

# COMPRENDRE LES FACTEURS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELS CONDUISANT AU CHANGEMENT DES POLITIQUES DE NUTRITION:

## Le cas de Senegal

Alfred Inis Ndiaye



Février 2010





**COMPRENDRE LES FACTEURS POLITIQUES ET  
INSTITUTIONNELS CONDUISANT AU  
CHANGEMENT DES POLITIQUES DE NUTRITION:**

*Le cas de Senegal*

**Alfred Inis Ndiaye**

**Février 2010**

## Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network (HDN). The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Editor, Martin Lutalo ([mlutalo@worldbank.org](mailto:mlutalo@worldbank.org)). Submissions undergo informal peer review by selected internal reviewers and have to be cleared by the TTL's Sector Manager. The sponsoring department and author(s) bear full responsibility for the quality of the technical contents and presentation of material in the series.

Since the material will be published as presented, authors should submit an electronic copy in the predefined template (available at [www.worldbank.org/hnppublications](http://www.worldbank.org/hnppublications) on the Guide for Authors page). Drafts that do not meet minimum presentational standards may be returned to authors for more work before being accepted.

For information regarding the HNP Discussion Paper Series, please contact Martin Lutalo at [mlutalo@worldbank.org](mailto:mlutalo@worldbank.org) or 202-522-3234 (fax).

## Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

### COMPRENDRE LES FACTEURS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELS CONDUISANT AU CHANGEMENT DES POLITIQUES DE NUTRITION:

*Le cas de Senegal*

Alfred Inis Ndiaye<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Consultante, AFTHE (Santé, Nutrition, Population), Développement Humain,  
Région Afrique, Banque Mondiale, Washington D.C.

Ce document a été préparé comme une analyse de cas pour une étude régionale sur  
l'économie politique de la nutrition en Afrique subsaharienne.  
Banque Mondiale, Washington D.C, USA  
Février 2010

**Abstract:** Depuis 1960, quatre générations de politiques pour la nutrition se sont succédées, différenciées par des points de rupture tels que le changement de contexte global et local, des stratégies des acteurs de la nutrition et de l'état des savoirs. Les deux premières générations (1960-1994) sont centrées sur la supplémentation et la recherche sur la nutrition, tandis que la troisième (1994-2000) est une réponse d'urgence à la dégradation rapide de la situation nutritionnelle. Jusqu'à 2000, on assiste au désengagement de l'État qui laisse la place aux partenaires extérieurs pour l'appui technique et financier, et à la société civile et aux ONGs pour la mise en œuvre. Suite à un diagnostic inquiétant sur la nutrition en 2002, le système de planification évolue ainsi que le cadre institutionnel grâce à la naissance d'une Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) au niveau de la Primature. L'approche projet laisse place à l'approche programme avec le PRN (Programme de Renforcement de la Nutrition) élaboré de façon participative et mis en œuvre au niveau communautaire. Le cas du Sénégal est un exemple d'institutionnalisation de la nutrition, démontrant la volonté de coordonner des politiques nutritionnelles et de les rendre durables, et ce rapport permet de comprendre les facteurs clés ayant conduit aux changements de politiques nutritionnelles et leurs interrelations.

**Mots clé:** Sécurité nutritionnelle; mobilisation communautaire; développement institutionnel; passage à l'échelle de la nutrition; intégration de la nutrition

**Décharge:** Les résultats, interprétations et conclusions exposées dans ce rapport n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement aux positions de la Banque Mondiale, de ses directeurs exécutifs ou des pays qu'ils représentent

**Details de Correspondence:** Menno Mulder-Sibanda, Senior Nutrition Specialist,  
Africa Region, The World Bank, Washington D.C, 202-458-7724,  
mmuldersibanda@worldbank.org



## Tableau de Matière

REMERCIEMENTS.....	VIII
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....	IX
RÉSUMÉ EXÉCUTIF .....	XI
PART I – INTRODUCTION .....	1
Contexte et Justification .....	1
Objectifs et Résultats Attendus .....	2
Méthodologie et Structure du Rapport .....	2
PART II – CONTEXTE.....	4
Caractéristiques générales du pays .....	4
Evolution politique et constitutionnelle .....	6
Etat nutritionnel de la population .....	8
PART III – TRAJECTOIRES DES POLITIQUES DE NUTRITION.....	10
Les Interventions Nutritionnelles de la société Civile.....	10
La mise en perspective des politiques publiques nutritionnelles .....	12
Le Programme de Protection Nutritionnelle des Groupes Vulnérables .....	15
Le Projet de Nutrition Communautaire .....	16
Le Programme de Renforcement de la Nutrition .....	21
Autres composantes des politiques publiques .....	23
PART IV- ANALYSE COMPARATIVE DES POLITIQUES DE NUTRITION .....	28
Les différentes générations de politiques publiques.....	28
Processus d’élaboration des politiques de nutrition .....	32
Conception des politiques de nutrition.....	40
Orientations des politiques et .....	43
Modes d’adoption.....	43
Mise en œuvre des politiques de nutrition .....	45
Le niveau d’engagement du Gouvernement.....	45
Durabilité des politiques de nutrition .....	47
PART V - LE CHANGEMENT EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE NUTRITION: DISCUSSION ET INTERPRÉTATION .....	48
Points d’inflexion dans la trajectoire des politiques de nutrition .....	48
Facteurs Clés du changement en matière de politique de nutrition.....	49
Le Modèle de politique de nutrition .....	54
Le Mode d’élaboration et d’adoption de la politique de nutrition: la forme du processus participatif .....	55
Le Mode de mise en œuvre: la communauté dans l’action .....	56
Interrelations des facteurs clés du changement .....	57

PART VI - CONCLUSION .....	60
RÉFÉRENCES .....	61
Liste des personnes interviewées .....	64

## **Graphiques et Tableaux**

Graphique 1: Carte du Sénégal .....	4
Graphique 2: Evolution de l'Indice de Développement Humain (IDH) de 1997 à 2005 ....	5
Graphique 3: Implication des services du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PRN.....	26
Graphique 4: Cadre institutionnel du PPNS et du PNC.....	41
Graphique 5: Cadre institutionnel du PRN .....	43
Graphique 6: Orientation des politiques de nutrition.....	44
Graphique 7: Interrelation des facteurs qui contribuent au renforcement de la nutrition dans les politiques de développement.....	58
Graphique 8: Interrelation des facteurs dans un processus de pérennisation et d'institutionnalisation .....	59
Tableau 1: Résultats globaux des enquêtes MICS et EDS.....	22
Tableau 2: Présentation des différentes générations de politiques de publiques de nutrition.....	31



## REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier la Banque Mondiale pour la publication de ce rapport dans la série des documents de travail sur la santé, la nutrition et la population (HNP Discussion Papers).

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AEC	Agence d'Exécution Communautaire
AGETIP	Agence pour l'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AGR	Activités Génératrices de Nutrition
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APSPCS	Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal
BNAN	Bureau National d'Alimentation et de Nutrition
BASICS	Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant
BPE	Bonne Pratique de Seuvrage
CCF	Christian Children's Fund
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CLP	Comité Local de Pilotage
CNLM	Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition
CONGAD	Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement
COSFAM	Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments
CPI	Counterpart International
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CRS	Catholic Relief Services
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté
DANSE	Division de l'Alimentation, Nutrition et Survie de l'Enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FMI	Fonds Monétaire International
GERM	Groupe d'Etudes et de Recherches sur la Malnutrition
GERNA	Groupe d'Etude et de Recherche sur la Nutrition et l'Alimentation
IEC	Information Education Communication
ITA	Institut de Technologie Alimentaire
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LPDN	Lettre de Politique de Développement de la Nutrition
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête Nationale à Indicateurs Multiples)
MIC	Micro Entreprises Communautaires
MOC	Maître d'Œuvre Communautaire
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORANA	Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines
ORSTOM	Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition

PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant- Communautaire
PDEF	Programme Décennal de l'Education et de la Formation
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PISEN	Paquet Intégré des Services Essentiels de Nutrition pour les PVVIH
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNC	Projet de Nutrition Communautaire
PNN	Programme National de Nutrition
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPNS	Programme de Protection Nutrition Santé
PQDES	Plan Quadriennal de Développement Economique et Social
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PTIP	Programme Triennal d'Investissement Public
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SPC	Suivi Promotionnel de la Croissance
TDh	Terre Des Hommes
UNICEF	Programme des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH/SIDA	Virus d'Immuno Déficience Humaine

## RESUME EXECUTIF

La Banque mondiale a pris l'initiative de mener une étude comparative sur l'intégration des politiques de nutrition dans les politiques de développement pour renforcer ses connaissances des programmes de nutrition. En vue d'apporter un appui plus efficace à ses partenaires, la Banque mondiale veut construire un cadre conceptuel qui devrait faciliter les analyses des politiques de nutrition. Son objectif est de renforcer ses capacités à appuyer ses partenaires dans la mise en place de politiques nutritionnelles efficaces et durables.

La présente étude s'inscrit dans cette démarche et constitue une étude de cas sur les politiques de nutrition menées au Sénégal des années 1960 à nos jours. Il est attendu de cette étude une bonne connaissance de tous les facteurs ayant facilité le changement de la politique de nutrition dans le sens de sa meilleure intégration dans les politiques de développement du Sénégal.

Du point de vue méthodologique, la démarche qualitative a été utilisée. L'analyse des données statistiques et secondaires disponibles a été complétée par le traitement de données provenant d'entretiens individuels avec tous les acteurs clés de la nutrition. Cette démarche a facilité la prise en charge de l'essentiel des préoccupations soulevées par les termes de référence de l'étude. L'enquête a été réalisée entre le 4 septembre et le 11 octobre 2006 dans des conditions relativement satisfaisantes.

L'analyse, l'interprétation et la discussion des données qualitatives mettent en évidence les principaux éléments suivants relatifs à la compréhension des facteurs clés du changement et de leur interrelation.

Les interventions visant à améliorer la nutrition ont une longue histoire au Sénégal. Avec le concours de partenaires, de donateurs ou de bailleurs de fonds, l'Etat et la société civile mettent en œuvre depuis plus d'une trentaine d'années des projets et programmes de nutrition incluant des volets en nutrition. Les ONG ont une contribution spécifique qui découle de plusieurs éléments: leur présence sur l'ensemble du pays, leur proximité avec les populations, la diversité de leurs approches et stratégies d'intervention et, enfin, l'importance de leurs ressources humaines compétentes pour élaborer et mettre en œuvre des politiques, projets et programmes de nutrition. Ces éléments ont été, dans une large mesure, à la base du schéma opérationnel et du succès du PRN qui fonctionne essentiellement à partir de la contractualisation des ONG qui fonctionnent en tant qu'Agence d'Exécution Communautaire (AEC).

Les politiques de L'Etat peuvent être regroupées en quatre générations de politiques de nutrition. L'analyse des données relatives aux différentes interventions nutritionnelles, aux projets et programmes de nutrition suggèrent une typologie des politiques publiques de nutrition en quatre grandes générations. Le terme génération renvoie à deux idées: d'une part, il y a une relation, une continuité entre les différentes politiques publiques, et

d'autre part, chaque politique publique comporte des spécificités et des points communs avec les politiques précédentes.

La première génération de politiques publiques (1960-1973) n'a pas élaboré de projets et programmes de nutrition en tant que tel.. Elle était orientée vers la mise en œuvre par des organismes publics et parapublics d'activités d'étude et de recherche sur les produits locaux en vue d'une meilleure alimentation des populations. Le premier but de la politique publique était de freiner, puis d'inverser les tendances négatives dans les comportements alimentaires par la promotion des produits locaux et l'éducation à la nutrition. Il semble cependant que le Gouvernement n'ait pas atteint ces objectifs.

La deuxième génération de politiques publiques (1973-1994) correspond à une situation de fragilisation de la situation nutritionnelle notamment avec la survenue de deux grandes sécheresses dans les pays du Sahel en l'espace de 10 ans. Elle correspond aussi à une époque pendant laquelle la distribution d'aliments et de suppléments était l'approche dominante de prise en charge des problèmes de malnutrition. Le ministère de la santé a été l'acteur clé de cette génération de politiques de nutrition qui met en avant une approche curative qui correspondait à l'état des connaissances. L'avènement des SSP avec la Déclaration de Alma Ata en 1978 a contraint les acteurs de la nutrition à se rendre compte des limites des programmes de nutrition basés sur la distribution de suppléments alimentaires et à s'orienter progressivement vers les approches préventives. La fin de cette période a été marquée par une certaine léthargie dans la mise en œuvre des programmes de nutrition.

La troisième génération de politiques publiques (1994-2000) découle d'une réponse urgente en prévision d'une dégradation accentuée de la situation nutritionnelle dans l'ensemble du pays, suite à une quinzaine d'années d'ajustement structurel et à la dévaluation du Franc CFA. Cette nouvelle génération devait aussi bénéficier de la nouvelle conception de la nutrition articulée autour de l'approche multisectorielle et l'approche communautaire d'un côté et de l'expérience des communautés en matière de participation dans les programmes sociaux de l'autre. Le secteur privé et les organisations communautaires de base ont été les acteurs clés des politiques publiques de cette troisième génération.

La quatrième et dernière génération de politiques publiques de nutrition (à partir de 2001) correspond à un contexte dans lequel le Gouvernement a adopté une politique plus volontariste de développement en général. Dans le domaine de la nutrition la nouvelle démarche s'appuie sur quatre initiatives majeures: le passage de l'approche projet à l'approche programme, la définition d'un cadre pour toutes les politiques nationales (DSRP) et la mise en cohérence de la politique de nutrition avec cette stratégie générale de sortie de la pauvreté, l'intégration des dernières connaissances en matière de lutte contre la malnutrition et, enfin, le recours à l'approche préventive et communautaire. En termes de lutte contre la malnutrition, l'objectif du DSRP est d'atteindre les OMD en 2015, grâce à la mise en œuvre du PRN.

Il existe des facteurs structurant la trajectoire des politiques de nutrition. L'évolution de l'environnement politique, économique et des savoirs sur la nutrition ont fortement influencé l'évolution des politiques publiques. Cependant, les points de rupture dans la trajectoire qui correspondent à l'apparition des générations de politiques publiques de nutrition dépendent d'éléments qu'il convient d'identifier et d'analyser. Trois facteurs sont identifiés comme étant des éléments qui ont une influence forte sur la trajectoire. Et qui, par conséquent, peuvent favoriser l'apparition d'une nouvelle génération.

Le premier est l'évolution des contextes local et global. Le contexte national évolue en permanence du fait principalement des changements qui interviennent dans les choix et l'orientation des politiques de gestion des ressources économiques et sociales. De même, l'action des organisations du système des Nations Unies contribue à faire évoluer le contexte international. Depuis le début des années 1990, elles augmentent progressivement leur engagement dans le domaine du développement humain (PNUD, OMS, UNICEF, PAM).

Les acteurs de la nutrition et leurs relations de pouvoir constituent le deuxième facteur d'influence de la trajectoire des politiques de nutrition. Beaucoup d'acteurs interviennent dans le champ de la nutrition: le Gouvernement, les communautés, les Organisations de la société civile nationale et internationale, les bailleurs de fonds, les partenaires techniques (agences du système des Nations Unies), les nutritionnistes nationaux. Dans leurs stratégies ils prennent en compte les opportunités offertes par le contexte et les contraintes de l'environnement.

Le troisième et dernier facteur d'influence de la trajectoire est constitué par l'état des savoirs sur la nutrition. Depuis 1960, l'évolution des savoirs dans le domaine de la santé et la nutrition a favorisé la définition de nouvelles conceptions dans l'approche de résolution des problèmes de santé et de développement de l'enfant.

