



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un peuple - Un but - Une foi

Primature

Programme de Renforcement de la Nutrition



Plan stratégique phase II

2007 - 2011

Mai 2006



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

Notre vision

Un pays où chaque individu a un statut nutritionnel satisfaisant, et adopte un comportement adéquat pour son bien-être et pour le développement de la communauté.



EQUITE

en vue d'une réduction des écarts par rapport au savoir, aux services et aux ressources, nous mettons l'accent sur la juste rétribution de l'effort ainsi que la discrimination positive.

TRANSPARENCE

Nous nous engageons à ce que les informations relatives aux activités professionnelles, ainsi que les normes et procédures soient véhiculées dans la transparence au niveau de la CLM, des partenaires et des communautés à tout moment et à temps.

ESPRIT D'EQUIPE

Nous privilégions l'esprit d'équipe, en alliant cohésion et prise de décision dans la solidarité et dans la communion au sein de la CLM pour atteindre nos objectifs.

ENGAGEMENT

Nous nous engageons avec détermination, volonté, foi et désir à donner le meilleur de nous à tout moment, en tout lieu pour une réussite du programme.

RIGUEUR

Nous fondons notre action sur la rigueur, en prônant l'adhésion aux règles en vigueur à la CLM le respect de tout engagement dans les délais et le refus de toute forme de corruption active ou passive afin d'assurer la qualité dans notre travail.

APPRENTISSAGE CONTINU

Nous nous inscrivons dans un processus d'apprentissage continu par l'acceptation et l'intégration de nouvelles connaissances, expériences et pratiques en vue d'améliorer nos performances.

PRO-ACTIVITE

Nous mettons l'accent sur la pro-activité, l'anticipation sur les événements et le refus de la passivité dans le but d'améliorer nos performances.

DIVERSITE

Nous oeuvrons dans le respect de la diversité, et nous refusons toute discrimination de race, religion, genre, éducation et formation dans le but de promouvoir l'enrichissement au sein de la CLM.

RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT

Par respect de l'environnement nous entendons la prise en compte des différentes formes d'équilibre des ressources naturelles et humaines pour une meilleure préservation de nos cadres de vie et de travail.

Nos valeurs



Table des matières

<i>Liste des abréviations</i>	i
<i>Fiche d'identité</i>	iii
<i>Résumé</i>	iv
1. Introduction	7
1.1. Caractéristiques générales du pays	7
1.2. Situation nutritionnelle du pays	7
1.3. Analyse des déterminants	8
1.4. Bilan de la phase 1	10
2. Description de l'intervention	20
2.1. Nouveaux défis et options stratégiques du Gouvernement	20
2.2. Choix stratégiques du Programme	20
2.3. Objectifs du Programme	21
2.4. Composantes du programme	21
2.5. Résultats attendus	30
2.6. Hypothèses et risques	32
3. Mise en œuvre de l'intervention	34
3.1. Schéma institutionnel	34
3.2. Etapes de la phase II	38
3.3. Calendrier d'exécution des activités	39
4. Suivi et évaluation	42
4.1. Système de suivi	42
4.2. Système de supervision	45
4.3. Système de reporting	47
4.4. Système d'évaluation	47
5. Pérennisation	48
5.1. Au niveau de la communauté	48
5.2. Au niveau des collectivités locales	48
5.3. Au niveau des ONG	49
5.4. Au niveau des ministères	49
5.5. Au niveau de la CLM	49
6. Gestion du programme	51
6.1. Organisation de l'unité de gestion	51
6.2. Système de gestion de la performance	54
6.3. Système de passation des marchés	55
6.4. Système de gestion financière	62
7. Financement	69
7.1. Coût de la phase	69
7.2. Plan de financement	72
<i>Références bibliographiques</i>	73
<i>Cadre logique</i>	74

Liste des tableaux et graphiques

Tableaux

Tableau 1 : Objectifs de couverture des enfants de 0 - 5 ans selon la prévalence de la malnutrition par région...	25
Tableau 2 : Nouvelles attributions des activités entre les différents acteurs	38
Tableau 3 : Calendrier d'exécution des activités par composante	41
Tableau 4 : Indicateurs d'impact - niveau attendu à la fin de la deuxième phase.....	43
Tableau 5 : Indicateurs de performance - niveau de performance attendu par année.....	44
Tableau 6 : Budget par composante et par année (Milliers USD).....	69
Tableau 7 : Budget par catégorie (milliers USD).....	71
Tableau 8 : Budget par composante et par niveau de dépense (en milliers USD).....	71

Figures

Figure 1 : Projection de l'évolution de l'insuffisance pondérale par rapport aux OMD	8
Figure 2 : Etat nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans en fonction du milieu de résidence	8
Figure 3 : Evolution du nombre de couples mère enfants touchés	10
Figure 4 : Evolution de la malnutrition dans les zones d'intervention du PRN.....	11
Figure 5 : Schéma Institutionnel	34
Figure 6 : Etapes de la mise en oeuvre de la phase	38
Figure 7 : Organigramme du Bureau Exécutif National de la CLM	53
Figure 8 : liens entre les acteurs de la passation des marchés	62
Figure 9 : Flux Financiers	65

Encadrés

Encadré 1 : Résultats clefs des enquêtes sur les connaissances, pratiques et couvertures	12
Encadré 2 : Des stratégies novatrices	14
Encadré 3 : Un système de suivi performant.....	17
Encadré 4 : La Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement du Programme .	24
Encadré 5 : La Mission d'Appui au Projet (MAP)	46
Encadré 6 : La sélection des Agences d'Exécution Communautaires (AEC).....	59
Encadré 7 : Le Rapport Financier Mensuel (RFM).....	68

Liste des abréviations

AAF	Assistant Administratif et Financier
AC	Agent Communautaire
AEC	Agence d'Exécution Communautaire
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APL	Adaptable Program Loan
ARC	Agent Relais Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BEN	Bureau Exécutif National
BER	Bureau Exécutif Régional
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDD - a	Community Driven Development
CDD - b	Comité Départemental de Développement
CIP	Communication Inter Personnelle
CL	Collectivités Locales
CLD	Comité Local de Développement
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CLP	Comité Local de Pilotage
CPC - a	Consultations Primaires Curatives
CPC - b	Connaissance, Pratiques et Couverture
CR	Conseil Rural
CRD	Comité Régional de Développement
CRN	Coordonnateur National
CRS	Comité Régional de Suivi
DANSE	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant
DBC	Distribution à Base Communautaire
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DDI	Direction de la Dette et de l'Investissement
DRF	Demande de Retrait de Fonds
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD - a	Etats Certifiés de Dépenses
ECD - b	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
FAO	Food and Agriculture Organisation
FCFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDA	International Development Association
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ITA	Institut de Technologie Alimentaire
MAP	Mission d'Appui aux Projets

MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MI	Micronutrient Initiative
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
NEPAD	New Partnership for Africa Development
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PABA	Plan d'Action et Budget Annuel
PAD	Project Appraisal Document
PAI	Plan Annuel d'Investissements
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME. C	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PLD	Plan Local de Développement
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNC	Projet de Nutrition Communautaire
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
RBR	Responsable de Bureau Exécutif Régional
RFC	Responsable Financier et Comptable
RFM	Rapport Financier Mensuel
RSF	Rapport de Suivi Financier
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SIG	Système d'Information et de Gestion
SPC	Suivi Promotion de la Croissance
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SYSCOA	Système Comptable Ouest Africain
TAFIRE	Tableau Financier des Ressources et Emplois
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UAL	Unité Administrative et Logistique
UFC	Unité Financière et Comptable
UGP	Unité de Gestion du Programme
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPS	Unité des Politiques et Stratégies
USAF	Unité de Soutien Administratif et Financier
USAID	United States Agency for International Development
USAOP	Unité de Suivi et d'Appui aux Opérations
USD	United States Dollar
USO	Unité de Suivi des Opérations
VAD	Visites à Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

- Le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) s'inscrit dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté de l'Etat du Sénégal, à travers l'investissement dans le développement humain pour l'amélioration du statut nutritionnel des femmes et des enfants.
- Son objectif global est de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par le Sénégal.
- En appuyant la politique de nutrition définie, cet objectif est décliné en deux objectifs spécifiques :
 - améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres ;
 - renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition pour la mise en œuvre et l'évaluation de la politique.

La situation nutritionnelle du Sénégal s'améliore comme en témoigne l'évolution des indicateurs issus des enquêtes démographiques. Cependant, la réduction de la malnutrition est encore insuffisante pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015.

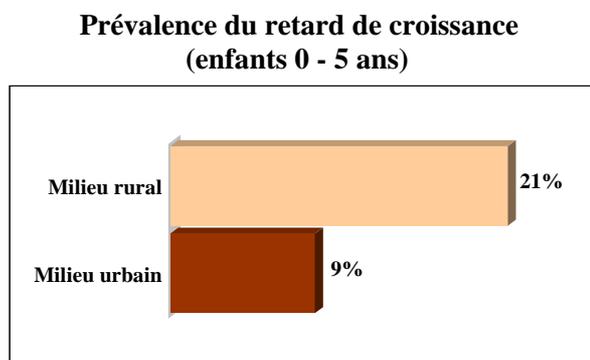
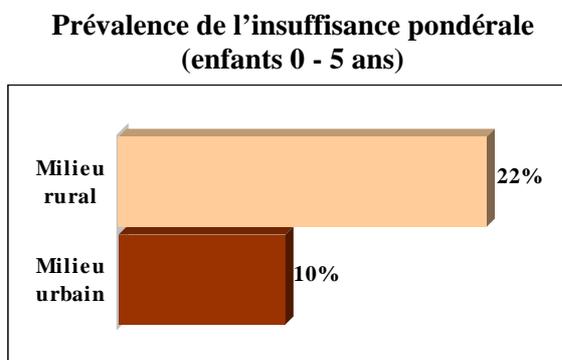
Les enquêtes démographiques et de santé (EDSII et EDSIV), réalisées en 1992 et 2005, indiquent selon les trois indicateurs de la malnutrition, que chez les enfants âgés de moins de 5 ans :

- l'insuffisance pondérale baisse de 20% à 17% ;
- le retard de croissance passe de 22% à 16% ;
- la maigreur baisse de 9% à 8%.

Ces résultats sont le fait de l'efficacité des interventions de nutrition de grande envergure menées dans le pays et parmi lesquelles figure le Programme de Renforcement de la Nutrition. La première phase du PRN a testé avec succès des expériences ayant permis une réduction significative de la prévalence de la malnutrition et une amélioration générale de la situation nutritionnelle des enfants et des femmes.

Aujourd'hui, l'enjeu est donc de porter à plus grande échelle ces expériences réussies pour réduire à grande échelle la malnutrition au Sénégal.

Cette intensification des interventions de nutrition est encore plus nécessaire dans les zones rurales qu'elle devra cibler en priorité au regard des indicateurs montrant une prévalence de la malnutrition encore élevée en milieu rural.



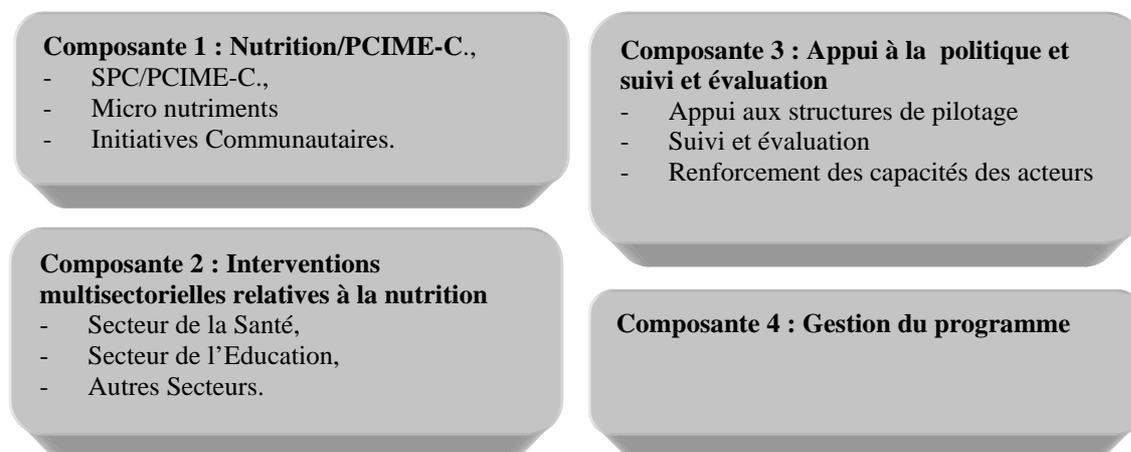
Source EDS IV, 2005

Pour être efficace, les interventions de nutrition vont également mettre l'accent sur la lutte contre les carences en micronutriments pour faire face :

- à l'*anémie* présente chez 84% des enfants de moins de 5 ans et chez 61% des femmes ;
- à la carence en iode qui reste endémique dans la partie Sud-Est du pays, avec une prévalence de 34% allant par endroit jusqu'à 51%°;
- à la *carence en vitamine A* qui est estimée à 61% chez les enfants de moins de 6 ans.

Globalement la phase II du Programme de Renforcement de la Nutrition durera 5 ans, (2007 – 2011). Il couvrira l'ensemble des onze régions du pays, mais avec un focus dans les zones rurales et les régions présentant les prévalences de malnutrition les plus élevées. A terme le programme touchera 700.000 enfants âgés de moins de 5 ans dont les 2/3 vivant en zone rurale, plus de 50.000 femmes enceintes, 65.000 femmes allaitantes et 177.000 adolescents.

Pour atteindre les objectifs, la stratégie de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition s'appuiera sur 4 composantes principales déclinées en sous composantes :



La composante « Nutrition/PCIME-C » a trait à la mise en œuvre opérationnelle du programme sur le terrain par la fourniture de services communautaires.

Le paquet de services communautaires comprend :

- le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) chez les enfants âgés de moins de 2 ans,
- la Communication pour le Changement de Comportements (CCC) auprès des mères et gardiennes d'enfant ; comportements relatifs à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME.C.) et enfin,
- la Distribution à Base Communautaire (DBC) de produits et médicaments pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes.

Pour cette composante les *Collectivités Locales* seront les *maîtres d'ouvrages* et les ONG seront les *Agences d'Exécution Communautaires* (AEC)

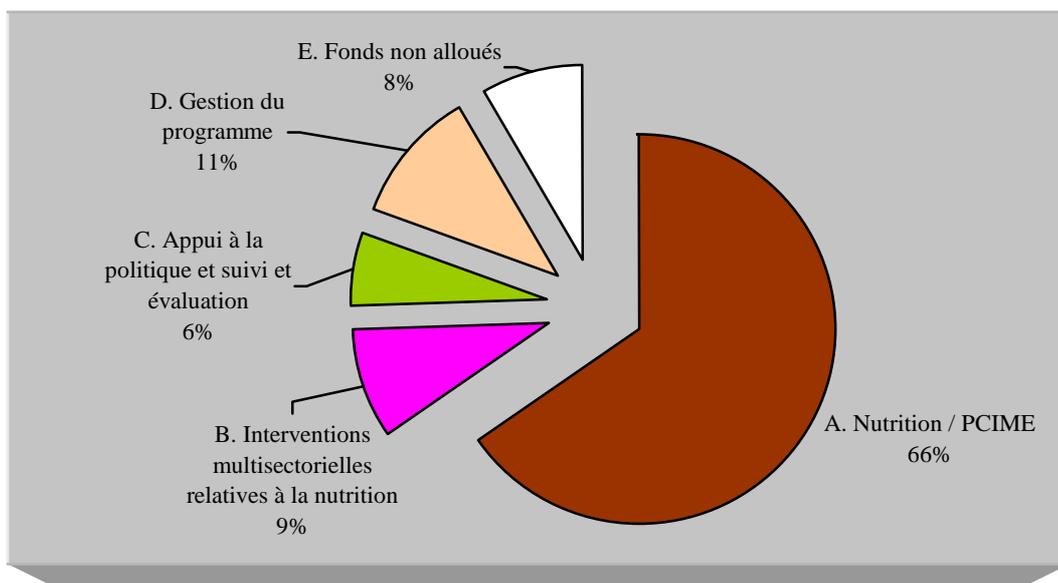
La composante « Interventions multisectorielles relatives à la nutrition » matérialise le caractère multisectoriel de la mise en œuvre des interventions de nutrition.

Cette composante est exécutée par les ministères notamment ceux de la Santé et de l'Education, à travers l'élaboration de plans stratégiques sectoriels sur la nutrition, qui serviront de cadres de collaboration avec le programme. Cette approche rendra plus visible la complémentarité entre les partenaires et participera au renforcement des capacités d'analyse en matière de nutrition.

Les autres secteurs ministériels seront mis à contribution pour développer une synergie entre le programme et les autres programmes existants dans différents ministères, au bénéfice des zones d'intervention.

La composante «Appui à la politique et suivi et évaluation » est destinée à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) et vise l'amélioration de la fonctionnalité de la CLM en matière de pilotage et de suivi des activités.

Le coût global du programme est estimé à 50,26 millions de dollars US et il sera financé par l'Etat du Sénégal avec l'assistance des partenaires au développement. Le budget par composante du programme se répartit comme suit :



Les résultats attendus sont les suivants:

Pour un investissement de moins d'un (1) USD per capita par an, le programme produira des résultats rapides de baisse de la malnutrition dans les zones d'intervention. Ces résultats seront obtenus grâce à la croissance adéquate des enfants suivis et à la qualité des services délivrés.

Le programme participera directement à la réalisation des OMD pour le Sénégal grâce :

- aux bénéfices économiques engrangés estimés à 273 milliards de FCFA pour les dix ans à venir, selon le « Profil » ;
- au renforcement du capital humain du pays avec l'effet de la nutrition sur le développement des capacités physiques et mentales ;
- à la création d'emplois et le développement d'initiatives communautaires visant l'amélioration des conditions de vie ;
- à l'amélioration des performances scolaires obtenue avec les interventions de supplémentation en fer associées au déparasitage des élèves ;
- au renforcement du leadership des femmes au sein de la communauté avec la discrimination positive qui sera opérée lors de la sélection des agents communautaires et les formations dispensées ;
- à la baisse de la mortalité infantile et maternelle qui sera obtenue avec l'amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des enfants.

Le programme contribuera au renforcement de capacités pour une amélioration durable de la situation nutritionnelle et pour la pérennisation des interventions de nutrition. Ce renforcement sera obtenu grâce :

- à l'acquisition de connaissance et l'adoption de comportements favorables pour la santé chez les mères et la communauté ;
- à la prise de conscience des populations sur les problèmes de développement que représente la malnutrition ;
- à la disponibilité de ressources suffisantes, facilitée par la position de la nutrition portée au plus haut niveau de décision politique, par le leadership renforcé de la CLM et par les résultats obtenus sur les bénéficiaires.

1. Introduction

1.1. Caractéristiques générales du pays

Le Sénégal est un pays sahélien, situé à l'extrémité Ouest du continent africain sur une superficie de 196.722 km². Il est subdivisé en 11 régions, 34 départements, 67 communes, 103 arrondissements et 324 communautés rurales. Sur le plan politique, le Sénégal est caractérisé par un système de démocratie avec l'existence de plusieurs partis politiques et la liberté de presse. Les échéances électorales sont en général respectées et depuis mars 2000 le pays a connu une alternance politique dans la gestion du pouvoir. Un processus de décentralisation a été amorcé avec le transfert de compétences de l'Etat vers les collectivités locales, mais des difficultés existent au niveau du transfert des ressources.

Avec un taux de croissance annuel de la population de 2,2% et un taux de natalité de 42‰, la population du Sénégal a été estimée à 10.500.000 habitants en 2004. Les jeunes âgés de moins de 20 ans représentent 58%, et les femmes représentent 52% de la population. L'espérance de vie à la naissance est de 52 ans et le taux de mortalité est encore élevé (17‰ contre 15‰ en Afrique Sub-saharienne). Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 121‰, ce qui signifie qu'environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Les causes principales de la mortalité infanto-juvénile sont les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies qui peuvent être prévenues par des vaccins.

La population sénégalaise est à majorité musulmane (94%). Le taux d'alphabétisation est estimé à 45% chez les hommes et 19% chez les femmes et le taux de scolarisation se situe à 55,7 %.

La prévalence de la pauvreté est estimée à 57% (ESAM II, 2002), mais elle est plus marquée chez les femmes. Cependant, selon les études sur la perception de la pauvreté par les chefs de ménages, 65% des ménages se considèrent comme pauvres et 23% déclarent être très

pauvres. Cette situation se traduit par la classification du Sénégal au 157^{ème} rang sur 177 pays, selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain de 2004.

Depuis 1994, une croissance positive est observée sur l'économie sénégalaise. La croissance réelle du PIB est estimée à 6% en 2004 et l'inflation a été limitée à 1,2 % en dépit des conséquences résultant de facteurs exogènes dont la hausse concomitante du prix du pétrole et du dollar des Etats-Unis.

Malgré un cadre macro-économique stable, la situation économique du pays reste caractérisée par un écart important entre les ressources publiques disponibles et les besoins nécessaires pour la lutte contre la pauvreté.

Face à ce contexte, le Gouvernement du Sénégal a pris de nouvelles options pour le développement du pays. Ces options s'inspirent du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), qui est une «vision et un cadre stratégique pour la Renaissance de l'Afrique», et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés pour 2015. Le Gouvernement du Sénégal dispose aussi d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui est l'outil de suivi des programmes prioritaires pour la lutte contre la pauvreté.

1.2. Situation nutritionnelle du pays

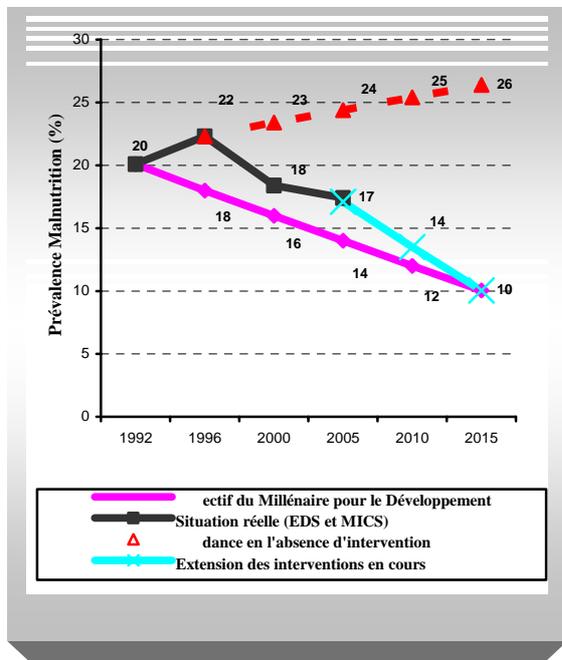
Selon les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSII et EDSIV), entre 1992 et 2005, les prévalences de l'insuffisance pondérale sont passées de 20% à 17%, le retard de croissance de 22% à 16%, la maigreur des enfants âgés de moins de 5 ans de 9% à 8%.

Ces résultats ont été obtenus grâce à l'efficacité des programmes de nutrition de grande envergure qui ont été mis en œuvre dans le pays. Le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) a contribué à l'atteinte

de ces résultats. Entre 2002-2005, le PRN a effectué un passage à l'échelle des interventions de Suivi Promotion de la Croissance (SPC) et de Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C.). Ainsi 20% de la population des enfants âgés de moins de 5 ans ont été touchés.

Au regard de l'évolution favorable de ces indicateurs de malnutrition, le Sénégal fait partie des pays qui ont un potentiel pour atteindre les OMD en 2015.

Figure 1 : Projection de l'évolution de l'insuffisance pondérale par rapport aux OMD

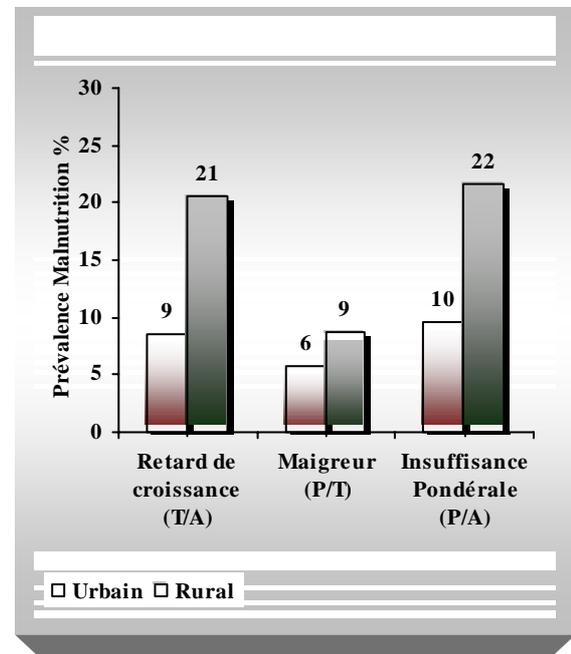


Sources: EDS II, EDS IV, MICS I, MICS II

La situation nutritionnelle du Sénégal est aussi caractérisée par les carences en micronutriments, qui restent élevées malgré les interventions développées dans le pays. L'anémie est présente chez 84% des enfants de moins de 5 ans et chez 61% des femmes. Le goitre est endémique dans la partie Sud-Est du pays, avec une prévalence de 34% allant par endroit jusqu'à 51% (MICS I). L'iodation universelle du sel produit tarde à se réaliser, 50% seulement du sel produit par les petits et moyens producteurs de sel est iodé. La carence en vitamine A pose un problème de santé publique, elle est estimée à 61% chez les enfants de moins de 6 ans et elle est la cause

Mais comme indiqué sur la figure 1 le taux de réduction de la malnutrition n'est pas encore suffisant pour garantir l'atteinte des OMD en 2015. Il faut accentuer la pente actuelle de baisse de la malnutrition, en intensifiant les interventions de nutrition et en mettant l'accent sur la zone rurale où la malnutrition est plus élevée : 22% pour l'insuffisance pondérale contre 10% en milieu urbain et 21% pour le retard de croissance contre 9% en milieu urbain (Figure 2).

Figure 2 : Etat nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans en fonction du milieu de résidence



Source : EDS IV

sous-jacente de 30% de la mortalité infantile juvénile.

1.3. Analyse des déterminants

Comportements alimentaires – Au Sénégal, l'allaitement maternel est largement pratiqué et de manière prolongée, plus de 42% des enfants âgés de 20 à 23 mois sont encore au sein (EDSIV). La pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) reste encore faible, malgré les progrès notés 24% contre 34% entre MICSII-2000 et EDSIV-2005. A cela s'ajoute, une introduction inadéquate de l'alimentation

complémentaire qui se fait soit trop tôt soit trop tard. Par exemple, selon les données de EDS IV, 32% des enfants de moins de 2 mois reçoivent de l'eau. Ces pratiques alimentaires inappropriées, constituent des déterminants importants de la malnutrition.

Maladies de l'enfant – La fréquence encore élevée de la maladie chez les enfants (diarrhée 22%, fièvre 3%, infections respiratoires aiguës 13%) (EDS IV), l'inadéquation de la prise en charge de l'enfant malade et les problèmes de référence à temps dans les structures sanitaires, demeurent des causes importantes de la malnutrition. Pour s'attaquer à tous ces facteurs, le Sénégal a adopté la Stratégie de Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C.).

Le PRN a particulièrement contribué à la mise en place de la PCIME-C. Au Sénégal, 34 districts sur les 55 que compte le pays sont actuellement touchés par le programme. Des résultats probants sont enregistrés. Selon les données de EDS IV, parmi les enfants qui ont eu une infection respiratoire aiguë (IRA) ou de la fièvre, un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 38% d'entre eux. 50% des enfants diarrhéiques ont bénéficié à domicile d'un traitement approprié de Thérapie de Réhydratation Orale (TRO).

Qualité des soins - Elle concerne aussi bien l'enfant que la mère et elle reste très liée à la position sociale des femmes. Les données enregistrées dans les différentes études indiquent un lien entre les rôles, statuts et responsabilités assignés aux femmes dans la société sénégalaise et la situation nutritionnelle qui y est observée.

Selon le plan national d'action pour la femme (1997-2001), les femmes en milieu rural constituent 60% de la force de travail et assurent environ 70% de la production vivrière. Il n'est pas rare que de lourds travaux continuent à être exécutés par les femmes à un stade avancé de la grossesse. Ces pratiques ont des conséquences directes sur la santé reproductive des femmes. Elles sont également des facteurs explicatifs de la prévalence encore élevée des faibles poids de naissance, estimée selon l'enquête initiale du PRN de 2004, à

11% dans les régions de Fatick, Kaolack et Kolda.

