignation du CANAS comme organe de coordination et de parrainage de la politique alimentaire et nutritionnelle par un ministère autre que le ministère de la Santé montre qu'il est possible, au moins de manière informelle, que l'ancrage de la nutrition se trouve ailleurs. De plus, il y a des indications montrant que l'engagement en faveur de la nutrition au sein du ministère de la Santé était faible¹⁸.

Coordination et collaboration multisectorielle. Diverses activités en matière de nutrition ont été menées pendant cette période par plusieurs ministères. Le débat d'abord documenté dans les années 1960 autour des rôles pour la coordination de la nutrition par rapport

à la fourniture de services directs de nutrition semble avoir abouti, pendant cette période, à la création du CANAS, un organe transversal chargé de coordonner les activités de nutrition à travers les ministères concernés. Le degré réel de coordination et de collaboration entre les ministères est inconnu, mais au regard de la capacité limitée au niveau communautaire, il semble que la coordination et la collaboration à la base des activités en matière de nutrition soit également assez limitée.

Appropriation communautaire. Les réformes de la décentralisation pendant cette période visaient directement à donner plus de pouvoir aux collectivités locales et à accroître l'appropriation communautaire des deniers publics. L'avènement de l'unité administrative de la communauté rurale a créé pour la première fois un cadre de prestation de services à la base. Les services de nutrition, pour autant qu'ils existent, étaient principalement fournis par les structures de santé et axés sur les soins curatifs dans les zones urbaines. Les services de nutrition en milieu rural étaient principalement fournis par les ONG, et souvent avec un minimum de coordination avec les acteurs concernés. Les services communautaires de nutrition étaient au stade embryonnaire. Les études pilotes menées par l'USAID et d'autres entités pendant cette période pour jauger l'efficacité de la prestation communautaire de services de suivi de la croissance, de distribution de produits alimentaires et d'éducation nutritionnelle étaient critiquées pour avoir contourné le réseau de centres de santé publique.

Services et plateformes de prestation intégrés. La sécheresse au Sahel et l'urgence qui s'ensuivit ont mis l'accent, non plus sur le développement mais sur l'aide et les secours humanitaires. La perception qui prévalait à cette époque était que les structures publiques n'ont pas réussi à satisfaire les besoins de la population. Une grande rupture dans la politique de santé publique était en cours, cependant, vers des services intégrés incluant la nutrition. Dès lors, même si des erreurs dans la conception et le fonctionnement des programmes de nutrition ont été déplorées, la fondation était ainsi jetée pour des services intégrés et des plateformes de prestation.

Engagement des partenaires. Face aux crises environnementales et sociales simultanées, la dépendance de l'Etat vis-à-vis du financement et du soutien des partenaires internationaux s'est accrue pendant cette période. Au même moment, la présence d'organisations régionales de recherche influentes et la conduite de recherches opérationnelles menées par des bailleurs ont fait du Sénégal un terrain de test

pour les interventions communautaires en matière de nutrition, et renforcé la place du pays comme contributeur majeur à la base de données mondiale en la matière.

Les principales politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour cette génération figurent dans l'encart 2.

ENCART 2 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la *Génération de l'Approche Curative*

Politiques

- Les réformes de la décentralisation créent les Communautés Rurales (1972)
- 4^e PQDES (1973)
- 5^e PQDES (1975)
- Stratégie d'investissement dans l'alimentation 1977-1985 (1977)
- 6^e PQDES (1981)
- 7^e PQDES (1985)
- 8^e PODES (1989)

Institutions

- CANAS (1979)
- SANAS en remplacement du BANAS (milieu des années 1980)

Programmes

- PPNS (1973)
- Programme Santé Sécheresse (1975)
- Projet de Santé Rurale (1982)
- Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle (1989)
- PSMI/PF (1989)

Facteurs décisifs au niveau national

- Programme de stabilisation (1979)
- Programme d'ajustement (1985)
- EDS (1986)

Facteurs décisifs au niveau régional et international

- Sécheresse au Sahel (1970s)
- Déclaration d'Alma Ata (1978)
- Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)
- Projet Iringa (Tanzanie) (1983)
- Publication de *l'Impact de l'apport de suppléments en vitamine A sur la mortalité infantile* (1986)
- Déclaration d'Innocenti (1990)
- Sommet Mondial pour l'Enfance (1990)
- Charte Africaine sur les droits et le bien-être (1990)
- Cadre conceptuel de l'UNICEF en matière de nutrition (1990)



Photo : Adama Cissé/CLM

Institutionnalisation de la nutrition (années 1990–2000)

Une réorientation vers une approche préventive à travers des dispositifs d'interventions intégrés et des interventions communautaires dans un effort de « mieux faire les choses » pour la nutrition

Contexte de la nutrition

Au Sénégal. A l'orée des années 1990, le PIB par tête au Sénégal était toujours en baisse, plus de deux tiers de la population vivaient en deçà du seuil de pauvreté, et les indicateurs économiques et sociaux du pays étaient très faibles, même si on les compare avec ceux des pays voisins et des pays à faible revenu d'une manière générale. Ensuite, en 1994, les réformes d'ajustement structurel des années 1980 ont débouché sur une dévaluation inattendue du franc CFA imposée par le FMI. La conséquence était une inflation rapide, la détérioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, et une agitation en milieu urbain, particulièrement chez les jeunes professionnels des grandes villes. Les programmes de nutrition existants se sont révélés infructueux et le Gouvernement manquait ou n'était pas en mesure d'allouer des ressources suffisantes pour appuyer les programmes sociaux, et les crises financière et sociale en cours ont déplacé le discours national sur la nutrition vers un accent plus poussé sur l'aide humanitaire. Tirant profit de cette vague de bouleversements socioéconomiques sans précédent, le Président Wade qui est arrivé au pouvoir en 2000, marquant ainsi pour la pre-

mière fois au Sénégal une alternance démocratique, s'est présenté comme un fervent défenseur de la cause de la nutrition.

Aux niveaux mondial et régional. Le Sénégal n'était pas le seul pays à n'avoir pas atteint les résultats en matière de nutrition pendant cette période. En 1991, il a été signalé « qu'aucun pays en Afrique subsaharienne n'a amélioré sa situation nutritionnelle depuis 1980 » (Abosedo and McGuire 1991, 4). Cependant, les premières recherches opérationnelles dans le cadre de la fourniture de services communautaires de nutrition dans les années 1980 ont conduit, pendant cette période, à des avancées significatives dans la conception d'interventions intégrées en matière de nutrition comme les Actions Essentielles en Nutrition (AEN) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). De plus, pendant cette période, les éléments probants fournis par Sommer et al. (1986) sur l'impact de la carence en vitamine A sur la mortalité ont motivé l'engagement au niveau mondial pour la fourniture de fortes doses périodiques de suppléments en vitamine A à travers des campagnes de masse qui ont débuté au milieu des années 1990 avec le soutien de la Banque mondiale, de l'USAID et du Canada.

Les AEN constituent un cadre original mis en place par l'USAID, l'OMS et l'UNICEF pour gérer le plaidoyer, la planification et la fourniture d'un ensemble intégré d'interventions de nutrition en vue de créer un impact sur la santé publique (USAID et al. 2011). Les AEN font la promotion d'une approche de « nutrition tout au long du cycle de vie » — reposant sur sept axes d'action : (1) la nutrition des femmes ; (2) l'allaitement ; (3) l'alimentation complémentaire ; (4) les soins nutritionnels des enfants malades et malnutris ; et (5) la prévention et la lutte contre l'anémie, (6) la carence en vitamine A et (7) en iode — tout ceci en vue de fournir les bons services et les bons messages aux bonnes personnes, au bon moment à travers toutes les plateformes de programmes pertinentes.

La PCIME est une stratégie originale élaborée par l'OMS et l'UNICEF en vue de réduire la mortalité et la morbidité infantiles dans les pays en développement, en mettant l'accent sur les principales causes de la mortalité chez les enfants à travers le renforcement des capacités de prise en charge des travailleurs de la santé, le renforcement du système de santé, et la prise en compte des pratiques familiales et communautaires (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health 2006). La PCIME est devenue la principale stratégie de survie de l'enfant dans beaucoup de pays africains.

La communauté mondiale des partenaires de la nutrition, y compris la Banque mondiale, s'est alors lancée dans un plaidoyer pour la mise en œuvre de projets communautaires et intégrés en faveur de la nutrition au Sénégal et ailleurs. En 1992, la FAO et l'OMS ont organisé la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN), la première conférence mondiale consacrée exclusivement à la nutrition, qui a vu la participation de 159 pays et des agences des Nations Unies, et plus d'une centaine d'ONG. L'année 2000 a été marquée par le Sommet du Millénaire et l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visant, entre autres, à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de personnes souffrant de famine. Avant la fin de cette période, tous les regards se sont tournés vers la prise de mesures vigoureuses pour atteindre les OMD.

La Politique de nutrition

Les Politiques. Une rupture historique dans la politique de nutrition était en cours au Sénégal. Cette période a vu l'institutionnalisation des premières politiques nationales spécifiques à la nutrition, faisant largement l'écho du plaidoyer au niveau mondial lors des années précédentes, comme l'Arrêté interministériel qui a mis en place les conditions pour la commercialisation des substituts au lait maternel et la ratification de l'Initiative Hôpital amis des bébés en 1994 tout comme en 1994 la Stratégie d'iodation du sel pour lutter contre les troubles liés à la carence en iode (IDD), qui ont débouché en 2000 sur un décret sur l'iodation universelle du sel. Chacune de ces initiatives a été menée par le ministère de la Santé avec le soutien de partenaires internationaux. Les documents nationaux de référence pendant cette période ont continué à prioriser la nutrition et joué un rôle important dans l'orientation des programmes de renforcement de la nutrition. En particulier, le 9^e PODES en 1996 a, pour la toute première fois, caractérisé explicitement la malnutrition comme un problème de santé publique, reconnaissant son ampleur et son impact à long terme, et réorienté les interventions vers des approches préventives holistiques au détriment des approches curatives.

En l'absence de stratégie formelle de la nutrition couvrant le territoire national, la politique de nutrition était, pendant cette période, définie par les programmes de nutrition en place. A cet égard, pendant cette période, l'ancrage institutionnel de la nutrition était transféré du ministère de la Santé, point d'ancrage pour les questions de nutrition depuis l'indépendance, à l'AGETIP. L'AGETIP n'avait aucune expérience en programmes de santé ou nutrition, mais a été choisi comme point d'ancrage institutionnel du nouveau Projet de Nutrition Communautaire (PNC) financé par la Banque mondiale. Les précédents projets financés par la Banque mondiale¹⁹ se sont révélés infructueux et, au regard des expériences d'autres partenaires internationaux impliqués dans le renforcement de la nutrition au Sénégal à l'époque, la Banque mondiale percevait l'option ministère de la Santé comme lourde et inefficace. Le

PNC était conçu pour fonctionner en « réponse rapide » à la crise ; l'AGETIP était déterminée à être une institution aussi bien efficace qu'efficiente et à avoir la capacité nécessaire pour gérer un projet qui était apparemment un filet de sécurité sociale sensible à la nutrition et une opération de création d'emplois pour les jeunes.

Le PNC était la première incursion de la Banque mondiale dans le domaine des programmes de nutrition au Sénégal. Pendant cette période, la Banque mondiale a demandé aux gouvernements, y compris le Sénégal de créer des agences comme l'AGETIP, de manière à contourner la corruption qui gangrénait les grands marchés de travaux publics. Cependant, ce changement de responsabilité pour la nutrition, perçu par certains comme une « marginalisation » (Ndiaye 2010) du ministère de la Santé s'est avéré essentiel et a influencé la politique de nutrition et l'environnement politique au Sénégal pour les vingt années à venir. Dans le cadre de la poursuite de son mandat, et avec toute la confiance du Chef de l'Etat, l'AGETIP a pris des décisions sans engager le ministère de la Santé et en faisant fi des politiques dudit Ministère. Cette rupture capitale dans la politique de nutrition se justifie également par l'échec du Plan d'Action National pour la Nutrition²⁰ élaboré en 1997 par le ministère de la Santé en collaboration avec l'ITA, le Ministère de l'Agriculture, et le Ministère du Développement Rural. Le Plan d'Action National pour la Nutrition de 1997 n'a jamais été exécuté faute de fonds. Malgré cet impair, ce Plan aura le mérite d'être le premier effort d'élaboration d'un plan national multisectoriel pour la nutrition au Sénégal, et d'être révélateur des importantes avancées enregistrées dans la politique de nutrition.

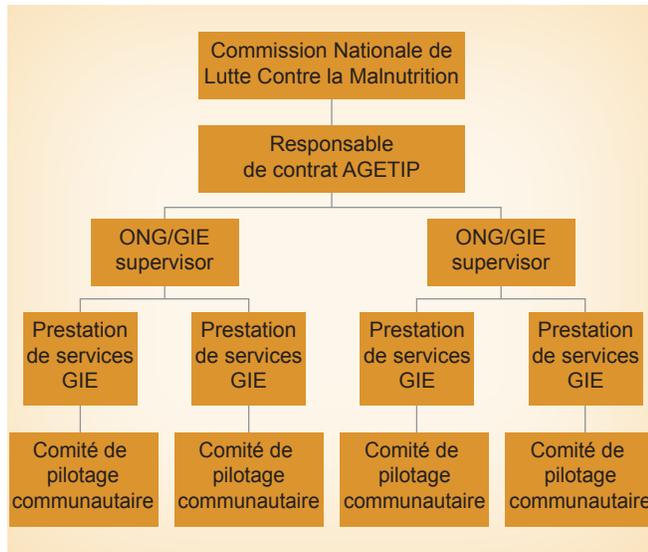
Les Institutions. Comme d'autres organisations internationales de l'époque, et avec les preuves grandissantes de l'importance de la nutrition en bas âge pour le développement du capital humain dans le long terme, le personnel de la Banque mondiale en charge des questions de nutrition avait hâte de démarrer un projet de nutrition au Sénégal. Des investissements avaient été effectués au préalable pour élargir et améliorer les infrastructures sanitaires, mais il n'y avait pas

d'investissement dégagé spécifiquement pour la nutrition, ni pour le travail d'envergure effectué au niveau communautaire. Un projet de nutrition préparé en 1982 avait été différé faute de capacité au niveau local. La dévaluation du franc CFA en 1994 et la détérioration de la situation socioéconomique a offert une occasion unique d'intervenir en faveur de la nutrition. La Banque mondiale a alors contacté le ministère de la Santé pour initier un projet de nutrition communautaire, mais le ministère n'était apparemment pas intéressé. Du fait du manque d'intérêt, et se doutant que le ministère avait « la capacité de mise en œuvre nécessaire et les structures ou pratiques de gestion pour produire les résultats escomptés » (Garrett and Natalicchio 2011), la Direction de la Banque mondiale en charge de la nutrition au Sénégal s'est tournée vers l'AGETIP.

L'AGETIP se prévaut de bons résultats en termes de gestion et de capacité institutionnelle et d'absorption. En d'autres termes, l'AGETIP a la capacité d'exécuter des projets et de décaisser de l'argent. Avec un mandat qui est de créer de l'emploi, au point de pouvoir remplir cette mission à travers la prestation de services de nutrition, l'AGETIP était très réceptive pour entreprendre le projet. Il s'agissait là d'une approche novatrice, même si elle a suscité beaucoup de controverse. La Banque mondiale a conditionné le financement du projet sur la création d'un comité de supervision de haut niveau. Selon les entretiens menés dans le cadre du présent rapport, le responsable de l'AGETIP avait des connexions avec le Président de l'époque, Abdou Diouf ; un accord était alors trouvé pour la mise sur pied du CNLM logé à la Présidence de la République avec comme mandat d'assurer la disponibilité d'un filet de sécurité pour les pauvres, et comme responsabilité de superviser le PNC (figure 3). Ainsi, en 1995, le premier projet communautaire multisectoriel de nutrition du Sénégal a vu le jour, avec un engagement marginal du ministère de la Santé.

Un Comité Consultatif Technique composé « d'éminents professionnels des universités et écoles de médecine au Sénégal et des représentants d'agences techniques internationales » (Garrett and Natalicchio 2011, 69) a été créé pour appuyer l'AGETIP. Le CNLM

FIGURE 3 : Organigramme du PNC



Source : Marek et al. 1999.