Enfin, nous avons identifié cinq facteurs clés du changement en matière de politique de nutrition. La politique nutritionnelle élaboré en début 2000 constitue sans aucun doute un point critique dans la trajectoire des politiques publiques. Il existe en effet: une volonté politique des autorités gouvernementales d'inscrire la nutrition dans leurs préoccupations de développement, un cadre institutionnel prenant en considération tous les aspects liés à la politique nationale de nutrition (définition, mise en œuvre et coordination). Ce cadre, la CLM assure la coordination d'ensemble de toutes les interventions en nutrition, un programme national de nutrition mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national, dans les zones urbaines et rurales pauvres. Ce programme (PRN) associe une pluralité d'acteurs constituée de ministères, organisations de la société civile (ONG et OCB), Collectivités locales et un système d'information fiable et pertinent qui permet de surveiller régulièrement la situation des enfants dans tous les sites d'intervention du programme.

La question est alors d'identifier tous les facteurs qui ont contribué à ce changement, en d'autres termes, tous les facteurs qui ont influencé ou encouragé le Gouvernement à

accepter de renforcer le statut de la nutrition dans ses politiques et s'engager dans un processus d'institutionnalisation de la nutrition. Il s'agit aussi, après avoir expliqué ces facteurs, de déterminer leur importance relative et leur interrelation.

Cinq facteurs semblent avoir encouragé le Gouvernement à renforcer la nutrition dans les politiques de développement. Ces facteurs sont constitués par le contexte politique et social, le modèle de politique de nutrition, le mode d'élaboration et d'adoption de la politique de nutrition, l'environnement organisationnel communautaire et le mode de mise en œuvre.

Le contexte politique et social qui a contribué au changement en matière de politique possède les principales caractéristiques suivantes: le changement de système de planification économique avec l'adoption d'un DSRP, l'appui constant des partenaires au développement, les bailleurs de fonds en particulier, aux efforts de développement du Sénégal et le renforcement et l'amélioration du plaidoyer des nutritionnistes en faveur de la promotion de la nutrition.

Le Gouvernement a expérimenté une nouvelle conception de définition des politiques économiques notamment avec l'élaboration d'un DSRP. Cette nouvelle forme de planification relève d'une volonté politique de rationaliser l'intervention de l'Etat. La politique de nutrition doit s'ajuster à cette stratégie générale de sortie de crise. Les partenaires au développement ont aussi joué un grand rôle dans le renforcement des politiques nationales de nutrition en termes d'appui technique (OMS, UNICEF, USAID) et d'appui financier (Banque mondiale, PAM, KFW, USAID, UNICEF, ACDI). Les appuis technique et financier permettent au Gouvernement et au Ministère de la Santé en particulier de renforcer leurs capacités d'élaboration et de mise en œuvre de projets et programmes de nutrition.

La Communauté des nutritionnistes n'est pas encore très importante en effectif, mais certains de ses membres, par leur activisme et leadership, ont su efficacement assurer un plaidoyer pour le renforcement de la politique de nutrition. Certains de nos informateurs ont identifié le Pr. Galaye Sall et Mr. Biram Ndiaye comme étant des champions de la nutrition.

Le Pr. Galaye Sall, à partir de son poste administratif de Chef de la DANSE en charge de la nutrition au Ministère de la Santé (1995-2004), a eu à appliquer en 2002, avec l'appui de BASICS, pour la première fois au Sénégal, l'analyse Profiles. Cet exercice lui a offert un formidable outil de plaidoyer en faveur de la nutrition auprès du Gouvernement et des partenaires du développement.

Le modèle de politique de nutrition adopté en 2002 semble avoir contribué au renforcement de la nutrition dans les politiques de développement. Le choix d'un cadre institutionnel approprié (CLM) et d'un type d'approche pertinent (approche programme) a fortement contribué à enclencher le processus d'institutionnalisation de la nutrition. L'existence de la CLM assure la visibilité de la nutrition et contribue à renforcer sa

présence dans les politiques de développement. Le passage de l'approche projet à l'approche programme obéit à une préoccupation majeure de la CLM: mettre à contribution les efforts de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition.

L'approche programme est plus en conformité avec le schéma institutionnel qui vise à assurer le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition, la cohérence de la politique nationale de nutrition et la connexion entre la politique de nutrition et le DSRP.

Le mode d'élaboration et d'adoption des politiques et programmes de nutrition a changé avec la naissance de la CLM. Pour assurer la dimension multisectorielle de la politique de nutrition et sa mise en cohérence avec la lutte contre la pauvreté, la CLM procède en deux étapes consistant en la rédaction d'une LPDN et l'élaboration d'un programme national dans un processus participatif avec toutes les structures représentées dans la CLM (Ministères, organisations de la société civile, collectivités locales et d'autres acteurs (secteur privé, partenaires au développement)). L'intérêt de ce mécanisme d'élaboration est triple. D'une part, il a donné la possibilité à l'expertise et aux compétences nationales membres des services publics et privés d'échanger, de débattre autour de leurs conceptions respectives de la nutrition et d'aboutir à un consensus. D'autre part, ce processus participatif facilite l'appropriation de la politique de nutrition par tous les acteurs, le Gouvernement compris. Enfin, toute l'expertise actrice dans ce processus participatif d'élaboration des outils de la politique de nutrition a constitué une ressource importante aux côtés du Gouvernement dans les négociations avec les bailleurs de fonds.

L'existence d'un environnement organisationnel communautaire favorable à la participation communautaire est aussi un des éléments facilitant le changement en matière de politique de nutrition. Des comités de gestion participent depuis longtemps au fonctionnement des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. Les organisations communautaires de base font partie des animateurs du processus participatif de développement local. La présence d'un réseau d'organisations communautaires essentiellement composées de femmes peut constituer une plate-forme propice à la mise en œuvre d'activités de promotion nutritionnelle. Derrière ce dynamisme communautaire, on perçoit la présence de forces sociales ayant les capacités nécessaires de mettre en œuvre un nouveau modèle de politique publique de nutrition.

Le mode de conduite des programmes de nutrition a complètement changé avec le Programme National de Nutrition. La mise en œuvre des activités de nutrition communautaire est assurée par des ONGs et OCB à travers un système de contractualisation. Toutes ces organisations ont une expérience dans le domaine de la nutrition. Elles peuvent assurer la couverture nationale de l'intervention et être plus sensibles à la diversité des contextes. Le mode de mise en œuvre inclut des ministères. Il a l'avantage d'associer une gamme très large d'acteurs étatiques et de la société civile. Il permet, par ce fait et dans une certaine mesure, de neutraliser l'adversité éventuelle contre le programme. Il permet aussi, de façon directe, de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition.

Les facteurs clés du changement en matière de nutrition sont inter-reliés. L'engagement du gouvernement est important, mais n'est pas décisif dans le processus de changement. Il est obtenu par l'effet combiné de l'efficacité du plaidoyer en faveur de la nutrition, de l'appui technique et financier des partenaires au développement, et enfin, de la pertinence de la planification qui encadre toutes les interventions du Gouvernement. Cet engagement est une sorte de variable intermédiaire entre les facteurs liés au contexte politique et social et la conception d'une nouvelle politique de nutrition.

La conception d'une nouvelle orientation de politique de nutrition dépend de l'appui des partenaires et l'existence d'une planification économique qui encadre les interventions du Gouvernement et de l'engagement de ce dernier. En réalité, l'engagement ne détermine pas le renforcement de la politique de nutrition, mais peut faciliter ce renforcement. En effet, l'action des partenaires conjuguée à une bonne politique de planification peut être à l'origine d'un changement de politique. Cependant, ce changement ne pourrait s'inscrire dans la durée sans l'existence d'un plaidoyer efficace et permanent. La pérennité et l'institutionnalisation ont besoin de l'engagement du gouvernement obtenu par l'impact du plaidoyer.

Une bonne politique de nutrition dépend aussi de son modèle qui doit prendre en charge le caractère multisectoriel de la malnutrition et son approche participative (dans son élaboration et son adoption) et communautaire (dans sa mise en œuvre). Donc, un modèle où une approche défailante remet en cause le renforcement de la politique de nutrition.

Le choix du modèle de politique de nutrition est essentiel. Elle influence aussi bien la conception de la nouvelle politique que le mode d'élaboration et de mise en œuvre.

Un bilan satisfaisant de cette nouvelle politique peut enclencher un cercle vertueux qui est le socle d'une institutionnalisation et d'une pérennisation de la politique de nutrition. En effet, la réussite des premières politiques renforce le plaidoyer en faveur de la nutrition et donc, l'engagement du gouvernement qui est en mesure d'apprécier la rentabilité de son investissement dans la nutrition. Un bilan négatif peut freiner ou compromettre tout le processus d'institutionnalisation.

Le processus d'institutionnalisation autonomise progressivement le Gouvernement vis-à-vis des partenaires. La politique de nutrition est alors portée par les communautés. L'enjeu est donc la bonne mise en œuvre de la politique de nutrition.

Actuellement, un processus d'institutionnalisation de la politique de nutrition s'est engagé au Sénégal. Cependant, ce processus n'est pas irréversible. Les risques de blocage sont réels. Le risque majeur est lié aux résultats des premières politiques. Des résultats négatifs porteront sans aucun doute un coup dur à l'engagement du Gouvernement. Donc, l'enjeu est aujourd'hui de réussir la mise en œuvre des politiques pour améliorer leurs performances. Dans cette perspective, la poursuite du processus participatif, l'engagement des collectivités locales et des communautés sont indispensables pour assurer la bonne exécution et assurer un financement endogène de la

politique de nutrition. La poursuite de la politique de renforcement de la nutrition dans les politiques de développement exige aussi plus de ressources humaines, des nutritionnistes en particulier. C'est une condition pour assurer tout le travail de plaidoyer, de planification et de management des interventions en nutrition assurées aussi bien par les structures privées que publiques.

Enfin, la réussite des politiques de nutrition est étroitement dépendante des résultats de la lutte contre la pauvreté. L'avancée de la pauvreté dans la société peut compromettre sans nul doute tous les acquis en termes d'amélioration de la situation nutritionnelle.

# PART I – INTRODUCTION

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Banque mondiale et ses partenaires appuient souvent dans de nombreux pays des programmes de nutrition de long terme. Plusieurs de ces programmes ont réussi et tendent à être durables. Néanmoins, dans certains de pays, les programmes de nutrition rencontrent des contraintes d'ordre politique et administratif qui les empêchent de se développer et d'atteindre leurs objectifs. Les résultats différenciés de ces programmes suggèrent qu'il n'y a pas encore une solide connaissance technique de la nutrition pour assurer leur réussite. Ainsi, il est important de comprendre les contraintes et les motivations des différents acteurs de la nutrition comme les politiciens, les fonctionnaires pour appliquer avec succès un programme.

Une perspective d'économie politique peut contribuer à atteindre cet objectif de connaissance en permettant une analyse des intérêts politiques en jeu, du paysage institutionnel et des stratégies des acteurs clés qui influencent la formulation de la politique de nutrition et sa mise en œuvre.

De toute évidence, la Banque mondiale n'a pas encore un cadre conceptuel qui identifie les principaux facteurs qui d'une part, contribuent au renforcement des politiques nationales de nutrition dans le processus de développement, et d'autre part, permettent d'établir le lien entre ces différents facteurs et qui offre une lisibilité des stratégies gagnantes.

Ce cadre pourrait être utilisé pour informer les opérations futures de la Banque mondiale dans le domaine de la nutrition. Il contribuerait à améliorer le fonctionnement des programmes de nutrition pour assurer leur durabilité. L'étude comparative des politiques de nutrition dans quatre pays d'Afrique (le Sénégal, Madagascar, le Bénin et le Burkina Faso) s'inscrit dans cette perspective de construction d'un cadre conceptuel.

L'étude envisage de comparer deux types d'expériences. Le premier type concerne les exemples réussis de programmes de nutrition. Ces programmes sont soutenus par l'engagement du Gouvernement et ont atteint un certain niveau d'institutionnalisation. Grâce à ces programmes, la situation nutritionnelle s'est améliorée dans les pays concernés (Sénégal et Madagascar). Le deuxième type concerne des expériences non réussies (Bénin et Burkina Faso).

Cette étude de la Banque se déroule à un moment où l'Etat du Sénégal est entrain de bâtir une vision nouvelle de la nutrition en adoptant une approche intégrative des problèmes afin de mettre en œuvre des stratégies appropriées en rapport avec les urgences du moment. Cette approche prend en compte les politiques et programmes sectoriels en matière de santé, d'éducation, d'agriculture, d'environnement, d'énergie et de manière globale, les politiques de lutte contre la pauvreté.

Dans cette perspective, l'Etat a révisé en 2006 la première version de la *Lettre de Politique de Développement de la Nutrition (LPDN)* qui date de 2001. Cette version de la LPDN a été élaborée sur la base du 9<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social du Sénégal (1996 – 2000), de la Déclaration d'Alma Ata (1978), du Sommet Mondial sur l'Enfance (1990), de la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992), du Sommet de Copenhague pour l'élimination de la Pauvreté (1995) et du Plan National d'Actions pour la Nutrition (1997 – 2002).

Le contexte d'élaboration de la première version de la LPDN avait fortement évolué en 2006 et le Sénégal avait adhéré à de nouvelles orientations politiques. Notamment, il s'est engagé pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'une part, et des objectifs du Sommet Mondial de l'Alimentation de 2002 consistant à la réduction du nombre de personnes souffrant de la faim. Il a aussi souscrit pour la réalisation de la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. Au plan national, deux documents de référence ont été élaborés: le 10<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (2002 – 2007) et le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP). Par ailleurs, on observe une évolution de la situation alimentaire et nutritionnelle du pays et celle de la situation nutritionnelle révélée par les résultats d'EDS 2005.

Le but de la deuxième LPDN est donc d'actualiser les orientations stratégiques pour mieux saisir les opportunités et réduire les contraintes existantes en matière de programmes et politiques de nutrition. La nouvelle lettre a tenté de mettre en cohérence la politique de nutrition avec les nouvelles politiques nationales et internationales. Elle a aussi tenté de répondre aux nouveaux enjeux en matière de développement économique et social.

## **OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS**

L'Objectif de l'étude est d'identifier, d'une part les facteurs politiques, institutionnels et administratifs qui sont associés au succès des programmes de nutrition et leurs interrelations et, d'autre part les stratégies des acteurs clés ayant contribué à l'intégration progressive des politiques de nutrition dans le pays.

Le principal résultat attendu de l'étude est d'avoir une bonne connaissance de tous les éléments du changement ayant conduit à un renforcement de la nutrition dans les politiques de développement au Sénégal.

## **METHODOLOGIE ET STRUCTURE DU RAPPORT**

Pour pouvoir disposer de l'ensemble des informations pertinentes, la méthodologie utilisée s'est appuyée sur la recherche documentaire et la collecte de données provenant d'entretiens et de documents. Trente cinq personnes ont été interviewées. Ils sont dans les secteurs étatiques (Préfectures et Ministères), de la Société Civile et des ONGs, des bailleurs de fonds, partenaires et donateurs, des programmes et agences techniques de développement, de l'Université. Les deux vétérans, Dr Thianar NDOYE et Madame Marie Thérèse BASS, figures emblématiques de l'alimentation et la nutrition au Sénégal ont aussi accepté de participer à l'étude (voir en Annexe la liste des personnes interviewées).

Le guide fourni par la Consultante principale, coordonnatrice des études / pays "*Guiding Questions/Issues for the Country Case Studies*" constitue le document de référence à partir duquel ont été élaboré aussi bien le guide d'entretien que la grille d'analyse documentaire. Tous les thèmes et sous thèmes des guides ont été fournis par le "Guiding".

L'enquête s'est déroulée du 5 septembre au 11 octobre 2007 dans les régions de Dakar et de Thiès. La Consultante principale a participé à l'interview de certains acteurs appartenant au

ystème de décision politique (Primature) et au groupe des donateurs et bailleurs de fonds. L'enquête s'est déroulée sans grande difficulté. Presque tous les acteurs sélectionnés présents à Dakar ont répondu favorablement à la demande du consultant et se sont prêtés au jeu de l'entretien.