Sur un autre plan, différentes études relatent un lien entre le niveau d'éducation de la mère et l'état nutritionnel de l'enfant. L'absence ou le faible niveau d'éducation freine les capacités de compréhension des problèmes y compris dans le domaine de la santé. EDS IV indique une relation entre le retard de croissance et le niveau d'instruction des mères. Le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans est de 19% chez les mères non scolarisées, 11% pour celles qui ont le niveau primaire et seulement 5% chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus.

Eau et assainissement – Selon le DSRP (2005), l'accès à l'eau potable a progressé entre 2000 et 2004, passant de 78% à 90% en milieu urbain et de 56% à 64% en milieu rural. Des disparités existent selon les régions, en 2005, le taux d'accès est supérieur à 70% pour les régions de Dakar et Diourbel. Il est compris entre 50% et 70% pour les régions de Fatick, Thiès, Saint-Louis et Matam ; pour les autres régions, le taux est compris entre 22% et 46%. Le système d'assainissement est faible, en 2004, il est de 57% en milieu urbain contre 17% pour les ménages ruraux. Dans la région de Dakar, 64% des ménages disposaient d'un système adéquat d'assainissement, contre 39% des ménages dans les autres centres urbains. Le système de collecte des ordures n'est toujours pas satisfaisant aussi bien pour les populations que pour les pouvoirs publics.

Cette situation pose de véritables problèmes d'environnement et de dégradation du cadre de vie. Elle est une cause majeure de la prévalence encore importante des maladies diarrhéiques et de la recrudescence de l'épidémie du choléra observée entre 2004 et 2005.

Sécurité alimentaire - Le Sénégal est obligé de recourir à l'importation pour couvrir ses besoins alimentaires et notamment en céréales. Selon les estimations des services de statistiques agricoles, la production nationale des céréales qui constituent la base de l'alimentation, n'a couvert que 35% des besoins pour l'année 2002/2003. Pour la campagne 2004/2005, les disponibilités internes comprenant la production

nationale nette et les stocks sont évalués à 1.007.764 tonnes et ne couvrent que 44 % des besoins de consommation humaine. Cette situation a pour conséquence des importations encore massives de céréales.

Le disponible journalier en calories et en protéines est satisfaisant, il est respectivement de 2.861 kcal pour une norme de 2.400 kcal et de 101 grammes de protéines pour une norme de 70 grammes. Mais ceci cache une disparité d'accès à la nourriture. La faim sévit au Sénégal. Elle touche 24% de la population d'après les estimations de la FAO.

Situation d'urgence Ces dernières années, le Sénégal a eu à faire face à des calamités naturelles : invasion acridienne en 2004, inondations récurrentes, épidémies de choléra depuis 2004. Ces calamités sapent les efforts entrepris par le pays et méritent une meilleure prise en compte dans les programmes de développement.

1.4. Bilan de la phase 1

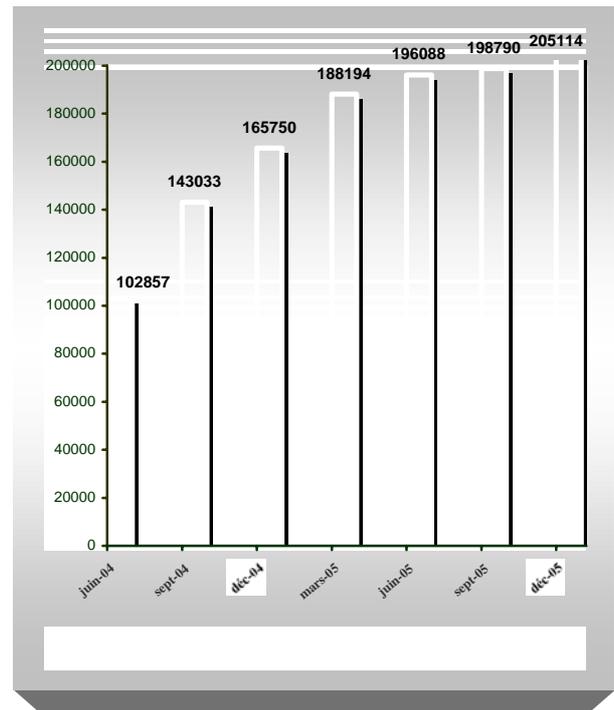
1.4.1. Réalisations

Lors de la première phase du PRN, des réalisations majeures ont été obtenues aussi bien sur le plan de l'amélioration du statut nutritionnel des cibles du programme que du renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles du pays.

Baisse de 62% de la malnutrition dans les zones du PRN

Au cours de cette phase, plus de **200.000 couples mère-enfants** ont bénéficié mensuellement du suivi promotion de la croissance, soit **un taux de réalisation de 120% par rapport aux objectifs du programme**. Rapporté au niveau national, le PRN a eu à couvrir plus de 20% des enfants de moins de 3 ans au Sénégal.

Figure 3 : Evolution du nombre de couples mère enfants touchés

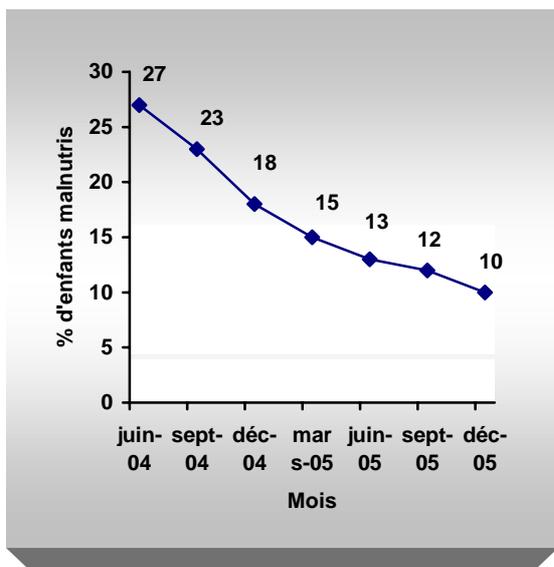


Source : données de suivi du programme

L'atteinte de cet objectif repose en grande partie sur les capacités des **12 AEC sélectionnées** au bout d'un processus rigoureux et respectueux des principes de transparence et d'équité. A travers les **924 sites** qu'elles ont implantés dans les **34 districts couverts** par le programme, près de **2.500 relais** issus de la communauté ont été formés et délivrent des services de qualité basés sur des approches adaptées à leur zone d'intervention.

Ainsi, entre les mois de juillet 2004 et décembre 2005 le pourcentage de malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans est passé de 27 à 10% dans les zones d'intervention du PRN soit une **baisse de 62%**, là où l'**objectif de la phase était de 25%**.

Figure 4 : Evolution de la malnutrition dans les zones d'intervention du PRN



Source : données de suivi du programme

Ces résultats sont aussi le fait d'une combinaison d'actions avec la mise en place d'initiatives communautaires telles que les

champs collectifs, les jardins et tables potagers qui contribuent à l'amélioration de la sécurité alimentaire. Lors de cette phase 100% des sites ont bénéficié des initiatives communautaires « small grant ».

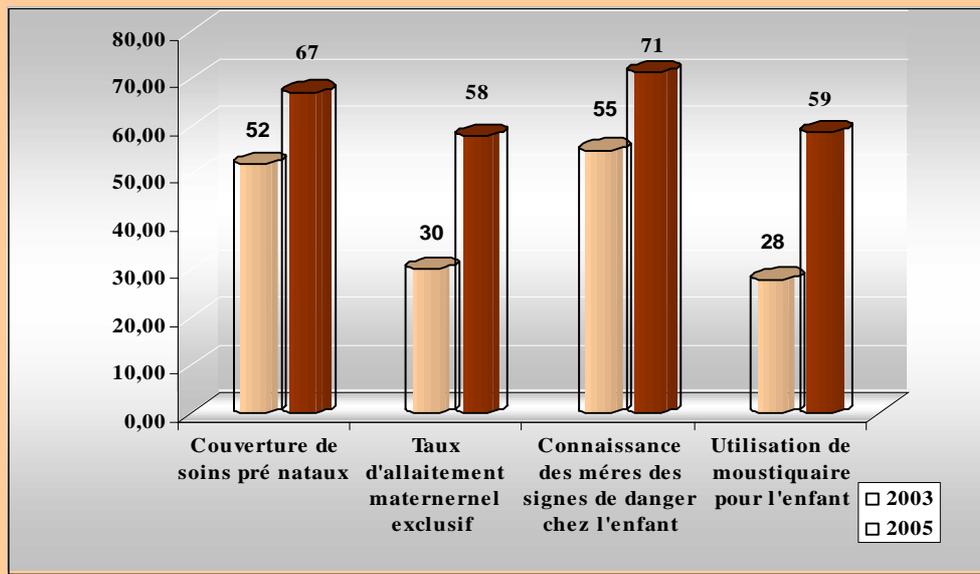
L'amélioration du statut nutritionnel dépend en grande partie de l'adoption de comportements adéquats par les mères et gardiennes d'enfants dans la prise en charge de la croissance des enfants. Ainsi entre autres, plus de **200.000 femmes ont participé tous les mois à des causeries éducatives sur la nutrition organisées au niveau communautaire.**

Encadré 1 : Résultats clés des enquêtes sur les connaissances, pratiques et couvertures

Des progrès significatifs dans l'adoption des comportements adéquats à une bonne croissance des enfants

Entre 2003 et 2005 le PRN est intervenu dans 34 districts du Sénégal et a touché mensuellement au cours de cette période plus de 200 000 couples mères enfants. Dans le but de disposer d'une évaluation de son intervention des enquêtes CPC - Connaissances Pratiques et Couvertures - ont été

menées dans chaque district au début et à la fin de l'intervention. Des progrès très significatifs ont été accomplis dans les différents domaines en rapport avec l'alimentation, la nutrition et la santé de l'enfant et de la mère dans les zones couvertes par le programme.



Sources : enquêtes CPC 2003, 2005 des projets des AEC du PRN

Notamment, en ce qui concerne les indicateurs de performance de la première phase :

Les femmes enceintes des zones d'intervention suivent mieux leur grossesse cela se traduit par une augmentation de 29% du pourcentage des femmes effectuant les 3 consultations prénatales entre 2003 et 2005, pour un objectif fixé à 30% lors de la première phase.

Pour ce qui est du pourcentage d'enfants allaités exclusivement au lait maternel jusqu'à 6 mois dans les zones d'intervention du PRN, il est passé de 30% à 58%. Soit une augmentation de 93%.

Quant au pourcentage des mères ou responsables d'enfants reconnaissant au moins deux signes de gravité chez l'enfant malade il augmente de 30 % dans les zones d'intervention.

Par ailleurs, la proportion de mères ou gardiennes dont le ménage possède une moustiquaire a augmenté de 110% passant de 28% à 59% entre 2003 et 2005.

L'existence d'une masse critique d'acteurs capables de mettre en œuvre des interventions efficaces de nutrition / PCIME a été une condition indispensable à la réussite du programme.

Ainsi, dans les 924 sites, les mères, et autour d'elles la communauté se sont appropriées la lutte contre la malnutrition avec une amélioration de leurs connaissances et l'adoption de comportements adéquats dans la prise en charge de la croissance de leurs enfants grâce à des activités de CCC.

Grâce au programme le pays dispose de 2.500 relais issus de la communauté et formés, et de comités de suivi des sites au niveau local qui garantissent l'appropriation de la lutte contre la malnutrition.

D'autre part, 100% du personnel des AEC a reçu une formation en gestion administrative et financière, en suivi évaluation des projets et en passation de marchés, 23 formateurs et 163 agents communautaires représentant 100% des AEC ont également été formés en PCIME-C. Concernant les agents des ministères, ils ont bénéficié de formations en PCIME- C, en passation de marchés ou de formations spécifiques en nutrition, communication.

Une fluidité dans la mise en œuvre a été obtenue grâce à une bonne maîtrise des processus

Pour une efficacité dans la mise en œuvre du programme, la CLM a mis le focus sur la maîtrise de certains processus, notamment lors de la sélection rigoureuse et transparente des AEC et du personnel du BEN; dans l'accompagnement des acteurs du programme avec l'approche du « Learning by doing », et les Missions d'appui aux projets (MAP).

Des approches novatrices de la Communication pour le Changement de Comportement ont été testées par les AEC

Les AEC ont testé des approches basées sur les valeurs culturelles et sociales de leurs zones d'intervention par exemple la « stratégie grand mères », le « cercle de solidarité des femmes enceintes », la « stratégie dahiras » (cf encadré ci-après)...

Plus de 80% des projets ont un coût par enfant inférieur aux normes fixées

Les interventions ont été largement coût-efficaces et cela conformément aux objectifs fixés au PRN. Ceci a été rendu possible en bonne partie grâce à l'engagement et la participation communautaire.

Encadré 2 : Des stratégies novatrices**Les Grands mères piliers incontournables dans le changement de comportement***Elargissement de l'audience des acteurs communautaires au sein de la famille*

Dans la famille sénégalaise, les femmes âgées (grand-mères, belles-mères...) sont généralement respectées pour leur expérience dans la promotion de la santé et la prise en charge de la maladie. Elles gardent et protègent la maison et la famille sur le plan domestique et mystique et elles jouent également un rôle important dans la médiation entre les membres de la famille. Enfin, elles appuient les jeunes mères et leurs maris dans la gestion des travaux domestiques et la dépense quotidienne. Les grand-mères disposent aussi d'une influence considérable sur les jeunes mères, les chefs de famille et les petits-

enfants. Les décisions et comportements relatifs à la santé/nutrition à l'intérieur de la maison comme dans la communauté sont fortement influencées par les grand-mères. Elles ont été éduquées et formées à partir du référentiel traditionnel. Par conséquent, elles ont plus tendance à conseiller les jeunes mères à appliquer des pratiques relevant du substratum culturel et religieux.

La stratégie grand mère se fonde sur une prise en compte des valeurs et rôles des Grand-mères et vise à renforcer leurs capacités à apprendre de nouveaux concepts de Santé/Nutrition et, ainsi, à modifier leurs conseils et pratiques pour la promotion de certains comportements clés.

L'approche consiste à utiliser une méthode participative d'éducation pour la Santé avec des réseaux de grand mère afin de négocier l'intégration de nouvelles pratiques de survie de l'enfant et santé de la mère dans les pratiques traditionnelles positives. Les supports utilisés sont des histoires sans résolution et des chansons. Les techniques d'animation telles que la causerie sont utilisées.

Lors de la phase test les résultats suivants ont été observés : (i) valorisation de l'image de la grand-mère dans la communauté : « Généralement on ne nous associe à rien alors que vous nous impliquez dans les activités de santé et nutrition », disent-elles souvent ; (ii) élargissement de l'audience des acteurs communautaires au sein de la famille : les grand-mères sont désormais considérées et interpellées sur les questions relatives à la santé et la nutrition familiales lors des Visites à Domicile (VAD) ; (iii) renforcement de la mobilisation des jeunes mères et des hommes autour des activités de santé et nutrition grâce au plaidoyer fait par les grand-mères à domicile ; (iv) apport par les grand-mères de bonnes pratiques traditionnelles en santé et nutrition partagées avec les jeunes mères et enfin, (v) installation progressive d'un consensus familial autour des messages de santé et nutrition véhiculés par le projet.

Le Cercle de solidarité des femmes enceintes à Joal, Thiadiaye et Mbour

Des personnes qui partagent les mêmes conditions de vie, les mêmes contraintes ou qui souffrent des mêmes maux sont généralement très réceptifs aux conseils de leurs pairs. Les témoignages et expériences de personnes ayant vécu les mêmes problèmes peuvent constituer un support important pour aider les moins expérimentés à apprendre des autres. Le cercle de solidarité des femmes enceintes est un essai de thérapie de groupe, de soutien mutuel et de partage d'expériences entre des femmes à un moment donné de leur vie reproductive. La stratégie a été expérimentée en 2003 dans les zones rurales de Joal, Thiadiaye et Mbour. L'adaptation en zone urbaine a démarré en 2004 dans la commune de Mbour.



La stratégie vise à : (i) amener les femmes enceintes à sortir de l'isolement dont elles sont victimes du fait des effets de la pesanteur socio-culturelle ; (ii) faciliter la communication et le partage d'expériences de vie entre personnes (femmes enceintes) qui partagent un même vécu ; (iii) créer un cadre de communication et d'entraide entre femmes issues du même milieu.

Elle se fonde sur les principes du sociodrame, de la dynamique de groupe et de la psychothérapie (« penc ») utilisée en sciences sociales. La stratégie repose sur une discussion ouverte entre femmes enceintes pour un partage critique d'expériences autour de questions spécifiques en rapport avec le vécu d'une femme enceinte. L'animateur est un facilitateur du processus.

Quelques résultats probants ont été observés dans certains sites : (i) le rassemblement et les échanges entre femmes enceintes ont vaincu le tabou de parler en public de leur grossesse ; (ii) une augmentation et une régularité de la fréquentation des services de santé par les femmes enceintes ; (iii) la constitution de caisses pour aider les plus démunies à acheter les médicaments prescrits lors des CPN, (iv) grâce au partage d'expériences et conseils certaines femmes démunies sont amenées à anticiper sur la préparation financière de leur accouchement et sur la disponibilité du « tokhantal » avant la délivrance ; (v) les hommes viennent régulièrement aux réunions et participent à des causeries grâce au plaidoyer de leur femme membre du cercle de solidarité.

La stratégie d'implication des dahiras dans les interventions nutritionnelles du projet « SUUXAT NJABOOT DE TOUBA »



A Touba, il existe une prégnance de la culture islamique dans la communauté. La plupart des femmes et des jeunes

sont affiliés à des regroupements appelés « dahiras » qui constituent un ancrage local dans la ville de Touba. Les changements de comportements tant au niveau familial que communautaire sont portés par ces dahiras.

Le projet SUUXAT NJABOOT DE TOUBA utilise cette dynamique communautaire pour favoriser l'adoption de comportements clés en santé / nutrition et faciliter l'appropriation du projet.

Pour se faire le projet développe l'implication des leaders religieux pour diffuser les messages et obtenir la mobilisation de la communauté autour du projet.

Grâce à cette approche, le projet a enregistré de forts taux de présence dans toutes ses activités.

La Positive Déviance à Vélingara

Le principe de la Positive Déviance repose sur des individus dans la communauté dont les habitudes et comportements peu communs leur permettent soit d'éviter un problème ou de trouver de meilleures solutions aux problèmes que leurs voisins ou collègues qui ont accès aux mêmes ressources.

Ainsi, à travers les Foyers d'Education, de Réhabilitation Nutritionnelle et d'Eveil (FARNE), la positive déviance permet aux communautés vulnérables de surmonter le problème de la malnutrition.

Cette stratégie repose sur : l'apprentissage par la pratique répétée de nouvelles habitudes dans un environnement sécurisant ; le support affectif des autres participants pour faciliter l'acquisition de nouvelles habitudes : la contribution journalière à la nourriture et le fait d'être témoin du changement physique et psychologique de l'enfant au cours d'une session.



Dans le projet de Vélingara, la communauté, avec leurs propres moyens et d'une manière durable font la réhabilitation nutritionnelle des enfants malnutris sur une période donnée. De plus, les solutions locales identifiées permettent d'installer des habitudes adéquates dans la prise en charge des enfants et ainsi d'empêcher la survenue d'autres épisodes de malnutrition chez les enfants de la communauté.

Signature de 4 lettres d'exécution technique

A travers le PRN, le gouvernement du Sénégal a manifesté sa volonté de lutter contre la malnutrition en s'attaquant à ses déterminants multifactoriels. Cela s'est traduit par l'implication effective de trois ministères et d'une agence nationale : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Ministère Délégué chargé de l'alphabétisation des Langues Nationales et de la Francophonie, Ministère de l'éducation et Agence de la case des tous petits.

Institutionnalisation effective de la CLM.

La CLM a été fonctionnelle et cela s'est traduit par :

- la réactualisation de la lettre de politique de nutrition afin de mieux l'articuler sur les OMD et le DSRP. Le processus de réactualisation a été conduit avec la participation de toutes les parties prenantes ;
- une meilleure coordination des interventions de nutrition au Sénégal à travers la mise en place de cadre de concertation et l'installation d'une dynamique de partenariat entre les différents acteurs ;
- le suivi des projets comprenant des missions de prise de contact, des missions d'appui pour des activités spécifiques (ateliers décideurs locaux, lancement...) et des missions de suivi des activités.

Outre ce volet de coordination, la CLM dans son rôle de facilitation a eu à faire le plaidoyer auprès des autorités décentralisées pour leur implication effective dans la mise en œuvre et le suivi des projets de leur zone de responsabilité avec la mise en place de 10 comités régionaux de suivi du programme. Enfin grâce à un fort leadership de la CLM, une **allocation additionnelle substantielle de ressources au programme pour assurer une continuité des activités entre la première et**

la deuxième phase du programme a été obtenue.

Une gestion efficiente du programme

A fin décembre 2005, le taux de décaissement du PRN s'établit à 91,5%. Ce résultat a pu être obtenu grâce à :

- un système décentralisé qui permet au siège et à chaque bureau régional de tenir sa comptabilité et de rendre compte de ses opérations et de son fonctionnement mensuellement. Avec ce dispositif, le PRN a assuré une production de qualité et régulière de ses états financiers et de ses rapports de gestion, notamment de ses RSF. Ce qui lui a valu d'être cité parmi les « top ten des best practices » de la Banque Mondiale en matière de RSF ;
- un système de planification maîtrisé. Ce système assis sur la planification opérationnelle systématique et rigoureuse s'est traduit par les résultats qui suivent :
 - 92% de taux de réalisation du plan d'action 2005 contre 89% en 2004 et 82% en 2003 ;
 - maîtrise des coûts de gestion du programme.
- un système de suivi intégrant les activités quotidiennes au niveau des sites d'intervention, à travers une collecte des données mensuelles. Il permet de mesurer et d'analyser différents aspects de la performance des AEC (cf encadré ci-après)
- une gestion de la performance basée sur une évaluation des ressources humaines, opérationnelle, bien partagée par toute l'équipe ;
- et l'anticipation des missions d'audit par une préparation rigoureuse.

Encadré 3 : Un système de suivi performant

Le système de suivi du Programme de Renforcement de la Nutrition intègre les activités quotidiennes au niveau des sites d'intervention du programme, à travers une collecte des données mensuelle. Il permet de mesurer et d'analyser différents aspects de la performance des AEC tels : le pourcentage d'enfants pesés ; le pourcentage d'enfants malnutris ; le pourcentage d'enfants ayant gagné du poids ; le pourcentage de causeries effectuées ; le pourcentage de présence aux causeries ; le pourcentage d'enfants 6-59 mois supplémentés en vitamine A ; le pourcentage d'enfants 6-59 mois déparasités. Le système de suivi sert de base à la supervision qui entre dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services du programme. Il permet aussi d'alerter les acteurs du programme lorsque des mesures correctives s'imposent face à une tournure prise par un ou plusieurs aspects du programme.

Les AEC du PRN disposent d'outils adaptés pour la collecte des données au niveau communautaire. Ainsi, des informations importantes pour le suivi des performances sont collectées mensuellement dans les sites, parmi lesquelles : le nombre d'enfants pesés ; le statut nutritionnel des enfants pesés ; le nombre d'enfants ayant gagné du poids ; le nombre de causeries effectuées (prévu et réalisé) ; le nombre de participants aux causeries (prévu et réalisé) ; le nombre d'enfants supplémentés en vitamine A (prévu et réalisé) ; etc. Ces informations sont collectées par l'ARC, formé

à l'utilisation des outils, sous la supervision de l'AC qui les transmet à l'AEC. Cette dernière est chargée de la saisie de ces informations dans une application informatisée développée par le BEN. Ce système informatisé permet de traiter les données des sites, de fournir les indicateurs de performance par site et par projet. Les données fournies par chacun des projets sont compilées par le système informatisé pour fournir le niveau des performances par région et sur le plan national.

Les acteurs du PRN disposent mensuellement du niveau des performances permettant d'édifier sur l'état d'avancement de la mise en œuvre dans les districts d'intervention. Cette disponibilité de l'information permet de faire une analyse des résultats atteints et de prendre les mesures pour améliorer les performances.

Les informations collectées et traitées sont la base des rapports produits par les AEC et partagés avec les Districts de Santé et Régions Médicales.

Le BEN effectue l'analyse des performances des projets des AEC pour planifier les Missions d'Appui aux Projets permettant ainsi d'appuyer les projets dans le sens de l'amélioration continue de la qualité des services.

Le schéma ci-après décrit le système de suivi selon les acteurs par niveau et les activités menées :

Niveau	Acteurs	Remontée de l'information	Rétro information
National	BEN AEC Directions Ministère de la Santé	Compilation des données des projets 11 régions	Analyse des performances et rétro information aux BER et régions médicales
Régional	BER AEC Régions médicales	Compilation des données des projets de la région	Analyse des performances rétro information aux AEC et Districts de Santé
District	Chef de Projet AC Districts de Santé	Compilation des données des sites	Analyse des performances et rétro information aux ARC et Postes de Santé
Site	ARC Comité Pilotage Bénéficiaires	Collecte des données par l'ARC sous la supervision de l'AC	Analyse des performances et rétro information à la communauté (restitution communautaire)

1.4.2. Leçons apprises

La phase I du PRN avait pour objectif de tester de nouvelles approches dans le cadre de la lutte contre la malnutrition au Sénégal. Ainsi des leçons ont été tirées de l'expérience et seront intégrées dans la deuxième phase pour une amélioration de l'efficacité du programme.

Leçon 1. Une approche holistique permet un meilleur impact des interventions de nutrition

Leçon 1.1 - La nutrition est un des piliers de la lutte contre la pauvreté et figure dans les indicateurs des OMD. Une analyse des résultats du PRN montre que seul un passage à l'échelle des interventions efficaces identifiées lors de la première phase nous permettra de pouvoir prétendre à l'atteinte des objectifs du millénaire en 2015.

Leçon 1.2 - Dès l'entame du PRN, un accent particulier a été mis sur l'importance de la multisectorialité, ainsi 4 lettres d'exécution technique ont été financées avec le secteur de la santé et de l'éducation au cours de la première phase. De cette expérience il est ressorti que pour une meilleure coordination des interventions de nutrition et dans l'optique de la pérennisation, une vision à long terme doit être adoptée avec la mise en place d'un plan stratégique sectoriel nutrition.

Leçon 1.3 - Il a été reconnu que l'approche cycle de vie permet d'avoir un impact plus pérenne, car l'action sur les futures mères dès leur adolescence et même plus tôt permet d'installer les comportements adéquats de façon durable et d'avoir des mères préparées aussi bien sur le plan physique que des pratiques pour une bonne croissance des enfants.

Leçon 2. Des actions plus ciblées sont nécessaires pour une meilleure efficacité des interventions.

L'accent doit être mis sur les enfants âgés de moins de 2 ans, période où survient la malnutrition et où la notion de prise de poids doit être plus pointue avec l'introduction du gain de poids adéquat. Au Sénégal, le Ministère de la Santé et de la Prévention a testé

cette approche dans le district de Kébémér et obtenu des résultats probants.

Leçon 3. L'implantation et l'exécution du projet sont largement facilitées quand elles s'appuient sur le dynamisme communautaire.

Leçon 3.1 - Lors de la première phase il a été noté au niveau communautaire qu'un fort plaidoyer auprès des leaders d'opinion, des maris et des grands-mères favorise l'atteinte des objectifs, que la participation et l'implication de la communauté à tous les niveaux et particulièrement dans le suivi est un facteur de succès dans la mobilisation communautaire et que l'implication et la responsabilisation des autorités locales, des leaders communautaires et des chefs religieux durant tout le processus de mise en œuvre du projet favorisent la pérennisation des acquis.

Leçon 3.2 - Pour faire vivre les sites et maintenir la mobilisation autour de ceux-ci il est indispensable de mettre en place des stratégies de motivation (aussi bien au niveau des acteurs que des bénéficiaires). Celles-ci peuvent revêtir différents formats tels que la délivrance de services de qualité, la mise en place de petits projets communautaires, de séances de démonstrations culinaires, le renforcement des capacités ou encore des échanges d'expériences entre les différents sites des AEC.

