



INITIATIVE NUTRITION, SECURITE ALIMENTAIRE ET POLITIQUES PUBLIQUES AU SAHEL

**RECUEIL D'EXPERIENCES EN MATIERE D'INFORMATION
NUTRITIONNELLE DANS UN CONTEXTE DE SURVEILLANCE ET
D'ALERTE PRECOCE DANS LES PAYS DU CILSS :
ELEMENTS DE REFLEXION A PARTIR DES MISSIONS DIAGNOSTICS
AU NIGER, MALI, SENEGAL, MAURITANIE, GAMBIE ET TCHAD**

- Novembre 2006 -

Table des matières

Résumé exécutif.....	iii
Avant propos	iv
1. Généralités	1
1.1. <i>La malnutrition comme problème de santé publique.....</i>	<i>1</i>
1.2. <i>Eléments généraux sur la crise nutritionnelle au Sahel.....</i>	<i>1</i>
1.3. <i>Politiques publiques.....</i>	<i>2</i>
1.4. <i>Surveillance nutritionnelle et alerte précoce</i>	<i>3</i>
1.5. <i>Justification du partenariat CILLS/IRD/MAE.....</i>	<i>5</i>
2. Niger : information nutritionnelle dans un contexte de crise	8
2.1. <i>Contexte de la mission et données disponibles</i>	<i>8</i>
2.2. <i>Actions en cours au moment de la mission (novembre 2005).....</i>	<i>10</i>
2.3. <i>Eléments de réflexion : nécessaire pilotage de l'Etat et suivi des politiques.....</i>	<i>12</i>
3. Mali : large dispositif de recueil de l'information nutritionnelle	14
3.1. <i>Données disponibles</i>	<i>14</i>
3.2. <i>Architecture de l'information nutritionnelle.....</i>	<i>15</i>
3.3. <i>Eléments de réflexion : recueil de l'information primaire sans mise en perspective des analyses....</i>	<i>20</i>
4. Sénégal : politiques publiques en matière de nutrition et sécurité alimentaire dans une perspective de réalisation des OMD	22
4.1. <i>Données disponibles</i>	<i>22</i>
4.2. <i>Politiques nationales en matière de nutrition et sécurité alimentaire.....</i>	<i>23</i>
4.3. <i>Eléments de réflexion : politiques publiques dans un contexte hors des crises majeures.....</i>	<i>26</i>
5. Mauritanie : dispositif multi acteurs de réponse aux crises conjoncturelles et emergence d'une politique ambitieuse de nutrition publique.....	28
5.1. <i>Données disponibles</i>	<i>28</i>
5.2. <i>Constats sur l'information sécurité alimentaire et nutritionnelle et les réponses apportées.....</i>	<i>29</i>
5.3. <i>Eléments de réflexion : positionnement institutionnel des services de santé</i>	<i>32</i>
6. Gambie : engagement prononcé en matière de surveillance nutritionnelle.....	35
6.1. <i>Données disponibles</i>	<i>35</i>
6.2. <i>Gestion de l'information nutritionnelle.....</i>	<i>36</i>
6.3. <i>Eléments de réflexion.....</i>	<i>42</i>
7. Tchad : programme de relance du système d'alerte précoce.....	45
7.1. <i>Données disponibles</i>	<i>45</i>
7.2. <i>Architecture de l'information sécurité alimentaire et nutritionnelle.....</i>	<i>48</i>
7.3. <i>Situation des dispositifs nationaux de collecte d'information primaire</i>	<i>49</i>
7.4. <i>Eléments de réflexion.....</i>	<i>52</i>
8. Synthèse des résultats et principes d'une future intervention	53
8.1. <i>Les invariants par pays.....</i>	<i>53</i>
8.2. <i>Continuum urgence-réhabilitation-développement.....</i>	<i>54</i>
8.3. <i>Axes de recommandations pour l'initiative commune CILSS/IRD/MAE</i>	<i>55</i>
Annexe 1: liste des acronymes.....	57
Annexe 2 : liste des personnes rencontrées par pays.....	61

RESUME EXECUTIF

Les pays sahéliens présentent des taux de malnutrition chronique record, la sous-région enregistrant de surcroît une aggravation progressive de la tendance depuis une vingtaine d'années. La malnutrition chronique se traduit notamment par un retard de croissance chez les jeunes enfants (prévalence égale ou supérieure à 35% en moyenne) qui amplifie la malnutrition dite « visible » essentiellement la malnutrition aiguë, c'est-à-dire clinique, qui entraîne la mort si une intervention de type « médical » (ou tout au moins « sanitaire ») n'a pas été apportée. Les Systèmes d'Alerte Précoce (SAP) mis en place dans les pays du CILSS n'ont pas un mode de fonctionnement homogène (systèmes experts, enquêtes ménages, différentes variables collectées à l'échelon administratif de base, ...); ils reposent sur leur capacité à fournir en temps utile une information dédiée à la prise de décision, permettant de déterminer des actions adaptées et ciblées. La crise nutritionnelle au Niger a illustré la difficulté de fournir une information fiable dans le temps et l'espace, basée sur une échelle probabiliste de risques à l'insécurité alimentaire. Lors de la dernière réunion du Réseau de Prévention des Crises Alimentaires (RPCA) qui s'est tenue à Paris en décembre 2005, une recommandation finale à l'issue des travaux visait à améliorer le fonctionnement des SAP notamment en envisageant les moyens d'intégrer dans les critères de surveillance et d'alerte, des informations de type nutritionnel. Différentes missions dans six pays ont eu lieu afin de dégager les orientations possibles pour une future initiative mise en œuvre par le CILSS et regroupant l'Institut de Recherche pour le Développement et le Ministère français des Affaires Etrangères. Ces missions ont globalement porté sur le constat suivant : les sources d'informations en sécurité alimentaire et santé/nutrition existent dans tous les pays visités (EDS, MICS, enquêtes pauvreté des ménages, statistiques de santé mais aussi données régionales ou micro économiques publiées par les ONG) mais aucune mise en perspectives des données ni analyse causale ne sont élaborées. L'absence de données nutritionnelles saisonnières en routine ne donne aucun repère sur l'évolution des taux de malnutrition aiguë en période de soudure et en période de crise disponible, d'où la difficulté de clarifier la notion de « gravité » et de déclencher des actions d'urgence appropriées. Avant même de discuter des méthodes de recueil régulier des indicateurs nutritionnels, une réaction adaptée demanderait *a minima* : (i) de définir et d'harmoniser ces indicateurs; (ii) de réfléchir sur les seuils de déclenchement ainsi que sur les actions appropriées pour chaque situation dans le cadre d'une approche normative. L'utilisation des indicateurs nutritionnels à visée d'alerte ne peut être obtenue qu'en dissociant la surveillance nutritionnelle (étude transversale sur le suivi d'une série longue) de l'alerte précoce (étude sur les données du moment), la qualité du recueil des données de la surveillance déterminant la faisabilité du processus d'alerte précoce. En termes de politiques publiques, les états concernés et la communauté internationale se sont détournés des interventions de prévention de la malnutrition chronique de type communautaire (impacts lointains, difficilement évaluables et quantifiables). Les pays sont aujourd'hui assez démunis en termes de vision et de pilotage des diverses interventions qui ne se retrouvent pas clairement dans les politiques même quand ces dernières existent ou font l'objet de réexamen. Pour ce faire, il est recommandé que les actions à mener par le CILSS en soutien aux pays, s'attachent : (i) à améliorer les diagnostics sur la sécurité alimentaire dont la nutrition par la mise en perspective des différentes données qui y sont rattachées en recherchant notamment les éléments de causalité ; (ii) : de doter les pays de protocoles concernant le recueil des données et les analyses nutritionnelles servant ainsi à renseigner les politiques publiques de lutte contre la pauvreté. La présente initiative démarrera dès l'année 2007 à partir d'un financement obtenu par le MAE France.

AVANT PROPOS

Le présent rapport n'a ni la vocation ni l'ambition d'être un document d'évaluation des systèmes nationaux d'information en sécurité alimentaire et nutritionnelle. Il est un simple recueil d'informations parcellaires collectées dans les pays qui ont fait l'objet d'une analyse « critique » par des yeux extérieurs aux dispositifs. Ce rapport doit servir avant tout à dégager les pistes de réflexion pour une future action du CILSS dénommée « Nutrition, Sécurité Alimentaire et Politiques Publiques au Sahel » (NUSAPPS), permettant de mieux prendre en compte les données nutritionnelles au sein des dispositifs d'information sur la sécurité alimentaire.

Les missions dans les pays visités se sont déroulées entre novembre 2005 (Niger) et novembre 2006 (Gambie, septembre 2006). L'objectif de ces missions portait sur un rapide état des lieux des systèmes d'information dans un contexte national plus large (politiques publiques) mettant en exergue les forces et faiblesses rencontrées et des propositions d'améliorations. Evidemment, les informations relevés lors des séjours des missions sont dans certains cas dépassées ou non pertinentes dans le contexte présent mais peuvent avoir le mérite d'être prises comme éléments de capitalisation des meilleures pratiques.

Chaque pays visité a été l'objet d'un choix particulier permettant ainsi de tirer des leçons pour l'ensemble des pays de la sous-région :

- Le choix du Niger s'est fait dans le contexte de crise nutritionnelle de 2005 mettant en exergue les données du dispositif institutionnel de réponse aux crises face aux ONG urgentistes;
- Le Mali dispose de différents canaux d'informations et d'un réseau de sites sentinelles dédiés à l'alerte précoce et à ce titre, des enseignements précieux sur la mise en œuvre des activités peuvent être tirés;
- Le Sénégal dispose d'un système d'information nutritionnelle dans un contexte de politiques publiques assez élaborées ;
- La Mauritanie est engagée dans la collecte de données nutritionnelles aux fins de ciblage des populations vulnérables par différentes institutions publiques ou privées bien qu'un ambitieux programme de nutrition publique soit en cours de démarrage ;
- La Gambie est un pays où la surveillance nutritionnelle est profondément ancrée dans les pratiques courantes relevant d'une agence publique et du ministère de la Santé ;
- Le Tchad a été retenu dans le cadre de la rénovation de son Système d'Alerte Précoce.

Le présent rapport est donc composé de différents chapitres tirés des rapports des missions. Ces derniers sont disponibles auprès du Secrétariat Exécutif du CILSS à Ouagadougou.

Le ministère français des Affaires Etrangères a financé l'ensemble des coûts liés aux différentes missions et a octroyé un financement exceptionnel au CILSS pour 2007, permettant ainsi de démarrer les activités d'une phase préliminaire. Un projet à plus long terme (2008-2010) sera identifié au cours de l'année 2007.

1. GENERALITES

1.1. La malnutrition comme problème de santé publique

La malnutrition est de loin le facteur premier de la mortalité chez les jeunes enfants. Plus de la moitié des décès survenant avant l'âge de 5 ans lui sont en effet liés, ce qui suffit à faire de la malnutrition un problème de santé publique majeur dans les pays en développement. Mais ce n'est pas tout : au niveau individuel, la malnutrition réduit les capacités physiques, rend plus vulnérable aux infections, y compris l'infection à VIH/SIDA, altère le développement des fonctions cognitives d'apprentissage et même favorise l'émergence, à l'âge adulte, des maladies chroniques liées à l'alimentation. Ainsi, au niveau des populations, outre la contribution majeure à la mortalité infantile, la malnutrition est finalement à l'origine de pertes énormes en capital humain, ayant un impact fort sur le développement économique des pays. On a pu estimer que les principales carences en micronutriments (iode, fer et vitamine A) causaient à elles seules des pertes annuelles de PIB des pays de l'ordre de 3%. En outre, la malnutrition maternelle est le facteur principal des petits poids de naissance, entamant ainsi un cycle inter-génération de malnutrition qui ne peut être brisé que par des interventions ciblant tout particulièrement la femme en âge de procréer et le jeune enfant avant 2 ans.

Le bon état nutritionnel des populations est un pilier fondamental du développement économique des nations et les politiques nutritionnelles doivent être vues comme des éléments centraux de la lutte contre la pauvreté. Aujourd'hui, en effet, nul ne peut plus douter de la nécessité d'investir dans la lutte contre la malnutrition si l'on veut atteindre la plupart des objectifs du millénaire pour le développement, au moins en Afrique.

1.2. Eléments généraux sur la crise nutritionnelle au Sahel

La compréhension des phénomènes de « malnutrition » doit être nécessairement recentrée autour d'un schéma conceptuel, trivial pour les nutritionnistes mais peu connu en dehors de la discipline, notamment chez les décideurs. Notamment, il convient de combattre l'idée d'une adéquation simpliste entre sécurité alimentaire et état nutritionnel, qui prévaut encore dans bien des esprits et que pourtant, si l'on ne veut donner qu'un exemple, la récente crise nutritionnelle au Niger a largement battu en brèche. Les relations entre production agricole et état de santé, si elles sont indéniables, nécessitent d'être revisitées¹.

Au cours des crises alimentaires et/ou nutritionnelles, le discours général entendu autour de la « malnutrition » concerne en fait essentiellement la « malnutrition aiguë », c'est-à-dire clinique, « visible », celle qui entraîne le décès des enfants et qui nécessite une intervention de type « médical » (ou tout au moins « sanitaire ») ; rares sont les personnes rencontrées avant 2005 qui évoquaient le fait que le Sahel présentait tout d'abord des taux de malnutrition chronique records, depuis de nombreuses années, avec une aggravation progressive dans certains pays. Cette malnutrition chronique se traduit notamment par un retard de croissance chez les jeunes enfants (dont la prévalence, au Niger, était de l'ordre de 40% au niveau national en 2000). Dans ce contexte, les enfants sont les premiers fragilisés et leur état nutritionnel précaire se dégrade de façon rapide lors de la moindre perturbation (d'ordre socio-économique au sens large, incluant l'insécurité alimentaire du ménage, mais aussi

¹ A ce propos, on conseille de lire un récent article paru dans le bulletin de l'OMS : C. Hawkes & M. Ruel. "The links between agriculture and health : an intersectoral opportunity to improve the health and livelihoods of the poor". Bulletin of the WHO, 2006, 84(12), 984-990.

d'ordre sanitaire ou psychosocial). Au niveau de la population, principalement rurale, la période de soudure alimentaire annuelle est un exemple de perturbation qui donne lieu quasi-systématiquement à une « bouffée » de malnutrition aiguë ; lorsque cette perturbation est plus forte que d'habitude, on se retrouve dans un état de « crise » nutritionnelle d'autant plus prononcée que la situation sous-jacente est fragile.

Il y a donc besoin, à la lumière de ce qui précède, de dissocier malnutrition aiguë et malnutrition chronique en termes de surveillance et d'alerte précoce comme en termes d'intervention, tout en reconnaissant que les deux phénomènes sont extrêmement liés. Mais s'ils nécessitent des approches et méthodologies différentes, nettement séparées conceptuellement, celles-ci ne doivent pas pour autant être déconnectées sur le terrain. De fait, il apparaît de plus en plus nécessaire d'instaurer un continuum entre le traitement des cas sévères dans ces centres de nutrition thérapeutiques, le traitement ambulatoire des malnutris moins sévères et modérés, et la prévention par les actions de santé de base (pas seulement en nutrition). D'où l'importance d'une approche communautaire. La surveillance renseigne sur les aspects structurels ou chroniques d'une population et sur les résultats des programmes à long terme, l'alerte et l'intervention d'urgence sont orientées vers une dégradation subite d'une situation.

En matière d'intervention, l'attention est focalisée lors des crises sur le traitement des malnutritions aiguës. Il s'agit alors d'un problème d'urgence humanitaire qui peut mobiliser des sommes d'argent considérables. On peut toujours s'interroger sur le rapport coût-efficacité de ce type de dépenses en le comparant à la faiblesse des investissements de l'état en termes de prévention des malnutritions. Mais il ne s'agit pas ici de faire un mauvais procès aux urgentistes. Car si ces derniers sont amenés à intervenir, c'est bien parce qu'il existe un problème de fond sur lequel il n'est pas porté suffisamment d'attention. Les actions de post crise doivent recentrer les activités vers les services de l'état ; à ce titre, le volet renforcement des capacités de prise en charge (et de dépistage) des malnutritions aiguës doit concerner le plus possible les capacités institutionnelles de prise en charge de ces dernières.

L'objectif est à terme, de développer des actions de prévention. Là où l'urgence appelle une réponse de type essentiellement médical, la prévention demande une intervention beaucoup plus profonde, touchant aux différents piliers de la malnutrition qui sont fondamentalement ancrés dans le tissu économique et social : sécurité alimentaire, hygiène et assainissement, éducation, situation sociale de la femme, pour n'en citer que quelques uns parmi les plus évidents.

1.3. Politiques publiques

1.3.1. La Conférence Internationale sur la Nutrition

La première Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN, Rome 1992) a marqué un tournant important dans la façon de concevoir la nutrition publique. La CIN a conduit à la reconnaissance de la causalité complexe des problèmes nutritionnels et, aux côtés du facteur alimentaire, trop souvent considéré comme unique, a souligné le rôle primordial de facteurs non alimentaires (environnement sanitaire, psychosocial, économique, culturel...). Au cours de la CIN puis à l'issue de celle-ci, les états ont été appelés puis incités régulièrement à mettre en œuvre de véritables politiques nutritionnelles, basées sur des stratégies de prévention et de contrôle de l'ensemble des problèmes nutritionnels (problèmes carenciels, spécifiques ou généraux, comme problèmes des maladies de surcharge). Ainsi, les pays se sont peu à peu dotés de Plans Nationaux d'Action pour la Nutrition (PNAN) ; mais ces plans, pour la plupart, sont restés de peu d'effet, faute de moyens et d'engagement politique fort pour assurer leur mise en œuvre.

1.3.2. Politiques de nutrition publique

La causalité complexe des problèmes nutritionnels nécessite la mise en œuvre de véritables politiques de nutrition publique visant une prévention sur le long terme. Il apparaît de plus en plus aujourd'hui que si ces politiques doivent s'appuyer sur un engagement fort des autorités et sur un renforcement du dispositif institutionnel, elles ne peuvent réussir qu'avec la pleine participation des communautés. Une approche communautaire, participative, avec des intervenants de proximité, est donc nécessaire. Il ne peut s'agir que d'un travail de longue haleine, demandant des investissements importants et une certaine ténacité. Il est reconnu actuellement que la malnutrition chronique est un bon indicateur du développement global d'une population, mais il n'est encore pas assez reconnu que les actions de prévention de cette malnutrition chronique sont d'importants facteurs du développement y compris économique.

Il faut reconnaître que, depuis une vingtaine d'années au moins, les états concernés et la communauté internationale se sont détournés des interventions de prévention de la malnutrition chronique de type communautaire, dont les bénéfices attendus sont forcément lointains, de surcroît difficilement évaluables et quantifiables. A de rares exceptions près, dans la plupart des pays, les interventions préventives en matière de nutrition se sont focalisées sur la lutte contre les carences spécifiques en certains micronutriments (principalement iode, fer et vitamine A) par l'intermédiaire de programmes généralement « verticaux » et faisant peu appel à la participation communautaire. Ces carences en micronutriments constituent de véritables problèmes de nutrition publique mais les succès obtenus le plus souvent par les programmes spécifiquement tournés vers ces carences, avec des résultats plus facilement quantifiables, ont davantage séduit les bailleurs de fonds. Ce faisant ils ont pu, d'une certaine manière, détourner l'attention de la globalité et de la complexité du problème de fond que représente la malnutrition chronique, dont ils font néanmoins partie.

1.4. *Surveillance nutritionnelle et alerte précoce*

1.4.1. Surveillance nutritionnelle d'une population

« La surveillance nutritionnelle est un processus continu consistant à rassembler (et le cas échéant à collecter) des données très soigneusement choisies sur l'état nutritionnel d'une population et sur les principaux déterminants de cet état, à transformer ces données en information pertinente et de bonne qualité, pour les besoins d'utilisateurs clairement identifiés, et à fournir cette information aux utilisateurs sous une forme acceptable, dans des délais brefs et à un coût abordable »². De cette définition il ressort notamment que tout système de surveillance nutritionnelle s'envisage sur le long terme, de façon intégrée au tissu institutionnel, nécessite une structure de pilotage dédiée et doit répondre à la fois à des fonctions précises et à des exigences de durabilité et de participation de tous les acteurs.

Il y a lieu de souligner que la fonction d'alerte, qui peut être attribuée à la surveillance nutritionnelle et qui permettrait de déclencher des actions d'urgence, nécessite néanmoins des informations différentes de celles utilisées pour la planification des politiques nutritionnelles ou le suivi-évaluation de programmes, qui sont d'autres fonctions de la surveillance. Les objectifs doivent donc être distingués. Il faut en outre clairement préciser que l'alerte à partir d'informations sur le statut nutritionnel des populations ne peut pas être véritablement

² Définition donnée par B. Maire et al. (1999). « La surveillance nutritionnelle: une approche opérationnelle et durable ». ITGPRESS: Antwerp, Belgium.

précoce. A partir du moment où l'état nutritionnel des jeunes enfants se dégrade en termes de malnutrition aiguë, c'est que la situation d'ensemble est déjà mauvaise. Néanmoins, il est évident que plus tôt on reconnaît cette dégradation et mieux on peut y répondre.

Suivre l'état nutritionnel d'une population en termes de malnutrition chronique relève d'informations tirées d'un échantillon suffisamment vaste et représentatif de ladite population, sur une base qui peut être annuelle ou même pluriannuelle. Différents indicateurs nutritionnels peuvent être utilisés, principalement et le plus classiquement la prévalence du retard de croissance chez les jeunes enfants (à partir de l'indice taille-pour-âge, nécessitant donc une certaine technique, un certain matériel, de l'information assez précise sur l'âge). D'autres indicateurs peuvent être utiles, anthropométriques (indice de masse corporelle des adultes, poids de naissance...) ou non (indices de qualité des régimes alimentaires par exemple), sans oublier la nécessité de recueillir dans le même temps des informations sur les déterminants de la malnutrition. Si l'on s'en tient à l'anthropométrie des enfants, plusieurs sources d'information peuvent être envisagées :

- réalisation d'enquêtes spécifiques à fréquence régulière (type Enquête de Démographie et de Santé –EDS-, enquête MICSS -*Multiple Indicators Cluster Sample Survey*, enquête par grappes à indicateurs multiples- de l'UNICEF) ; rarement annuelles, assez chères, ayant l'avantage d'une couverture nationale mais l'inconvénient d'une désagrégation limitée ;
- introduction de données nutritionnelles dans d'autres systèmes d'information au sein de dispositifs nationaux (enquête permanente agricole, Système d'Alerte Précoce –SAP-, dispositif Programme Elargi de Vaccination –PEV-...) ; il peut se poser un problème de couverture (par exemple, les enquêtes agricoles ne concernent pas les ménages urbains ou non agricoles, les enquêtes PEV couvrent une tranche d'âge limitée de 12-23 mois) ; il peut aussi se poser un problème de technicité ou de matériel et de logistique ;
- utilisation secondaire de données recueillies systématiquement, par exemple à travers un SNIS qui rassemblerait l'information des suivis de croissance; il se pose alors principalement le problème de la couverture de ces activités de suivi de croissance (qu'elles soient réalisées au centre de santé ou à base communautaire) et aussi le fait qu'à la différence des deux sources précédentes l'information sur les déterminants fait défaut.