Le rapport comporte dix grandes parties dont les quatre premières sont relatives à la présentation, l'analyse et l'interprétation des données de l'enquête. Plus précisément, dans une première partie, le rapport présente longuement et décrit toutes les étapes de la trajectoire des politiques publiques de nutrition (*partie IV*). Cette présentation permet de donner sens aux différentes politiques de nutrition en restituant leurs contextes historiques. La partie V est centrée sur l'analyse comparative des différentes politiques de nutrition, ce qui a permis d'identifier tous les facteurs qui pouvaient déterminer l'évolution de la politique de nutrition vers plus d'institutionnalisation. Enfin, dans la *partie VI*, le rapport présente une explication du changement en analysant les relations entre les facteurs clés, les stratégies d'acteurs et leurs impacts sur le changement en matière de politique de nutrition.

## PART II – CONTEXTE

### CARACTERISTIQUES GENERALES DU PAYS<sup>1</sup>

Le Sénégal est un pays sahélien, situé à l'extrémité Ouest du continent africain sur une superficie de 196.722 km<sup>2</sup>. Il est subdivisé en 11 régions<sup>2</sup>, 34 départements, 67 communes, 103 arrondissements et 324 communautés rurales.

Graphique 1: Carte du Sénégal



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 infantile 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

<sup>1</sup> Les données présentées dans 3.a et 3.c sont tirées du document de Plan Stratégique de la phase II du PRN.

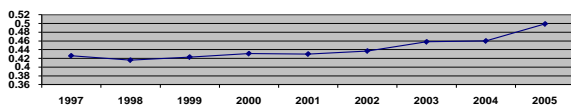
<sup>2</sup> Un projet de loi est sur le bureau de l'Assemblée nationale pour examen et adoption. Il s'agit d'une proposition concernant la création de trois nouvelles régions (Kédougou, Sédhiou et Kaffrine). Le Sénégal aura alors 14 régions administratives.

la mortalité infantile et la mortalité juvénile sont les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies qui peuvent être évitées grâce à 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 dans les pays à faible développement humain et au 156<sup>ème</sup> rang sur 177 pays en 2005, selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain de 2007-2008. Le graphique 2 montre toutes les difficultés du Sénégal à sortir de ce groupe de pays à faible développement humain.

**Graphique 2: Evolution de l'Indice de Développement Humain (IDH) de 1997 à 2005**



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 américain.

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)<sup>3</sup>, qui est une «vision et un cadre stratégique pour la

<sup>3</sup> Le document du cadre stratégique du NEPAD résulte d'un mandat donné aux cinq Chefs d'Etat initiateurs (Afrique du Sud, Algérie, Egypte, Nigeria, Sénégal) par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) afin de promouvoir un cadre socio-économique intégré de développement pour l'Afrique. Le trente-septième sommet de l'OUA en juillet 2001 a officiellement adopté le document du cadre stratégique. Le NEPAD est conçu pour s'occuper des défis actuels du continent africain. Les problèmes tels que l'accroissement de la pauvreté, le sous-développement et la marginalisation persistante de l'Afrique ont nécessité une intervention radicale nouvelle. Les principaux objectifs du NEPAD sont: a) Eradiquer la pauvreté, b) Placer les pays africains, individuellement et collectivement, sur la voie d'une croissance et d'un développement durables, c) Mettre un terme à la marginalisation de l'Afrique dans le contexte de la mondialisation et promouvoir son intégration complète et

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.

## EVOLUTION POLITIQUE ET CONSTITUTIONNELLE<sup>4</sup>

Le Sénégal a connu un régime parlementaire et un régime présidentiel. La première constitution du 24 janvier 1959 qui a fondé la République du Sénégal (voir la loi n°59-003) a instauré un régime parlementaire. La seconde constitution, celle du 26 août 1960 (loi n°60-045) a consolidé l'option pour le régime parlementaire avec quatre institutions: le Président de la République élu pour un mandat de sept ans renouvelable au suffrage restreint par un collège électoral, le Gouvernement, l'Assemblée nationale et l'Autorité judiciaire.

Le Chef du Gouvernement, Président du Conseil des ministres, est pressenti et désigné par le Président de la République. Il a une prérogative essentielle qui est de déterminer et de conduire la politique de la Nation.. Le premier chef du Gouvernement (1959 – 1963) se réclamait du nationalisme et toute sa politique économique et sociale était inspirée du socialisme autogestionnaire. Son équipe a élaboré le premier Plan Quadriennal de Développement Economique et Social.

L'Assemblée nationale est composée de députés élus pour cinq ans. Elle est dotée du pouvoir de contrôle du Gouvernement à travers plusieurs techniques comme la question de confiance et la motion de censure, l'interpellation, la question écrite, la question orale et la commission d'enquête.

Le conflit politique qui opposa le Président de la République et le Chef du Gouvernement en décembre 1962, conflit d'où sortit vainqueur le Président de la République, fut l'occasion d'un changement de constitution le 7 mars 1963 (voir la loi n°63 – 22). La nouvelle constitution mit fin au régime parlementaire pour consacrer le régime présidentiel. Le Président de la République est élu au suffrage universel direct pour un mandat de quatre ans renouvelable indéfiniment. Il détermine et conduit la politique de la nation. Les membres de l'Assemblée nationale (députés) sont élus au suffrage universel direct, pour un mandat de quatre ans (cinq ans à partir de 1967).

La constitution de 1963 a aussi connu des révisions visant à l'approfondissement de la démocratie et de l'Etat de droit, notamment l'avènement du pluralisme politique et l'approfondissement de la décentralisation par le principe de la libre administration des Collectivités locales.

---

profitable à l'économie mondiale, d) Accélérer le renforcement des capacités des femmes afin de promouvoir leur rôle dans le développement socio-économique.

<sup>4</sup> Pour des informations complètes sur l'évolution constitutionnelle du Sénégal, se référer à l'ouvrage suivant: Ismaïla Madior Fall, *Evolution constitutionnelle du Sénégal: de la veille de l'indépendance aux élections de 2007*, Dakar, Crédila. Crépos, 2007.

La décentralisation a connu une phase d'expérimentation avec l'exaltation de la participation des populations aux tâches de développement. L'introduction en milieu rural des communautés rurales (loi n°72-25 du 19 avril 1972) était perçue comme un moyen d'apprentissage de la décentralisation par les acteurs de base. La constitutionnalisation du principe de libre administration des collectivités locales (loi constitutionnelle n°94-55 du 15 juin 1994) et les lois décentralisatrices de mars 1996<sup>5</sup> ont élargi et approfondi la décentralisation qui a promu le rapprochement entre l'administration et les administrés, impulsé le développement communautaire et accru l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques.. Le désir de responsabiliser pleinement les collectivités locales est traduit par la loi transférant certaines compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales<sup>6</sup>.

Le cadre institutionnel pour promouvoir la participation des populations et communautés de base existe. Cependant, les résultats de plusieurs études ont établi que le système participatif de base est confronté à deux contraintes majeures: la faible disponibilité de ressources propres des collectivités locales et les faibles capacités des leaders communautaires à assurer la gestion de leurs territoires. Ces contraintes expliquent, en partie, pourquoi les collectivités locales, tout en étant des actrices à part entière du développement économique et social, sont cependant incapables de jouer normalement ce rôle. Ainsi, ces structures peinent encore à participer pleinement au Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) pour contribuer de manière efficace à la lutte contre la malnutrition.

En 2001, le Sénégal a adopté une nouvelle constitution (promulguée le 22 janvier 2001) qui reconduit la primauté présidentielle et restaure le quinquennat.

Sur le plan politique, le Sénégal est aujourd'hui caractérisé par un système de démocratie avec l'existence de plusieurs partis politiques et la liberté de presse. Depuis mars 2000 le pays a connu une alternance politique dans la gestion du pouvoir. Le Président de la République est élu au suffrage universel et pour cinq ans. L'Assemblée nationale est composée de 150 membres élus pour cinq ans. Le Sénat a été restauré en mai 2007. Les deux chambres qui composent le Parlement ont approuvé en novembre 2007 un projet de loi qui introduit dans la constitution le principe de parité hommes / femmes aux élections. Actuellement, l'Assemblée nationale ne comporte que 17 femmes sur 150 membres.

Derrière toute cette architecture politique et constitutionnelle, se cache une réalité politique: tous les pouvoirs sont concentrés entre les mains du seul Président de la République. Le Parlement et les Collectivités locales ne peuvent pas, de manière autonome, prendre des décisions à caractère national ou local, sans en référer au Président de la République, Chef de

---

<sup>5</sup> Il s'agit des lois suivantes: loi n°96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, loi n°96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, loi n° 96-08 du 22 mars 1996 modifiant le code électoral, loi n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement dans ses rapports avec la ville, loi n°96-10 du 22 mars 1996 relative à l'organisation de l'administration territoriale et loi organique n°96-11 relative à la limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions modifiées.

<sup>6</sup> Les domaines transférés sont les suivants: santé, éducation, environnement, urbanisme et habitat, culture, jeunesse, sports et loisirs, planification et gestion du domaine.

l'Etat<sup>7</sup>. Le Parlement introduit rarement des propositions de lois. Il se contente d'adopter pratiquement tous les projets de lois qui lui sont soumis par le Gouvernement.

Depuis 2000, le parti au pouvoir a toujours eu la majorité qualifiée (les 2/3 des députés) à l'Assemblée nationale, ce qui lui permet d'avoir la grande latitude de légiférer. L'opposition politique ne peut pas influencer légalement sur les grandes décisions politiques.

## ÉTAT NUTRITIONNEL DE LA POPULATION

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 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 l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C.)<sup>8</sup>. 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. Cependant, 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

---

<sup>7</sup> Le présidentielisme est très critiqué par les acteurs politiques. Un ancien homme fort de la précédente équipe qui a gouverné le Sénégal de 1960 à 2000, déclarait en 2005: « on observe (...) une hypertrophie du pouvoir présidentiel, tout est entre les mains du Président de la République. C'est lui qui initie, décide et exécute. Tout part de lui, tout revient à lui (...). Tout est entre les mains du Président de la République qui a des pouvoirs quasi-illimités ». Voir I.M. Fall, page 168.

<sup>8</sup> La stratégie de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » (PCIME) vise à réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant dans les pays en développement. Elle se base sur une approche intégrée qui aborde la santé de l'enfant de façon globale avec l'inclusion de la composante familiale et communautaire. C'est une approche qui couvre les aspects curatifs, préventifs et promotionnels et permet la rationalisation des coûts liés à la santé. La PCIME s'appuie sur trois composantes essentielles:

- Amélioration des compétences des agents de santé ou composante clinique qui se fait à travers la formation des prestataires en cours d'emploi et l'enseignement dans les écoles professionnelles de base;
- Amélioration du système de santé pour renforcer la PCIME à travers la supervision, l'équipement en matériels médico-techniques et médicaments, le système de référence et de contre référence;
- Amélioration des pratiques familiales et communautaires ou composante Communautaire.
- Cette stratégie associe une meilleure prise en charge des maladies courantes de l'enfant (pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole, malnutrition) à une alimentation et à une vaccination appropriées.

Les avantages de la PCIME portent essentiellement sur l'identification plus précise des maladies de l'enfant grâce à une approche globalisante, permettant l'accélération de la référence, avec un bon rapport coût/efficacité. Selon la Banque mondiale, la PCIME a le meilleur rapport coût/efficacité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et sur la prise en compte simultanée des aspects curatifs, préventifs et promotionnels.

élevée: 22% pour l'insuffisance pondérale contre 10% en milieu urbain et 21% pour le retard de croissance contre 9% en milieu urbain.

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 endroits 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 sont iodés . 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 sous-jacente de 30% de la mortalité infanto juvénile.

## PART III – TRAJECTOIRES DES POLITIQUES DE NUTRITION

### LES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les interventions visant à améliorer la nutrition ont une longue histoire au Sénégal. Avec le concours de partenaires, de donateurs ou de bailleurs de fonds, l'Etat et la société civile mettent en œuvre depuis plus d'une trentaine d'années des projets et programmes de nutrition incluant des volets en nutrition.

Plusieurs projets d'aide alimentaire et de lutte contre la malnutrition ont été ou sont encore exécutés par la société civile nationale et internationale, en particulier les Organisations Non Gouvernementales (ONG), sur toute l'étendue du territoire national depuis les années 1970. Les premières ONG internationales se sont installées au Sénégal dès 1960, année de l'indépendance du pays<sup>9</sup>. Suite à la sécheresse de 1974, leur présence s'est renforcée<sup>10</sup>. Des ONG nationales ont rejoint sur le terrain leurs partenaires internationales au moment des premières politiques d'ajustement structurel des années 1980.

Le Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement (CONGAD) a établi que 81% de ses membres interviennent dans le domaine de la santé<sup>11</sup>. Une partie de ces ONG membres du Réseau Santé du CONGAD interviennent dans le domaine de la nutrition à travers des projets de Survie de l'Enfant ou des Projets de Santé Nutrition.

La contribution des ONG nationales et internationales est non seulement ancienne, mais elle est aussi importante. Cette importance découle de trois éléments:

- Les ONG ont depuis la fin des années 1970 réalisé des projets de nutrition incluant des volets en nutrition dans les zones déshéritées sur pratiquement toute l'étendue du territoire. Cette couverture territoriale a certainement eu un impact positif sur les résultats de la lutte contre la malnutrition.
- Dans leurs interventions nutritionnelles, en vue d'accroître leur performance, certaines ONG ont élaboré des stratégies spécifiques et adaptées au contexte local. Par exemple, dans la région de Thiès, dans la zone de résidence de l'ethnie sérère, CCF a mis au point ce qu'elle appelle la « stratégie grand-mère » consistant à responsabiliser les grands-mères dans les projets de Survie de l'Enfant. En même temps, beaucoup d'ONG ont renforcé leurs capacités d'intervention dans le domaine de la nutrition grâce au renforcement de leurs activités sur le terrain.
- Le groupe des ONG intervenant dans le domaine de la nutrition se caractérise par la diversité des approches découlant de la diversité des conceptions de l'intervention en

---

<sup>9</sup> C'est le cas du Catholic Relief Service (CRS)

<sup>10</sup> Africare en est un exemple. Elle s'est installée en 1976 au Sénégal.

<sup>11</sup> Voir le document du CONGAD: Répertoire des ONG membres du CONCAD, Edition 2004. Le document intègre la nutrition dans le domaine de la santé et ne précise pas le rôle important des ONG qui s'occupent spécifiquement de nutrition.

nutrition. On observe aussi une diversité des sources de financement. Par exemple, il y a de grandes divergences entre les ONG sur la place de l'aliment de supplément dans les projets de nutrition. Certaines d'entre elles ont des approches plus holistes que d'autres. Par exemple Counterpart International soutient le concept de "Village du Millénaire" qui est une approche intégrée. CCF et Plan Sénégal exécutent généralement des projets classiques de Survie de l'Enfant.

La contribution spécifique des ONG dans le domaine de la nutrition découle donc de plusieurs éléments: leur présence sur l'ensemble du pays, la diversité de leurs approches et stratégies d'intervention et, enfin, l'importance de leurs ressources humaines compétentes pour élaborer et mettre en œuvre des politiques, projets et programmes de nutrition. Ces éléments ont été, dans une large mesure, à la base du schéma opérationnel et du succès du PRN qui fonctionne essentiellement à partir de la contractualisation des ONG. Par la suite, celles-ci se sont transformées en Agence d'Exécution Communautaire (AEC).