Leçon 4. L'implication des collectivités locales est un gage de pérennisation

Une bonne compréhension de la nutrition, une implication à tous les stades et particulièrement dans le suivi des activités de nutrition amène la prise en charge de la nutrition au niveau communautaire. Cela s'est traduit concrètement au cours de la phase I du PRN par des inscriptions dans les Plans Locaux de Développement et une allocation de ressources à la nutrition. Nous pouvons citer l'exemple de Sédhiou où sur 70 sites, les locaux des 66 ont été fournis par les communautés rurales ou les communes.

Leçon 5. Le suivi promotion de la croissance au niveau communautaire est une intervention coût efficace

Lors de la première phase du PRN plus de 80% des projets ont un coût par enfant inférieur aux normes fixées (8 USD en milieu urbain, et 4 USD en milieu rural).

Leçon 6. La collaboration entre le système de santé et le programme a permis la mise en œuvre d'activités communautaires en rapport avec la politique de santé

Leçon 6.1 - Dans le cadre de la nouvelle approche du PRN, l'implication des services du ministère de la santé à tous les niveaux est primordiale. Les activités ont été développées au niveau communautaire sur la base de la politique définie par le Ministère de la santé et de la prévention. Ce dernier assure également la qualité des services délivrés.

Leçon 6.2 – L'intégration du système de santé dans le schéma d'intervention du programme a permis : une mise à disposition d'outils prêts à l'utilisation tels que les cartes conseil, les manuels de formation ; le développement très rapide de la PCIME-C au Sénégal, avec un passage à l'échelle dans 34 districts sur les 55 que comptent le pays.

Leçon 6.3 - la contractualisation avec les ONG est déterminante dans la délivrance de services communautaires. En effet grâce à leur expertise dans le développement communautaire et leur expérience de terrain elles ont pu toucher plus de 200.000 couples mères enfants en moins de deux ans.

Leçon 6.4 - Le PRN dispose à ce jour de 924 sites communautaires opérationnels implantés dans 34 districts sur les 55 que comptent le Sénégal ce qui représente un réseau communautaire efficace de distribution de produits tels que les moustiquaires imprégnées, la vitamine A, le fer, les sachets de SRO. Sur un autre plan, le dispositif communautaire du PRN a facilité l'exécution des campagnes

de vaccination, de supplémentation en vitamine avec une forte implication des relais.

Leçon 6.5 - Pour le système de santé les sites communautaires représentent une opportunité pour toucher de façon rapide et efficace les enfants. D'autre part un système de suivi permettant de disposer des chiffres mensuellement devrait leur permettre de renforcer leur monitoring avec une meilleure intégration des données issues des sites du PRN dans le SIG de la santé.

Leçon 6.6 – Pour que le programme s'assure que les activités appuyées contribuent efficacement à l'atteinte des OMD la CLM va appuyer le ministère de la santé pour la réactualisation du plan stratégique de la nutrition et l'opérationnalisation de ce dernier dans les Plans Opérationnels (PO) des districts.

Leçon 7. La pro activité est un élément majeur pour la réussite du programme

Leçon 7.1 – Partant de l'expérience de la phase I, La CLM a élaboré un plan stratégique de la phase II. Cette adaptation entre les deux phases a été possible grâce au type de programme qui est un Adaptable Program Loan (APL).

Leçon 7.2 – La pro activité dans la préparation de la deuxième phase en anticipant sur l'élaboration des documents, des outils de formation et de suivi et sur la sélection des projets des AEC est nécessaire pour un démarrage rapide des activités de terrain. En effet pour une première phase d'une durée de 3 ans, 1 an et demi a été consacré à l'implantation du programme.

Leçon 7.3 - Le programme dispose d'outils de gestion et de communication qui permet une mise à niveau rapide et facilite ainsi l'implication des nouveaux membres. Ceci est particulièrement important au niveau de la CLM ou il a été noté un changement fréquent des différents représentants.

2. Description de l'intervention

2.1. Nouveaux défis et options stratégiques du Gouvernement

Le Sénégal vient d'adopter la résolution finale de l'Assemblée Générale des Nations Unies de 2005. Il a ainsi renouvelé son engagement pour l'amélioration des conditions de vie de sa population et en particulier pour la réalisation des OMD d'ici 2015. Si l'on se rappelle le rôle important de la nutrition pour l'atteinte des OMD et notamment pour celui portant sur la réduction de l'extrême pauvreté et la faim, l'on comprend que la question de la lutte contre la malnutrition soit devenue un défi majeur pour le Sénégal.

Pour relever ce défi, le Sénégal a réactualisé sa Lettre de Politique de Développement de la Nutrition qui a été mieux articulée autour des OMD et du DSRP. Le processus de réactualisation a été conduit avec la contribution de toutes les parties prenantes. Dans sa version actuelle, la Lettre de Politique de Développement de la Nutrition vise la « réduction de moitié du nombre de personnes souffrant de la faim et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans ». Les objectifs suivants sont visés (i) réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants 0-5 ans ; (ii) éliminer durablement les troubles liés aux carences en iode et l'avitaminose A ; (iii) réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie, notamment ferriprive ; (iv) assurer une disponibilité et un accès durable à une alimentation en quantité et en qualité suffisantes pour toute la population, en particulier pour les personnes vulnérables ou vivant avec le VIH/Sida.

2.2. Choix stratégiques du Programme

Rappelons que le Programme de Renforcement de la Nutrition est divisé en trois phases :

PHASE 1 - (2002 - 2006) Le but de la première phase consistait à tester des stratégies d'interventions communautaires de nutrition/PCIME et à préparer l'extension de ces interventions en zone rurale tout en

consolidant les résultats acquis dans le précédent projet de nutrition communautaire (PNC). Il s'agissait ici de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) et de ses partenaires publics et privés pour la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de nutrition. Il s'agissait également de restructurer les centres urbains de nutrition en initiant une approche de nutrition communautaire durable. A la fin de la première phase, le PRN devait toucher 170.000 enfants de moins de 36 mois et 50.000 femmes enceintes et allaitantes à travers les activités du programme.

PHASE 2 - (2007 - 2011) La deuxième phase verra l'extension des interventions de nutrition et de PCIME communautaire, avec une amélioration des capacités de mise en œuvre, afin de toucher plus de 50% de la population rurale dans les 11 régions du pays.

PHASE 3 - (2012 - 2015) Il s'agira d'assurer une couverture nationale des interventions. A la fin du programme, le Sénégal disposera de mécanismes institutionnels effectifs et fonctionnels capables de fournir des services de nutrition coût efficaces adaptés aux besoins et avec la participation des communautés et des autorités locales.

Les stratégies qui étaient définies pour la première phase du programme, portaient sur l'identification d'approches coût/efficaces, la clarification des rôles et le renforcement du partenariat entre les différents intervenants en nutrition. Pour la deuxième phase du programme, ces mêmes stratégies seront maintenues, mais elles seront renforcées par de nouvelles qui comprennent :

- *l'approche cycle de vie* qui sera adoptée pour prendre en compte toutes les cibles qui peuvent contribuer à l'objectif de réduction de moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants 0-5 ans d'ici 2015. Ainsi, en plus des enfants qui demeurent la cible première, les femmes en âge de procréer et en particulier celles

qui sont enceintes seront touchées pour intervenir dès la vie fœtale et prévenir le faible poids de naissance qui est une cause importante de malnutrition. De même, les adolescentes seront ciblées pour pouvoir bien les préparer dans leur rôle de futures mères ;

- **la multisectorialité** qui sera renforcée pour s'attaquer aux causes multiples de la malnutrition. En plus de l'implication des secteurs ministériels, le programme va s'ouvrir au secteur privé ;
- **le passage à l'échelle** des interventions nutritionnelles ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur efficience sera effectué. En touchant ainsi un nombre plus important de la population cible, les résultats seront suffisamment significatifs pour produire un impact réel sur le niveau des indicateurs nutritionnels du pays ;
- **l'apprentissage par l'action (learning by doing)**. La deuxième phase va se construire sur l'expérience acquise lors de la première phase et l'accent sera mis sur les interventions de SPC des enfants jusqu'à 2 ans, la promotion de comportements clés de la PCIME-C. et de la stratégie de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Ces activités seront complétées par des interventions de lutte contre les carences en micronutriments avec une approche intégrée comprenant la supplémentation, la promotion de la consommation des aliments riches et la fortification des aliments ;
- **le renforcement institutionnel et organisationnel** va constituer un axe stratégique essentiel pour la deuxième phase. Les parties prenantes (communauté, collectivité locale, ministères techniques, société civile, secteur privé) devront bénéficier d'appuis nécessaires leur permettant d'assumer pleinement leur responsabilité ;
- **l'approche genre** sera promue dans toutes les étapes de la mise en œuvre du programme. Il faudra veiller à l'utilisation de certains critères de sélection du personnel communautaire qui peuvent être discriminants pour les femmes, par exemple «être alphabétisé». Une discrimination positive devrait être opérée à l'endroit des femmes. Elles doivent bénéficier des activités de renforcement de

capacité du programme, elles en ont plus besoin que les hommes du fait de leur plus faible niveau d'éducation. Concernant les hommes, ils ont un rôle important à jouer pour améliorer l'accessibilité financière des femmes et des enfants aux services de santé, ils seront sensibilisés sur cette importante question.

2.3. Objectifs du Programme

Pour rappel, le Programme de Renforcement de la Nutrition a pour objectif global d'assister le Sénégal dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire - éradication de l'extrême pauvreté et faim - en appuyant la politique de nutrition du Sénégal, dont l'objectif est d'améliorer le statut nutritionnel des groupes cibles (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et femmes allaitantes).

Pour la deuxième phase du programme les objectifs suivants sont visés :

- améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres ;
- renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition pour la mise en œuvre et l'évaluation de la politique.

2.4. Composantes du programme

La deuxième phase du programme est divisée en quatre composantes :

- nutrition/PCIME-C ;
- interventions sectorielles relatives à la nutrition ;
- appui à la politique et suivi et évaluation ;
- gestion du programme.

2.4.1. Composante 1 Nutrition/PCIME communautaire

Cette composante correspond au paquet de services communautaires comprenant :

- le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) chez les enfants âgés de moins de 2 ans ;

- la Communication pour le Changement de Comportements (CCC) relatifs à la PCIME-C. auprès des mères et gardiennes d'enfant ;
- et la Distribution à Base Communautaire (DBC) de produits et médicaments pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et mères allaitantes.

Cette composante 1 est subdivisée en trois sous composantes :

- SPC/PCIME-C.,
- Micronutriments,
- Initiatives Communautaires.

2.4.1.1. Sous-composante 1 : SPC/PCIME communautaire

C'est la sous composante majeure du programme, elle est exécutée au niveau communautaire dans les quartiers ou les villages. Elle est directement liée au premier objectif de la deuxième phase qui vise «l'amélioration de l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres». Le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) sera l'activité centrale du programme et il sera centré sur la période où la malnutrition survient, avec une évaluation de la croissance plus précise.

Le SPC sera basé sur l'évaluation mensuelle du gain de poids adéquat des enfants de moins de 2 ans.

Durant l'année 2004, la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE) du Ministère de la Santé et de la Prévention appuyée par BASICS (USAID), a mené une étude sur l'utilisation du gain de poids adéquat en milieu communautaire au Sénégal. Suite aux résultats concluants de l'étude, il a été demandé aux Agences d'Exécution Communautaires (AEC) de commencer l'introduction progressive de l'utilisation du tableau de gain de poids adéquat dans les activités des sites. Au cours de la deuxième phase, cette approche sera généralisée dans tous les sites.

L'agent communautaire devra avoir les compétences requises pour faire l'évaluation correcte du gain de poids adéquat et mener la communication interpersonnelle avec la mère ou la gardienne d'enfant. Ce dialogue avec la mère est primordial, mais des faiblesses ont été observées à ce niveau. Les ARC recevront en plus des formations spécifiques, une assistance lors des supervisions formatives pour renforcer leur capacité. Les décisions à prendre concernant l'assistance dont l'enfant a besoin et les pratiques d'alimentation, seront prises sur la base de négociation avec la mère ou gardienne d'enfant. Le rôle actif de celle-ci est primordial dans tout ce processus de négociation qui doit se dérouler dans la confidentialité. Ce respect de la confidentialité fait partie des recommandations de l'étude sur la satisfaction des bénéficiaires réalisée en 2004.

Le SPC des enfants inclut les visites à domicile (VAD) pour les enfants absents, ou qui n'ont pas une croissance adéquate sur deux mois consécutifs sans être malnutris sévères. Les VAD seront effectuées par les agents communautaires. Les enfants qui souffrent de malnutrition sévères seront référés dans les structures de santé pour un examen médical et une prise en charge adéquate.

La deuxième phase sera bâtie sur l'intégration réussie des activités de SPC et de la PCIME-C. testée durant la première phase.

En utilisant la nutrition comme porte d'entrée, la promotion des comportements clés de la PCIME-C. sera effectuée dans tous les sites. L'accent sera mis de manière spécifique sur les thèmes de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, la bonne conduite de l'alimentation complémentaire et l'alimentation des enfants malades et des enfants séropositifs. Ces comportements ont été identifiés comme des causes majeures de malnutrition et de décès d'enfants et c'est ce qui a valu l'adoption par le Sénégal de la nouvelle stratégie de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) préconisée par l'OMS et l'Unicef.

Par ailleurs, le ministère de la Santé est toujours préoccupé par l'incidence des infections respiratoires aiguës (IRA), de la diarrhée et du paludisme sur la mortalité infantile. Les agents communautaires seront sensibilisés sur l'importance de ces thèmes,

afin qu'ils accordent une attention particulière à la promotion des comportements relatifs à ces trois maladies.

Les autres comportements clefs de la PCIME-C seront promus de manière ciblée selon les problèmes identifiés dans la communauté.

Les stratégies de communication vont s'inspirer des approches basées sur le vécu, les croyances et les valeurs communautaires.

La stratégie «grand-mère» qui est citée en exemple du fait de son impact sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif est basée sur ces approches. Toutes les AEC vont s'en inspirer dans le choix de leur stratégie de communication. Les agents communautaires qui doivent avoir de réelles capacités en technique d'animation de groupe, recevront l'encadrement nécessaire dans ce domaine.

La période de soudure sera mieux gérée pour réduire les chutes de poids qui sont observées chez les enfants durant cette période.

La chute de poids durant la période de soudure est un problème récurrent et les familles ne semblent pas disposer des capacités requises pour prévoir et gérer cette situation. Une étude sur les causes du phénomène et le manque de capacité de la famille, sera effectuée.

Dans les sites, des activités de démonstration culinaire seront organisées de manière plus régulière. Ces activités de démonstration culinaire qui ont été bien appréciées par les populations durant la première phase, offrent des moments privilégiés de discussion sur l'alimentation de l'enfant, les recettes locales et les pratiques communautaires qui favorisent une bonne gestion de cette période difficile pour les enfants.

S'inspirant de l'expérience de Madagascar, des journées sur la valorisation et la consommation des produits locaux seront développées durant cette période de soudure.

La disponibilité au niveau communautaire de la nouvelle formule de sels de réhydratation orale (SRO) et des moustiquaires imprégnées sera assurée.

Suite à la déclaration commune de l'Unicef et de l'OMS sur le traitement et la prévention de la déshydratation, les sites seront désormais approvisionnés avec la nouvelle formule de SRO en teneur réduite en glucose et sodium. Les sachets seront vendus au prix appliqué dans la structure de santé de la localité. La supplémentation en zinc qui est conseillée dans la prise en charge de la diarrhée, sera appuyée si les normes et protocoles du ministère de la santé autorisent l'administration du zinc au niveau communautaire.

Un renforcement de la prévention du paludisme pour rompre le cercle vicieux paludisme-malnutrition

La deuxième phase du PRN va également mettre un accent particulier dans la lutte contre le paludisme par la distribution des moustiquaires imprégnées et la promotion de comportements clefs.

Vu son assise communautaire et sa bonne répartition géographique, le programme offre une opportunité pour une distribution rapide des moustiquaires. Les prix de cession seront alignés sur ceux pratiqués par le système de santé et le programme national de lutte contre le paludisme. Mais le PRN va s'appuyer sur la créativité des AEC, qui pourront développer des stratégies novatrices pour promouvoir l'accessibilité des moustiquaires aux populations cibles.

Les comportements de la PCIME-C. (faire dormir les enfants et les femmes enceintes sous moustiquaires imprégnées, prise en charge à domicile de la fièvre, reconnaissance des signes de danger et référence de l'enfant malade à temps) qui sont en rapport avec le paludisme seront promus par les agents communautaires.

De plus, de petites études qualitatives portant par exemple sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées seront effectuées périodiquement au niveau communautaire pour identifier les difficultés et apporter les mesures correctrices.

Encadré 4 : La Stratégie de Communication pour le Changement de Comportement du Programme

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) un outil transversal puissant pour promouvoir les comportements adéquats dans le cadre de la croissance de l'enfant

Au Sénégal, la malnutrition est dans la plupart des cas évitable à travers de simples changements dans les habitudes alimentaires et les pratiques d'hygiène. Cela est possible à travers la mise en place d'une stratégie de communication pour le changement de comportement s'appuyant sur les valeurs sociales et culturelles. Pour ce faire 3 axes complémentaires de la CCC seront utilisés :

- la communication interpersonnelle (CIP) ;
- le plaidoyer ;
- la mobilisation sociale.

La Communication Interpersonnelle (CIP)

La communication interpersonnelle (CIP) pierre angulaire de la stratégie CCC du programme

Dans le cadre de sa stratégie de communication, le PRN s'appesantira sur une communication adaptée à ses cibles, avec un accent particulier sur la CIP. Ainsi à travers une négociation entre les agents relais communautaires et les mères ou gardiennes d'enfants et en se fondant sur le vécu et les réalités de ces dernières, l'ARC proposera des conseils adaptés aux besoins des bénéficiaires et réalisables dans leur contexte.

Ainsi, il s'agit de (i) l'échange entre la gardienne d'enfant et l'ARC qui se déroule après les séances de pesée et qui concernera aussi bien les mères dont les enfants présentent des problèmes de malnutrition que celles dont les enfants ont un gain de poids adéquat (ii) et des causeries où le relais sera plus un facilitateur qui complétera et apportera des conseils en fonction des besoins identifiés du groupe.

A partir de l'expérience tirée de la première phase, les AEC, renforceront les capacités des acteurs pour une amélioration de la qualité des interventions en CIP et favoriseront les échanges d'expériences prometteuses. De plus, la motivation des acteurs étant un facteur primordial de réussite du programme, une politique de promotion des acteurs pouvant revêtir différents formats sera mis en place (focus sur le meilleur relais du projet, voyages d'étude inter sites pour les relais les plus motivés et créatifs ...).

Le Plaidoyer

Rendre l'environnement favorable pour l'adoption des comportements adéquats pour la croissance des enfants grâce à un fort plaidoyer

Les AEC développeront des stratégies de plaidoyer visant les leaders et décideurs et avec pour objectifs :

- de créer une coalition des leaders pour faciliter et appuyer la mise en œuvre du projet ;
- de les amener à s'approprier le projet grâce à un suivi des résultats au niveau communautaire, mais aussi l'implication de ces derniers dans la recherche de solutions pour l'atteinte des objectifs du projet ;
- et enfin d'inciter les décideurs au niveau local à inscrire la nutrition dans leur plan local de développement (PLD) et de jouer pleinement leur rôle dans la prise en charge de la nutrition qui fait partie des domaines transférés.

La Mobilisation sociale

Consolider le désir de changement de comportement des acteurs du programme grâce à la mobilisation sociale.

En plus de la célébration des journées mondiales de l'alimentation, des micro nutriments, de la vaccination, de la santé, des activités de mobilisation sociale seront menées par les AEC avec l'appui des comités locaux de pilotage afin de populariser la nutrition.

Pour mener ces activités les AEC seront appuyées pour (i) l'élaboration de leur plan de communication. (ii) la production d'outils de communication (aide mémoire, sketches, curricula de formation...) pertinents, (iii) légitimer et renforcer les messages du niveau communautaire grâce à des campagnes médias thématiques, (iv) et enfin pour créer une émulation entre les sites et les différents projets un label « site ami des bébés » sera mis en place suivant des critères définis en commun accord avec les acteurs de terrain.

Par ailleurs La CLM appuiera les AEC dans le cadre du plaidoyer, en amenant le débat autour de la nutrition dans les instances les plus pertinentes, en mettant à leur disposition des outils adaptés de plaidoyer et en rendant visible les résultats obtenus sur le terrain pour une légitimation de l'action des AEC.

Le programme est national, il va toucher toutes les régions du pays, avec une couverture moyenne de plus de 50% en milieu rural.

Au Sénégal, l'objectif de réduction de moitié de la prévalence de la malnutrition est en bonne voie de réalisation, mais malgré les progrès observés à l'échelle nationale, les différences entre régions sont flagrantes. La malnutrition est deux fois plus élevée en zone rurale et dans les régions allant du Nord Est au Sud Est du pays plus d'un enfant sur quatre présente une insuffisance pondérale. Ces zones doivent être particulièrement ciblées pour bénéficier d'une allocation de ressources plus conséquente. Au niveau du programme, le ciblage est effectué à deux niveaux, national et local.

Le ciblage au niveau national permet de fixer les objectifs de couverture par région et il est basé sur les éléments suivants :

- la prévalence de la malnutrition est utilisée comme critère de sélection avec le « poids pour l'âge » comme indicateur, en référence aux OMD ;
- les données proviennent de l'enquête EDSIV.

Des objectifs de couverture dégressifs sont ensuite appliqués pour chaque situation nutritionnelle observée (cf. tableau 1)

Le second ciblage effectué au niveau de chaque commune ou communauté rurale a pour objet l'identification des villages et quartiers prioritaires. Les critères de sélection utilisés ont trait à la pauvreté et la situation sanitaire. Les indicateurs seront choisis en fonction des informations disponibles dans les services déconcentrés qui appuieront les collectivités locales dans le processus de sélection des sites d'intervention.

700.000 enfants âgés de moins de 5 ans dont les 2/3 vivant en zone rurale seront touchés d'ici 2010

Contrairement à la phase précédente, les taux de couverture par région ne seront plus homogènes. Ils varieront en fonction de la prévalence de malnutrition (cf. tableau 1).

La deuxième phase touchera plus d'enfants et mettra plus d'efforts en zone rurale assurant ainsi un impact réel du programme dans l'amélioration de la situation nutritionnelle des populations cibles.

Tableau 1 : Objectifs de couverture des enfants de 0 - 5 ans selon la prévalence de la malnutrition par région

Région	Population enfants 0-5 ans	Prévalence insuffisance pondérale (0-5 ans)	Objectif de couverture		Effectif d'enfants à toucher
			zone rurale	zone urbaine	
Kolda	155 413	32%	70%	39%	96 121
Matam	69 572	29%	70%	50%	42 923
Saint Louis	96 644	28%	70%	45%	55 395
Tamba	105 442	25%	70%	42%	63 584
Louga	105 771	21%	55%	44%	53 703
Diourbel	155 101	20%	55%	32%	77 670
Fatick	100 649	16%	45%	23%	41 523
Thies	236 749	13%	45%	26%	86 850
Kaolack	184 318	11%	45%	17%	69 827
Ziguinchor	69 967	10%	15%	41%	16 372
Dakar	350 699	6%	15%	30%	102 820
					706 789

2.4.1.2. Sous- composante 2 : Micronutriments

Les prévalences élevées de l'anémie, la persistance des troubles dus à la carence en iode (TDCI) et le rôle important de la vitamine A dans la baisse de la mortalité, justifient le traitement spécifique qui sera apporté aux micronutriments. Les activités de promotion de la consommation régulière d'aliments riches en fer, iode et vitamine A, de supplémentation en micronutriments et de fortification des aliments seront appuyées par le programme.

Grâce à la créativité des AEC, la promotion de la consommation régulière des aliments riches en vitamine A, en fer et en iode sera effective.

Durant la première phase, plusieurs sites ont mené des activités diverses de production d'aliments riches en micronutriments micro jardins, plantation de papayers dans chaque foyer, séchage de fruits de cueillette, etc. En plus des activités qui seront poursuivies, la deuxième phase va développer des activités de communication ciblées sur la promotion de la consommation de ces aliments produits localement.

Par exemple, des journées communautaires de micronutriments avec des jeux concours de recettes, des séances de dégustation seront organisées dans les sites pour faire la promotion de la consommation des aliments produits.

La supplémentation de routine de la vitamine A sera promue dans les sites.

La disponibilité de la vitamine A sera assurée au niveau communautaire, dans les sites d'intervention. Des journées communautaires de micronutriments seront planifiées deux fois par an dans les sites. Les enfants âgés de 6-59 mois et les femmes dans les 42 jours qui suivent l'accouchement recevront de la vitamine A à titre préventif.

Lorsque des journées nationales de vaccination (JNV) couplées avec une distribution en vitamine A sont organisées par le ministère de la santé, les agents communautaires devront s'intégrer dans ces campagnes de masse. Ils

devront dans ce cas identifier les enfants à supplémenter pour la période concernée et ils veilleront à ce qu'ils reçoivent leur dose de vitamine A.

Les agents communautaires devront également veiller à ce que les enfants à haut risque de carence en vit. A (malnutrition sévère, rougeole, IRA, diarrhée prolongée) ou ceux qui présentent des signes oculaires d'avitaminose A, soient référés vers une structure de santé pour recevoir des doses de vitamine A sous la supervision de l'agent de santé.

Le déparasitage systématique des enfants et la supplémentation en fer de femmes permettront de lutter efficacement contre l'anémie.

Au Sénégal, les enfants naissent souvent avec un stock en fer diminué du fait de la prévalence élevée de l'anémie chez les femmes enceintes. Le risque de l'anémie des enfants est également augmenté par le paludisme endémique dans la zone et les infections parasitaires très fréquentes.

Pour lutter contre l'anémie chez les enfants, la supplémentation préventive du fer qui a été mise en œuvre durant la première phase du programme a été peu appuyée par les agents de santé du fait de la non application de cette stratégie par le système de santé. Des difficultés relatives aux formes galéniques disponibles et des problèmes de compliance ont également été soulevés par les agents communautaires.

Tirant ces leçons du passé, la deuxième phase va mener la lutte contre l'anémie à travers les interventions ci après :

- Pendant les 9 mois de grossesse et les 2 mois qui suivent l'accouchement, les femmes seront supplémentées en fer, afin de les préserver, elles et leurs bébés de l'anémie.
- Le mébendazol sera distribué tous les six mois aux enfants âgés de 6 à 59 mois pour combattre les parasites fréquents dans l'environnement. Le déparasitage sera intégré soit aux JNV soit aux journées organisées localement.
- Le programme va s'impliquer d'avantage dans la lutte contre le paludisme.

- Des études opérationnelles sur la supplémentation préventives du fer seront appuyées par le programme.

Avec l'appui des partenaires, le programme va investir le domaine de la fortification des aliments.

Le Sénégal s'est engagé dans un processus de fortification des aliments de base (farine, huile), un Comité National de Fortification des Aliments en Micronutriments (COSFAM) a été mis en place et l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA) assure le secrétariat. Le programme va soutenir ce processus, dans le domaine du plaidoyer et du fonctionnement du comité.

Concernant l'iodation du sel, seulement 53% du sel produit par les petits et moyens producteurs est correctement iodé et ceci malgré l'appui de l'Unicef. Vu la position du Sénégal qui exporte du sel dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, le programme avec l'appui de «Micronutrient Initiative» va s'impliquer davantage dans les activités d'iodation du sel. Les activités ciblées porteront sur le plaidoyer auprès des producteurs de sel, la collecte de données de suivi.

Des agents communautaires se chargeront de la collecte périodique des données qui seront partagées avec les intervenants.

Le contrôle du sel iodé au niveau communautaire sera renforcé par la mise à disposition de testeurs d'iode au niveau des producteurs, commerçants, groupements de femmes et relais communautaires, pour promouvoir l'autocontrôle.

2.4.1.3. Sous- composante 3 : Initiatives communautaires

La première phase a connu une réussite avec l'implication des autorités administratives et locales pour l'approbation des micro projets. Ceci a permis de garantir la transparence dans la gestion des Small Grant.

Pour la deuxième phase, ce processus sera renforcé pour que les projets soient plus pertinents et répondent davantage aux

problèmes de nutrition existants dans la localité.