Note : ONG : Organisation non gouvernementale ; GIE : microentreprises.

lui-même était composé de représentants de la Primate, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère de la Santé (y compris l'unité de renforcement de la nutrition maintenant appelée Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN), du Ministère de la Femme, de l'Enfance et de la Famille, de la Commission pour la Sécurité Alimentaire, de l'AGETIP, et d'ONG et organisations de la société civile. Cependant, par manque de structure incitative, de budget pour la supervision, ou de rôles et responsabilités clairement définis pour maintenir l'engagement des partenaires de mise en œuvre, les représentants sont finalement devenus « indifférents » et le CNLM « dysfonctionnel » (Ndiaye 2007).

Des réunions régulières du CNLM ont eu lieu mais étaient pour la plupart des formalités. Les ministères de tutelle n'étaient pas impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des projets et les processus d'évaluation étaient inopérants. « L'ancrage » du CNLM au niveau de la Présidence et la « marginalisation » du ministère de la Santé étaient « perçus comme... une mesure délibérée pour garder les ressources financières hors du contrôle du ministère ... » (Ndiaye 2007). En substance, la mise en œuvre du PNC a

créé un système parallèle et le changement du point d'ancrage institutionnel de la nutrition vers l'AGETIP a écarté le ministère de la Santé de la conception du PNC et de sa mise en œuvre. En revanche, plutôt que de récolter les fruits pour l'administration, le Ministre de la Santé Publique qui était membre de l'opposition, aurait institué au sein du ministère une politique non-écrite de boycott du CNLM et du PNC.

Les Programmes. Au regard de son rôle de catalyseur, le PNC (financé par la Banque mondiale avec le concours du PAM et de la Banque allemande de développement– KFW) est le plus grand programme de nutrition historiquement mis en œuvre pendant cette période. Elaboré par le Comité Consultatif Technique du CNLM, il s'agissait d'une intervention de nutrition à grande échelle innovante sous plusieurs aspects, notamment de par son caractère multisectoriel. Au vu de son ancrage institutionnel au niveau de l'AGETIP, le PNC était nécessairement aussi bien une opération d'emploi des jeunes qu'une intervention de nutrition. L'objectif en matière de nutrition était de prévenir la détérioration de la nutrition parmi les groupes les plus vulnérables, c'est-à-dire les enfants malnutris de moins de trois ans, et les FEA dans les zones urbaines défavorisées ciblées.

Entre autres activités du PNC, on peut citer le suivi communautaire (à travers les centres communautaires de nutrition) de la croissance des enfants de moins de trois ans ; la fourniture hebdomadaire de suppléments alimentaires pour une durée de six mois pour les enfants présentant une insuffisance pondérale ; des sessions hebdomadaires d'éducation nutritionnelle et sanitaire pour les FEA ; la fourniture de suppléments alimentaires pour une période de trois mois pour les femmes enceintes lors du dernier trimestre de leur première grossesse, et pour six mois pour toutes les femmes allaitantes ayant un enfant dans le programme, ou ayant un enfant de moins de 6 mois ; la prise en charge des femmes et enfants non vaccinés ; et la provision de sources d'eau potable au niveau communal (par les bornes fontaines) gérées par les groupements féminins locaux. Les suppléments alimentaires étaient produits localement au Sénégal. En plus des conseils

interpersonnels en matière de nutrition, les médias étaient utilisés pour délivrer des messages en matière de nutrition à la population dans son ensemble.

Le PNC était aussi innovant pour avoir conclu des contrats avec les jeunes organisés dans des Groupements d'Intérêt Economiques (GIE) pour la gestion, la formation, la fourniture et la supervision de services de nutrition préventifs au niveau communautaire. Cette conception s'inspirait des projets Tamil Nadu en Inde et Iringa en Tanzanie, et d'autres projets qui utilisent une approche contractuelle des soins hospitaliers (Marek et al. 1999). Par conséquent, c'était bien au niveau communautaire que les objectifs en termes d'emploi des jeunes et de nutrition du PNC étaient atteints, et en substance, le PNC était un projet de nutrition communautaire en réponse à l'agitation en milieu urbain. Les services de nutrition étaient fournis par des GIE, composés de quatre jeunes sans emploi originaires de la communauté, même avec une expertise nominale en matière de nutrition, qui avaient été formés par des consultants ou institutions basés au niveau local sous la supervision d'un Maître d'Œuvre Communautaire directement recruté par l'AGETIP. La mise en place de comités de pilotage dans chaque communauté et de mécanismes de coordination au niveau de chaque district a facilité une exécution efficace des activités du projet.

En fin de compte, bien que le PNC ait été un projet populaire pour avoir fourni des services de nutrition et offert de l'emploi dans les zones urbaines, il a pâti de sérieuses difficultés en termes de ciblage, de coût, de coordination, de qualité, mais également de la corruption. Parce qu'il visait, en partie à étouffer l'agitation urbaine suite à la dévaluation du franc CFA, le PNC ciblait principalement les zones urbaines, tandis que le plus lourd fardeau de la malnutrition se faisait sentir en milieu rural. Et, parce que le programme dépendait grandement de la distribution de denrées alimentaires et était mené en dehors des centres de nutrition communautaires, les coûts sont devenus très élevés. De plus, malgré l'importance catalytique du PNC pour inscrire la coopération multisectorielle au programme national de développement, il ressort

de certains rapports que la coordination intersectorielle était infructueuse, que les ministères de tutelle étaient peu impliqués et que peu d'effort était consenti pour renforcer les capacités des acteurs étatiques. En particulier, la coordination des patients transférés à partir des centres de nutrition communautaires vers les centres de santé placés sous le couvert du ministère de la Santé pour des cas de MAS était un échec total. Les centres de santé souffraient « d'un manque d'expertise en gestion des cas de malnutrition, d'équipement et de l'incapacité à fournir les suppléments nutritifs requis » (Garrett and Natalicchio 2011, 72).

Enfin, le PNC n'était pas le seul projet de nutrition mis en œuvre à l'époque ; la duplication des efforts et la conduite de programmes parallèles sont toutes autant de critiques formulées à l'encontre du PNC. Pendant cette période, le SNAN a mené plusieurs activités de nutrition avec l'appui de partenaires internationaux (USAID, UNICEF, OMS, World Vision, etc.). Même si on y fait référence dans les archives comme étant « le Programme National de Nutrition » (Ndiaye 2010), il serait plus exact de dire qu'il s'agissait d'un ensemble d'activités de nutrition qui sont restées sous le contrôle du ministère de la Santé. Parmi ces activités, on peut citer les initiatives de plaidoyer en termes de politiques comme le Code international pour la commercialisation de substituts au lait maternel l'Initiative hôpital ami des enfant et l'iodation obligatoire du sel et l'apport de suppléments en micronutriments ; la formation des Agents Communautaires ; le soutien continu à la réhabilitation nutritionnelle à travers les CREN ; et la surveillance de plusieurs projets mis à l'échelle dont le projet USAID/BASICS et les campagnes semestrielles de supplémentation en vitamine A (Journées nationales de supplémentation en micronutriments) et de vaccination (Journées nationales de la vaccination) qui ont été (finalement) initiées avec le concours de l'Initiative pour les micronutriments (MI) et de l'UNICEF²¹.

De 1994 à 2006, BASICS était un projet multipartenaire de l'USAID pour la survie de l'enfant. Il visait à appuyer le ministère de la Santé afin d'intensifier la mise en œuvre d'interventions factuelles qui se sont

IMPACT

Pendant cette période, on a noté une légère baisse du retard de croissance, allant de 34,4% en 1992 à 29,5% en 2000 (figure 1). A la fin de cette période, près du tiers des enfants de moins de cinq ans au Sénégal souffraient toujours de malnutrition chronique. Cependant, cette tendance sera inversée et avant la fin de 2005, le taux de retard de croissance a chuté de 10 points pour se situer à 20,1%. La prévalence de la perte de poids était à des niveaux bas (9% en 1992, 10% en 2000 et 8,7% en 2005 – figure 2). Les résultats du PNC montrent que l'impact sur la malnutrition, mesuré en termes de réduction de la prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants dans les communautés couvertes, était considérable. Cette tendance est également largement relayée dans les enquêtes nationales, avec l'insuffisance pondérale maintenue à 20,4% en 1992 et 20,3% en 2000, avant de chuter à 14,5% en 2005.

révélées comme étant efficaces dans la prévention et le traitement des causes principales de la mortalité néonatale et infantile, dont le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la malnutrition, les complications à la naissance, et le VIH/SIDA. BASICS était présent dans plus de vingt pays et fonctionnait dans 22 des 56 districts sanitaires du Sénégal, mettant fortement l'accent sur l'amélioration de la portée des programmes de santé grâce à une intervention communautaire. Le Projet BASICS a piloté un Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) qui combinait essentiellement des AEN et le PCIME, et qui a plus tard été adopté comme stratégie nationale par le ministère de la Santé. BASICS a également mené une importante recherche formative sur la communication en matière de nutrition afin d'identifier les meilleures pratiques d'élaboration de programmes de nutrition communautaires et a conçu des supports d'éducation, d'information et de communication (EIC) y compris les cartes de conseils et l'utilisation de la radio et du marketing social pour promouvoir le changement de comportement. Comme mentionné dans la LPDN de 2001, tout cela a été mené à travers le SNAN, sans coordination avec le CNLM ou le PNC.

Les thèmes clés

Cette période est marquée par une plus grande institutionnalisation et politisation de la nutrition à travers une mesure controversée d'ancrer la nutrition en dehors du ministère de la Santé. Il y a également d'importantes premières, parmi lesquelles on peut citer la

première législation en matière de nutrition, une tentative d'élaboration d'un plan national multisectoriel (qui n'a jamais été mis en œuvre), et le premier projet de nutrition communautaire de grande envergure. Cependant, le PNC a été plus perçu comme une opération de réaction rapide : les interventions en matière de nutrition étaient toujours principalement orientées vers l'identification et la réhabilitation des enfants malnutris ; la plus grande partie du financement du PNC était dépensée sur l'apport de suppléments alimentaires et la fourniture d'eau potable ; et le principal objectif était d'étouffer l'agitation urbaine à travers la création d'emplois pour les jeunes. Même s'il a été finalement considéré comme un échec, le PNC a apporté des enseignements intéressants et mobilisé les acteurs autour de l'importance de la collaboration intersectorielle, sur laquelle reposera plus tard la conception PRN.

Promotion de la nutrition. Il s'agit d'une période de crise et toute la dynamique acquise lors des générations précédentes était absorbée par la réponse d'urgence. Cependant, des avancées importantes ont été enregistrées, en ce sens que la responsabilité de la nutrition est passée du ministère de la Santé où elle était dans l'inertie à une position d'importance relativement plus élevée au niveau de la Présidence et sous la gestion de l'AGETIP.

Ancrage institutionnel. Le changement radical du point d'ancrage pour la nutrition en dehors du ministère de la Santé a été un précédent de taille. Cependant, les dispositions institutionnelles mises en place et les

tensions politiques que cela a déclenchées ont conduit à la création « d'une faible base pour une action d'envergure » (Garrett and Natalicchio 2011, 71).

Coordination & collaboration multisectorielle. Des avancées substantielles, mais partielles, ont été enregistrées dans la collaboration intersectorielle de la nutrition. D'abord, il y a eu le développement d'un plan national multisectoriel de nutrition (le Plan d'Action National pour la Nutrition) dirigé par le ministère de la Santé en partenariat avec l'ITA, et les ministères en charge de l'Agriculture et du Développement Rural. Bien que le Plan d'Action National pour la Nutrition n'ait jamais été mis en œuvre, il a marqué un pas important. Ensuite il y a eu la création du CNLM qui a également marqué un tournant important dans la marche du Sénégal vers l'institutionnalisation de la coopération multisectorielle pour la nutrition. L'échec dans la coordination pour défaut de mesures incitatives et de mécanismes pour engager les autres ministères a apporté des leçons précieuses pour l'avenir.

Appropriation communautaire. Des réalisations importantes et innovantes ont été enregistrées pour renforcer l'engagement communautaire et montrer que la contractualisation de services de prévention décentralisés à travers des ONG locales peut avoir un impact sur les résultats en matière de nutrition. A travers le PNC, la proximité des GIE contractés avec les communautés desservies a été bien exploitée pour élargir la couverture des services de nutrition, tout en utilisant des approches et stratégies d'intervention appropriées au niveau local. Dans l'ensemble, cela devait jeter les « bases d'un schéma opérationnel et assurer la réussite du PRN » (Ndiaye 2010, 11). En dehors, le Projet USAID/BASICS a appuyé le ministère de la Santé pour capitaliser sur des innovations

majeures en termes de prestation de services communautaires de nutrition et les mettre en œuvre.

Services et plateformes de prestation intégrés.

Cette génération a lancé la mise en œuvre à grande échelle de services préventifs et de plateformes de prestation intégrés. Grâce au soutien de l'USAID, le ministère de la Santé a adopté le PAIN comme stratégie pour la prestation de services de nutrition. Des efforts étaient entrepris pour renforcer les capacités de prestation de services de nutrition au niveau communautaire et pour relier ces interventions communautaires au système de santé. Bien que le PNC ait adopté une approche novatrice pour engager les organisations et communautés locales dans la prestation de services de nutrition, le manque de coordination entre le PNC et le ministère de la Santé (aucun lien n'est apparu) a fait en sorte que les structures de santé ne disposaient pas d'assez de personnel et d'équipement pour gérer les patients transférés. De plus, avec le projet BASICS qui était opérationnel dans moins de la moitié des départements au Sénégal, et le PNC mis en œuvre uniquement au niveau des zones urbaines, la fourniture de services de nutrition n'était pas encore à grande échelle.

Engagement des partenaires. Cette période a été marquée par une hausse considérable du nombre de partenaires internationaux travaillant dans le domaine de la nutrition au Sénégal, et par le premier investissement de la Banque mondiale dans la nutrition. C'était également la première fois que des organisations privées étaient contractées par l'Etat pour fournir des services de nutrition préventifs.

Les principales politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour cette génération figurent dans l'encart 3.

ENCART 3 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la *Génération de l'Institutionnalisation de la Nutrition*

Politiques

- Stratégie d'iodation du sel pour lutter contre les troubles liés à la carence en iode (1994)
- Initiative hôpital amis des enfants (1994)
- Arrêté interministériel mettant en place les conditions pour la commercialisation des substituts au lait maternel (1994)
- 9^e PODES (1996)
- Réformes de décentralisation transférant neuf responsabilités aux Collectivités Locales (1996)
- Plan d'Action National pour la Nutrition (1997)
- PAIN adopté par le ministère de la Santé comme stratégie nationale (1998)

Institutions

- CNLM (1994)
- AGETIP (1994)
- SNAN remplace SANAS (milieu des années 1990)
- Laboratoire de Nutrition de la Faculté des Sciences (1997)
- CNSA (1998)

Programmes

- USAID/BASICS (1994)
- Projet d'iodation du sel (1994)
- PNC (1995)
- Journées nationales de la vaccination & Journées nationales de l'apport en suppléments alimentaires (1999)

Influences clés au niveau national

- EDS (1992-93)
- Dévaluation du franc CFA & l'agitation urbaine qui en résulte (1994)
- EDS (1997)
- EDS (1999)
- Election du Président Abdoulaye Wade (2000)

Influences clés aux niveaux régional et mondial

- PCIME (1990)
- CIN et poussée au niveau mondial pour l'élaboration de plans d'action nationaux multisectoriels de nutrition (1992)
- AEN cadre (1997)
- Sommet du Millénaire (2000) et l'Adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 1990–2015
- Stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (2000)

Intensification et décentralisation (années 2000–2010)

Une décennie d'action pour la nutrition qui a renversé la tendance de la politique de nutrition au Sénégal, avec une mise en œuvre rapide des résultats en matière de nutrition

Contexte de la nutrition

Au Sénégal. L'élection du Président Abdoulaye Wade en mars 2000 a radicalement changé le paysage politique du Sénégal. Abdoulaye Wade est le premier président issu du Parti démocratique sénégalais, après 40 ans de leadership du Parti Socialiste. Si le Parti Socialiste optait pour un contrôle de l'Etat, l'administration sous Wade faisait la promotion d'une approche progressiste de développement économique marquée par un environnement plus pluraliste, la promotion du secteur privé et, en contraste frappant avec les réformes économiques de la génération précédente, un accent plus marqué sur le développement du capital humain à travers de meilleurs soins de santé, une amélioration de l'éducation et plus d'emplois. Malgré les efforts antérieurs pour étendre la portée des services sociaux, l'accès restait limité et la qualité mauvaise, tandis qu'il y avait des inégalités flagrantes d'une région à une autre, et entre les zones urbaines et les zones rurales. A l'époque, près de 80% de la population urbaine vivaient à 30 minutes d'une structure de santé, contre 42% pour la population rurale.