De manière générale, en matière d'intervention en nutrition, les ONG mettent en œuvre quatre types de projets:

- Des projets de Survie de l'Enfant ou Santé Maternelle et Infantile (SMI): par exemple, L'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPCS) met en œuvre depuis la fin des années soixante un projet de Santé Maternelle et Infantile (SMI). En même temps, depuis 1994 des Projets de Survie de l'Enfant financés par l'USAID dans les régions de Fatick, Louga, Ziguinchor et Kaolack sont exécutés. Le même type de projet a été financé par le Royaume Uni à partir de 1999 au profit des régions de Dakar, Thiès et Saint-Louis. Ces projets déroulent les stratégies du Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN)<sup>12</sup> et de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C) mises en œuvre par le Ministère de la Santé.
- Des projets de distribution d'aliments de supplément ou de prise en charge nutritionnelle: la cible de projet SMI de l'APSPCS constituée par les enfants de 6 à 36 mois, les femmes enceintes et allaitantes bénéficie d'une alimentation de supplément. L'association s'est aussi engagée dans la prise en charge nutritionnelle des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). Christian Children's Fund (CCF) intervient au Sénégal depuis 1986 et ses activités en faveur de la nutrition sont articulées autour de trois aspects: d'une part la disponibilité et la distribution de nourriture dans les familles, le

---

<sup>12</sup> C'est en 1998 que le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN) a été adopté comme stratégie nationale en matière d'intervention nutritionnelle sous la direction du Service National de l'Alimentation et de la Nutrition (SNAN), comprenant (1) la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, (2) la promotion d'une alimentation complémentaire adéquate à partir de 6 mois, (3) la prévention de la carence en vitamine A, (4) la lutte contre la carence en fer, (5) la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel des enfants âgés de 0 – 36 mois, (6) la prise en charge de l'enfant malade pendant et après la maladie, (7) la promotion de la consommation de sel iodé. Ces composantes sont délivrées au niveau des structures sanitaires mais également au niveau communautaire avec l'implication d'Agents Relais Communautaires (ARC). Les différentes composantes du PAIN se traduisent en une série d'activités exécutées par les agents de santé ou les ARC lors des différents contacts avec les cibles (visites prénatales, accouchements, visites postnatales, consultations, séance vaccination, suivi nutritionnel et pondéral).

contenu nutritionnel des repas familiaux, le contrôle de l'état nutritionnel et de l'alimentation des enfants, d'autre part la prévention et la détection rapide de la malnutrition, et enfin la sécurité alimentaire. Conterpart International (CPI) récemment installée au Sénégal, a initié depuis 2004 le Projet "Baamtaare Fuuta Tooro" qui comporte trois volets: un volet cantines scolaires dans la région de Saint-Louis, un volet Santé Maternelle et Survie de l'Enfant dans le département de Podor et un volet VIH/SIDA dans les régions de Saint-Louis, Thiès, Louga et Kaolack. Elle a aussi initié un projet pilote dans les écoles coraniques (daara) de Koki et de Podor, avec la mise en place de cantines scolaires.

- Des projets de création de Centre de Récupération Nutritionnelle (CREN): L'APSPCS gère dans la région de Kolda au sud du pays, l'une des régions les plus pauvres, deux des rares Centres de Récupération Nutritionnelle (CREN) fonctionnant au Sénégal. Terre des Hommes (Tdh), une ONG internationale suisse a appuyé de 1984 à 1994 la gestion d'un centre de récupération nutritionnelle d'envergure régionale dans la commune de Thiès.
- Des projets de Santé Communautaire - PMI: Le Consortium<sup>13</sup> formé de CCF, Africare, Plan, World Vision et CRS met en œuvre le Projet Santé Communautaire, PMI du programme santé de l'USAID. Le projet concerne toutes les régions du pays et la nutrition et les micronutriments font partie du paquet de services délivrés aux bénéficiaires.

Ces quelques exemples illustrent l'investissement de la société civile en matière d'intervention nutritionnelle. Ils montrent aussi que la société civile s'est donnée les moyens de contribuer à la promotion d'une bonne santé des populations et à la lutte contre la malnutrition. Cette contribution est d'autant plus importante que la cible privilégiée des ONG est constituée par les populations les plus pauvres.

## LA MISE EN PERSPECTIVE DES POLITIQUES PUBLIQUES NUTRITIONNELLES

L'Etat du Sénégal n'a pas abandonné le champ des interventions en nutrition au profit des ONG. Bien avant les premières interventions de ces dernières, il a progressivement mis en place tous les éléments nécessaires à une bonne politique de nutrition. L'analyse des différents documents officiels de politique économique et sociale, en particulier les premiers Plans Quadriennaux de Développement Economique et Social (PQDES) permet de retracer les premières heures de l'histoire des politiques publiques en matière de nutrition et de reconstituer leur trajectoire. Jusqu'au début des années d'ajustement (1980), l'Etat définissait, élaborait et planifiait toutes ses politiques dans le PQDES.

*Le Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal*<sup>14</sup> donne des indications sur la situation de l'alimentation – santé – nutrition et sur les premières mesures

---

<sup>13</sup> La formation de cette alliance entre différentes ONG a été encouragée par l'USAID pour rationaliser la mise en œuvre du projet par une mutualisation des expériences et une meilleure couverture du territoire national. Pour l'USAID, c'est une manière de simplifier et rationaliser le partenariat.

<sup>14</sup> Voir Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal. Situation – Problèmes – facteurs de développement, Juillet 1960. L'enquête a été menée en 1959 et 1960 sur l'ensemble du pays par des médecins.

prises pour garantir une bonne situation nutritionnelle au début des années 1960. Les résultats de l'enquête laissent penser que la situation nutritionnelle des populations sénégalaises était relativement satisfaisante à l'époque. Le Rapport précise en effet que: « *pour la majorité de la population sénégalaise, il n'y a pas de sous nutrition* ». Cependant, le rapport attire l'attention sur l'existence de trois contraintes qui pesaient sur la situation nutritionnelle. Ces contraintes sont:

- La répartition inégale des disponibilités alimentaires au cours de l'année, car, partout, existe une période de soudure caractérisée par l'épuisement des réserves alimentaires.
- L'absence d'équilibre au plan qualitatif de la ration alimentaire: la ration est riche en aliments "énergétiques" (céréales, tubercules, graisse), mais elle est pauvre en aliments "nobles", riches en vitamines et protides provenant de la consommation de viandes, poissons, laitage et œufs.
- La modification progressive des habitudes alimentaires: la base de l'alimentation reste les céréales et leur complément normal, les sauces. Par contre, dans toutes les zones, le riz apparaît de plus en plus comme l'aliment noble pour son goût et par l'avantage pour les femmes de ne pas exiger une préparation aussi pénible que le mil.

L'accentuation et la persistance de ces contraintes peuvent contribuer à la dégradation de la situation nutritionnelle. En vue de les lever, le rapport propose quatre recommandations. Il préconise de:

- Réduire les importations alimentaires;
- augmenter les échanges internes régionaux et interrégionaux;
- éliminer les effets de la période de soudure, d'une part en empêchant les variations saisonnières du prix des produits alimentaires et d'autre part, en promouvant les cultures vivrières et les produits d'appoint; et
- modifier les régimes alimentaires pour obtenir un meilleur apport en protides utilisant les produits locaux et en freinant la consommation de produits dont la production reste insuffisante.

Ces recommandations sont à la base des premières orientations prioritaires en matière de politique d'alimentation et de santé définies dans le premier et le deuxième PQDES. Par ailleurs, le rapport préconise la mise en place d'un cadre susceptible d'assurer l'éducation nutritionnelle des populations. Il suggère en effet la création d'une commission pour l'alimentation à l'intérieur du Comité pour le Développement. Cette commission réunirait les spécialistes de la santé, de l'économie rurale, de l'éducation de base, du commerce et de l'industrie. Cette commission multisectorielle devrait être animée par un responsable de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA)<sup>15</sup>. Son bon fonctionnement devrait permettre, selon les autorités, d'atteindre les quatre objectifs suivants:

---

<sup>15</sup> L'ORANA est un organisme sous régional créé en 1953. Il avait des établissements locaux et son siège se trouvait à Dakar. Jusqu'à l'indépendance des pays africains, l'ORANA s'est illustré dans cinq domaines: l'analyse des aliments africains, la définition des besoins alimentaires, les enquêtes de consommations alimentaires à domicile ainsi que la psychologie de l'alimentation, l'étude et le dépistage de masse de maladies carencielles et leur prévention, l'étude de suppléments par des aliments locaux assurant une protection des enfants.

- l'amélioration de l'alimentation des enfants par l'éducation des mères et du personnel médical;
- l'accessibilité et la disponibilité d'aliments riches en protéines et peu coûteux pour la période de sevrage;
- la distribution d'aliments de suppléments (biscuits enrichis en farine de poisson, farine d'arachide) aux écoliers; et
- le renforcement du travail d'éducation de la population dans le domaine de l'alimentation et de l'hygiène alimentaire grâce notamment aux conférences radiodiffusées.

La Commission pour l'alimentation n'a pas fonctionné suite à la crise politique de 1962 qui a mis fin au régime parlementaire<sup>16</sup>.

Ainsi, avant le premier Plan, il existait une étude de référence sur la situation de la nutrition. Les résultats de cette étude donnaient des indications claires et utiles au moment de l'élaboration de la politique nationale de nutrition.

Le premier PQDS (1961-1964) inscrit des ressources budgétaires pour la recherche portant sur l'alimentation et la nutrition. Partant des recommandations du Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal de 1960, la direction prioritaire retenue est l'étude des disponibilités alimentaires, mal ou non utilisées et leurs conditions d'utilisation. Le premier plan annonce aussi la création de l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA)<sup>17</sup>.

Dans le deuxième PQDS (1965-1969) le Gouvernement décide de la création, à la Direction de la Santé Publique, du Bureau National d'Alimentation et de Nutrition (BNAN). La première mission assignée à ce bureau est d'intensifier l'action contre les déficiences alimentaires et nutritionnelles. Ainsi, le dispositif constitué par l'ORANA, l'ITA et le BNAN avait en charge d'assurer toutes les études et recherches sur l'alimentation et la nutrition. En plus, le deuxième plan confie à l'ORANA la mission de participer activement à la formation des nutritionnistes par des stages de longues durées accordés aux jeunes africains qui se spécialisent dans les recherches en nutrition.

---

<sup>16</sup> Le concept de Comité pour le Développement est un concept défendu durant le régime parlementaire par le Président du Conseil Mamadou DIA. Son conseiller principal chargé de la planification fut le père Lebreton (1897-1966). Il a inventé le Plan de développement du pays avec de jeunes acteurs de l'indépendance. Pour le père Lebreton, l'association de la population aux efforts de développement est l'une des sept conditions "sine qua non" du développement. Voir l'ouvrage intitulé: Ch. Becker et al., *Le père Lebreton, un dominicain économiste au Sénégal (1957-1963)*, Dakar, 2007. Voir aussi Mamadou Dia, *Mémoires d'un militant du Tiers Monde*, Paris, Publisud, 1986.

<sup>17</sup> L'ITA est un Institut de recherche et de développement créé par la loi 63-11 du 5 février 1963. Il jouit du statut d'établissement public à caractère scientifique et technique et est sous la tutelle du Ministère chargé de l'Industrie. Il est une partie intégrante du système national de la recherche agricole et agroalimentaire. Parmi ses principales missions, on peut citer:

- la direction et la coordination des recherches et des études portant sur le traitement, la transformation, le conditionnement, la conservation et l'utilisation des produits alimentaires locaux;
- le développement de nouvelles ressources alimentaires dérivées des productions locales qui soient d'une bonne valeur nutritive et adaptées au goût ainsi qu'au pouvoir d'achat des consommateurs;
- la promotion et l'appui d'installation d'unités de transformations industrielles ou artisanales des aliments.

L'orientation première de la politique de nutrition vers l'étude et la recherche sur l'alimentation et la nutrition ne sera pas modifiée par le troisième PQDS (1969-1973). Cependant, ce troisième plan annonce que la protection maternelle et infantile serait la deuxième priorité de l'action sanitaire en milieu rural et la prévention de la mortalité infantile serait la première priorité de l'action sanitaire en milieu urbain. Ces choix sont sans doute dictés par une détérioration de la situation sanitaire et nutritionnelle<sup>18</sup>.

Durant la première décennie des indépendances, ce que nous pouvons qualifier d'éléments de politiques publiques en matière de nutrition était centré sur l'étude et la recherche sur l'alimentation et la nutrition. Pour les autorités, la situation nutritionnelle à l'époque ne nécessitait certainement pas d'interventions proprement dites en nutrition. La connaissance de l'alimentation et de la nutrition dans le contexte économique et socioculturel du pays était la principale préoccupation des autorités de cette époque.

### **LE PROGRAMME DE PROTECTION NUTRITIONNELLE DES GROUPES VULNERABLES**

Le quatrième PQDS (1973-1977) constitue une étape importante dans la mise en place d'une politique nationale de nutrition. C'est la première fois que le PQDS présente un diagnostic de la situation nutritionnelle suivi d'un programme de nutrition.

Selon le document, la malnutrition, assimilée aux maladies infectieuses infantiles, est officiellement reconnue comme étant un facteur important de mortalité du jeune enfant. Son incidence sur le développement ultérieur des enfants est lourde de conséquences. Elle serait liée à la mauvaise éducation des mères et se manifeste en général au moment du sevrage. Elle serait plus répandue dans les zones suburbaines.

La dégradation de la situation nutritionnelle ou la reconnaissance de la réalité de la malnutrition du jeune enfant est à l'origine du Programme de Protection Nutritionnelle des Groupes Vulnérables (PPNS, 1973-1988)<sup>19</sup>. Le quatrième plan est assez précis sur l'objet et les objectifs du PPNS. Ce programme a pour objet la nutrition prénatale et la surveillance de la croissance. Il est conçu comme une « *activité de prévention, de redressement, de récupération nutritionnelle par application d'un complément calorico-azoté* ». L'assistance alimentaire devait être fournie par le CRS dans des centres de nutrition. Le document dit de *Réajustement du quatrième PQDES (mai 1975)* évoque l'impact de la sécheresse sur la mise en œuvre du PPNS. Pour atténuer les effets de la sécheresse sur les populations, le gouvernement mit en place le programme « Santé/Sécheresse » avec l'appui du PAM en rations alimentaires en faveur des groupes vulnérables. Cet appui est complémentaire aux activités financées par le CRS. Il apparaît aussi que la sécheresse ait contribué à détourner le PPNS de ces objectifs initiaux.

Les cinquième PQDES (1977-1981), sixième PQDES (1981-1985) et septième PQDES (1985-1989) ont constamment réaffirmé la nécessité de renforcer le PPNS. Le cinquième PQDES évalue l'impact des maladies nutritionnelles. En rendant l'individu plus réceptif aux agressions microbiennes, virales et parasitaires, ces maladies occupent une grande place dans

---

<sup>18</sup> Nous n'avons pas retrouvé de rapports d'étude ou de recherches disponibles qui établissent le diagnostic de la situation nutritionnelle à la fin des années 1960.

<sup>19</sup> La plupart des personnes interviewées affirment que la sécheresse est à l'origine du PPNS.

la mortalité générale. Elles sont en particulier à l'origine de la mortalité infantile qui demeure élevée. Le cinquième plan affirme: « *le PPNS doit être poursuivi, étendu et complété qualitativement par l'équipement des centres en place et la création de nouveaux centres* ». Le sixième PQDES insiste sur l'impact des activités menées dans le cadre du PPNS. Ces activités centrées autour de l'éducation sanitaire, la nutrition prénatale et la surveillance des groupes vulnérables devraient renforcer la protection nutritionnelle et sanitaire des populations.

Le huitième Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (1989-1995) annonce la sortie du PPNS et le début du Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle. Deux objectifs sont assignés à ce nouveau programme:

- Assurer la surveillance nutritionnelle de 50% des enfants âgés de 0 à 5 ans; et
- réduire de 50% la prévalence de la malnutrition des enfants âgés de 0 à 5 ans.

Le huitième plan présente un bilan critique et sévère du PPNS. L'état de la situation sanitaire est ainsi décrit: « *la tranche d'âge 0-4 ans est la plus atteinte en raison des mauvaises conditions de sevrage, d'hygiène collective et individuelle. L'analphabétisme des mères engendre et aggrave la malnutrition et les diarrhées. 63% des enfants malnutris présentent une diarrhée. 23% des enfants âgés de 0 – 5 ans sont dans un état de malnutrition inférieur à 75% de la norme, alors que l'OMS situe à 10% le seuil tolérable. 2,1% des enfants de cette tranche d'âge sont dans un état de malnutrition grave inférieur à 60% de la norme* ».