1.4.2. Alerte et opérations d'urgence

Si l'on s'intéresse au déclenchement d'interventions d'urgence, la difficulté est double : d'une part il faut disposer d'informations fiables, obtenues de façon régulière, d'autre part il faut décider de seuils de déclenchement. A titre d'exemple, l'alerte « internationale » au Niger en 2005 a été donnée sur la base de l'évolution des admissions dans un centre de récupération nutritionnelle (CREN). Techniquement, en faisant l'hypothèse d'un recrutement géographiquement stable, cela revient à constater une augmentation suffisante des taux de malnutrition aiguë dans la population couverte pour entraîner une augmentation du recours spontané au CREN. On peut donc imaginer qu'à partir d'un maillage suffisamment développé d'une région en termes de CREN fonctionnels et d'une collecte régulière du nombre des admissions dans ces centres, un seuil de déclenchement, assorti d'actions adaptées, soit retenu. Toutefois, la condition première d'efficacité d'un tel système reste celle d'un maillage suffisant du réseau de CREN et d'un recrutement assez homogène (le dépistage actif des cas de malnutrition en population pouvant être plus ou moins réel et efficace selon les acteurs).

L'alternative serait donc de disposer d'informations sur l'évolution des taux de malnutrition aiguë en population. Cette dernière se mesure à partir de l'indice poids-pour-taille, avec une limite de -2 z-scores pour définir l'émaciation. Selon les recommandations de l'OMS, un seuil de 10% de malnutrition aiguë dans la population qualifie la situation de « sévère ». Or, dans

l'ensemble des zones rurales des pays de la sous-région, la prévalence de l'émaciation est supérieure à 10%, quelle que soit la saison, dépassant facilement les 15% en période de soudure. Autrement dit, les seuils d'alerte sont déjà dépassés un peu partout. Il n'est bien entendu pas question que cette situation « habituelle » soit considérée comme « normale » : elle traduit la gravité réelle du problème dans la plupart des pays sahéliens et de tels taux nécessitent que des mesures efficaces soient prises à court terme. Il reste que l'on manque cruellement de repères sur l'évolution des taux de malnutrition aiguë en période de soudure et en période de crise et que, malheureusement, cette situation n'aide pas à clarifier la notion de « gravité », ni à déclencher des actions d'urgence appropriées.

Avant même, donc, de discuter de la meilleure méthode de recueil régulier, éventuellement, des indicateurs de la malnutrition aiguë, de façon à permettre une réaction adaptée et la plus précoce possible, il y aurait lieu de définir et d'harmoniser les indicateurs à recueillir (nutritionnels mais aussi sur les déterminants) et de réfléchir sur les seuils de déclenchement ainsi que sur les actions appropriées pour chaque situation.

Quant aux méthodes envisageables pour le recueil des indicateurs, les pistes que l'on peut proposer sont :

- l'utilisation d'enquêtes rapides ciblées en cas d'alerte donnée par un autre indicateur (de type vulnérabilité, alimentation...);
- le recours à des sites sentinelles ou sites sentinelles soignants ;
- l'introduction d'un indicateur de malnutrition aiguë dans un système dont la couverture peut être jugée acceptable (à travers les activités du Programme Elargi de Vaccination – PEV- ou du Système National d'Information Sanitaire –SNIS-, par exemple).

1.5. Justification du partenariat CILLS/TRD/MAE

1.5.1. Expérience au Burkina Faso en matière de recueil des données nutritionnelles

Sur initiative de la Direction Générale des Prévisions et des Statistiques Agricoles (DGPSA) et grâce à l'appui du Ministère français des Affaires Étrangères (MAE), un recueil de données sanitaires et nutritionnelles a été intégré de manière routinière à l'Enquête Permanente Agricole (EPA) et a permis de servir les analyses du SAP depuis l'année 2004. Les principes guidant cette opération ont été élaborés afin de ne pas surcharger le dispositif de recueil d'information de l'EPA assurant ainsi un caractère pérenne n'entraînant aucun coût important. C'est pourquoi l'information recueillie a été restreinte : indicateur subjectif du niveau économique du ménage d'une part, et d'autre part, données sanitaires et nutritionnelles limitées à la mesure du périmètre brachial et à une appréciation rapide de la morbidité des 2 semaines précédant l'enquête, chez les seuls enfants de moins de 5 ans.

Les premières analyses des informations supplémentaires ainsi recueillies au sein de l'EPA sont encourageantes mais elles ont révélé toutefois quelques incertitudes sur la précision des mesures et la sensibilité des indicateurs à l'évolution saisonnière de l'état nutritionnel.

La constitution d'un groupe de coordination sur la nutrition a été effectuée en 2006 sous l'initiative du Directeur de la Nutrition du Ministère de la Santé ; ce groupe informel de réflexion est nouveau dans le paysage institutionnel puisqu'il regroupe des administrations nationales et des organisations internationales qui ont la nutrition comme centre d'intérêt. Ce groupe est constitué des services de l'état (DGPSA, Direction de la Nutrition), de plusieurs organisations non gouvernementales telles Helen Keller International (HKI), Médecins Sans Frontières (MSF), Africare, des instituts de recherche comme l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et des

partenaires techniques et financiers (Union Européenne, UNICEF, PAM, coopération française). Chacun des membres participe à la réflexion en mettant en commun ses compétences et les informations qu'il souhaite reverser au groupe. La motivation de chacun porte sur la volonté de coordonner les actions en partageant les informations.

Le groupe de coordination sur la nutrition s'est donné comme priorité l'évaluation du périmètre brachial pour âge dans l'enquête EPA. Pour cela, il a été retenu qu'une enquête nutritionnelle complémentaire (ENC) serait greffée à l'enquête de routine EPA 2006 à partir d'un sous-échantillon d'enfants aléatoirement tiré de l'échantillon de référence afin de recueillir trois types d'informations :

- un indicateur anthropométrique classique à savoir la mesure du poids pour taille afin de déterminer la malnutrition aiguë ;
- un score de diversité alimentaire permettant de mesurer les différents apports nutritionnels ;
- une échelle d'insécurité alimentaire ressentie du ménage.

L'ENC porte sur trois passages de terrain (août - novembre 2006, mars 2007). A ce jour, seul le premier passage a été réalisé.

De plus, MSF et le PAM ont réalisé le premier passage d'une enquête nutritionnelle en pleine population dans 3 districts sanitaires afin de comparer les résultats avec l'enquête EPA (échantillon) et l'ENC.

Ces 3 exercices (la mesure du périmètre brachial dans le cadre de l'EPA, une enquête complémentaire établissant la malnutrition aiguë, un score de diversité alimentaire et l'échelle d'insécurité alimentaire ressentie, l'enquête en pleine population de MSF) permettront, outre de disposer de nombreuses informations sur la situation actuelle, de valider les outils utilisés en fonction des principes suivants :

- apprécier la qualité des mesures sanito-nutritionnelles effectuées au sein du dispositif EPA ;
- estimer la validité de l'indicateur périmètre brachial pour l'âge chez les jeunes enfants pour le diagnostic de la situation nutritionnelle, en comparaison avec les indicateurs nutritionnels classiques comme le « poids-pour-taille » ;
- apporter, si possible, des éléments analytiques permettant d'expliquer la diversité des situations nutritionnelles en relation avec les autres informations recueillies au sein de l'EPA et contribuer à améliorer le ciblage et la profondeur des risques alimentaires au sein du SAP.

Ce rapport devrait être disponible courant 2007.

1.5.2. Mandat du CILSS

Le CILSS dont le mandat s'inscrit dans le cadre de la recherche de la sécurité alimentaire, la lutte contre la désertification au Sahel, s'est doté depuis quelques années d'un cadre stratégique de sécurité alimentaire fruit du processus Sahel 21. Ce cadre définit les priorités et les orientations et vise à « créer les conditions d'une sécurité alimentaire régionale durable, et de réduire structurellement la pauvreté et les inégalités dans le Sahel ».

L'approche sous-régionale de la sécurité alimentaire ainsi adoptée par les Etats dans la perspective de la lutte contre la pauvreté, vise à assurer une cohérence par rapport aux réformes engagées aux niveaux national et international, à faciliter le traitement des

problèmes communs dans le cadre de la coopération régionale mais également à inscrire les enjeux de sécurité alimentaire dans une perspective d'intégration régionale.

Le besoin de renforcer les dispositifs de prévention, de suivi et de gestion des crises s'est fortement exprimé par la nécessité de prendre en compte les indicateurs sur la nutrition et la santé. L'idée serait de mieux cerner les effets structurels résultant de l'évolution socio-économique des sociétés sahéniennes comme des phénomènes récurrents qui ont leur impact sur la sécurité alimentaire et que les actuels dispositifs ne permettent pas d'identifier.

1.5.3. Réunion PREGEC

Lors de la dernière réunion du Réseau de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires (PREGEC) à Paris en décembre 2005, une recommandation visait à améliorer le fonctionnement des 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 Étrangères a exprimé son souhait de financer cette initiative dans le cadre d'un projet sous-régional qui serait à concevoir dans les meilleurs délais sous réserve que les aspects de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce retenus s'appuient sur des dispositifs déjà existants dans les pays sahéniens. A ce titre, la réalisation de diverses missions exploratoires dans les pays du CILSS a été souhaitée afin de déterminer les aspects techniques et opérationnels d'une future action financée par la France.

Les 3 institutions suivantes sont concernées par l'initiative :

- le CILSS en tant qu'organisation sous-régionale en charge des aspects de sécurité alimentaire, recherche la mise en œuvre des recommandations du PREGEC ;
- L'IRD, en tant qu'organisme français de recherche, dispose d'un centre de recherche sur la nutrition à Ouagadougou ;
- Et enfin, le MAE France qui reste très impliqué dans les aspects de prévention et gestion des risques alimentaires au Sahel.

L'ancrage institutionnel permettant au mieux de loger et conduire ces missions à terme a été porté sur le Secrétariat Exécutif du CILSS basé à Ouagadougou.

Plusieurs missions exploratoires ont été conduites au Niger, Mali, Sénégal, Mauritanie et Gambie afin de servir de référence à la conception ultérieure d'une initiative conjointe appelée « Nutrition, sécurité alimentaire et politiques publiques ».

Chaque mission exploratoire a permis de prendre 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 s'opérera via les nouveaux dispositifs de l'aide au développement (appui budgétaire).

Pour mener à bien ces tâches, une équipe pluridisciplinaire comprenant un expert en sécurité alimentaire (CILSS), un expert nutritionniste (IRD) et un expert en appui institutionnel (MAE), ont conduit l'ensemble des missions entre novembre 2005 et novembre 2006.

La synthèse des rapports de mission par pays fait l'objet du présent document.

2. NIGER : INFORMATION NUTRITIONNELLE DANS UN CONTEXTE DE CRISE

2.1. Contexte de la mission et données disponibles

La mission au Niger s'est déroulée en novembre 2005, dans un contexte particulier de crise nutritionnelle déclarée. Le ciblage des zones à risques a été le sujet à controverse entre le dispositif institutionnel de réponse aux crises et les ONG urgentistes. Ces dernières ont mesuré la détérioration de la situation dans les zones de forte production agricole à partir d'enquêtes nutritionnelles et du nombre d'admissions d'enfants dénutris dans les centres thérapeutiques ayant donné lieu à des extrapolations discutables au niveau national. Les données nutritionnelles ont été le principal outil d'appréciation de la sévérité de la situation malgré les problèmes qui proviennent de la comparaison des données des différentes enquêtes (cf. tableau page suivante):

- couverture géographique : même nationale, les subdivisions/regroupements sont différents ; dans les enquêtes régionales, la couverture est également variable (départements, cantons, communes etc.) ;
- type de population : certaines enquêtes excluent les populations urbaines, d'autres non;
- tranches d'âge : non seulement les tranches d'âge couvertes ne coïncident pas toujours, mais la désagrégation selon les catégories d'âge présentée dans les rapports n'utilise pas les mêmes catégories (dans certains cas, tranches d'une année, dans d'autres cas, 6 mois, individualisation des 6-29 mois par les urgentistes, coupure à 23 ou à 35 mois chez les autres) ;
- malnutrition chronique : aucune donnée disponible avec les ONG urgentistes ;
- procédures d'échantillonnage et bases de sondage utilisées : elles ne sont pas toujours identiques, ce qui ne pose pas de problème tant que l'échantillon peut être considéré représentatif de la population cible;
- périodes d'enquête : elles sont variables ; cela permet évidemment d'apprécier les changements saisonniers, mais à condition que les autres éléments soient identiques (tranches d'âge, régions, etc.) ; seules deux enquêtes répondent à ce critère : MSF dans le département de Keita (première enquête en avril-mai 2005, puis seconde enquête en août 2005).

A partir des enquêtes nationales, on constate tout d'abord que la situation nutritionnelle des enfants est globalement mauvaise dans tout le pays. Entre 1998 et 2000, les chiffres obtenus en recalculant les taux de malnutrition pour la tranche d'âge des 0-35 mois de façon à avoir une tranche d'âge comparable, indiqueraient plutôt une amélioration sensible : de 41,1 à 34,7% de malnutrition chronique et de 20,7 à 19,5% de malnutrition aiguë (cette dernière diminution semble faible, mais compte tenu d'une saison d'enquête moins favorable en 2000 pour cet indicateur la diminution réelle doit être plus importante et a priori en cohérence avec ce qui est observé pour la malnutrition chronique). Sous réserve de biais méthodologiques non décelés, ou de la différence de base de sondage pour les deux enquêtes, on aurait donc observé en 2000 une situation sensiblement améliorée par rapport à 1998.

Bilan des enquêtes nutritionnelles

Enquête	Année et Période	Couverture Géographique	Enfants ciblés (âge en mois)	Effectif	Malnutrition chronique (taille-pour-âge)		Malnutrition aiguë (poids-pour-taille)		Remarques
					% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	% Globale (<-2 ET)	% Sévère (<-3 ET)	
EDS	1998 mars-juin	Nationale	0-35	4 022	41.1	19.5	20.7	3.7	Chiffres difficiles à apprécier (notamment par rapport aux pays voisins) car tranche d'âge limitée
		Rural seul		3 366	43.0	21.2	22.1	4.0	
		Tillabéri		666	36.1	15.9	22.3	3.7	
		Tahoua/Agadez		772	38.0	16.2	20.2	2.2	
		Maradi		934	52.0	24.4	18.5	3.7	
		Zinder		924	42.8	26.1	24.0	5.7	
MICSS	2000 avril-août	Nationale	0-35	3 057	34.7	16.3	19.5	4.8	Chiffres recalculés
		Nationale	0-59	5 080	39.8	19.5	14.1	3.2	Base de sondage : non totalement homogène avec celle de l'EDS
		Rural seul		4 413	41.8	20.9	14.6	3.5	
		Tillabéri		804	28.4	11.4	15.5	3.0	
		Tahoua		920	40.1	22.2	10.0	2.1	
		Maradi		1 380	47.3	23.8	13.6	2.5	
		Zinder		780	47.8	26.7	17.8	4.6	
HKI / PAM	2005 janvier	Maradi rural	6-59	900	60.4	32.6	13.4	2.2	Tirage = villages et non ZD comme EDS, MICSS
		Zinder rural		900	61.0	31.4	13.4	2.7	
MSF Epicentre	2005 avril-mai	Maradi rural partiel (Dakoro, Mayahi, Tessaoua)	6-59	951	-	-	19.3	2.4	Tirage = villages ; Couverture partielle des départements cités
		Tahoua rural partiel (Keita)	6-59	906	-	-	19.6	2.9	Tirage = villages ; 1 seul département
MSF Epicentre	2005 août	Tahoua rural partiel (Keita)	6-59	941	-	-	15.6	1.8	Identique précédente
MSF Epicentre	2005 août	Zinder rural partiel (Mirriah)	6-59	908	-	-	18.6	3.0	Tirage = villages ; 1 seul département
MSF Epicentre	2005 septembre	Tillabéri rural partiel (Ouallam)	6-59	888	-	-	15.3	1.8	Tirage = villages ; 1 seul département
ACF (ACH)	2005 septembre sept-oct octobre	Maradi-Tahoua : Zone Agricole	6-59		% mères avec PB < 22 cm				Procédure tirage au sort des villages ? Présence des populations ?
		Zone Agro-past.		1 061	7.3	19.2	4.1		
		Zone Pastorale		1 040	6.5	24.7	5.4		
				746	17.7	16.4	2.8		

2.2. Actions en cours au moment de la mission (novembre 2005)

2.2.1. Actions en faveur de la nutrition publique

2.2.1.1. *Plan National d'Action pour la Nutrition*

Au Niger, un Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN) a été conçu en 1994 puis révisé au cours d'un atelier de consensus national pendant l'année 2002. Ce plan identifie neuf axes stratégiques principaux (de l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages à la coordination intersectorielle). A la lecture des objectifs généraux et spécifiques et du bilan des actions 2002-2004 on comprend aisément que : (i) d'une part le PNAN n'a vraisemblablement pas été décliné en opérations précises et clairement identifiées ; (ii) d'autre part les activités réalisées sont restées très parcellaires et soumises, pour la plupart, à la mise en œuvre à travers un partenaire ou un autre (principalement lutte contre les carences en micronutriments : distribution de vitamine A et iodation du sel ; suivi des femmes enceintes avec couverture en fer-folate ; promotion de l'allaitement à travers l'initiative UNICEF « hôpitaux amis des bébés »). Parmi les obstacles à la mise en œuvre du PNAN, on notera aussi que ce plan n'a pas été officiellement adopté par le gouvernement et que les services de nutrition sont très faiblement pourvus en personnel comme en moyens.

2.2.1.2. *Budget du Ministère de la Santé Publique*

Dans la loi des finances 2005, la dotation du Ministère de la Santé Publique (MSP) a été de 24 milliards F.CFA sur un budget total de 409 milliards F.CFA (soit moins de 6% ; norme dans la sous-région plus ou moins égale à 10% du budget national) dont 5,1 milliards F.CFA ont été affectés au traitement des fonctionnaires. Les ressources issues des remises de dette appelées fonds PTTE, pour un montant de 1,1 milliards de F.CFA, ont concerné les « appuis à la santé de base, la lutte contre le paludisme et la formation de spécialistes » sur un montant total pour 2005 de 24 milliards de F.CFA. Le programme spécial du président, apparemment non inclus dans le cadre de cette initiative, porte sur 40 milliards de F.CFA par an.

2.2.1.3. *Aide publique*

Un fonds commun doté par la Banque Mondiale et l'Agence Française de Développement (AFD) à hauteur de 40 millions € sur 4 ans, a été créé en tant qu'instrument de soutien au Plan de Développement Sanitaire (PDS) ; 10 millions € sont spécifiquement attribués au VIH/SIDA. Le PDS, décliné en programme quinquennal et plans d'actions sous-sectoriels, pourrait être l'une des options pour le développement d'activités spécifiques en matière de nutrition dans le cadre d'un financement ciblé via une ligne d'activités générales « santé de la mère et de l'enfant ». Toutefois, on note que pour la période 1994-2000 le PDS prévoyait déjà, entre autres objectifs, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant (y compris la planification familiale) et la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

Outre cette politique nationale de santé depuis 1994, le Niger s'est doté d'une politique nationale de population en 1992, de promotion de la femme en 1996, d'éducation en 1998 et d'un programme national de lutte contre la pauvreté depuis 1996. La ligne « santé de la mère et de l'enfant » a toujours été orientée vers des activités liées à l'espacement des naissances, le planning familial (le Niger ayant un indice synthétique de fécondité égal à 8,2 enfants par femme et un taux de mortalité infantile de 280‰). Aucune stratégie ne semble avoir été prise en matière de lutte contre la malnutrition en tant qu'axe prioritaire de santé publique. A notre connaissance, aucune mesure corrective dans les plans d'action n'a été demandée suite à la crise nutritionnelle passée.

L'appui budgétaire, notamment via les modalités effectuées par l'Union Européenne sous forme de décaissement par tranches variables en lien avec les indicateurs de santé et portant sur un montant global de 200 millions € sur 3 années, est aussi une piste structurante et majeure dans le paysage institutionnel. La nutrition n'est pas spécifiquement abordée dans la déclinaison des indicateurs pour les 3 années à venir.

2.2.2. Actions en matière de dépistage de la malnutrition aigüe

Les actions en cours en 2005 ont été principalement tournées vers le dépistage des cas de malnutrition aiguë et leur prise en charge (CRENI³, CRENAM⁴ ou CRENAS⁵ selon les cas) ; le travail a été fait avec l'appui des ONG selon un protocole « national » élaboré sous l'égide de l'UNICEF en association avec les ONG et adopté par l'état. Ce protocole comprenait l'organisation du dépistage, la formation du personnel des Centre de Santé Intégré (CSI) et un système de suivi centralisé avec rapportage des nombres de cas dépistés ou pris en charge ; environ 25 ONG ont participé à ce travail, dont la plupart (mais pas toutes) ont signé un « *Memorandum of Understanding*⁶ ». Un document de bilan à la mi-octobre faisait état de l'ouverture de 570 CREN depuis le mois de juillet (dans l'ensemble du pays, mais avec une grande concentration sur les régions de Maradi et Zinder). On notait un très faible taux de décès parmi les enfants traités dans ces centres.

Toutefois, la couverture des actions menées au niveau du pays (zones couvertes et non couvertes, ONG qui ont des activités de nutrition sans faire remonter l'information) n'était pas très facile à déterminer. Notamment, il était fait état de « nombre de cas attendus », ce qui sous-entendait une référence à une population et à des taux de malnutrition nécessitant une prise en charge, mais les éléments d'estimation de ces cas attendus étaient peu explicites.

2.2.3. Rôle de l'état, des organismes de coopération, des ONG

Paradoxalement, l'état n'a pas semblé vouloir jouer un rôle central dans le pilotage des opérations et le règlement de la situation de la malnutrition aigüe a été logé, faute de mieux, chez les partenaires techniques (Nations Unies). En fait, les organismes de coopération, notamment multilatéraux et les ONG semblent avoir pris le pas sur l'action gouvernementale et les structures publiques depuis un certain temps dans des domaines aussi larges que les recueils d'information (par exemple, l'EDS de 1998 est réalisée par Macro et Care, avec l'aide de l'UNICEF, mais sans intervention des services de l'état), les actions préventives (réflexe de l'approche-projet sans aucune contrepartie nationale) et curatives (centres thérapeutiques nutritionnels hors des CSI).