En 2000, la prévalence du retard de croissance au Sénégal restait à un niveau élevé à 29,5%, même si elle

enregistrait une petite baisse mais notable par rapport à la décennie précédente (figure 1), et elle était plus faible que la moyenne en Afrique subsaharienne. La prévalence de la perte de poids et de l'insuffisance pondérale stagnait à près de 10% et 20% respectivement. Avec la persistance de taux élevés de retard de croissance, un système de prestation de services de nutrition fragmenté et marqué par des scandales, et l'avènement d'un nouveau régime avec comme mandat d'apporter du changement, il y avait beaucoup d'incertitudes quant au futur de la politique de nutrition. Cependant, pendant cette période, la nutrition était perçue comme une composante fondamentale du développement humain, et le Président Wade et la Première Dame en étaient de fervents défenseurs. La décennie du régime Wade —de 2000 à 2012— a été marquée par une intensification sans précédent de l'action pour réduire la malnutrition au Sénégal, et a enregistré des résultats sans précédent.

Pendant cette période, l'Etat a redoublé d'efforts pour décentraliser les services sociaux, tandis que le changement dans les politiques, les institutions et les programmes a fini par renverser la tendance pour la nutrition au Sénégal. La révision de la Constitution nationale en 2001 a consacré le droit à l'alimentation. Un autre jalon important pour le Sénégal est la participation

au premier Compte à rebours vers 2015 à Londres en 2005. Dans le cadre des préparatifs de l'événement, le Premier Ministre d'alors (actuel Président Macky Sall) a corédigé avec le Premier ministre de Madagascar une lettre à l'éditeur du *Lancet* intitulée « African Prime Ministers Take Lead in Child Survival (Les Premiers Ministres africains aux commandes pour la survie de l'enfant) » (Sall and Sylla 2005), en réponse aux remontrances du journal qui avait déclaré que « les efforts au niveau mondial pour la survie de l'enfant doivent maintenant être élargis, pas uniquement aux organisations internationales, mais également aux ministres en charge de la santé, aux Premiers ministres et aux Présidents dans la plupart des pays affectés » (Lancet 2005).

Aux niveaux mondial et régional. Au niveau mondial, cette période a été marquée par un regain d'intérêt pour la nutrition dans les OMD, alimenté par des occasions historiques comme le travail de David Pelletier et al. (1994) qui a démontré que près de la moitié des cas de décès d'enfants sont imputables à la malnutrition ; le Consensus de Copenhague en 2004 qui a placé la nutrition parmi les dix principaux axes d'investissement de développement ; les publications comme Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (WHO and UNICEF 2003) qui a fourni un cadre d'actions pour renforcer la nutrition et la survie de l'enfant à travers une alimentation optimale ; les normes de croissance de l'enfant de l'OMS : méthode et développement (WHO 2006) qui a fourni une nouvelle référence internationale pour évaluer l'état nutritionnelle des enfants le repositionnement de la nutrition au cœur du développement (World Bank 2006) qui a abouti à une stratégie mondiale de développement ; la Série du Lancet de 2008 sur la sous-alimentation maternelle et infantile qui a catalogué les causes et conséquences de la malnutrition, identifié un paquet d'interventions éprouvées et appelé à une action mondiale pour améliorer la nutrition pour les mères et les enfants ; et l'émergence du mouvement SUN en 2010.

Une autre influence de taille sur le discours mondial autour de la nutrition, et une grande avancée dans la prestation de services de nutrition, est l'introduction de la Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition

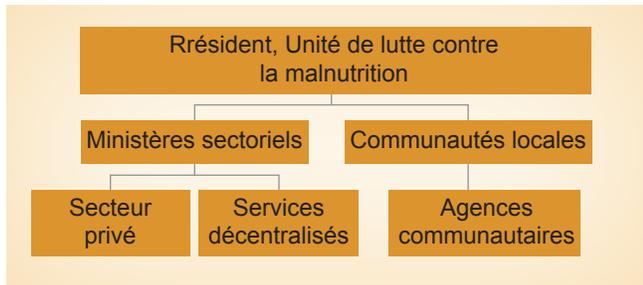
Aiguë (PECMA), d'abord piloté par Valid International en Ethiopie et au Malawi. L'utilisation d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi dans le cadre de la PECMA n'était pas loin d'une révolution dans le traitement des cas de MAS qui, jusque-là était considéré par la Banque mondiale et d'autres partenaires internationaux comme inefficace et inopérant. La Série du Lancet de 2008 a inscrit la PECMA parmi les interventions de nutrition les plus rentables, ouvrant ainsi la voie pour un plaidoyer et un soutien au niveau mondial.

Cette période a été marquée par la crise mondiale des prix des produits alimentaires de 2007/2008 qui, même si elle n'a pas eu un grand impact sur le Sénégal, a aidé à renforcer l'engagement des bailleurs de fonds en faveur de la nutrition et appuyé le déroulement de la PECMA. Pendant que la Déclaration de Paris²² a invité les bailleurs à appuyer l'appropriation par les Etats, l'intensification des efforts de financement en faveur de la nutrition s'est faite sur fond d'une prise de conscience par les bailleurs que l'aide étrangère risquait de compromettre l'engagement des Gouvernements à initier des réformes.

La Politique de nutrition

Les Politiques. L'avènement du régime de Wade a été suivi par une frénésie de nouvelles politiques et initiatives ayant des implications à long terme pour la nutrition. En 2000, le Sénégal, avec le soutien de la Banque mondiale, a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) axé sur quatre piliers : la création de richesse à travers des réformes économiques et le développement du secteur privé ; le renforcement des capacités et le développement des services sociaux ; l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables et la mise en œuvre de la stratégie et le suivi des résultats. Il est important de signaler, concernant la politique de nutrition, que le premier DSRP aussi bien que le second DSRP en 2006 ont repris les enseignements tirés de l'expérience des cinq années précédentes de mise en œuvre de programmes de nutrition avec le PNC. En d'autres termes, l'accent était mis sur l'importance

FIGURE 4 : Organigramme du PRN



Source : Ka 2011.

d'une approche multisectorielle pour faire face à la malnutrition et la mise en place d'un cadre institutionnel et des moyens financiers à cet effet.

En substance, le Président Wade a doublé la mise sur l'approche institutionnelle introduite par le PNC, avec de grandes modifications. Les critiques répandues à propos du PNC, notamment en ce qui concerne la marginalisation de ministères clés et l'échec des efforts de coordination multisectorielle, les accusations de corruption et le peu de preuves démontrant l'impact sur la nutrition, ont déclenché plusieurs appels pour une restructuration. En 2001, un décret présidentiel a mis sur pied une nouvelle entité, la CLM en remplacement du CNLM ; et le point d'ancrage institutionnel s'est ainsi déplacé vers la Primature. Le BEN a été créé dans le cadre de la CLM ainsi qu'un bureau exécutif permanent en charge de la gestion au quotidien. Le BEN était alors identifié comme l'agence de mise en œuvre chargée d'exécuter le nouveau projet de nutrition financé par la Banque mondiale, le PRN (figure 4). A cette époque, une ligne d'investissement spéciale pour la nutrition était dégagée dans le budget national.²³ Bien que cette ligne budgétaire fût assortie de délais (contrairement à une ligne opérationnelle qui couvre les frais généraux et qui s'inscrit dans la durée), il s'agissait d'une avancée majeure vers l'institutionnalisation et la durabilité du financement pour la nutrition au-delà de la vie de tout projet ou administration.

La CLM avait pour mission de formuler une « nouvelle vision » pour les interventions de nutrition au Sénégal. Comme principales responsabilités, la CLM devait rédiger une LPDN afin de définir, pour la première fois,

une politique nationale de nutrition et élaborer des stratégies appropriées pour les programmes et le suivi. Même si l'environnement politique a joué un rôle, la Banque mondiale a conditionné le financement du PRN à la mise en place de ces dispositions institutionnelles en vue d'établir un programme national et communautaire durable pour la nutrition (plutôt qu'un projet), ancré dans une politique et un cadre institutionnel avec une grande visibilité politique pour assurer un environnement propice à une coopération multisectorielle. En d'autres termes, la LPDN était une condition préalable au financement de la Banque mondiale, et en conséquence, l'intervention de nutrition sous le PRN a évolué d'une « approche projet » à une « approche programmatique » (Ndiaye 2007).

La LPDN a appelé à une prise en charge, directe et indirecte, des causes multifactorielles de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle dans tous les secteurs, en particulier au niveau des Ministères en charge de la Santé, de l'Education, de l'Agriculture, de l'Elevage, de la Pêche, de la Famille et de la Solidarité Nationale, de la Petite Enfance, et du Commerce. Elle a défini huit principes stratégiques pour l'action : équité, décentralisation, partenariat, contractualisation (externalisation des services), appropriation communautaire, transparence, durabilité et éthique. La stratégie de nutrition de 2001 de la LPDN couvre les neuf composantes suivantes, chacune ayant des priorités propres :

1. Renforcement de l'approche communautaire avec PAIN et la Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant au Niveau Communautaire (PCIME-C) ;
2. Renforcement de la sécurité alimentaire en améliorant la production agricole, la recherche alimentaire et la distribution de denrées ;
3. Amélioration de la fourniture en eau potable et des conditions sanitaires ;
4. Réorganisation et renforcement des cadres institutionnels pour le pilotage et la gestion de projets de nutrition ;
5. Renforcement des partenariats avec les collectivités locales, les ONG, les associations, les Agences d'Exécution Communautaire (AEC) et le secteur privé dans la mise en œuvre de programmes de lutte contre la malnutrition ;

6. Amélioration des systèmes de collecte, d'analyse et de vulgarisation des données relatives à l'alimentation, la nutrition et la promotion des études et recherches ;
7. Renforcement de la capacité des ressources humaines au niveau communautaire ;
8. Renforcement des programmes EIC et CCC ; et
9. Développement d'activités génératrices de revenu.

Avant le lancement du PRN, la direction de la Banque mondiale pour la nutrition au Sénégal avait changé. Une approche courageuse et innovante lors de la préparation du PRN a été entreprise et s'est avérée capitale pour la réussite à long terme du programme. Le PRN a été conçu à travers une série d'ateliers participatifs regroupant les représentants de tous les ministères concernés par la nutrition, le ministère des Finances, les bailleurs et les ONG. L'objet de ce processus participatif est allé bien au-delà d'une simple préparation de projet. Les ateliers ont permis aux participants de mettre en lumière et discuter des éléments émergents au niveau mondial sur les causes et conséquences de la malnutrition et sur les stratégies d'intervention appropriées au Sénégal. Avec tous les acteurs autour de la table, beaucoup d'entre eux n'étant pas des experts en nutrition, le cadre était propice pour un dialogue franc et un bon processus de prise de décisions.

Une chose essentielle à l'efficacité de ces discussions était l'utilisation stratégique de l'outil financé par l'USAID pour l'élaboration de politiques et le plaidoyer dénommé PROFILES, qui a fait une estimation des avantages économiques et sociaux des interventions de nutrition au Sénégal, ainsi que les coûts du programme, ce qui a permis aux décideurs de « voir eux même le retour sur investissement dans le domaine de la nutrition » (Garrett and Natalicchio 2011). En résumé, les indications ont mis à nu ce que beaucoup savaient déjà : le besoin d'action dans plusieurs secteurs en vue d'améliorer la nutrition au Sénégal. Ce qui était évident est la nécessité de « s'écarter de la distribution de denrées alimentaires pour mettre l'accent plus sur la prévention, le changement de comportement, et l'éducation » (Garrett and Natalicchio 2011) et de cibler les zones rurales où le fardeau de

la malnutrition est le plus lourd. Les leçons apprises du PNC ont également fourni des indices permettant de contourner les difficultés éventuelles (capacité de mise en œuvre, coordination et engagement communautaire). Même les décisions de conception les plus fondées invoqueraient la résistance venant des entités ayant des intérêts financiers et politiques de longue date dans les systèmes existants (distribution de denrées alimentaires). Cependant, les ateliers ont réussi à créer un consensus et une appropriation chez les décideurs ; à faciliter une meilleure compréhension entre les participants d'horizons et expériences divers ; et à susciter la confiance et l'engagement nécessaire pour baliser le terrain pour une collaboration efficace.

Parmi les leçons tirées du PNC, on retient l'importance d'avoir un cadre efficace de collaboration multisectorielle. Les partenaires devaient continuer à collaborer pour le programme bien au-delà de la phase de conception. Au niveau central, la CLM et BEN a signé des accords de collaboration avec divers ministères. Il convient de noter que le ministère de la Santé était la structure responsable de la politique de nutrition au sein de la CLM. De plus, des fonds ont été utilisés sans la moindre hésitation comme « lubrifiant pour une collaboration intersectorielle » (Garrett and Natalicchio 2011) ; le PRN a financé des mesures incitatives comme la formation, l'équipement et l'assistance technique pour les ministères participants. Au niveau local, les collectivités locales étaient désignées comme points fédérateurs de la coordination. Le niveau le plus bas, la commune, à travers l'AEC, était en charge des projets de nutrition communautaires, avec les échelons administratifs supérieurs (sous-Préfecture, Préfecture, Gouverneur Régional) ; il était également impliqué dans le suivi du programme et la coordination entre secteurs. Le PRN a été ensuite décliné davantage à travers des Plans Stratégiques pour chaque phase du programme.

En 2006, la LPDN a été revue pour tenir compte de l'évolution du contexte aux niveaux mondial, régional et national, comme l'émergence d'OMD, le Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), et le 10^e PODES qui

a défini une vision pour la nutrition au Sénégal comme étant « un pays où chaque individu se prévaut d'un statut nutritionnel satisfaisant et adopte un comportement approprié pour son bien-être et pour le développement de la communauté » (République de Sénégal 2006). La LPDN de 2006 a également reflété l'évolution de la situation nutritionnelle avec de nouvelles données montrant une insécurité alimentaire très répandue et des disparités dans l'accès à des denrées nutritives, ainsi que des taux de sous-alimentation réduits et une amélioration des pratiques en matière de nutrition. Les objectifs de la politique nationale de nutrition ont été esquissés en termes d'OMD et les principes directeurs ont été réduits de huit à quatre : équité, éthique, transparence et contractualisation. Les stratégies révisées intègrent la priorisation des interventions de nutrition communautaires efficaces ; le renforcement de la sécurité alimentaire ; renforcement des capacités institutionnelle et organisationnelle de la CLM et de ses partenaires au niveau communautaire et l'amélioration des systèmes d'information sur la nutrition. Enfin, la LPDN de 2006 a reflété l'engagement renouvelé en faveur des dispositions institutionnelles mises en place en 2000. Le Sénégal s'engageait dans la bonne direction, mais il restait toujours beaucoup à faire.

Une des stratégies incluses dans la LPDN de 2006 prévoyait l'amélioration du cadre législatif et réglementaire pour l'alimentation et la nutrition. L'évolution du climat politique de la nutrition transparaît dans les efforts significatifs pendant cette période pour renforcer le cadre normatif de la nutrition et la capacité du ministère de la santé à mettre en œuvre les interventions de nutrition. Les initiatives menées par l'unité du ministère en charge de la nutrition, maintenant appelée Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) avec l'appui technique et financier de partenaires externes —tels que les Normes et Protocoles en Nutrition de 2001, qui ont établis des critères pour la qualité du service ; le Plan Stratégique de la PCIME de 2002-2007 ; la Politique Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) de 2006 ; et le Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant (PNSE) de 2007— ont été développées au fil du temps en coordination avec la CLM. En 2009, le Plan Natio-

nal de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour 2009-18, s'est engagé dans la protection des femmes et des enfants à travers un paquet d'interventions communautaires (PCIME), et la promotion de l'allaitement maternel exclusif comme action prioritaire.