Les résultats de la première Enquête Démographique et de Santé (EDS I, 1986) confirment qu'après plus de dix ans de mise en œuvre, le PPNS n'a pas amélioré la situation nutritionnelle. De même, les données d'entretiens avec les agents de la santé acteurs du PPNS révèlent pêle-mêle les insuffisances du programme:

- Mauvaise exécution du programme: le personnel de santé s'occupait du programme en fin de journée, après son travail quotidien; en plus, il était peu motivé à le faire, ne recevant aucune indemnité pour ce travail supplémentaire;
- manque de suivi du programme: le CRS et ses « inspecteurs » se contentaient de faire une évaluation « policière » des stocks; il y a eu des cas de détournement de stocks d'aliments et en conséquence, des cas d'emprisonnement d'agents de la santé;
- non adaptation de l'aliment distribué au bénéficiaire: selon certains interviewés, « *les vivres étaient vendus dans les marchés hebdomadaires par les bénéficiaires, pour la consommation animale* »; et
- manque de formation du personnel de santé impliqué dans l'exécution du programme: « *le personnel n'était ni préparé, ni formé à la gestion de vivres* ».

## LE PROJET DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE

Entre 1989 et 1995, les deux programmes de santé prévus par le huitième plan sont le Programme de Réhabilitation et de Surveillance Nutritionnelle et le Programme de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (SMI/PF). Cependant, la dégradation de l'environnement économique et social allait contraindre le Gouvernement à réagir dans le domaine des politiques de nutrition.

Le Sénégal, comme la plupart des Etats de l’Afrique de l’Ouest francophone a vécu au début de l’année 1994, une situation particulièrement préoccupante, marquée par les effets négatifs cumulés des aléas climatiques, du long processus d’ajustement structurel, de la crise économique mondiale et de la dévaluation de 50% du franc CFA en janvier 1994. EDS II (1992) a mis en évidence certaines conséquences socioéconomiques et sanitaires d’une telle situation comme le caractère trop élevé des taux de morbidité et de mortalité. En 1992, le taux de morbidité infantile était estimé à 86 pour mille et la mortalité maternelle était de 510 pour cent mille naissances vivantes. La malnutrition et les infections qui sont fortement inter-reliées sont à la base de ces problèmes de santé. Le retard de croissance staturale frappait 22% des enfants et pouvait même atteindre 27% en milieu rural. La prévalence de l’émaciation chez les enfants âgés de 6 à 36 mois est passée de 5,8% en 1986 à 12% en 1992.

Ces différents chiffres traduisent une forte dégradation de la situation nutritionnelle, ce qui, selon certains experts, place le Sénégal dans une « *situation d’urgence nutritionnelle* ». L’Etat du Sénégal était obligé de réagir en adoptant un programme hors plan en 1995<sup>20</sup>. Le Projet de Nutrition Communautaire PNC a bénéficié d’un appui appréciable de partenaires comme la Banque mondiale. Conçu comme un instrument de lutte contre la malnutrition, le PNC est un projet de 4 ans confié à l’Agence d’Exécution des Travaux d’Intérêt Public (AGETIP)<sup>21</sup>. Ses trois objectifs principaux sont:

- Empêcher la détérioration de l’état nutritionnel des groupes les plus vulnérables (enfants malnutris âgés de moins de 3 ans, femmes enceintes et allaitantes) dans les zones urbaines pauvres ciblées. Les zones périurbaines ont été identifiées comme étant les zones où la dévaluation du franc a eu le plus d’impact sur le pouvoir d’achat;
- alimenter en eau potable les quartiers concernés par le projet et qui ne sont pas encore desservis; et
- améliorer la sécurité alimentaire au niveau de certaines zones rurales pauvres ciblées.

Dans son exécution, le projet est constitué par trois éléments essentiels:

- Un programme de nutrition soutenu par un volet IEC (Information, Education, Communication), appuyé par la distribution d’aliments de suppléments, le contrôle de la croissance des enfants, le référé vers les services de santé de base des enfants malades bénéficiaires du projet;
- un programme d’alimentation des ménages pauvres dans des quartiers ciblés par le programme de nutrition; et
- un programme de sécurité alimentaire des ménages vivants dans les zones défavorisées rurales ciblées par le programme de nutrition.

Ces différents programmes sont accompagnés et soutenus par une enveloppe de mobilisation sociale et de campagne IEC, une enveloppe d’assistance technique et administrative et de

---

<sup>20</sup> Dans le document d’Orientation Stratégique de décembre 1995 sur les Nouvelles Orientations en matière de politique sanitaire et sociale, la malnutrition est décrite comme un problème de santé publique et les actions de lutte contre la malnutrition sont concentrées au niveau du PNC.

<sup>21</sup> AGETIP est une institution autonome gérée comme une entreprise privée.

formation pour renforcer la capacité locale de prestation de services de nutrition et de santé et, enfin, un système informatique de gestion pour le suivi-évaluation avec une consultation systématique des bénéficiaires pendant toute la durée du projet pour les ajustements nécessaires compte tenu des avis des partenaires.

A l'achèvement du PNC en mars 2000, différentes études d'évaluation et enquêtes nationales ont établi des bilans contradictoires. L'évaluation finale du projet commanditée par la Banque mondiale et le Gouvernement du Sénégal conclut sur une note satisfaisante au regard des indicateurs de performance. Le PNC était perçu comme une innovation dans la stratégie de lutte contre la malnutrition au Sénégal. Il devait prouver que le secteur privé pouvait s'impliquer de manière efficace dans la gestion des programmes sociaux. Selon les résultats de cette évaluation, la contractualisation des services de nutrition par l'AGETIP avec le secteur privé communautaire a permis de garantir la performance et de démontrer l'efficacité de la maîtrise d'ouvrage délégué dans le secteur social. Le renforcement des capacités des acteurs dans les domaines de la nutrition, de la santé et de la gestion leur a permis d'apprendre à devenir de véritables prestataires de services et des agents de développement de leur propre environnement.

Par contre, l'étude de faisabilité du PRN<sup>22</sup> a révélé quelques grandes limites du PNC. Les faiblesses les plus significatives sont les suivantes:

- Les coûts élevés de fonctionnement du projet: l'AGETIP qui avait pour responsabilité la gestion du programme est d'abord une agence pour l'emploi des jeunes. Dans ses domaines d'intervention, les bâtiments et travaux publics en particulier, elle encourageait des travaux à haute intensité de main d'œuvre (HIMO). Cette même logique a été reconduite dans la gestion du PNC. Le projet a formé 1176 agents micro entrepreneurs (MIC) pour gérer 292 Centres de Nutrition Communautaire (CNC) répartis dans 225 quartiers de 25 villes et communes du Sénégal. La supervision était assurée par 63 Maîtres d'œuvre Communautaires (MOC). Il y avait en moyenne dans chaque CNC 4, 243 agents. De plus, les coûts de location des centres qui étaient généralement érigés dans des villas spacieuses représentaient une dépense assez couteuse. Ainsi, le coût mensuel de fonctionnement d'un CNC était relativement élevé pour un programme social (426 000 FCFA). Ces coûts étaient supportés par la communauté bénéficiaire (3,5%), par l'Etat et les partenaires, la Banque mondiale en particulier (96,5%). Ces coûts constituaient une grande contrainte pour la poursuite et la pérennisation du projet.
- La faible efficacité du projet révélée par trois éléments: (1) la difficile appropriation du projet par les bénéficiaires: une des activités majeures du PNC consistait en la distribution d'un aliment de supplément dans les CNC. Cet aliment, bien apprécié par les populations constituait en quelque sorte un appât. Donc, les ruptures (parfois fréquentes) de cet aliment paralysaient le fonctionnement du projet en bloquant toutes les autres activités (IEC, SPC), du fait de la désertion des centres par les bénéficiaires; (2) la faible atteinte de la cible: à la fin du projet, 40% des CNC n'avaient pas atteint l'objectif assigné qui était d'inscrire au moins 350 bénéficiaires (par centre) et 55% des CNC ne parvenaient pas à recruter un effectif suffisant d'enfants malnutris (70% d'enfants malnutris parmi les bénéficiaires); (3) la faiblesse du niveau de supervision:

---

<sup>22</sup> Voir A. Ndiaye, D. Cissé, I. Wone et M. Diouf, *Etude de faisabilité de la restructuration et de la mutation des CNC en centres de développement communautaires*, CLM / PRN, Septembre 2002.

l'autorité des Maîtres d'Œuvre Communautaires (MOC) sur les Micro entreprises Communautaires (MIC)<sup>23</sup> s'est progressivement affaiblie pour plusieurs raisons, impactant négativement sur la qualité de la supervision. Pour cette raison en partie, dans certains CNC, les activités du projet n'étaient pas menées. Pire, le week-end, ou pendant les vacances scolaires, certains CNC étaient transformés en lieu de loisirs des jeunes. En outre, certains MIC étaient accusés de détournement du stock d'aliment de supplément.

- La marginalisation du Ministère de la Santé dans la gestion et le fonctionnement du projet, même si le ministère était membre de la CNLM. L'opinion la mieux partagée est que cette marginalisation découle du bilan désastreux de l'intervention du ministère de la santé lors de l'exécution du PPNS. Cette marginalisation a eu deux conséquences majeures: non prise en compte de la dimension multisectorielle de la lutte contre la malnutrition et manquements dans le suivi de la croissance des enfants.

Dans sa contribution sur « *l'évolution des politiques de nutrition au Sénégal* », Biram Ndiaye a aussi souligné d'autres contraintes qui ont plombé le PNC:

- son approche curative des cohortes d'enfants malnutris,
- son ciblage géographique qui limitait l'intervention aux zones urbaines et qui ignorait les zones rurales qui avaient les taux de malnutrition les plus élevés,
- son lien faible avec le Ministère de la Santé et inexistant avec les autres secteurs,
- la paralysie du fonctionnement de la CNLM: absence de définition du rôle de la CNLM, absence de contrôle de la CNLM sur l'agence d'exécution, désintéressement des représentants des autres structures membres de la CNLM.

Enfin, le programme de sécurité alimentaire prévu par le projet n'a pas été exécuté.

Les résultats de l'enquête nationale MICS II, 2000 révèlent qu'en réalité, le PNC n'a pas eu d'impact positif sur la nutrition globale au Sénégal. En 2000, malgré toutes les interventions nutritionnelles des organisations de la société civile et celles des politiques publiques, on observe une situation nutritionnelle inquiétante. Les résultats de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée par l'Agence des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 2000 (MICS II, 2000) permettent de faire les constats suivants: la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans était de 18,4%, celle du retard de croissance de 19% et celle de l'émaciation de 8,3%. En outre, en comparant les résultats de MICS I (1996) et MICS II, on constate une précarisation accrue de la situation de la maigreur (poids/taille) chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence a évolué de 6,7% à 8,3% dans l'ensemble du pays. Par ailleurs, les résultats des deux enquêtes révèlent des disparités entre le milieu urbain et le milieu rural où la situation est beaucoup plus inquiétante.

Concernant les carences en micronutriments, les données disponibles révèlent que les carences en fer, en vitamine A et en iode constituent des problèmes nutritionnels:

- La prévalence de l'anémie ferriprive (liée à la carence en fer) était de 65% chez les enfants en 1999;
- le taux d'anémie chez les femmes était estimé à 48,63% en 1997;

---

<sup>23</sup> Les MOC étaient les superviseurs des CNC et les MIC les animateurs des Centres.

- les problèmes oculaires dus à la carence en vitamines A chez les enfants de 2 à 5 ans étaient situés à environ 18% en 1989; et
- la prévalence du goitre endémique dans les régions de l'est et du sud du pays était estimée à environ 33% avec des pics pouvant atteindre 51% en 1996.

Le PNC a été l'objet de diverses appréciations par les personnes interviewées. Les points de vue récurrents et dominants tournent autour des aspects suivants:

- Concernant son origine: pour la plupart des informateurs, le PNC a été conçu et élaboré de bout en bout par la Banque mondiale qui a accepté de le financer à hauteur de 28 millions d'USD. Les effets désastreux de la dévaluation offraient une opportunité aux bailleurs de fonds de faire un programme social d'accompagnement des dures réformes économiques. La Banque mondiale a ensuite souhaité et obtenu une requête du Gouvernement, requête qui vint du Chef de l'Etat lui-même. Pour certains informateurs (qui sont généralement dans les structures administratives), le Gouvernement du Sénégal était à l'origine du PNC, qui est avant tout une réponse à un problème politique, plus précisément la dégradation des conditions de vie des couches urbaines et périurbaines, couches protestataires par définition.
- Concernant sa nature: la plupart des informateurs soutiennent l'idée selon laquelle le PNC n'est ni un programme de nutrition, ni un programme national de nutrition. Il est un programme politique et social, axé sur la lutte contre la pauvreté et le chômage des jeunes, d'où le recours à l'AGETIP qui avait une grande expérience dans le domaine de l'emploi des jeunes. Pour d'autres, le PNC est bien un programme innovant de nutrition, articulé autour de la lutte contre la pauvreté (avec l'introduction des Activités Génératrices de Revenus(AGR)). Le PNC valorisait les produits locaux dans son volet de distribution d'aliments de supplément. Par ailleurs, l'Université de Dakar a été associée à la définition de ces aliments pour s'assurer de leur conformité et leur adaptation au contexte. La délivrance de l'aliment se faisait au niveau communautaire plus accessible que les structures de santé.
- Concernant son ancrage institutionnel: les informateurs se sont largement prononcés sur le choix de la CNLM et de l'AGETIP et sur le rôle du Ministère de la Santé. Les informateurs partagent le même point de vue quant à la mise en place de la CNLM. Ce dispositif obéit à trois préoccupations: assurer la dimension multisectorielle de la lutte contre la malnutrition, tirer les leçons apprises des expériences antérieures de programmes de nutrition, et affirmer la volonté de l'Etat de s'investir dans la lutte contre la malnutrition. Aussi, la plupart des informateurs pensent que l'AGETIP a été proposée par la Banque mondiale pour deux raisons: elle jouissait de sa confiance, étant créée et soutenue par elle-même, elle avait aussi une expérience dans la gestion de programmes d'emploi des jeunes. En plus, avec la politique du « moins d'Etat, mieux d'Etat », le secteur privé et les organisations de la société civile prenaient plus de places dans la mise en œuvre des programmes financés par les bailleurs de fonds. Pour d'autres informateurs, l'AGETIP a été choisie au vu de son efficacité dans la délivrance de services, dans le monitoring, et l'évaluation de projet. Elle disposait de toute l'expertise nécessaire à l'exécution du projet et avait des procédures plus souples et une action plus rapide. Un informateur a émis un point de vue singulier: la Banque mondiale voulait d'abord travailler avec le Ministère de Santé pour lui confier la gestion du PNC, mais la lourdeur des procédures de ce ministère la dissuada de le faire. L'AGETIP a été simplement une opportunité pour ne pas perdre le projet. Enfin, pour certains informateurs, le Ministère de la Santé a été bel et bien impliqué dans la

supervision et la mise en œuvre du PNC. Mais ceux qui pensent que ce Ministère de la Santé a été marginalisé sont plus nombreux.

La diversité des points de vue des informateurs sur le PNC est très révélatrice de l'histoire de ce projet et de sa pertinence. Le PNC apparaît plutôt comme étant un projet « top down » de la Banque mondiale et une opportunité politique pour le Gouvernement. Ces deux acteurs sont les principaux bénéficiaires de ce projet en termes d'image. Suite à la mise en œuvre de ce projet, le Gouvernement a relativement réussi à calmer la revendication des couches urbaines très pauvres grâce au soutien très important de la Banque mondiale. Cependant, le projet a largement contribué à affaiblir et dévaloriser les services du Ministère de la Santé dans le domaine de la nutrition.