L'UNICEF a pris le *leadership* des actions en cours de crise faute de réelles capacités opérationnelles (manque de moyens humains et financiers) de la Direction de la Nutrition. Cette coordination « UNICEF » appelée comme telle maintenant par tous, a permis d'établir un protocole thérapeutique commun à tous les intervenants, de réaliser un suivi à partir des admissions quotidiennes des centres mis en place et a servi de plate forme d'échanges lors des réunions hebdomadaires entre les différents opérateurs. On ne peut que regretter l'absence du SAP à ces réunions, l'appréciation de la situation restant orientée sur des bases de protocole d'urgence.

³ CRENI : Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive

⁴ CRENAM : Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

⁵ CRENAS : Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère

⁶ « *Memorandum of understanding* » : Accord-cadre

2.3. *Eléments de réflexion : nécessaire pilotage de l'Etat et suivi des politiques*

2.3.1. Prévalence du rôle de l'état dans les actions à soutenir par les partenaires financiers

La détermination de la partie nationale à piloter les stratégies de réponse à la crise est un préalable à soulever et se doit d'être confirmé par la traduction des engagements politiques et les priorités retenues devraient ensuite être déclinées par des orientations budgétaires. Les appuis budgétaires et aides projets ou programmes concernent le PEV, le VIH/SIDA et l'espacement des naissances. On observe un certain décalage entre la situation nutritionnelle globale du pays présentant une prévalence supérieure à 40% de malnutrition chronique, phénomène non acceptable et révélateur de la sévérité de la pauvreté au Niger.

Les partenaires financiers du Niger dans le cadre de l'APD sont sollicités sur deux fronts : celui des aides publiques qui draine une bonne partie des financements (aide programme, aide projet, subventions à l'ajustement structurel, annulation de dette) et celui des ONG qui est quand même conséquent cette année pour le Niger (même si une partie des fonds provient de donateurs privés). Certaines priorités doivent être visiblement affichées en fonction des divers instruments de coopération mis à disposition. Ils doivent surtout se compléter à partir de stratégies pays bien définies. La crise nutritionnelle a surtout illustré le fait que derrière des chiffres, se cachait une détresse humaine importante, futur creuset d'une jeunesse à l'écart des actions de développement. A la lecture de la situation en 2005 et des nécessaires réorientations stratégiques, une relecture des priorités et des actions en matière de nutrition semble absolument nécessaire.

De plus, le retrait de l'état a ouvert des brèches dans tous les compartiments de la situation de post crise : le recueil des informations passe par le SAP et par le dispositif du « protocole UNICEF » sans vraiment de complémentarité mais privilégiant le suivi médical comme mode de ciblage. De plus, le SAP est soumis aux difficultés de déblocage de l'appui budgétaire UE qui, en cette année de crise, n'a pas été alloué dans les temps et a complexifié les procédures de décaissement ; le budget de fonctionnement du SAP a été obtenu sur une avance concédée par le dispositif paritaire de réponse aux crises. La nécessité de soutenir la cellule de coordination SAP est une priorité qui doit être menée même si son alchimie est parfois complexe. Le pays a besoin de se doter d'outils de surveillance réguliers (coûts des systèmes d'information comprenant le SIM céréales et bétail, l'Enquête Permanente sur l'Etat des Récoltes (EPER) et le SAP: 2 millions € par an financés pour moitié par l'UE) et le financement du SAP par l'appui budgétaire a certainement été conçu dans ce sens.

2.3.2. Prise en compte de la nutrition publique dans les priorités nationales

2.3.2.1. *Recentrer les priorités du plan de développement sanitaire*

Le plan de développement sanitaire intégrant la santé de la mère et de l'enfant doit s'attaquer aux conséquences à long terme de la malnutrition chronique ; cette dernière doit être placée en priorité de santé publique et doit être traitée comme telle au Niger comme dans tous les pays de la sous-région dépassant le taux de prévalence de 30% de malnutrition chronique selon les normes OMS (prévalence dépassée dans la majorité des pays du CILSS). Il y a lieu, en effet, de prendre en considération l'impact irréversible de retard de croissance des jeunes enfants sur le capital humain d'un pays.

Les partenaires au développement doivent nécessairement orienter leurs appuis autour d'un continuum entre projets et programmes, appuis budgétaires et autres instruments de coopération, afin d'orienter les conditionnalités liées au déblocage des financements externes à partir des indicateurs liés à la santé de la mère et de l'enfant, afin d'exercer une action de

plaidoyer en faveur de la lutte contre la malnutrition à court, moyen et long terme auprès du gouvernement;

2.3.2.2. Adopter un protocole homogène de collecte des indicateurs nutritionnels a minima par pays et, à plus long terme, commun pour la sous-région

Un protocole homogène de collecte des données sur la malnutrition (plan de sondage, classes d'âge, etc.), transférable aux fins de la surveillance épidémiologique doit être envisagé. Il s'agit de disposer d'un outil fiable de suivi de la situation nutritionnelle sur le moyen ou long terme, à une échelle nationale et régionale, permettant d'apprécier l'impact des politiques et stratégies menées dans les pays. Cet outil de pilotage ne doit pas se concevoir comme un système d'alerte, ni se confondre avec lui. En revanche, il doit permettre d'apprécier les tendances de fond, qui sont à prendre en considération pour l'interprétation de données plus désagrégées et plus ponctuelles sur les bouffées de malnutrition aiguë.

2.3.2.3. Adopter des outils de surveillance et d'alerte

Il y a lieu d'intégrer dans les informations du SAP, des éléments de surveillance et d'alerte à une échelle plus fine, totalement dissociés dans la chaîne de transmission classique de l'information. Il est nécessaire d'étudier au cas par cas les sources possibles et les modalités d'une collecte de données anthropométriques plus spécifiques de la malnutrition aiguë, par exemple à partir du PEV (en fonction de la couverture vaccinale) ou du SNIS (après évaluation préalable du dispositif). L'utilisation de sites sentinelles, qu'il s'agisse de sites soignants ou non, est à envisager dans ce cadre. Des actions pilotes de suivi de la qualité de l'alimentation (avec des indices de type diversité alimentaire) peuvent également être proposées. Il est important de rappeler ici que les indicateurs nutritionnels ne varient pas systématiquement de façon précoce en cas de crise alimentaire. Il est fondamental dans tous les cas de concevoir un système simple et robuste. Cette proposition semble réaliste avec des déclinaisons spécifiques par pays tout en prenant en compte les aspects de pérennité, de non duplication avec des systèmes existants, etc.

La détermination de seuils d'alerte doit se faire au niveau du dispositif institutionnel, suite à l'intégration des différentes informations évoquées ci-dessus. Une petite cellule opérationnelle d'analyse rapide et d'intégration des différentes informations nutritionnelles pourrait s'intégrer efficacement dans le dispositif. Les enquêtes spécifiques ponctuelles menées à l'initiative de divers intervenants (ONG notamment) sont à reverser dans le dispositif institutionnel de prévention des crises. Ce dernier doit pouvoir lui aussi initier la réalisation d'enquêtes rapides pour affiner et accélérer le déclenchement d'actions spécifiques.

3. MALI : LARGE DISPOSITIF DE RECUEIL DE L'INFORMATION NUTRITIONNELLE

3.1. Données disponibles

Au Mali, la malnutrition constitue l'un des plus importants problèmes de santé et de bien être des jeunes enfants et de leurs mères comme décrit dans le premier chapitre du présent rapport. 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 (Enquête Budget Consommation, 1989) ainsi que des enquêtes menées dans le cadre du suivi du CSLP (Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté –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 Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages en 2003 et 2006).
- Enquêtes dans le cadre d'analyse de la vulnérabilité (VAM), ou encore récemment l'enquête CFSVA⁷ dans le cadre de la mise en place des sites sentinelles.

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

Source	Année de référence	Retard de croissance (taille pour âge) < - 2 écarts-types (en %)	Emaciation (poids pour taille) < - 2 écarts-types (en %)	Insuffisance pondérale (poids pour âge) < - 2 écarts-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	2001-02		14,8	
Sites sentinelles	Juin 2005	30,7	16,1	35,6
CFSVA	Déc 2005	33,9	11,4	32,1

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%

⁷ CFSVA: *Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis* ; equ. Analyse de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité

d'émaciation en 1996 d'après l'EDSM-II, ce qui est extrêmement élevé, même si l'enquête a été fait en période de soudure intense).

On peut néanmoins 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. 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. Architecture de l'information nutritionnelle

La collecte et l'analyse des données nutritionnelles sont 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.

3.2.1.1. Ministère de la Santé

Au Ministère de la Santé, deux services 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 (DNS/DN):

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 ; cette fonction relève de la DNS qui doit lui transmettre les informations nécessaires à son action. La CPS a un rôle de coordination et à ce titre, assure le rôle de 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 un site web 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 un annuaire des statistiques sanitaires au sein duquel 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 Commissariat à la Sécurité Alimentaire (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 devait être collecté 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 et parcellaire à cause des problèmes de fiabilité et de remontée tardive et difficile des informations de la périphérie vers le dispositif central du Système National d'Information Sanitaire. Les données nutritionnelles sont collectées dans le cadre du SNIS 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 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.

3.2.1.2. *Système d'Alerte Précoce*

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 Programme de Restructuration du Marché Céréalière (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 financements 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.

3.2.1.3. *Ministère de l'Agriculture*

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 (EAC) 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 2 500 exploitations dans 6 des 8 régions du Mali (hors Bamako, zone urbaine, ni Kidal, 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 (programme régional d'amélioration du Diagnostic Permanent pour la sécurité alimentaire) 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.

3.2.1.4. *Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique*

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 réalisé un bon nombre d'enquêtes ; entre 1988 et 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 4 500 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.

3.2.1.5. *Institut National de Recherche en Santé Publique*

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 DNS 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 DNS. 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 la prise en compte des aspects nutrition en termes de surveillance alimentaire ou sanitaire au Mali est loin d'être nouvelle, mais 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 ».

3.2.1.6. *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 conduit 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 de réflexion : recueil de l'information primaire sans mise en perspective des analyses

La nécessité de prendre en compte l'information nutritionnelle a été une préoccupation pour le Mali mais des doutes apparaissent sur le mode opératoire. L'amélioration du système d'information dans son ensemble est une priorité.

Les taux de malnutrition sont les mêmes au Mali qu'au Niger et globalement 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 n'est pas formatée pour renseigner une situation à risque, 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 personnes impliquées dans le domaine de la collecte d'informations nutritionnelles n'ont pas un niveau de connaissances suffisant 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.

4. SENEGAL : POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIERE DE NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE DANS UNE PERSPECTIVE DE REALISATION DES OMD

4.1. Données disponibles

Des enquêtes nationales réalisées au cours des dernières années au Sénégal permettent d'avoir un aperçu de la situation nutritionnelle et de son évolution au cours des 20 dernières années ; elles sont les suivantes :

- EDS (Enquête Démographiques et de Santé) (1986, 1992, 1997, 2005), les données nutritionnelles ne sont pas disponibles pour l'EDS-III
- ESAM (Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages) (1994-95, 2001-2002)
- VAM⁸ sur la vulnérabilité réalisée par le Programme alimentaire mondial (PAM) en 2003, enquête mise à jour en 2005 avec les données de l'enquête EDS-IV
- MICSS (enquête par grappes à indicateurs multiples) réalisée par l'UNICEF (1996, 2000)
- D'autres enquêtes réalisées par les différentes ONG intervenant dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) sont disponibles au niveau des districts d'intervention.
- Deux enquêtes réalisées par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) sont disponibles pour trois régions d'intervention du PRN⁹.

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

Source	Année de référence	Retard de croissance (taille pour âge) < - 2 écarts-types (en %)	Emaciation (poids pour taille) < - 2 écarts-types (en %)	Insuffisance pondérale (poids pour âge) < - 2 écarts-types (en %)
EDS-I	1986	23.2%	5.8%	21.9%
EDS-II	1992	21.7%	8.7%	20.1%
MICS-I	1996	22.9%	6.7%	22.3%
EDS-III	1997	N/A	N/A	N/A
MICS-II	2000	19%	8.3%	18.4%
ESAM-II	2001-02	31.4%	10.1%	19.2%
VAM	2003-mise à jour 2005	Données EDS IV	Données EDS IV	Données EDS IV
EDS-IV	2005	16.4%	7.7%	17.4%

Les chiffres ci-dessus montrent une amélioration de la situation nutritionnelle au Sénégal, mais cachent une réalité qu'il ne faut pas négliger. Il existe une grande disparité entre les taux

⁸ « Vulnerability Assesment Method » : méthode d'analyse de la vulnérabilité

⁹ La mission n'a pas eu accès à ces enquêtes mais elles sont disponibles au PRN.

de malnutrition des zones urbaines et des zones rurales. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural (22 % contre 10 % en milieu urbain).

Cette situation peut être une justification pour mettre en place un système de surveillance nutritionnelle performant afin de prévenir une crise en cas de problème conjoncturel touchant la sécurité alimentaire et nutritionnelle de ces zones rurales, même si la dépendance des agriculteurs du Sénégal par rapport à la production alimentaire locale n'est pas au même niveau que dans les autres pays sahélien concernés par les missions de pré-identification.

En effet au Sénégal de façon générale, moins de la moitié du revenu des ménages dépend de la production agricole ; selon l'enquête VAM du PAM, le nombre de ménages dépendant de l'agriculture caractérise les zones les plus vulnérables.

Les données nutritionnelles de l'enquête ESAM II sont atypiques par rapport à la tendance mais il faut noter que la méthodologie semble moins rigoureuse que dans le cas des autres enquêtes.

4.2. Politiques nationales en matière de nutrition et sécurité alimentaire

4.2.1. Politiques publiques en matière de nutrition dans le cadre global de réduction de la pauvreté

La Politique de Santé et d'Action Sociale du Sénégal se fonde sur la constitution qui mentionne en son article 14 que «L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille».

Le Document d'Orientation Stratégique de décembre 1995 sur les nouvelles orientations en matière de politique sanitaire et sociale, traçait les grandes lignes des réformes envisagées dans les sous-secteurs des hôpitaux, du médicament et de la pharmacie, et de l'action sociale.

Le premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) a été adopté en 2002. La malnutrition y était décrite comme restant un problème de santé publique au Sénégal et les actions de lutte contre la malnutrition étaient concentrées au niveau du Projet de Nutrition communautaire (PNC) basé à la Primature.

La période 1998-2007 fait l'objet du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS).

Le volet lutte contre la maladie, ramené au contexte du plan national de développement sanitaire, cible davantage la protection du couple mère enfant. C'est pourquoi l'accent est mis sur les approches intégrées. C'est dans ce cadre qu'il faut placer la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et du Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN). Le paquet d'activités intégrées de nutrition est mis en œuvre à deux niveaux : au niveau des structures sanitaires et au niveau des communautés.

Le DSRP en cours de révision, mentionne à nouveau la malnutrition en tant que problème de santé publique. En termes de malnutrition, l'objectif est d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015, grâce à la mise en œuvre du Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN) basé à la Primature et héritier du Programme de Nutrition Communautaire (PNC).

Pour la période 2005-2008, les programmes et projets prioritaires du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) de la santé sont : (i) le programme de prévention médicale ; (ii) le programme de santé de la reproduction; (iii) le programme de lutte contre la maladie ; (iv) le programme de lutte contre le VIH/SIDA; (v) le programme de nutrition et (vi) le programme d'appui institutionnel.

Il est écrit que « le programme de nutrition est l'exemple type de programme multisectoriel. Il comporte deux composantes : le Paquet Intégré des Activités de Nutrition (PAIN) et le Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN) logé à la primature. ». Ce dernier est financé par la Banque Mondiale, principal bailleur de fonds en matière de nutrition. Elle a financé entièrement la première phase du PRN (2003-2005) pour un montant de 14,7 millions de dollars sur 3 ans. Elle a par le passé, appuyé le Ministère de la Santé pour la mise en œuvre du PNDS mais les résultats décevants et les difficultés de ce Ministère l'ont pour l'instant dissuadé de poursuivre ces appuis. Les résultats du PRN l'encouragent à continuer à le soutenir, mais celle-ci ne dispose plus des fonds nécessaires pour un financement global de ce programme (l'enveloppe de la Banque pour le Sénégal diminue régulièrement), le montant de l'appui de la BM serait d'environ 15 millions de dollars pour 5 ans. Le responsable de la Banque Mondiale espère que le gouvernement sénégalais fera un effort pour augmenter sa participation (estimation entre 5 et 16 millions de dollars), effort confirmé par le Ministère des Finances et le déblocage de 900 millions de FCFA sur les ressources de l'initiative « Pays pauvres très endettés » (PPTE) pour financer la phase de transition du PRN (mars-décembre 2006).

De fait, les activités menées par le Ministère de la Santé et le PRN sont pratiquement indépendantes, et les actions de lutte contre la malnutrition sont confiées au PRN et non au Ministère de la Santé.

Les indicateurs de résultat pour la composante PAIN sont le taux de supplémentation et la proportion de postes de santé pratiquant la PCIME.

L'indicateur sectoriel de résultat pour la réalisation du programme nutrition du CDMT est le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 36 mois qui devra être ramené de 17% en 2005 à 13% en 2008. Il faut noter que le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale ne fait cependant pas partie des indicateurs retenus pour le Système national d'information sanitaire (SNIS).

Le budget de la nutrition prévu pour 2006 est de 4,180 Mds FCFA (dont 180 M FCFA Etat et 4 Mds Bailleurs), 3,6 Mds pour 2007 et 3,7 Mds pour 2008

Le budget global du secteur santé est prévu de 138 Mds FCFA en 2006, 120 Mds FCFA en 2007 et 124 Mds en 2008. La nutrition occupe donc environ 3 % du budget total consacré à la santé, les postes les plus importants étant l'appui institutionnel au Ministère, la lutte contre le VIH et la prévention médicale.

Le budget du Ministère de la Santé est de 65 Mds FCFA en 2006. La part du budget du Ministère de la Santé (fonctionnement+investissement) dans le budget de l'Etat est estimée, selon le Ministère des Finances, à 8% dette incluse, et 10 % hors dette, en 2006 (ce qui correspond exactement à l'objectif du DSRP) et doit passer, selon le DSRP à 12% en 2010 et 15 % en 2015¹⁰.

Le budget du Ministère est en nette augmentation depuis 2000 (27 Mds FCFA), mais les actions de nutrition y sont peu présentes et sont principalement assurées par le programme ancré à la Primature.

Il existe au Sénégal une Lettre de Politique de Développement de la Nutrition qui a été élaborée en juin 2006 par la Primature suite à la révision de la première lettre de politique de

¹⁰ En fait, le budget annoncé de l'Etat pour 2006 est de 1 241 Mds de FCFA, le calcul donnerait donc 5,24 % et non 8 %. Dans une autre plaquette, le Ministère de la Santé annonce 10 %. La mission n'a pas pu clarifier lequel de ces chiffres était réellement le bon.

développement élaborée en 2000. Cette nouvelle lettre de politique doit répondre aux nouveaux enjeux en matière de nutrition.

Elle se caractérise par un engagement politique accru qui place la nutrition au niveau de la primature soit le plus haut degré de décision politique. La nutrition est désormais inscrite dans le DSRP. Un effort particulier est fait pour développer les actions au niveau communautaire. Les actions qui sont mises en avant sont la prise en charge intégrées des maladies de l'enfant (PCIME), le paquet d'activités intégrées de nutrition (PAIN), l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et le Paquet Intégré pour la Communication (PIC).

La vision de la nutrition pour le Sénégal est conforme aux engagements internationaux et a pour objectif principal la réalisation des OMD à l'horizon 2015. Pour atteindre ces objectifs le Sénégal mise sur l'extension du PRN au niveau nationale en mettant particulièrement l'accent sur les activités de promotion et de suivi de l'enfant jusqu'à deux ans et la promotion des comportements.

Le point important de la lettre de politique de la nutrition est sans doute la mise en avant de l'assise communautaire des interventions et l'appui des partenaires et des ONG au niveau local.

Au niveau de l'affichage politique, l'exécution de la lettre de politique de développement de la nutrition est confiée à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) logée à la primature.

Le Ministère de la Santé n'est qu'un des secteurs concernés, au même titre que les autres ministères (éducation, agriculture...).

4.2.2. Politiques publiques en matière de sécurité alimentaire

Outre une « Lettre de politique agricole » pour le Sénégal en date de 1995, une Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (SNSA) a été élaborée avec l'appui de la FAO en 1999.

En 2001, un autre document de Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire était élaboré avec l'appui du CILSS dans le cadre de la Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire Régionale (SOSAR). Les ancrages institutionnels n'ont semble-t-il pas été les mêmes pour l'élaboration de ces deux documents qui ont, aux dires des acteurs rencontrés, été considérés comme des doublons, et n'ont finalement pas eu de grande portée opérationnelle.

Concernant l'information agricole, notamment en matière de sécurité alimentaire, la Loi d'Orientation Agro Sylvopastorale (LOASP) stipule que « l'information régulière, suffisante et de qualité est d'intérêt public. L'Etat, en concertation avec les acteurs économiques, évalue les systèmes d'information agricole existants et définit un programme pour leur amélioration dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi. »

La loi ayant été promulguée en juin 2004, la recherche de l'amélioration du système d'alerte précoce en matière de sécurité alimentaire est encore d'actualité pour le Gouvernement, mais aucune action ne se retrouve à ce sujet dans la version actuelle (non encore achevée il est vrai) du Programme National de Développement Agricole (PNDA) en cours d'élaboration.

Depuis la promulgation de la LOASP, et parallèlement au PNDA, un document Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) est en cours d'élaboration mais n'est pas encore finalisé. Ceci fait que les indicateurs de suivi du développement agricole ne sont pas encore déterminés.

Parallèlement à l'élaboration du PNDA, la FAO appuie également depuis 2004 un exercice quasiment terminé de révision du document de stratégie nationale de sécurité alimentaire, baptisé Programme National de Sécurité Alimentaire (PNASA), piloté par le Conseil National de Sécurité Alimentaire (CNSA) de la Primature et intégrant une partie importante de

« prévention et gestion des crises alimentaires », dont la mise en place d'un Système d'alerte Précoce.

En effet, dans le DSRP rénové, est apparu un axe « prévention et gestion des risques » qui remplace l'axe « amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables » du DSRP I.