Également pendant cette période, des années de travail effectué par des partenaires clés comme Helen Keller International (HKI), MI et UNICEF ont abouti en 2009 à l'élaboration de deux politiques de nutrition majeures : le Décret imposant la fortification de l'huile en vitamine A et le Décret imposant la fortification du blé en fer et en acide folique. Les développements en termes de politiques dans les autres secteurs ont également contribué à l'amélioration de la prestation de services de nutrition. Le Plan de Développement Communal (PDC) et le Programme National de Développement Local (PNDL) en 2002 visaient à renforcer la capacité des Collectivités Locales à fournir des services sociaux à la population.

Les Institutions. Les dispositions institutionnelles mises en place dans le cadre du DSRP de 2000 et renforcées par la révision en 2006 de la LPDN sont restées en vigueur jusqu'en 2016. La CLM est chargée de définir les politiques et stratégies nationales en matière de nutrition ; de planifier, coordonner et superviser la mise en œuvre des projets et programmes de nutrition ; et de suivre les résultats. Elle est présidée par le Directeur de cabinet du Premier Ministre et regroupe les représentants de onze ministères, d'ONG et de l'Association des Maires du Sénégal. La CLM est la référence principale et l'organe de suivi de la politique de nutrition et le point focal du Mouvement SUN au Sénégal. Elle apporte des conseils techniques en rapport avec la nutrition, appuie la conception de guides techniques de référence, et supervise l'ensemble des études au niveau national portant sur la nutrition. Avec la responsabilité de facilitation et de gestion des ressources, la CLM est également la tribune par excellence pour le renforcement de la coopération entre partenaires et la définition d'actions concrètes susceptibles d'améliorer la collaboration autour de la nutrition.

Enfin, la CLM est également responsable, à travers le BEN, de gérer la mise en œuvre du PRN. Elle ne dis-

pose pas de personnel en tant que tel. En réalité, la mise en œuvre se fait à travers les collectivités locales, les ONG et les prestataires de services publics. Cependant, la CLM mobilise et alloue des fonds et suit la mise en œuvre, à travers trois Bureaux Exécutifs Régionaux (BER).²⁴ Le BEN est l'organe administratif et technique de la CLM et est composé d'un sous-ensemble de membres de la CLM. La CLM se réunit périodiquement, tandis que le BEN fournit une assistance au quotidien, y compris les décaissements du budget de la CLM. Le chef du BEN est le Coordonnateur National pour la Nutrition. Puisque le PRN est un programme de la CLM géré à travers le BEN, le Coordonnateur National pour la Nutrition est également le Coordonnateur du PRN. Le rôle double de la CLM dans la coordination et la mise en œuvre de la politique de nutrition a été perçu comme un des facteurs clés de sa réussite.

Beaucoup d'autres institutions ont joué un rôle déterminant dans l'évolution de la politique de nutrition au Sénégal pendant cette période. Le Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments (COSFAM), formé en 2006, est un sous-comité de la CLM qui se focalise sur la réduction de la prévalence des carences en micronutriments (fer, vitamine A, et iode) chez les femmes en âge de procréation et les enfants de moins de cinq ans. Avec le soutien de l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN), MI et d'autres partenaires publics et privés, le comité a contribué au passage des décrets mandant la fortification de l'huile et du blé en 2009. De même, le Comité Technique pour l'Iodation Universelle du Sel (CTIUS) a été formé en 2006, regroupant des représentants des Ministères de la Santé, du Commerce, de l'Industrie et de l'Industrie Artisanale, du secteur privé, des collectivités locales et des ONG, avec pour mission d'appuyer l'iodation du sel par les petits producteurs et assurer le respect du mandat de 2000 pour l'iodation universelle du sel.

Le Conseil National pour la Sécurité Alimentaire (CNSA), formé en 1998, est logé à la Primature ; il est antérieur à la CLM et est membre de la CLM. Il a été mis sur pied pour réguler l'évaluation de la fourniture de produits alimentaires et de la situation nutritionnelle. En 2006, il a institué un système d'alerte précoce pour la

sécurité alimentaire et est principalement impliqué dans les décisions portant sur la distribution de denrées alimentaires. Du fait de leurs mandats qui se chevauchent, la coordination entre la CLM et le CNSA est importante.

Les Programmes. L'objectif global du PRN était d'appuyer la LPDN et de contribuer à l'atteinte du premier OMD qui est d'éliminer l'extrême pauvreté et la faim au Sénégal. Le PRN était conceptualisé et financé en trois phases : d'abord l'accent était mis sur l'élaboration de stratégies et la démonstration des résultats²⁵ ; ensuite il a été étendu à l'échelle nationale et aux secteurs²⁶ ; et troisièmement l'effort consistait à consolider les acquis. La période décennale initiale (2002-2012)²⁷ permettait de procéder à une extension progressive, compte non tenu de l'administration politique en place, et l'approche séquencée imposait « un sentiment d'urgence pour une action immédiate » (Garrett and Natalicchio 2011). Le financement initial du PRN provenait de la Banque mondiale. Depuis 2011, le gouvernement a intensifié sa participation avec le soutien d'autres bailleurs (UNICEF, Coopération Espagnole, Banque Africaine de Développement, et Union Européenne). Cependant, le PRN n'était pas le seul instrument permettant à la LPDN d'atteindre ses objectifs. Avec la supervision directe du CLM et le BEN devenant ainsi le projet-phare du gouvernement en matière de nutrition, le PRN a suscité des changements dans la prestation et le suivi des services de nutrition à travers le système.

Le PRN fonctionne à travers une coordination multi-sectorielle et à divers niveaux entre les ministères de tutelle, les ONG, le secteur privé, les collectivités locales et les communautés. Parmi les principales leçons tirées du PNC, il y a l'importance de se reposer sur les structures et programmes existants. Le concept de contractualisation d'abord introduit par le PNC a suivi une approche différente dans le cadre du PRN. Du fait de la variation des caractéristiques et des capacités d'une région à une autre, il était essentiel d'autonomiser les ONG locales pour leur permettre d'élaborer leurs propres stratégies en fonction des spécificités locales afin d'engager la communauté. Les ONG locales, choisies à travers un processus concurrentiel et transparent, ont été contractées pour assurer la mobi-

lisation communautaire dans des actions de nutrition par, et pour le compte des collectivités locales, et en collaboration avec les prestataires de services publics et les communautés, à travers les comités de pilotage communautaires et les Agents Communautaires. Les AEC se trouvaient parmi les ONG contractées.

De manière spécifique, les Agents Communautaires lancent des campagnes de Communication pour le Changement de Comportement Social en matière de nutrition (CCCS) à travers l'animation de réunions périodiques avec les groupements féminins et/ou d'autres activités techniques de sensibilisation et de mobilisation. Ils procèdent également (chaque trimestre) à la détection, à la prise en charge et au transfert de cas de MAS vers les structures de santé conformément aux protocoles, et assurer un suivi au niveau communautaire. L'engagement sans faille de la communauté, et l'implication des ONG locales dans la prestation de services de nutrition et le suivi des résultats ont infusé un vrai sens d'appropriation et de responsabilité au niveau local et appuyé le renforcement des capacités des systèmes publics. Au début, il était convenu que le personnel de santé serait chargé de la supervision des Agents Communautaires, mais cet engagement s'étant avéré intenable. La formation et l'accompagnement des Agents Communautaires étaient plutôt assurés par des ONG contractées.

La coordination des services de nutrition à la base (fournis à travers des ONG et des volontaires) et des services au niveau des structures de santé (dans le cadre du mandat du ministère de la santé et par le personnel de santé), avec tous les partenaires qui fonctionnent dans le cadre du même protocole, était une tâche considérable. Les LPDN de 2001 et de 2006 ont, de manière explicite, promu des stratégies de nutrition spécifiques incluant la PCIME, le Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, et l'approche intégrée dans la prise en charge des carences en micronutriments. Ces éléments constituaient le cadre opérationnel mis en place par le ministère de la Santé, avec le soutien de partenaires extérieurs comme l'USAID au milieu des années 1990. Le modèle de PCIME repose sur trois

composantes : (1) la prise en charge intégrée des enfants malades dans les structures et centres de santé ; (2) le renforcement du système de santé, notamment l'accès aux médicaments et au support logistique ; et (3) la promotion de pratiques familiales et communautaires clés. Même si la priorité est à la prévention, le modèle intègre des interventions préventives et curatives²⁸. En particulier, la PCIME vise à combler le déficit de connaissances et compétences, et à s'attaquer aux pratiques communautaires concernant la santé des enfants, la reconnaissance des maladies, la prise en charge chez soi des enfants malades, et le recours aux soins de santé adéquats.

Quelques pilotes de l'approche PCIME ont été menés au Sénégal, mais jamais à grande échelle. Le défaut d'intégration de la prestation de service de nutrition a été source de grave inefficacité et d'occasions manquées, comme ce fut le cas dans le PNC. Le volet communautaire de la PCIME (PCIME-C), 3^e composante du modèle, était innovant dans la prise en charge de la croissance de l'enfant de manière holistique en intégrant les interventions. Les principes et stratégies de la PCIME-C ont été utilisés dans le PRN afin de tirer parti des structures et programmes existants ; de relier les services de nutrition communautaires aux services de nutrition fournis dans les établissements de santé ; mais également d'insuffler un esprit de coopération entre le PRN et le ministère de la Santé. L'utilisation des services du modèle de PCIME a montré que le PRN ne pouvait pas fonctionner comme un projet isolé et atteindre ses objectifs ; la PCIME était « une façon stratégique de travailler plus étroitement avec le système de prestation de service de santé afin de promouvoir des mesures aptes à prévenir la malnutrition » (Garrett and Natalicchio 2011, 93).

L'appropriation communautaire et la gestion basée sur les résultats sont allées de pair. Avec le PRN, les services de nutrition sont étendus aux zones rurales où le fardeau du retard de croissance était le plus lourd. Contrairement au PNC, l'objectif principal du PRN était d'améliorer les résultats en termes de nutrition. Des indicateurs spécifiques par rapport aux résultats ont été établis pour mesurer l'état d'avancement, y

IMPACT

Dans la Phase I du PRN (2002–2006), près de 200 000 couples mère-enfant ont reçu une aide et la prévalence de l'insuffisance pondérale dans les zones couvertes a baissé de 42%. La Phase II (2007–2011) a fourni des services de nutrition à près de 700 000 enfants de moins de 5 ans, 50 000 femmes enceintes, 65 000 femmes allaitantes, et 177 000 adolescents. Au niveau national, de 2000 à 2012, le retard de croissance a chuté de 29,5% à 19,2% (figure 1). Il s'agit là de résultats remarquables pour la nutrition, la santé et le bien-être des femmes et des enfants au Sénégal. De plus, ces résultats ont été atteints à un coût bien plus bas que par le passé les coûts pour le PNC s'élevaient à 40\$ (67,7\$ si l'enfant a reçu des suppléments alimentaires) contre 3,7\$ en milieu rural et 5\$ dans les zones urbaines lors de la Phase 1 du PRN.

En ce qui concerne la politique de nutrition, la capacité à assurer le suivi des avancées par rapport à la malnutrition, et l'utilisation stratégique des résultats pour renforcer l'engagement à tous les niveaux et mobiliser un financement additionnel étaient remarquables. «Le fait d'utiliser la transparence comme règle de gestion a renforcé la crédibilité du BEN vis-à-vis des autorités locales et des bailleurs» (Ndiaye 2007). De plus, en 2010, le PRN a reçu le Prix Alpha du Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal récompensant la meilleure équipe de programme ou projet parmi environ 700 projets. Les pouvoirs publics ont utilisé les résultats pour montrer les avancées vers les OMD et démontrer la crédibilité du Sénégal, et ont en retour redoublé leur engagement politique en faveur de la nutrition et appuyé les dispositions institutionnelles.

La réussite et la visibilité au niveau mondial ont incité les partenaires de l'Etat à rester engagés dans le PRN et à améliorer leur propre performance. Grâce à la large collaboration et l'interdépendance intrinsèque, le PRN «a influencé le système de prestation de service de santé publique et les interventions et stratégies de diverses organisations partenaires» (World Bank 2007, 18). Le PRN «est devenu un grand mécanisme de déploiement des programmes existants pour l'alimentation du nourrisson et jeune enfant, la PCIME-C et la distribution de masse de suppléments en vitamine A. La fourniture de suppléments en vitamine A et de moustiquaires imprégnées s'est considérablement améliorée» (World Bank 2007, 18). Les ONG partenaires ont gagné en crédibilité pour avoir participé à un programme du gouvernement, et au niveau communautaire, le suivi social des données a rendu visible la baisse des taux de malnutrition, ce qui a favorisé un sens élevé d'appropriation chez les communautés.

compris les pratiques en matière de nutrition, la couverture des services de nutrition et les connaissances en la matière.²⁹ Des instruments de suivi et d'évaluation simples ont été utilisés pour suivre les résultats aux niveaux communautaire, régional et national tous les mois, et faciliter l'encadrement. Le partage des résultats par opposition aux attentes et la résolution de problèmes au niveau communautaire constituaient un autre mécanisme d'engagement communautaire.

Ainsi, « le système de suivi et d'apprentissage du PRN impliquait chaque partenaire et acteur dans la mesure et les discussions sur les résultats » (Garrett and Natalicchio 2011, 91). La gestion basée sur les résultats a contribué à la qualité des services fournis et l'accent mis sur les résultats » (World Bank 2007, 11) à travers tout le système. Les ONG participantes ont bénéficié non seulement d'une formation approfondie, mais également d'une assistance technique lorsque des problèmes ont été détectés à travers le circuit de suivi. Ainsi, le PRN a contribué au renforcement des

capacités à la base à travers « la formation pratique » en apportant « un minimum d'instructions et le maximum de soutien » (World Bank 2007, 13). Les ONG ont bénéficié de plus de visibilité en étant associées à un programme national, et tous les partenaires étaient encouragés à « s'attribuer tout crédit pour les résultats, ce qui a renforcé l'appropriation et la motivation pour la participation » (Garrett and Natalicchio 2011, 92).

Jusqu'en 2011, la CLM était responsable de la mise en œuvre de quatre autres grands programmes en plus du PRN³⁰ : 1) le Programme Iodation Universelle du Sel (PIUS) avec le soutien des Ministères de la Santé, du Commerce, de l'Industrie et de partenaires comme MI, PAM et UNICEF ; 2) le Projet Nutrition de l'Enfant et Sécurité Alimentaire (NESA) avec le soutien du Fonds pour la réalisation des OMD à travers l'OMS, la FAO, le PAM et l'UNICEF ; 3) le Projet Nutrition Ciblée sur l'Enfant et les Transferts Sociaux (NETS) avec le soutien de la Banque mondiale ; et 4) le Programme de Renforcement de la Fortification (PRF) également

à travers les Ministères de la Commerce et de l'Industrie avec l'appui de GAIN et HKI, « une convergence harmonieuse de différentes interventions vers un objectif commun » (Ka 2011) pour améliorer la santé des enfants de moins de 5 ans et les FEA.

Voici une brève description de ces programmes.

- ◆ Le PIUS (2009–2015) impliquait les collectivités locales dans la promotion de l'iodation du sel dans leurs zones respectives en facilitant l'iodation du sel chez les petits producteurs. Le Projet avait des implications au niveau régional, puisque le Sénégal est un pays producteur et exportateur de sel, avec 80% de la production exporté vers les pays de la sous-région ;
- ◆ Le NESA (2009–2012) a mis l'accent sur la prévention et la gestion de la malnutrition et la réduction de l'extrême pauvreté en réponse à la sécheresse de 2006/2007, et fait la promotion de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans les zones fortement vulnérables ;
- ◆ Le NETS (2009–2011) était l'une des premières interventions de protection sociale sensibles à la nutrition à utiliser des transferts d'argent comme réponse rapide pour atténuer l'impact négatif sur les populations vulnérables (les mères et les enfants de moins de 5 ans) face à la crise des prix des denrées alimentaires ;
- ◆ Le PRF (2006–2011) a appuyé les décrets de 2009 mandant la fortification de l'huile en vitamine A et du blé avec du fer et de l'acide folique, en aidant les partenaires dans l'industrie à améliorer et adapter leur chaîne de production, mais également à travers un volet suivi et évaluation pour assurer la qualité du traitement, la communication et le marketing social.

