



Systemes d'information alimentaire et nutritionnelle dans les pays du CILSS :

Aide-mémoire de mission au Mali

(Bamako du 3 au 11 mai 2006)

Amadou Mactar KONATE, CILSS/SE/PRA/SA-LCD-POP, Ouaga
Matthias LANGE, MIFRAC/CILSS/Ouaga
Yves Martin PREVEL, IRD Ouaga
Sadio TRAORE, CILSS/INSAH Bamako
Baba TRAORE, CILSS/INSAH Bamako

Juin 2006

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
1- OBJECTIF DES MISSIONS	3
2 - DEROULEMENT DE LA MISSION AU MALI	4
3 - RESULTATS OBTENUS	4
3.1 – ELEMENTS D’APPRECIATION DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE AU MALI.....	4
3.2 - PRESENTATION DES STRUCTURES ET PROGRAMMES AGISSANT AU NIVEAU DE LA COLLECTE ET DE L’ANALYSE DES DONNEES NUTRITIONNELLES AU MALI	7
3.3 - ELEMENTS D’APPRECIATION DE LA PRISE EN COMPTE DES ASPECTS NUTRITIONNELS PAR LES SERVICES DE L’ETAT.....	12
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	15

Préambule

La crise alimentaire et nutritionnelle qu'a connu le Sahel et plus particulièrement le Niger au cours de l'année 2004-2005 a mis en lumière certaines insuffisances du dispositif de prévention et gestion des crises alimentaires. Les évaluations des dispositifs régionaux et nationaux et des systèmes d'alerte précoce ont suscité beaucoup de discussions à la réunion annuelle du Réseau de prévention des crises alimentaires tenue à Paris en décembre 2005. Une recommandation de cette réunion visait à améliorer le fonctionnement des systèmes d'Alerte précoce (SAP), notamment en envisageant les moyens d'intégrer dans les critères de surveillance et d'alerte des informations de type nutritionnel.

Le Ministère français des Affaires Etrangères a de ce fait exprimé le souhait de partager une réflexion avec l'ensemble des acteurs (décideurs et partenaires techniques et financiers) sur la prise en compte de l'information nutritionnelle en matière de surveillance et d'alerte précoce dans les pays du CILSS. A ce titre, la nécessité de réaliser diverses missions exploratoires dans les pays du CILSS (Mali, Sénégal, Mauritanie, Tchad et éventuellement en Gambie) a été retenue afin de déterminer les aspects politiques, institutionnels, techniques et opérationnels d'une intégration de l'information nutritionnelle aux dispositifs existants.

1- Objectif des missions

L'objectif principal des missions exploratoires dans chacun des pays retenus consiste à dresser un cahier des charges explicite des actions à entreprendre en prenant en compte les aspects suivants :

- Etablir un diagnostic de l'existant en matière de recueil de données nutritionnelles tant dans la mise en œuvre par l'Etat que par les partenaires techniques et financiers (projets, ONG ;...)
- Déterminer la pertinence des thèmes abordés par la partie nationale et les partenaires techniques ;
- Elaborer des recommandations générales sur la base des principes suivants : la mise en œuvre sera effectuée par les administrations nationales et la pérennité des actions doit être garantie, notamment en prenant en compte les nouveaux dispositifs de l'aide au développement (appui budgétaire).

De façon plus spécifique, les missions exploratoires s'attacheront à définir les aspects suivants :

- Elaborer les perspectives d'un cahier des charges spécifique à chaque pays en prenant en compte les relations coût/efficacité/efficience des actions proposées, la pérennité des propositions et leur ancrage institutionnel mais aussi les conditions de financement issues du budget national (avec en priorité l'aide budgétaire et les aides-programmes) afin de placer la collecte de l'information nutritionnelle à intégrer dans un système de surveillance et d'alerte précoce en tant que priorité nationale.
- S'appuyer sur les compétences nationales et identifier les besoins de renforcement des capacités pour un pool d'épidémiologistes-nutritionnistes ouest africains aptes à traiter les aspects de collecte et d'analyse des informations en vue de leur intégration aux dispositifs de prévention et de gestion des crises alimentaires et nutritionnelles.

2 - Déroulement de la mission au Mali

La mission s'est déroulée dans la ville de Bamako du 3 au 11 mai 2006. Elle était composée, pour le CILSS, de messieurs : Amadou Mactar KONATE, expert au SE/PRA/SA-LCD-POP, Sadio TRAORE et Baba TRAORE, chercheurs à l'INSAH, pour la Mission française d'appui au CILSS, de Matthias LANGE, coordonnateur régional et pour l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) à Ouagadougou, de Yves Martin PREVEL, chercheur nutritionniste.

Sur place, la mission a eu des entretiens avec les cadres des différents services impliqués dans le suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle, les membres des ONG et institutions de recherche, ainsi qu'avec les partenaires techniques et financiers du Mali. La mission a largement pris en compte la documentation produite par les différents ministères et organisations chargés de la nutrition, de la sécurité alimentaire, de la santé et de l'agriculture.

3 - Résultats obtenus

3.1 – Eléments d'appréciation de la situation nutritionnelle au Mali

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Mali. Les différentes études réalisées, notamment les EDS, ont montré l'ampleur du problème et leurs conséquences directes et indirectes sur la santé et l'économie du pays. Il faut simplement rappeler que la malnutrition contribue pour 51% à la mortalité infanto-juvénile, le mauvais statut nutritionnel des femmes maliennes est responsable en grande partie du taux élevé de mortalité maternelle. Les carences en micro nutriments (vitamine A, iode, fer) sont responsables à elles seules de 2,7% de pertes annuelles du Produit Intérieur Brut (PIB).