## LE PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION

*La phase 1 du PRN (2002-2005):* Suite au diagnostic inquiétant de la situation nutritionnelle, le Sénégal devait renforcer son dispositif de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments (fer, vitamine A, iode). Cependant, en 2000, avec la nouvelle équipe au pouvoir, le Gouvernement du Sénégal mit en expérimentation une nouvelle conception de définition de politiques économiques avec l'élaboration d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP)<sup>24</sup> conçu comme étant le cadre de référence de toutes les politiques sectorielles. Dans le domaine de la nutrition, trois éléments nouveaux vont donner sens au PRN:

- Le changement d'approche de politique de nutrition: l'approche projet cède la place à l'approche programme qui peut assurer le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition et la cohérence de la politique nationale de nutrition;
- le changement de cadre institutionnel avec la mise en place de la CLM logée à la Primature pour garantir une bonne coordination des actions des ministères impliqués dans la lutte contre la malnutrition; et
- la rédaction, par la CLM, de la première LPDN en 2001.

Ce nouveau cadrage de la lutte contre la malnutrition a permis au Gouvernement du Sénégal, d'élaborer un Programme décennal de nutrition, le PRN, programme qui s'inscrit dans la stratégie du DSRP. Les partenaires au développement, la Banque mondiale en particulier, ont appuyé le Gouvernement dans tout le processus de construction et de mise en œuvre de ce programme. Les deux objectifs du PRN sont:

- Améliorer l'état nutritionnel des populations et particulièrement la croissance des enfants âgés de moins de 2 ans vivant dans les 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 de nutrition.

---

<sup>24</sup> Il faut rappeler que le DSRP est inspiré par les Institutions Financières Internationales. C'est en 1999 que le FMI et la BM publient le document Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) présenté comme cadre de référence pour la politique d'aide au développement. Dans le rapport sur le développement dans le monde de 2000/2001 de la Banque mondiale, celle-ci rappelle que « l'aide au développement devrait être accordée aux pays ayant mis en place les bonnes politiques et le cadre institutionnel approprié pour le succès de la lutte contre la pauvreté »

Les stratégies développées par le PRN s'articulent autour de deux axes complémentaires, à savoir:

- La promotion de l'intégration des objectifs nutritionnels dans les plans des ministères techniques concernés par la lutte contre la malnutrition;
- la mise en œuvre d'interventions axées sur les femmes enceintes ou allaitantes et sur les enfants de moins de cinq ans, par le biais d'Agences d'Exécution Communautaire (AEC) qui peuvent être des ONGs ou des Organisations Communautaires de Base (OCB).

En réalité, le PRN est en nette rupture avec le PNC du point de vue de son orientation, des zones cibles et de son ancrage institutionnel. La plupart de nos informateurs ont une idée claire de la mission et des objectifs du PRN. Ils ont aussi une idée claire de ses mécanismes de fonctionnement. L'idée dominante parmi nos interlocuteurs est que le PRN résulte d'une volonté politique réelle de coordonner tous les efforts en faveur de la nutrition au Sénégal donc d'une volonté de mettre en cohérence la politique de nutrition avec toutes les autres politiques sectorielles. Les informateurs pensent aussi, de manière générale, que le PRN veut bâtir dans la pérennité. Asseoir une véritable politique nationale et s'inscrire dans la pérennisation des actions en faveur de la nutrition, exigent l'adoption d'une approche programme, la prise en compte de toutes les zones pauvres, urbaines et rurales, et l'existence d'une instance pertinente de coordination de la lutte contre la malnutrition. Elles exigent aussi l'implication de toute l'expertise et de toutes les compétences disponibles dans le domaine de la nutrition.

Les universitaires interviewés ont émis des réserves sur la stratégie du PRN. Ils pensent qu'il existe deux contraintes à la pérennisation des actions de nutrition. Selon eux, le programme a besoin d'être accompagné par des actions de recherche appliquée et de formation pour renforcer l'expertise en matière de nutrition. Ils pensent aussi que le programme a besoin d'une structure de veille capable de prévenir et corriger les dysfonctionnements à temps. Cette structure peut prendre la forme d'un Comité scientifique, indépendant de la CLM et peut être composée de scientifiques de haut niveau. En clair, l'élaboration du PRN s'inscrit dans une volonté politique d'institutionnaliser la nutrition au Sénégal.

**Tableau 1: Résultats globaux des enquêtes MICS et EDS**

Sources	Année référence	Retard de croissance (Taille pour âge)	Emaciation (Poids pour taille)	Insuffisance pondérale (Poids pour âge)
EDS I	1986	23,2%	5,8%	21,9%
EDS II	1992	21,7%	8,7%	20,1%
MCS I	1996	22,9%	6,7%	22,3%
EDS III	1997	-	-	-
MICS II	2000	19%	8,3%	18,4%
EDS IV	2005	16,4%	7,7%	17,4%

*La phase 2 du PRN (2007-2011):* Les différentes enquêtes EDS (1986, 1992, 1997, 2005) et MICS (1996, 2000) permettent d'établir un aperçu de la situation nutritionnelle et de son évolution au cours des vingt dernières années. La situation s'est améliorée à la fin de la première phase du PRN comme en témoigne l'évolution des indicateurs (*Voir Tableau 1*)

Les enquêtes EDS II et IV indiquent la baisse des trois indicateurs de nutrition chez les enfants de moins de cinq ans: baisse de 13,43% de l'insuffisance pondérale, recul de 27% du retard de croissance et de 12% de la maigreur. Ces résultats encourageants sont le fait des performances des interventions nutritionnelles menées dans tout le pays. Le PRN a sans doute contribué à l'atteinte de ces résultats. Cependant, pour le Sénégal, la réduction de la malnutrition en 2005 était encore insuffisante pour atteindre les OMD en 2015. Dans sa phase II, le PRN veut porter à plus grande échelle toutes les expériences réussies dans la phase I. C'est un moyen de réduire à grande échelle la malnutrition au Sénégal. L'intervention du PRN sera donc étendue à l'ensemble des régions du pays et l'accent sera mis dans les zones rurales et les régions présentant les prévalences de malnutrition les plus élevées. Le PRN mettra aussi l'accent sur la lutte contre les carences en micronutriments. Dans sa dernière phase (2012-2015), le PRN prévoit d'assurer une couverture nationale des interventions. L'objectif ultime du programme est de « *contribuer à fournir au Sénégal des mécanismes institutionnels effectifs et fonctionnels capables de fournir des services de nutrition à des coûts efficaces adaptés aux besoins et avec la participation des communautés et des autorités locales* ».

#### **AUTRES COMPOSANTES DES POLITIQUES PUBLIQUES**

*Le Ministère de la Santé:* La mise en œuvre du PRN qui est le principal programme public de nutrition est assurée par les AEC et par des ministères techniques. Cependant, ces mêmes ministères assurent des interventions nutritionnelles financées par l'Etat ou appuyées par des partenaires.

L'UNICEF, l'USAID/BASICS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) appuient les structures du Ministère de la Santé et plusieurs districts sanitaires pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles relatives au PAIN ou à la PCIME. Le Ministère de la Santé a mis en place un Groupe de Travail PCIME et un Plan Stratégique 2002-2007. La mise en œuvre de la PCIME est coordonnée par la Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE)<sup>25</sup>.

Dans le cadre du Programme National de Nutrition, le Ministère de la Santé a élaboré en juillet 2006 un document de Politique nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), stratégie préconisée par l'OMS et l'UNICEF. Ce document définit un cadre d'accélération du changement de comportement pour porter à au moins 80% le taux de pratique de l'allaitement maternel exclusif et d'alimentation complémentaire adéquate d'ici à 2015. Parmi les objectifs spécifiques de ce projet figurent la réduction d'au moins 50% de

---

<sup>25</sup> La DANSE a été créée par décret n° 2003-466. Sa mission est d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale d'alimentation et de nutrition. Elle comprend le Bureau de l'Alimentation, le Bureau de la Nutrition et le Bureau de la Survie de l'Enfant. Pour mettre en œuvre la PCIME, la DANSE collabore avec le Programme Elargi de Vaccination, le Programme de Lutte contre le Paludisme et, de manière générale, avec la Division des Maladies Transmissibles et la Division Nationale de la Santé et de la Reproduction.

l'insuffisance pondérale, l'atteinte d'un taux de couverture de 95% de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants de moins de 5 ans.

La stratégie ANJE est prise en compte par le PRN dans sa phase 2 (2007-2011). Dans cette phase, le PRN entend renforcer l'apprentissage par l'action (« learning by doing ») et dans ce cadre, l'accent sera mis sur les interventions SPC des enfants jusqu'à deux ans, la promotion des comportements clés de la PCIME-C et celle de la stratégie de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

Avec le Ministère de la Santé, le Sénégal a adopté en 2006, le Paquet Intégré de Services Essentiels de Nutrition (PISEN) pour les PVVIH<sup>26</sup>. Le PISEN est la principale stratégie d'appui nutritionnel aux PVVIH. Dans le cadre de la mise en œuvre du PISEN, les agents de santé sont les principaux délivreurs de services de nutrition. Peuvent aussi délivrer ces services, les responsables d'associations de PVVIH, les responsables de cellules d'accompagnement / soutien et les acteurs au niveau des ONGs d'accompagnement / soutien.

L'analyse de l'intervention en nutrition du Ministère de la Santé montre, de manière générale, que ce ministère a toujours eu des difficultés à élaborer et à mettre en œuvre soit une politique nationale de nutrition, soit simplement des projets ou programmes de nutrition. Il apparaît que le ministère a toujours été confronté à des problèmes institutionnels et de disponibilité de ressources, ce qui a réduit l'efficacité de ses interventions.

Le premier fait marquant souligné par certains informateurs et par des agents du ministère est que le Ministère de la Santé semble éprouver beaucoup de difficultés à définir un cadre institutionnel en charge de la nutrition. De 1960 à 2008, cette structure a eu sept appellations différentes (ORANA, BANAS, DANAS, SANAS, SNAN, DAN, DANSE). Cette indécision renseigne sur le statut de la nutrition au sein du ministère et sur la conception de la politique de nutrition.

En effet, la structure en charge de la nutrition a été tour à tour érigée en bureau, division, service et division. La division a été érigée en 1981 pour traduire le développement des activités et en 1997, sous l'influence d'un chef, par ailleurs professeur à l'Université de Dakar,<sup>27</sup> en plus de la nutrition appliquée, le ministère voulait s'impliquer dans la recherche fondamentale en nutrition. Mais, au fond, cette instabilité institutionnelle exprime dans une large mesure la difficulté du ministère à définir sa vision et son rôle dans la politique de nutrition.

Les documents produits par la DANSE<sup>28</sup> renseignent sur l'histoire des activités nutritionnelles du Ministère de la Santé:

---

<sup>26</sup> La mise en place du PISEN découle du fait que le support nutritionnel aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) reste encore un maillon faible de la prise en charge alors que la dénutrition apparaît comme une complication fréquente de l'infection par le VIH. Il est établi aujourd'hui qu'un programme efficace de soins et de soutiens nutritionnels améliore la qualité de vie des PVVIH.

<sup>27</sup> Il s'agit du Pr. Galaye Sall

<sup>28</sup> Voir en particulier le document: *Mémoire de la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE), 2005.*

- Des années 1960 au début des années 1970, les activités tournaient autour de la recherche sur les produits locaux, activités matérialisées par l'élaboration du « *guide du sevrage* » et du tableau de composition de 60 produits de cueillette. Le ministère a aussi entrepris l'éducation nutritionnelle à travers la radio autour des recettes culinaires locales;
- durant les années 1970 et 1980, la principale activité du ministère fut l'exécution du PPNS en collaboration avec le CRS. Le ministère entreprit aussi dans les années 1980, l'initiation des activités de nutrition communautaires;
- au début des années 1990, le ministère s'était engagé dans des activités d'élaboration des volets de lutte contre les TDCl, l'avitaminose A et celle du volet de l'AME / BPE (Allaitement Maternel Exclusif / Bonne Pratique de sevrage). Le ministère entreprit aussi la création des URO / CREN et la confection du « *Guide alimentaire* » à l'intention des agents de santé et de l'action sociale; et
- a la fin des années 1990 et durant les années 2000, l'élaboration et l'exécution des stratégies PAIN et PCIME constituent les principales activités du ministère.

Certains observateurs apprécient de façon critique ces activités du Ministère de la Santé. Par exemple, pour le coordonnateur du PRN, même si le ministère a beaucoup investi dans la promotion des produits locaux durant les années 1960 et 1970, les résultats ne sont pas satisfaisants du fait de plusieurs contraintes (faiblesse du tissu industriel, absence de partenariat public / privé, habitudes de consommation extraverties des sénégalais). Aussi, après l'arrêt du PPNS, le Ministère de la Santé a élaboré un programme de nutrition orienté vers le renforcement des compétences en nutrition des agents de santé et la mise en place de centres de récupération nutritionnelle au niveau des postes de santé. Biram Ndiaye affirme que peu d'activités de ce programme ont été menées du fait de l'absence de volonté politique et de ressources, du fait aussi de l'existence de problèmes institutionnels rencontrés au sein du ministère.

Parallèlement au PNC, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture ont mis en place un Plan National d'Actions pour la Nutrition (1997-2002), suite à la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992). Ce Plan, selon B. Ndiaye, n'a jamais été exécuté faute de ressources. Même les actions entreprises dans le cadre de l'exécution du PAIN et de la PCIME étaient menées à petite échelle et étaient plus localisées au niveau des structures de santé.

Le Ministère de la Santé continue toutefois ses activités en matière de nutrition à l'intérieur et à l'extérieur du PRN. La mise en œuvre du PRN qui est le principal programme public de nutrition est assurée par les AEC et par des ministères techniques, dont le Ministère de la Santé. Ces ministères assurent des interventions en nutrition financées par l'Etat ou appuyées par des partenaires.

Le graphique 3 montre la pleine implication des services du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PRN, aussi bien au niveau national qu'au niveau régional<sup>29</sup>. Les responsables du PRN affirment que toutes les activités développées au niveau communautaire l'ont été sur la base de la politique définie par le Ministère de la Santé qui, en outre, assure la qualité des

---

<sup>29</sup> La collaboration entre la CLM et le Ministère de la Santé est l'objet d'une Lettre d'exécution technique signée entre les deux structures en 2002. Cette lettre précise le rôle de toutes les structures du Ministère de la Santé dans le PRN.

services délivrés. Selon les responsables du PRN, l'intégration du système de santé dans le schéma d'intervention du programme a permis que des outils prêts à l'utilisation (cartes conseils, manuels de formation) soient mis en place d'une part, et d'autre part, que la PCIME-C au Sénégal soit rapidement développée. En d'autres termes, l'implication des services du Ministère de la Santé à tous les niveaux est primordiale.

En sa qualité de ministère technique, le Ministère de la Santé peut bénéficier d'un financement de ses activités de nutrition à condition de soumettre à la CLM un projet. Dans cette perspective, pour financer son Plan d'opération 2007, la DANSE a sollicité un financement PRN à hauteur de 62 000 000 FCFA pour les activités suivantes: formation en PCIME, célébration de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, ateliers de formation en gestion des unités de réhydratation orale, supervisions et coordination semestrielles conjointes de nutrition et de survie de l'enfant dans toutes les régions.