D'autres projets sensibles à la nutrition étaient également en cours pendant cette période, en coordination avec la CLM, y compris : (1) le Programme Décennal d'Éducation et de Formation (PDEF) (2001–2011) à travers le ministère de l'Éducation avec le soutien du PRN et du PAM qui consistait en un projet de nutrition scolaire intégrant le déparasitage, la supplémentation en fer, les cantines scolaires et l'éducation en hygiène et nutrition ; 2) le Programme National d'Investissement Agricole

(PNIA) (2009–2020), qui a mis sur pied des Zones Agricoles Communautaires et des fermes intégrant l'élevage, l'aviculture, l'aquaculture et l'appui à la sécurité alimentaire ; et 3) le Projet Yaajeende (2010–2017) mis en œuvre par l'USAID dans le cadre de la promotion du développement agricole (tel que les petits ruminants, les jardins potagers, et l'aquaculture) pour la diversification alimentaire et l'amélioration de la survie et de la nutrition de l'enfant au niveau communautaire.

Les thèmes clés

La décennie de l'administration Wade représente un apogée aussi bien en termes de volonté politique que de progrès pour de meilleurs résultats en matière de nutrition. Pendant cette période, tous les six thèmes clés ont été regroupés. Le lancement du PRN a coïncidé avec une phase historique de développement de politiques et une grande restructuration de la responsabilité institutionnelle pour la prestation et la supervision de services de nutrition. À travers une approche très inclusive facilitée par le CLM et le BEN, le PRN a suscité un changement systématique qui a renforcé la cohérence, l'efficacité et l'effectivité de la politique de nutrition à travers tous les canaux de prestation de services. Jusqu'en 2011, le Sénégal était salué comme une réussite dans la lutte contre la malnutrition. Les pouvoirs publics ont astucieusement exploité la « visibilité de la réussite » pour obtenir du financement supplémentaire (Garrett and Natalicchio 2011, 94).

Promotion de la nutrition. Depuis le début de l'administration Wade, la nutrition a été perçue comme une cause célèbre pour le Président de la République et la Première Dame. Avec l'utilisation de la gestion basée sur les résultats, il était fort probable d'annoncer des cas de réussite, et cela a été le cas, dans l'optique de mobiliser plus d'investissements auprès des bailleurs et renforcer l'engagement des partenaires dans la mise en œuvre. L'esprit de partage des cas de réussite a créé une masse de défenseurs de la nutrition à tous les niveaux.

Ancrage institutionnel. Avec le PRN, il y a eu une rupture majeure dans l'ancrage institutionnel de la

nutrition, mais cette fois-ci avec suffisamment de ressources et de mécanismes pour faciliter une collaboration efficace et soutenue à tous les niveaux et secteurs. Parmi les principales obligations de la CLM nouvellement créée figurait l'élaboration de la première politique nationale de nutrition —après 40 ans d'intervention en faveur de la nutrition— sur la base de l'équité, l'éthique, la transparence et la contractualisation. Au fil du temps —et avec la manifestation de la bonne volonté et des bons résultats— beaucoup de fissures politiques ayant entravé le PNC ont été résolues.

Coordination et collaboration multisectorielle. L'environnement politique pour la nutrition à la clôture du PNC était bipolarisé, avec d'un côté quelques acteurs clés qui faisaient de la résistance active et de l'autre des acteurs totalement désengagés. En contraste, le PRN a été lancé dans un esprit d'inclusion et de coopération. Avec l'implication de tous les acteurs dans la préparation du PRN, il y avait « une appropriation forte depuis le début » (Garrett and Natalicchio 2011). Et bien que la CLM fût au début « minée par une rotation effrénée des représentants des ministères clés » (World Bank 2007, 12) (malgré les motivations sur le plan opérationnel et financier), la participation et l'adhésion se sont intensifiées au fur et à mesure que le projet démontrait des résultats probants. Tous les partenaires étant engagés dans la mise en œuvre du PRN, ils étaient tous invités à partager sa réussite. Au fil du temps, « cette coordination et cette réussite » sont devenues synergiques, et les ministères ont commencé à « faire du lobbying pour leurs propres budgets pour appuyer leurs propres activités de nutrition » (Garrett and Natalicchio 2011, 95).

Appropriation communautaire. Avant l'année 2000, on a tenté à de multiples reprises de piloter des services de nutrition communautaires au Sénégal mais qui restant toujours à une petite échelle. Malgré quelques impairs au niveau opérationnel, l'utilisation par le PNC de l'option innovante de contractualisation s'est révélée comme une importante facette de l'efficacité et la durabilité de la prestation de services communautaire. Le concept de contractualisation a été réorchestré, cette fois-ci autour du cadre de la PCIME, ce qui a eu une grande incidence pour le PRN. Au lieu de travailler

isolément, les ONG locales ont été contractées par, ou au nom des collectivités locales, pour dérouler la composante communautaire de la PCIME en collaboration avec les prestataires de services publics et les communautés. Ainsi, le PRN s'est appuyé sur les structures existantes, et à travers la PCIME, a établi des liens entre les services de nutrition communautaires et les services fournis au niveau des établissements de santé. De plus, la gestion basée sur les résultats a permis aux ONG de déterminer elles-mêmes les stratégies les plus efficaces pour engager leurs communautés tout en s'assurant que les résultats sont atteints. Le suivi des résultats au niveau communautaire était en soi un moyen de renforcer l'appropriation communautaire.

Services et plateformes de prestation intégrés. Le lancement de la première politique nationale de nutrition au Sénégal a instauré une rupture fondamentale d'une « approche de projet » vers une « approche de programme », et un changement, à travers la coopération entre le PRN et le ministère de la Santé en utilisant le cadre PCIME, d'un ensemble fragmenté de services vers une plateforme de prestation plus intégrée. Pris en semble, ces deux réalisations ont marqué « une réorientation majeure dans la conception institutionnelle » avec une collaboration à tous les niveaux et secteurs et a facilité une approche à long terme (Garrett and Natalicchio 2011, 76).

Engagement des partenaires. En plus des entités du gouvernement aux niveaux national et local, des partenaires techniques et des plaidoyers externes ont joué un rôle déterminant dans la conception du PRN, ainsi que dans l'élaboration de la législation en matière de nutrition pendant cette période. Par ailleurs, l'approche décentralisée dans la mise en œuvre du PRN permettait d'engager beaucoup plus de partenaires. La politique nationale de nutrition a créé un cadre, tandis que la CLM fournit la tribune pour une meilleure coordination des efforts afin de maximiser l'impact sur les résultats en matière de nutrition.

Les principales politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour cette génération figurent dans l'encart 4.

ENCART 4 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la *Génération de l'Intensification et Décentralisation*

Politiques

- DSRP (2000)
- Décret portant sur IUS (2000)
- Constitution nationale révisée (2001)
- LPDN (2001)
- Décret exécutif 2001–770 et Ordonnance portant création de la CLM et du BEN (2001)
- Standards et Protocoles en Nutrition (2001)
- Plan Stratégique PCIME 2002–07 (2002)
- 10^e PODES (2002–07)
- PNDL (2002)
- LPDN (Révisée) (2006)
- Politique Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (2006)
- 11^{eme} DSRP (2007)
- PNSE (2007)
- Plan Stratégique du PRN (2007)
- PNDS (2009)
- Décret portant fortification de l'huile avec du fer (2009)
- Décret portant fortification du blé avec du fer et de l'acide folique (2009)

Institutions

- CLM, BEN, et BER (2001)
- AEC (2001)
- Ligne dédiée à la nutrition ajoutée dans le Budget National (2001), enveloppe multipliée par 10 en 2007
- DANSE en remplacement du SNAN (2003)
- COSFAM (2006)
- CTIUS (2006)

Programmes

- PDEF (2001)
- PRN Phase 1 (2002–05)
- PCIME-C (2002)
- Paquet intégré des services essentiels de nutrition pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (2005)
- PRN Phase 2 (2007)
- NETS (2009)
- NESA (2009)
- PNIA (2009)
- PNSE (2010)
- Projet d'iodation du sel (2010)
- Projet Yaajeende/USAID (2010)

Influences clés au niveau national

- PROFILES Sénégal (2002)
- EDS (2005)
- Inondations (2009)
- Prix Alpha du Ministère de l'Economie et des Finances décerné au PRN (2010)

Influences clés aux niveaux mondial et régional

- NEPAD (2001)
- PECMA (2001)
- Sommet Mondial de l'Alimentation (2002)
- Un Monde Digne des Enfants (2002)
- Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003)
- Déclaration de Maputo sur l'Agriculture et la Sécurité Alimentaire (2003)
- Consensus de Copenhague (2004)
- Stratégie Mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé (2004)
- Compte à rebours vers 2015 à Londres (2005)
- Déclaration de Paris et Agenda d'Accra pour l'Action (2005)
- Normes OMS de croissance de l'enfant : Méthodes et développement (2006)
- *Repositionnement de la Nutrition comme point essentiel au développement* (2006)
- Crise mondiale des prix des denrées alimentaires (2007–08)
- *Série du Lancet sur la sous-alimentation maternelle et infantile* (2008)
- *Mouvement pour le Renforcement de la Nutrition (SUN) : Un Cadre pour l'action* (2010)
- Résolution de l'AMS WHA63.23 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2010)



Photo : Adama Cissé/CLM

Approche multisectorielle (années 2010)

Le Sénégal assume sa position de leader mondial en matière d'intervention de nutrition. Parallèlement, des efforts sont en cours pour définir l'avenir de la politique de nutrition sous l'Administration Sall qui est déterminée à faire du Sénégal un pays émergent à l'horizon 2035

Contexte de la nutrition

Au Sénégal. En 2012, Macky Sall a été élu Président de la République, après deux mandats du gouvernement Wade. La croissance économique et la réduction de la pauvreté avaient déjà commencé à ralentir. Presque immédiatement après son élection, il a dû faire face à une catastrophe naturelle —les inondations causées par des pluies torrentielles— qui ont failli paralyser la nouvelle administration³¹. Les graves inondations de 2012 ont été suivies par une faible pluviométrie en 2014 le taux de croissance économique et la réduction de la pauvreté ont ralenti depuis 2005. La fin de l'année 2015 a marqué la fin des OMD. Les données définitives ne sont pas encore disponibles mais il semble que le Sénégal a enregistré des résultats mitigés. La réduction de l'extrême pauvreté (OMD 1a) et l'égalité des sexes à l'école (OMD 3) ont été atteints. Des avancées considérables contre la mortalité infantile (OMD 4) et l'accès à l'eau potable (OMD 7) ont été enregistrées ; mais pas assez pour atteindre l'objectif visé. Les progrès concernant l'éducation primaire universelle (OMD 2), la mortalité maternelle (OMD 5) et la lutte contre le VIH/SIDA (OMD 6) étaient clairement insuffisants.

Après des progrès significatifs contre la faim (OMD 1c) enregistrés de 1990 à 2010, la prévalence de la sous-alimentation s'est accrue. En fait, les dernières données disponibles montrent que les progrès dans la lutte contre la faim sont inexistantes : 24,5% en 1991 et 24% en 2015. La sous-alimentation est un indicateur de mesure de la sécurité alimentaire plutôt que de la nutrition, cependant les avancées contre le retard de croissance pendant cette période semblent avoir été soutenues. Pendant la période des OMD, le retard de croissance a chuté considérablement de 44%, allant de 34,4% en 1922 à 19,4% en 2014. Ce résultat a consolidé la place du Sénégal comme leader mondial en politique de nutrition.

En 2011, le Sénégal était invité à faire une présentation à la 21^{ème} Conférence Commémorative Annuelle Martin J. Forman de l'International Food Policy Research Institute (l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires) (IFPRI) en reconnaissance à sa « réussite dans l'élaboration d'une stratégie multisectorielle pour produire des résultats durables en matière de nutrition » (Ka 2011). Dans la même année, le Sénégal a adhéré au mouvement SUN, marquant ainsi l'engagement des autorités et leur volonté de

projeter davantage le pays comme leader mondial en matière d'intervention en faveur de la nutrition. Dans sa fonction précédente de Premier Ministre (ancien point d'ancrage pour la CLM et le BEN), Macky Sall avait une bonne vision de l'évolution de la politique de nutrition dont les prémisses remontent à plus d'une décennie. La place accordée à la nutrition dans l'administration Sall n'est pas encore définie, mais il existe des fondations solides sur lesquelles on peut se reposer pour redoubler d'efforts et faire des progrès en la matière. En 2014, le Président Sall a lancé le Plan Sénégal Emergent avec l'objectif de donner au Sénégal le statut d'un pays émergent avant 20 » à travers l'amélioration du bien-être de la population et un accès garanti aux services sociaux. Avant 2015, le Sénégal a rejoint le Comité Exécutif du Mouvement SUN.

Aux niveaux mondial et régional. Après des décennies d'accumulation d'indications en faveur de l'action pour la nutrition sur le plan mondial, cette période était marquée par d'importantes transitions. Les partenaires au niveau mondial étaient, dans un élan unitaire, en train de pousser à l'action au cours des toutes dernières années avant la fin des OMD, en portant le regard sur le passé pour faire le point et examiner ce qui a été accompli et en se projetant vers le futur pour évaluer ce qui restait à faire après l'échéance 2015.

Bien que la communauté de la nutrition ait, pendant près de 50 ans, vanté les mérites des approches multisectorielles, il y a eu un regain d'intérêt avec la publication en 2013 de *la Série du Lancet sur la nutrition maternelle et infantile*. La période suivant la série de 2008 a également été remarquable pour avoir mis en évidence les limites éventuelles en termes de retard de croissance avec le renforcement des interventions spécifiques à la nutrition exclusivement, et mis l'accent sur le besoin d'initier des interventions sensibles à la nutrition dans des secteurs clés. En créant une plateforme multisectorielle communautaire à grande échelle, le Sénégal a réalisé ce que peu de pays ont réussi à faire. Le Sénégal était leader, pas uniquement pour avoir enregistré des réductions considérables du retard de croissance, mais également par rapport aux

connaissances acquises à travers la mise en place d'un système collaboratif efficace pendant près de deux décennies. Tous les regards se tournaient vers le Sénégal et vers d'autres rares cas de réussite (tels que le Pérou) dans le souci de reproduire leur succès.

Cette période a également vu l'émergence d'une autre tendance au niveau mondial : les taux croissants de surcharge pondérale et d'obésité. Perçu dans l'imagerie populaire comme un problème affectant uniquement les populations à revenu élevé, le double fardeau de la malnutrition (DFM) pendant cette période (coexistence entre la sous-alimentation, le surpoids et l'obésité au sein d'une même population en grande partie causée par un changement de modes de vie et de systèmes alimentaires) était perçu juste comme une autre manifestation de la malnutrition. L'émergence au niveau mondial de la DFM et ses liens avec les maladies non transmissibles, et l'intensification des interventions sensibles à la nutrition, y compris l'accent mis sur un engagement plus fort du secteur privé³² étaient des thèmes clés mis en exergue pendant la deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN2) en 2014 22 ans après la première CIN en 1992.

Avant le lancement des ODD en 2010, l'AMS a annoncé six indicateurs et cibles prioritaires en matière de nutrition pour 2025³³, qui ont été utilisés pour aligner les efforts de plaidoyer post-2015 entre partenaires mondiaux de la nutrition. Peu après, en 2012, l'ONU a lancé le Programme Zéro Faim dans le but de galvaniser les actions pour « mettre fin à la famine, éliminer toutes les formes de malnutrition, et mettre en place des systèmes alimentaires inclusifs et durables ». Tirant parti des cibles de Zéro Faim, et ayant un périmètre plus régional, l'Alliance Globale pour la Résilience (AGIR) était également lancée en 2012, avec l'objectif de « promouvoir plus de synergie, de cohérence et d'efficacité dans le soutien aux initiatives de résilience dans les 17 pays d'Afrique de l'Ouest et du Sahel » à travers la mise en place d'un cadre commun de résultats.