L'utilisation des méthodes participatives d'analyse causale, sera systématisée afin de s'assurer que les micro projets financés s'attaquent aux problèmes réels des localités.

Le diagnostic communautaire du site se fera sur la base des données de suivi de la croissance des enfants qui donnent de bonnes informations sur la situation nutritionnelle. A partir de ce diagnostic et avec la facilitation de l'AEC, les membres de la communauté devront faire l'analyse de déterminants en utilisant des outils simples tels que l'arbre à problème. Cette analyse sera documentée et servira de base pour justifier le micro projet soumis pour financement.

La voix sera donnée aux femmes pour s'assurer de la pertinence des micro projets retenus par les communautés.

Ce sont les femmes qui vivent les corvées domestiques et s'occupent des enfants, donc elles sont les mieux placées pour parler des réels besoins d'amélioration des conditions de vie de la famille et de la communauté.

Lors de l'exercice d'identification des micro projets, les facilitateurs devront veiller à ce que les femmes s'expriment en participant activement à l'identification des déterminants de la situation nutritionnelle et donnent leur opinion sur le choix du micro projet.

Le PRN interviendra comme fonds de dernier recours dans le financement des micro projets.

Le PRN va appuyer les communautés pour l'identification des micro projets à impact réel sur l'amélioration de leur situation nutritionnelle.

Grâce à une synergie renforcée, les programmes tels que le Programme National de Développement Local (PNDL), le Programme des Services Agricoles et Organisations de Producteurs (PSAOP) permettront la réalisation de la majeure partie des micro projets. L'apport financier du PRN sera un fonds de dernier recours.

2.4.2. Composante 2 Interventions multisectorielles relatives à la nutrition

Cette composante qui traite de manière explicite l'approche multisectorielle, permettra de rendre plus visible et plus formalisée que par le passé la collaboration avec les ministères techniques.

Au cours de la première phase, des plans d'actions annuels ont servi de cadre pour l'appui aux secteurs de la santé et de l'éducation. La deuxième phase va aller davantage dans le processus de l'appui institutionnel pour ces deux secteurs. Des plans stratégiques seront définis pour servir de nouveaux cadres de collaboration.

Cette approche par les plans stratégiques va participer au renforcement des capacités de planification des secteurs concernés.

Pour le programme, la référence à un plan stratégique lui permettra de s'assurer que les activités appuyées contribuent effectivement à l'atteinte des objectifs fixés et d'avoir plus de visibilité sur la complémentarité avec les autres partenaires.

Les autres secteurs ministériels (agriculture, élevage, industrie etc.) ont des rôles importants à jouer dans la lutte contre les autres déterminants et plus particulièrement dans la formulation et la réalisation des micro projets.

En effet, les micro projets identifiés par les communautés sont généralement spécifiques à un secteur ministériel bien déterminé (petit élevage, maraîchage, transformation de produit, amélioration du cadre de vie etc.).

L'implication spécifique du secteur concerné sera donc nécessaire pour assurer la qualité dans l'exécution du micro projet.

La composante-2 est ainsi divisée en trois sous composantes :

- secteur de la Santé ;
- secteur de l'Education ;
- autres Secteurs.

2.4.2.1. Sous- composante 1 : Secteur de la Santé

Le secteur de la santé a un rôle central à jouer dans la définition des normes et protocoles et dans l'assurance de la qualité des interventions communautaires

Le Ministère de la Santé dispose déjà d'un plan stratégique (2002-2007) sur la PCIME-C. Ce plan sera réactualisé et renforcé avec le volet nutrition. Cet exercice permettra de préciser les priorités en matière de nutrition et de donner une vision d'ensemble sur la contribution des partenaires. Le processus d'élaboration sera participatif, l'implication du niveau national aussi bien que l'atteinte du niveau décentralisé sera assurée.

Chaque année, des réunions seront organisées au niveau national et régional pour analyser les activités du plan stratégique à financer par le PRN. Un plan d'actions annuel et le budget afférent seront produits par le ministère et présentés à la CLM pour approbation avant la demande d'avis de non objection à la Banque.

L'appui du PRN portera surtout sur l'élaboration du plan stratégique du secteur, la réactualisation continue des normes et protocoles et de l'outil de plaidoyer « Profile », le renforcement des capacités et la supervision des activités.

Le volet nutrition - sida développé au sein du ministère sera également appuyé par l'introduction de la prévention du sida dans le paquet des comportements clés de la PCIME-C. et la promotion du dépistage des femmes enceintes.

2.4.2.2. Sous- composante 2 : Secteur de l'Education

La collaboration avec le secteur de l'éducation va s'inscrire dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments.

Le secteur de l'Education offre un cadre pour atteindre les enfants et les filles adolescentes et combattre la carence en micronutriments qui sévit sur ces groupes cibles.

Le programme viendra renforcer la composante « Santé et Nutrition à l'école » du Programme Décennal de l'Éducation et de la Formation (PDEF).

Durant les 9 mois de l'année scolaire, les enfants qui fréquentent les écoles des zones d'intervention recevront selon le protocole actuellement appliqué, une dose hebdomadaire de fer. Tous les 6 mois, ils seront déparasités avec du mebendazol.

Les AEC pourront être mises à contribution pour la délivrance de ces services dans les structures scolaires et les classes d'alphabétisation des zones d'intervention du PRN. Les agents du ministère de l'éducation en relation avec le ministère de la santé vont assurer la supervision de l'intervention.

2.4.2.3. Sous- composante 3 : Autres secteurs

La contribution des autres secteurs est requise pour une exécution de qualité des micro projets.

L'avis des services déconcentrés sur la qualité technique et financière des micro projets soumis par les communautés sera sollicité par les autorités locales avant toute recherche de financement.

Les agents des services déconcentrés devront également appuyer dans la mise en synergie des programmes en facilitant l'implication des projets et programmes existant dans leur secteur respectif.

Enfin, lors de l'exécution des micro projets, chaque secteur dans son domaine respectif apportera un soutien technique aux populations. Par exemple, une structure telle que l'Agence Nationale de Conseil Agricole et Rural (ANCAR) aura à assurer un encadrement des populations dans l'exécution des micro projets qui entre dans son domaine de compétence.

2.4.3. Composante 3 Appui à la politique et suivi et évaluation

La composante 3 est divisée en 3 sous composantes :

- appui aux structures de pilotage ;
- suivi et évaluation ;
- et renforcement des capacités des acteurs

2.4.3.1. Sous- composante 1 : Appui aux structures de pilotage

La fonctionnalité de la CLM est une condition nécessaire pour que la nutrition continue à figurer parmi les problèmes prioritaires du pays.

Les réunions de coordination de la CLM, et les rencontres d'échange avec les partenaires sont des moments importants pour discuter des problèmes de nutrition. Ces réunions seront enrichies par des débats techniques sur la nutrition.

La Lettre de Développement de la Nutrition doit être articulée à l'environnement externe. L'évolution de cet environnement sera suivie et en cas de changement important, le document de la politique sera réactualisé afin de mieux l'adapter au contexte.

2.4.3.2. Sous- composante 2 : Suivi et évaluation

Les outils de suivi des activités développées durant la première phase seront réactualisés. La capitalisation des expériences prometteuses, une étude d'impact et des enquêtes spécifiques seront effectuées. Le système sera renforcé par la formalisation du suivi des activités développées par les autres secteurs et par la réalisation d'études spécifiques (réactivité des familles face aux chutes de poids des enfants durant la période de soudure, focus groupe sur la qualité des interventions ...).

En cas de calamité et grâce à son système d'information qui donne régulièrement la situation des enfants dans les sites d'intervention, le programme partagera des données avec les ministères et les partenaires concernés.

2.4.3.3. Sous-composante 3 : Renforcement de capacité des acteurs

Cette sous composante regroupe les activités pour le renforcement de la fonctionnalité de la CLM et de ses démembrements au niveau régional que sont les comités de suivi. Elle prend en charge les activités de formation ou des séminaires à l'intention des membres de la CLM.

2.4.4. Composante 4 Gestion du programme

Le Bureau Exécutif National est responsable de la gestion du programme. Il gère le budget du programme et assure le reporting, l'audit et la passation des marchés. Il soumet à la CLM pour approbation et à l'IDA pour avis de non objection un plan d'actions et un budget annuels. Il présente à la CLM la revue trimestrielle des activités et fournit à l'IDA les rapports de suivi financiers (RSF).

2.5. Résultats attendus

Lors de la planification du programme, le résultat attendu pour chaque sous composante a été défini et toutes les activités ont été identifiées sur la base de leur contribution à l'atteinte des résultats.

La phase II a adopté l'approche de gestion orientée sur les résultats.

Ainsi, grâce aux interventions qui seront mises en oeuvre, les résultats suivants seront obtenus :

Composante 1 : Nutrition/PCIME

Sous – Composante 1.1 - SPC/PCIME : les enfants ciblés gagnent du poids de manière adéquate.

Sous – Composante 1.2 - Micro nutriments : les enfants 6-59 mois ciblés sont régulièrement supplémentés en micronutriments pour améliorer leur statut nutritionnel.

Sous – Composante 1.3 - Initiatives communautaires : les communautés mettent en oeuvre des micro projets pour lutter contre les déterminants de la malnutrition dans les sites d'intervention

Composante 2 : Interventions multisectorielles relatives à la nutrition

Sous – Composante 2.1 - Secteur de la Santé : le Ministère de la Santé garantit les normes et protocoles qui assurent la qualité des interventions pour l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans.

Sous – Composante 2.2 - Secteur de l'Education : le statut nutritionnel des élèves ciblés s'améliore.

Sous – Composante 2.3 - Autres secteurs : les sites d'intervention bénéficient d'activités multisectorielles pour l'amélioration du statut nutritionnel des populations.

Composante 3: Appui à la politique et suivi et évaluation

Sous composante 3.1 - Appui aux structures de pilotage : la lettre de politique de nutrition est bien suivie grâce à une coordination efficace des interventions de nutrition par la CLM.

Sous composante 3.2 - Suivi- évaluation : les données de suivi des différentes interventions sont disponibles pour la prise de décisions.

Sous composante 3.3 - Renforcement de capacité des acteurs : Les acteurs (CLM, comités régionaux, les collectivités locales, les AEC, les communautés etc.) ont acquis les compétences nécessaires pour mener à bien leur mission.

Grâce au dispositif de suivi des activités qui a été mis en place durant la première phase, l'impact des interventions sur la baisse de la malnutrition dans les zones d'intervention peut être indiqué chaque mois.

Le programme peut donner des résultats rapides sur la baisse de la malnutrition dans les zones d'interventions.

La couverture nationale des enfants 0-5 ans va passer progressivement de 20% à 43%. Tous les acteurs seront appuyés pour la délivrance de services de qualité et les enfants feront l'objet d'un suivi mensuel afin de leur assurer un gain de poids adéquat. Ceci permettra de suivre les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif de réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants âgés de moins de 5 ans d'ici 2015.

Le rôle de la nutrition pour l'atteinte des OMD est reconnu. Vu l'accentuation de la tendance à

la baisse de la prévalence de la malnutrition qui est attendue grâce aux interventions du programme, les chances du pays pour l'atteinte des OMD en 2015 sont accrues.

Le programme va contribuer à la réalisation des OMD pour le Sénégal.

Le Sénégal a adopté les stratégies de lutte contre la pauvreté, de croissance accélérée et de création d'emplois pour atteindre l'OMD1. Selon le «Profile» du Sénégal, **en investissant dans les programmes de nutrition, le pays peut engranger des bénéfices économiques de 273 milliards de FCFA d'ici l'an 2011.** Ceci va contribuer à la réduction de la pauvreté.

La stratégie de croissance accélérée qui a été définie, a comme hypothèse de base l'amélioration de la productivité des facteurs y compris le facteur humain. En intervenant très tôt sur la croissance et le développement de l'enfant et en luttant contre les problèmes d'anémie chez les enfants, les femmes et les adolescentes, **le programme va contribuer au développement des capacités physiques et mentales des populations, renforçant ainsi le capital humain du pays.**

D'ici 2010, près de **7.500 agents relais communautaires seront formés et encadrés pour mener des activités dans les quartiers et villages.** En plus de ces emplois créés, le programme, à travers les activités de renforcement de capacités, permettra à ces agents communautaires d'avoir plus de capacités pour développer des initiatives diverses visant l'amélioration de leurs conditions de vie.

Au plan scolaire, les interventions de supplémentation en fer associées au déparasitage des élèves ont des effets directs sur la performance scolaire. Par ailleurs, le programme prend très tôt en charge les enfants (dès la période de gestation) afin de leur **assurer un développement optimum de leurs capacités physiques et mentales.** Ces enfants auront plus tard de meilleures chances de succès scolaire.

Une attention est portée sur la question du genre grâce à la discrimination positive qui est effectuée lors de la sélection des agents

communautaires et aux formations dispensées. Ceci va contribuer au **renforcement du leadership des femmes au sein de la communauté.**

De plus, le programme contribuera, et de manière significative, à la baisse des taux de mortalité infantile et maternelle. La malnutrition est directement ou indirectement associée à plus de 50% des cas de décès chez les enfants et elle est associée à la plupart des facteurs de risque majeurs de mortalité maternelle. La réduction de la prévalence de la malnutrition chez 50% des enfants et les actions développées à l'endroit des femmes pour lutter contre l'anémie et pour le respect des consultations prénatales, auront un **impact sur la baisse de la mortalité infantile et maternelle.**

Différentes activités de renforcement de capacités sont développées dans le programme et elles touchent tous les acteurs du programme.

Les capacités accrues seront obtenues à tous les niveaux pour une amélioration durable de la situation nutritionnelle du pays.

En développant la stratégie de PCIME-C., le programme va apporter des progrès notables dans l'acquisition de connaissance et l'adoption de comportements favorables pour la santé chez les mères et la communauté.

Les populations seront conscientes du problème de développement que représente la malnutrition. Les exercices de diagnostic communautaire et d'analyse des déterminants de la malnutrition qui sont effectués lors de l'identification des microprojets communautaires, permettront aux populations de comprendre que la situation nutritionnelle est liée aux problèmes de développement de leur localité.

L'appui au transfert de la gestion des interventions de nutrition à la collectivité locale, permet une meilleure compréhension de la nutrition et contribue à la pérennisation des interventions.

On s'attend enfin à ce que la nutrition puisse continuer à bénéficier des ressources suffisantes, grâce à sa position qui restera

portée au plus haut niveau de décision politique, au leadership renforcé de la CLM et aux résultats obtenus sur les bénéficiaires.

2.6. Hypothèses et risques

Dans le processus d'élaboration du cadre logique, plusieurs hypothèses critiques ont été identifiées. Elles déterminent les conditions préalables qui doivent exister ou qui sont à mettre en oeuvre pour favoriser l'atteinte des résultats souhaités. Ces hypothèses sont présentées ci-après :

Par rapport à l'objectif global du programme

Le but du programme tel que défini pourra être atteint dans le contexte d'une situation économique, politique et sociale favorable, avec une incidence réduite voire nulle des maladies infectieuses sur le déroulement des activités et une sécurité alimentaire garantie pour les ménages dans des zones d'intervention.

Par rapport aux acteurs

- **Les risques liés au programme**

Il est apparu à l'analyse que la méconnaissance de nos métiers est un risque réel qui a été atténué par une analyse des process clés et qui devrait se prolonger sur la deuxième phase par un approfondissement du processus.

Il était à craindre que l'appui technique aux partenaires soit défaillant. Cette difficulté a été circonscrite par le recrutement d'un personnel qualifié et expérimenté. Un renforcement des capacités et le maintien de 80% du personnel clés sur la seconde phase sont envisagés pour renforcer les acquis de la première phase.

Le financement de la deuxième phase qui intègre de nouveaux partenaires ciblés fait craindre une organisation financière non adaptée. Le PRN envisage d'anticiper et de rechercher une adaptation à l'option multi bailleurs qui sera éprouvée.

Cette même crainte est réelle avec le système d'information, mais à l'identique, il est envisagé de l'adapter par anticipation.

La rupture dans la délivrance des services entre les deux phases et incidemment la perte des acquis est un risque majeur. Pour y faire face, il est déjà recherché des ressources additionnelles.

Par ailleurs, le choix des intervenants qui est un élément fondamental de réussite a rendu nécessaire la mise en place d'un processus rigoureux et participatif de sélection des ONG. Dans la prochaine phase, il sera identifié des critères encore plus pertinents pour améliorer les résultats.

Les acteurs du programme ont été analysés sous une optique de relation « clients-fournisseurs » en vue d'identifier l'appui pertinent et de le mettre en oeuvre convenablement dans un premier temps. Pour cette phase, ils seront orientés sur la base des attentes identifiées comme pertinentes.

La probable insuffisance des ressources a amené à solliciter et obtenir l'accord de l'Etat pour adresser des requêtes aux partenaires habituels, à mettre en place un groupe de « fundraising » à ajuster de manière maîtrisée les ambitions du programme.

- **Les risques liés aux collectivités locales**

Les collectivités vont avoir un rôle prépondérant dans la deuxième phase, c'est pourquoi la faible implication notée lors de la première phase serait préjudiciable. Au-delà de leur association dans la première partie et du plaidoyer qui a été fait à leur endroit, il est prévu à l'avenir de les intégrer dans le dispositif de mise en oeuvre. Le souci de la pérennisation justifie largement cette option.

Le choix de plus s'appuyer sur les collectivités fait naître un risque de lourdeur et de perte d'efficacité du système qui devrait être atténué ou évité par une bonne définition des rôles, la suppression des lourdeurs sur le plan procédural et une adaptation du système à cette nouvelle donne dans la deuxième phase.

- **Les risques liés aux ONG**

Pour éviter un déphasage des ONGs et au-delà des difficultés dans la mise en oeuvre, il a été organisé un atelier de partage des options stratégiques de la phase 2.

L'extension géographique rend nécessaire d'avoir des capacités de mise en œuvre maintenues dans les nouvelles zones. C'est pourquoi, il est prévu :

- i.* d'avoir des critères de sélection encore plus fins et adaptés ;
- ii.* de poursuivre des échanges en vue d'obtenir des structures dont l'existence n'est pas tributaire du programme ;
- iii.* de renforcer de manière continue les capacités ;
- iv.* de poursuivre l'accompagnement.

- **Les risques liés aux Ministères**

Le changement majeur qui consiste à privilégier le financement partiel de plans stratégiques en lieu et place de projets, doit être largement partagé pour éliminer les risques d'incompréhension et la perte d'efficacité.

Il est aussi à craindre un désintérêt dès lors qu'on ne demande plus à un noyau de porter un projet mais d'avoir une vue globale plus prospective. Il est alors convenu de suivre l'intérêt et d'anticiper avec des stratégies adaptées. Le plaidoyer de la CLM où ces ministères sont représentés sera privilégié.

Dans cette perspective, le rôle assigné aux Ministères doit être bien assimilé. Pour y arriver, il sera promu et facilité le dialogue au niveau opérationnel. La collaboration du secteur de la santé qui a été un facteur de succès durant la première phase sera maintenue.

- **Les risques liés à la CLM**

Pour relever le leadership de la CLM et assurer une multisectorialité effective, il est prévu un ensemble d'actions :

- i.* élaborer un plan stratégique en vue d'atteindre les OMD,
- ii.* veiller à une meilleure prise en compte de la nutrition dans le DSRP,
- iii.* faire le plaidoyer pour une allocation de ressources substantielles pour la nutrition,
- iv.* promouvoir et faciliter le dialogue entre secteurs.

Ces actions compléteront celles expérimentées durant la première phase à savoir : la création par décret de la CLM, l'intégration dans la liste des services étatiques, une CLM fonctionnelle, la mise à jour de la lettre de politique et une allocation budgétaire annuelle.

- **Les risques liés à la Communauté**

Les risques les plus importants identifiés sont de deux ordres : une lassitude et une baisse de fréquentation ainsi que des attentes non compatibles avec les objectifs. Pour le premier, il est retenu d'y pallier par le renforcement des initiatives communautaires (small grant) qui ont suscité un énorme engouement et en variant les stratégies. Pour le second, il sera mis en œuvre une orientation continue de qualité sur les défis majeurs de la seconde phase. Ces orientations seront une opportunité parmi d'autres de recentrer les acteurs autour des objectifs.

3. Mise en œuvre de l'intervention

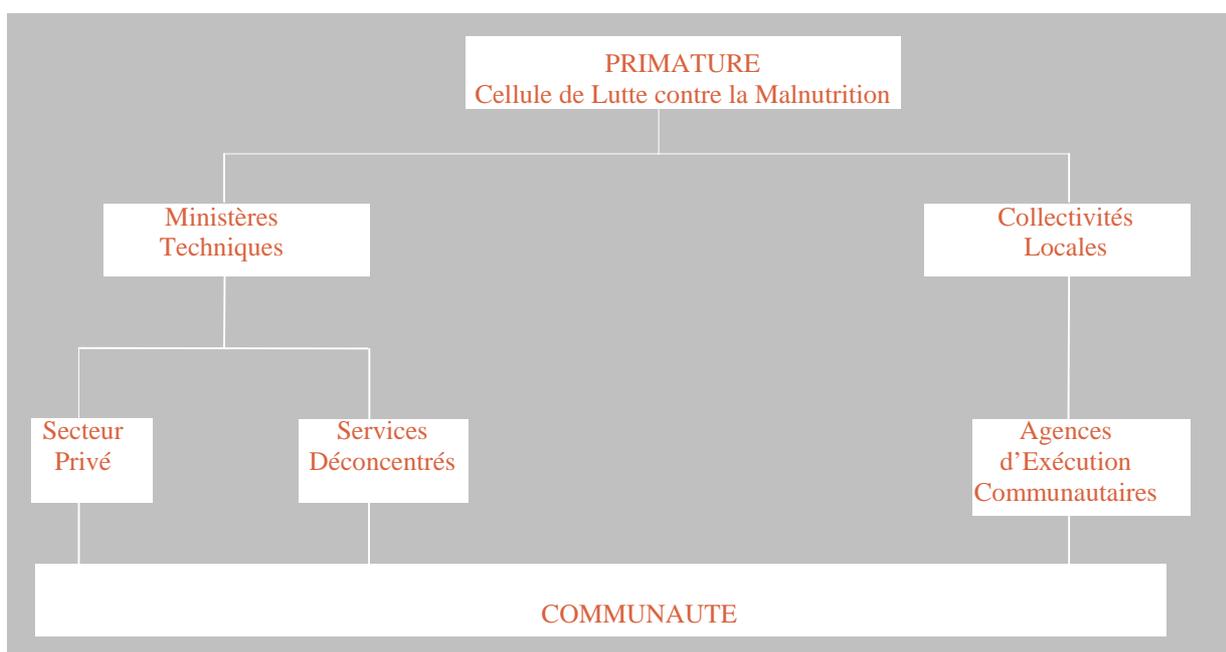
3.1. Schéma institutionnel

Les structures suivantes constituent les principaux acteurs du Programme de Renforcement de la Nutrition :

- la Cellule de Lutte contre la Malnutrition ;
- les Ministères Techniques et les services déconcentrés ;

- les Collectivités Locales ;
- les Agences d'Exécution Communautaires (AEC) ;
- le secteur privé ;
- et la Communauté.

Figure 5 : Schéma Institutionnel



Description des acteurs

• La Cellule de Lutte contre la Malnutrition

L'Etat du Sénégal a institué par décret n° 2001-770 du 5 octobre 2001, la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM). Elle est composée du représentant du Premier Ministre, des ministères techniques clés impliqués dans la nutrition, du représentant de l'association des maires, du représentant de l'association des présidents de communautés rurales, du représentant des ONG. Elle peut mettre en place des comités techniques consultatifs, entre autre le COSFAM, qui ont pour mission de donner des avis techniques sur des sujets liés à la nutrition. Le secrétariat de la CLM est assuré par le coordonnateur National du Programme de Renforcement de la Nutrition

(PRN) qui est appuyé par une équipe constituant le Bureau Exécutif National (BEN).

Mandat

Sous l'autorité directe du Premier Ministre, la CLM doit :

- assister le Premier Ministre dans la définition de la politique et des stratégies nationales en matière de nutrition ;
- veiller à l'application de la politique de développement de la nutrition adoptée par le gouvernement ;
- examiner et approuver les propositions de projet de nutrition émanant des structures de mise en œuvre ;
- élaborer et signer les protocoles avec les collectivités locales et les ministères techniques, en rapport avec les

- propositions de projet et plans d'actions approuvés ;
- animer un cadre de concertation entre les ministères techniques, les entités en charge des politiques de nutrition, les ONG, et le secteur privé ;
- approuver l'organigramme du BEN, son plan d'actions et son budget annuel ;
- donner des avis techniques sur la nutrition ;
- gérer les programmes nationaux de nutrition ;
- donner les orientations stratégiques sur les projets à financer ;
- élaborer les documents de référence en collaboration avec les ministères techniques concernés ;
- fournir un appui technique aux structures lors de l'exécution des projets financés ;
- assurer le suivi des projets financés ;
- assurer la coordination des programmes nationaux en liaison avec les bailleurs de fonds impliqués dans le financement du programme ;
- veiller au respect des procédures dans la mise en œuvre des projets financés ;
- effectuer des études et des enquêtes sur la nutrition au Sénégal.

Fonctionnement

La CLM se réunit une fois par trimestre et assure le suivi des activités du programme à travers des missions trimestrielles sur le terrain. Dans le cadre de ses activités, la CLM est assistée par les comités techniques consultatifs, et le BEN. Ce bureau a pour mandat d'assister la CLM : *(i)* dans la définition de la politique nationale de nutrition, *(ii)* dans l'élaboration des stratégies appropriées pour l'exécution des programmes nationaux de nutrition et, *(iii)* dans la gestion des Programmes de Nutrition. Il élabore un plan d'actions et un budget annuels et les soumet à la CLM pour approbation. Il rend compte à la CLM à travers un rapport trimestriel.

• Ministères Techniques

Les ministères techniques concourent à la mise en œuvre du programme, en qualité de membres de la CLM. Ces ministères ont pour mandat la définition des politiques, normes et protocoles relatifs à leurs secteurs ainsi que

l'assurance qualité des interventions. Durant la deuxième phase du programme, les ministères pourront solliciter l'appui de la CLM pour mener des interventions de nutrition identifiées à partir de plans stratégiques ou de requêtes spécifiques.

Les services déconcentrés des ministères techniques auront un rôle essentiel à jouer au niveau opérationnel dans l'exécution des activités de la deuxième phase. A ce titre, le Médecin Chef de District (MCD) et son équipe cadre qui ont des relations fonctionnelles avec la collectivité locale auront le mandat suivant:

- assister le conseil local dans l'identification des sites ;
- assister le conseil local dans l'élaboration du projet ;
- veiller au respect des normes dans les services délivrés au niveau communautaire;
- effectuer en collaboration avec les AEC, la formation des acteurs communautaires ;
- effectuer en collaboration avec les AEC, la supervision régulière des acteurs communautaires ;
- assurer l'intégration des données du projet dans le SIG de la santé (système d'information de la santé),.

• Les Collectivités Locales

La nutrition entre dans le domaine des compétences transférées aux collectivités locales. Elle n'est cependant pas prise en compte dans les priorités de développement local, probablement du fait de la nature cachée de ses manifestations et de la méconnaissance de son impact sur le développement.

L'amélioration de la situation nutritionnelle des populations a pourtant plus de chance de réussir avec une responsabilisation accrue des autorités locales. En effet chaque situation nutritionnelle a des causes liées au contexte local, les réponses sont donc d'abord locales, d'où l'importance de l'implication des collectivités locales.

Dans le sillage de la politique de décentralisation et des options du gouvernement en matière de développement local, la deuxième phase du PRN va mettre en œuvre un nouveau schéma d'intervention basé sur le transfert aux collectivités locales de la

gestion des interventions de nutrition communautaires.

Durant la première phase, le programme a touché 78 communautés rurales et 25 communes. Un atelier régional de plaidoyer a été organisé à l'intention des autorités locales des zones d'intervention, en plus des missions spécifiques de sensibilisation organisées dans 19 communautés rurales.

La première phase a donc jeté des bases importantes sur lesquelles il est possible de bâtir pour un transfert effectif de la gestion des interventions de nutrition aux Collectivités locales.