Au Mali, la malnutrition constitue l'un des plus importants problèmes de santé et de bien être des jeunes enfants et de leurs mères. Elle résulte tout autant d'une alimentation inadéquate en quantité, qualité et utilisation que de conséquences de la maladie, d'hygiène ou de conditions de vie. Les femmes et les enfants constituent les groupes les plus vulnérables à la malnutrition.

Un certain nombre d'enquêtes d'envergure nationale, au cours des dernières années, fournissent un aperçu de la situation nutritionnelle du pays. Ces enquêtes sont de divers types :

- EDS (1987, 1996, 2001 et actuellement en cours en 2006)
- Enquêtes de type budget consommation incluant des mesures anthropométriques (EBC 1989) ainsi que des enquêtes menées dans le cadre du suivi du CSLP (EMEP en 2001 avec une enquête générale initiale très approfondie et comportant aussi des données de consommation alimentaire par pesée au niveau du ménage ; puis ELIM en 2003 et 2006).
- Enquêtes dans le cadre d'analyse de la vulnérabilité (VAM), ou encore récemment l'enquête CFSVA dans le cadre de la mise en place des sites sentinelles.

Le tableau ci-dessous fournit les résultats globaux de ces enquêtes

SOURCES	Année de référence	Retard de croissance Taille pour âge < -2écarts types (en %)	Émaciation Poids pour taille < -2 écarts types (en %)	Insuffisance pondérale Poids pour âge < -2écarts types (en %)
EDSM-I	1987	24,4	11,0	31,0
EBC	1989	27,1	17,7	42,9
EDSM-II	1996	32,8	24,5	43,3
EMEP	2001	48,0	18,0	38,0
EDSM-III	2001	38,2	10,6	33,2
VAM	2001-2002		14,8	
Sites sentinelles	Juin 2005	30,7	16,1	35,6
CFSVA	Décembre 2005	33,9	11,4	32,1

Un grand nombre d'enfants maliens meurt avant leur 5^{ème} anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile au Mali est parmi les plus élevés en Afrique, il est estimé à 229 pour mille selon l'EDSM III (2001). Malgré ce niveau toujours élevé, il faut signaler que le nombre d'enfants qui décèdent avant leur 5^{ème} anniversaire a sensiblement baissé ces dernières années passant ainsi de 296 pour mille naissances vivantes à 229 selon la même enquête. La malnutrition affecte la santé de l'enfant et accroît le risque de maladie et de décès. Elle occasionne 50% des décès d'enfants de moins de 5 ans. Cinq pathologies représentent près de 75% des causes de décès : il s'agit du paludisme, de la diarrhée, de la rougeole, des infections respiratoires aiguës, et de la malnutrition qui constitue une toile de fond pour les autres maladies.

Trente huit pour cent (38%) des enfants de 0 à 59 mois souffrent de malnutrition chronique ce qui se traduit par un retard de croissance (EDSM III, 2001). La malnutrition chronique est la conséquence d'une alimentation insuffisante pendant la phase de croissance qui s'étend sur une longue période et peut être aggravée par des maladies chroniques. La proportion d'enfants qui accuse un retard de croissance est 19 fois plus élevée que celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie.

L'émaciation affecte 11% des enfants de moins de 5 ans (EDSM III, 2001), cette proportion est 5 fois et demi supérieure aux taux qu'on s'attend à trouver dans une population bien nourrie et en bonne santé. La malnutrition aiguë ou émaciation est exprimé par l'indice poids-pour-taille qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec sa taille et reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). La malnutrition aiguë est le résultat d'un manque récent d'alimentation ou d'une maladie aiguë comme la diarrhée.

Trente trois pour cent (33%) des enfants de moins de 5 ans (EDSM III, 2001), présentent une insuffisance pondérale. Elle est exprimée au moyen de l'indice poids-pour-âge qui est un indice combiné, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance Cette condition peut résulter d'une malnutrition aiguë ou chronique ou une combinaison des deux. Cette proportion équivaut à plus de 11 fois le taux auquel l'on s'attend à trouver dans une population bien nourrie et en bonne santé. Rarement ces différentes formes de malnutritions surviennent seules, elles sont presque toujours associées aux carences en minéraux et en vitamines, elles s'imbriquent et s'aggravent mutuellement.

Malgré une baisse enregistrée entre 1996 et 2001 sur les taux d'émaciation et d'insuffisance pondérale, il n'en demeure pas moins que la situation reste préoccupante car ces taux sont respectivement 5,5 et 11 fois plus élevés que les taux normalement constatés dans une population en bonne santé et bien nourrie. La malnutrition chronique, qui elle constitue un indicateur de pauvreté, a plutôt augmenté de 30 à 34% entre 1996 et 2001. Au Mali, sur un

rayon de 15 km, 69 % de la population n'a pas accès aux soins de santé et seulement 40 % des accouchements sont assistés.

Dans le pays, l'âge auquel les enfants sont le plus vulnérables se situe entre 2 et 20 mois :

- la proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente rapidement entre 0 et 20 mois, jusqu'à un maximum de 53% ;
- la proportion d'enfants émaciés augmente jusqu'à 22% à 13 mois ;
- la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale s'élève rapidement entre 4 et 20 mois pour atteindre 52%.