Dans la foulée du regain d'intérêt pour la nutrition suscité par le Mouvement SUN et le lancement des ODD pendant cette période, de nouveaux efforts ont

été déployés pour (1) estimer les coûts du renforcement de la nutrition (World Bank 2010) ; (2) assurer des engagements clairs des bailleurs et des gouvernements ; (3) amener les bailleurs et les gouvernements à respecter les engagements pris ; et (4) mobiliser des fonds supplémentaires à travers des mécanismes de financement innovants auprès d'institutions comme la Fondation Clinton, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation de Fonds d'investissement pour l'enfance (CIFF), et plus récemment le Fonds Power of Nutrition. En 2013, le Royaume Uni, le Brésil et la CIFF ont organisé le Sommet Nutrition pour la Croissance à Londres dans le but de « regrouper les leaders, les scientifiques, les gouvernements et la société civile pour prendre les engagements politiques et financiers nécessaires afin de prévenir la sous-alimentation et de permettre aux populations et aux nations de prospérer ». En 2014, le premier d'une série de Rapports mondiaux sur la nutrition a été publié pour « retracer les avancées enregistrées au niveau mondial dans l'amélioration de l'état nutritionnel, identifier les goulots d'étranglement au changement, mettre en évidence les opportunités pour l'action, et contribuer à plus de reddition de comptes en matière de nutrition » (IFPRI 2014, xiv). Le Rapport Mondial sur la Nutrition a motivé une initiative au sein du réseau des bailleurs SUN pour adopter une approche commune et systématique de calcul et de suivi des contributions à la nutrition.

Les indications prouvant de plus en plus l'impact combiné de la nutrition et de la stimulation précoce sur le développement du cerveau ont conduit à un changement chez les partenaires internationaux vers un accent plus poussé sur le Développement de la Petite Enfance (DPE), comme matérialisé par le lancement en 2016 de l'Initiative la Banque mondiale/UNICEF pour les investissements dans la petite enfance. L'intégration de la nutrition sous l'égide du DPE permet de renforcer la convergence vers des approches multisectorielles.

La Politique de nutrition

Les Politiques. Le changement de régime du Président Abdoulaye Wade vers le Président Macky Sall en 2012

a clos un chapitre au cours duquel la politique de nutrition a bénéficié d'une visibilité politique inhabituellement élevée. La reconnaissance au niveau mondial s'est traduite en une hausse des fonds alloués pour la nutrition au Sénégal. L'engagement financier du gouvernement dans le domaine de la nutrition ; aussi bien au niveau des dépenses totales consacrées à la nutrition que des dépenses de nutrition par rapport à la totalité du budget national augmente également. Cependant, la politique de nutrition au Sénégal est dans une période de transition. Les progrès par rapport aux cibles établies au niveau mondial ont stagné et il reste encore des obstacles à surmonter comme la capacité limitée à produire et suivre les résultats à travers un engagement multisectoriel, et le manque de financement. En 2015, le DPNDN a décliné la nouvelle vision. Actuellement, le PSMN, en cours d'élaboration, avec l'engagement de partenaires internationaux comme la Banque mondiale, l'UNICEF, va opérationnaliser le DPNDN et sera dorénavant le principal instrument de coordination de la nutrition.

Durant cette période également, les efforts continus sous la houlette du ministère de la Santé pour tirer parti du cadre opérationnel pour la prestation de services de nutrition ont conduit à de récentes publications : le protocole de Prise En Charge de la Malnutrition Aiguë (PECMA) en 2013 ; Le Guide de Suivi de la Nutrition en 2014 et la Stratégie de communication pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif en 2015. Les efforts de décentralisation (entamés en 1964 pour se poursuivre en 1972 avec la création des communautés rurales et en 1996 avec le transfert de pouvoir aux autorités locales) ont abouti en 2014 avec la phase de communalisation généralisée. Les politiques dans d'autres secteurs ayant des implications pour la nutrition lancées pendant cette période comportent le Document de Politique Economique et Sociale en 2011, qui est devenu la base pour le renforcement de l'appropriation financière du PRN par l'Etat, le Document de Politique de Protection Sociale, également en 2011 et le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie (PSD-CMU) en 2013 comprenant des volets essentiels pour la couverture médicale universelle au Sénégal, y compris la gratuité des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans.

Les Institutions. Depuis 2001, les dispositions institutionnelles et la gouvernance de la nutrition sont restées inchangées. Pendant cette période, il y a eu trois Coordonnateurs Nationaux de la CLM. Malgré la concurrence entre ministères partenaires pour le budget limité de la nutrition, ce qui a déclenché une courte période de conflits sectoriels, le principe d'inclusion a été réaffirmé. Le succès précoce du PRN a renforcé l'engagement à tous les niveaux, et les ministères commencent à voir comment utiliser les structures du PRN pour réaliser leurs propres objectifs (Garrett and Natalicchio 2011).

La préparation du nouveau PSMN a, une fois de plus, regroupé tous les acteurs autour d'une table pour aborder le problème de la malnutrition au Sénégal sous un angle holistique, et pour définir ensemble les stratégies et priorités pour s'y attaquer. Ainsi, la CLM continue de fonctionner comme cadre principal de collaboration multisectorielle, le ciment qui va « rassembler les partenaires et éliminer les barrières à la réduction du fardeau de la malnutrition »³⁴. Parmi les facteurs de l'engagement réussi, la définition de rôles forts et des lignes de responsabilité claires est à noter. Au Sénégal, la nutrition est une responsabilité partagée et chaque secteur apporte une contribution importante en termes d'action et de financement.

Les Programmes. Le financement de la Banque mondiale pour le PRN a pris fin en 2014, mais le Sénégal a pu exploiter le succès du programme pour mobiliser des fonds auprès d'autres bailleurs. Depuis qu'une ligne budgétaire dédiée à la nutrition a été ajoutée au budget national, les contributions du gouvernement sont passées à 3 milliards FCFA en 2016. Le PRN reste le programme-phare de nutrition du Sénégal. Tirant profit

des résultats obtenus à travers le renforcement de la PECMA et de la PCIME-C, et le suivi et la promotion de la croissance à travers les structures décentralisées, la Phase III (« consolidations des acquis ») est finalement en cours, avec un appui continu des partenaires internationaux. Les efforts sont en cours pour : 1) intensifier les interventions spécifiques à la nutrition au niveau communautaire, notamment celles qui ciblent les 1 000 premiers jours de la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans ; et 2) institutionnaliser l'approche multisectorielle dans la planification, la mise en œuvre et le financement des interventions sensibles à la nutrition.

Les projets comme le Projet Intégré de Nutrition Dans les Régions de Kolda et de Kédougou (PINKK), le Projet Zinc Alliance for Child Health (ZACH) de MI, le Programme de Renforcement des Services de Santé de l'USAID, le Programme de Santé Communautaire et le Projet Yaajeende contribuent au renforcement du système de prestation de services spécifiques et sensibles à la nutrition au Sénégal.

Les thèmes clés

Dans une large mesure, l'histoire de cette génération n'est pas encore écrite. Avec le Sénégal qui occupe un poste de premier plan au niveau mondial en matière de politique de nutrition, il existe peu de modèles de succès à suivre. Tout dépendra du PSMN et de la capacité des partenaires internationaux à allouer le financement nécessaire.

Les principales politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour cette génération figurent dans l'encart 5.

ENCART 5 : Les politiques relatives à la nutrition et leurs influences pour la *Génération de la Approche Multisectorielle*

Politiques

- Document de Politique de Protection Sociale (2011)
- Document de Politique Economique et Sociale (2011)
- Adhésion du Sénégal au Mouvement SUN (2011)
- (SNDES) Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (2013)
- PSD-CMU (2013)
- Protocole de PECMA (2013)
- Plan d'Action Prioritaire du Plan Sénégal Emergent (2014)
- Guide de Suivi de la Nutrition (2014)
- Stratégie de communication pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif (2015)
- DPNDN (2015)
- Intégration du Sénégal au Comité Exécutif du SUN (2015)
- PSMN (en cours)

Institutions

- (DAN) Division de l'Alimentation et de la Nutrition et la Division de la Survie de l'Enfant (DES) en remplacement de la DANSE (2012)
- Hausse du budget annuel alloué à la nutrition d'1,4 milliard de CFAF en 2011 à 3,6 milliards en CFAF (2016)

Programmes

- PRN (maintenu)
- Projet Yaajeende (maintenu)
- (ZACH) Projet Zinc Alliance for Child Health (2012)
- (PAQUET) Programme d'Amélioration de la Qualité de l'Enseignement, de l'Équité et de la Transparence (2012)
- Financement Basé sur les Résultats (2013–18)
- (PINKK) Projet Intégré de Nutrition Dans les Régions de Kolda et de Kédougou (2015)

Influences clés au niveau national

- EDS (2010–11)
- 21^e Conférence Commémorative Annuelle Martin J. Forman (2011)
- Enquête SMART (Suivi et évaluation standardisés des urgences et transitions) (2011)
- Election du Président Macky Sall (2012)
- Enquête SMART à l'échelle nationale (2012)
- Enquête SMART au niveau régional (annuel)
- Inondations et sécheresse (2012)
- EDS (maintenu 2012–13)
- Enquête SMART (2014)
- EDS (maintenu 2014)

Influences clés aux niveaux mondial et régional

- Programme Zéro Faim (2012)
- AGIR (2012)
- (NASAN) Nouvelle Alliance pour la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (2013)
- *Série du Lancet sur la nutrition maternelle et infantile* (2013)
- Rapport Mondial sur la Nutrition (2014)
- CIN2 (2014)
- Partenariat Power of Nutrition (2014)
- Déclaration politique et cadre d'action pour la prise en charge de la faim et de l'obésité (2014)
- Rapport Mondial sur la Nutrition (2015)
- ODD (2016)
- Rapport Mondial sur la Nutrition (2016)
- Initiative la Banque mondiale/UNICEF pour l'investissement dans la petite enfance (2016)



Photo : Adama Cissé/CLM

Le parcours de près de soixante années dans l'évolution de la politique de nutrition au Sénégal peut être retracé à travers six thèmes, dont les graines ont été semées au début de l'indépendance : à savoir la promotion de la nutrition, l'ancrage institutionnel, la coordination et la collaboration multisectorielle, l'appropriation communautaire, les services et plateformes de prestation intégrés et l'engagement des partenaires.

Deux tournants décisifs concernant la politique de nutrition au Sénégal ont eu lieu. La crise sociopolitique au début des années 1990, résultant en garde partie des réformes d'ajustement structurel qui ont exacerbé la situation nutritionnelle déjà détériorée, a tout d'abord montré l'inadéquation du système de santé pour y faire face, et conduit ultérieurement à la création de la CNLM et du PNC. Le changement de l'ancrage institutionnel de la nutrition du ministère de la Santé vers une agence gouvernementale n'ayant aucune expérience dans la mise en œuvre de projets de santé a été une mesure politique radicale. A un moment donné, pendant que le système était réajusté, les relations institutionnelles clés étaient sévèrement fragmentées. Même si tout n'était pas très clair à l'époque, il ap-

paraît maintenant, avec le recul, que ce changement radical était nécessaire pour avoir plus d'impact.

Le second tournant dans la politique de nutrition au Sénégal est l'élection en 2000 du Président Abdoulaye Wade, qui est devenu le premier défenseur de la nutrition au Sénégal. Sous le magistère de Wade, les dommages causés avec la dissolution des dispositions institutionnelles pour la nutrition furent corrigés. Les dures leçons apprises de la CNLM et du PNC appliquées. L'ancrage institutionnel de la nutrition a été transféré vers la CLM, et le PRN est devenu le programme-phare du Sénégal en matière de nutrition. A travers une approche participative et multisectorielle, la prestation décentralisée de services préventifs de nutrition et des plateformes intégrées, et un esprit de partage de la responsabilité et de la réussite, un système efficace était ainsi créé et les résultats l'ont prouvé.

Sur le point d'amorcer une nouvelle transition en matière de politique de nutrition, le Sénégal garde ses forces intactes. Sur le plan institutionnel, à travers la CLM, une plateforme efficace pour la coordination aux niveaux national et local existe, avec des lignes bien définies en termes de responsabilité, d'engage-

ment des partenaires et de coordination. Les pouvoirs publics ont pu exploiter les résultats positifs pour mobiliser du financement supplémentaire auprès de bailleurs externes et augmenter le budget de l'Etat alloué à la nutrition. L'engagement à s'appuyer sur les acquis dans l'amélioration des services sociaux et le renforcement du capital humain reste fort dans l'administration du Président Sall. Une vision pour la politique de nutrition (le DPNDN) susceptible de mener le Sénégal très loin dans la poursuite des ODD a été lancée, tandis qu'un le PSMN est en cours avec l'engagement et le soutien de tous les partenaires.

La chute remarquable du retard de croissance de près de moitié pendant la période des OMD est un résultat direct des efforts du Sénégal en matière de nutrition. Cependant, comme déjà indiqué, les avancées par rapport aux cibles en termes de nutrition ont stagné et des difficultés persistent toujours, comme la capacité limitée à produire et suivre les résultats à travers un engagement multisectoriel, et le manque de financement. Le PRN touche près de 70 à 80% des enfants de moins de 5 ans avec des dépistages trimestriels, tandis que des activités mensuelles de suivi et de promotion de la croissance touchent seulement 30% environ des enfants de moins de 2 ans. Il faut intervenir plus en faveur de la nutrition dans d'autres secteurs, un meilleur ciblage pour identifier les zones où le fardeau est le plus lourd, et redoubler d'effort pour étendre les services aux zones difficiles d'accès. Pour atteindre les objectifs de l'AMS/ODD, il est essentiel d'avoir plus de financement.

L'intégration de la nutrition dans les politiques publiques reste le plus grand défi du Sénégal pour les dix prochaines années, et tous les secteurs doivent y contribuer. Une des forces essentielles est que le réseau est déjà en place. Toutes les régions du pays sont couvertes, avec comme point d'entrée les autorités locales qui sont à même de réunir les acteurs dans tous les secteurs. Dans le processus d'élaboration du PSMN, les regards sont tournés vers ce que chaque secteur fait pour accomplir sa mission fondamentale, et vers l'identification des liens avec la nutrition, les opportunités de levée de fonds, et les domaines spécifiques qui nécessitent un renforcement des capacités. Il est également nécessaire d'évaluer la situation nutritionnelle dans chaque région ainsi que les déterminants clés, élaborer des plans d'action pertinents au niveau local, identifier les capacités au niveau local qui doivent être renforcées et trouver des sources de financement.

Dans l'ensemble, la nutrition a toujours occupé une place importante dans l'agenda politique au Sénégal. La visibilité au niveau mondial et la notoriété du Sénégal comme leader en matière de nutrition ont atteint le point culminant en 2010-11. L'absence d'un champion de haut-niveau et le recul de la nutrition dans l'agenda politique qui a suivi, depuis la chute de l'administration Wade, constitue un autre défi pour le leadership de la nutrition au Sénégal pendant cette période de transition. Si on se fie à l'histoire, ce défi ainsi que tous les autres seront surmontés d'une manière imprévisible, mais sans doute remarquable.