Le transfert de compétences sera guidé d'abord par le principe de la subsidiarité. Dans la mesure où la responsabilité de la santé de la population est partagée entre le ministère de la santé et la collectivité locale, celle-ci se verra confier la mise en œuvre des interventions de nutrition communautaire, tandis que le ministère de la santé va assurer sa fonction d'assurance qualité des services délivrés au niveau communautaire.

La contractualisation est le second principe qui sera appliqué. La collectivité locale va ainsi contractualiser avec des agences d'exécution communautaires (AEC) pour l'exécution des activités, ce qui lui permettra de se concentrer sur les aspects d'identification de leurs priorités de développement et de l'ordonnement des budgets alloués.

Mandat des CL

Le conseil local en tant qu'organe dirigeant de la collectivité locale et ordonnateur du budget sera le maître d'ouvrage des projets de nutrition communautaire, il aura ainsi pour mandat de :

- assurer la prise en compte de la lettre de Politique de Développement de la Nutrition dans le Plan de Développement de la collectivité locale ou lors de la révision de ce document ;
- sélectionner une AEC avec l'assistance de la CLM et selon des procédures et critères définis ;
- identifier les villages ou quartiers d'intervention avec la contribution du District de Santé ;

- valider la proposition de projet de nutrition de la collectivité locale et le budget afférant proposés par l'AEC ;
- rechercher le financement du projet (inscription au budget de la collectivité locale, contributions des populations, PRN, autres partenaires) ;
- signer une convention de financement avec la CLM ;
- garantir une bonne gouvernance en veillant en particulier au respect des principes de transparence et d'équité dans l'exécution du projet ;
- signer un contrat avec l'AEC sélectionnée pour l'exécution technique et financière du projet ;
- valider les demandes de remboursement de fonds soumises par l'AEC et ordonner le paiement ;
- organiser au moins deux fois par an la revue des activités du projet ;
- effectuer des visites de suivi des villages et quartiers d'intervention ;
- intégrer les données du projet dans les indicateurs de développement de la collectivité locale.

• Agences d'Exécution Communautaires (AEC)

Les AEC sélectionnées sont des Organisations Non Gouvernementales (ONG), Associations ou GIE qui sont des structures juridiquement reconnues et ayant les capacités de mise en œuvre de projet de nutrition à l'échelle d'un district de santé.

Mandat des AEC

L'AEC est chargée pour le compte de la collectivité locale, de l'exécution du projet financé par la CLM. Elle a pour mandat de :

- appuyer le conseil local dans l'élaboration de son projet de nutrition ;
- faire le « portage » du projet de la collectivité locale pour la recherche de financement auprès du PRN ;
- signer avec le conseil local un contrat pour l'exécution technique et financière du projet financé par la CLM ;
- faciliter le choix des agents relais communautaires (ARC) ;
- effectuer en collaboration avec le district de santé, la formation des ARC ;

- procéder à l'exécution des dépenses selon les règles et procédures définies dans la convention de financement ;
- élaborer les demandes de remboursement de fonds et les soumettre aux collectivités locales
- accompagner l'ARC dans la micro planification des activités ;
- effectuer en collaboration avec le district de santé, la supervision régulière de l'ARC ;
- faciliter l'organisation des journées communautaires de mobilisation sociale et notamment les journées de supplémentation en micronutriments et de déparasitage ;
- appuyer l'ARC dans le partage de l'information (restitution communautaire, élaboration de rapport...);
- préparer et soumettre des rapports d'activités au conseil local et au district de santé ;
- présenter l'état d'avancement du projet lors des revues organisées par le conseil local.

• Le Secteur Privé

Le secteur privé investit de plus en plus dans le développement social. Par rapport à la nutrition, il est l'acteur principal dans la fortification des aliments de base. Les industries de l'huilerie et des céréales sont membres du Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments (COSFAM) logé à la CLM. A terme, les denrées de base que sont l'huile et la farine de blé seront fortifiées en micronutriments (vitamine A ou fer). De plus, l'iodation du sel par les petits et moyens producteurs sera renforcée.

• La Communauté

Agent Relais Communautaire

L'ARC réside dans l'aire d'intervention et il a un statut de volontaire au service de la communauté de rattachement. Le choix de l'ARC est effectué de manière participative afin de garantir la reconnaissance de la personne retenue. Par ailleurs, vu le rôle important joué par les femmes dans le domaine de la nutrition, l'approche genre va également guider le choix de l'ARC. Selon la dynamique

communautaire et les références sociales des villages d'intervention, l'ARC est placé soit sous l'autorité du chef de village ou de toute autre instance communautaire présente dans le milieu (comités locaux de pilotage, GIE de femmes,...).

Mandat de l'ARC

L'ARC sélectionné par la communauté aura pour mandat :

- de procéder à la micro-planification participative des activités de SPC et CCC ;
- d'organiser les séances de pesée, de communication interpersonnelle et de mobilisation sociale ;
- d'assurer les visites à domicile aux bénéficiaires ;
- de procéder à la restitution des résultats à la communauté ;
- de préparer et de soumettre les rapports mensuels des activités du site au comité de pilotage et à l'AEC.

Le Comité Local de Pilotage

Au niveau des sites, la communauté est représentée par un comité local de pilotage qui assure la gestion des activités du programme à la base.

Le comité local de pilotage est composé de représentants de toutes les franges de la communauté les femmes bénéficiaires, les hommes, les autorités coutumières et religieuses, les jeunes et toutes les associations représentatives de la communauté. La composition de l'instance de gestion et de coordination est laissée à l'appréciation de la collectivité.

Mandat du CLP

Le comité local de pilotage est chargé :

- d'analyser et d'approuver le plan d'actions du site ;
 - d'appuyer l'organisation des mobilisations sociales et des événements spéciaux ;
 - d'analyser et d'approuver les restitutions mensuelles des ARC concernant l'exécution du plan d'actions ;
- d'assurer la gestion des contributions des populations au fonctionnement du site

Tableau 2 : Nouvelles attributions des activités entre les différents acteurs

	Phase 1				Phase 2			
	CLM	C. Locale	D. Santé	AEC	CLM	C. Locale	D. Santé	AEC
Orientation la Nutrition et le PRN			▲	▲		▲	▲	▲
Sélection des AEC	▲	▲	▲		▲	▲	▲	
Choix des villages d'intervention			▲	▲		▲	▲	▲
Rédaction du projet			▲	▲		▲	▲	▲
Soumission du projet à la CLM				▲		▲		▲
Co contractants pour le financement du projet	▲			▲	▲	▲		
Co contractants pour l'exécution du projet	▲			▲		▲		▲
Co contractants pour l'assurance qualité	▲		▲		▲		▲	
Visites de suivi des sites d'intervention	▲				▲	▲		
Reporting		←	←		←	←	←	

3. Mise en œuvre de l'intervention

3.2. Etapes de la phase II

2011. Cette phase sera découpée en trois grandes étapes schématisées ci-après.

La deuxième phase du PRN est prévue pour durer cinq (5) années c'est à dire de 2007 à

Figure 6 : Etapes de la mise en oeuvre de la phase



3.2.1. Maintien des acquis (2007)

Les acquis du PRN seront maintenus avec les AEC qui ont fait le succès de la première phase.

Cette première étape sera marquée par une continuation des activités dans les 34 districts d'intervention de la première phase et une préparation de l'extension de la couverture dans le pays. Une capitalisation des expériences réussies par exemple la stratégie grand mères, le cercle des femmes enceintes sera effectuée afin que les bonnes pratiques de mise en œuvre de projets de nutrition soient valorisées durant l'extension.

Cette première année servira aussi à préparer l'extension vers de nouveaux districts avec la sélection d'AEC et l'élaboration des projets.

La sélection des AEC pour les nouveaux districts est décrite dans la section consacrée au système de passation des marchés.

3.2.2. Déploiement dans tout le pays (2008 2009)

La deuxième étape verra l'implantation des activités dans les nouveaux districts d'intervention. Partant de l'expérience acquise durant la première phase, cette implantation sera rapide et efficace. La procédure d'élaboration et d'évaluation des projets sera participative avec la participation des acteurs qui ont été impliqués dans la sélection des AEC.

3.2.3. Consolidation des acquis (2010 2011)

La troisième étape va permettre l'atteinte de l'objectif de couverture de la seconde phase. L'appui à la mise en œuvre des projets sera effectif dans tous les districts et un accent particulier sera mis dans l'amélioration continue de la qualité des services. Cet appui va assurer l'atteinte des résultats en termes d'adoption de comportements et d'amélioration du statut nutritionnel des groupes ciblés dans les districts d'intervention

3.3. Calendrier d'exécution des activités

L'exécution des activités en fonction des composantes est décrite ci-dessous.

3.3.1. Composante Nutrition/PCIME

L'année 2007 sera consacrée au financement des projets de nutrition dans les 34 districts d'intervention de la première phase ; à la sélection des AEC pour les districts d'extension ; à la préparation de la formation des acteurs sur le SPC, la PCIME-C, les micronutriments et la gestion financière ; et à l'acquisition des équipements et produits pharmaceutiques pour les interventions de SPC et PCIME-C.

Les années 2008 et 2009 coïncideront avec : la signature des conventions de financement entre la CLM et les collectivités locales pour les nouvelles zones d'intervention; la mise à disposition des équipements et produits pharmaceutiques pour les interventions de SPC et PCIME-C ; l'extension des activités dans toutes les collectivités locales ciblées ; le début du financement des initiatives communautaires.

Les années 2010 et 2011 verront l'optimisation des interventions de nutrition communautaire menées par les AEC pour atteindre les objectifs de couverture et de qualité des services délivrés.

3.3.2. Composante Interventions multisectorielles relatives à la nutrition

Les activités identifiées pour cette composante vont permettre d'atteindre les résultats suivants :

- le ministère de la santé garantit les normes et protocoles qui assurent la qualité des interventions pour l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans ;
- le statut nutritionnel des élèves ciblés s'améliore ;
- les sites d'intervention bénéficient d'activités multisectorielles pour l'amélioration du statut nutritionnel des populations.

Ces résultats sur les secteurs de la santé et de l'éducation seront atteints avec l'appui à l'élaboration ou l'actualisation des plans stratégiques orientés sur la nutrition dès l'année 2007. Les plans stratégiques obtenus seront la base des plans d'actions annuels qui seront validés chaque année par la CLM.

Ces plans d'actions validés seront financés et suivis à partir de l'année 2008 et tout au long de la deuxième phase. Le résultat lié aux activités multisectorielles au niveau des sites sera atteint avec la création de synergies entre les intervenants au niveau communautaire dès l'année 2007. Des requêtes pour l'appui à la mise en œuvre des interventions multisectorielles de lutte contre les déterminants de la malnutrition seront financées à partir de l'année 2008 et tout au long de la deuxième phase.

3.3.3. Composante appui à la politique et suivi et évaluation

Les activités identifiées pour cette composante vont permettre d'atteindre les résultats suivants :

- la lettre de politique de nutrition est bien suivie grâce à une coordination efficace des interventions de nutrition ;
- les données de suivi et évaluation des différentes interventions sont disponibles pour la prise de décisions ;
- la CLM et les comités régionaux ont acquis les compétences nécessaires pour mener à bien leur mission.

Le résultat relatif à la coordination des interventions de nutrition sera obtenu grâce à la continuation dès l'année 2007 du dispositif

suivi de la CLM caractérisé par des réunions de coordination trimestrielles, des rencontres d'échanges annuelles avec les partenaires, et les visites de suivi sur le terrain de la CLM et des Comités Régionaux de Suivi (CRS).

Des revues de la politique de nutrition seront organisées à partir de l'année 2008 afin d'obtenir une réactualisation de celle-ci au bout de l'année 2009.

Le résultat relatif à la disponibilité des données de suivi sera obtenu grâce à la mise à jour et au développement de nouveaux outils autant pour les informations techniques que financières dès l'année 2007. Par ailleurs, la CLM va poursuivre sa démarche de planification opérationnelle annuelle ainsi que les rencontres d'échanges semestrielles et trimestrielles avec les AEC au niveau national et régional. La CLM va également poursuivre ses Missions d'Appui aux Projets (MAP) qui facilitent la mise en œuvre des interventions et contribuent à la qualité des services délivrés. Des études spécifiques seront réalisées sur des thèmes identifiés durant la mise en œuvre et dont la maîtrise permettra d'améliorer les services de nutrition communautaire. Une étude d'impact sera réalisée à la fin de la deuxième phase en 2010.

Pour mener sa mission de manière efficace, la CLM verra ses capacités renforcées par l'organisation de séminaires et sessions de formation tout au long de la deuxième phase. L'organisation de voyages d'études permettra d'approfondir l'expérience de la CLM dans la mise en œuvre d'interventions de nutrition.

Le tableau ci-après résume le calendrier d'exécution des activités par composante.

Tableau 3 : Calendrier d'exécution des activités par composante

	PAQUET D'ACTIVITES													2011				
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	T4
	Financer les activités de nutrition au niveau communautaire		■															■
	Former les acteurs		■								■		■					
	Equiper les sites en matériels et produits pharmaceutiques										■							
	Financer les microprojets																	■
Interventions multisectorielles relatives à la nutrition	Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique du ministère de la santé							■										■
	Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique du ministère de l'éducation							■										■
	Appuyer la mise en œuvre des interventions multisectorielles au niveau communautaire									■								■
	Organiser les activités de suivi de la CLM (réunions de coordination, visites de terrain, rencontres d'échanges)																	■
	organiser des revues de la politique de nutrition									■				■				■
	Développer l'implication des collectivités locales									■				■				■
	Réaliser les études (spécifiques et impact)					■								■				
	Assurer le suivi des activités des différents acteurs (CL, AEC, Ministères, etc)																	■

4. Suivi et évaluation

Durant la première phase, le PRN a disposé d'un système de suivi et évaluation qui a été un instrument d'aide à la décision. Ce système a rendu disponible, tout au long de l'exécution du programme, l'information contribuant à la bonne gestion du programme. En effet, le suivi du programme a permis d'apprécier, son implantation, les activités menées au sein des communautés, et les coûts liés à son exécution. L'évaluation, quant à elle, a permis d'identifier et de mesurer les effets induits (impacts) dans les communautés par le programme. Ce système de suivi et évaluation sera amélioré durant la deuxième phase du programme.

4.1. Système de suivi

Le système de suivi existant intègre les activités quotidiennes au niveau des sites d'intervention du programme, à travers une collecte régulière des données. Il permet de mesurer différents aspects tels la quantité des intrants ; la qualité des intrants ; le bien-fondé des intrants ; les contraintes opérationnelles ; la qualité des services délivrés ; le taux de couverture des cibles. Ce système de suivi sert de base à la supervision qui entre dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services du programme. Il permet aussi d'alerter les acteurs du programme lorsque des mesures correctrices s'imposent face à une

tournure prise par un ou plusieurs aspects du programme.

Chaque AEC développera un système de suivi adapté à la mise en œuvre de projets de nutrition financés par le PRN. Ce système devra décrire le schéma de collecte des données, la méthode retenue pour le traitement et l'analyse des données recueillies pour une amélioration continue des performances et la qualité des interventions.

L'AEC devra fournir un rapport mensuel des activités aux différentes collectivités locales du district. Une synthèse de ces rapports est partagée avec le district de santé et la CLM. Ce rapport présentera les résultats atteints grâce à un support informatique automatisé. Le support existant sera amélioré afin de permettre une meilleure analyse des performances. Ainsi, la CLM pourra disposer de manière régulière des informations sur l'état d'avancement des projets financés.

Le système de suivi intégrera les informations sur l'état d'avancement des plans d'actions des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que les requêtes financées dans le cadre de l'appui aux interventions multisectorielles.

Le tableau ci-dessous décrit pour chaque composante, le suivi de ses indicateurs de performance.

Tableau 4 : Indicateurs d'impact - niveau attendu à la fin de la deuxième phase

		moyens de vérification
<p>Les objectifs de la Phase II sont : (i) d'améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres et (ii) de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition pour la mise en œuvre et l'évaluation de la politique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> (i) la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 25% d'ici 2010 dans les zones d'interventions; (ii) le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions; (iii) le pourcentage de femmes effectuant les quatre consultations prénatales augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions; (iv) le pourcentage d'enfants 0-5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide atteint au moins 40% dans les zones d'interventions; (v) 80% des collectivités locales disposent d'acteurs (ONG, Personnel de la Santé...) qui mettent en œuvre des interventions de nutrition. 	<p>Données du programme, et enquêtes d'évaluation. Enquêtes EDS et MICS.</p>

Tableau 5 : Indicateurs de performance - niveau de performance attendu par année

	Situation de référence	Niveau de performance ciblé par année						Resp. collecte
					2010			
La couverture nationale des enfants 0-5 ans en milieu rural passe 15 à 50%	Couverture nationale fin 1 ^{ère} phase	15%	20%	45%	50%	Annuelle	Rapports activités AEC	AEC
280.000 enfants 0-2 ans bénéficient du suivi promotion de la croissance mensuellement	Nombre d'enfants fin 1 ^{ère} phase	112 000	140 000	260 000	280 000	Mensuelle	Rapports activités AEC	AEC
75% des enfants 0-24 mois suivis ont un gain de poids adéquat.		50%	60%	70%	75%	Mensuelle	Rapports activités AEC	AEC
80% des mères d'enfant participent aux causeries éducatives sur la PCIME-C.		70%	75%	80%	80%	Mensuelle	Rapports activités AEC	AEC
Au moins 80% des enfants 6- 59 mois sont supplémentés en vitamine A deux fois dans l'année		80%	80%	80%	80%	Annuelle	Rapports activités AEC	AEC
Au moins 90% des moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux couples mères enfants			50%	75%	90%	Annuelle	Rapports activités AEC	AEC
Au moins 80% des enfants 12- 59 mois sont déparasités deux fois dans l'année		80%	80%	80%	80%	Annuelle	Rapports activités AEC	AEC
Au moins 80% des sites développent des microprojets financés par les small grants		80%	80%	80%	80%	Annuelle	Rapports activités AEC	AEC
Les normes et protocoles sont réactualisés par le secteur de la santé					Réactualisation	Une fois durant An 4	Rapports d'activités	Ministère santé
Au moins 75% des activités de supervision planifiées par les structures de santé sont réalisées.		50%	60%	70%	75%	Trimestrielle	Rapports d'activités	Ministère santé
Au moins 80 % des élèves ciblés sont supplémentés hebdomadairement en fer durant l'année scolaire.			50%	70%	80%	Trimestrielle	Rapports d'activités	Ministère éducation
Au moins 80% des élèves des écoles ciblées sont déparasités 2 fois/an.			50%	70%	80%	Trimestrielle	Rapports d'activités	Ministère éducation
Au moins 25% des collectivités locales ont inscrit la nutrition dans leur plan de développement			10%	15%	25%	Annuelle	Rapport activités CLM	BEN/CLM
Au moins 80% des activités planifiées par la CLM sont réalisées		80%	80%	80%	80%	Annuelle	Rapport activités CLM	BEN/CLM
Les indicateurs de performance des projets sont disponibles tous les 3 mois		100%	100%	100%	100%	Trimestrielle	Rapports activités des projets	AEC Ministères
Au moins 80% des études planifiées sont réalisées			80%	80%	80%		Rapport final des études	BEN/CLM
Les coûts de gestion représentent moins de 15% du budget total.					15%	Une fois fin Phase II	Rapport de gestion du PRN	BEN/CLM

4.2. Système de supervision

La supervision se fait à différents niveaux et implique tous les acteurs. Quel que soit le niveau, la supervision se veut formative, elle représente un moyen pour veiller à l'atteinte des objectifs fixés et améliorer de façon continue la qualité dans les activités du programme. L'AEC devra proposer un système de supervision selon les niveaux d'intervention (communautaire, poste de santé, district). L'implication des acteurs du système de santé aux niveaux communautaire, poste de santé, district de santé, région médicale et national, s'inscrira dans le cadre du financement des plans d'actions annuels du secteur de la santé par la CLM.

4.2.1. Niveau communautaire

L'Agent Relais Communautaire (ARC) doit être accompagné tout au long du processus qui mène à la délivrance de services de nutrition/PCIME communautaire de qualité. La supervision de l'ARC doit être fondamentalement formative, elle doit viser à améliorer continuellement ses connaissances et ses performances. Ce dernier doit se sentir soutenu tout en développant une autonomie progressive.

4.2.2. Niveau poste de santé

Le poste de santé effectue une supervision des sites qu'il polarise pour s'assurer du respect des normes et protocoles en matière de nutrition/PCIME et donner des

recommandations techniques pour l'amélioration de la qualité des services. La supervision des activités du programme doit s'inscrire dans le plan de supervision du poste de santé.

4.2.3. Niveau district et régional

L'Equipe Cadre de District (ECD) supervise les activités du programme dans le cadre de la supervision des postes de santé du district.

L'Equipe Cadre de Région (ECR) supervise les activités du programme dans le cadre de la supervision des ECD de la région.

Le BEN à travers le BER assiste les collectivités locales dans la supervision de l'AEC qui a en charge l'exécution du programme au niveau du district. Cette supervision formative a pour but de s'assurer de la bonne exécution des activités et d'améliorer les performances du programme au niveau du district. Cette supervision aura un aspect technique concernant les activités de nutrition/PCIME et un aspect financier concernant la gestion financière de l'AEC. A cet effet, le BEN a développé un guide pour les Missions d'Appui aux Projets (MAP) (voir Encadré ci-après).

4.2.4. Niveau national

Le niveau central du ministère de la santé en collaboration avec les ECR, effectuera une supervision régulière des activités menées par le programme dans les régions médicales.

Encadré 5 : La Mission d'Appui au Projet (MAP)

La MAP, une méthode d'accompagnement des projets par une équipe pluridisciplinaire

La MAP est une méthode de supervision/assistance qui vise à s'assurer que les AEC exécutent correctement les plans d'action et que les performances vont dans le sens des objectifs définis dans le projet de l'AEC.

Pour cela, l'équipe de supervision devra régulièrement :

- suivre l'état d'avancement de tous les aspects du projet ;
- identifier les dysfonctionnements et formuler les recommandations ;
- s'assurer que les ressources allouées sont utilisées aux fins pour lesquelles elles ont été fournies ;
- s'assurer que les niveaux de décaissements sont en corrélation avec l'avancement des activités ;
- identifier les besoins de renforcement de capacités pour une amélioration continue de la qualité du service donné dans le cadre du projet ;
- s'assurer de l'application effective des recommandations précédentes ;
- identifier les points forts à capitaliser.

La MAP s'appuie sur les compétences de tous les membres du BEN et des partenaires.

Cela fait appel à la notion d'équipe de supervision intégrée. Elle se concentre sur des objectifs et des domaines précis pour être efficace. Les objectifs de la MAP sont centrés sur l'exécution du plan d'action de l'AEC et l'atteinte des objectifs identifiés périodiquement. Les systèmes d'information et de supervision de l'AEC font également l'objet

d'une attention particulière. L'esprit de la MAP est celui d'un appui-conseil pour l'amélioration constante des performances.

L'analyse des performances du projet dans les domaines techniques et financiers, point de départ de la MAP

Pour rendre son action opportune et efficace, la MAP est basée sur l'analyse des performances du projet dans les domaines techniques et financiers. Cela permettra de concentrer les efforts de l'équipe sur les activités, domaines, fonctions ou processus qui requièrent une attention particulière à un moment de la vie du projet. Cette recherche d'efficacité n'altère point la nécessité d'exhaustivité dans l'assistance/supervision. Ainsi, aucun domaine, activité, fonctions ou processus du projet ne sera ignoré dans la planification des activités des différentes MAP. Cette exhaustivité dans les domaines couverts est assurée par la continuité de l'action MAP. En effet, l'appui aux projets ne se limite pas aux jours de préparation et de descente sur le terrain. Elle couvre la durée de vie du projet. Les périodes de préparation et de descente sur le terrain en constituent ses moments les plus visibles mais pas forcément les plus importants. Ainsi, dès le début, les forces et faiblesses du projet sont identifiées. Elles sont continuellement mises à jour. Les faiblesses constituent les domaines que doivent couvrir les différentes MAP. Après les visites de terrain, la MAP continue à travers un suivi des recommandations et des performances du projet à deux niveaux (niveau BER et siège du BEN).

4.3. Système de reporting

Durant la première phase du PRN, la CLM a soumis de manière régulière le Rapport de Suivi Financier (RSF) à l'IDA. Le BEN de la CLM a mis en place un processus maîtrisé d'élaboration des RSF sur une base trimestrielle. Ce processus sera renforcé durant la deuxième phase par la soumission de rapports de suivi trimestriels à tous les bailleurs et partenaires.

Le BEN de la CLM élabore un rapport annuel qui rend compte des réalisations du plan d'actions annuel. Ce rapport est soumis à la CLM, aux bailleurs et partenaires. Ce système sera maintenu et amélioré durant la deuxième phase.

A mi-parcours et à la fin d'une phase, des rapports sont produits. Le rapport à mi-parcours mettra en relief les réalisations et les besoins de réajustements pour l'atteinte des objectifs de la phase en cours. Le rapport d'achèvement renseigne des réalisations et du niveau d'atteinte des objectifs de la phase du programme.

4.4. Système d'évaluation

Pour connaître les effets du programme, il est indispensable de connaître la situation de départ. Ainsi, durant la première phase du programme, des enquêtes de base (Connaissances, Pratiques et Couverture) ont été effectuées dans les districts de santé pour mesurer les aspects sur lesquels le programme va intervenir. A la fin de la première phase du programme, les mêmes enquêtes seront réalisées afin de mesurer les effets des interventions sur les populations ciblées. Le PRN a aussi mis en place un dispositif pour réaliser une étude d'impact avec une démarche méthodologique rigoureuse s'appuyant sur une comparaison de groupes bénéficiaires et témoins avant et après l'intervention. Les résultats de cette étude d'impact seront obtenus durant l'année 2006.

Au plan national, le programme dispose d'une situation de référence avant la mise en œuvre de la phase II fournie par l'EDS IV (2005), l'évolution de la situation nutritionnelle au

niveau national sera connue grâce à une enquête nationale qui sera réalisée en 2010.

Au niveau des districts d'intervention, la deuxième phase du programme verra l'utilisation du même schéma d'évaluation avec la réalisation d'enquêtes CPC dans les districts ciblés avant et après l'intervention des AEC. Ces enquêtes mettront l'accent sur les indicateurs d'impact de la deuxième phase :

- la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 25% d'ici 2010 dans les zones d'interventions;
- le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions;
- le pourcentage de femmes effectuant les quatre consultations prénatales augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions;
- le pourcentage d'enfants 0-5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide atteint au moins 40% dans les zones d'interventions;

Les autres indicateurs classiques liés à la nutrition et aux connaissances et pratiques seront également pris en compte par les enquêtes CPC. Des études qualitatives annuelles sont prévues dans les districts d'intervention pour mieux cerner l'évolution des comportements par rapport aux moustiquaires imprégnées et aux micronutriments tels la vitamine A. Par ailleurs, l'évaluation au niveau des districts sera renforcée par des évaluations participatives. Ainsi, des enquêtes qualitatives systématiques seront menées sur la satisfaction des bénéficiaires au bout de deux années d'intervention dans un district.

Au cours de la deuxième phase des études spécifiques seront effectuées afin de mieux cerner certaines contraintes à l'atteinte des objectifs et à la qualité des services. Ces études seront utilisées pour obtenir toute information nécessaire pour faire face à une situation inattendue, et améliorer de manière continue les performances et la qualité des interventions.

5. Pérennisation

Pour assurer la continuité des activités, les mesures suivantes sont prévues

5.1. Au niveau de la communauté

La communauté le point de départ de la pérennisation

L'une des garanties majeures de continuité des activités au niveau de la communauté est l'acquisition des comportements clés non seulement par les mères et gardiennes d'enfants actuelles mais aussi par les futures mères (cible adolescente). Pour se faire la CCC occupera une place prépondérante dans le PRN, avec comme objectif de constituer un capital social de comportements pour une prise en charge adéquate de la croissance des enfants au niveau communautaire et une responsabilisation accrue de la communauté dans la prise en charge de la nutrition. Par ailleurs le programme veillera au renforcement du volet nutrition dans les curricula de formation, l'école étant aussi un canal privilégié pour installer des comportements dans les habitudes.