Il est donc important de souligner que la malnutrition au Mali est un phénomène très précoce qui survient dans la petite enfance d'un très grand nombre d'enfants. D'une manière générale, la situation nutritionnelle est structurellement mauvaise au Mali mais cette situation est principalement traitée sous un angle « urgentiste », par des organisations non gouvernementales et des organisations internationales plutôt que par l'Etat.

Il est difficile de se faire une opinion tranchée sur l'évolution de la situation nutritionnelle à partir de ces résultats, dont certains sont un peu étonnants (48% de retard de croissance d'après l'EMEP 2001, mais 38% d'après l'EDSM-III de la même année ; ou encore 24,5% d'émaciation en 1996 d'après l'EDSM-II, ce qui est extrêmement élevé, même si l'enquête a été faite en période de soudure intense).

Tout de même, on peut considérer qu'il y a eu progression du retard de croissance au cours des années 90, pour atteindre 38% en 2001 (EDSM-III) puis plutôt une stagnation (l'EDSM-IV en cours devrait confirmer ou infirmer cela). La prévalence de l'émaciation est toujours supérieure à 10% (seuil de situation « sévère » selon l'OMS), au moins en dehors des périodes de soudure ou de zones géographiquement ciblées.

La situation nutritionnelle s'est donc apparemment globalement dégradée ces quinze dernières années ce qui entraîne une diminution des capacités de résistance aux chocs extérieurs, qui génèrent de ce fait plus facilement des crises nutritionnelles. On peut dire qu'au mieux la situation stagne depuis une décennie. Les difficultés d'interprétation soulignent une certaine faiblesse du dispositif. En effet, théoriquement des enquêtes de ce type devraient être utiles à un pilotage, ou au moins une surveillance de la situation nutritionnelle, à moyen ou long terme. Or on constate que si, au Mali, la plupart de ces enquêtes sont réalisées par une même structure (DNSI), ce qui permet en principe une meilleure harmonisation des bases de sondage utilisées et des méthodes d'enquête (ce qui n'est pas nécessairement le cas dans tous les pays), des incertitudes demeurent pour l'interprétation des données (aspects saisonniers ? échantillons de types différents ?).

Si bien que l'utilité de ces enquêtes en termes de surveillance est maigre. On veut souligner ici l'absence de mise en perspective des données des enquêtes les unes par rapport aux autres (aucun service de l'état en charge ?). De plus, les données des enquêtes ne semblent pas faire l'objet d'analyse approfondie (exemple : les données EMEP sur la consommation alimentaire ont-elles fait l'objet d'une analyse réelle ? On ne connaît qu'un rapport détaillé fournissant une somme de tableaux de chiffres). A ce stade, les indicateurs nutritionnels peuvent donc difficilement être pris en compte pour faire de l'alerte précoce mais pourraient tout au moins dans un premier temps servir pour faire du ciblage et du suivi d'interventions.

3.2 - Présentation des structures et programmes agissant au niveau de la collecte et de l'analyse des données nutritionnelles au Mali

Le Gouvernement de la République du Mali a montré depuis 1997 sa ferme volonté de faire de la lutte contre la pauvreté la priorité de toutes ses actions de développement. Cette volonté politique s'est traduite par l'élaboration et l'adoption d'une Stratégie Nationale de Lutte contre la pauvreté (SNLP) et d'un Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), respectivement en septembre 1998 et mai 2002. Ces cadres de référence à long et moyen termes ont été largement partagés avec la communauté internationale. Ainsi, plusieurs projets et programmes ont été mis en œuvre au cours des dernières décennies pour lutter contre le phénomène de paupérisation croissant des populations.

Pour faire face à la malnutrition, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) a engagé des réformes institutionnelles avec la création de deux divisions en charge de la nutrition au sein de la CPS et de la DNS. Le PRODESS consacre également tout un sous volet à la nutrition. C'est dans ce cadre que le Plan National pour l'Alimentation et la nutrition (PANAN) 1998 – 2002 a été élaboré. Sa mise en œuvre a connu de nombreuses difficultés. Tirant les leçons de ce premier travail, le ministère de la santé à travers la CPS, sur financement de l'USAID à travers ATN et avec l'appui des partenaires a entrepris la révision du PANAN. Le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) est le produit de cette révision. C'est un document de consensus élaboré à la suite d'un processus dynamique, interactif et très participatif qui a impliqué les acteurs de tous les secteurs et structures intervenant directement ou indirectement dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Il s'agit d'un document de politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition. Il répond à la nécessité urgente d'avoir une vision nationale et des orientations précises dans un domaine complexe et transversal comme la nutrition.

Le PSNAN est fondé sur les principes d'équité, de décentralisation de partenariat et de pérennité. Il vise à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité. Il comprend huit composantes et des volets transversaux comme la formation, la coordination et le suivi évaluation. Il s'agit d'un cadre, un outil de mise en œuvre cohérent des plans et programmes ayant l'alimentation et la nutrition comme domaine d'activités. Il prend en compte l'ensemble des facteurs et des interventions existantes, établit les principes directeurs que tous les acteurs doivent suivre indépendamment de son secteur.