**Graphique 3: Implication des services du Ministère de la Santé dans la mise en œuvre du PRN**

<p><b>Le Ministère de la Santé et de la Prévention</b> est chargé de l'application de la politique de santé définie par le Gouvernement. A cet effet, il participe à travers les directions de la santé et de la prévention à la mise en œuvre du PRN</p>	
<p><b>Direction de la Santé</b> Coordination des activités de Nutrition – PCIME</p>	
<p><b>Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE)</b> <i>Point focal pour les activités nutrition/alimentation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les normes et protocoles sur la base desquels le BEN développe un programme de formation des intervenants.</li> <li>• Superviser les activités pour le contrôle de qualité des services offerts.</li> <li>• Assister le BEN avec le DEPS pour le développement des supports IEC / CCC</li> <li>• Appuyer les activités d'étude et de recherche du PRN.</li> </ul>	<p><b>Division des Soins de santé Primaires (DSSP)</b> <i>Suivi supervision des activités</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le suivi des activités du PRN dans ses plans d'opération.</li> <li>• Maintenir le suivi des activités sur les sites du PRN en collaboration avec la région médicale</li> <li>• Participer aux études, recherches et évaluations menées par le PRN</li> </ul>
<p><b>Direction de la Prévention</b> Coordination des activités IEC /CCC</p>	
<p><b>Division de l'Éducation pour la Santé</b> <i>Appui dans la définition du plan de communication sur la nutrition / PCIME</i> Maintenir l'appui pour le développement des supports IEC / CCC Participer aux activités de supervision, recherches et d'évaluation du PRN</p>	<p><b>Division du Partenariat</b> <i>Renforcement du partenariat</i> Favoriser les rencontres d'échanges entre ONG</p>
<p><b>Région Médicale</b> Faciliter et apporter son appui dans la mise en œuvre du PRN</p>	
<p><b>District sanitaire</b> Maintenir le suivi des activités au niveau des sites du PRN implantés dans leurs zones territoriales de responsabilités</p>	
<p><b>Poste de santé</b> Maintenir l'appui technique dans le cadre de l'IEC / CCC Intégrer dans le système d'information de la santé des données de nutrition PCIME provenant du niveau communautaire Maintenir la collaboration avec l'AEC</p>	

*Le Ministère de l'Education:* Le Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF, 2001-2010) comporte une sous-composante "Santé et Nutrition à l'école" dans le volet Qualité. Dans ce cadre, il a été élaboré un document de politique pour assurer la coordination des interventions en santé et nutrition à l'école. Il existe un protocole d'accord entre le Ministère de la Santé et celui de l'Education pour mettre en place un partenariat efficace pour atteindre les objectifs de la sous – composante "Santé et Nutrition" qui assure trois principales interventions:

- La supplémentation en fer et le déparasitage
- Les cantines scolaires financées par l'Etat et appuyées par le Programme Alimentaire Mondiale (PAM)
- La sensibilisation sur la nutrition et l'hygiène à l'école: dans cette perspective, trois structures du Ministère de l'Education<sup>30</sup> ont ensemble élaboré en 2004 un guide de formation intitulé "*Guide méthodologique du maître. Introduction à l'école des compétences en santé nutrition pour lutter contre les carences nutritionnelles et les parasitoses*"

La sous-composante Santé Nutrition est une innovation dans le système éducatif. Elle permet aux enfants d'avoir accès à une éducation de qualité, de contribuer à l'accroissement des performances scolaires grâce à l'amélioration de leur état de santé. Avant la mise en œuvre de cette composante, l'école bénéficiait de cantines scolaires depuis les années 1970.

Aujourd'hui, le Ministère de l'Education gère un budget de cinq cent millions de FCFA pour les cantines scolaires.

*L'Alliance Nationale Secteur Public/ Secteur Privé:* Les carences en micronutriments représentent un problème de santé publique. Avec Profiles<sup>31</sup>, les conséquences de ces carences ont été calculées sur 10 ans à partir de 2002. Dans le cadre d'une vision globale de la lutte contre les carences en micronutriments, il a été créé en 2006 un Comité Sénégalais pour la Fortification des Aliments en Micronutriments (COSFAM)<sup>32</sup>. Ce Comité est une alliance nationale entre les secteurs public et privé. Son objectif est de réduire les prévalences des carences en micronutriments (fer, vitamine A, iode) chez les femmes en âge de procréer et chez les enfants de moins de 5 ans, au bout des cinq prochaines années. Le COSFAM a été créé après un long processus participatif. Aujourd'hui, ces activités sont au ralenti, faute de ressources financières.

---

<sup>30</sup> Il s'agit de la Division du Contrôle Médical et Scolaire, de la Direction de l'Enseignement Élémentaire et de l'Institut Nationale d'Etude et d'Action pour le Développement.

<sup>31</sup> Voir le document, "Profiles Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Basics, 2002.

<sup>32</sup> Voir Arrêté n° 001717 du 1<sup>er</sup> mars 2006 signé par le Premier Ministre et portant création du Comité Sénégalais pour la Fortification des aliments en micronutriments.

## PART IV- ANALYSE COMPARATIVE DES POLITIQUES DE NUTRITION

### LES DIFFERENTES GENERATIONS DE POLITIQUES PUBLIQUES

La lecture attentive et l'analyse des données relatives aux différentes interventions nutritionnelles, aux projets et programmes de nutrition<sup>33</sup> suggèrent une typologie des politiques publiques de nutrition en quatre grandes générations. Le terme génération renvoie à deux idées: d'une part, il y a une relation, une continuité entre les différentes politiques publiques, et d'autre part, chaque politique publique comporte des spécificités et des points communs avec les politiques précédentes<sup>34</sup> (*Voir Tableau 2*).

Des projets et programmes de nutrition en tant que tel n'ont pas été promus par la première génération de politiques publiques (1960-1973). Le Gouvernement avait inscrit des activités d'étude et de recherche sur les produits locaux en vue d'une meilleure alimentation des populations et avait confié ces activités à trois structures publiques (ORANA, ITA et BNAN)<sup>35</sup>. La situation nutritionnelle à l'époque ne nécessitait pas des interventions nutritionnelles proprement dites. Par contre, des études avaient établi l'existence d'une "transition" en matière de comportements alimentaires pouvant accentuer la malnutrition<sup>36</sup>. Le premier but de la politique publique était de freiner, puis d'inverser les tendances négatives dans les comportements par la promotion des produits locaux et par l'éducation à la nutrition. Les résultats de cette première génération ne sont pas concluants. L'ITA n'a pas réussi son projet de transformation et de promotion des produits locaux. Aussi, les tendances négatives dans les comportements alimentaires se sont renforcées.

La deuxième génération de politiques publiques (1973-1994) correspond à une situation de fragilisation de la situation nutritionnelle notamment avec la survenue de deux grandes sécheresses dans les pays du Sahel en l'espace de 10 ans. Selon la plupart des nutritionnistes interviewés, cette génération de politiques publiques correspond aussi à une époque où la distribution d'aliments de suppléments était l'approche dominante dans la gestion des problèmes de malnutrition. Cette approche curative correspondait à l'état des connaissances. Ce n'est que plus tard, suite aux résultats des travaux de recherche des partenaires internationaux que le Sénégal a adopté le PAIN (1998) et la PCIME-C (2002). Ces deux dernières stratégies s'appuient sur l'IEC, l'éducation et la participation communautaire. Elles valorisent aussi l'approche préventive. Cette approche curative ne favorisait pas l'implication effective des communautés dans la prise en charge des problèmes de nutrition. Enfin, durant cette époque post-indépendance, les services publics de manière générale étaient très valorisés. C'est l'époque de l'Etat-providence (ou de l'étatisme) où l'Etat pensait qu'il était

---

<sup>33</sup> Voir Chapitre IV précédent.

<sup>34</sup> Dans son analyse de l'évolution des politiques publiques de Nutrition au Sénégal B. Ndiaye distingue trois périodes principales dans l'évolution des politiques et choisit le concept d'ère qui renvoie à une division chronologique, à des séquences exclusives.

<sup>35</sup> Voir 4.2.1.

<sup>36</sup> Voir 4.2.1

de son devoir de prendre en charge tous les problèmes de développement<sup>37</sup>. Les services de santé étaient perçus comme étant le principal et le meilleur instrument pour gérer les programmes de nutrition et de distribution alimentaire. En complément de la distribution d'aliments, les activités du PPNS, le programme central de cette deuxième génération, comprenaient la surveillance de la croissance des enfants, l'éducation nutritionnelle des mères et des visites pré et post natales. Mais, selon plusieurs témoignages, seul le volet distribution alimentaire était exécuté et mal exécuté.

La troisième génération de politiques publiques (1994-2000) est apparue en réponse à une dégradation accentuée de la situation nutritionnelle dans l'ensemble du pays, suite à une quinzaine d'années d'ajustement structurel et à la dévaluation du franc CFA. Entre 1979 et 1991, le Sénégal a expérimenté deux programmes d'ajustement: le programme de stabilisation (1979-1984) et le programme d'ajustement à moyen et long terme (1985-1991). La politique de désengagement de l'Etat a eu pour effet la marginalisation du secteur public et le ralentissement de ses activités et la réduction des budgets des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. Cette nouvelle génération devait aussi bénéficier de la nouvelle conception de la nutrition articulée autour de l'approche multisectorielle et l'approche communautaire. Elle devait tenir compte des objectifs de la décentralisation qui exalte la participation des populations aux tâches de développement. Ces trois éléments du contexte expliquent les choix majeurs du PNC qui est le programme phare de cette troisième génération<sup>38</sup>:

- La responsabilisation d'un organisme privé pour la gestion du programme à la place du Ministère de la Santé;
- le système de contractualisation avec des OCB pour exécuter le projet<sup>39</sup>; et
- la diversification des activités: en plus de la distribution de suppléments alimentaires, activité héritée de la deuxième génération, le projet assurait des activités de suivi – promotion de la croissance, d'éducation nutritionnelle et d'approvisionnement en eau potable.

Avec la troisième génération de politiques de nutrition, en plus du PNC, le Ministère de la Santé a pu tester la faisabilité d'approches novatrices comme le PAIN. Il a aussi réussi à mettre en place les programmes d'allaitement maternel, de lutte contre les maladies diarrhéiques, d'iodation du sel, de supplémentation en vitamines A des enfants âgés de 6 à 59 mois à travers l'institutionnalisation des Journées Nationales de Vaccination (JNV) et les Journées Nationales de Micronutriments (JNM). Le PNC participait à ses journées.

La quatrième et dernière génération de politiques publiques de nutrition (à partir 2001) correspond à un contexte où le Gouvernement a adopté une politique plus volontariste de développement en général<sup>40</sup>. Dans le domaine de la nutrition la nouvelle démarche entraîne:

---

<sup>37</sup> Les premières politiques d'ajustement au début des années 1980 ont mis fin à l'étatisme, parce que l'intervention de l'Etat avait montré ses limites.

<sup>38</sup> Les origines et l'impact du PNC ont été évoqués dans 4.2.4

<sup>39</sup> Certains informateurs pensent que les OCB et MIC ont été créés par le projet pour les besoins de son fonctionnement.

<sup>40</sup> Voir 4.2.4

- Le passage de l’approche projet à l’approche programme qui permet de mettre à contribution les efforts de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition.
- La définition d’un cadre pour toutes les politiques nationales (DSRP) et la mise en cohérence de la politique de nutrition avec cette stratégie générale de sortie de la pauvreté. Ce choix impose le ciblage de toutes les zones rurales et urbaines où la pauvreté est très présente.
- L’intégration des dernières connaissances en matière de lutte contre la malnutrition. Les causes de malnutrition et des carences spécifiques en micronutriments étant multifactorielles, les stratégies de lutte doivent être multisectorielles. Pour améliorer durablement la situation de la nutrition, les stratégies de lutte doivent faire appel à une synergie des actions de plusieurs secteurs comme l’agriculture, la santé, l’hydraulique, l’éducation, etc.
- Le recours à l’approche préventive et communautaire pour augmenter l’efficacité de la lutte contre la malnutrition.

En termes de malnutrition, l’objectif du DSRP est d’atteindre les OMD en 2015, grâce à la mise en œuvre du PRN logé à la Primature<sup>41</sup>. Cet ancrage peut faciliter la coordination des interventions multisectorielles. En plus, en appuyant les Plans d’action de différents ministères, l’approche PRN vise la création des conditions pour des interventions multisectorielles au niveau communautaire. Le PRN disposait en 2007 de 924 sites communautaires opérationnels implantés dans 34 districts sanitaires sur les 55 que compte le Sénégal. Ce réseau communautaire facilite d’une part la distribution de produits tels que les moustiquaires imprégnées, la vitamine A, le fer, les sachets SRO, et d’autre part, l’exécution des campagnes de vaccination, de supplémentation en vitamines avec le recours à des relais communautaires.

La quatrième génération de politiques de nutrition est le cadre de nombreuses initiatives visant à assurer une cohérence d’ensemble de la politique. Le Gouvernement a élaboré deux DSRP et deux documents de ‘‘Lettre de Politique de Développement de la Nutrition’’ (LPDN) en 2001 et 2006. La CLM contribue à cette mise en cohérence par son rôle qui est d’élaborer la politique nationale de nutrition et de veiller à la bonne exécution des programmes de nutrition.

L’analyse Profiles a été largement utilisée dans le processus d’analyse des politiques nutritionnelles. Ses résultats sont utilisés dans le plaidoyer pour le renforcement de l’intervention en nutrition<sup>42</sup>. Cette analyse montre comment des interventions appropriées peuvent générer des bénéfices en termes de vies sauvées, de santé, d’éducation et de productivité et de gains économiques. Les résultats de l’analyse plaident en faveur de l’amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables qui doit devenir un objectif de planification de tous les secteurs et un indicateur de développement socioéconomique. En définitive, ils donnent un sens à une institutionnalisation de la politique de nutrition.

---

<sup>41</sup> Voir 4.

<sup>42</sup> Profiles est un processus d’analyse des politiques nutritionnelles à partir de données épidémiologiques nationales et internationales. Ce processus utilise des modèles informatiques pour projeter les conséquences fonctionnelles d’une mauvaise nutrition sur la survie, la santé, le développement intellectuel et la productivité. Pour le Sénégal, ces conséquences sont calculées pour la période 2002-2012. Voir le document: *Analyse Profiles au Sénégal*, Dakar, 25 février au 8 mars 2002.

**Tableau 2: Présentation des différentes générations de politiques de publiques de nutrition**

<i>Génération</i>	<i>Période</i>	<i>Type d'approche</i>	<i>Mise en œuvre</i>	<i>Organisme de supervision</i>	<i>Financement</i>	<i>Zone d'intervention</i>
<b>Génération 1</b> Etude et recherche sur Alimentation et Nutrition	1960 – 73	Valorisation des produits locaux	ORANA ITA BNAN	-	Ressources budgétaires	–
<b>Génération 2</b> Nutrition prénatale et Surveillance de la croissance (PPNS)	1973 – 94	Supplémentation et Surveillance de la croissance	Structure de santé	Ministère da la santé et CRS	Ressources budgétaires Partenaires communautés	Ensemble du territoire national
<b>Génération 3</b> Programme communautaire de promotion de la croissance (PNC)	1994 – 00	Supplémentation Surveillance de la croissance Multi sectorialité Approche communautaire	AGETIP OCB	CNLM (Présidence)	Ressources budgétaires Bailleurs de fonds Partenaires communautés	Certaines zones urbaines ciblées
<b>Génération 4</b> Programme Communautaire de promotion de la croissance et de prévention de la malnutrition (PRN)	2001	Multi- sectorialité Approche communautaire Promotion de la croissance Prévention de la malnutrition	CLM BEN ONG Ministères techniques	CLM (Primature)	Ressources budgétaires Bailleurs de fonds Partenaires communautés	Ensemble du territoire national avec cible (pauvreté)

## PROCESSUS D'ELABORATION DES POLITIQUES DE NUTRITION

### *Contextes, acteurs et stratégies*

*Facteurs structurant la trajectoire des politiques de nutrition:* A chaque génération de politiques en matière de nutrition correspond un contexte sociopolitique et un état des savoirs en matière de nutrition. Les acteurs clés de chaque génération ajustent leurs stratégies à ce contexte d'action. L'évolution de l'environnement politique, économique et des savoirs sur la nutrition a fortement influencé l'évolution des politiques publiques.

Les politiques de nutrition s'inscrivent dans une trajectoire divisée en quatre étapes représentant chacune une génération qui renvoie à un contenu, à une approche et à une orientation de politique de nutrition. Cependant, les points de rupture dans la trajectoire qui correspondent à l'apparition des générations dépendent d'éléments qu'il convient d'identifier et d'analyser. Trois facteurs sont repérés comme pouvant être des éléments qui ont une influence forte sur la trajectoire. Et qui, par conséquent, peuvent favoriser l'apparition d'une nouvelle génération.