Il apparaît que dans le domaine de la sécurité alimentaire, une multitude de documents de stratégies émanant de différents partenaires ou institutions (SNSA-CILSS, PNASA-FAO, stratégies régionale de la CEDEAO¹¹, stratégie régionale de l'UEMOA¹²) conduit finalement à n'avoir aucune stratégie consensuelle et opérationnelle. Le Gouvernement s'attache actuellement à l'opérationnalisation du seul document considéré comme « internalisé », à savoir la LOASP et son PNDA.

Le budget consacré à l'agriculture en 2006 est de 60 milliards de FCFA, il représente 4,8% du budget national. Il n'est toutefois pas possible de déterminer la part réservée au système d'information.

4.3. Eléments de réflexion : politiques publiques dans un contexte hors des crises majeures

Le Sénégal est dans une problématique assez différente dans autres pays du Sahel dans le sens où les efforts sont plus tendus vers la réalisation des OMD que vers la prévention des crises alimentaires, plus rares et moins graves que dans les autres pays visités. Il possède une assez grande capacité d'action et de mobilisation de fonds en interne et avec l'appui de bailleurs fidèles en cas de crise.

Un grand nombre de données nutritionnelles sont disponibles et le système de collecte du PRN, voué à se généraliser pourra être une source abondante de données récoltées en routine et pouvant servir à l'alerte. Tout système visant à intégrer de nouveaux indicateurs nutritionnels (autres que le poids-âge) ne paraît pas faisable, ni souhaité par les acteurs rencontrés.

Une des améliorations souhaitable serait que les données nutritionnelles collectées dans les structures de santé du Ministère soient automatiquement intégrées dans le Système national d'information sanitaire (SNIS). Le recrutement des enfants suivis au niveau des centres de santé présente un biais en termes de représentation statistique, mais cela serait un bon début d'existence de données pouvant être utilisées dans un système d'alerte. Les difficultés actuelles du SNIS ne permettent cependant pas de penser que cette amélioration soit possible à court terme. Un effort de plaidoyer peut toutefois être développé en ce sens avec la collaboration de l'OMS.

Si le Plan 2007-2011 du PRN phase II, atteint ses objectifs de couverture, les informations recueillies pour le suivi-évaluation du projet pourraient nourrir efficacement tout système de suivi existant. Actuellement, en fin de première phase, la couverture et la répartition des sites d'intervention du PRN (principalement en zone urbaine) ne représentent que 20 % des 0-3 ans du pays et semble donc insuffisantes à nourrir un système d'alerte national. Le budget 2007-2011 (50 millions de dollars) est en cours de négociation (qui semblent être en bonne voie) avec certains bailleurs de fonds, il est pour l'instant difficile de préjuger du niveau de financement de ce projet, et donc de définir précisément les besoins d'appui qui resteraient à couvrir. Le projet ne nécessite pas d'appuis important, tout au plus serait-il possible

¹¹ Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest

¹² Union économique et monétaire ouest-africaine

d'envisager d'affiner techniquement la précision des indicateurs, actuellement relevé avec une imprécision grossière ; des formations dans ce sens seraient certainement bénéfiques. En ce qui concerne les structures de santé, les indicateurs nutritionnels relevés (?) ne sont pas une priorité car ils ne font pas partie des indicateurs d'évaluation des agents. Par contre en ce qui concerne les intervenants dans le cadre du PRN, la qualité des données n'a pas été évaluée par la mission. On peut néanmoins penser que le grand nombre d'acteurs entraîne une hétérogénéité dans le recueil.

La mise en forme de cette information nutritionnelle pour une utilisation partagée est envisageable au niveau du PRN qui en a toutes les compétences et serait prêt à cet exercice pour peu qu'il soit sollicité en ce sens.

5. MAURITANIE : DISPOSITIF MULTI ACTEURS DE REPONSE AUX CRISES CONJONCTURELLES ET EMERGENCE D'UNE POLITIQUE AMBITIEUSE DE NUTRITION PUBLIQUE

5.1. Données disponibles

Certains indicateurs de santé en Mauritanie font apparaître une évolution globalement positive sur les 15 ou 20 dernières années. A titre d'exemple, l'espérance de vie est passée de 48 ans en 1988 à 54 ans en 2000. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est quant à elle passée de 182/1000 en 1995 à 116/1000 en 2000 (EDSM). Cette évolution spectaculaire a conduit à mettre en doute la réalité de certains chiffres (sous-estimation supposée des taux de décès en milieu rural) et une étude complémentaire a été menée en 2002/2003 (Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme, EMIP). Cette dernière a confirmé une tendance baissière sur les 20 dernières années et montré que si certains des chiffres précédents pouvaient être effectivement mis en cause, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situait aux alentours de 123/1000 ; elle a montré en outre que la baisse des taux avait eu lieu principalement avant les années 1990. D'autres indicateurs évoluent positivement, mais dans l'ensemble on manque cruellement de statistiques fiables pour juger de l'importance des évolutions. Par ailleurs, une évolution favorable ne signifie pas pour autant une situation sanitaire satisfaisante : il reste des problèmes sanitaires importants, notamment de couverture vaccinale insuffisante (32% d'enfants correctement vaccinés en 2000), de mortalité maternelle (747/100.000 naissances vivantes en 2000, en progression par rapport à une estimation antérieure de 942/100.000, mais restant à un taux très élevé), de paludisme (première cause de mortalité, estimation de 250.000 cas par an, malgré une disponibilité accrue en moustiquaires imprégnées), de diarrhée (notamment chez les jeunes enfants ; y compris des épidémies de choléra), de MST/SIDA, même si la séroprévalence du VIH reste modérée, tandis qu'on observe une recrudescence de la tuberculose. Enfin, il semblerait que l'on observe également une plus grande fréquence de pathologies cardio-vasculaires, notamment de l'hypertension artérielle, mais peu de données permettent de l'étayer.

Le bilan des enquêtes nutritionnelles montre également une tendance globale d'amélioration, pour ce qui est de la malnutrition chronique tout du moins. Selon les enquêtes disponibles au niveau national, la prévalence du retard de croissance chez les moins de 5 ans aurait en effet subi une baisse impressionnante, passant de 57% en 1990 à 30% en 2005 (cf. tableau ci-dessous). En revanche, la malnutrition aiguë semble stagner autour de 13%, ce qui reste très préoccupant.

Indicateurs de malnutrition dans les enquêtes nationales

Année	Enquête	Retard de croissance	Émaciation	Insuffisance pondérale
1990	PAPCHILD	57 %	?	?
1995	MICS	44 %	?	?
2000	EDSM	35 %	13 %	32 %
2005	AGVSA	30 %	13 %	26 %

Toutefois, les taux nationaux masquent de grandes disparités régionales. Selon les zones et selon les enquêtes, la prévalence de la malnutrition chronique oscille entre 25 et 40%, celle de la malnutrition aiguë entre 10 et 20%. Le milieu rural est, comme attendu, plus touché que le milieu urbain. D'ailleurs, il est probable que l'urbanisation rapide et importante observée en

Mauritanie soit en bonne partie responsable des évolutions positives observées. Une récente enquête à Nouakchott situait même la malnutrition aiguë en deçà de 5% (CARITAS) tandis que l'enquête Analyse Globale de la Vulnérabilité et Sécurité Alimentaire (AGVSA) du PAM, la situe plutôt à 11%.

Parmi les autres indicateurs de nutrition, on retiendra une prévalence forte des troubles dus à la carence en iode (30%) et de l'anémie carencielle chez les enfants (50% pour l'OMS en 1995, 77% selon une enquête UNICEF/MI en 2004) et les femmes en âge de procréer (60% selon l'OMS, 40% selon UNICEF/MI). Cette dernière enquête fournit par ailleurs une estimation de prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de moins de six ans de 15%. L'EDSM souligne aussi, chez les femmes, un niveau non négligeable de déficit énergétique (13% ayant un IMC < 18,5 kg/m²), mais également un surpoids fréquent (38% ayant un IMC > 25 kg/m², dont 16% d'obèses, i.e. IMC > 30 kg/m²).

Au-delà d'une certaine « guerre des chiffres » qui se traduit par des contestations fréquentes des résultats des enquêtes, quelles qu'elles soient, la réduction des taux de malnutrition chronique en Mauritanie semble une réalité, qui est d'ailleurs en cohérence avec la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Mais nul doute que des zones du pays restent particulièrement touchées et que la malnutrition aiguë demeure un problème important au niveau national.

5.2. Constats sur l'information sécurité alimentaire et nutritionnelle et les réponses apportées

5.2.1. Une juxtaposition de systèmes d'information sectoriels

Diverses sources d'informations contradictoires qualifient la situation alimentaire et nutritionnelle de la Mauritanie ce qui discrédite à la fois le pays et la coordination de tous les partenaires qui contribuent à l'information sécurité alimentaire. Sur la base du recensement des diverses sources d'information, le corpus de données nécessaires à un diagnostic acceptable sur la sécurité alimentaire semblerait être collecté au stade primaire. Le nécessaire regroupement en analyse transversale à partir de ces données primaires sectorielles est généralement absent du contexte mauritanien sauf pour l'Observatoire sur la Sécurité Alimentaire (OSA) qui utilise différentes sources d'informations regroupées au sein même du Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA), qui par là même, joue une fonction de centrale d'information.

La disparition du Groupe de Travail Disciplinaire (GTP), instaurée dans tous les pays du CILSS, avait le mérite de regrouper les représentants des services techniques des différents ministères rattachés à la sécurité alimentaire (Santé, Agriculture, Elevage, ...) pendant la campagne et de partager les informations en vue d'établir des diagnostics par région. Les actuels GTS (Groupe de Travail Sectoriel) ne sont pas opérationnels et aucun partage de diagnostic inter institutionnel n'est clairement opéré.

L'OSA joue le rôle d'une centrale d'information sur la sécurité alimentaire qui concentre en interne, tous les besoins d'information dont elle a besoin à savoir : prix sur les marchés, état nutritionnel des populations, diagnostics communaux, cartographie et détermination des seuils de risques, Cet excès de « *process* » interne limite la qualité du dispositif pour plusieurs raisons :

- les données des autres systèmes d'information ne sont pas prises en compte ou sont analysées sans pour autant valoriser les données primaires sur lesquelles elles reposent;
- les résultats sont donnés en valeur de référence absolue sans marge d'erreur possible ;

- le résultat final (carte des zones) peut être éventuellement validé par les partenaires extérieurs (coopération, ONG,...) lors de réunions ponctuelles sans que pour autant les résultats ne soient réellement cautionnés.

L'absence de diagnostic réellement partagé justifie et pérennise la juxtaposition de sources diversifiées d'informations autour des mêmes thèmes et appelle aux constats suivants :

- Les diagnostics de situation sont parfois contradictoires en matière d'intensité des risques : la carte OSA de mars 2006 sur les communes à risque n'a pas eu l'assentiment de tous les opérateurs de terrain au cours de la présente mission. Les résultats de l'enquête Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA) du PAM, avant même d'avoir été publiés, sont déjà sujets à caution (sur la méthodologie, sur des données redressées en décembre 2005, sur la représentativité et la précision des variables au niveau local,...).
- Les différents acteurs ne recherchent pas véritablement à confronter leurs données avec les informations fournies par d'autres dispositifs. Si c'est le cas, les échanges se font lors de réunions ponctuelles qui orientent les débats sur les résultats finaux du moment (par exemple : en pourcentage d'une valeur par zone sur l'année en cours) au lieu de porter les réflexions sur les points de convergence (ou détermination des *proxy* entre bases de données) aux fins d'analyse transversale. Dans des pays où les systèmes statistiques sont peu développés et les chaînes d'information pas toujours fiables, les recueils réguliers sur plusieurs années peuvent fournir des informations très appréciables même si leur collecte est sujette à caution; les analyses des séries historiques sont beaucoup plus instructives que les données brutes du moment.

Le constat sur le manque de rapprochement entre structures est à tempérer avec des opérations de confrontation des méthodologies en cours tel que le rapprochement du PAM avec l'OSA (mise à disposition de l'OSA d'un volontaire des Nations Unies qualifié en enquêtes-ménages). Des cadres de discussions existent telles les réunions du groupe Urgence du PAM plutôt fonctionnelles en période de crise, les réunions préparatoires pour la PNDN qui ont rassemblé différents interlocuteurs à une même table (dont celles du Conseil National de Développement de la Nutrition –CNDN- placé sous la tutelle directe du Premier Ministre) et le sous-groupe des partenaires techniques et financiers rassemblé au sein de la Délégation de la Commission Européenne. Il n'en est pas moins sûr que ces réunions soient plutôt tournées autour des actions à prendre que sur le croisement des méthodologies.

- La diversité de méthodologies et critères employés ne facilite pas la prise de décision, tant pour l'État que pour les partenaires : les débats autour des approches (approche zonale *versus* approche ménages) ne clarifient pas le degré de précision ou d'exactitude des résultats publiés ; parmi les documents consultés lors de la mission, aucune information n'a été apportée sur la précision des résultats chiffrés. Ce degré de précision est pourtant un élément-clef et il est lié à de multiples causes telles que la faiblesse du système de collecte des données, de possibles biais de tous genres ; sur un plan statistique, il se détermine sous forme d'écart-types, seuils et intervalles de confiance, tests de cohérence divers, etc.¹³. A titre d'exemple, un bilan de production céréalière est donné sans aucune valeur estimative (au moins un intervalle de confiance) ; les enquêtes nutritionnelles du PAM ne montrent pas les distributions de scores d'écart-type par région, permettant de

¹³ Cette remarque ne concerne pas l'enquête CARITAS à Nouakchott.

mieux comprendre le phénomène de la malnutrition et de juger de la qualité de l'échantillon¹⁴ (les résultats sont présentés en général en pourcentage par classe).

5.2.2. Une absence d'approche normative dans les réponses aux crises

Le recueil régulier d'indicateurs consensuels de vulnérabilité alimentaire et de sévérité des situations de nutrition peut permettre une analyse des fluctuations annuelles ou saisonnières et, par là, aider à établir des seuils différenciés pour le déclenchement d'interventions appropriées. Cette démarche normative n'est pas appliquée en Mauritanie, où l'aide alimentaire demeure une intervention habituelle, ne tenant pas compte des particularités des crises, de leurs causes, ni de leur répartition au sein de la population.

5.2.3. Un continuum non assuré entre réponses d'urgence, actions de réhabilitation et programmes de développement

Dans un pays dont la production agricole est aléatoire, les ménages sont affectés de façon différenciée par les chocs ou crises récurrentes. La construction d'une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable nécessite des mesures de protection des moyens de production, en période de réhabilitation, et de développement du capital productif lors des années plus favorables. En Mauritanie, une certaine opposition entre programmes et acteurs d'urgence et de développement ne laisse pas de place pour des actions intermédiaires de sécurisation et de réhabilitation de l'outil de production.

De plus, la Charte de l'aide alimentaire signée à Bissau en 1990 par tous les états-membres du CILSS dont la Mauritanie, justifie l'aide alimentaire comme la réponse ultime à une situation de pénurie majeure de céréales dans une région donnée pouvant affecter toutes les couches de la population (adultes et enfants). Des actions palliatives appelées réponses non alimentaires, doivent être préalablement déployées.

5.2.4. Une prise en charge insuffisante des problèmes nutritionnels par le système de santé...

Les structures de santé, d'une façon générale et sur la plupart du territoire, ne disposent pas de moyens humains et matériels suffisants pour assurer les missions de prévention de la malnutrition et de traitement des cas aigus. Plus grave, peut-être, il a été rapporté à la mission, et par plusieurs acteurs, que la plupart des agents de santé n'ont aucun intérêt pour les questions de nutrition en dehors, parfois, des cas cliniques. Il a été évoqué, *a contrario*, que du personnel de santé formé en nutrition était disponible à tous les niveaux ou presque, mais sous-utilisé par les différents projets. Toutefois, force est de constater que la plupart des CREN fonctionnels se trouvent à Nouakchott et sont fortement soutenus par des ONG. En dehors de la capitale, les cas de malnutrition sévère dépistés au niveau des Centres d'Alimentation Communautaires (CAC) ou des Centres de Nutrition Communautaires (CNC) ne peuvent le plus souvent pas être référés dans des structures adéquates, qui n'existent tout simplement pas au sein du système de santé.

Les agents de santé ne sont par ailleurs pas ou peu impliqués dans des actions d'éducation et de surveillance nutritionnelle, alors que chaque année des milliers d'enfants sont en contact avec les CAC ou les CNC. D'une façon générale, une approche conjoncturelle de la nutrition domine, vue sous l'angle de la prise en charge, avec un manque de vision à long terme, un faible intérêt pour les actions préventives et une trop faible implication des bénéficiaires, notamment des communautés de base.

¹⁴ Le rapport final AGVSA n'a pas été publié et cette remarque peut être erronée; cependant, le PAM dans les autres pays où il publie le même genre d'enquêtes, ne mentionne jamais les distributions de score d'écart-type (z-scores).

Le très faible niveau des ressources humaines spécialisées en nutrition au niveau national fait partie des points cruciaux. Au niveau central, le service de nutrition du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) ne comporte qu'une seule personne et manque cruellement des moyens nécessaires tant pour la coordination que pour la supervision. Cette pénurie se répercute sur les niveaux intermédiaires où les structures ou personnels de nutrition sont inexistants. Il y a, de plus, un manque de concertation évident qui fait que les services de nutrition de l'État ne sont souvent pas même informés de l'ouverture des CREN (sans parler des CAC), ni des procédures qui y sont appliquées. Ils se retrouvent totalement dépendants, en termes de simple information et sans même parler d'implication dans les activités, de la bonne volonté des ONG ou autres acteurs, lesquels, en outre, n'agissent généralement pas non plus en synergie.

Pourtant, la lutte contre les problèmes nutritionnels fait clairement partie du mandat des services de santé qui, en outre, couvrent de façon assez satisfaisante l'ensemble du territoire (près de 80% de la population réside à moins de 10 km d'un poste de santé).

5.2.5. ... malgré un engagement politique et financier pour la nutrition

La Mauritanie s'est dotée récemment d'une Politique Nationale de Développement de la Nutrition (PNDN). La volonté de prise en compte de l'aspect multifactoriel des problèmes de nutrition se traduit par une déclinaison en quatre plans d'action sectoriels coordonnés au niveau du Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED) et exécutés par les services techniques des ministères (MDRE¹⁵, MSAS, SECF¹⁶, MEN¹⁷) ainsi que 5 axes transversaux. Le défi de cette politique ambitieuse réside dans la collaboration de tous les acteurs et dans la coordination pour sa mise en œuvre, ainsi que dans l'obtention des financements nécessaires. Le manque de concertation est en effet un point qui a été souligné de façon récurrente par la grande majorité des personnes rencontrées. Il y a là un certain paradoxe puisque d'une part des cadres de concertation institutionnels existent à plusieurs niveaux, d'autre part la plupart des acteurs déplorent cette absence de concertation, disent en souffrir et se déclarent prêts à travailler en synergie avec l'ensemble des partenaires. La question peut donc légitimement être posée de savoir si la PNDN, en imposant une structure centrale de coordination au niveau du MAED, parviendra à résoudre, ou du moins améliorer, ce problème de concertation limitée. Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs ont souligné qu'il y avait urgence à ce que soit définie également une politique nationale de sécurité alimentaire (le MDRE y travaille activement) car cette dernière doit impérativement être articulée avec la PNDN.

5.3. Eléments de réflexion : positionnement institutionnel des services de santé

Pour la Mauritanie, les axes de réflexions principaux sont les suivants:

5.3.1. Nécessité de repositionner les services de santé au sein du processus de recueil de l'information primaire en nutrition.

Bon nombre d'acteurs rencontrés, partant du constat de chiffres de malnutrition souvent divergents, incomplets, insuffisamment désagrégés par rapport aux aspects opérationnels, avec parfois des indicateurs non standardisés, ont exprimé le souhait que soit réalisée une vaste enquête nationale sur le statut nutritionnel des populations, de façon concertée pour

¹⁵ MDRE : Ministère du Développement Rural et de l'Environnement

¹⁶ SECF : Secrétariat d'État à la Condition Féminine

¹⁷ MEN : Ministère de l'Éducation Nationale

certain, par un opérateur indépendant pour d'autres. Ceci est inscrit dans la PNDN et l'objectif est avant tout d'obtenir une « ligne de base » permettant d'évaluer de façon plus juste la sévérité des évolutions et l'impact des interventions. Si l'on souscrit au fait que l'information est à l'heure actuelle assez parcellaire et qu'une ligne de base serait utile pour la mise en place des activités de surveillance, il ne nous semble pas qu'une telle enquête soit une priorité (ce qui ne veut pas dire qu'elle ne serait pas bienvenue malgré tout). Il semble en revanche plus opérationnel de poser les bases d'un recueil en routine d'information sur l'état nutritionnel des populations dans le cadre d'un système de surveillance, bien que celui-ci soit nécessairement imparfait par nature.

Afin d'obtenir le recueil de l'information primaire en nutrition, il est donc recommandé de replacer le système de santé du MSAS au cœur du dispositif. Plusieurs arguments militent en ce sens : (i) il s'agit de la seule structure de l'état disposant d'un réseau de structures déconcentrées au maillage suffisamment fin pour assurer une couverture désagrégée du territoire ; (ii) les aspects de nutrition et le recueil d'informations afin de renseigner des indicateurs de base fait partie intégrante du mandat du système de santé ; (iii) les services de santé sont parmi les utilisateurs potentiels (et devraient être les utilisateurs premiers) de l'information nutritionnelle, aux fins de planification ou d'intervention directe ; (iv) il existe déjà un système de recueil d'information, qui pourrait être amélioré sans qu'il soit nécessaire de créer une nouvelle architecture ; (v) en qualité d'utilisateur de l'information nutritionnelle et d'intervenant direct, le personnel de santé doit être à même de traiter et analyser succinctement l'information à chaque niveau, tout en la transmettant à l'échelon supérieur, et ce aux fins de pouvoir réagir immédiatement au niveau décentralisé.

Toutefois, au vu du fonctionnement actuel du système de santé en matière de nutrition, il est clair qu'un travail important reste à accomplir, nécessitant un engagement fort du MSAS et de ses partenaires. Plusieurs étapes apparaissent nécessaires : (i) développer les capacités humaines et matérielles en matière de nutrition au niveau central et intermédiaire ; développer notamment les outils de formation et de supervision ; (ii) assurer une formation minimale et un équipement de base au niveau des structures de santé périphérique, à la fois pour le recueil de l'information nutritionnelle et pour la prise en charge des malnutritions aiguës, mais aussi celle des malnutritions chroniques, y compris toutes les activités préventives ; (iii) obtenir la collaboration des différents acteurs au niveau communautaire et entamer un dialogue entre structures de santé et populations ; (iv) impliquer tous les niveaux des structures de santé dans la transmission et l'analyse de l'information nutritionnelle ; obtenir, autant que nécessaire, la collaborations de structures spécialisées telles que l'Office National de la Statistique (ONS) pour le traitement de l'information.