Pour mesurer l'impact et l'efficacité de ces projets et programmes, il est indispensable de disposer d'informations fiables et à jour sur les conditions de vie des ménages. Ces informations sont obtenues principalement à travers une enquête de type budget consommation. En effet, l'enquête budget consommation de 1988-1989 a permis d'obtenir plusieurs informations sur les conditions de vie des ménages au Mali et de réaliser un profil de pauvreté en 1993. L'ampleur du phénomène de pauvreté, les caractéristiques et la répartition géographique des pauvres ont été cernés pour la première fois à partir des résultats de cette enquête. Pour bien suivre l'évolution de la pauvreté, à partir de 1988-89, il était nécessaire de faire une autre enquête de type budget-consommation afin de disposer des indicateurs de référence pour l'année de référence du CSLP à savoir l'année 2001.

En dehors de ces enquêtes d'envergure nationale, il existe vraisemblablement un certain nombre d'enquêtes parcellaires mais qui ne sont pas recensées systématiquement (et encore moins mises en perspectives là aussi). La DSSAN de la CPS Santé dispose bien d'un outil pour cela (SISINA / Malinut) mais le principe de l'alimentation de la base de données par les divers intervenants ayant produit des données ne fonctionne pas.

La collecte et l'analyse des données nutritionnelles sont en effet effectuées par plusieurs acteurs, notamment par le Système d'Alerte Précoce (SAP), la Direction Nationale de la Santé (DNS), la Cellule de Planification et de Statistiques du Ministère de la Santé (CPS Santé), différentes ONG, le Programme Alimentaire Mondial (PAM), en collaboration avec le SAP et l'UNICEF et des institutions de recherche.

Au **Ministère de la santé**, il y a donc deux services qui s'occupent de nutrition : La Division du Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle de la Cellule de Planification et de Statistiques du Ministère de la Santé (CPS Santé/DSSAN) et la Division nutrition de la Direction Nationale de la Santé :

La **CPS Santé** est chargée, à travers la **DSSAN** de l'analyse des grandes enquêtes destinées à donner les orientations des politiques de santé. La CPS traite l'information en vue d'une prise de décision au niveau du Ministère de la santé. Les informations sont collectées via les EDS avec trois indicateurs principaux et via des enquêtes de conjonctures ponctuelles. Elle est donc chargée d'analyser les informations sanitaires et nutritionnelles. Elle s'occupe également du système d'information hospitalier. Enfin, elle produit des éléments de plaidoyer en faveur de la lutte contre la malnutrition.

La CPS n'est pas une structure d'intervention ni de collecte de données nutritionnelles, ceci est le rôle de la DNS qui doit lui transmettre les informations nécessaires à son action. La CPS a un rôle de coordination, c'est le répondant au niveau du Ministère de la santé des autres structures nationales et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Il y a trois personnes dans la division : un médecin et deux agroéconomistes. La CPS a élaboré le Plan Stratégique National Alimentation et Nutrition (PSNAN).

Elle gère également le système d'information national pour le suivi des interventions en nutrition, alimentation et statistiques (SISINAS). Les données sont publiées à travers le site www.malinut.net, qui doit normalement être alimenté de façon routinière par les différentes structures concernées. Le SISINAS est le système de suivi de routine le plus ancien et qui produit toujours l'annuaire des statistiques sanitaires dans lequel la malnutrition est peu présente à part les cas de malnutrition sévère qui se présentent aux services de santé. Le système centralise et analyse les données fournies par les structures de santé de terrain. Mais toutes les informations ne remontent pas très bien au niveau central, notamment parce que cela ne fait pas partie des habitudes au niveau des centres de santé communautaires. Les données ne remontent pas non plus suffisamment à temps pour permettre de prédire ou prévenir des crises.

La CPS Santé travaille en collaboration avec le Ministère de l'Agriculture, le CSA, le SAP et avec des Institutions de recherche. C'est la CPS qui est désignée pour représenter le Ministère de la santé aux réunions du dispositif de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle, mais elle n'est pas très impliquée dans le travail du SAP.

- La **Direction nationale de la santé (DNS)** sert d'instrument de plaidoyer et de sensibilisation pour la lutte contre la malnutrition. Elle dispose d'une division nutrition depuis quatre ans. La **Division Nutrition** de la DNS (**DNS/DN**) est chargée de définir les politiques nutritionnelles nationales (en relation avec la CPS), de participer à leur élaboration (formations, appui technique) et de suivre leur mise en œuvre sur le terrain (y compris par la définition des indicateurs). Elle est donc productrice d'informations mais celles-ci ne sont pas toujours prises en compte dans le SNIS. Les données nutritionnelles actuellement contenues dans le SNIS concernent uniquement les cas de malnutrition clinique reçus dans les centres de santé. Toutefois, le système est engagé dans une amélioration de sa collecte des informations nutritionnelles. Des indicateurs

sont en cours d'élaboration pour suivre les données sur la malnutrition comme indicateurs de routine en plus de l'EDS. Cela devrait être fonctionnel pour la vitamine A et les micronutriments à partir de 2007. Il n'a toutefois pas été possible de savoir quel type d'informations devaient être collectées à cet effet. Jusqu'à présent, seules les données de l'EDS et de la semaine d'information sur l'alimentation et la nutrition sont collectées.