ANNEXE A

Chronologie de la Politique de nutrition au Sénégal

Début	Français	English
1948	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme	Universal Declaration of Human Rights
1954	Règlementation du congé de maternité	Maternity Leave Regulation
1956	(ORANA) Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines	(ORANA) Research Organization for Food and Nutrition in Africa
1960	(CREN) Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle	(CRENs) Centers of Recovery and Nutritional Education
1960	Indépendance du Sénégal	Independence of Senegal
1960	Présidence sous Léopold Sédar Senghor	Presidency of Léopold Sédar Senghor
1961	1 ^{er} PQDES	1 st PQDES
1963	La Constitution	Constitution
1963	(ITA) Institut de Technologie Alimentaire	(ITA) Food Technology Institute
1964	Réformes de la décentralisation	Decentralization reforms
1965	2 ^e PQDES	2 nd PQDES
1965	(BANAS) Bureau National d'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal	(BANAS) Office for Food and Applied Nutrition in Senegal
1968	Conférence Ouest Africaine sur la Nutrition et l'Alimentation de l'Enfance	West African Conference on Nutrition and Child Feeding
1968	Sécheresse au Sahel	Sahelian drought
1969	3 ^e PQDES	3 rd PQDES
1972	Réformes de la Décentralisation	Decentralization reforms
1973	4 ^e PQDES	4 th PQDES
1973	(PPNS) Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire	(PPNS) Nutrition and Health Protection Program
1975	Programme Santé Sécheresse	Programme Santé Sécheresse
1977	5 ^e PQDES	5 th PQDES
1977	Stratégie d'Investissement dans l'Alimentation 1977-85	Food Investment Strategy 1977-85

(suite à la page suivante)

(suite)

Début	Français	English
1978	Déclaration d'Alma Ata	Alma Ata Declaration
1979	Programme de Stabilisation	Stabilization Program
1979	(CANAS) Comité d'Analyse Nutritionnelle et Alimentaire au Sénégal	(CANAS) Committee of Food and Nutritional Analysis in Senegal
1981	6 ^e PQDES	6 th PQDES
1981	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes
1981	Présidence sous Abdou Diouf	Presidency of Abdou Diouf
1982	Projet de Santé Rurale de la Banque mondiale	WB Rural Health Project
1983	Projet Iringa (Tanzanie)	Iringa Project (Tanzania)
1985	7 ^e PQDES	7 th PQDES
1985	Programme d'Ajustement	Adjustment Program
1986	Publication de Sommer et al., "Impact de l'apport de suppléments en vitamine A sur la mortalité infantile"	Publication of Sommer et al., 'Impact Of Vitamin A Supplementation On Childhood Mortality'
1986	EDS 1986	DHS 1986
1988	(SANAS) Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal	(SANAS) Nutrition and Food Service of Senegal
1989	8 ^e PODES	8 th PODES
1989	Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle	Nutritional Rehabilitation and Surveillance Program
1989	(PSMI/PF) Programme de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale	(PSMI/PF) Maternal and Child Health and Family Planning Program
1990	Déclaration d'Innocenti en faveur de la Protection, la Promotion et le Soutien à l'Allaitement	Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding
1990	Sommet Mondial sur l'Enfance	World Summit for Children
1990	(PCIME) Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	(PCIME) Integrated Management of Childhood Illness
1990	Cadre conceptuel de la nutrition de l'UNICEF	UNICEF Nutrition Conceptual Framework
1992	(CIN) Conférence Internationale sur la Nutrition	(ICN) International Conference on Nutrition
1992	EDS 1992-93	DHS 1992-93
1994	Stratégie d'iodation du sel pour lutter contre les troubles liés à la carence en iode	Salt Iodization Strategy to Fight IDD
1994	Arrêté Interministériel fixant les conditions de commercialisation des substituts du lait maternel	Interministerial Decree Establishing the Conditions for Marketing of Breastmilk Substitutes
1994	L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé	Baby-Friendly Hospital Initiative
1994	USAID/BASICS	USAID/BASICS
1994	Projet d'Iodation du Sel	Salt Iodization Project
1994	(CNLM) Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition	(CNLM) National Committee for the Fight against Malnutrition
1994	(AGETIP) Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public	(AGETIP) Executing Agency for Works of Public Interest Against Unemployment
1994	(SNAN) Service National de l'Alimentation et de la Nutrition	(SNAN) National Service of Food and Nutrition
1994	Dévaluation du franc CFA suivie d'agitation urbaine	Devaluation of the franc & resulting urban unrest
1994	Publication de Pelletier et al., "A Methodology for Estimating the Contribution of Malnutrition to Child Mortality in Developing Countries"	Publication of Pelletier et al., "A Methodology for Estimating the Contribution of Malnutrition to Child Mortality in Developing Countries"
1995	(PNC) Projet de Nutrition Communautaire	(PNC) Community Nutrition Project
1995	Sommet de Copenhague pour l'Élimination de la Pauvreté	World Summit for Social Development Copenhagen

(suite à la page suivante)

(suite)

Début	Français	English
1996	9 ^e PODES	9th PODES
1996	(PCIME) Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	(PCIME) Integrated Management of Childhood Illness
1997	Plan National d'Action pour la Nutrition	National Plan of Action for Nutrition
1997	(AEN) Cadre de Actions Essentielles en Nutrition	(AEN) Essential Nutrition Actions framework
1997	EDS 1997	DHS 1997
1998	(PAIN) Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition et AEN	(PAIN) Package of Integrated Nutrition Actions and AEN
1998	(CNSA) Conseil National de Sécurité Alimentaire	(CNSA) National Food Security Council
1999	Journées Nationales de Vaccination et Journées Nationales de Supplémentation en Micronutriments	National Vaccination Days and National Micronutrient Supplementation Days
1999	EDS 1999	DHS 1999
2000	(DSRP) Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté	(DSRP) Poverty Reduction Strategy Paper
2000	Décret portant sur l'iodation universelle du sel	Decree Mandating Universal Salt Iodization
2000	(OMD) Objectifs du Millénaire pour le Développement (2000–15)	Millennium Development Declaration and the MDGs (2000–15)
2000	Stratégie Mondiale Pour La Prévention Et La Lutte Contre Les Maladies Non Transmissibles	Global Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases
2000	Présidence sous Abdoulaye Wade	Presidency of Abdoulaye Wade
2001	Révision de la Constitution nationale	Revised National Constitution
2001	(LPDN) Lettre de Politique de Développement de la Nutrition	(LPDN) Policy Letter on Nutrition and Development
2001	Normes et Protocoles en Nutrition	Nutrition Standards and Protocols
2001	(PDEF) Programme Décennal de l'Education et de la Formation	(PDEF) Ten-Year Education and Training Program
2001	(CLM) Cellule de Lutte contre la Malnutrition	(CLM) Nutrition Coordination Unit
2001	(BEN) Bureau Exécutif National	(BEN) National Executive Bureau
2001	(BER) Bureau Exécutif Régional	(BER) Regional Executive Bureau
2001	(AEC) Agence d'Exécution Communautaire	(AEC) Community Executing Agency
2001	(NEPAD) Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique	(NEPAD) New Partnership for Africa's Development
2001	(PECMA) Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë	(CMAM) Community-based Management of Acute Malnutrition
2001	Coordonnateur de la CLM : Biram Ndiaye	Appointment of Biram Ndiaye as Coordinator of CLM
2002	10 ^e PODES	10 th PODES
2002	(DSRP) Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté	(DSRP) Poverty Reduction Strategy Paper
2002	PCIME Plan Stratégique 2002-07	PCIME Strategic Plan 2002–2007
2002	(PDC) Plan de Développement Communal	(PDC) Communal Development Plan
2002	(PNDL) Programme National de Développement Local	(PNDL) National Plan for Local Development
2002	(PRN) Programme de Renforcement de la Nutrition Phase 1 (2002–05)	(PRN) Nutrition Enhancement Program Phase 1 (2002–05)
2002	(PCIME-C) Prise en Charge Intégrée de la Maladie l'Enfant au Niveau Communautaire	(PCIME-C) Community Integrated Management of Childhood Illnesses
2002	Sommet Mondial de l'Alimentation	World Food Summit
2002	Un Monde digne des enfants	A World Fit for Children
2002	PROFILES Sénégal	PROFILES Senegal

(suite à la page suivante)

(suite)

Début	Français	English
2003	(DANSE) Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant	(DANSE) Division of Food Nutrition and Child Survival
2003	Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et de Jeune Enfant	Global Strategy for Infant and Young Child Feeding
2003	Déclaration de Maputo sur l'Agriculture et la Sécurité alimentaire	Maputo Declaration on Agriculture and Food Security
2004	Consensus de Copenhague	Copenhagen Consensus
2004	Stratégie Mondiale Sur L'alimentation, L'exercice Physique Et La Santé	Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health
2005	Compte à rebours vers 2015 à Londres	Countdown to 2015 event in London
2005	Déclaration de Paris et Agenda d'Accra pour l'Action	Paris Declaration and Accra Agenda for Action
2005	EDS 2005	DHS 2005
2005	Lettre de Macky Sall et Jacques Sylla à l'éditeur du <i>Lancet</i> : "Les Premiers Ministres africains aux commandes pour la survie de l'enfant"	Macky Sall and Jacques Sylla, Letter to the Editor of the <i>Lancet</i> , "African Prime Ministers Take Lead in Child Survival"
2006	(LPDN) Lettre de Politique de Développement de la Nutrition (Révisée)	(LPDN) Policy Letter on Nutrition and Development (Revised)
2006	Politique Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	National Policy for Infant and Young Child Feeding
2006	Programme de Renforcement de la Fortification Alimentaire	Program for the Enhancement of Fortification
2006	(COSFAM) Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments	(COSFAM) Committee for Food Fortification
2006	(CTIUS) Comité Technique pour l'Iodation Universelle du Sel	(CTIUS) Technical Committee for USI (Universal Salt Iodization)
2006	Normes OMS de Croissance de l'Enfant : Méthodes et Élaboration	WHO Child Growth Standards : Methods and Development
2006	Repositionnement De La Nutrition Comme Point Essentiel Au Développement	Repositioning Nutrition as Central to Development
2007	11 ^{ème} DSRP	11th DSRP
2007	Augmentation de l'enveloppe budgétaire allouée à la nutrition	Increase in nutrition line item in the national budget
2007	(PNSE) Plan Stratégique Survie d l'Enfant	(PNSE) Child Survival Strategic Plan
2007	(PRN) Programme de Renforcement de la Nutrition Phase 2	(PRN) Nutrition Enhancement Program Phase 2
2007	Crise mondiale des prix de denrées alimentaires	Global Food Price Crisis
2008	Coordonnatrice de la CLM : Khadidiatou Dieng	Appointment of Khadidiatou Dieng as Coordinator of CLM
2008	Série du Lancet sur La Malnutrition Maternelle Et Infantile	Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition
2009	(PNDS) Plan National Développement Sanitaire et Social	(PNDS) National Health Development Plan
2009	Décret Portant Sur La Fortification De L'huile En Vitamine A	Decree Mandating Vitamin A Fortification of Oil
2009	Décret Portant Sur La Fortification Du Blé En Fer Et En Acide Folique	Decree Mandating the Fortification of Wheat with Iron and Folic Acid
2009	Programme Détaillé de Développement de l'Agriculture en Afrique	Comprehensive Africa Agriculture Development Program Compact
2009	(NETS) Projet De Nutrition Ciblée Sur L'enfant Et Les Transferts Sociaux	(NETS) Child Targeted Nutrition and Social Transfers Project
2009	(NESA) Project Nutrition Enfant et Sécurité Alimentaire	(NESA) Child Food and Nutrition Security Project
2009	Projet d'Iodation du Sel	Salt Iodization Project

(suite à la page suivante)

(suite)

Début	Français	English
2010	Programme National de Survie de l'Enfant	National Child Survival Program
2010	Yaajeende	Yaajeende
2010	(SUN) Mouvement de Renforcement de la Nutrition	(SUN) Scaling Up Nutrition Movement
2010	Résolution de l'AMS 62-23 sur la Nutrition des Nourrissons et des Jeunes Enfants	WHA Resolution WHA63.23 on Infant and Young Child Nutrition
2010	Prix Alpha du Ministère de l'Economie et des Finances à PRN	Senegal Ministry of Economy & Financing Alpha Award to PRN
2010	EDS 2010–2011	DHS 2010-2011
2011	Document de Politique de Protection Sociale (2011–15)	Social Protection Policy Document (2011–15)
2011	Document de Politique de développement économique et social (2011–15)	Economic and Social Policy Document (2011–15)
2011	(PNIA) Programme National d'Investissement Agricole (2011–15)	(PNIA) National Agricultural Investment Program (2011–15)
2011	Programme De Renforcement Des Services De Santé	Health Services Improvement Project
2011	Programme De Santé Communautaire	Community Health Program
2011	Pays SUN	SUN country
2011	Enquête SMART 2011	SMART Survey 2011
2012	(ZACH) Projet Zinc Alliance for Child Health	(ZACH) Zinc Alliance for Child Health
2012	(PAQUET) Programme d'Amélioration de la Qualité de l'Enseignement, de l'Équité et de la Transparence	(PAQUET) Improvement of Quality Education, Equity and Transparency Program
2012	Programme Zéro Faim	Zero Hunger Challenge
2012	(AGIR) Alliance Globale pour la Résilience – Sahel et Afrique de l'Ouest	(AGIR) Global Alliance for Resilience (AGIR) – Sahel and West Africa
2012	Coordonnateur CLM : Abdoulaye Ka	Appointment of Abdoulaye Ka as Coordinator of CLM
2012	Présidence sous Macky Sall	Presidency of Macky Sall
2012	Enquête SMART 2012	SMART Survey 2012
2012	EDS 2012–13	DHS 2012–2013
2013	(SNDES) Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (2013–17)	(NSESD) National Strategy for Economic and Social Development (2013–17)
2013	(PSD-CMU) Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie	(PSD-CMU) Health Coverage Strategic Plan
2013	Protocole de PECMA	PECMA protocol
2013	Sommet sur la Nutrition pour la Croissance, Londres	Nutrition for Growth Summit, London
2013	(NASAN) Nouvelle Alliance pour la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle	(NASAN) New Alliance for Food Security and Nutrition
2013	Série Du Lancet Sur La Nutrition Maternelle Et Infantile	Lancet Series on Maternal and Child Nutrition
2014	Plan Sénégal Emergent Plan d'Actions Prioritaires (2014–18)	Emerging Senegal Plan Priority Action Plan (2014–18)
2014	Guide De Surveillance Nutritionnelle	Nutrition Monitoring Guide
2014	(PRN) Programme de Renforcement de la Nutrition Phase 3	(PRN) Nutrition Enhancement Program Phase III
2014	(CIN2) Deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition	(ICN2) Second International Conference on Nutrition
2014	Déclaration Politique Et Cadre D'action Contre La Famine Et L'obésité	Political Declaration and Framework for Action to Tackle Hunger and Obesity
2014	Rapport Mondial Sur La Nutrition 2014	Global Nutrition Report 2014
2014	Enquête SMART 2014	SMART Survey 2014
2014	EDS 2014	DHS 2014

(suite à la page suivante)

(suite)

Début	Français	English
2015	(DPNDN) Document de Politique National de Développement de la Nutrition (2015–25)	(DPNDN) National Policy for the Development of Nutrition (2015–25)
2015	Document de Politique Sanitaire/Nutritionnelle/ Environnementale du Système Educatif	Policy Document of Health/Nutrition/Environment in the Education System
2015	Stratégie Communication pour la Promotion de l'AME	Communication Strategy for the Promotion of Exclusive Breastfeeding
2015	(PINKK) Projet Intégré de Nutrition Dans les Régions de Kolda et de Kédougou	(PINKK) Integrated Nutrition Project for the Kolda and Kedougou Regions
2015	(ODD) Objectifs de Développement Durable des Nations Unies	(SDGs) Sustainable Development Goals
2015	Rapport Mondial Sur La Nutrition 2015	Global Nutrition Report 2015
2016	(PSMN) Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition	(PSMN) Multisectoral Strategic Nutrition Plan
2016	Initiative Banque mondiale/UNICEF pour L'investissement Dans L'enfance	WB/UNICEF Initiative for Investing in the Early Years
2016	Rapport Mondial sur la Nutrition 2016	Global Nutrition Report 2016

Notes de fin de rapport

1. Joint Child Malnutrition Estimates, UNICEF (United Nations Children's Fund), WHO (World Health Organization) and World Bank (accessed 2017), <http://datatopics.worldbank.org/child-malnutrition/>
2. Il y a eu plusieurs tentatives de caractérisation de ces générations de politique de nutrition au Sénégal. Le présent rapport s'appuie sur celles qui ont été introduites dans Ndiaye (2010).
3. Plus précisément, la mission d'ORANA est la suivante : "Le rôle de l'ORANA est de connaître les hommes et les femmes des pays où il est implanté, leurs habitudes alimentaires, leurs maladies, leur statut économique et social, et leurs croyances. Il a aussi pour rôle d'évaluer la consommation alimentaire réelle et l'état nutritionnel des populations et de déterminer les carences qui ont des répercussions sur leur état de santé." (Kokou-Alo-nou 2007).
4. Les Etats Membres à l'origine comprenaient : le Bénin (anciennement appelé le Dahomey), la Burkina Faso (anciennement appelé la Haute Volta), la Côte d'Ivoire, le Mali (anciennement appelé le Soudan Français), la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, La Guinée et le Togo (anciennement appelé le Togo Français) ont rejoint le groupe plus tard.
5. Au fil du temps au Sénégal, l'unité de renforcement de la nutrition a eu plusieurs dénominations : d'abord Bureau National d'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal (BANAS, à partir de 1965), ensuite Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal (SANAS) dans les années 1980, et Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN dans les années 1990), après la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) au milieu des années 2000, et depuis 2012 Division de l'Alimentation et de la Nutrition (DAN), distincte de Division de la Survie de l'Enfant (DSE), sous la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant.
6. Le nom du ministère chargé des questions de nutrition a changé dans le temps, allant du ministère de la Santé et des Affaires Sociales (après l'indépendance dans les années 1960, au ministère de la Santé Publique dans les années 1970, ministère de la Santé et de la Prévention dans les années 2000, et maintenant ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
7. A l'époque, les soins curatifs hospitaliers n'étaient pas considérés comme efficaces ou viables « Ces expériences ont toujours été conduites dans les

meilleures conditions scientifiques possibles : ces enfants ont été traités et tenus à l'écart de leurs familles. Dans ces circonstances, nous arrivons à faire ce que nous voulons, mais chaque fois que nous faisons l'expérience dans les alentours des villages, les résultats obtenus étaient moins apparents et faibles dans bien des cas. Je pense que la solution ici est à trouver au niveau des villages dans le contexte des marchés ruraux » (Republic of Senegal and USAID 1968).