Par ailleurs, il faut éviter que l'information nutritionnelle ne soit considérée comme la propriété d'une structure, quelle qu'elle soit ; le problème principal ne se situe pas tant au niveau des indicateurs à choisir, ni même au niveau de leur recueil, mais surtout au niveau de l'implication des différentes structures. Une possibilité serait d'envisager de rassembler au niveau des centres de santé des informations en provenance des CAC, CREN, CNC, en plus des activités propres de ces centres en matière de suivi de la croissance ou de traitement des malnutritions. Cette information, traitée à minima et partagée au niveau local, pourrait ensuite être transmise, par exemple, via une fiche spécifique annexée, une fois par mois, au relevé des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO). Au niveau central, l'information pourrait être reversée au niveau du CSA (OSA) pour intégration et croisement avec des données du SAP.

5.3.2. Parvenir à un partage, par l'ensemble des acteurs, d'un schéma conceptuel et des diagnostics en matière de situation alimentaire et nutritionnelle.

La nécessaire collaboration des différents secteurs impliqués dans la surveillance et l'alerte passe par une compréhension commune des mécanismes aboutissant à la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations. Au cours de la mission, deux constats se sont imposés : d'une part, des visions très sectorielles et mono-disciplinaires des phénomènes de malnutrition, qui sont pourtant par essence multifactoriels, tel que cela est d'ailleurs clairement acté au niveau de la PNDN ; d'autre part, en corollaire et comme déjà évoqué, une vision généralement conjoncturelle et à court terme des problèmes de nutrition et des réponses à apporter, alors que les processus aboutissant à la malnutrition trouvent leurs racines dans l'ensemble des conditions de vie des ménages et dans le tissu socio-économique et culturel du pays. Mais il apparaît donc que cette vision globale développée au sein de la PNDN n'est pas partagée par la plupart des acteurs, loin de là. On en veut pour preuve, par exemple, le fait que, lors de la réunion de restitution de la mission, les intervenants du MSAS ont évoqué avant tout la malnutrition « maladie », sous ses formes cliniques les plus visibles (marasme et kwashiorkor), tandis que les intervenants du MRDE ou du CSA faisaient implicitement référence à la sécurité alimentaire des ménages comme facteur essentiel, sinon exclusif, de l'état nutritionnel des populations. Si, au niveau central des structures de l'état, les différents intervenants ne partagent pas un même schéma conceptuel des causes de malnutrition, tel que celui qui fait consensus au niveau international depuis la conférence de Rome (1992), il y a peu de chances qu'aux niveaux inférieurs et décentralisés une vision commune soit obtenue. Or, en Mauritanie, en dehors des quelques nutritionnistes de santé publique rencontrés au cours de la mission (Service de Nutrition du MSAS, coordination du projet Nutricom) ou de divers responsables d'ONG et PTF, cette vision globale de la malnutrition n'est guère partagée.

Il apparaît donc nécessaire de trouver les moyens appropriés pour que, par des actions d'information et sensibilisation, l'ensemble des acteurs partagent une vision commune et globale des phénomènes de malnutrition, telle qu'évoquée au sein même de la PNDN et justifiant d'ailleurs en grande partie l'articulation de celle-ci. Cette vision commune devrait permettre ensuite qu'aux niveaux des différents cadres et procédures de concertation les intervenants partagent un consensus sur la situation nutritionnelle, son évolution, les causes principales qui y président et les réponses à apporter.

5.3.3. Orienter les systèmes d'information vers la prise de décision

Un plan de réponses graduées et différenciées, en fonction des types de situations et de leur gravité, pourrait être préparé et validé en groupe inter institutionnel par les décideurs et les partenaires. Les systèmes d'information de tous types concernant la situation alimentaire et nutritionnelle pourraient prendre en compte ce plan de réponses de façon à fournir les indicateurs retenus pour le déclenchement des actions d'urgence, d'atténuation ou de réhabilitation.

Enfin, pour permettre leur appropriation par les différents services de l'État et les communautés, la mise en œuvre de ces recommandations doit impérativement prendre en considération deux processus en cours en Mauritanie : la Politique Nationale de Développement de la Nutrition et la Politique de Décentralisation.

6. GAMBIE : ENGAGEMENT PRONONCE EN MATIERE DE SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE

6.1. Données disponibles

La population gambienne est caractérisée par une croissance démographique élevée (2,8% par an) ce qui place le pays en 11^{ième} position dans le monde avec une espérance de vie à la naissance de 51 ans. La structure démographique est caractéristique des pays en développement : 25% de la population à moins de cinq ans. La mortalité infantile est tombée, entre 1980 et 2003, de 225/1000 à 125/1000. La croissance nette de la population est en premier lieu due à un indice synthétique de fécondité de 4,9 enfants par femme mais aussi à de meilleures performances des services de santé et à une urbanisation récente (taux d'urbanisation estimé à 30%) qui assure la proximité et la qualité des soins.

La Gambie est parmi les plus pauvres du monde puisque son rang au sein de l'Index de Développement Humain (IDH) du PNUD le place en 151^{ème} place (juste avant le groupe des Pays les Moins Avancés, PMA). L'agriculture représente 27% du Revenu National Brut (RNB) suivi par le tourisme qui contribue à hauteur de 12% du RNB. Le revenu per capita est de 356 USD par an (chiffres 2003) La croissance nette moyenne depuis 1988 a été de 5%, ce qui est la norme au sein de l'espace CEDEAO. Par contre, l'inflation en Gambie reste importante (13% pour 2004) et la monnaie nationale fluctue dans sa parité avec la zone euro et zone dollar ce qui constitue pour les échanges commerciaux des contraintes multiples.

Soixante neuf pourcent (69%) de la population gambienne vit dans un état de pauvreté globale, chiffre qui s'est accru au cours des dernières années (63% en 1992) ce qui place la Gambie au même niveau que les autres pays sahéliens du CILSS en terme d'intensité mais, paradoxalement, semble plus prononcé en terme de tendance. La pauvreté alimentaire est passée de 33 à 37% illustrant la mauvaise distribution des gains de la croissance du pays au cours de la même période.

La proportion des personnes vivant en dessous de la ration énergétique minimale admise en Gambie est passée de 15% en 1993 à 21% en 2003, illustrant les difficultés d'accès à l'alimentation. La consommation énergétique moyenne journalière *per capita* est passée de 1 570 calories en 1980 à 2 272 calories en 2002 ; les apports énergétiques journaliers proviennent principalement du riz (50% des apports énergétiques), maïs, sorgho, sucre, huile et lait¹⁸. La consommation journalière d'huile et de sucre en Gambie équivaut à celle consommée dans les pays développés¹⁹.

En données constantes (indice 1980), les revenus monétaires des ménages n'ont pas bougé en Gambie depuis 25 ans ce qui ne donne pas à l'économie nationale le souffle nécessaire à une croissance plus soutenue (relance de l'économie par la dépense des ménages).

Toutes ces données portent à croire que la pauvreté globale des ménages est structurellement ancrée dans l'économie nationale malgré une croissance de 5% par an qui ne suffit pas à améliorer les conditions de vie à long terme.

¹⁸ Source : *Country profile 2002, The Gambia*, FAO

¹⁹ FAO, op.cit

6.2. Gestion de l'information nutritionnelle

6.2.1. Architecture générale

Le système de santé gambien est organisé sur un mode pyramidal classique, selon la stratégie des soins de santé primaire, avec l'hôpital de référence au sommet, des centres de santé au niveau intermédiaire, puis des postes de santé primaire au niveau périphérique. Cette organisation n'est toutefois pas totalement calquée sur les divisions administratives (il y a 6 régions sanitaires, pour 5 régions administratives, 69 « cercles de santé » au niveau secondaire et environ 500 postes de santé périphériques). Au niveau secondaire, on trouve des infirmier/ères de santé communautaire qui ont chacun(e) en charge la supervision des activités de santé primaire dans 5 à 6 villages.

Depuis le début des années 80, la nutrition et la santé communautaire sont au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé (*Department of State for Health, DoSH*). Cette préoccupation constante, soutenue notamment par la Banque Mondiale et l'UNICEF, a conduit le pays à se doter en 1999 d'une Politique Nationale de Nutrition (200-2004). A travers le PHPNP (Projet de Santé Communautaire et de Nutrition, *Participatory Health Population and Nutrition Project* – financé par la Banque Mondiale), de nombreux secteurs ont été impliqués dans la définition de cette politique (santé, agricultures, ressources en eau, condition féminine, finances, population, éducation, ONG et secteur privé...). Pour assurer la mise en œuvre de cette politique et sa durabilité, un Conseil National de la Nutrition (*National Nutrition Council, NNC*) et une Agence Nationale de la Nutrition (*National Nutrition Agency, NaNA*) ont été créés et placés sous l'autorité directe du Vice-Président de la République. Leur fonctionnement est assuré par des crédits votés par l'assemblée nationale.

Un axe majeur d'intervention est représenté par la « *Baby Friendly Community Initiative* » (BFCI) qui repose sur un engagement mutuel des communautés et du gouvernement envers l'amélioration de la santé et de la nutrition des jeunes enfants. Parmi les clés du succès de cette initiative on note la création, en préalable au démarrage des activités, d'un comité villageois composé à parité d'hommes et de femmes. La BFCI est ensuite utilisée comme point d'entrée de nombreuses activités : soins de santé primaire, éducation nutritionnelle, supplémentation en micronutriments, santé maternelle, vaccinations, suivi de la croissance, dépistage VIH/Sida, etc.

Pour illustrer les performances globales du système sanitaire, le tableau ci-dessous présente un certain nombre d'indicateurs de santé et démographie pour la Gambie, en donnant comme éléments de comparaison les chiffres du pays voisin (Sénégal, même si l'on sait que la densité de population et le taux d'urbanisation des deux pays sont assez différents) et le niveau des mêmes indicateurs pour l'ensemble de l'Afrique²⁰.

²⁰ Les chiffres fournis ici sont issus de l'annuaire mondial 2006 des statistiques de santé de l'OMS. Il ne s'agit pas nécessairement des derniers chiffres disponibles pour la Gambie, mais leur intérêt est d'être issus de sources et d'années comparables pour l'ensemble des pays.

Indicateurs	Unités	Gambie	Sénégal	Afrique
Espérance de vie à la naissance	Années			
Hommes		55	54	47
Femmes		59	57	49
Mortalité infantile	p. 1000 naiss. vivantes	89	78	100
Mortalité 0-5 ans	p. 1000 naiss. vivantes	122	137	167
Mortalité maternelle	p. 100.000 naiss. viv.	540	690	910
Taux global de fertilité	Enfants / femme	4.6	4.9	5.3
Prévalence HIV	% (adultes 15-49 ans)	1.2	0.8	7.1
Incidence annuelle tuberculose	Nvx cas / 100.000 pop.	233	245	356
Couverture vaccinale	% (enfants 12-23 mois)			
Rougeole		90	57	66
DTP3		92	87	66
Consultations prénatales	% (au moins 1 visite)	92	82	-
Accouchements assistés	%	55	58	-
Supplémentation Vit A	% (enfants 6-59 mois)	93	83	-
Enfants <5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée	%	15	2	-
État nutritionnel 0-5 ans	% (< -2 Z-scores / Ref. NCHS)			
Retard de croissance		19.2	25.4	34.5
Émaciation		8.0	8.4	9.5
Insuffisance pondérale		17.2	22.7	24.5
Faible poids de naissance	% (< 2500 g)	17	18	14
Accès à l'eau potable	% population générale			
Urbain		95	90	84
Rural		77	54	45
Dépenses totales de santé	% du PIB	8.1	5.1	-
PIB / Habitant	USD – PPP int.	1900	1720	2074

Source = World Health Statistics 2006 (WHO, 2006)

On note, globalement, le niveau satisfaisant de la plupart des indicateurs d'activités préventives en matière de santé et nutrition : couverture vaccinale, distribution de vitamine A, consultations prénatales, etc. La mortalité maternelle relativement faible traduit probablement les efforts particuliers faits en matière de santé maternelle. On observe aussi que la prévalence de la malnutrition est, d'après les seuils de l'OMS, qualifiée de « faible » pour le retard de croissance (inférieur au seuil de 20%) et de « modérée » pour l'insuffisance pondérale (inférieur au seuil de 20%) et pour l'émaciation (inférieur au seuil de 10%). Par ailleurs, le niveau assez élevé des dépenses de santé, dont 40% sont d'origine gouvernementale, traduit l'effort de la nation dans ce domaine (le secteur santé représente 14% des dépenses du gouvernement). Pour autant, il est clair que des progrès sont encore à accomplir pour atteindre les OMD.

6.2.2. Service National des Statistiques de Santé

Le Service National des Statistiques de Santé (*Epidemiology and Diseases Control Unit*) est placé directement sous l'autorité du Ministère de la Santé mais est connecté également au Ministère du Plan. Sa fonction est principalement d'assurer la surveillance continue des maladies à potentiel épidémique ainsi que la collecte et la diffusion de statistiques sanitaires de routine. L'information de base est collectée mensuellement au niveau des centres de santé, à partir des registres de consultations et d'activités, via une fiche standard. En théorie, dans chaque centre de santé un mini-staff de 2 ou 3 personnes examine et discute les résultats du mois avant leur transmission à l'échelon supérieur, puis éventuellement décide d'actions à

renforcer ou entreprendre en fonction de sa propre analyse. Les fiches mensuelles sont transmises par toute « occasion » au niveau de chaque région sanitaire (une équipe dans chacune des 6 régions sanitaires du pays) où l'information est saisie sur support informatique et les tendances analysées, et éventuellement des actions déclenchées, avant transmission des données, par fax ou email, au niveau central. Tous les deux mois, un rapport est rédigé et une réunion organisée pour partager les résultats avec les autres départements intéressés (ainsi que l'OMS et divers partenaires).

L'information recueillie concerne 22 maladies transmissibles, classées en 3 catégories : maladies à potentiel épidémique, maladies endémiques et, à la demande de l'OMS, maladies ciblées dans le cadre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). En outre, la fiche mensuelle comporte des informations sur les activités vaccinales et la supplémentation en vitamine A. On note que les structures de santé privées ou gérées par des ONG sont sollicitées pour faire parvenir également leurs fiches d'activités au niveau central, mais il ne leur ait fait obligation de déclaration que des cas épidémiques. Le fonctionnement de base l'unité est assuré par le budget de l'État. Toutefois, le soutien du PNUD, de l'UNICEF et de l'OMS est nécessaire pour réaliser des activités de formation continue et de supervision. Il est envisagé d'intégrer dans le système la surveillance des principales maladies non transmissibles.

D'une façon générale, il n'a pas été possible d'évaluer correctement le niveau de performance du système. Au cours de la visite de terrain et de la rencontre avec une équipe locale, nous avons pu constater que les données étaient effectivement rassemblées et saisies au niveau régional. Néanmoins, de l'aveu même des acteurs, le manque de ressources humaines fait que le travail prend parfois du retard et que l'analyse au niveau local ou régional reste succincte.

6.2.3. Programme de Surveillance Nutritionnelle mis en œuvre par l'état

Le Programme de Surveillance Nutritionnelle (*National Nutrition Surveillance Programme*, NNSP), unique en Afrique de l'Ouest, concerne tous les enfants de moins de 5 ans des villages impliqués dans les programmes de santé primaire et comporte 2 passages annuels : l'un en saison sèche (février-mars) et l'autre en saison humide (août-septembre). Il a été mis en place depuis 1985 et fonctionne de façon continue depuis cette date. Il est supervisé et mis en œuvre par l'agence nationale de nutrition, NaNA, depuis la création de celle-ci. Actuellement, la surveillance porte sur environ 500 communautés rurales répondant aux critères d'éligibilité du programme de santé primaire (taille minimale de 400 habitants, constitution d'un comité villageois de santé communautaire composé de 8 hommes et 8 femmes, etc.), ce qui représente un échantillon de 57.000 enfants de moins de 5 ans (en 2005), soit près d'un enfant sur 6 de l'ensemble de la population gambienne.

Deux fois par an, après diffusion du calendrier dans les villages, toutes les mères d'enfants de moins de 5 ans sont convoquées pour une séance de pesées. Celle-ci est réalisée par l'infirmier(e) de santé communautaire du niveau secondaire, déjà chargé(e) de la mise en œuvre et de la supervision des activités de santé et nutrition au niveau des villages (il s'agit donc d'une personne connue par les populations). La surveillance est basée sur l'identification des cas de malnutrition aiguë modérée ou sévère à l'aide du diagramme de maigreur (*Nabarro Chart* – voir schéma page suivante). Après pesée de l'enfant, le diagramme permet de classer chaque enfant selon son indice poids-pour-taille dans une des 4 catégories suivantes : indice > 90% / entre 80 et 90% / entre 70 et 80% / < 70% de la médiane (identifiées respectivement par les couleurs suivantes : vert, jaune, rouge, rouge foncé). Une fiche récapitulative permet d'enregistrer le résultat pour tous les enfants (nom et sexe de l'enfant, nom de la mère, localisation dans le village, couleur lue sur le diagramme).

Les résultats de la surveillance sont ensuite directement utilisés au niveau du village : au moment de la séance de pesée, les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (rouge foncé) sont référés au niveau du centre de santé secondaire, tandis qu'une causerie éducative est organisée pour les mères des enfants souffrant de malnutrition modérée (rouge) ou légère (jaune). De plus, tous les enfants souffrant de malnutrition sont signalés au comité villageois de développement (*Village Development Committee*), qui aura pour charge, en lien avec l'infirmier de santé communautaire, de poursuivre des activités d'éducation (y compris démonstrations culinaires) et de surveillance au niveau du ménage concerné. Il est important de souligner ici que la limite de 90% de la médiane utilisée pour le diagnostic de la malnutrition « légère » (couleur jaune) est un équivalent, approximatif, du seuil de -1 déviation standard de la courbe de référence. Or le seuil international utilisé pour le diagnostic de « malnutrition » est de -2 déviations standard, soit un équivalent approximatif de 80% de la médiane (couleur rouge). Il faut donc veiller à ne pas faire de confusion dans les comparaisons des données. Par ailleurs, le fait que, dans le processus de surveillance, même les enfants en situation de malnutrition dite « légère » soient concernés par les activités éducatives, traduit la volonté de s'attaquer à la malnutrition de façon très précoce²¹.

Les résultats récapitulés au niveau de chaque village sont transmis et agrégés au niveau de la région sanitaire (*Divisional Health Team*), qui peut ainsi établir les courbes de surveillance par cercles (au nombre de 69 dans le pays), puis pour l'ensemble de la région, et réagir en cas de fluctuation importante. Enfin, les résultats sont traités au niveau national et un rapport bi-annuel est établi, rendant compte des résultats chiffrés par région et par cercle. Dans ce rapport, soulignons que les taux de malnutrition sont donnés à la fois pour la valeur seuil « nationale » de 90% de la médiane et, à fins de comparaisons, pour la valeur seuil « internationale » de 80% de la médiane (approximativement). Au niveau des régions sanitaires comme au niveau national, ces données de surveillance sont diffusées à tous les utilisateurs potentiels, à des fins de planification et d'évaluation d'interventions nutritionnelles.



Health Worker and Mother Measuring Child on Nabarro Thinness Chart.
Source: London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, U.K.

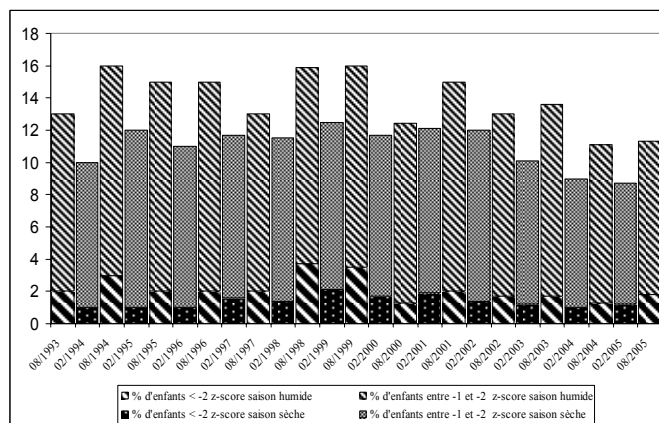
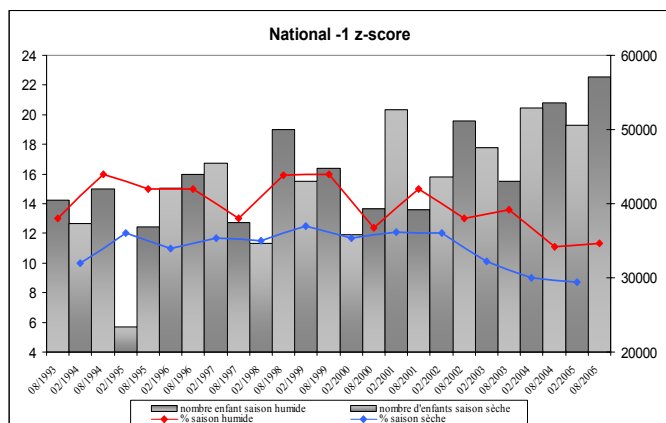
Au cours de la mission, une visite de terrain a pu être effectuée pour observer une séance de ce programme de surveillance. On a ainsi pu constater l'importance de l'affluence et l'engagement personnel des agents de santé comme des superviseurs. Le poids des enfants est mesuré à l'aide d'une balance de type Salter. Le diagramme de maigreur est accroché à un mur. L'enfant, après pesée, est placé debout contre le diagramme, au niveau de la bande verticale correspondant le mieux à son poids (graduation des bandes de 0.5 en 0.5 kg). La détermination de la couleur correspondant à l'état de maigreur est effectuée « à la main ».

Tous les enfants possèdent des cartes de suivi sanitaire, le plus souvent très correctement remplies (suivi de croissance, suivi vaccinal, etc.). Une capsule de vitamine A est administrée systématiquement à chaque enfant. Les mères dont les enfants ont un état nutritionnel satisfaisant sont libérées, tandis que les autres attendent la fin de la séance pour être entretenues par le personnel de santé.

Nous avons exploité le dernier rapport du NNSP (NS40 : August/September 2005), qui nous a été remis au cours de la mission, pour créer les figures et courbes présentées page suivante,

²¹ Rappelons en effet que, dans la population de référence réputée « bien nourrie », environ 16% des enfants sont « naturellement » situés en dessous de ce seuil de 90% de la médiane.

illustrant les tendances saisonnières et temporelles pour chaque région et au niveau national sur les 12 dernières années²². Plusieurs remarques peuvent être faites à la lecture des diagrammes ci-dessous :



Légende :

- diagrammes en bâtons = effectifs d'enfants 0-59 mois ayant participé à la surveillance
- courbes rouges = saison pluvieuse
- courbes bleues = saison sèche
- zone hachurée claire = % de malnutrition selon le seuil national
- zone hachurée foncée = % de malnutrition selon le seuil international.