L'information est limitée, avec des problèmes de fiabilité, une remontée tardive et difficile de la périphérie des informations du Système National d'Information Sanitaire parcellaires. Les données nutritionnelles sont collectées dans le cadre du système d'information sanitaire au niveau des Centres de santé communautaires. Les informations, dont la plupart sont composées des données sur les maladies à déclaration obligatoire, sont transmises au niveau du Cercle, puis aux régions avant d'arriver au niveau central. L'information fournie par l'infirmier communautaire est hiérarchique, elle est validée par le sous-préfet, ensuite par le préfet et par le gouverneur, avant d'être transmise au niveau national. Les données sont collectées et envoyées chaque trimestre. Un rapport hebdomadaire est fourni pour l'alerte et la riposte épidémiologique. Il y a également un bulletin trimestriel interne. Seul le bulletin semestriel est partagé avec les acteurs. Cette information donne également lieu à un annuaire annuel des statistiques sanitaires.

On constate de toute façon une surcharge de travail de recueil d'information au niveau périphérique, ce qui n'est pas en faveur de sa qualité, et en même temps, au niveau central, un défaut d'analyse et d'intégration des données, qui sont finalement très peu utilisées. De plus, les délais de transmission puis d'exploitation de ces informations dans le cadre du SNIS (Système National d'Informations Sanitaires) font que leur utilité en termes de prévention-gestion des crises paraît plutôt limitée.

Le système de collecte d'information sanitaire n'est pas utilisé par le SAP. La DNS/DN souhaiterait faire une revue des données nutritionnelles que doit collecter le SAP afin de déterminer s'il y a lieu d'ajouter la collecte d'informations complémentaires. Elle souhaiterait également que soit mis en place un système de surveillance unique. Une réunion est prévue à cet effet avec le SAP pour faire le point sur la coordination et l'identification des indicateurs. C'est la CPS qui a été chargée de cette activité au niveau du Ministère de la Santé.

Historiquement, le travail du **Système d'Alerte Précoce (SAP)**, créé en 1986, se basait principalement sur la question de la disponibilité en aliments et plus particulièrement en céréales. Le financement du SAP est multilatéral avec un budget annuel chiffré à 200 millions de FCFA. Pour le fonctionnement de l'outil, la part de l'Etat et des partenaires au développement est égale (50 % pour chaque partie) via le PRMC qui regroupe l'UE, l'USAID, l'ACDI, les Pays Bas, l'Allemagne, la France et le PAM qui assure la coordination. Les investissements sont assurés par les PTF. Ce mode de financement, ainsi que le statut contractuel de son personnel permettent une relative indépendance du SAP vis-à-vis des différents acteurs (décideurs politiques et donateurs). Le SAP fournit ses informations aux différentes structures.

Au sein du SAP, le poste enquête nutritionnelle est toujours occupé par un médecin épidémiologiste. Le SAP réalise une enquête médico-nutritionnelle et socio-économique dans un délai de 15 jours dès que la situation le demande dans les zones ciblées par le dispositif d'alerte. L'enquête nutritionnelle vient confirmer ou infirmer les informations fournies par l'enquête socio-économique. Elle intervient donc en « phase 3 ». Ces enquêtes sont normalement faites sur 30 grappes de 30 enfants mais cela a été assez variable dans le passé. En effet, l'organisation de ces enquêtes dépend de la recherche de financements additionnels car elles ne sont pas prévues dans le budget de fonctionnement du SAP.

Il y a eu un travail important d'amélioration et d'harmonisation des méthodes pour les enquêtes nutritionnelles au Mali dès 1988. Le SAP a organisé avec les Ecoles de santé publique et quelques ONG une formation sur la collecte des données nutritionnelles. Cette formation a concerné les agents dans les régions du pays. Il y a donc désormais un pool important de personnel formé aux enquêtes nutritionnelles. Le SAP couvre maintenant tout le pays, le travail de collecte routinier se fait sur la base de questionnaires au niveau des 703 communes.

Le SAP a donc toujours collecté des informations de type nutritionnel bien que cette collecte se fasse non pas de façon routinière mais afin de confirmer une situation de crise éventuelle mise exergue par des indicateurs socio-économiques. Un suivi routinier est désormais prévu, tout au moins pour la durée de financement extérieurs apportés par ECHO puis par OFDA, à travers des sites sentinelles. Ce suivi de cinquante à soixante sites sentinelles se fera en collaboration avec le PAM et l'UNICEF. Le budget estimé par le SAP est de 70 MFCFA pour permettre trois passages par an et par sites. Les aspects méthodologiques sont encore à préciser.

Les « données nutritionnelles » intégrées actuellement au SAP sont loin d'être utilisables en matière de surveillance, de ciblage, de suivi ou de gestion des crises, et encore moins d'alerte. En fait, il s'agit d'informations étiquetées « santé et nutrition » transmises par les sources d'information du SAP. Ces informations, pour ce que l'on a pu en juger, ne signalent que des éléments nouveaux et/ou marquants, notamment sur le plan des maladies à potentiel épidémique. Dans les bulletins, la mention « rien à signaler » est donc fréquente pour beaucoup de cercles. Le plus souvent, quand il existe de l'information en « nutrition et alimentation », il s'agit en fait d'un compte-rendu de distribution alimentaire ou d'activités de cet ordre. Pour ce qui est des enquêtes nutritionnelles ponctuelles en fonction des besoins, nous n'avons pas eu copies des rapports et on peut douter que leurs résultats soient systématiquement mis en perspectives d'une année à l'autre ou d'une zone à l'autre.