Le transfert de compétences à la communauté

Au niveau de chaque site au moins deux agents relais seront identifiés au sein de la communauté. Ils seront formés, dotés d'équipement et motivés. Parallèlement, des activités génératrices de revenus, comme la vente de sels de réhydratation orale et de moustiquaires dans les zones d'intervention moyennant une marge bénéficiaire, seront proposées aux ARC. Ainsi, à la fin du projet, chaque site disposera d'un agent relais communautaire capable de délivrer les services de nutrition, à savoir suivre la croissance des enfants, et animer des séances d'éducation nutritionnelle.

Impulser la participation des bénéficiaires

Pour les séances de démonstration culinaire et de fabrication de farine enrichie, une stratégie

d'incitation à la participation des bénéficiaires de chaque groupe en contribuant à la fourniture des ingrédients sera mise en oeuvre pour éviter une dépendance vis à vis de l'extérieur et créer les conditions pour une continuité des actions. Par ailleurs un accent particulier sera mis sur l'utilisation des produits locaux lors de ces séances.

Le renforcement institutionnel des comités locaux de pilotage

Au sein de chaque zone d'intervention, les Comités Locaux de Pilotage (CLP) seront institués. Ces CLP seront impliqués et responsabilisés dans toutes les phases du projet (depuis le démarrage jusqu'à l'évaluation). Par ailleurs, ces CLP seront renforcés pour une amélioration de leur structuration, de leurs règles de fonctionnement, de leur gestion, et surtout de leurs capacités à analyser les problèmes nutritionnels et à proposer des solutions adaptées. Ainsi, à la fin du projet chaque site disposera d'une structure capable d'analyser et de résoudre les problèmes nutritionnels. Ce comité local de pilotage aura la charge de suivre et d'assister les ARC.

5.2. Au niveau des collectivités locales

Les collectivités locales une porte d'entrée pour la pérennisation de la nutrition.

Dans une démarche participative, pour une appropriation de la prise en charge de la nutrition au niveau local, les élus locaux ont été impliqués dès le début des activités du programme. Ils assurent un suivi au niveau local, ainsi ils sont régulièrement informés de l'état d'avancement des projets lors des réunions du Comité Régional de Suivi (CRS). Par ailleurs pour un renforcement de leur compréhension des enjeux de la nutrition et la prise en compte de la nutrition dans les PLD, une stratégie de plaidoyer a été mis en oeuvre au niveau local avec des démarches spécifiques à chaque AEC soutenues par : l'organisation d'ateliers régionaux de plaidoyer

et des missions spécifiques de sensibilisation. A terme l'objectif visé et la prise en charge des coûts récurrents au niveau communautaire par les collectivités locales.

Dans la seconde phase du PRN, ce processus de prise en charge de la nutrition au niveau local passera à un niveau supérieur grâce à une responsabilisation accrue des élus locaux dans la mise en oeuvre du programme. Cela se traduira par un transfert effectif de la gestion des interventions de nutrition aux collectivités locales et la mise en place d'une stratégie d'incitation à la recherche de nouvelles sources de financement au niveau le plus périphérique.

5.3. Au niveau des ONG

Mise en place d'une masse critique d'intervenants formés pour la planification, la gestion et le suivi des interventions en nutrition

L'une des conditions de pérennisation des interventions de nutrition est l'existence au niveau local des compétences pour la prise en charge de la lutte contre la malnutrition. Le PRN dans son design accorde une part importante au renforcement de capacités afin d'installer et de renforcer les compétences du pays dans la prise en charge de la croissance des enfants. Aussi, dans sa démarche, le programme a privilégié dès son entame une sélection rigoureuse des acteurs. Toujours dans une optique de pérennisation le choix des structures d'intervention c'est porté sur celles dont l'existence n'est pas tributaire du programme. Dans la seconde phase un accent particulier sera porté sur une amélioration de l'intégration des AEC dans le schéma au niveau déconcentré et décentralisé.

5.4. Au niveau des ministères

Des plans stratégiques sectorielles orientés nutrition pour installer une vision

Lors de la première phase, les Infirmiers Chef de Poste (ICP) ont été impliqués dans le choix des sites et des agents relais communautaires. Ils forment les ARC et les supervisent.

Cette démarche sera renforcée dans la seconde phase. De plus, les résultats des activités communautaires seront intégrés dans le rapport du poste de santé et seront consolidés à tous les niveaux. Les CLP seront représentés dans le comité de santé. Ainsi la jonction sera faite avec le système de santé au niveau communautaire.

Par ailleurs, le secteur de l'éducation est mis à contribution, pour l'installation des comportements adéquats dans le long terme avec :

- l'introduction de la supplémentation et du déparasitage au niveau scolaire ;
- la sensibilisation des adolescentes, futures mères, sur les comportements adéquats pour la prise en charge de la croissance des enfants ;
- le renforcement de l'alphabétisation des acteurs du programme ;
- l'élaboration de modules liés à la nutrition et leur intégration dans les classes.

Cependant à partir des leçons tirées de la première phase le PRN appuiera ces secteurs clefs que sont la santé et l'éducation à travers des plans stratégiques orientés nutrition pour installer une vision à long terme de la nutrition dans ces secteurs.

Par ailleurs l'accent sera mis sur la promotion et la facilitation du dialogue au niveau opérationnel pour une prise en charge multisectorielle de la nutrition.

5.5. Au niveau de la CLM

Financement de la nutrition par l'Etat

Dès le début du programme, des actions ont été menées pour une prise en charge progressive de la nutrition par l'Etat avec une participation financière dégressive des bailleurs de fond, il s'agit :

- du maintien des coûts annuels par enfant des interventions sur site à un niveau faible. A l'instar de la première phase, les coûts récurrents des interventions sur site sont maintenus à des niveaux faibles, c'est-à-dire FCFA 3000 par enfant et par an ;
- de l'inscription de la nutrition dans le DSRP, le plaçant ainsi parmi les priorités de

l'état du Sénégal dans le cadre de la lutte contre la pauvreté ;

- d'une allocation de plus en plus importante à la nutrition dans le budget de l'état ce qui à terme soutiendra progressivement l'autofinancement de la nutrition au niveau du Sénégal ;

- d'une institutionnalisation de la nutrition au Sénégal, avec un renforcement du leadership et de la fonctionnalité de la CLM,
- d'un fort plaidoyer pour l'inscription de la nutrition au niveau des budgets des ministères techniques membres de la CLM, et l'appui à ces derniers par le biais de plans stratégiques orientés nutrition.

6. Gestion du programme

6.1. Organisation de l'unité de gestion

6.1.1. Structure de l'organisation

La mission du Bureau Exécutif National (BEN) telle que définie dans son arrêté de création consiste à :

- assister la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) dans la définition de la politique nationale de nutrition et l'élaboration de stratégies appropriées pour l'exécution des programmes nationaux de nutrition et
- assurer la gestion du programme de renforcement de la nutrition.

Pour remplir cette mission de façon efficace, le BEN s'est doté au cours de la première phase, d'une organisation composée d'une coordination et de trois unités, à savoir *l'unité des politiques et stratégies (UPS)*, *l'unité de suivi des opérations (USO)* et *l'unité de soutien administrative et financière (USAF)*.

Avec le souci d'une gestion de proximité, meilleur gage de réussite du projet six (6) bureaux régionaux rattachés à l'unité de suivi des opérations ont été mis en place dans les différentes zones d'intervention (Dakar, Thiès, Saint-louis, Fatick, Kaolack et Kolda).

Une telle organisation a fait ses preuves en terme d'efficacité et les résultats obtenus l'attestent :

- plans d'actions annuels toujours réalisés à 90% ;
- taux de décaissement du projet à 91,5% au mois de décembre 2005;
- projet cité par la banque mondiale parmi les « ten best practices » en matière de RSF.

6.1.2. Nouvelle organisation

6.1.2.1. Justification

La deuxième phase du PRN sera une étape de passage à l'échelle du programme. Ce qui va se traduire par une extension des interventions

à l'ensemble des 55 districts sanitaires du pays soit 21 districts supplémentaires par rapport à la première phase. Par la même occasion, le pourcentage d'enfants ciblés par le programme va passer de 20% à 43%. Les interventions en zone rurale seront renforcées et la cible du projet sera étendue aux adolescentes, en plus des enfants, des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

Le passage à l'échelle, la nouvelle structuration du programme en quatre (4) composantes (3 lors de la première phase) et le souci de renforcer le niveau d'efficacité atteint au cours de la première phase requièrent la mise en place d'une organisation adaptée avec les ressources nécessaires.

C'est ainsi que pour cette deuxième phase, le BEN sera structuré en 4 unités autour de la coordination. Il s'agit de *l'unité des politiques et stratégies (UPS)*, *l'unité de suivi et d'appui aux opérations (USAOP)*, *l'unité financière et comptable (UFC)* et *l'unité administrative et logistique (UAL)*.

6.1.2.2. Coordination

Elle sera composée du Coordonnateur National, d'une Assistante de programme et d'un Auditeur interne.

6.1.2.3. Unité des Politiques et stratégies

Elle sera composée de trois conseillers spécialisés respectivement en Nutrition et PCIME, en Communication pour le Changement de comportement et en Micro nutriments. La présence de ce dernier se justifie surtout par l'importance de la question des micro nutriments (sous-composante 1.2) et l'incorporation des adolescentes parmi les cibles du projet.

6.1.2.4. Unité de Suivi et d'Appui aux Opérations

Elle sera pilotée par un responsable d'unité basé au siège du BEN et sera chargée du suivi et de l'appui des projets.

L'activité de financement et d'appui aux collectivités locales et aux agences d'exécution communautaires constitue le cœur des interventions du BEN. Elle représente près de 2/3 du budget et mobilise une bonne partie des ressources humaines.

Pour une plus grande efficacité des interventions, le personnel des BER sera renforcé. Chaque BER sera composé d'un responsable de BER, d'un gestionnaire technique de projets, d'un gestionnaire financier de projets et d'un assistant administratif et comptable du bureau régional. Les gestionnaires techniques et financiers s'occuperont exclusivement du suivi et de l'appui aux projets des Collectivités Locales et des AEC.

Les bureaux régionaux verront leurs compétences renforcées par plus d'autonomie dans la gestion des projets. La coordination des activités du programme et la prise en charge des relations avec les partenaires, les autorités administratives et les collectivités locales seront mieux assurées au niveau local par le responsable de BER.

Cependant, dans un souci d'optimisation des ressources, le nombre de bureaux régionaux sera ramené à 5 (au lieu des 6 de la première phase) par un regroupement par zones (Dakar, Thiès, Saint Louis, Kaolack et Kolda). Pour ce qui concerne les régions de Tambacounda et de Matam, des équipes de suivi et d'appui seront

mis en place, mais elle seront rattachées aux Bureaux de Kolda et Saint Louis.

6.1.2.5. Unité Financière et Comptable

L'enjeu que représente l'activité de financement des projets des Collectivités Locales et des AEC et le nombre important de ceux-ci justifient la mise en place d'une unité dédiée exclusivement à la gestion financière et comptable au niveau du BEN.

Elle sera composée d'un responsable chargé de la coordination, d'un gestionnaire financier principal, d'un comptable principal et d'un comptable.

Le gestionnaire financier principal sera chargé exclusivement du suivi financier des projets et assurera la supervision fonctionnelle des gestionnaires financiers des bureaux régionaux.

Le comptable principal, assisté d'un comptable aura la charge de la gestion comptable.

6.1.2.6. Unité Administrative et Logistique

Elle aura en charge la passation des marchés, la gestion des ressources humaines, la gestion logistique, les achats et les services généraux. Elle sera composée d'un responsable d'unité chargé de la passation des marchés, et d'un gestionnaire chargé des achats et de la logistique et d'une secrétaire bureautique.

L'organigramme ci dessous présente de façon détaillée la nouvelle organisation du BEN.

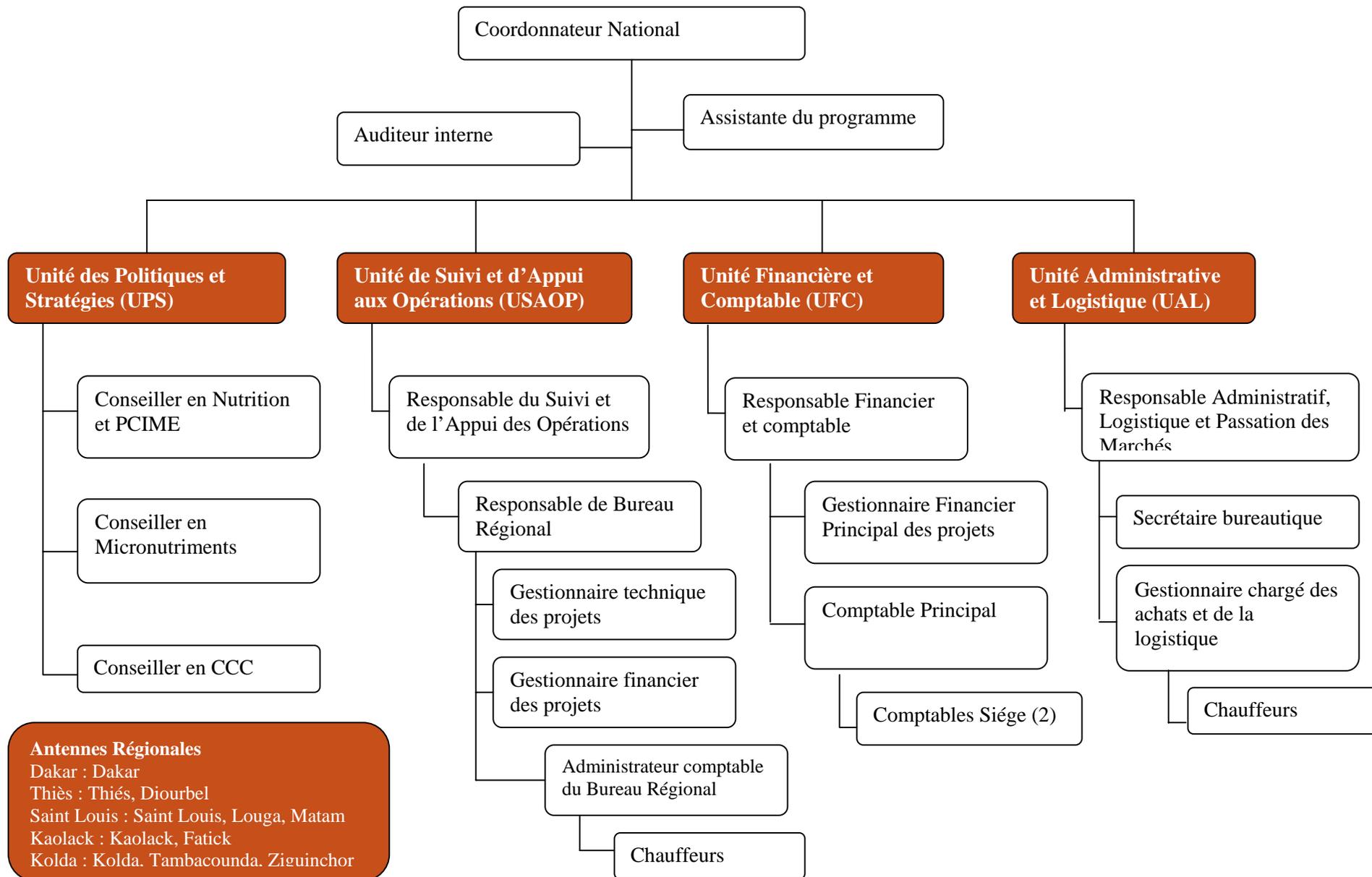


Figure 7 : Organigramme du Bureau Exécutif National de la CLM

6.2. Système de gestion de la performance

Pour la seconde phase du programme, il faut s'appuyer sur les éléments de performances et motifs de satisfaction de la précédente. A cet effet, il sera reconduit le même dispositif avec les améliorations qualitatives.

Une planification maîtrisée, déclinée en une planification stratégique, une planification opérationnelle annuelle qui sert de base à un PABA et des plans individuels orientés vers les résultats.

- Un système de planification maîtrisé

Ce système, outre la planification stratégique à chaque début de phase comporte chaque année une planification opérationnelle systématique et rigoureuse. Il se traduit par les résultats suivants :

- 92% de taux de réalisation du plan d'action 2005 contre 89% en 2004 et 82% en 2003 ;
- maîtrise des coûts du programme (moins de 15% du budget de la phase 1).

Ce système est développé en interne avec l'appui continu des spécialistes externes rompus en planification et stratégie. Il est soumis à la dynamique de l'amélioration continue qui est un credo au sein du management du programme ;

Chaque membre du bureau décline un plan d'action individuel sur la base de la planification opérationnelle annuelle. Ce plan d'action individuel est validé avec son supérieur hiérarchique et servira de base à l'évaluation des performances qui est décrite ci après.

- Une revue trimestrielle du PABA

Le plan d'actions issu de la planification opérationnelle fait l'objet d'un suivi rigoureux tous les trimestres. La revue permet d'évaluer les actions menées, d'identifier les retards et causes, de prendre des mesures correctrices, etc. Il est en conséquence un excellent outil de pilotage pour le programme.

Un système d'évaluation des ressources humaines performant opérationnel et régulier

- Un système d'évaluation des ressources humaines opérationnel

Une gestion de la performance est aussi assise sur un système d'évaluation des ressources humaines opérationnel qui est bien partagé par toute l'équipe. Les ressources humaines sont comprises comme la première richesse de l'organisation, élément déterminant dans la réalisation de performances. Il est défini au préalable les responsabilités et les objectifs assignés à chacun. Le collaborateur est associé à la démarche et il s'engage dans la fixation des responsabilités et des objectifs, à des fins d'appropriation. Ainsi, les écarts de performances (différentiel entre les objectifs fixés et les réalisations concrètes) sont plus facilement identifiables, et un plan d'action déterminé en conséquences permet de programmer des actions correctives, en termes de formation, de développement ou d'organisation, pour le collaborateur. L'évaluation est régulière, sur une base semestrielle.

Un environnement de contrôle interne sécurisé par des revues périodiques visant la bonne application des procédures consignées dans un manuel consensuel, participatif, exhaustif et de qualité, régulièrement mis à jour.

- Un environnement de contrôle interne sécurisé

Il est instauré un environnement de contrôle interne sécurisant par des revues périodiques conduites par le Contrôleur interne sur toutes activités prépondérantes du programme. Ces revues s'exécutent sur la base d'un programme annuel de travail (combinant les contrôles inopinés et les revues planifiées) validé par le Coordonnateur. Ces revues couvrent les cycles les plus importants, déterminés à la suite d'une identification et hiérarchisation des risques. La philosophie du contrôle développée au sein du programme a amené à élargir les revues aux partenaires chargés de la mise en œuvre dans un souci de sécurisation des fonds mais aussi de renforcement de capacités en vue d'un réel ajout de valeur. Les partenaires ont bien compris cette exigence et ont répondu par une franche collaboration ;

Un manuel de procédures consensuel est élaboré par un cabinet de référence (un des big

five) pour le compte du programme, par un processus très participatif (toute l'équipe de départ a participé de manière active à la validation). Il couvre les principaux aspects du programme. Le manuel est validé par la tutelle et la Banque Mondiale. Ce manuel est régulièrement mis à jour pour en assurer son applicabilité et sa pertinence.

Une gestion axée sur les résultats

- Le travail en équipe orienté vers les résultats

Une option du travail en équipe éprouvée résolument tournée vers la performance a donné des résultats plus que probants. Une illustration cette démarche est le rapport de suivi financier plébiscité comme une des « ten best practices » en 2004 et future base des décaissements du programme ; il s'y ajoute une organisation orientée vers la satisfaction d'un suivi financier caractérisé par la pertinence partagée (information financière pertinente aussi bien pour l'IDA, la CLM et les autres partenaires) ;

- Des audits de qualité avec certification sans réserve, réalisés à bonne date

Cela est du en partie à l'anticipation des missions d'audit à travers une préparation rigoureuse qui comporte les diligences minimales qui suivent :

- le partage d'informations au sein de l'équipe sur la finalité de l'audit et la nécessité d'une planification ;
- la mise en place d'un plan d'actions adapté aux besoins de l'audit ;
- le suivi rigoureux de ce plan d'actions ;
- le partage de la planification avec l'auditeur pour assurer son implication et sa contribution à l'atteinte des objectifs.

Ce dispositif ainsi que les performances de la gestion financière ont abouti à des certifications sans réserve par l'auditeur indépendant chargé de la revue du programme. Le travail de qualité produit par l'auditeur a plaidé en faveur de son maintien (sur recommandation de l'IDA) pour l'audit de clôture de la première phase.

6.3. Système de passation des marchés

6.3.1. Introduction

Le système de passation des marchés définit les procédures et règles à mettre en œuvre

pour effectuer les dépenses dans le cadre du projet.

Les principes de base de la passation des marchés, qui sont d'ordre universel seront appliqués par les différents acteurs aux différents niveaux de dépense.

Il s'agira de concilier à la fois l'exigence de bonne gestion des fonds publics et les intérêts des personnes privées qui sont les fournisseurs et prestataires de services dans le projet, en respectant les principaux principes ci-après : l'économie et l'efficacité des dépenses publiques ;

- la concurrence entre les candidats ;
- l'égalité d'accès à tous les candidats admis à concourir ;
- l'intégrité et l'équité vis à vis des concurrents ;
- la transparence des procédures.

Avec le transfert de la responsabilité de la mise en œuvre des projets de nutrition aux collectivités locales, certains changements seront apportés dans la façon de conduire la passation des marchés dans le projet. Mais il ne s'agira en aucun cas de complexifier les règles, bien au contraire. Celles-ci seront utilisées de façon conforme mais aussi adaptée aux réalités propres aux collectivités locales.

De façon générale, les règles de passations de marchés dépendront à la fois de l'origine des fonds et des capacités des acteurs.

6.3.2. Le cadre général de la passation des marchés

La passation des marchés s'inscrira dans le cadre des textes réglementaires et législatifs y afférent au Sénégal, et des dispositions des engagements contractuels (accords et conventions) signés par l'Etat du Sénégal avec les bailleurs de fonds.

Le code des marchés publics du Sénégal sera un des cadres de référence de la passation des marchés. Ce code a fait l'objet de révisions pour moderniser le système des marchés publics, asseoir une réglementation adéquate et promouvoir des pratiques saines en la matière. Le nouveau code (décret N°2002-550 du 30 mai 2002) constitue une avancée réelle, comparé au précédent (décret N° 82-690 du 7 septembre 1982) avec un allègement important des procédures et des formalités administratives.

Egalement, les directives des bailleurs de fonds qui contribuent au financement de la phase 2 du PRN constituent l'autre cadre de référence pour la passation des marchés. Il s'agit :

- des Directives pour la Passation des Marchés de travaux et fournitures ;
- des Directives pour la Sélection et l'Emploi de Consultants.

Ces directives seront complétées de façon plus spécifique par les annexes des accords de financement (à signer) traitant de la passation des marchés.

La CLM mettra un accent particulier sur i) la responsabilisation accrue des autorités contractantes, ii) le renforcement des capacités des acteurs. Il se conformera ainsi à l'une des recommandations majeures du dernier « Rapport analytique du système de passation des marchés au Sénégal » publié en mai 2003.

Conformément à son rôle d'assistance et d'appui, la CLM va renforcer la mise en place d'outils standardisés pour l'exécution de la passation des marchés, tout en apportant un appui dans la mise en œuvre de celle-ci.

Pour l'ensemble des acteurs, un programme de renforcement de capacités et d'accompagnement adapté sera élaboré et mis en œuvre par la CLM.

6.3.3. Les acteurs de la passation des marchés

Plusieurs niveaux de passation des marchés sont identifiés. D'abord la CLM, à travers le BEN qui est la structure chargée de la gestion du programme PRN, ensuite les collectivités locales maîtres d'ouvrages des projets de nutrition, les AEC chargées de l'exécution des projets et enfin les Ministères Techniques qui seront appuyés pour l'exécution de leurs plans stratégiques.

Chacun de ces niveaux correspond en réalité à un acteur particulier du projet. Chaque acteur établira des relations contractuelles pour des services de consultants, des travaux et l'acquisition de fournitures dans le respect scrupuleux des règles et procédures qui lui sont prescrites.

La nature des marchés à passer, les montants correspondants ainsi que les méthodes de

passation des marchés varieront selon le niveau.

6.3.3.1. La Cellule de Lutte contre la Malnutrition

6.3.3.1.1. Nature des marchés

Le Bureau Exécutif National de la CLM est l'organe chargé de la gestion du PRN. Dans l'exécution de sa mission, Il signera des contrats ou protocoles avec différents partenaires :

- les collectivités locales pour le transfert de la maîtrise d'ouvrage des projets de nutrition communautaire ;
- les ministères techniques pour l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan stratégique ;
- les fournisseurs, entrepreneurs, prestataires et consultant pour les acquisitions, les travaux et les services nécessaires à l'exécution de sa mission et des activités sur sites.

Les marchés de fournitures concerneront généralement l'acquisition de matériel roulant, de mobiliers de bureau, de matériels informatiques, audiovisuels et bureautiques, l'achat de petits matériels, de carburant et de fournitures et consommables, de produits pharmaceutiques et de matériels anthropométriques.

Les marchés de travaux seront relatifs à de petites réhabilitations ou des aménagements au niveau du siège ou des bureaux régionaux du BEN.

Enfin les marchés de services de consultants se rapporteront à des études, des enquêtes, des formations,...

6.3.3.1.2. Montants estimatifs

Les montants estimatifs des marchés varieront de quelques milliers de USD à plusieurs centaines de milliers de USD.

6.3.3.1.3. Méthode de passation des marchés

Ainsi pour les travaux et fournitures, les méthodes de passation des marchés seront l'appel d'offres et la consultation restreinte. Quant aux services de consultants, les méthodes les plus indiquées seront retenues, en fonction de la nature de la mission et de son importance.

Des marchés pourront être passés par entente directe, mais seulement dans des cas particuliers, justifiables suivant les textes de référence de la passation des marchés (code ou directives).

6.3.3.2. Les Collectivités locales

6.3.3.2.1. Nature des marchés

Par le principe de subsidiarité, la responsabilité de la mise en œuvre des interventions de nutrition communautaires est dévolue à la collectivité locale, le ministère de la santé assumant la fonction d'assurance qualité des services délivrés.

La collectivité locale sera donc maître d'ouvrage des projets de nutrition communautaire. Ce qui l'amènera à passer un contrat avec une agence d'exécution communautaire pour l'exécution d'un projet à l'échelle de la communauté rurale ou de la commune.

La collectivité locale peut également être amenée à contractualiser avec des fournisseurs, entreprises ou prestataires dans le cadre d'activités directement liées aux sites de nutrition.

6.3.3.2.2. Montants estimatifs

Le montant du contrat que la collectivité locale sera amenée à passer avec une agence d'exécution communautaire variera surtout en fonction de la population bénéficiaire directe et des activités à mettre en œuvre, prévue dans le sous projet préparé par l'AEC. Des montants modestes pourraient ainsi être affectés à des dépenses liées aux activités des sites de nutrition.

6.3.3.2.3. Méthode de passation des marchés

Les méthodes de passation des marchés pour les fournitures, travaux ou services seront très diversifiées. En fonction de la nature du marché et des montants en jeu, la méthode la plus appropriée pour assurer l'économie et l'efficacité de la dépense sera utilisée.

Pour cela, le recours au code des marchés publics sera la règle. Ceci s'inscrira dans la volonté affirmée par l'Etat et soutenue par les bailleurs de fonds de tendre vers une harmonisation des règles de passation des marchés publics au niveau du pays.

La sélection des agences d'exécution communautaire constitue la phase la plus importante et la plus critique de la mise en œuvre du projet. Elle est déterminante pour la qualité des interventions et pour l'atteinte des objectifs fixés. C'est pourquoi la CLM apportera aux collectivités locales durant cette étape.

La sélection mettra l'accent sur les qualifications des candidats et leurs capacités dans la mise en œuvre de projet à l'échelle d'un district sanitaire. Elle concernera uniquement les nouveaux districts à couvrir (21 au total).

Une fois sélectionnée, l'AEC en relation avec la collectivité locale va s'atteler à la préparation du projet de nutrition de la zone qui devra intégrer à la fois les besoins du maître d'ouvrage et les objectifs visés dans le district sanitaire.

6.3.3.3. Les Ministères Techniques

6.3.3.3.1. Nature des marchés

Du fait de la multisectorialité de la nutrition, plusieurs ministères techniques sont appelés à intervenir dans la mise en œuvre de projets de nutrition.