- Sur ces 12 dernières années, la tendance globale de malnutrition (courbes rouges et bleues) est à une légère baisse ;
- Toutefois, il y a des fluctuations, parfois importantes, rendant l'analyse de tendance un peu difficile, au moins visuellement (par modélisation il serait a priori possible de préciser cette tendance) ;
- Les fluctuations dans la prévalence de malnutrition sont dans l'ensemble plus importantes pour la saison pluvieuse que pour la saison sèche, ce qui est compréhensible ;
- Selon les régions, les fluctuations entre saisons sèches et pluvieuses sont parfois relativement cohérentes mais parfois discordantes ; il serait intéressant de savoir si ces phénomènes ont été relevés, en leur temps, et si une explication en a été avancée ou non ;
- On observe également des fluctuations, parfois très importantes, dans les effectifs d'enfants ayant été concernés par la surveillance ; des explications existent vraisemblablement (nombre de villages surveillés ayant été augmenté ou diminué, pour une raison ou une autre, circuit incomplet, etc.) mais on peut se demander si ces fluctuations d'effectifs n'entraînent pas à leur tour des fluctuations dans les tendances (les sujets « manquants » ou « en surplus » lors d'un passage ne le sont probablement pas du fait du seul hasard) ;
- Dans certains cas on a observé des erreurs manifestes²³ sans que l'on puisse savoir s'il s'agit d'une erreur au moment de la rédaction du rapport ou lors de l'observation ; ces erreurs peuvent évidemment jouer dans les fluctuations observées ;

²² Il n'a pas été possible d'exploiter les résultats des années précédentes car la subdivision en régions administratives n'était apparemment pas la même.

- Enfin, au niveau national (graphique à droite), les taux de malnutrition sont présentés selon les seuils de 90% ou de 80% de la médiane. On voit que pour ce qui est du seuil « international » les taux de malnutrition sont très faibles (autour de 2% en saison pluvieuse et 1% en saison sèche).

Cette dernière remarque est importante car elle montre que la population qui est ainsi placée sous surveillance nutritionnelle rapprochée est a priori dans une situation très favorable, tout du moins du point de vue de la malnutrition aiguë. On peut voir là un effet de la sélection des communautés utilisées par le NNSP (villages impliqués dans la santé communautaire via la BFCI) tout autant que, vraisemblablement, un effet de l'impact direct des opérations de surveillance sur le bien-être des populations, puisque celles-ci s'accompagnent d'interventions immédiates.

Outre les données du NNSP, qui ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble de la population, la Gambie dispose d'enquêtes périodiques donnant des informations plus complètes sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans au niveau national.

Le tableau ci-dessous répertorie les résultats de ces enquêtes.

Indicateurs	Enquêtes nationales récentes en Gambie (enfants 0-5 ans)						
	MICS 1996*	MICS 2000	PAM 2002**	VAM 2003***	MICS 2005	PHPNP 2005	VAM 2006
Retard de croissance (%)							
-rural		22.3		27.6	-		-
-urbain		13.2					
Total	23.0	9.1	17.0			17.8	
Emaciation (%)							
-rural	-	9.4		8.2	-		-
-urbain		5.9					
Total		8.2	11.2			7.0	
Insuffisance pondérale (%)							
-rural		21.2	-	-	-		-
-urbain		9.4					
Total	21.0	17.1				18.8	

* Données citées dans le rapport enquête MICS 2000

** Enquête réalisée au mois d'octobre 2002, suite à la relative sécheresse de juillet-août 2002. Les chiffres sont cités dans le rapport de l'enquête VAM 2003 mais les détails de l'enquête ne sont pas connus (taille d'échantillon, âge, répartition urbain/rural, etc.)

*** Enfants 6-59 mois

D'un point de vue technique, on constate que, comme souvent rencontré, les désagréments des échantillons nationaux par régions ou par milieu, la tranche d'âge dans certains cas, ou d'autres caractéristiques ne sont pas strictement identiques et des informations manquent. Toutefois, on peut penser que globalement les méthodologies sont comparables.

On peut constater une stabilisation à un degré satisfaisant, sur les dernières années, des taux de malnutrition aiguë (7-8%) comme chronique (17-18%), après, semble-t-il, une décroissance régulière jusqu'au début des années 2000. Malheureusement, les données des

²³ Par exemple, pour la saison pluvieuse 2000, le chiffre de 1.3% de malnutris avec le seuil de 80% de la médiane, au niveau national, est a priori impossible si on considère que dans toutes les régions le chiffre est supérieur ou égal à 2.3%

enquêtes MICS 2005 et VAM 2006 n'étaient pas encore disponibles au moment de la mission.

On remarque aussi que les taux de malnutrition aiguë fournis par le NNSP sont très inférieurs aux chiffres nationaux ci-dessus (autour de 1 à 2% pour le NNSP, selon la saison, au lieu de 7-8% sur un échantillon de toute la population). Cette différence, comme évoqué plus haut, provient probablement à la fois de la sélection des communautés faisant l'objet de la surveillance et des bénéfices de cette surveillance sur ces mêmes communautés.

6.3. *Eléments de réflexion*

6.3.1. Forces des systèmes nationaux en santé et nutrition

Le programme de surveillance nutritionnelle décrit ci-dessus est remarquable par plusieurs aspects, notamment sa longévité (données quasi ininterrompues depuis 1985) qui permet d'observer les tendances de long terme et par la périodicité bi-annuelle des opérations, permettant une appréciation des fluctuations saisonnières de l'état nutritionnel. Ainsi, on peut constater que les taux de malnutrition aiguë ont plutôt diminué jusqu'au milieu des années 1990, se sont à peu près stabilisés par la suite, et tendent à diminuer à nouveau sur les 3 dernières années. On observe également, mais ce n'est évidemment pas surprenant, un différentiel net entre saison sèche et pluvieuse, ainsi que des fluctuations annuelles plus marquées en saison pluvieuse. Bien que l'on puisse mettre en cause la représentativité de l'échantillon (cf. plus haut), de même que la précision des mesures (liées à la technique employée comme à l'outil lui-même), le fait que l'échantillon surveillé soit de très grande taille et qu'il s'agisse des mêmes communautés à chaque passage permet d'en faire un outil a priori fiable pour l'analyse des tendances.

Un autre point fort de ce programme est, outre l'intervention systématique de supplémentation en vitamine A effectuée au moment de la surveillance, l'utilisation immédiate des données de surveillance pour une intervention directe au niveau des enfants malnutris. Ceci est rendu possible par la grande mobilisation des communautés et la très forte implication des services de santé dans le processus. A l'échelon supérieur, il ne nous a pas été possible, dans le court temps de la mission, d'examiner l'utilisation effective des données de surveillance à des fins de planification d'interventions au niveau des cercles ou des divisions. On a pu constater néanmoins que les courbes de tendance étaient effectivement produites. De même, il semble que la diffusion des résultats de la surveillance auprès des utilisateurs potentiels soit faite de façon régulière.

Enfin, un autre élément positif important est que la réalisation de ce programme repose essentiellement sur le budget de l'État puisqu'il est inscrit dans les activités courantes des services de santé communautaire. Une aide de l'UNICEF est néanmoins fournie en matériel et moyens de déplacement.

D'une façon générale, on a pu constater une bonne fréquentation des structures de santé, que ce soit pour les activités préventives ou curatives et un engagement important du personnel de santé. Par ailleurs, des stratégies mobiles avancées sont déployées pour atteindre une couverture maximale de la population. Ces éléments permettent d'envisager une assez bonne représentativité et une complétude satisfaisante des statistiques sanitaires de routine. Malheureusement, comme exposé plus haut, nous manquons d'éléments pour en juger plus avant.

6.3.2. Faiblesses des systèmes nationaux en santé et nutrition

Le problème de la représentativité de l'échantillon servant au NNSP a été évoqué plus haut. Il semble évident que les populations sur lesquelles est basé le système de surveillance sont dans une situation tout à fait favorable ; on peut donc s'interroger sur ce que peuvent signifier les éléments de la surveillance pour la population générale de la Gambie.

Le recueil systématique de l'âge des enfants lors de la surveillance serait un plus pour examiner à la fois la représentativité de l'échantillon de ce point de vue et pour redresser les données si nécessaire. De même, une pondération des données selon les fractions de sondage par région ou même par cercle permettrait sans doute de mieux interpréter certaines fluctuations des résultats, qui restent actuellement peu expliquées.

Par ailleurs, la précision des mesures lors de l'utilisation du diagramme de maigreur, voire l'outil lui-même, pourraient être améliorés. Au total, il serait finalement fort utile de faire une évaluation rigoureuse de l'ensemble du système, par comparaison avec des indicateurs classiques en population générale, de façon à en analyser la représentativité, à en identifier les éventuelles faiblesses et si possible à y remédier pour le rendre encore plus performant.

De l'aveu même de l'équipe de NaNA, un sous-effectif et une surcharge d'activités variées fait que les données du système de surveillance sont relativement peu utilisées pour des analyses plus en profondeur de la situation nutritionnelle. Notamment, l'équipe de NaNA souhaiterait un renforcement de ses capacités en termes d'analyse²⁴ et une meilleure concertation avec les autres secteurs, pour pouvoir croiser davantage leurs informations avec celles venant d'autres domaines.

Dans le même ordre d'idées, on constate que, parmi les statistiques sanitaires nationales, sont recueillies en routine des informations de type nutritionnel, mais apparemment ces informations ne sont pas confrontées à celles venant du NNSP. Toutefois, soulignons encore une fois que l'on manque de moyens d'appréciation sur les données issues de ce système. On signalera néanmoins que la fiche mensuelle de rapport des activités de santé utilisée pour ces statistiques nous a semblé à la fois excessivement détaillée et peu aisée à remplir sur la base des registres de consultation. Ces derniers, en effet, ne comportent apparemment pas de mode de récapitulation selon les mêmes catégories que celles de la fiche.

6.3.3. Commentaires généraux

La Gambie dispose d'un système de surveillance nutritionnelle biannuelle unique parmi les pays du CILSS et peu souvent rencontré dans l'ensemble de l'Afrique. Malgré quelques imperfections, dont certaines peuvent d'ailleurs être facilement corrigées, ce système permet aux autorités sanitaires un suivi très rapproché de la situation nutritionnelle de la population des moins de 5 ans. Surtout, il intègre les activités de prévention et les réponses aux activités de surveillance. Toutefois, la limite actuelle du système est de porter sur une frange certes importante de la population (1 enfant sur 6 ou 7) mais qui est aussi une frange très sélectionnée. On peut supposer que si le pays se trouvait confronté à une crise nutritionnelle importante telle que celle vécue par le Niger en 2005²⁵, le système en place en permettrait le diagnostic assez rapide ; cependant, il ne serait peut-être pas très performant pour la mise en place et le ciblage des réponses d'urgence.

²⁴ De ce point de vue, la ressource scientifique que constitue le MRC pourrait peut-être être davantage exploitée ?

²⁵ Rappelons que les flux transfrontaliers de céréales entre le Niger et Nigeria ont été des facteurs déterminants ; cette situation pourrait exister en Gambie.

6.3.3.1. Un choix volontaire entre alerte précoce et surveillance nutritionnelle ?

La question mérite d'être posée. En effet, l'absence de SAP est la traduction budgétaire d'une priorité volontairement arbitrée par le niveau politique. Sans avoir entendu une remise en cause d'un SAP par les autorités gambiennes rencontrées, il n'a pas semblé opportun de pérenniser les acquis du DIAPER qui dans sa dernière phase, construisait les bases de la pérennisation des activités courantes d'un SAP²⁶.

La Gambie a recherché à bâtir un système de suivi de la sécurité alimentaire sans que ce dernier ne soit organisé par rapport à une architecture préalablement construite. En effet, à notre connaissance, aucun comité sur la sécurité alimentaire au plan national ne semblerait exister (à la différence des autres pays dont le Sénégal, pays frontalier et proche en termes de conditions de vie).

Paradoxalement, sans dispositif construit, le pays obtient des résultats tangibles et uniques dans la sous-région en matière de surveillance nutritionnelle. La complexité des SAP (remise en cause des diagnostics, génération des résultats en interne et manque de clarté des modes de calcul, perte de confiance des partenaires au développement, lenteur des réponses entre le diagnostic et le choix des réponses, absence de cadre normatif des chocs ou des crises, évaluation des réponses pas toujours convaincante, ...) sont autant d'éléments qui contribuent à ne pas préconiser la construction ou la reprise d'un SAP. En revanche, le fait de ne pas disposer d'un service centralisé (guichet unique sous forme d'une centrale d'information sur la sécurité alimentaire) en charge des analyses sécurité alimentaire ne donne pas une idée précise de la situation alimentaire courante malgré les initiatives encourageantes déployés par certains services (DoP/DOSA, NaNA et DoSH,...).

6.3.3.2. Priorité absolue donnée à la santé et la nutrition dont la surveillance nutritionnelle...

La priorité donnée à la santé et à la nutrition, comprenant la surveillance nutritionnelle, donne à la Gambie un avantage comparatif inestimable qui est celui de toucher les populations vulnérables lors d'actions routinières et d'apporter dans le même temps, une partie des réponses. Le recueil des données de base, le suivi rapproché des enfants malnutris, la supplémentation en vitamine A, les stratégies mobiles pour toutes les activités de prévention,... sont autant d'éléments qui diminuent les risques nutritionnels des enfants de moins de cinq ans.

6.3.3.3. ...En limitant les aspects d'alerte précoce en matière de sécurité alimentaire

Les aspects d'alerte précoce ne sont pas considérés comme déterminants en Gambie, probablement parce que le pays n'a pas connu de crise alimentaire au cours des dernières années. De plus, l'aide alimentaire ne représente pas un enjeu stratégique dans les débats avec la communauté des partenaires extérieurs. Cependant, la crise nigérienne a montré que les capacités de réponses des ménages sont toujours diminuées par la répétition des chocs successifs, la décapitalisation des biens productifs étant une stratégie récurrente des ménages les plus pauvres. Un appauvrissement croissant en tendance peut avoir des effets sur l'économie familiale et les conditions de vie qu'il est important de suivre. La surveillance nutritionnelle, avec tout l'effet bénéfique immédiat qu'elle peut apporter (les chiffres en témoignent) ne réglera pas pour autant les autres piliers de la pauvreté.

²⁶ Élément commun à tous les pays du CILSS.

7. TCHAD : PROGRAMME DE RELANCE DU SYSTEME D'ALERTE PRECOCE

7.1. Données disponibles

A partir des enquêtes internationales (Enquête de Démographie et de Santé au Tchad, EDST - 1996-1997-, EDST II -2004-, MISC -2000-, VAM/PAM -2005-), un bilan de la situation nutritionnelle des jeunes enfants et de leurs mères en termes d'évolution et de disparités régionales est assez complexe. Les comparaisons strictes entre enquêtes sont souvent limitées par le fait que les enquêtes ont été conduites à des périodes différentes selon les années (problème des variations saisonnières). Les grandes tendances sont néanmoins les suivantes à partir des tableaux des différentes sources d'informations reproduites ci-après :

- Les enfants de moins de 5 ans : les données présentées doivent être interprétées dans un contexte de très forte mortalité infantile (moins de un an) et infanto-juvénile (moins de 5 ans) persistante (respectivement 101,7 pour mille et 190,6 pour mille en 2004, taux quasiment inchangés depuis l'EDS de 1996/1997). Or, on considère que plus de la moitié des décès des moins de 5 ans sont dus à la malnutrition associée ou non à des maladies infectieuses.
- Malnutrition aiguë (maigreur/émaciation) : au niveau national les taux de malnutrition aiguë globale sont restés constamment à un niveau grave, de 11,7 à 14,1 %, entre 1996 et 2004. En milieu rural, la situation aurait pu être qualifiée de critique en 2005 (15,8%), de même que, de manière surprenante, celle de la capitale Ndjamenà en 2004 (16,3%). Les taux de malnutrition sévère sont restés constamment au-dessus de 2%. Les moins de 3 ans sont les plus touchés et, classiquement, surtout entre 6 et 23 mois. Les disparités régionales sont difficiles à interpréter du fait de découpages régionaux différents entre enquêtes. Toutefois, le Kanem, le Lac et le Salamat semblent plus touchés.
- Retard de croissance en taille : les EDST de 1996 et 2004 donnent des taux de plus de 40% au niveau national (prévalence très élevée selon l'OMS) dont la moitié de formes sévères. Le taux en milieu rural en 2005 est à peine plus faible, soit 32,4 %; dans ce contexte le taux de 28,3% de l'EIMT en 2000 paraît bas.
- Insuffisance pondérale : avec 38,8 % en 1996 et 36,7% en 2004, la prévalence d'insuffisance pondérale est restée très élevée selon le seuil de l'OMS (>30%).

En conclusion, aucun progrès n'a été accompli depuis 1996 alors que les taux de malnutrition aiguë et chroniques apparaissent parmi les plus élevés au monde.

En ce qui concerne les femmes, les prévalences de maigreur (IMC < 18,5) et de surpoids incluant l'obésité (IMC \geq 25,0) sont reportées dans les EDST I et II. Au niveau national la prévalence de maigreur était de 21,1 % en 1996 et 20,3 % en 2004. Une prévalence de plus de 20% est considérée comme élevée, traduisant une situation grave selon l'OMS. En revanche à Ndjamenà, la capitale, la prévalence de maigreur a fortement baissé de 1996 à 2004, passant de 24,8% à 12,0%. 27,0% des mères étaient en surpoids dans la capitale en 2004.

Enquête EDST-I chez les enfants de moins de 5 ans

(collecte des données de décembre 1996 à juillet 1997)

Groupes	Effectif n	Malnutrition aiguë (Poids-taille)		Malnutrition chronique (Taille-âge)		Insuffisance pondérale (Poids-âge)	
		Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET
National	5665	14,1	2,5	40,1	20,4	38,8	13,9
Garçons	2842	15,7	2,9	40,9	20,4	39,9	14,0
Filles	3823	12,5	2,0	39,3	20,5	37,7	13,8
Age de l'enfant en mois							
< 6	739	6,9	0,8	5,6	1,0	4,3	0,5
6-11	664	21,5	4,9	18,1	5,5	31,7	10,5
12-23	1121	26,1	4,6	45,9	20,6	53,3	19,3
24-35	1019	14,5	2,8	54,9	31,1	53,5	25,1
36-47	1118	7,7	1,0	51,7	30,0	40,0	13,8
48-59	1004	7,8	0,9	45,4	23,0	36,1	36,1
N'djamena	425	9,3	1,5	28,1	12,0	26,0	6,0
Autres villes	747	13,8	2,6	34,8	16,0	34,9	11,8
Ensemble urbain	1172	12,2	2,3	32,4	14,6	31,7	9,7
Rural	4492	14,6	2,5	42,1	22,0	40,6	15,0

Enquête EDST-II chez les enfants de moins de 5 ans

(collecte des données du 23 juillet au 10 décembre 2004)

Groupes	Effectif n	Malnutrition aiguë (Poids-taille)		Malnutrition chronique (Taille-âge)		Insuffisance pondérale (Poids-âge)	
		Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET
National	4635	13,5	3,1	40,9	23,2	36,7	14,0
Garçons	2337	14,7	3,0	40,5	23,6	36,7	13,9
Filles	2297	12,4	3,3	41,4	22,7	36,8	14,2
Age de l'enfant en mois							
< 6	572	9,5	1,8	3,2	0,9	3,0	0,4
6-9	363	18,8	4,2	12,1	4,8	22,8	4,9
10-11	137	26,2	0,9	27,7	11,5	33,0	13,6
12-23	853	23,8	5,3	48,1	24,1	52,0	23,1
24-35	902	13,4	3,0	54,0	33,3	41,0	22,6
36-47	819	9,6	2,8	53,0	31,8	40,0	14,6
48-59	987	6,7	2,2	47,1	27,2	33,0	9,2
N'djamena	335	16,3	4,4	26,8	12,3	26,5	9,0
Autres villes	547	13,2	3,1	35,6	18,1	32,1	9,6
Ensemble urbain	882	14,4	3,6	32,3	15,9	29,9	9,4
Rural	3753	13,3	3,0	43,0	24,9	38,3	15,1
Régions							
BET, Kanem, Lac	552	20,0	6,3	58,4	39,0	59,2	31,8
Batha, Guéra, Salamat	552	18,1	4,1	43,1	27,7	43,2	20,2
Ouaddaï, Wadi Fira	369	12,8	1,5	54,1	33,1	49,1	18,5
Hdajer Lamis Chari Baguirmi	572	14,2	2,2	42,1	21,2	40,7	13,7
Mayo Kebbi Est et Ouest	501	12,2	3,9	37,4	18,8	31,3	9,3
Logone occid. & orient, Tandjilé	1089	8,6	1,1	38,3	21,9	26,8	7,6
Mandoul, Moyen Chari	664	12,2	3,4	30,5	13,1	28,0	8,6

MICS chez les enfants de moins de 5 ans
(collecte des données du 17 mai au 15 septembre 2000)

Groupes	Effectif n	Malnutrition aiguë (Poids-taille)		Malnutrition chronique (Taille-âge)		Insuffisance pondérale (Poids-âge)	
		Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET
National	5298	11,7	2,9	28,3	13,4	27,6	9,8
Garçons	2619	11,8	2,9	28,9	13,0	27,2	9,3
Filles	2679	11,7	2,0	27,8	13,7	28,0	10,2
Age de l'enfant en mois							
< 6	605	4,3	2,5	3,6	1,5	3,2	0,3
6-11	561	14,5	3,3	9,4	2,9	17,1	6,1
12-23	859	25,7	6,7	34,0	14,6	44,7	18,4
24-35	1087	12,6	3,5	36,9	18,3	38,2	16,6
36-47	1078	7,9	1,3	37,5	18,0	27,9	7,5
48-59	1108	6,3	0,9	29,7	14,9	22,2	5,5
N'djamena	488	9,8	1,5	21,8	8,9	23,4	6,6
Autres villes	638	12,8	2,6	27,8	12,0	28,2	8,9
Ensemble urbain	1126	11,5	2,3	25,2	10,6	26,1	7,9
Rural	4172	11,8	2,5	29,2	14,1	28,0	10,3

Enquête CFSVA chez les enfants de moins de 6-59 mois – MILIEU RURAL

(collecte des données de juin à septembre 2005)

Groupes	Effectif n	Malnutrition aiguë (Poids-taille)		Malnutrition chronique (Taille-âge)		Insuffisance pondérale (Poids-âge)	
		Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET	Globale % <-2ET	Sévère % <-3ET
National	4650	15,8	2,8	32,4	13,0		
Garçons	?	16,3	2,8	32,4	13,5		
Filles	?	14,5	2,4	30,6	12,7		
Age de l'enfant en mois							
6-11	?	13,9	3,7	27,9	7,4		
12-23	?	24,3	5,2	47,5	19,9		
24-35	?	16,5	2,3	42,3	18,5		
36-47	?	12,5	1,6	31,3	12,0		
48-59	?	11,6	1,1	17,9	5,7		
Strates							
Zone de culture céréalière sous pluies (Ouaddai, Est Salamat)	1400	12,7		28,3			
Zone de culture de décrue (Salamat)	300	18,6		38,6			
Zone de culture de décrue – pêche (Lac Fitri)	150	11,3		30,9			
Zone de culture de rente – Riz (Tandjilé, Mayo Kébi Est)	300	7,2		40,2			
Zone de culture de rente Coton Arachide (Moyen Chari, Mandoul, Logone Occi et Ori, Mayo Kébi Ouest)	700	10,9		22,0			
Zone Agropastorale et de pêche (Lac Tchad)	200	16,6		25,1			
Zone Agropastorale (Chari Baguirmi, Hadjr Lamis, Guera)	700	9,9		36,6			
Zone de Transhumance (Kanem, Batha, Wadi Fira)	900	28,0		37,3			

7.2. Architecture de l'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

7.2.1. Système d'Alerte Précoce

Le premier SAP créé en 1986 dans le mouvement de la crise alimentaire 1984/85 avait été mis en place par AEDES (comme le SAP Mali) pour la zone sahélienne du pays. Il a été abandonné en 1999 (contrairement au SAP Mali) après 13 années d'assistance. Il était entièrement tourné vers l'agriculture (ni élevage, ni pêche) et ne prenait pas en compte l'environnement, ce qui constituait déjà en soi un premier problème dans un pays "d'agro-sylvo-pasteurs". Marqué par un fort cloisonnement sectoriel, il avait également très peu de concertation avec la société civile et les acteurs de développement. Le gouvernement tchadien s'est engagé en 2005 dans une démarche de relance d'un SAP à travers le Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) dont la FAO et la France sont co-chefs de file. Dans ce cadre, un consultant de la FAO, Thierry Antoine, a effectué en janvier/février 2006 une mission de formulation d'un système d'information pérenne pour l'alerte précoce au Tchad. Dans sa note de restitution, il souligne différents points clés qui permettent d'éclairer la situation actuelle :

- Malgré les efforts, aucune des initiatives prises ces 20 dernières années dans les domaines de l'alerte précoce et de l'information sur la sécurité alimentaire (SAP, DIAPER, GTP Agrhymet, SISAAR,...) n'a débouché sur un SAP national pérenne. De ce fait, les décisions se prennent "sur base d'informations généralement fragmentaires, tardives et peu fiables..."