La Cellule de Planification et de Statistiques (CPS Agriculture) du Ministère de l'Agriculture. Elle est composée de trois divisions : (i) planification et stratégie ; (ii) suivi/évaluation des projets et programmes (iii) et statistiques et documentation. Cette dernière division a en charge la publication des statistiques agricoles et le suivi des enquêtes. Elle dispose d'un outil permanent et régulier de collecte de l'information agricole. Elle collabore avec la Direction de l'agriculture et la Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique (DNSI) pour réaliser chaque année l'Enquête Agricole de Conjoncture qui se base principalement sur les productions céréalières. L'EAC est agrégée au niveau régional et les moyens actuellement disponibles ne permettent pas de descendre à un niveau inférieur mais c'est techniquement possible puisque le niveau retenu pour le recensement général de l'agriculture est celui des cercles. Elle utilise 148 enquêteurs à travers les agents des services décentralisés de l'Etat (Agriculture et DNSI) qui couvrent 2500 exploitations dans 6 des 8 régions du Mali (ni Bamako, zone urbaine, ni Kida, zone pastorale) pendant une période de cinq mois, de juin à la fin des récoltes. Le financement se fait sur le budget national depuis la fin du projet DIAPER et se chiffre à 120 millions de FCFA par an, tandis que le coût du recensement agricole est de 450 millions de FCFA.

Les aspects nutritionnels ne sont pas pris en compte par l'enquête agricole. La structure reçoit l'appui technique de la DNSI dans la conception de l'enquête agricole et la collecte des données sur le terrain. C'est un dispositif permanent et fonctionnel. Il serait possible d'y ajouter des modules, notamment un module nutritionnel, si les moyens nécessaires sont fournis et le personnel formé. La Cellule a des relations de travail avec le Ministère de la santé à qui elle fournit des données. Elle participe également aux réunions mensuelles avec le SAP.

C'est le sous-comité des statistiques agricoles qui doit valider d'éventuels changements de méthodes. Il y a un autre sous-comité pour la santé et la démographie. Les questionnaires sont standards. La CPS sort les échantillons, forme les enquêteurs et analyse les données qui sont collectées au niveau des directions régionales. Les données collectées sont validées au niveau de la région (univers statistique) par un sous comité statistique agricole et élevage composé des services de l'agriculture, du génie rural, de l'élevage, de la direction du plan, de l'hydraulique etc.

La **Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique (DNSI)** pilote le comité de coordination statistique créé dans le cadre d'un schéma directeur sur la statistique adopté par le Gouvernement. Ce schéma détermine les devoirs et les obligations des services administratifs dans le domaine des statistiques nationales (élaboration des outils, enquêtes, analyse, traitement et publications). Il faut signaler que ce schéma directeur n'est pas complètement opérationnel, ce qui fait qu'il y a beaucoup d'acteurs qui s'occupent des statistiques. La DNSI travaille avec les services sectoriels notamment les CPS, qui sont des structures opérationnelles mises en place dans les différents ministères. Pour la DNSI seuls ses statisticiens sont habilités à faire une analyse statistique. Les autres services doivent se limiter à l'analyse descriptive.

La DNSI a fait beaucoup d'enquêtes, de 1988 à 2001, elle a conduit l'enquête sur les dépenses des ménages et la consommation et a exécuté les différentes EDS, dont la quatrième est en cours. Tous les deux ans, la DNSI mène des enquêtes légères pour le suivi des indicateurs dans le cadre de lutte contre la pauvreté. En 2003, elle a exécuté une enquête légère où un module sur la nutrition des enfants a été intégré. L'EDS est financée par la Banque Mondiale et l'Union Européenne. Elle concerne 750 unités primaires ou section de dénombrement et 4500 ménages économiques. Les différents modules sont les besoins essentiels, la démocratie et la gouvernance, les revenus et dépenses, l'épargne et le crédit. Actuellement, la DNSI a une convention de recherche Santé-Education-Emploi avec l'Université de Luxembourg. Les cadres des services de la santé, de l'éducation et de l'emploi sont impliqués dans ce programme.

L'Institut National de Recherche sur la Santé Publique (INRSP), à travers sa division nutrition qui existe depuis 1980, a beaucoup œuvré dans le domaine de la nutrition, notamment en collaboration avec des équipes norvégiennes pour la définition de la table de composition des aliments du Mali. En principe, la collecte et l'analyse des données par la DNSI et la CPS doivent se faire avec l'Institut. Cependant, si l'INRSP collabore aux enquêtes nutritionnelles du SAP, elle n'est que peu impliquée dans les actions de nutrition menée par la DNSI. Le responsable de la division nutrition de l'INRSP anime le Réseau malien des nutritionnistes (REMANUT), créé au vu des faiblesses du système nutritionnel.

En fin de compte, alors que plusieurs interlocuteurs soulignent qu'au Mali la prise en compte des aspects nutrition en termes de surveillance alimentaire ou sanitaire est loin d'être nouvelle, force est de constater que les outils disponibles pour une vraie politique de surveillance nutritionnelle sont assez minces. Ce constat a certainement été pour beaucoup dans l'initiative de mise en place de « sites sentinelles ».