Le partenariat avec la CLM s'inscrira dans le cadre du plan stratégique du ministère concerné. La CLM sera appelée à appuyer ce plan stratégique dans ses aspects directement

en relation avec la nutrition. Une lettre d'exécution technique sera signée à cet effet.

6.3.3.3.2. Montants estimatifs

Les montants des financements que la CLM sera amenée à accorder aux ministères seront très variables et dépendront du contenu des plans stratégiques eux-mêmes et des possibilités budgétaires.

Dans le domaine strict de la passation des marchés, les ministères techniques auront des relations contractuelles avec les fournisseurs, les consultants et les prestataires.

Les marchés de fournitures concernent l'acquisition du matériel nécessaire à la réalisation des activités du ministère. Quant aux marchés de services, elles se rapportent à des missions diverses de prestataire ou de consultants pour des études, des formations,...

6.3.3.3.3. Méthode de passation des marchés

Pour les fournitures, la méthode de passation des marchés sera la consultation restreinte alors que pour les services de consultants, on retiendra celle qui est la plus indiquée, en fonction de la nature de la mission et de son importance. Toutefois, il faut souligner que les missions de consultant dans ce cas, seront généralement du ressort de consultants individuels.

6.3.3.4. Les Agences d'exécution communautaires (AEC)

6.3.3.4.1. Nature des marchés

L'AEC reste la cheville ouvrière de l'exécution du projet de nutrition de la collectivité locale. Elle aura pour mission de :

- Appuyer la collectivité locale dans l'élaboration de son projet de nutrition ;
- Assurer l'exécution technique et financière de celle-ci ;
- Choisir les relais prestataires pour la délivrance des services de nutrition communautaire ;
- Passer des marchés avec les fournisseurs, entrepreneurs, prestataires et consultant pour la réalisation du projet.

Les marchés de fournitures concernent l'acquisition du petit matériel nécessaire au fonctionnement des sites de nutrition et d'équipement pour l'équipe de coordination du projet.

Les marchés de petits travaux porteront sur l'aménagement des sites de nutrition.

Enfin les marchés de services rapporteront à des missions diverses de prestataires, de consultants pour des études, des formations,...

6.3.3.4.2. Montants estimatifs

Les montants des marchés seront très variables selon qu'il s'agit d'acquisition de fournitures et équipements, de travaux ou de services.

6.3.3.4.3. Méthode de passation des marchés

Les méthodes de passation des marchés seront très diversifiées. En fonction de la nature du marché et des sommes en jeu, la méthode la plus appropriée pour assurer l'économie et l'efficacité de la dépense sera utilisée.

Dans la mise en œuvre des projets, les communautés sont parfois impliquées dans la réalisation de certaines opérations d'acquisition et de contractualisation. Les dépenses faites dans ce cadre et qui concernent en général les mobilisations sociales et l'animation des sites portent sur de faibles montants (moins de 550 USD soit l'équivalent de 300.000 FCFA). Elles ne requièrent pas de passation de marchés. Elles seront considérées tout simplement comme des dépenses communautaires, justifiables par une décharge de la communauté à l'AEC.

Niveau Ministères techniques et leurs démembrements

La revue de la passation des marchés portera sur le rapport d'évaluation et le projet de contrat. Elle est préalable à tout paiement dans le cadre des activités financées pour le compte des ministères techniques et leurs démembrements.

Encadré 6 : La sélection des Agences d'Exécution Communautaires (AEC)

Une sélection basée sur la transparence et l'équité

1- Qu'est ce qu'une AEC ?

Une AEC est une structure ou organisation intervenant dans le cadre du PRN pour la mise en œuvre des activités de nutrition à l'échelle d'un district sanitaire.

2- Qui peut être AEC ?

Peuvent devenir AEC, les ONG, les associations de développement à caractère communautaire ou toutes organisations assimilées, intervenant à l'échelle communautaire dans les domaines de la santé et de la nutrition.

Une AEC doit avoir un bon ancrage au niveau de sa zone d'intervention et une bonne connaissance des réalités socio-culturelles et économiques de sa zone d'intervention pour assurer la réussite du projet qui lui est confié.

3- Limites d'une zone d'intervention

La zone d'intervention d'une AEC correspond à un district sanitaire. Cependant, certaines organisations disposent de suffisamment de capacités pour intervenir dans plusieurs zones à la fois. Dans ces cas, l'AEC peut intervenir dans plusieurs districts sans toutefois pouvoir en cumuler plus de six (6).

4- Quelles sont les missions principales d'une AEC ?

Les AEC signent des accords d'exécution avec les collectivités locales, maîtres d'ouvrage des projets. Elles sont responsables de l'exécution technique et financière des projets dans les différents districts du Sénégal. A ce titre, elles sont chargées de :

- la mise en œuvre des activités ;
- la gestion financière du projet ;
- le reporting technique et financier à la collectivité locale et à la CLM.

5- Quelle est la méthode de sélection des AEC ?

La méthode de sélection retenue est celle fondée sur les qualifications des candidats. Il s'agira de déterminer pour les nouveaux districts d'intervention concernés, les candidats AEC ayant les meilleures références dans la mise en œuvre de projets de nutrition et/ ou santé communautaire à l'échelle d'un district sanitaire et disposant des capacités de gestion administratives et financières requises.

6- Comment se déroule la sélection des AEC ?

La sélection sera conduite intégralement par la CLM pour le compte des collectivités locales. Celles-ci demeurent responsables de la procédure, la CLM apportant son assistance technique.

Cette démarche a pour objectifs de

- regrouper l'ensemble de la sélection dans une seule procédure ;
- d'harmoniser le processus à tous les niveaux ;
- de mettre à la disposition des collectivités locales, l'expertise de la CLM dans la passation de marché

Pour se donner toutes les chances de réussite dans le choix des AEC, la CLM a bâti un processus de sélection à la fois participatif et transparent. Il implique l'ensemble des acteurs intervenant au niveau décentralisé dans les projets de développement particulièrement ceux à caractère social et repose sur le partage de l'information pour une validation commune des résultats.

Dans la démarche, toutes les collectivités locales d'un même district sanitaire seront regroupées en un lot unique à attribuer (le district) et chacune d'elles constituera un sous lot spécifique devant faire l'objet d'un projet de nutrition séparé (le projet de la collectivité locale).

De ce fait, l'AEC attributaire du district (lot) sera chargée des projets des différentes collectivités locales (sous lots) avec qui elle signera des accords d'exécution une fois les projets approuvés et financés par la CLM.

Les différentes étapes de la sélection des AEC sont les suivantes :

- identification par la CLM des différents lots (districts) et sous-lots (collectivités locales) ;
- regroupement par la CLM des sous-lots en lots homogènes (collectivités locales d'un même district) ;
- lancement par la CLM, d'une sollicitation de manifestation d'intérêts pour la sélection des AEC (un par district) ;
- dépouillement par des équipes techniques de la CLM, des candidatures reçues et choix des trois (3) meilleures par district. Celles-ci feront l'objet d'un diagnostic approfondi en vue de déterminer les capacités réelles des postulants dans la gestion de projets et en gestion administrative et financière ;
- sélection par la CLM de consultants indépendants pour appuyer dans le diagnostic des capacités des trois (3) candidats présélectionnés. Tous les acteurs au niveau décentralisé, c'est à dire les autorités administratives, les autorités locales, les services de santé (régions médicales, district sanitaires et postes de santé), les services

- déconcentrés de l'Etat et les organisations de la société civile, sont impliqués dans le diagnostic des capacités.
- organisation par la CLM, des ateliers décentralisés de restitution des résultats du diagnostic des capacités. Ces restitutions sont faites par les consultants indépendants en présence de tous les acteurs impliqués ainsi que de divers partenaires.
- validation des résultats des diagnostics et du choix des AEC proposés par la CLM par les ateliers.

7- L'élaboration et la validation des projets de nutrition

Après le choix des AEC, celles-ci sont invitées à se rapprocher des différentes collectivités locales de leur district pour la préparation de leur projet de nutrition respectif. Cette préparation se fera de concert avec la collectivité locale et le district sanitaire.

Ainsi, chaque collectivité locale disposera de son projet élaboré de manière concertée et tenant compte à la fois des besoins et des réalités socio-économiques du milieu.

Tous les projets ainsi préparés seront soumis par l'AEC à la CLM pour approbation.

Sous sa direction, la CLM va réunir un comité d'experts élargi aux partenaires pour étudier et valider les projets des différentes collectivités locales.

8- La contractualisation

Une fois le projet de la collectivité locale approuvé par la CLM, un accord de financement est signé entre la CLM et la collectivité locale.

Pour l'exécution technique et financière de son projet, la collectivité locale signe un accord d'exécution avec l'AEC choisie, pour sa zone suite à la procédure de sélection.

9- Mise en œuvre des projets

Pour la mise en œuvre de son projet, l'AEC travaille pour le compte de la collectivité locale. Le ministère de la santé assure la supervision pour veiller au respect des normes de qualité des services offerts au niveau communautaire.

La CLM est le catalyseur de ce dispositif de mise en œuvre et apporte une assistance technique et financière aux différents acteurs pour la réalisation des objectifs du programme.

6.3.4. L'exécution de la passation des marchés

La première phase du PRN a permis la mise en place de moyens nécessaires pour une bonne prise en charge de la passation des marchés tant au niveau de la CLM que du côté des agences d'exécution communautaires et des ministères techniques.

Ces moyens sont composés des ressources humaines bien formées et des ressources matérielles acquises grâce à l'argent du crédit.

Le personnel du BEN de la CLM en particulier ceux intervenant directement dans la passation des marchés, a suivi la formation sur les procédures de passation des marchés de la Banque Mondiale.

Aujourd'hui, tout ce capital est en place et il servira de base pour la mise en œuvre de la deuxième phase.

La CLM utilise un progiciel intégré de gestion de projets. Il comprend un module « Marchés et Engagements » qui permet la saisie de l'ensemble des informations utiles du marché (ou engagement) et le suivi de l'exécution du marché. Il génère des informations statistiques importantes sur le suivi des marchés (par type de marché, méthode de passation, montants engagés, montant payés, montants restants,...). Il est installé au niveau du siège et des bureaux régionaux et l'ensemble du personnel utilisateur a reçu une formation de base pour son utilisation.

6.3.5. Formation, Assistance et revue dans la passation des marchés

Au cours de la première phase, des programmes d'orientation et de formation en passation des marchés selon les procédures définies dans l'accord de crédit signé entre le Gouvernement et l'IDA ont été réalisés à l'intention de tous les acteurs impliqués dans la

mise en œuvre des activités au démarrage du projet et en cours de projet.

Pour harmoniser les documents utilisés et faciliter l'application des procédures définies, la CLM a conçu et vulgarisé un guide de passation des marchés à l'intention des différents intervenants.

Tous les acteurs ont aussi bénéficié de l'assistance et de l'appui des équipes de la CLM aussi bien au niveau central qu'au niveau des régions dans la mise en œuvre de la passation des marchés. Cette assistance et ces appuis se sont matérialisés sous la forme d'aide à la planification de la passation des marchés, à la préparation des dossiers de passation des marchés, à la sélection des partenaires,...

Les renforcements de capacités des acteurs, sous la forme de programme de formation ou d'appui matériel seront accentués.

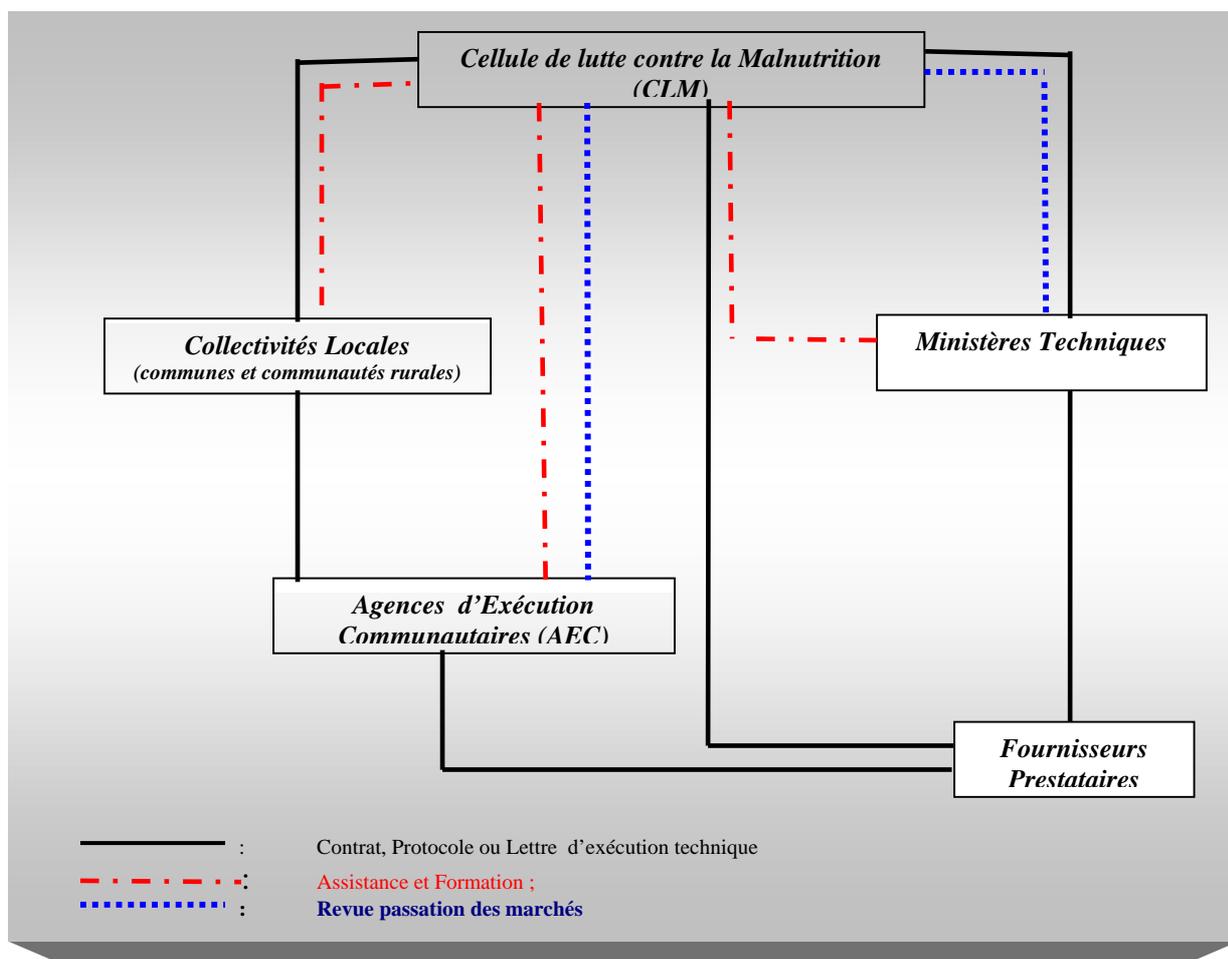
Pour s'assurer du respect des procédures de passation des marchés par les différents acteurs, la CLM a mis en place un système de revue. Selon le cas, la revue de la passation des marchés est effectuée soit à priori, soit à posteriori.

- Pour ce qui est des ministères techniques, la revue des marchés est faite systématiquement à priori puisque la CLM procède elle-même aux paiements.
- En ce qui concerne les AEC, elle est faite à priori dans le cas des appels d'offres. Dans tous les autres cas, elle se fait à posteriori.

Dans le cadre de la deuxième phase du PRN, ce même système de revue sera appliqué, avec pour les collectivités locales qui sont de nouveaux acteurs, une revue à priori systématique des dépenses.

Les outils développés par la CLM à cet effet au cours de la première phase seront utilisés et pourront être améliorés au besoin.

Figure 8 : liens entre les acteurs de la passation des marchés



6.4. Système de gestion financière

6.4.1. Organisation

Un système de gestion financière décentralisé, géré par une équipe expérimentée

Le système de gestion financière de la deuxième phase sera un système décentralisé géré à partir du siège du BEN et des 5 BER. Il fait intervenir, outre ces entités pré-citées, les AEC, les ministères techniques, les fournisseurs et prestataires ainsi que les services administratifs de la collectivité locale.

Les flux reliant ces différentes unités sont donnés par la figure ci-après.

Cette organisation ainsi schématisée devra permettre au siège et à chaque bureau régional de tenir sa comptabilité et de rendre compte de

ses opérations et de son fonctionnement mensuellement et de consolider les informations comptables à l'occasion des revues périodiques comme cela se faisait durant la première phase.

6.4.2. Système d'information financière

Un système d'information qui garantit l'autonomie des centres d'exécution et la célérité dans le traitement des opérations financières et comptables

Le système d'information financière de la CLM a permis de réaliser les objectifs fondamentaux suivants, durant la première phase :

- une autonomie accrue des centres d'exécution (Collectivités locales, AEC, Ministères Techniques) avec comme

corollaire la responsabilité et le devoir de rendre compte de l'utilisation des fonds dans les formes et délais requis et ;

- une plus grande célérité dans le traitement des opérations comptables et financières.

Ce système sera reconduit dans la deuxième phase.

Il sera basé sur l'utilisation d'un logiciel intégré de gestion financière et comptable. Dédié aux programmes et projets. Ce logiciel fonctionnera en version réseau, sur plusieurs sites.

Avec cet outil, la CLM assurera, à l'image de la première phase, la production automatique et à temps de ses :

- états financiers classiques (bilan, compte de résultat, Tafire) et particulièrement de son rapport de suivi financier ;
- états de suivi budgétaire global et par bureau ;
- états de suivi de l'exécution des conventions existant entre la CLM et les intervenants (AEC, CL et ministères techniques) ;
- états de suivi des immobilisations et
- états de suivi des marchés et engagements.

Le personnel du BEN a déjà reçu la formation nécessaire pour l'utilisation de ce logiciel et l'a pratiqué pendant les quatre exercices de la première phase du programme.

6.4.3. Budget et reporting

Le processus budgétaire de la CLM a produit des résultats tangibles avec notamment près de 90% en moyenne de réalisation des activités planifiées chaque année et un rapport de suivi financier cité parmi les top ten de la BM

Partant des accords de crédit ou de subvention, de la table des coûts et de l'évaluation des enjeux du contexte, le BEN gère de manière participative son processus budgétaire en produisant :

- un plan d'actions annuel appelé PABA (Plan d'Actions Budget Annuel) issu des enjeux par client, des objectifs généraux et spécifiques en découlant ;

- un budget par activité précisant le responsable de l'activité, la source de financement, la catégorie financière, les composantes et sous composante, le compte comptable, le compte budgétaire, le mode de passation de marché et le niveau d'intervention (communautaire ou central). Un document appelé Code d'imputation est produit à cette occasion et il fixe les références d'imputation pour toute activité planifiée ;
- un état d'exécution mensuelle dans les 10 jours suivant la fin du mois et
- un état d'exécution trimestrielle présenté à l'occasion des revues trimestrielles de l'avancement des plans d'actions.

La revue est un moment crucial pour le système de gestion financière du programme, dans la mesure où elle constitue l'occasion de validation et de consolidation des imputations comptables du système.

A la fin de chaque trimestre et au plus tard dans les 45 jours qui suivent le trimestre, le rapport est produit et envoyé aux autorités compétentes et aux bailleurs. En plus des états financiers et de leurs commentaires sur les aspects saillants, le rapport donne l'état d'avancement physique des activités et la situation sur la passation des marchés.

Aussi, le format du rapport de la deuxième phase épousera les contours du format actuel avec une amélioration continue du fonds et de la forme. Il sera produit de manière automatique à partir du logiciel intégré de gestion. Le système est assez souple et bien maîtrisé pour permettre des adaptations pour prendre en compte des préoccupations pertinentes de bailleurs ou partenaires au programme.

6.4.4. Flux financiers

Les décaissements du PRN sont justifiés et respectent les procédures de décaissement et de passation des marchés

Les ressources qui alimentent le circuit financier sont de deux types. Il s'agit, d'une part, des fonds mis à disposition par les partenaires au développement et, d'autre part,

des contributions de l'Etat. Elles font l'objet d'une description détaillée qui retrace les flux allant de la mobilisation des ressources à l'utilisation finale en direction des bénéficiaires directs du programme.

Entre l'Etat et les partenaires au développement

Chaque bailleur de fonds signe une convention avec le gouvernement du Sénégal pour déterminer les termes du partenariat. A la suite de l'accord, la Direction de la Dette et de l'Investissement (DDI) en relation avec la CLM procède à l'ouverture d'un compte spécial auprès d'une banque commerciale et demande la mise à disposition de l'avance initiale au compte spécial.

Entre la CLM et les ministères techniques

Conformément à la première phase du programme, les ministères techniques signent une lettre d'exécution technique (LET) avec la CLM assortie d'un plan d'actions annuel et de son budget. Ils administrent le crédit qui leur est alloué. Ils engagent et exécutent leurs dépenses selon les procédures retenues par la CLM (code des marchés publics ou directives spécifiques du bailleur) et présentent les liasses pour paiement à la CLM.

Entre la CLM et la Collectivité locale (CL)

Les Collectivités locales signent une convention de financement avec la CLM. Sous ce rapport, les BER envoient au siège du BEN un plan d'actions semestriel des projets des CL de sa zone accompagné d'une demande de virement pour financer les actions identifiées. A partir des documents reçus, le siège transfère les ressources dans des comptes spéciaux de l'AEC ouverts par projet de CL au niveau d'une banque commerciale située dans la zone d'exécution du projet. Une copie du virement est transmise au BER pour information. Le BER se charge de transmettre une copie du virement à l'AEC et à la CL.

Entre la CLM et les Agences d'exécution communautaires (AEC)

Les AEC sont sélectionnées par la CLM pour le compte des CL suivant un certain nombre de critères relatifs à leur capacité d'exécution

technique et financière d'un projet à l'échelle d'un district de santé. Ainsi, elles ne signent pas de contrats avec la CLM mais plutôt avec la CL ; elles exécutent les projets pour le compte des Collectivités locales.

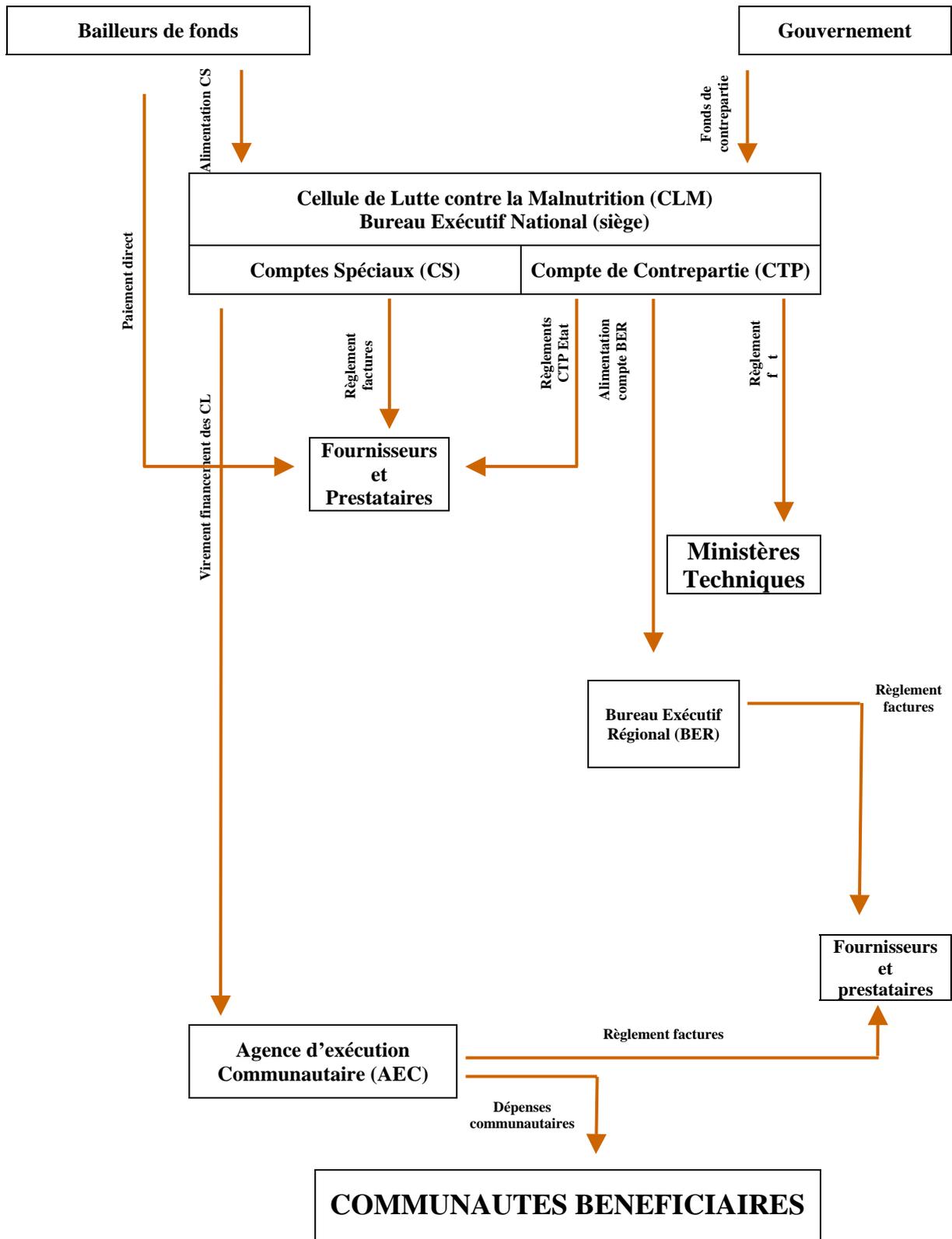
Dans l'exécution de ces activités, les AEC contractent avec des fournisseurs et prestataires et paient ces derniers conformément aux procédures de passation de marchés de l'AEC jugées acceptables au préalable par la CLM.

Elles présentent des demandes de remboursements de fonds approuvées par la CL à la CLM suivant une périodicité de deux mois.

Pour le financement de la gestion du programme

Les flux financiers résultent du paiement des fournisseurs, prestataires et consultants opérant pour le compte de la CLM. Les paiements sont effectués directement à partir des comptes bancaires suivant le pourcentage convenu dans la convention de financement ou de subvention pour chaque catégorie de dépense.

Figure 9 : Flux Financiers



6.4.5. Politiques et procédures comptables

Les transactions sont suivies selon les principes comptables du SYSCOA et conformément aux dispositions d'un manuel de procédures mis à jour annuellement

Le système comptable utilisé sera le SYSCOA avec une comptabilité d'engagement.

Comme dans tout système décentralisé, le plan comptable sera unique et sera utilisé aussi bien par le siège que par les BER ; seul le site d'imputation permettra de reconnaître l'origine d'une écriture. Ce plan comptable sera compatible avec les exigences des bailleurs en matière de classification de dépenses en terme de catégories financières, de composantes et de source de financement.

Un manuel des procédures mis à jour annuellement a donné une grande satisfaction lors de la 1^{ère} phase du programme. La nature des activités étant pratiquement identique pour la première et la deuxième phase, une adaptation du manuel existant sera effectuée par l'équipe de gestion du Programme avant le démarrage de la seconde phase. Et l'adaptation continuera de concert avec les nouveaux bailleurs au fur et mesure de leur participation au financement du programme sans remettre en cause les dispositions arrêtées avec les premiers bailleurs.

Les opérations seront comptabilisées à temps réel et tous les supports primaires (journaux, extraits de compte, grand-livre, balances, bilan, etc.) permettant d'effectuer les revues ex-post et de clôture seront produits à bonne date. Tous ces documents seront également gardés pour une période pertinente dans les archives du programme conformément aux dispositions convenues.

6.4.6. Comptes spéciaux

Des comptes spéciaux adaptés au volume de financement des activités

Un compte spécial ouvert dans une banque commerciale et doté d'un montant suffisant pour assurer un déroulement correct des

activités sur une période d'au moins 6 mois sera ouvert par bailleur. Les modalités et conditions d'ouverture de ce compte seront discutées et arrêtées avec chaque bailleur.

6.4.7. Dispositions de refinancement

Des décaissements effectués sur la base des rapports de suivi financiers

Le remboursement des décaissements effectués durant la première phase se faisait sur la base des demandes de retrait de fonds avec une moyenne d'une demande par mois. Ce procédé a donné entière satisfaction et il a permis de répondre convenablement aux exigences de trésorerie du programme.