- « *Le SAP/Tchad, doté de moyens supérieurs à ceux des autres dispositifs nationaux de collecte de données primaires, a été souvent perçu comme une initiative externe* » malgré son rattachement au Ministère de l'Agriculture.

- Le SAP s'est arrêté lorsque le gouvernement tchadien a décidé d'adopter l'approche "Système d'information sur la sécurité alimentaire et l'alerte rapide" (SISAAR) avec le soutien du PNUD, de la FAO et de la Coopération Française. Le SISAAR a cessé de fonctionner de manière opérationnelle en 2004 (départ de l'AT de la Coopération Française).

Le démarrage de ce projet, inscrit dans le cadre du Programme National de Sécurité Alimentaire 2015 et préparé par les structures nationales (agriculture, élevage, environnement), est imminent avec un financement pour 3 ans de 2 millions d'Euros fourni par la Commission Européenne. Une priorité du PNSA est de remettre en place un SAP avec un financement de l'UE qui devrait être relayé progressivement par le budget national et que ce relais constitue une conditionnalité pour le financement de la 2ème tranche par l'UE. Il s'agirait d'un SAP ouvert vers les ONG, parties prenantes contractualisées du SAP. Le comité de pilotage serait une plate-forme paritaire gouvernement-bailleurs. L'Ambassade de France devrait fournir un budget supplémentaire de 200 000 Euros et envisagerait de détacher un expert auprès de la FAO pour le suivi du PNSA. Les enquêtes de type CFSVA du PAM pourraient s'intégrer dans le SAP.

7.3. Situation des dispositifs nationaux de collecte d'information primaire

7.3.1. Bilan global issu de la mission FAO

Un bilan a été réalisé il y a quelques mois par un consultant de la FAO qui avait dressé un constat sans concession sur les dispositifs nationaux de collecte de données²⁷. Ce dernier est probablement toujours d'actualité et les grandes lignes sont reprises ci-dessous :

« La plupart des dispositifs de collecte d'information primaires dépendaient de projets financés par les bailleurs de fonds pour leur fonctionnement de base. Suite au tarissement de certaines sources de financements, ces dispositifs connaissent depuis plusieurs années des difficultés majeures pour remplir leur mission :

- *l'enquête agricole n'a jamais pu être totalement internalisée et son financement reste aléatoire;*
- *le SIM bétail n'existe plus;*
- *la collecte des données du SIM agricole est devenue irrégulière (l'analyse des prix tend à se focaliser sur 4 marchés principaux)*
- *les réunions décennales du Groupe Technique Pluridisciplinaire Agrhymet pour le suivi de la campagne agricole souffrent d'un manque chronique d'information;*
- *le nombre de stations pluviométriques relevées à temps est insuffisant ;*
- *les équipements ne sont plus renouvelés (les moyens de communication deviennent obsolètes et les moyens de déplacement sont insuffisants);*
- *les ressources disponibles pour effectuer les missions de terrain sont extrêmement limitées;*
- *l'ONDR dispose de moins de moyens que par le passé. »*

Ce diagnostic est partagé par la cellule permanente du mécanisme de suivi de la réunion sectorielle sur le développement qui considère que le secteur des statistiques agricoles est sinistré, et que disposer de statistiques agricoles telles que prévues par le projet SAP, ainsi que relancer le Sim agricole, le Sim bétail et le suivi pluviométrique, serait déjà un grand résultat.

7.3.2. Suivi nutritionnel par le Ministère de la Santé publique

En ce qui concerne le dispositif national de suivi nutritionnel, il est censé être intégré dans le Système d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé qui n'échappe pas au constat général sur les dispositifs de collecte de données primaires au Tchad (source : MSP, Division du Système d'Information):

"Les informations de base proviennent des centres de santé (il y a 633 centres de santé au Tchad) qui sont transmises au chef de district sanitaire (environ 140 districts sanitaires répartis dans 18 régions sanitaires). Les rapports sont alors regroupés au niveau de la délégation régionale sanitaire avant d'être envoyés au niveau central. Des informations sont également collectées au niveau de l'Hôpital Central et dans les hôpitaux de référence.

Les informations sont traitées en vue de compléter l'annuaire des statistiques du Tchad. Depuis 2000, la DSIS a renoncé à publier le tome B de l'annuaire qui était initialement consacré à l'analyse détaillée des données au niveau du district sanitaire. Le dernier

²⁷ Antoine T. Mission de formulation. Programme de relance d'un système d'information pérenne pour l'alerte précoce au Tchad. Note à l'attention des participants à la réunion de restitution du 3 février 2006. FAO, février 2006, 9 p (+ annexe 3 : La situation des dispositifs nationaux de collecte d'informations primaires, 7 p.

annuaire paru à ce jour²⁸ est celui de 2003. L'annuaire 2004 propose quelques informations sur la situation nutritionnelle dans une rubrique intitulée 'malnutrition avec ou sans autres problèmes de santé'. Cet annuaire a été déposé à l'édition en décembre 2005 mais n'a pas encore été publié faute de moyens.

Le Centre National de Nutrition et des Technologies Alimentaires (CNNTA) souhaiterait que la surveillance nutritionnelle soit mieux intégrée dans le système d'information sanitaire en y ajoutant notamment des informations sur les rapports poids/taille pour les enfants de moins de 5 ans. Les registres devraient être modifiés en conséquence (ajout de colonnes). Ces modifications ne devraient pas être apportées avant l'annuaire 2006."

7.3.3. Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire

Toute l'expertise nationale en nutrition semble concentrée au sein du CNNTA qui dépend du Ministère de la Santé Publique. Douze personnes de niveau maîtrise y travailleraient mais ceci serait à confirmer car la mission n'a pu rencontrer le Directeur du CNNTA, en voyage, ni la responsable de la surveillance nutritionnelle, en mission sur le terrain pour l'enquête de suivi du PAM. Le CNNTA disposerait par ailleurs de très peu de moyens.

7.3.4. Enquêtes Démographiques et de Santé

Comme dans la plupart des pays du Sahel, la plupart des données nutritionnelles au Tchad sont fournies par de grandes enquêtes financées et/ou réalisées par des institutions internationales d'abord pour leurs propres besoins. Les enquêtes démographiques et de santé sont pour l'instant les seules qui fournissent des données nutritionnelles à l'échelle nationale et qui soient répétées séquentiellement : EDST-I en 1996/1997 et EDST-II en 2004. A ce titre, elles constituent un début de surveillance nutritionnelle mais évidemment plus pour des fonctions de planification et de suivi à moyen et long termes que pour des fonctions d'alerte ou de suivi rapproché.

7.3.5. UNICEF

L'UNICEF a réalisé en 2000 une enquête à indicateurs multiples (EIMT ou MICS) qui fournit les mêmes types de données nutritionnelles que les EDS : Poids-taille, Taille-âge et Poids-âge des enfants de moins de 5 ans notamment. On peut relever que cette enquête a également été conduite avec le même partenaire national que les enquêtes EDS de Macro (le Bureau central du Recensement, Direction de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques du Ministère de la Promotion Economique et du Développement du Tchad).

Une des ambitions affichées de l'UNICEF est de renforcer durablement la surveillance nutritionnelle à partir de 2007 dans le cadre de son nouveau cycle de coopération avec le Ministère de la santé (2006-2010). Le département Nutrition et Santé est donc en pleine phase de réflexion, mais des négociations ont d'ores et déjà été menées avec le PAM pour étendre l'enquête de référence CFSVA, limitée en 2005 au milieu rural, aux milieux urbains et périurbains, et par ailleurs introduire des indicateurs standardisés de l'alimentation des jeunes enfants dans le suivi alimentaire des zones à risque (Cf. § 3.2.4 ci-dessous).

D'une manière générale l'UNICEF intervient dans 5 régions : 2 dans le Nord-Est sahélien, 1 dans le Centre (Guira) et 2 dans le Sud.

7.3.6. PAM

La France a financé en 2005 l'enquête d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité de type CFSVA (*Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis*) réalisée par le PAM; trois

²⁸ en février 2006

actualisations dites de suivi de la situation alimentaire dans les zones à risque identifiées par l'enquête de référence du PAM, étaient prévues en 2006 sur fonds fiduciaire français auprès du PAM; deux ont été réalisées avec un léger décalage dû aux circonstances locales, et sont déjà publiées ; la troisième est en cours.

On trouve dans l'enquête de référence les indices nutritionnels de Poids-Taille et Taille-âge des moins de 5 ans sur base d'un échantillon de ménages représentatif du milieu rural et stratifié en fonction de 8 zones dites "d'économie alimentaire". Il existe aussi une tentative de caractérisation de la qualité de l'alimentation des enfants 3 catégories 'bonne', 'moyenne' et 'mauvaise', mais l'indicateur de cette qualité ne semble pas standardisé.

Cette enquête de référence a défini des zones à haut risque d'insécurité alimentaire, notamment dans la zone sahélienne et au Sud dans le Logone et le Tandjilé (en raison de la mévente du coton).

Sept sites sentinelles sont suivis (1 département par région) 3 fois par an en fonction du calendrier agro-météorologique, soit octobre, février et fin mai²⁹ (coût = 20 000 à 25 000 USD par passage au total). S'agissant de la collecte de données anthropométriques des enfants, 35 enfants sont mesurés par village avec un minimum de 10 villages par site, soit 350 enfants, le maximum étant de 900 enfants par site. L'analyse est réalisée avec l'UNICEF, et les personnels du CNNTA sont utilisés pour la collecte des données. Le problème du financement est posé dans le cadre d'une approche partenariale recherchée par le PAM (ex : world vision dans le Sud)

A noter qu'en plus du spécialiste base de données/SIG (I.Diop), le PAM-Tchad dispose d'un nutritionniste niveau Ph.D et d'un assistant-nutritionniste niveau maîtrise. Les moyens humains spécifiques y sont donc importants.

7.3.7. Médecins Sans Frontières

Deux expériences très éclairantes datant de 2005 sont rapportées par MSF :

- Dans le cadre d'une épidémie de rougeole un Centre de Nutrition Thérapeutique (CNT) a été installé en 2005 dans la capitale N'Djamena : dans la foulée, les enfants souffrant de malnutrition aiguë ont été identifiés en masse, mais les activités du CNT n'ont pas été poursuivies la situation ayant été jugée comme une situation permanente (pas de crise nutritionnelle spécifique) hors de la vocation de MSF.
- Dans le mouvement de la crise du Niger, MSF a ouvert un CNT et plusieurs centres ambulatoires à Mao dans le Kanem en octobre 2005. Compte tenu du faible nombre d'enfants mal nourris sévères "recrutés" (et ceci malgré les efforts pour les trouver), la décision a été prise de fermer le centre en décembre. Pourtant l'enquête CFSVA du PAM avait trouvé un taux de malnutrition aiguë de 28% dans cette région en juillet-août 2005, soit un taux sensiblement supérieur à ceux trouvés au Niger en 2005 au plus fort de la crise, et par ailleurs près du double du seuil de 15% considéré comme critique par l'OMS. Soulignons aussi que d'après l'enquête EDST-II de 2004 le taux de malnutrition aiguë était déjà de 20% dans cette région dont 6,3% de malnutrition sévère!

Pour MSF la nutrition n'est pourtant pas prioritaire car considérée comme un problème structurel lié à l'absence d'offre de soins accessibles par la population. Elle le deviendrait en cas de crise; soit consécutive à une épidémie de rougeole, soit alimentaire, et dans ce cas, le PAM constitue pour MSF la référence pour alerter en cas de récolte insuffisante. En termes de surveillance, MSF est focalisé sur la méningite et le choléra; sur le plan nutritionnel, ils

²⁹ en 2005-2006 : décembre, juin , octobre

avaient fourni des rubans aux centres de santé du Kanem pour suivre les tours de bras à la suite de la fermeture du CNT; mais il n'y a eu aucun retour depuis.

A noter que dans les camps de réfugiés soudanais le taux de malnutrition aiguë des moins de 5 ans est passé en quelques années de 30 à 6,9 % (à comparer aux prévalences nationales...).

Enfin MSF a été associé avec l'UNICEF et le CNNTA à la réalisation d'un module de formation pour la prise en charge de la malnutrition.

7.4. Eléments de réflexion

Jusqu'en 2005, les seules données nutritionnelles disponibles venaient, à l'instar de nombreux pays, des EDS de Macro et EIM de l'UNICEF, mais elles ne sont pas du tout orientées vers l'alerte, ni sur la surveillance à visée d'alerte. Depuis 2005 le PAM a conduit une enquête de référence de type CFSVA et s'est lancé dans du suivi de sites sentinelles 3 fois par an, suivi qui inclut des données nutritionnelles; on est ici assez proche d'un des modèles possibles de surveillance nutritionnelle à visée d'alerte. La relance imminente du SAP à travers un projet co piloté par la FAO et la France et financé par l'UE, évoque la surveillance nutritionnelle mais rien n'est précisé en termes d'activités. Les données nutritionnelles à visée d'alerte ne seraient donc pas retenues en tant que telles dans la méthodologie du SAP Tchad bien que l'expert attendu semble en mesure de proposer les améliorations qu'il jugera opportunes.

Les nutritionnistes du CNNTA sont engagés dans les enquêtes du PAM et avec l'UNICEF. Ils ne pilotent pas les opérations en cours. Compte tenu de l'état des structures nationales, tout nouveau nutritionniste national bien formé sera immédiatement aspiré dans les opérations menées par les organisations internationales type UNICEF et PAM qui ne participent pas ou peu à l'effort de formation. Il y a donc un risque dans la mise en œuvre de l'information nutritionnelle au titre de l'alerte ; la partie nationale ne sera pas ou ne pourra pas assurer la fonction de maîtrise d'ouvrage des opérations, ces dernières étant pilotées par UNICEF et PAM.

8. SYNTHÈSE DES RESULTATS ET PRINCIPES D'UNE FUTURE INTERVENTION**8.1. Les invariants par pays**

Certaines similitudes dans les appréciations des systèmes d'information sécurité alimentaire et nutritionnelles se retrouvent dans les pays visités. Ces invariants sont reproduits dans le tableau ci-dessous :

Etat des systèmes d'information	Chacun des pays visités dispose de sources d'informations en sécurité alimentaire et santé/nutrition fonctionnant à peu près régulièrement dans le temps, principalement sur les acquis des phases du DIAPER. Ces sources d'informations sont différenciées selon leurs fonctions : système d'alerte rapide (type SAP au Niger, Mali et Mauritanie) ou système d'information sur la sécurité alimentaire (Burkina). Tous les pays (hors Gambie) disposent d'un SAP fonctionnel (personnel en place et budget de fonctionnement), d'enquêtes nationales (EDS, MICS, enquêtes pauvreté des ménages) de statistiques de santé mais aussi de données régionales ou micro économiques publiées par les ONG. Cependant, ces sources ne sont jamais mises en perspectives et ne font pas l'objet d'analyse causale. Aucune analyse saisonnière n'est disponible en routine sauf en Gambie. Les déterminants de l'insécurité alimentaire sont abordés selon des méthodologies différenciées selon les pays ; seules les enquêtes PAM ont été élaborées dans ce sens sans toutefois être véritablement capitalisées par les dispositifs-pays.
Implication politique	Souvent annoncée mais rarement traduite en termes budgétaires, les informations sont souvent reprises pour une utilisation interne aux pays, avec peu de discernement dans les réponses possibles aux chocs déclarés. Les aspects structurels en matière de sécurité alimentaire et nutrition sont décrits dans les politiques publiques mais ne sont pas clairement repris dans les DSRP ou dans les nouveaux instruments de l'aide publique au développement notamment l'appui budgétaire.
Montage institutionnel	En règle générale, les ministères de la santé ont des budgets assez faibles et doivent faire face à de nombreuses contraintes dans leur fonctionnement courant ; les services en charge des aspects nutritionnels sont inexistantes et/ou peu impliqués dans les décisions (exemple des programmes nationaux de développement sanitaire). Seul le Sénégal fait exception à cette règle. Une multitude d'appuis multiformes et peu intégrés se juxtaposent et complexifient les diagnostics finaux.

Utilité de l'information	En règle générale, l'utilisation de l'information nutritionnelle sert à renseigner sur une situation du moment par des taux de prévalence par région sans analyse complémentaire. Les analyses longitudinales des données de sécurité alimentaire et nutritionnelle ne servent pas à définir des protocoles adaptés pour la mise en perspective de ces données. Les informations produites par les services d'alerte rapide servent à justifier ou non une distribution alimentaire en pleine population (rarement avec ciblage, éventuellement zonage par division administrative). Aucune approche normative des risques n'a été envisagée pas plus qu'une adaptation des types de réponses alimentaires et non alimentaires.
--------------------------	---

8.2. Continuum urgence-réhabilitation-développement

L'actualité de la situation nutritionnelle au Sahel a mis en évidence tout ce que le débat avait de factice entre agences ou organisations de développement d'un côté et urgentistes de l'autre, autour du caractère structurel ou conjoncturel des problèmes. La réalité est que les taux de malnutrition, chronique comme aiguë, ont dépassé depuis plusieurs années et de façon quasi-permanente, dans la plupart des pays, les seuils internationalement reconnus comme critiques³⁰ ; ce qui impose, de fait, une réaction sans précédent et concertée de la communauté internationale.

Dans les pays dont la production agricole est aléatoire, les ménages sont affectés de façon différenciée par les chocs ou crises récurrentes. La construction d'une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable nécessite des mesures de protection des moyens de production, en période de réhabilitation, et de développement du capital productif, lors des années plus favorables. Trop souvent, une certaine opposition entre programmes et acteurs d'urgence et de développement ne laisse pas de place pour des actions intermédiaires de sécurisation et de réhabilitation de l'outil de production.

De plus, la Charte de l'aide alimentaire signée à Bissau en 1990 par tous les états-membres du CILSS, justifie l'aide alimentaire comme la réponse ultime à une situation de pénurie majeure de céréales dans une région donnée pouvant affecter toutes les couches de la population (adultes et enfants). Des actions palliatives appelées réponses non alimentaires, doivent être préalablement déployées.

Une première conséquence de ces constats est la nécessité qu'il y a d'instaurer un continuum entre les actions d'urgence, de réhabilitation et de développement. La malnutrition aiguë qui, dans ses formes les plus sévères, nécessite le recours à des centres de nutrition thérapeutique, peut commencer à être traitée par le système de santé de façon ambulatoire, voire être prise en charge au niveau communautaire. L'OMS, notamment, développe actuellement une stratégie de prise en charge des malnutritions aiguës allant dans ce sens. Mais réduire de façon durable la prévalence de malnutrition aiguë et la survenue de bouffées véritablement épidémiques, notamment en cas de crise mais aussi lors des déséquilibres saisonniers, nécessite que des actions de fond soient entreprises, vis-à-vis de la malnutrition chronique et, partant, de ses déterminants principaux (accès à l'eau potable, hygiène, sécurité alimentaire, éducation nutritionnelle, renforcement du système de santé, statut des femmes, etc.). A ce titre,

³⁰ Sans compter par ailleurs que la récente publication par l'OMS de nouvelles courbes de référence internationales, pour l'appréciation de l'état nutritionnel des individus, conduit à réévaluer à la hausse l'ampleur des prévalences de malnutrition.

l'expérience gambienne est très illustrative : dans les villages où des programmes de santé primaire sont développés avec une forte participation communautaire et où un accent particulier est mis sur la prévention des malnutritions, avec en outre une surveillance rapprochée, les taux de malnutrition aiguë sont devenus insignifiants.