Les sites sentinelles

L'expérience des sites sentinelles a été menée par le SAP, avec l'appui du PAM et de l'UNICEF, lors du passage des criquets pèlerins et de la crise alimentaire de 2004-2005. Dès le mois de septembre 2004, le SAP avait conduit des enquêtes dans les zones les plus exposées pour avoir une idée précise de la situation. Cette première enquête concernait 960 ménages répartis dans 96 villages. De cette enquête de septembre ont été tirés 30 sites sentinelles où ont été conduites une seconde enquête au mois de juin 2006 pour voir l'évolution de la situation. Si

la zone initialement ciblée était celle touchée par les criquets, une enquête nationale a été menée en décembre 2005 afin de procéder à une analyse approfondie de la vulnérabilité et déterminer 60 sites sentinelles qui couvrirait l'ensemble du territoire national. Cette enquête concernait 210 villages et 10 ménages par village. Le suivi des sites sentinelles est budgétisé à hauteur de 70 millions FCFA selon l'information donnée par le SAP. Cette activité ne serait pas budgétisée par le gouvernement lui-même. Ce budget permettra d'effectuer 3 passages par an dans chaque site.

C'est le constat de l'existence d'insuffisances des systèmes en place, notamment concernant le volet nutritionnel, qui a conduit à l'idée des sites sentinelles. Jusqu'alors, l'analyse nutritionnelle du SAP était principalement basée sur une analyse quantitative des données. L'idée des sites sentinelles est de se baser sur un échantillon statistiquement valide (où l'univers statistique est la commune) pour identifier parmi ces villages (ou zones de concentration pastorales) un nombre de l'ordre de 50 à 60 villages à surveiller et leur faire jouer un rôle de « clignotants d'alertes » plutôt que de créer un système parallèle à l'existant. Le nombre de 10 ménages par village est conservé mais avec un minimum de 20 enfants de 6-59 mois (augmentation du nombre de ménages si ce chiffre n'est pas atteint).

L'outil site sentinelle est composé de modules sur les mesures anthropométriques, les chocs subis par les ménages, les aspects pastoraux, le fonctionnement des marchés, etc. La collecte des données doit faire intervenir les directions régionales (santé, développement rural...). Le questionnaire comporte 3 volets : niveau village (mode focus group, analyse des marchés, des problèmes de commercialisation, ...); niveau ménage (sources de revenus, productions agricoles, bétail, consommation alimentaire des 7 derniers jours sur le modèle des questionnaires VAM, stratégies de sécurisation alimentaire...); niveau enfant (anthropométrie, allaitement, morbidité). Le système est logé au niveau du SAP/CSA avec l'appui des partenaires du PRMC mais le Ministère de la Santé (y compris les structures de recherche : INRSP, IER) devrait être sollicité pour participer aux analyses plus approfondies en termes de causes de malnutrition et d'étude des réponses possibles.

L'Unicef est engagé avec le PAM dans l'extension du système sentinelle, mais celui-ci est encore en chantier et un certain nombre de décisions sont à prendre pour optimiser son fonctionnement. Un recrutement d'expert pour appuyer le SAP en matière de traitement et analyse de l'information est en cours. Le PAM est plus ou moins maître d'œuvre en termes d'actions de sécurité alimentaire mais l'Unicef souhaite appuyer le gouvernement, très demandeur, en termes d'analyse et d'actions tournées vers les autres causes de la malnutrition. Une préoccupation majeure est de ne pas se laisser surprendre par l'urgence nutritionnelle (à terme c'est l'objectif des sites sentinelles).

3.3 - Eléments d'appréciation de la prise en compte des aspects nutritionnels par les services de l'Etat

Il est nécessaire de prendre en compte l'information nutritionnelle mais il y a beaucoup de doutes sur le comment. L'amélioration du système d'information est nécessaire.

Les taux de malnutrition sont les mêmes au Mali qu'au Niger et globalement que dans tout le Sahel. La situation est structurelle. Il est donc nécessaire de disposer d'indicateurs d'alerte et de surveillance mais il faut aussi un dispositif de prise en charge des causes.

Ce sont des événements circonstanciels, notamment la situation alimentaire et nutritionnelle 2004-2005, qui ont amené le débat sur la prise en compte des aspects nutritionnels au grand jour mais bien que le dispositif malien semble à première vue déborder d'institutions

collectant de l'information nutritionnelle, il convient de souligner que cette information, parcellaire, tardive, peu analysée, n'est pas exploitable en l'état à des fins de prévention et de gestion des crises alimentaires. En réalité, l'information « nutritionnelle » collectée par le SAP ne semble pas permettre de disposer d'indicateurs d'alerte précoce, tandis qu'au niveau du Ministère de la Santé, et malgré une certaine volonté affichée et l'existence de deux structures, la CPS/DSSAN et la DNS/DN, la nutrition paraît être un parent pauvre des politiques publiques au Mali.

Dans le dispositif malien, les enquêtes médico-nutritionnelles et socio-économiques, de même que les sites sentinelles, sont conçues comme un système additif au système global d'enquête du SAP qui permet de voir un décalage éventuel avec la normale et de disposer de « clignotants » supplémentaires mais il ne s'agit pas véritablement d'un système de suivi d'indicateurs nutritionnels en tant que tel. Néanmoins, les enquêtes nutritionnelles réalisées par le SAP se font en collaboration avec d'autres structures, dont celles du Ministère de la Santé et les institutions de recherche. La malnutrition au Mali étant un problème structurel qui peut être aggravé de façon conjoncturelle il y a nécessité d'éléments de comparaison et d'une certaine expérience en la matière, d'où la possibilité de s'appuyer sur une structure tel que le SAP qui a malgré tout une certaine expérience en matière de nutrition et à plus forte raison en termes de collecte et d'analyse de données pour la prévention des crises alimentaires. Il y a néanmoins de nombreuses insuffisances au niveau du SAP qu'il convient de pallier s'il prend en charge le volet information nutritionnelle.