Cet état de fait combiné à la qualité reconnue des rapports de suivi financier du programme témoignent amplement de la maîtrise du processus de décaissement et de reporting.

Pour cette raison, la Banque Mondiale propose pour ce qui concerne ses ressources, de procéder à des décaissements sur la base des rapports de suivi financier. Cette recommandation sera appliquée durant la seconde phase pour les ressources IDA.

Ainsi, dans la deuxième phase, les décaissements de fonds seront faits trimestriellement sur la base des prévisions des RSF.

Pour les autres ressources, les modalités de refinancement seront les mêmes sauf dispositions contraires arrêtées de concert avec le bailleur de fonds.

Pour toutes les ressources, les décaissements seront, comme d'usage, effectués sur les biens et services éligibles. Toutes les demandes de remboursement seront correctement documentées. Toutes les pièces justificatives et les rapports de suivi seront gardés au sein du projet pour les besoins des revues effectuées par les bailleurs et des audits de fin d'année.

6.4.8. Contrôle interne

Un dispositif de contrôle à plusieurs niveaux : auto-contrôles, contrôles hiérarchiques et audit conformément aux dispositions du manuel des procédures

Le contrôle interne du BEN repose sur un dispositif sécuritaire allant de l'autocontrôle à la mise en place d'un service d'audit interne en passant par les vérifications et approbations hiérarchiques selon des procédures administratives et comptables écrites et éprouvées qui garantissent la sécurité des biens et valeurs, la fiabilité de l'information ainsi que le respect des procédures comptables et de passation des marchés.

Toutes les opérations sont demandées, approuvées, effectuées et comptabilisées suivant les procédures en vigueur.

Tout paiement s'effectue sur la base des procédures du PRN, conformes aux standards en la matière.

La comptabilité issue de ces procédures de décaissement est validée mensuellement par le comptable principal à la réception des bases comptables et des Rapports Financiers Mensuels accompagnés des pièces justificatives. La liasse est envoyée mensuellement au siège au plus tard le 5 du mois suivant.

A la revue du PABA, le contrôle des opérations du trimestre est effectué mutuellement par le groupe des comptables (siège et BER) avant intégration et consolidation des bases comptables.

L'Auditeur interne planifie et réalise des revues trimestrielles sur chaque site comptable (Siège et Ber). Il apprécie les risques liés au dispositif de contrôle interne et à son application, il propose et suit la mise en œuvre des corrections nécessaires. Il est rattaché au Coordonnateur National sur le plan hiérarchique.

La régularité de son intervention est pour beaucoup dans la certification sans réserves des comptes du programme depuis l'année 2002.

6.4.9. Audit externe

Un audit externe basé sur les standards internationaux avec une certification sans réserves pour les 3 années de la première phase

Dans la première phase : les dispositions de contrôle interne précitées ; les performances de la gestion financière ; l'élaboration de termes de références d'audit pertinents ; le choix d'un auditeur selon des procédures qui répondent aux normes ; la mise à disposition d'états financiers de qualité et répondant aux normes ; l'anticipation et la préparation rigoureuse de la revue ; ont permis aux missions d'audit externe de dérouler dans de très bonnes conditions et d'aboutir à des certifications sans réserve.

Dans la deuxième phase, les états financiers annuels du programme seront, comme d'habitude, audités conformément aux normes et standards internationaux en matière d'audit par une firme professionnelle indépendante et en conformité avec des termes de références approuvés par chaque bailleur. En plus de l'opinion unique couvrant les états financiers annuels du projet, la réconciliation de chaque compte spécial et les états certifiés de dépenses, un rapport spécial donnera une opinion séparée sur l'état du contrôle interne du programme.

L'audit couvrira la période allant du 01 janvier au 31 décembre de chaque année conformément au SYSCOA et un rapport d'audit sera soumis aux bailleurs au plus tard 6 mois après la clôture de l'exercice (juin de chaque année).

Le Rapport Financier Mensuel un outil au service de la décentralisation

Il est un outil de suivi mensuel, financier, comptable et administratif conçu pour le bureau exécutif régional (BER) dans le but de :

- rendre compte de la situation des décaissements mensuels ventilés par catégorie de dépense, par sous composante et par financement ;
- rendre compte de la situation des activités et des valeurs ;
- donner les situations de réconciliation du compte bancaire et de la caisse ;
- dégager des prévisions de décaissement et de trésorerie sur la période à venir (le trimestre) ;
- satisfaire les requêtes et sollicitations exprimées par le BER ;
- et suivre les recommandations des missions d'appui et d'audit exercées sur le BER.

Pour une activité donnée, il suffit d'inscrire les réalisations financières du mois. Et à partir du Code d'imputation et de l'enregistrement des opérations, les états suivants sont générés de manière automatique avec une cohérence d'ensemble assurée :

- le suivi de l'exécution budgétaire par composante
- le suivi de l'exécution budgétaire par catégorie ;

- le tableau Sources et utilisation des fonds ;
- la répartition des dépenses par financement et par catégorie ;
- le tableau Ressources emplois ;
- la Demande de réapprovisionnement de fonds ;
- l'état de rapprochement bancaire ;
- l'inventaire de caisse ;
- l'évolution de la trésorerie ;
- la requête de carburant ;
- la liste d'inventaire des biens durables ;
- le Plan de suivi des recommandations d'audit.

Il est donc le document principal du suivi financier des activités des BER en raison de son exhaustivité et de son accessibilité.

Il est préparé par le gestionnaire comptable du BER et validé par le Responsable du Bureau Régional (RBR). Il est envoyé avant le 5 du mois suivant accompagné de l'ensemble des copies des pièces justificatives des transactions effectuées durant le mois.

Il est reçu, contrôlé et validé par le comptable principal et transmis au Responsable financier et comptable.

7. Financement

7.1. Coût de la phase

Le coût total de la deuxième phase du PRN est estimé à USD 50,26 millions soit un investissement d'un USD per capita par an.

Ce montant a été estimé sur la base d'un certain nombre de facteurs dont les plus déterminants sont les suivants :

- l'extension de la couverture à l'ensemble des 56 districts sanitaires du Sénégal contre 34 pour la première phase ;
- l'extension de la couverture des enfants du pays à 43% contre 20% pour la phase précédente ;
- l'extension de la cible aux adolescentes en plus des femmes enceintes et des mères allaitantes ;
- le renforcement des interventions en zone rurale (de 15 à 50%) ;

- la capitalisation des leçons apprises sur la première phase notamment pour le financement des AEC et des ministères techniques.

La prise en compte de ces facteurs ci-dessus énumérés a permis d'aboutir à un budget réaliste et qui garantit l'atteinte des objectifs de la phase.

7.1.1. Présentation du budget par composante

Les coûts de gestion du programme et les coûts d'intermédiation des AEC sont maintenus à 11 % et 3,5% du budget global

La décomposition du budget suivant les différentes composantes est donnée par le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Budget par composante et par année (Milliers USD)

							%
A. Nutrition / PCIME							
1. Suivi Promotion de la Croissance / PCIME-C	4 949	4 965	10 830	7 736	-	28 480	57
2. Micro nutriments	297	337	380	389	-	1 404	3
3. Initiatives communautaires	30	656	2 223	-	-	2 909	6
Sous total	5 276	5 959	13 433	8 125	-	32 792	66
B. Interventions multisectorielles relatives à la nutrition							
1. Secteur de la Santé	425	356	566	566	-	1 914	4
2. Secteur de l'Education	515	509	474	474	-	1 972	4
3. Autres secteurs	55	275	240	240	-	810	2
Sous total	995	1 140	1 280	1 280	-	4 695	9
C. Appui à la politique et suivi et évaluation							
1. Appui aux structures de pilotage	90	63	64	41	-	257	1
2. Suivi et évaluation	260	467	564	389	300	1 979	4
3. Renforcement des capacités	224	248	188	153	-	812	2
Sous total	574	777	816	582	300	3 049	6
D. Gestion du programme							
1. Gestion du programme au niveau central	730	841	730	730	-	3 031	6
2. Gestion du programme au niveau régional	590	823	590	590	-	2 592	5
Sous total	1 320	1 664	1 320	1 320	-	5 623	11
E. Non alloués	-	-	-	-	4 100	4 100	8
							100

Ce budget se caractérise par une structuration conforme aux normes de gestion avec l'essentiel des ressources destinées aux communautés bénéficiaires. Deux tiers (2/3) du budget revient à la première composante. Les coûts de *Gestion du programme* sont maîtrisés et se limitent à 11% et les coûts d'*intermédiation des AEC* représentent 3,5% du budget global.

Le budget se décompose comme suit :

- USD 32.792.000 pour la composante *Nutrition /PCIME* soit 65%;
- USD 4.695.000 pour la composante *Interventions multisectorielles relatives à la nutrition* soit 9%;
- USD 3.049.000 pour la composante *Appui à la mise en œuvre de la politique et à l'évaluation des programmes* soit 6%
- USD 5.623.000 pour la composante *Gestion du programme* soit 11%, et
- USD 4.206.000 de fonds *Non alloués* soit 8%.

Composante A : Nutrition /PCIME

Cette composante représente à elle seule 65 % du coût du programme. Elle regroupe l'ensemble des activités réalisées au niveau communautaire par les Collectivités Locales via la contractualisation avec les AEC. Elle comprend trois sous composantes dont les budgets sont les suivants :

- USD 28.480.000 soit 57% du budget pour *Suivi promotion de la croissance*,
- USD 1.404.000 soit 3% pour *Micronutriments* et
- USD 2.909.000 soit 6% pour *Initiatives communautaires*.

Composante B : Interventions multisectorielles relatives à la nutrition

La composante *Interventions multisectorielles relatives à la nutrition* correspond à la mise en oeuvre de la seconde stratégie du programme dans la lutte contre la malnutrition. Elle est axée sur l'intervention des ministères techniques. Son coût total est estimé à USD 4.695.000 soit 9% du budget réparti en 3 sous composantes :

- USD 1.914.000 soit 4% du budget total de la phase pour *Secteur de la Santé*,
- USD 1.972.000 soit moins de 4% pour *Secteur de l'Education* et
- USD 810.000 soit 2% pour *Autres Secteurs*.

Composante C : Appui à la mise en œuvre de la politique et à l'évaluation des programmes

Cette composante représente 6% du coût total du programme et répond à la norme classique de gestion des programmes de santé qui suggère une estimation de la rubrique suivi évaluation à 5% environ. En effet, cette rubrique est à 4%.

Son budget est réparti ainsi :

- USD 257.000 soit moins de 1% pour *Appui aux structures de pilotage*,
- USD 1.979.000 soit 4% pour *Suivi et Evaluation des programmes* et
- USD 812.000 soit 2% pour *Renforcement des capacités*.

Composante D : Gestion du Programme

La composante *Gestion du programme* est estimée à USD 5.623.000 soit 11% du budget total de la phase. Ce montant a pu être obtenu grâce à une bonne analyse des coûts historiques de la première phase et à une volonté de contenir les coûts de gestion dans des limites réalistes malgré le passage à une phase d'extension. Ainsi, les budgets des deux sous composantes se chiffrent à :

- USD 3.031.000 soit 6% pour *le niveau central* (Siège du BEN) et
- USD 2.592.000 soit 5% pour *le niveau régional* (BER).

7.1.2. Présentation du budget par catégorie

Des charges d'exploitation maîtrisées.

La décomposition du budget suivant les différentes catégories est donnée par le tableau ci après.

Le financement des sous projets des collectivités locales représente 50% du coût global du projet.

Par ailleurs les charges d'exploitation sont maintenues à moins de 5%.

Tableau 7 : Budget par catégorie (milliers USD)

	Montants	Pourcentage (%)
1. Génie civil	40	0,1
2. Equipements	1 222	2,4
3. Produits et équipements pharmaceutiques	5 300	10,5
4. Sous projets collectivités locales	25 092	50
5. Sous projets ministères techniques	4 040	8
6. Services consultant et formation	8 365	16,6
7. Charges d'exploitation	2 100	4,2
8. Non alloués	4 100	8,2
	50 260	100,0

7.1.3. Présentation du budget par niveau de dépense

84% des ressources vont être dépensées au niveau communautaire.

Près de 84% du budget total de la phase va dans des activités touchant directement les

communautés. Cela concerne principalement l'achat des micronutriments (fer, vitamine A) et des produits pharmaceutiques (déparasitants, moustiquaires imprégnées etc.) le financement des collectivités locales, des initiatives communautaires et de la nutrition scolaire.

Tableau 8 : Budget par composante et par niveau de dépense (en milliers USD)

	Communautaire	Central	Total
A. Nutrition / PCIME			
1. Suivi Promotion de la Croissance / PCIME-C	28 480		28 480
2. Micro nutriments	1 404		1 404
3. Initiatives communautaires	2 909		2 909
Sous total	32 792		32 792
B. Interventions multisectorielles relatives à la nutrition			
1. Secteur de la Santé	1 914		1 914
2. Secteur de l'Education	1 972		1 972
3. Autres secteurs	810		810
Sous total	4 696		4 696
C. Appui à la politique et suivi et évaluation			
1. Appui aux structures de pilotage		257	257
2. Suivi et évaluation	662	1 317	1 979
3. Renforcement des capacités	28	784	812
Sous total	690	2 359	3 049
D. Gestion du programme			
1. Gestion du programme au niveau central		3 031	3 031
2. Gestion du programme au niveau régional		2 592	2 592
Sous total		5 623	5 623
E. Non alloués	3 444	656	4 100
	41 622	8 638	50 260
	84%	16%	100%

7.1.4. Coût récurrent par enfant des interventions sur site

Un coût récurrent par enfant conforme aux objectifs de pérennisation des activités au niveau communautaire.

Lors de la première phase du PRN, plus de 80% des projets financés ont eu un coût par enfant inférieur à 4 USD en milieu rural et 8 USD en milieu urbain. Ce résultat témoigne de l'efficacité de l'intervention et de la maîtrise des budgets d'intervention des AEC. Pour la deuxième phase, le coût récurrent des interventions sur site est estimé à près de FCFA 3000 (équivalent à USD 5) par enfant et par an. Ceci permettra de jeter les bases d'une pérennisation des activités au niveau communautaire.

7.2. Plan de financement

Une contribution étatique croissante.

Rappelons que le PRN bénéficie d'un Adaptable Program Loan (APL). Comme dans tout APL, il s'inscrit dans une dynamique d'accroissement de la contribution de l'emprunteur dans le financement du Programme d'une phase à l'autre et ceci dans l'optique d'une pérennisation de l'intervention à la fin du programme. L'objectif de pérennisation devrait également pousser à diversifier les partenaires au développement.

Comme sources de financement, le coût du programme sera financé par l'Etat du Sénégal avec l'assistance des partenaires au développement.

Références bibliographiques

- Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM).** *Rapport de l'Atelier de Revue à mi-parcours du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) – Mars 2005.*
- CRDH.** *Rapport de l'Enquête pour l'évaluation de l'impact de l'intervention du Programme de Renforcement la Nutrition en milieu rural dans les régions de Fatick, Kaolack et Kolda (EIPRN, 2004) – Janvier 2005.*
- CRDH.** *Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005 (EDS IV) –Rapport Préliminaire. Dakar: Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, CRDH - Calverton (Maryland, USA) : MEASURE DHS+, ORC Macro, 2005.*
- FAO/WHO.** *Conférence Internationale sur la Nutrition: Nutrition et Développement - une Evaluation d'Ensemble. Rome: FAO/WHO; 1992.*
- Gouvernement du Sénégal.** *Lettre de Politique de Développement de la Nutrition. Réactualisation 1. Juillet 2005.*
- Gouvernement du Sénégal.** *Rapport de l'Enquête sur les objectifs de la fin de décennie sur l'enfance (MICS II – 2000). Dakar : Gouvernement du Sénégal, UNICEF. Novembre 2000.*
- Gouvernement du Sénégal.** *Evaluation des objectifs intermédiaires de la décennie sur l'enfance (MICS I – 1996). Dakar : Gouvernement du Sénégal, UNICEF. Septembre 1996.*
- Ministère de l'Economie et des Finances.** *Rapport de Synthèse de la deuxième enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM II). Direction de la Prévision et de la Statistique, juillet 2005.*
- Ministère de l'Economie et des Finances.** *Projection de Population du Sénégal en 2004. Direction de la Prévision et de la Statistique, janvier 2005.*
- Ministère de l'Economie et des Finances.** *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté - République du Sénégal, Avril 2002.*
- Ndiaye S, Ayad M, Gaye A.** *Enquête Démographique de Santé au Sénégal (EDS III). Dakar: Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Prévision et de la Statistique; 1997.*
- Ndiaye S, Diouf PD, Ayad M.** *Enquête Démographique de Santé au Sénégal (EDS II). Dakar: Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Prévision et de la Statistique; 1994.*
- Ndiaye S, Sarr I, Ayad M.** *Enquête Démographique de Santé au Sénégal (EDS I). Dakar: Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Prévision et de la Statistique; 1988.*
- Sarr, F.** *Étude sur la satisfaction des mères ou gardiennes d'enfants bénéficiaires des interventions de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C.) mises en œuvre par les Agences d'Exécution Communautaires (AEC) dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN). Mai 2005.*
- Standing Committee on Nutrition (SCN)-** *United Nations System- 5th Report on the World Nutrition Situation- Nutrition for improved development outcomes. March 2004.*
- UN.** *United Nations Millenium Declaration. A/RES/55/L2. 18 September 2000.*
- UNDP.** *Human Development Report 2005. New York, 2005.*
- UNICEF.** *The State of World's Children 2005. Childhood under Threat. New York, 2005.*
- UNICEF, The Micronutrient Initiative.** *Salt iodisation situation analysis. Ghana and Senegal. 2004.*
- UNICEF, The Micronutrient Initiative.** *Vitamin and Mineral Deficiency. A global progress report. 2004.*
- UNICEF.** *The state of the world's children 1998. New York: Oxford University Press, 1998.*
- World Bank.** *Nutrition Enhancement Program. Project Appraisal Document. Human Development II, Country Department 14, Africa Region. Report N°: 23403-SE. February 20, 2002.*

Cadre logique

			Hypothèses et risques
<p>Contribuer à la réduction de la pauvreté en investissant dans le développement humain : améliorer le statut nutritionnel des femmes et des enfants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la pauvreté. • Réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans. 	<p>Rapports de réduction de la pauvreté, Enquêtes nationales incluant les enquêtes sur les ménages, les enquêtes démographiques et de Santé</p>	
<p>L'objectif global du Programme de Renforcement de la Nutrition est d'assister le Sénégal dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire - éradication de l'extrême pauvreté et faim, en appuyant la politique de nutrition du Sénégal dont l'objectif est d'améliorer le statut nutritionnel des groupes cibles (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et femmes allaitantes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale de 50% chez les enfants âgés de moins de 5 ans à travers le pays. • Elimination virtuelle de la carence en vitamine A. • Le programme contribue à la baisse de l'anémie chez les femmes et les enfants. • Le programme contribue à la baisse de la mortalité infantile. 	<p>Enquêtes nationales (EDS et MICS).</p>	<p>Croissance économique stable et continue, stabilité politique, et développement social offrant tout l'éventail de produits pour fournir un environnement permettant l'amélioration du statut nutritionnel.</p> <p>Les autres déterminants du statut nutritionnel ne se détériorent pas (la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau potable, la santé...).</p> <p>Capacité adéquate permettant de mener des interventions nutritionnelles.</p> <p>Collectivités locales, ONGs, secteur privé, administration centrale, services déconcentrés, partenaires au développement travaillent ensemble vers un objectif commun.</p>

			Hypothèses et risques
<p>L'objectif de la Phase I est d'étendre les interventions de nutrition et de Suivi Promotion de la Croissance en zone rurale ; de consolider et de pérenniser les résultats obtenus par le projet précédent ; et de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles requises pour permettre à la CLM et à ses partenaires dans le secteur public et privé de développer, mettre en œuvre et assurer le suivi d'activités de nutrition multisectorielles.</p>	<p>(i) <i>la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 3 ans est réduite de 25% dans les zones ciblées ;</i> (ii) le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois passe de 8 à 15% dans les zones ciblées ; (iii) le pourcentage de femmes effectuant les quatre consultations prénatales augmente de 30%. (iv) le pourcentage de gardiennes d'enfants qui reconnaissent au moins deux signes de gravité chez l'enfant malade augmente de 25 % dans les zones ciblées.</p>	<p>Rapports d'évaluation, données de la phase et études d'impact.</p> <p>Enquêtes auprès des bénéficiaires.</p> <p>Etudes coût - efficacité. Enquêtes EDS et MICS.</p>	<p>La CLM a une forte influence sur les départements concernés, permettant ainsi d'assurer l'application de la <i>Lettre d'Exécution</i>. Les ministères concernés sont engagés dans l'amélioration de la nutrition.</p>
<p>Les objectifs de la Phase II sont : (i) d'améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans des zones urbaines ou rurales pauvres et (ii) de, renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition pour la mise en œuvre et l'évaluation de la politique.</p>	<p>(i) la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 25% d'ici 2010 dans les zones d'interventions ; (ii) <i>le pourcentage d'enfants exclusivement allaités au sein augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions ;</i> (iii) le pourcentage de femmes effectuant les quatre consultations prénatales augmente de 30% d'ici 2010 dans les zones d'interventions; (iv) le pourcentage d'enfants 0-5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide atteint au moins 40% dans les zones d'interventions ; (v) 80% des collectivités locales disposent d'acteurs (ONG, Personnel de la Santé...) qui mettent en œuvre des interventions de nutrition.</p>	<p>Données du projet, enquêtes d'évaluation, enquêtes EDS et MICS.</p>	
<p>Lors de la Phase III , la couverture sera étendue sur l'ensemble du territoire. A la fin du programme, le Sénégal disposera d'un système de nutrition efficace, en mesure de fournir des services de</p>	<p>(i) <i>la couverture du programme est étendue à l'ensemble des régions ;</i> (ii) les indicateurs de performance du programme décennal sont atteints; (iii) les autorités locales prennent en charge et assurent</p>	<p>Evaluation des performances, données du projet, et enquêtes d'évaluation.</p> <p>Enquêtes auprès des bénéficiaires. Enquêtes EDS et MICS.</p>	

			Hypothèses et risques
<p>nutrition coûts efficaces, adaptés aux besoins locaux, et travaillant en collaboration avec les communautés et les autorités locales.</p>	<p>la gestion des services de nutrition de base coûts efficaces; et (iv) la <i>Lettre de Politique de Développement de la Nutrition</i> a été revue et mise à jour.</p>		

			Hypothèses et risques
<p>Phase II: Composante 1 : Nutrition/PCIME</p> <p><i>Sous – Composante 1.1 :</i> <i>SPC/PCIME</i> Les enfants ciblés gagnent du poids de manière adéquate.</p> <p><i>Sous – Composante 1.2 :</i> <i>Micro nutriments</i> Les enfants 6-59 mois ciblés sont régulièrement supplémentés en micronutriments pour améliorer leur statut nutritionnel.</p> <p><i>Sous – Composante 1.3 :</i> <i>Initiatives communautaires</i> Les communautés mettent en œuvre des micro projets pour lutter contre les déterminants de la malnutrition dans les sites d'intervention</p>	<p>la couverture du programme en milieu rural des enfants 0-5 ans passe de 15% à 50% d'ici 2010.</p> <p>280.000 enfants 0-2 ans bénéficient des activités de Suivi Promotion de la Croissance mensuelles. 75% des enfants 0-24 mois suivis ont des gains de poids adéquats.</p> <p>80% des mères d'enfant participent aux causeries éducatives sur la PCIME-C.</p> <p>Au moins 80% des enfants 6-59 mois sont supplémentés en vit.A, deux fois dans l'année.</p> <p>Au moins 80% des enfants 12-59 mois sont déparasités deux fois dans l'année. Au moins 90% des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont distribuées.</p> <p>80% des sites développent des microprojets financés par les small grants.</p>	<p>Rapports d'avancement du programme et données de suivi.</p>	<p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La collaboration avec la Santé et la capacité de mise en oeuvre des ONG sont maintenues.</p> <p>La facilitation des ONG pour l'élaboration des micro projets est efficace.</p>
<p><i>Composante 2 :</i> <i>Interventions multisectorielles relatives à la nutrition</i></p> <p><i>Sous – Composante 2.1 :</i></p>			

			Hypothèses et risques
<i>Secteur de la Santé</i>			
<p>Le Ministère de la Santé garantit les normes et protocoles qui assurent la qualité des interventions pour l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans.</p> <p><i>Sous – Composante 2.2 : Secteur de l'Education</i> Le statut nutritionnel des élèves ciblés s'améliore.</p> <p><i>Sous – Composante 2.3 : Autres secteurs</i> Les sites d'intervention bénéficient d'activités multisectorielles pour l'amélioration du statut nutritionnel des populations.</p>	<p>Les normes et protocoles sont réactualisées d'ici la fin de la phase.</p> <p>Au moins 75% des activités de supervision planifiées par les structures de santé sont réalisées.</p> <p><i>Au moins 80% des élèves ciblés sont supplémentés hebdomadairement en fer durant l'année scolaire.</i></p> <p>Au moins 80% des élèves ciblés sont déparasités 2 fois/an.</p> <p>Au moins 25% des sites qui ont exprimé des besoins d'appui des autres secteurs dans la lutte contre les déterminants de la malnutrition ont été satisfaits.</p>	<p>Document réactualisé</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Rapport d'activités</p>	<p>Le renforcement des capacités institutionnels et organisationnels est appuyé par le secteur santé.</p> <p>Le renforcement des capacités institutionnels et organisationnels est appuyé par le secteur santé.</p> <p>Le renforcement des capacités institutionnels et organisationnels est appuyé par le secteur éducation.</p> <p>Le renforcement des capacités institutionnels et organisationnels est appuyé par le secteur éducation.</p> <p>Les autres secteurs techniques se sont engagés dans l'amélioration de la nutrition à travers des activités sectorielles.</p>
<p>Composante 3 : Appui à la politique et suivi et évaluation.</p> <p><i>Sous composante 3.1 : Appui aux structures de pilotage</i> La lettre de politique de nutrition est bien suivie grâce à une coordination efficace des interventions de nutrition.</p>	<p><i>Les indicateurs de la nutrition sont intégrés dans les documents de suivi du DSRP et des OMD.</i></p> <p>Au moins 25% des collectivités locales ont inscrit la nutrition dans leur plan de développement.</p>	<p>Rapport de suivi DSRP, OMD</p> <p>Rapport d'activités</p>	<p>La coordination intersectorielle de la CLM est efficace.</p> <p>Les collectivités locales ont une bonne compréhension de la nutrition.</p>

			Hypothèses et risques
	Au moins 80% des activités planifiées par la CLM sont réalisées.	Rapport d'activités	La coordination intersectorielle de la CLM est efficace
<p><i>Sous composante 3.2: Suivi et évaluation</i> Les données de suivi et évaluation des différentes interventions sont disponibles pour la prise de décisions.</p> <p><i>Sous composante 3.3: Renforcement des capacités des acteurs</i> Les acteurs (CLM, CRS, Collectivités Locales, AEC, communautés etc.) ont acquis les compétences nécessaires pour mener à bien leur mission</p>	<p>Les indicateurs de performance des projets sont disponibles tous les 3 mois.</p> <p>Au moins 80% des études planifiées sont réalisées.</p> <p>Le plan de formation de la CLM est exécuté au moins à 50%.</p>	<p>Rapport d'activités RSF</p> <p>Rapport d'étude</p> <p>Rapport d'activités</p>	<p>La capacité de gestion du programme est maintenue</p> <p>La capacité pour identifier les besoins pertinents de renforcement de capacité de la CLM existe.</p>
4 - Composante : Gestion de programme	<i>Les coûts de gestion représentent moins de 15% du budget total.</i>	Les rapports d'audits et les rapports financiers du BEN	
<p>Phase II:</p> <p>1. Nutrition/PCIME</p> <p>2. Interventions multisectorielles relatives à la nutrition</p> <p>3. Appui à la politique et suivi et évaluation</p> <p>4. Gestion de Programme</p>	<p>USD 29,868 millions</p> <p>USD 3,292 millions</p> <p>USD 3,002 millions</p> <p>USD 4,650 millions</p>		