8. Le but principal des garderies rurales était d'offrir un endroit sûr pour les enfants pendant que leurs mères travaillaient dans les champs. « Les femmes ont organisé, avec l'aide d'instructeurs, des pouponnières villageoises dont elles sont matériellement et moralement responsables, de sorte que les enfants ne sont pas laissés à eux même pendant ce temps » (Republic of Senegal and USAID 1968).
9. Dans le cadre de ce projet soutenu par l'UNESCO, des bénévoles de la communauté ont été formés à la santé, à l'agriculture et au développement humain et ont mené des activités visant à promouvoir de bonnes pratiques nutritionnelles dans leurs communautés. Pendant les phases d'enseignement du premier degré destinées aux formateurs hommes et femmes, des séances pratiques sont organisées, ainsi que des discussions et des exemples de décisions à prendre sur le moment. Les cours du second cycle viennent compléter la formation des instructrices en nutrition des nourrissons, des femmes enceintes et des mères allaitantes. Par la suite, ces formatrices rencontrent les femmes de leurs villages et de leurs quartiers à titre volontaire afin de transmettre de manière vivante les connaissances acquises ainsi que des conseils diététiques » (République du Sénégal et USAID, 1968).
10. Des débats de haut niveau sur le positionnement institutionnel approprié de l'unité de nutrition au Sénégal se poursuivront pendant encore quelques décennies : « J'ai souvent entendu parler d'une Division de la Nutrition logée à la Direction de l'Economie Rurale ou autre, même si je crois que cela est nécessaire pour la coordination, mais il faut faire la différence entre une Division de la Nutrition au sein d'une Direction et un Service National de la Nutrition. Cela pose également la question de la coordination. Le Service National de la Nutrition, quel que soit le titre, est unique. Très souvent, ce type de service est rattaché au Ministère de la Santé, mais cela n'est pas obligatoire ; il s'agit d'un service qui peut être rattaché au plus haut échelon possible, même au Secrétariat de la Présidence de la République » (Republic of Senegal and USAID 1968).
11. L'importance d'autres secteurs, tels l'agriculture pour améliorer les résultats nutritionnels était déjà bien comprise (« La lutte contre les carences nutritionnelles et la production de cultures vivrières relèvent principalement de la responsabilité du ministère de la Santé et de celui en charge de l'Agriculture, mais ces opérations requièrent de l'éducation, ce qui devrait être perçue dans un sens large... » (Republic of Senegal and USAID 1968)), (« Le renforcement de la nutrition pour la population, ainsi que la lutte contre la malnutrition, requièrent la coopération d'un large spectre d'expertises et de bonne volonté. Cela ne se résume pas à des opérations purement sectorielles, cela requiert un travail de groupe et de la planification à divers niveaux. Par conséquent, il est souhaitable que les Gouvernements traitent ce problème comme une question interministérielle et de le mettre au menu des réunions régulières où des experts de divers domaines et de divers services se rencontrent pour harmoniser les concepts et les opérations. De plus, les représentants d'organismes bénévoles peuvent participer à ces réunions » (Republic of Senegal and USAID 1968)).
12. Le fait de ne pas être parvenu à une amélioration notable de l'état de la nutrition après dix ans de programmes a engendré de la frustration : « Les efforts passés du Gouvernement pour accroître la production alimentaire et élever le standard de la nutrition ont connu un succès relativement faible. Aucun programme de travail censé avoir un impact permanent sur la malnutrition chez les populations les plus défavorisées n'a réussi. » (USAID 1980).
13. Les documents de l'époque mettent en exergue l'intervention nutritionnelle curative plutôt que

- préventive : «Les problèmes de nutrition sont examinés principalement comme une question de santé publique, avec un secteur de la santé qui se concentre davantage sur les soins curatifs plutôt que sur les soins préventifs, sur de grands hôpitaux en milieu urbain plutôt que sur les services communautaires ruraux, et sur la formation de médecins plutôt que sur les travailleurs de la santé aux niveaux des villages » (USAID 1980).
14. Les comparaisons anthropométriques sur les enfants entre 1986 et les années suivantes ne sont pas valables car l'anthropométrie de 1986 a été mesurée sur des enfants de moins de trois ans alors que l'anthropométrie pour les années suivantes a été mesurée sur des enfants de moins de cinq ans.
 15. A cette période, des programmes liés à la nutrition et financés par la communauté des bailleurs étaient en cours au Sénégal : « Le PNUD a financé un certain nombre de projets de développement piscicole et de cultures vivrières, et un projet de 8 ans pour mettre en place et développer l'ITA. La FAO a fourni des fonds pour l'équipement et la formation pour le compte des centres de santé et de nutrition et des postes de santé, des maternités rurales et des pharmacies villageoises, et pour un projet pilote de nutrition dans la région du Sine Saloum. L'OMS est en train d'évaluer plusieurs petits projets de développement de formation en services de santé à l'attention du personnel médical et paramédical, en luttant contre les maladies infectieuses et en améliorant la santé environnementale. L'UNICEF travaille principalement dans les maternités rurales et les postes de santé. Le PAM déroule actuellement six projets de cantine scolaire dans des écoles primaires et techniques et des centres de formation en milieu rural, mais également des projets 'vivres contre travail' au Sine Saloum et au Sénégal Oriental » (USAID 1980).
 16. Les limites des interventions actuelles en matière de nutrition ont été bien comprises « La valeur de l'alimentation complémentaire a été remise en cause par rapport à son effet sur l'amélioration de la croissance des enfants. Les jardins potagers ont eu un succès limité » (World Bank 1982).
 17. La nutrition figurait en haut de l'agenda politique pendant cette période mais le financement n'a pas suivi. « Le Gouvernement du Sénégal semble avoir la volonté politique et l'engagement pour résoudre ses problèmes de famine et de malnutrition, mais il ne dispose pas des ressources nécessaires » (USAID 1980).
 18. L'appui à la nutrition au sein du Ministère de la Santé était faible : « Le Programme National de renforcement de la nutrition, au début des années 1990 ... a conduit à quelques activités concrètes du fait du manque de volonté politique et de ressources, ainsi que des problèmes institutionnels rencontrés au sein du Ministère » (Ndiaye 2007).
 19. Les premiers projets de santé de la Banque mondiale au Sénégal avec des volets sur la nutrition sont : le Projet Santé Rurale (P002317) de 1982 à 1991 ; le PNC (P035615) de 1995 à 2001 ; le Projet de Développement Intégré du Secteur de la Santé (P002369) de 1998 à 2005 ; et le Projet de Prévention et de Lutte contre le VIH/SIDA (P074059) de 2002 à 2010.
 20. Les pays ayant participé à la CIN (1992) avaient l'obligation d'élaborer un Plan d'action national. Lesdits plans devaient se baser sur des stratégies de la CIN. Malheureusement, le Plan d'action national pour la nutrition du Sénégal était couteux et dépourvu de financement.
 21. Le Sénégal a adhéré tardivement (parmi les derniers en Afrique de l'Ouest et du Centre) aux campagnes biannuelles de supplémentation en vitamine A.
 22. La Déclaration de Paris et l'Agenda d'Accra pour l'Action (2005) ont engagé les bailleurs dans cinq principes : l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, les résultats et la responsabilité mutuelle.
 23. La prise en compte de la nutrition dans le budget a commencé en 2002 avec une enveloppe de 300.000 dollars/an. Cette enveloppe a augmenté pour se situer à 2,7 millions de dollars en 2007, et 5,7 millions de dollars en 2015.
 24. La CLM a débuté en 2002 avec six bureaux régionaux qui ont été réduits à trois en 2007.
 25. Les objectifs de développement de la Phase I (2002–06) étaient de : (1) étendre la promotion de la nutrition et de la croissance aux zones rurales ;

(2) consolider et maintenir les résultats acquis dans le cadre du PNC qui ont permis d'inverser la tendance négative dans l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans en milieu urbain ; et (3) renforcer la capacité institutionnelle de la CLM et de ses partenaires dans les secteurs public et privé pour développer, mettre en œuvre et suivre les activités multisectorielles de nutrition. La Phase 1 du PRN était articulée autour des composantes suivantes : [Composante I:] Promotion de la nutrition et de la croissance à la base ; [Composante II:] Renforcement de capacités et suivi et évaluation ; et [Composante III:] Gestion du programme.

26. Les objectifs de développement de la Phase II (2007–11) étaient de faciliter l'accès aux services et d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier celles qui affectent la croissance des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines pauvres et les zones rurales. [PRN] La Phase II comprenait trois composantes : [Composante I:] Nutrition communautaire ; [Composante II:] Soutien multisectoriel à la nutrition ; et Composante 3: Appui à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de nutrition.
27. Bien que l'instrument *d'Adaptable Program Lending* de la Banque mondiale et les trois phases aient été alignés sur une période de 10 ans, en réalité, la deuxième phase du PRN a débuté avec une année de retard et duré entre 8 et 9 ans, tandis que la troisième phase n'a vraiment commencé qu'en 2015, c'est-à-dire 13 ans après le lancement du PRN. La Phase III va probablement aller au-delà de la durée de deux à trois ans initialement prévue.
28. Une liste des interventions de prévention des maladies et de promotion de la croissance au foyer et dans la communauté inclut : la promotion au foyer et dans la communauté de pratiques appropriées pour l'alimentation des enfants ; les conseils entre pairs pour l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire ; l'utilisation de moustiquaires imprégnés ; et les pratiques appropriées de lutte contre les infections. Les interventions de prévention des maladies et de promotion de la croissance au niveau des services de santé sont : vaccinations, apport de suppléments nutritifs ; et conseils pour l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire appropriée. Les interventions curatives au foyer et dans la communauté sont : détection précoce des maladies et leur prise en charge au foyer ; recherche de soins appropriés ; et respect des recommandations de traitement. Les interventions curatives au niveau des services de santé sont : prise en charge des cas d'infection respiratoire aiguë, de diarrhée, de rougeole, de paludisme, de malnutrition et d'autres infections ; conseils sur les problèmes d'alimentation ; le fer pour le traitement de l'anémie ; et déparasitage.
29. Les résultats anthropométriques (prévalence de l'insuffisance pondérale modérée ou grave) étaient mesurés dans la Phase I du PRN, avant d'être supprimés dans la Phase II.
30. Le PRN englobait également des projets pilotes comme le Projet d'Appui à la Sécurité Alimentaire des Ménages Vulnérables (PASAV) qui vise à renforcer l'impact des activités de nutrition en améliorant la disponibilité et l'accessibilité des produits agricoles et de l'élevage.
31. Le Sénat au Sénégal était temporairement supprimé, prétendument dans le but de mobiliser des fonds pour la réponse d'urgence.
32. En particulier, la NASAN lancée en 2013 vise à « engager le secteur privé dans les interventions sensibles à la nutrition et à mobiliser les investissements privés nationaux et étrangers pour stimuler et appuyer le secteur agricole ».
33. Les six indicateurs et valeurs cibles sont : le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, l'anémie chez les femmes en âge de procréer, l'insuffisance pondérale à la naissance, la surcharge pondérale des enfants, l'allaitement maternel exclusif, et la perte de poids chez les enfants de moins de 5 ans.
34. Abdoulaye Ka, coordinateur national de la CLM, interview avec l'auteur, août 2016.

Références

- Abosede, O., and J. McGuire. 1991. "Improving Women's and Children's Nutrition in Sub-Saharan Africa: An Issues Paper." Policy, Research, and External Affairs Working Paper WPS 723, World Bank, Washington, DC.
- Garrett, J., and M. Natalicchio, eds. 2011. *Working Multisectorally in Nutrition*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- (IFPRI) International Food Policy Research Institute. 2014. *Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition*. Washington, DC: IFPRI.
- Ka, Abdoulaye. 2011. "Nutrition in Senegal: Achievements and Prospects" (21st Annual Martin J. Forman Lecture). <http://www.ifpri.org/event/21st-annual-martin-j-forman-memorial-lecture>.
- Kokou-Alonou, B. 2007. "La Politique Sanitaire de l'Organisation de Coordination et de Coopération Pour La Lutte Contre Les Grandes Endemies (OCCGE) 1960–1998." *Sciences Sociales et Humaines*, vol. 008: No. 1-2007.
- Lancet. 2005. "Editorial: The Second Child Survival Revolution." *Lancet* 365 (9478): 2152.
- Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition*. 2008. Amsterdam: Elsevier Inc.
- Lancet Series on Maternal and Child Nutrition*. 2013. Amsterdam: Elsevier Inc.
- Marek, T., I. Diallo, B. Ndiaye, and J. Rakotosalama. 1999. "Successful Contracting of Prevention Services: Fighting Malnutrition in Senegal and Madagascar." *Health Policy and Planning* 14 (4): 382–89.
- Mehra, R., K. Kurz, and M. Paolisso. 1992. "Child Care Options for Working Mothers in Developing Countries." International Center for Research on Women, Washington, DC.
- Ndiaye, A.I. 2010. "Sénégal — Comprendre les facteurs politiques et institutionnels conduisant au changement de politiques de nutrition." HNP Discussion Paper Series, World Bank, Washington, DC.

- Ndiaye, B. 2007. Evolution of Public Nutrition Policies in Senegal." Paper prepared for the World Bank workshop, "Carrots and Sticks: Political Economy of Nutrition Reforms," Washington, DC, May 2007.
- Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. 2006. *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, D.G. Schroeder, and J.P. Habicht. 1994. "A Methodology for Estimating the Contribution of Malnutrition to Child Mortality in Developing Countries." *Journal of Nutrition* 124 (10 Suppl.): 2106S–2122S.
- Republic of Senegal and USAID. 1968. "Proceedings of the West African Conference on Nutrition and Child Feeding," Dakar, Senegal, March 25–29.
- Sall, Macky, and J. Sylla. 2005. "African Prime Ministers Take Lead in Child Survival." *Lancet* 366 (9502): 1988–89.
- Sommer, A., I. Tarwotjo, E. Djunaedi, K.P. West, Jr., A.A. Loeden, R. Tilden, and L. Mele. 1986. "Impact of Vitamin A Supplementation on Childhood Mortality." *Lancet* 327 (8491): 1169–73.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 1964. *Planning for Balanced Social and Economic Development in Senegal*. New York: UNESCO.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), WHO (World Health Organization) and World Bank. 2016. *Joint Child Malnutrition Estimates*. New York: UNICEF.
- USAID (United States Agency for International Development). 1980. *An Analysis of Nutrition in Senegal*. Washington, DC: USAID.
- USAID (United States Agency for International Development), HKI (Helen Keller International), JSI (John Snow International), and CORE Group. 2011. *Understanding the Essential Nutrition Actions (ENA) Framework*. Washington, DC: USAID.
- World Bank. 1982. Staff Appraisal Report (SAR): *Senegal Rural Health Project*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 1995. Staff Appraisal Report (SAR): *Republic of Senegal Community Nutrition Project*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large Scale Action*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2007. *Implementation Completion and Results Report (ICR): Republic of Senegal in Support of the First Phase Nutrition Enhancement Program*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2010. *Scaling Up Nutrition: What Will it Cost?* Washington, DC: World Bank.
- _____. 2013. *Scaling Up Nutrition: A Framework for Action*. Washington DC: World Bank.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2006. *WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age: Methods and Development*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Cette étude a été financée par la Banque mondiale et le Fonds fiduciaire japonais pour la nutrition.



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE



Le groupe de travail qui a supervisé la série était composé de membres des organisations suivantes:

Canada



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

unicef