L'interrogation principale tourne en effet autour du pilotage d'un éventuel volet nutritionnel du dispositif d'information sur la sécurité alimentaire. La Direction de la santé, de l'alimentation et de la nutrition semble fonctionner difficilement et l'ancrage institutionnel pose problème au Mali malgré l'existence d'une politique d'harmonisation de la collecte des données nutritionnelles depuis 1988. Les problèmes qui se posent sont donc avant tout d'ordre institutionnel avec des problèmes d'ancrage entre le ministère de l'agriculture et celui de la santé et entre les différentes structures du Ministère de la Santé. Il y a une multiplicité d'intervenants et de structures qui s'occupent de malnutrition mais il doit y avoir un cadre de concertation unique afin de permettre la synergie et la concertation entre eux pour une meilleure efficacité du suivi, de l'analyse et des interventions. Il y a en effet la nécessité d'un suivi permanent et couvrant tout le territoire, pour ce faire, la question de l'ancrage institutionnel est fondamentale, dans la mesure où si c'est le CSA, à travers le SAP, qui a en charge les aspects conjoncturels, c'est le Ministère de la Santé qui s'occupe de la politique nutritionnelle du pays.

Les principaux problèmes sont donc des problèmes d'ancrage institutionnel et de coordination mais aussi de ressources humaines car beaucoup de gens impliqués dans le domaine de la collecte d'informations nutritionnelles n'ont pas les compétences nécessaires ce qui est le cas notamment à la CPS et à la DNS mais aussi au SAP. Il y a également des problèmes de capacités d'analyse des structures chargées du volet nutritionnel et une publication tardive des données. Les données de routine ne sont pas non plus toujours fiables. Pour que des informations nutritionnelles puissent être prises en compte, il faut donc pouvoir établir un plan de formation des personnels d'une part et des véritables relations de coopération entre le ministère de la santé, le SAP, les dispositifs et les acteurs.

La situation est connue et structurelle mais elle n'en est pas normale pour autant. Seul un travail en profondeur permettrait de renverser cette situation. Il est donc nécessaire de disposer d'indicateurs d'alerte et de surveillance mais il faut aussi un dispositif de prise en charge des causes. Il faut certes pouvoir identifier les insuffisances sur les outils et les méthodes (analyse, traitement, évaluation) mais l'inexistence d'une politique nutritionnelle dans le pays contribue aussi à la non prise en compte de l'aspect nutrition par les dispositifs d'information sur la sécurité alimentaire.

Annexe : Liste des personnes rencontrées

Institutions/Services	Noms	Fonctions
AMBASSADE DE FRANCE	Jean-Claude Piet	Chef du Service de Coopération
	Dr François-M. Lahaye	Conseiller Régional Santé et Développement Social
	Leïla Oulmi	Chargée de Mission
AMBASSADE DES PAYS BAS	Monique Kamphuis	Public Health Advisor
AMBASSADE DU CANADA	Singaré Diarra Dialimatou	Agent de Développement
CPS Agriculture	Mory Coulibaly	
	Bocar Ciré BA	
CPS Santé	Dr Fode Boundy	
	Amadou Fofana	
	Dr Cleise	conseiller
CSA	Yaya Tamboura	Adjoint de la Commissaire
DNS	Dr Bouaré Mountaga	Directeur National Adjoint de la Santé
	Dr Fousseini Camara	
	Mme Samake	
	Mme Samake	
FAO	Cheick Bougadary Bathily	Assistant du Représentant de la FAO (programme
HKI	Lina H. Mahy	Directrice / Country Director
IER	Mme Cisse Oumou Traore	
	Mme Coulibaly Salimata Sidibé	
	Mr Mohamed Diarra	
	Mr Djibril Drame	
INRSP	Dr Acory	Division Nutrition
	Mme Soumaré	
INSAH/CILSS	Dr Moustapha Amadou	Directeur Général
IRD	Dr Gilles Fediere	Représentant de l'IRD au Mali
MINISTERE DE LA SANTE	Dr Raki Ba Samake	Chef de Division Nutrition, Direction Nationale de la Santé
MINISTERE DU PLAN	Mahady Mamadou Fofana	Ingénieur de la Statistique Consultant Statistiques Agricoles
OMS	Dr Atar Touré	
	Dr Sanou Cissé	
	Dr Maïga Sokona Fatoumata	
PAM	Pablo Ricalde	Représentant
	Dr Moïse M Ballo	Responsable de l'unité Gestion de l'Information
	Cornélia Walther	Assistance de la Direction
	Jan Delbaere	Crisis Information Specialist
SAP/Mali	Mary Diallo	
	Mamy Coulibaly	
	Ogoyou Dolo	
	Diarra Soumaïla	
UNICEF	Alpha Oumar Telli Diallo	Projet Officer Health-Nutrition
	Mouktar Coulibaly	consultant
UNION EUROPEENNE	Franco Tranquilli	Conseiller Principal – Chef de Coopération
	Sara Piccoli	Chargée de Programme
USAID	Alexander D. Newton	Directeur
	Amadou L Camara	Chargé de programme