8.3. Axes de recommandations pour l'initiative commune CILSS/IRD/MAE

En regard des contraintes évoquées ci-dessus, le secrétariat du CILSS, conformément à son mandat et aux recommandations de la dernière réunion du PREGEC, a souhaité s'engager dans une initiative en long terme intitulée « Nutrition, sécurité alimentaire et politiques publiques ». La présente action s'inscrit dans le cadre d'une intervention qui cherche à répondre aux objectifs suivants :

- Améliorer les diagnostics sur la sécurité alimentaire incluant les aspects nutritionnels par la mise en perspective des différentes données qui y sont rattachées et en recherchant notamment les éléments de causalité ;
- Doter les pays de protocoles concernant le recueil des données et des analyses nutritionnelles servant ainsi à renseigner les politiques publiques de lutte contre la pauvreté;
- Traiter les données globales de malnutrition chronique et aiguë au Sahel dans un cadre sous-régional.

L'intervention du CILSS en long terme reposera sur les principes généraux suivants :

- Introduire la nutrition dans les systèmes d'information sur la sécurité alimentaire dans le cadre d'un engagement à long terme pris par les états et les partenaires techniques et financiers ;
- L'intervention appuiera, au sein d'activités de surveillance nutritionnelle ré-élaborées, l'introduction d'une fonction d'alerte précoce à partir d'indicateurs anthropométriques et nutritionnels ; la qualité du recueil des données de la surveillance déterminera la faisabilité du processus d'alerte précoce ;
- La règle du coût/efficacité sera primordiale et la pérennité des acquis sera fondée sur la valorisation de l'existant en matière de recueil des données ;
- Les aspects analytiques seront une priorité dans les activités en appui institutionnel auprès des structures des états et mis en perspective au niveau sous-régional (renforcement des capacités nationales et sous-régionales) ;
- Un effort conséquent sera effectué autour de la publication de documents mettant ainsi en valeur la capitalisation des acquis ;
- L'intervention sera résolument tournée vers les partenaires internationaux qui œuvrent dans les domaines de soutien aux politiques publiques (Banque Mondiale, OCDE/Club du Sahel, CEDEAO, UEMOA...) mais aussi servant au pilotage de la sécurité alimentaire et la lutte contre la pauvreté à court et long terme (PAM, UNICEF, FAO, réseau FewNet, ...).

Une phase préliminaire pourra démarrer dès 2007 sur la base de financement acquis par le ministère français des Affaires Étrangères dont les objectifs seront les suivants :

- Elaborer un meilleur diagnostic de situation sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle à partir des éléments de causalité des différentes sources d'information disponibles dans 3 pays-test;

Activités/résultats attendus : dans 3 pays ciblés, l'analyse complémentaire croisée des données existantes au niveau national permettra d'identifier les déterminants communs de l'état nutritionnel. Un protocole d'analyse sera élaboré dans chaque pays.

- La recherche de correspondances entre les données nutritionnelles par pays et les données de pauvreté/conditions de vie/sécurité alimentaire sera améliorée. Un rapport global sur les résultats de ces analyses croisées sera rédigé dans ce sens.

Activités/résultats attendus : les missions d'expertise internationale permettront d'asseoir une capacité nationale en termes de protocoles d'analyse et de traitement des données. Un pool d'expertise nationale sera le répondant de l'expert CILSS et bénéficiera, à ce titre, d'un renforcement des capacités continues dans le cadre d'un exercice à achever avec l'appui de l'assistance technique du projet.

Les résultats attendus ne seront évidemment pas achevés en 12 mois d'intervention mais des progrès mesurables auront été accomplis dans les trois pays testés.

ANNEXE 1 : LISTE DES ACRONYMES

ACDI	Agence canadienne pour le Développement International
AFD	Agence Française de Développement
AGVA	Analyse Globale de la Vulnérabilité Alimentaire
APD	Aide Publique au Développement
BFCI	<i>Baby Friendly Community Initiative</i> , Initiative communautés amies des bébés
BPCR	Bureau de Prévention des Catastrophes et des Risques
CAC	Centre d'Alimentation Communautaire
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CDHLCPI	Commissariat aux Droits de l'Homme à la Lutte Contre la Pauvreté et à l'Insertion
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CFSVA	<i>Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis</i> , équiv. Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA)
CILSS	Comité Inter états de Lutte contre la Sécheresse au Sahel
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CNC	Centre de Nutrition Communautaire
CNDN	Conseil National de Développement de la Nutrition
CNSA	Conseil National de Sécurité Alimentaire
CNNTA	Centre National de Nutrition et des Technologies Alimentaires
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CRD	Comité Régional de Développement
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CREN	Centre de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelle
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
CRENAS	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CSA	Commissariat à la Sécurité Alimentaire
CSI	Centre de Soins Intégrés
DGPSA	Direction Générale des Prévisions et des Statistiques Agricoles
DHC	Diagnostic Hydrique des Cultures
DIAPER	Programme régional d'amélioration du Diagnostic Permanent pour la sécurité alimentaire
DN	Division Nutrition
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSI	Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 1 : LISTE DES ACRONYMES

DoSH	<i>Department of State for Health</i> , Ministère de la Santé
DRASS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSSAN	Direction du Suivi de la Situation Alimentaire et de la Nutrition
EAC	Enquête Agricole de Conjoncture
ECHO	<i>European Community Humanitarian Office</i>
EDS	Enquête de Démographie et de Santé
EDSM	Enquête de Démographie et de Santé au Mali
EDSM	Enquête de Démographie et de Santé en Mauritanie
EIMT	Enquête à Indicateurs Multiples au Tchad
EMEA	Enquête Ménages sur les Exploitations Agricoles
EMEP	Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté
EMIP	Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme
ENC	Enquête Nutritionnelle Complémentaire
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EPA	Enquête Permanente Agricole
EPCV	Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des Ménages
EPER	Enquête Permanente sur l'Etat des Récoltes
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESIN	Enquête Suivi des Indicateurs de Nutrition
GTNC	Groupe Technique National de Coordination
GTP	Groupe de Travail Pluri disciplinaire
GTS	Groupe de Travail Sectoriel
HKI	Hellen Keller International
IDH	Index de Développement Humain
INRSP	Institut National de la Recherche en Santé Publique
IPC	Indice des Prix à la Consommation
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IRSS	Institut de Recherche en Sciences Sociales
LOASP	Loi d'Orientation Agro Sylvopastorale
MAE	Ministère des Affaires Etrangères
MAED	Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MDRE	Ministère du Développement Rural et de l'Environnement
MEFS	Ministère de l'Enseignement Fondamental et Secondaire
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 1 : LISTE DES ACRONYMES

MICSS	<i>Multiple Indicators Cluster Sample Survey</i> , enquête par grappes à indicateurs multiples
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
MSAS/DLM	Ministère de Santé et des Affaires Sociales/Direction de la Lutte contre les Maladies
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST/SIDA	Maladies Sexuellement Transmissibles/ Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
NaNA	<i>National Nutrition Agency</i> , Agence Nationale de la Nutrition
NCHS	<i>National Consumption Household Survey</i> , enquête nationale de consommation des ménages
NNC	<i>National Nutrition Council</i> , Conseil National de la Nutrition
NNSP	<i>National Nutrition Surveillance Programme</i> , Programme National de Surveillance Nutritionnelle
NUSAPPS	Initiative Nutrition, Sécurité Alimentaire et Politiques Publiques au Sahel
NUTRICOM	Projet de Nutrition Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office Nationale de la Statistique
OSA	Observatoire de Sécurité Alimentaire
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASS	Plan d'Appui aux Activités de Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PHPNP	<i>Participatory Health Population and Nutrition Project</i> , Projet de Santé Communautaire et de Nutrition
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Paquet Intégré pour la Communication
PMA	Pays les Moins Avancés
PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
PNASA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PNC	Projet de Nutrition communautaire
PNDA	Programme National de Développement Agricole
PNDN	Plan National de Développement de la Nutrition

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 1 : LISTE DES ACRONYMES

PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PREGEC	Réseau de Prévention des Crises Alimentaires
PRMC	Programme de Restructuration du Marché Céréaliier
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
REMANUT	Réseau Malien des Nutritionnistes
RNB	Revenu National Brut
SAP	Système d'Alerte Précoce
SECF	Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine
SIM	Système d'Information sur les Marchés
SISINAS	Système d'Information National pour le Suivi des Interventions en Nutrition, Alimentation et Statistiques
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SNSA	Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire
UE	Union Européenne
UEMOA	Union des Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
US.AID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	Virus d'Immuno Déficience Humaine/Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
Z-scores	Equivalent en français de déviation standard

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES PAR PAYS**NIGER**

Institutions	Noms	Fonctions
AMBASSADE DE FRANCE	F. Humbert	Conseiller Développement Rural
	C. Colomb	Conseiller économique
AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT	F. Giovalucchi	Directeur
	H. Kahane	Directeur-adjoint
AQUADEV	A. Agnikpé	Coordonnateur régional
CARE	Dr. A. Sayo	Directeur-adjoint programme
	Dr. S. Hangadoumbo	Coordonnateur programme VIH-SIDA
CELLULE DES CRISES ALIMENTAIRES	S. Bakary	Coordonateur
	A. Bakalmale	Coordonnateur-adjoint
CELLULE SAP	H. Amani	Coordonnateur
	M. Garavini	Assistant technique
CILSS/AGRHYMET	Dr. B. Sidibe	Responsable programme majeur information
	M. Sako	Programme majeur information
	A. Samba	Programme majeur information
UNION EUROPEENNE	A. Darthenucq	Chef des opérations de coopération
	O. Lefay	Chargé des programmes de sécurité alimentaire
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	Dr. Amina Yaya	Chef de division nutrition
	Dr. A. A. Bouwaye	Directeur de la santé de la reproduction
	Dr H. Balique	Conseiller du secrétaire général
HKI	P. Adou	Représentant
	H. Amani	Département nutrition
	A. Mamadou Taïbou	Département micronutriments
IRAM	J.P. Vandenbroucke	Représentant régional
MSF/EPICENTRE	B. Moonen	Epidémiologiste
MSF-FRANCE	J. Sekkenes	Chef de mission
OMS	Dr E.Feller-Dansockho	Coordonnatrice cellule de crise
	Dr Dembé	Responsable PCIME
	Dr Balimi	Nutritionniste
	Dr J-J. Kuss	Assistant technique PEV/JNV
PAM	G.C. Cirri	Représentant
SNIS	Dr. K.K. Kairo	Directeur
	Dr I. Komblo	Responsable Informatique
	Dr L. Kohossi	Chef de projet CCISD
UNICEF	Dr. I. Ould Boukhary	Coordonnateur de programme
	K. Coudert	Assistante de programme
	N. Zagré	Chef de section nutrition
US.AID	Z. Madougou	Coordonnateur des programmes d'assistance

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MALI

Institutions	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	
	Mohamed Diarra	
	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

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

MAURITANIE

Institutions	Noms	Fonctions
AMBASSADE DE FRANCE	M . Colin de Verdière	Chef du service de Coopération
	Mme Marie Suzanne Bourgeade	Conseillère culturel
AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT (AFD)	M.Gilles Chausse	Directeur
BANQUE MONDIALE	Amadou Oumar	Spécialiste Principal des Services Agricoles
COMMISSARIAT A LA SECURITE ALIMENTAIRE (CSA)	M Sidaty Ould Tar	Commissaire Adjoint CSA
	Mohameden O Zein	Directeur de l'Observatoire de la Sécurité Alimentaire (OSA)
	Babah O	Conseiller technique CSA
	Cheikh Sid Taher O Boudboud	Coordinateur Cellule chargé de la Nutrition
	Mohamed Lemin	Chef Système d'Alerte Précoce (SAP)
	Pape Moussa Ndoye	Expert VAM/PAM
COOPERATION FRANÇAISE	Christophe Reilhac	Conseiller technique
	François Kieffer	Conseiller technique
COOPERATION ESPAGNOLE	David Casanova	Expert
DELEGATION DE LA COMMISSION EUROPEENNE	Wolfgang Schlaeger	Deuxième Secrétaire, Développement rural et Sécurité alimentaire
	Anne Simon	Chargée de programme
ECHO	Mme Amparo Laiseca Garcia	Expert Médical ECHO/Dakar
FAO	Ahmeda O. Med Hamed	Chargé de programme
FEWS NET	Sy Hamady Samba	Représentant Mauritanie
	Ouatara Nfa	Assistant
MINISTERE DU DEVELOPPEMENT RURAL ET DE L'ENVIRONNEMENT	Gandega Samba Silly	Ministre, Ministre Coordonnateur du CILSS
	Gilles Peyron	Conseiller
	Gandega Yelli	Conseiller
	Mme Mariem Mint El Nourid	chef DPCSE
	Dr Mokhtar Fall	Directeur Service Elevage
	Dr. Lemrabott O. Mekhalla	Directeur Adjoint Elevage
	Limam Ould Abdawa	chargé de mission MDRE
	Cheikh Mbodj	Chef service Agro-météorologie
	Hassan Ould Hassan	Président des éleveurs
	Ahmed Zeidane	Conseiller MDRE
	Mohamed Ould Nemine	Directeur de l'Agriculture
MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES	S.E.M Sandna Ould Baheida	Ministre MSAS
	Dr. Abderrahmane O. Jiddou	Directeur de la Lutte contre les Maladies (DLM/MSAS)
	Dr Kane Moustapha Mohamed	Directeur de la Nutrition
MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET DEVELOPPEMENT (MAED)	Cheikh Ould Sidi	
OMS	Dr Kane Amadou	
	Lemlih O. Baba,	chargé des programmes d'urgences

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Institutions	Noms	Fonctions
ONG ACTION	Yacouba Diagana	
ONG A.C.O.R.D	Mohamed Lemine Ould El Houssein	Coordinateur de programmes
ONG AU SECOURS	Baba Fall Ould Yedaly	Directeur Exécutif
	Mme Fatou Kane Sow	Assistante
	Amadou Kalidou Sy	Administrateur
ONG CARITAS	François Sorba	Directeur général
	Sidy Mohamed	Coordinateur projet ruraux
ONG COMMUNAUTE DOULOS	Mme Karen Boyle	Directrice projet SMI
ONG CROIX-ROUGE FRANÇAISE	Mohamed Baro	Délégué de la Mission
ONG FEDERATION LUTHERIENNE MONDIALE	Dr. Colette Bouka Coula	Représentante
	Ahmed Salem O. Khtour	Coordinateur des urgences
ONG GRDR	Arezki Harkouk	
ONG SAPAS	M. Diagaly	
ONG WORLD VISION	Denis Brown	Commodities Manager
PAM	Mme Nicole Jacquet	Directrice Adjointe
	Jean Martin Bauer	chargé de programme
	Abdoulaye Sarr	Chargé de programme
PNUD	Maouloud Ndiaye	Chargé des programmes
SECRETARIAT D'ETAT A LA CONDITION FEMININE	Mme Mounina Mint Abdellah	Secrétaire d'Etat
	Sidi O Sidi Bouna	conseiller
	Dr Sall Alioune	Directeur Nutricom
UNICEF	Dr Youssouf Koïta	Project Officer

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

SENEGAL

Institutions	Noms	Fonctions
AMBASSADE DE FRANCE	M. Philippe Rémy	Conseiller développement rural – SCAC
ASSOCIATION EDUCATION ET SANTE	M. Sébastien Couasnet	Conseiller technique
BANQUE MONDIALE	M. Menno Mulder-Sibanda	Chargé de programme Nutrition pour l'Afrique (Washington)
CABINET DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE L'HYDRAULIQUE RURALE ET DE LA SECURITE ALIMENTAIRE (MAHRSA)	M. Tidjane Senghor	Directeur de Cabinet
	M. Christian Chéron	Conseiller auprès du Ministre
	Mme Awa Ba Ndour	Conseillère Sécurité alimentaire au Cabinet
CELLULE DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION (PRIMATURE) / PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION (PRN)	M. Birame Ndiaye	Secrétaire Exécutif de la Cellule de lutte contre la malnutrition, maître d'œuvre du PRN
CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN (CRDH)	M. Salif Ndiaye	Directeur
CENTRE DE SUIVI ECOLOGIQUE	M. Moctar Niang	Directeur Général
	M. Jacques André Ndiome	Chargé du suivi climatologique
	M. Magate Ba	Chef du Département « Gestion des ressources naturelles et environnementales »
CILSS	M. Thiam	Responsable du Comité national du CILSS
COMMISSARIAT A LA SECURITE ALIMENTAIRE (MAHRSA)	M. Moussa Niang	Responsable de la Cellule Etudes et information
	M. Massatim Bira Tall	Responsable du suivi des zones à risque (ZAR)
DELEGATION DE LA COMMISSION EUROPEENNE	Mme Agnès Hano	Chef de section Développement rural
	M. Daniel Contel	Chef de section Economie et Secteurs sociaux
DIRECTION DE L'AGRICULTURE (MAHRSA)	M. Mamadou Faye	Ex Conseiller Technique au MAHRSA. Nouvellement affecté à la Direction.
	Mme Johnson Agnès Manga	Division des Productions Vivrières
DIRECTION DE L'ANALYSE, DE LA PROSPECTIVE ET DES STATISTIQUES AGRICOLES (DAPS/MAHRSA)	M. Ndiobo Diene	Directeur
	M. Mamadou WANE	Chef de la Division des statistiques agricoles (DSA)
	M. Mamadou SAGNA	Statisticien/informaticien DSA
	Mme Sokhna Mbaye Diop	Agronomes DSA
	M. Baldé Somé	Planificateur DSA
	M. Moustapha Niang	Economiste DSA

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Institutions	Noms	Fonctions
ECHO	M. Gilles Collard	Responsable des opérations pour l'Afrique de l'Ouest
	M. Jean-Marie Korporaal	Responsable de la section « aide alimentaire »
FAO	M. Amadou Ouattara	Représentant
	M. Youssouf Kaboré	Resp. dossiers vétérinaires et qualité des aliments
FEWS.NET	M. Papa Boubacar Soumaré	Représentant projet
SECRETARIAT EXECUTIF DU CONSEIL NATIONAL DE SECURITE ALIMENTAIRE (CNSA) - PRIMATURE	M. Alé Ndiaye	Secrétaire Exécutif
	Mme ---	Membres du SE/CNSA - resp. sécurité sanitaire des aliments
	M. ---	- statisticien
MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES	Mme Mahé Diouf	Chargée de Programme Santé
	M. Mamadou Moustapha Ba	Chargé de programme Agriculture
	M. Ibrahima Sarr	Conseiller du Directeur, Directeur par intérim, Direction de la Prévision et de la Statistique
MINISTERE DE LA SANTE	M. Bruno Flourey	Conseiller auprès du Ministre
	M. Moussa Diakhate	Responsable du Système national d'information sanitaire (SNIS)
	Mme Valérie K. Ndiaye	Responsable de la Division Alimentation, Nutrition et Survie de l'enfant (DANSE)
OCHA	M. Hervé Ludovic de Lys	Représentant Régional, Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre
	Mme Sophie Garde Thomle	Chargée de l'unité information
	M. Souleymane Gueye	Chargé du SIG
	Mme Mariama Leyla Diallo	Développeur des bases de données.
OMS	M. Cheikh Ndiaye	Conseiller Santé-Environnement
ONG WORLD VISION	M. Banda Ndiaye	Coordonnateur national des Projets de Santé
PAM REGIONAL	Mme Christine Van Nieuwenhuysse	Directrice adjointe
	Mme Margot van der Velden	Conseillère VAM
	Mme Paola Dos Santos	Chargée Nutrition / VAM
PAM BUREAU SENEGAL	M. Jean-Noël Gentile	Directeur adjoint
	M. Ibrahim Bamba	Responsable des urgences
	M. Issa Beye	Chargé de programme développement rural et sécurité alimentaire
PROJET BASICS / USAID	M. Hassane Yaradou	Adjoint au Chef de Projet
	Mme Coudy Ly Wane	Conseillère en nutrition
UNICEF	Mme Flavia Guidetti	Administrateur Programme Santé
	M. Ibrahima NDao	Chargé de dossier nutrition
US.AID	M. Bradley Barker	Conseiller technique Bureau Santé
	M. Kamara	Spécialiste Survie de l'enfant

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

GAMBIE

Institutions	Noms	Fonctions
BANQUE MONDIALE	Badar A. Joof	Liaison Officer
CONSULAT DE FRANCE	François Morel	Chargé d'Affaires
DEPARTEMENT OF STATE FOR AGRICULTURE (DOSA)	Suruwa Jateh	Permanent Secretary,
	Amadou Sowe	SP CONACILSS
	Lamin Fatago	Statistician planning
	Sidi Demba	planner
	Kekoy Kouyateh	Statistician
DEPARTMENT OF WATER RESSOURCES (DOSH)	Pa Ousman Jarju	Head of Department
	Peter Jiba	Coordonnator Agrhymet Programme Food Security and Natural Ressources
DIVISION HEALTH TEAM	Kumba Savaney	
FAO	David Bowen	Representative
	Marietou Njay	Head of Programme
GAMBIA BUREAU OF STATISTICS	Aliu Ndaw	Statistician General
GAMBIA FOOD AND NUTRITION AGENCY	Albert Cox	Executive Secretary
INTEGRATED DISEASE SURVEILLANCE UNIT, DEPARTEMENT OF STATE FOR HEALTH (DOSH)	Abdoulie Camara	Sr National Surveillance Officer
	Sana Malang Sambou	Coordonator epidemiology and disease control
NATIONAL NUTRITION AGENCY (NANA)	Amat Bah	Deputy Executive Director
	Malang N Fofana	Senior Programme officer
	Musa B Dahaba	Field Coordonator
	Bakary Jallow	Senior Programme Officer
	Katim Touray	Programme Officer
PAM	Shioko Momose	Head of Programme
UNICEF	Cheryl Gregory Faye	Representative
	Jawara S Saikyhan	Project Officer Health

Recueil d'expériences en matière d'information sécurité alimentaire et nutritionnelle

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

TCHAD

Institutions	Noms	Fonctions
AMBASSADE DE FRANCE	Patrick Portes	Attaché de coopération
	Caroline Tessandier	Assistante sécurité alimentaire
CELLULE PERMANENTE MECANISME DE SUIVI DE LA REUNION SECTORIELLE SUR LE DEVELOPPEMENT	Jean-Yves Laplanche	Conseiller technique
CENTRE NATIONAL DE NUTRITION ET DES TECHNOLOGIES ALIMENTAIRES	Daliam Adoum	Responsable Vitamine A
ECHO	Frédéric Bonamy	Coordonnateur pays
FAO	Mamoudou Diallo	Représentant résident
MEDECINS SANS FRONTIERES - Luxembourg	Michel Quéré	Coordinateur médical
MINISTERE DE LA SANTE	D. Bouillin	Conseiller technique
OMS		
PAM	Félix Messon Bamezon	Représentant
	Hakan Falkell	Directeur adjoint
	Ibrahima Diop	Analyse et cartographie de la vulnérabilité
UNICEF	Dr Bechir	Responsable Département nutrition et santé
	Siméon Nanéma	
	Djimasde Mbaïrebé	