Le premier est l'évolution des contextes local et global. Le contexte national évolue en permanence du fait principalement des changements qui interviennent dans les choix et l'orientation des politiques de gestion des ressources économiques et sociales. De même, l'action des organisations du système des Nations Unies contribue à faire évoluer le contexte international. Depuis le début des années 1990, ces organisations augmentent progressivement leur engagement dans le domaine du développement humain (PNUD, OMS, UNICEF, PAM).

Les acteurs de la nutrition et leurs relations de pouvoir constituent le deuxième facteur d'influence de la trajectoire des politiques de nutrition. Beaucoup d'acteurs interviennent dans le champ de la nutrition: le Gouvernement, les communautés, les organisations de la société civile nationale et internationale, les bailleurs de fonds, les partenaires techniques (agences du système des Nations Unies), les nutritionnistes nationaux. Dans leurs stratégies, ils prennent en compte les opportunités offertes par le contexte et les contraintes de l'environnement.

Le troisième et dernier facteur d'influence de la trajectoire est constitué par l'état des savoirs sur la nutrition. Depuis 1960, l'évolution des savoirs dans le domaine de la santé et la nutrition a favorisé la définition de nouvelles conceptions dans l'approche de résolution des problèmes de santé et de développement de l'enfant.

*L'évolution du contexte national:* Il est possible d'avoir une meilleure lisibilité de la trajectoire des politiques de nutrition si elle est inscrite dans l'évolution du contexte politique et économique national. Le Sénégal a connu dans sa période postcoloniale deux types de régimes politiques<sup>43</sup>. Le régime présidentiel consacre la primauté du Président de la République qui est le Chef de l'Etat et le Chef de l'exécutif. Sous son impulsion, le

---

<sup>43</sup> Voir 3.2

contexte politique national est marqué par des changements majeurs dans les choix de gestion des ressources économiques et sociales du pays. Sur ce plan, trois modèles d'orientations politiques et économiques peuvent être identifiés: l'interventionnisme de l'Etat (1960-1979)<sup>44</sup>, le libéralisme économique (1980-2000) et le néolibéralisme (à partir de 2001).

De 1960 à la fin des années 1970, la construction de la nation sénégalaise était la principale préoccupation des nouvelles élites au pouvoir. L'interventionnisme de l'Etat ou l'étatisme était au cœur de ce projet nationaliste. Durant toute cette période, l'Etat définissait, élaborait et planifiait toutes ses politiques économiques et sociales dans le PQDES. Le choix politique de promouvoir les industries de substitution à l'importation et le marché intérieur a, dans une certaine mesure, influencé l'orientation des premières politiques d'alimentation et de nutrition (première génération). L'accent mis sur la recherche obéissait au souci de connaître et de valoriser les produits locaux pour avoir, à terme, une production industrielle nationale de produits locaux. La malnutrition n'était pas une préoccupation pour le Gouvernement, car elle n'était pas encore un problème de santé publique. Sur le champ social, la société civile était très faible sinon inexistante.

La dégradation progressive de la situation nutritionnelle et la sécheresse du début des années 1970 obligèrent l'Etat à réajuster sa stratégie par la mise en place du PPNS. La mise en œuvre du PPNS par les structures du Ministère de la Santé correspond à la période d'étatisme. Par ailleurs, en mettant la distribution d'aliments au centre des activités du PPNS, le Gouvernement assure sa présence et la visibilité de son intervention auprès des populations.

De 1979 à 2000, le Gouvernement a expérimenté des politiques d'ajustement qui exigeaient de nouvelles orientations économiques et politiques centrées sur le désengagement de l'Etat. Dans cette période de libéralisme économique, les bailleurs de fonds, en particulier le Fonds Monétaires International (FMI) et la Banque mondiale étaient des acteurs clés de la prise de décision au niveau national.

En 1994, en pleine période d'ajustement, un élément du contexte économique sera décisif dans la relance des programmes de nutrition. Les bailleurs de fonds, la Banque mondiale en particulier, sont les principaux initiateurs et acteurs clés du principal programme de la troisième génération (PNC). La Banque mondiale a pris en compte dans sa stratégie d'élaboration du PNC les éléments du contexte qui sont la rareté des ressources publiques, l'affaiblissement des structures étatiques, la nouvelle approche en nutrition qui, en plus de la supplémentation, s'appuie sur la dimension multisectorielle et sur l'approche communautaire. Elle prend aussi en compte l'expérience des communautés en matière de participation dans les programmes sociaux. Le PNC a été exécuté par un programme privé et non par les structures du ministère de la Santé.

---

<sup>44</sup> L'interventionnisme a été adopté par le Président du Conseil sous le régime parlementaire (1959-1963). Cette option a été maintenue par le nouveau régime en 1963

L'avènement du changement politique au Sénégal en 2000 est un moment critique du processus de gouvernance politique. Il marque aussi le début de la politique post-ajustement, politique marquée par l'accélération des réformes néolibérales et la libéralisation plus poussée de l'économie nationale. Le désengagement de l'Etat est réaffirmé et accentué. Le choix de gestion privée des programmes sociaux est confirmé. La participation du Sénégal dans toutes les activités inscrites dans l'agenda des organisations des Agences du système des Nations Unies est plus volontariste. La quatrième génération apparaît suite à la dégradation de la situation nutritionnelle préoccupante en 2001 et au souci du Gouvernement de prendre en compte toutes les recommandations des agences du système des Nations Unies. Par exemple, concernant la nutrition, les deux documents clés (DSRP et LPDN) ont été actualisés compte tenu des nouvelles recommandations de la communauté internationale.

*Le rôle des bailleurs de fonds:* Les pays en développement ont une caractéristique majeure: ils ne disposent pas en général des ressources nécessaires au financement de leur développement. Pour cette raison, ils ont besoin du soutien des bailleurs de fonds et des partenaires au développement. Plusieurs bailleurs de fonds interviennent dans le financement de la politique de nutrition en appuyant soit le Gouvernement, soit la société civile (Banque mondiale, USAID, ACDI, KFW, etc.)

Par exemple, l'investissement de la Banque mondiale dans la promotion de la nutrition au Sénégal est relativement important. Elle avait initié le PNC et aidé le Gouvernement à mettre en œuvre ce projet de nutrition qu'il a presque entièrement financé. Il a accepté d'augmenter son financement dans la nutrition au Sénégal avec le PRN.

En plus du financement des programmes de nutrition, la Banque mondiale participe de manière appréciable au renforcement des capacités des responsables des programmes de nutrition, en particulier dans le domaine du suivi évaluation et celui du management des programmes de nutrition. Enfin, la Banque mondiale a relativement les moyens de persuader le Gouvernement d'assurer une bonne tenue des programmes de nutrition.

*Le rôle des agences du système des Nations Unies:* La trajectoire des politiques de nutrition est aussi marquée par le contexte international. Sur ce plan, les Agences du système des Nations Unies comme l'UNICEF et l'OMS ont entrepris une série d'initiatives qui ont renforcé leur rôle dans la promotion du développement humain. On peut citer parmi ces initiatives le Sommet Mondial sur l'Enfance (1990), la Conférence Internationale sur la Nutrition (1992), le Sommet de Copenhague sur l'Elimination de la Pauvreté (1995), le Plan d'Action pour la Sécurité Alimentaire, le Sommet Mondial de l'Alimentation (2002), la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, la réunion d'Accra sur le dialogue entre les secteurs privé et public sur la fortification des aliments en Afrique de l'Ouest (2002). Par ailleurs, la définition des OMD (2000) est le moment clé des nouvelles orientations de toutes les politiques nationales.

Les Agences du système des Nations Unies ont aussi fortement influencé l'orientation des politiques nationales de nutrition en appuyant le Ministère de la Santé et certaines ONGs. L'UNICEF est toujours leader dans le soutien de la politique d'iodation universelle du sel. Il existe par ailleurs une concertation permanente entre ces agences en vue d'harmoniser leurs points de vue et de rationaliser leurs interventions sectorielles au Sénégal.

La force des Agences du système des Nations Unies comme l'OMS et l'UNICEF réside dans le niveau élevé de leur expertise, leur disponibilité à appuyer le Gouvernement du Sénégal et leur capacité à s'allier avec les bailleurs de fonds. Le Gouvernement a compris tout l'intérêt qu'il a à tenir compte du travail effectué sur les chartes et conventions issues des différentes rencontres sur le développement humain durable. Cette attitude permet de garantir, en partie, l'appui des partenaires et le financement des bailleurs de fonds.

*Le rôle des communautés et des Organisations de la Société civile:* La politique de désengagement de l'Etat a ouvert des espaces pour l'action de la société civile, des communautés et des ONG. Elle devait aussi accélérer les politiques de décentralisation initiées en 1972 avec la création des communautés rurales<sup>45</sup>. Les réformes institutionnelles de 1990 et 1996 font une répartition des différentes missions, d'une part entre l'Etat et les collectivités locales et d'autre part, entre ces dernières dans la perspective d'une meilleure harmonisation du développement. Le transfert de responsabilités, de l'échelon central au niveau local, devrait engager les communautés locales à assumer un pouvoir autonome de gestion. La loi 96-07 du 22 mars 2006 transférant des domaines de compétence aux collectivités locales, autorise ces dernières à exercer leurs compétences dans les neuf domaines transférés.

Dans le domaine de la santé, la participation des populations au fonctionnement des structures de santé est une vieille tradition. Le huitième PQDES (1980-1995) souligne l'apport appréciable des communautés au fonctionnement du système de santé, ainsi que leurs efforts visant à s'organiser en associations pour la promotion de la santé en regroupant les Comités de santé<sup>46</sup>. Par ailleurs, la longue expérience des ONGs dans le domaine de la lutte contre la malnutrition sera déterminante dans la mise en œuvre du PRN. Les ONGs ont constitué les AEC du PRN.

*Le rôle des groupes de nutritionnistes nationaux:* A deux reprises des nutritionnistes nationaux ont tenté de se regrouper en association pour manifester leur volonté d'occuper une place légitime dans le champ de la nutrition au Sénégal. A la fin des années 1980, de jeunes nutritionnistes, probablement la deuxième génération de nutritionnistes nationaux,

---

<sup>45</sup> Voir la loi 72-25 du 19 août 1972.

<sup>46</sup> Dans les structures sanitaires publiques, les comités de santé participent pleinement à la gestion et au fonctionnement de la structure. En particulier, ils gèrent toutes les ressources financières tirées de la vente des tickets modérateurs et des produits pharmaceutiques catalogués par l'Initiative de Bamako. Les comités de gestion où siègent les comités de santé peuvent aussi recruter le personnel de santé contractuel.

ont créé l'Association de Nutrition et d'Alimentation du Sénégal (ANAS). Cette association a accueilli en 1989, le 3<sup>ème</sup> Congrès du Groupe d'Etudes et de Recherche sur la Malnutrition (GERM), un groupe francophone. Les universitaires de ce groupe ont initié et animé la première formation doctorale à l'Université de Dakar. Cette formation a permis à quatre promotions d'étudiants de la sous-région Afrique de l'Ouest d'obtenir un Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de nutrition et d'alimentation. Un certain nombre d'entre eux ont eu la possibilité de poursuivre des études doctorales. En 2001, certains nutritionnistes issus de cette formation ont tenté de créer le Groupe d'Etude et de Recherche sur la Nutrition et l'Alimentation (GERNA). C'est sans doute pour traduire en acte la recommandation de la première LPDN qui suggère de faire de la création d'un Réseau Sénégalais des Intervenants en Nutrition une ligne d'action prioritaire<sup>47</sup>. La difficulté éprouvée par les nutritionnistes d'animer ces deux associations est un indicateur du faible niveau d'organisation de la communauté des nutritionnistes.

Il existe cependant une expertise nationale en nutrition qui joue un rôle dans le montage des programmes de nutrition aussi bien au niveau étatique qu'au niveau des ONGs. Elle contribue aussi dans le processus d'élaboration des documents cadres des politiques nationales (DSRP, LPDN).

*Evolution des savoirs sur la nutrition:* La conception dans l'approche de résolution des problèmes de santé et de développement de l'enfant évolue régulièrement. La supplémentation alimentaire a longtemps prévalu. Pendant une longue période aussi, toute l'attention des nutritionnistes locaux était centrée sur la recherche d'aliments de sevrage adaptés au contexte. Progressivement, une approche holistique de la nutrition a affaibli la conception curative et médicale de la malnutrition au profit d'une approche multisectorielle et communautaire. Pour lutter de manière efficace contre la malnutrition, les populations avaient besoin d'une forte assistance dans les domaines d'accès à l'eau, d'assainissement de l'environnement, d'accès aux ressources locales et de l'augmentation de leurs revenus. Il fallait enfin renforcer leurs connaissances en santé nutrition. L'implication des communautés dans la conception et la mise en œuvre des politiques expliquent que, progressivement, il n'était plus nécessaire de privilégier la distribution d'aliments. Grâce aux interventions communautaires de nutrition /PCIME, en particulier avec la promotion des comportements clés de la PCIME-C, les communautés peuvent elles-mêmes prendre en charge toutes les actions de prévention de la malnutrition.

Les ONGs internationales jouent un rôle important dans le transfert des savoirs sur la nutrition. Elles aident les acteurs locaux (ministères et ONGs nationales) à s'approprier les nouveaux savoirs. Par exemple, BASICS a joué un rôle décisif dans la promotion du PAIN et de la PCIME et HKI est entrain de travailler sur la promotion des micronutriments.

---

<sup>47</sup> Il s'agit de la quatrième ligne prioritaire de l'axe 1 (renforcement de l'approche communautaire dans les programmes de nutrition intégrant le PAIN et la PCIME).

*Les stratégies d'acteurs - le Gouvernement et les partenaires:* En partant des ressources offertes par les contextes local et international et par les savoirs sur la nutrition, les acteurs clés jouent et négocient l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, projets ou programmes de nutrition. Leur poids sur la scène de la nutrition dépend, en grande partie, de leurs ressources propres, des contextes sociopolitiques et socio-économiques et de leur évolution.

Jusqu'aux années de sécheresse (mi 1970), du fait de son option interventionniste, le Gouvernement était le principal acteur sur la scène, la société civile étant encore embryonnaire et la présence des bailleurs de fonds plutôt discrète. La dégradation de la situation économique et sociale intervenue à la fin des années 1970 eut deux conséquences majeures: l'affirmation progressive de la société civile, les ONGs en particulier d'une part, et, d'autre part, l'intervention croissante des bailleurs de fonds dans les politiques de développement. L'Etat du Sénégal a dû recourir à ces derniers pour l'aider à mettre en œuvre des réformes économiques nécessaires au redressement de la situation économique. En retour, ces réformes ont directement renforcé le poids des bailleurs de fonds dans le processus décisionnel politique. Elles ont aussi, indirectement, renforcé le rôle des communautés et collectivités locales dans le processus de développement. Enfin, durant les années 1990, les agences du système des Nations Unies ont renforcé leur rôle et leur présence dans la promotion du développement humain.

Cet agencement de l'apparition et de l'affirmation des différents acteurs clés sur la scène de la nutrition permet, en partie, de comprendre leurs stratégies de positionnement et d'alliance dans le processus de conception et d'élaboration des politiques et programmes de nutrition.

Les données d'entretien avec les pionniers de l'alimentation et de la nutrition<sup>48</sup> et avec certains nutritionnistes en service au Ministère de la Santé pendant les années 1970<sup>49</sup> révèlent que les premières politiques du Gouvernement centrées sur l'étude et la recherche en alimentation et nutrition sont héritières des politiques coloniales. La Mission Anthropologique d'Afrique Occidentale conduite par le médecin Colonel Léon Pales au début des années 1940 avait pour objectif de documenter une série d'indicateurs de santé et le statut nutritionnel de larges échantillons de populations diversifiées dans toutes les régions composant le domaine colonial ouest africain de la France, sans négliger une étude approfondie des ressources alimentaires locales et de leur valeur nutritive des cultures traditionnelles vivrières. La mission dura près de dix ans et mobilisera des chercheurs et des praticiens de spécialités diverses. Ces travaux seront à l'origine de la création d'organismes spécialisés qui vont prendre le relais de la Mission, comme par exemple l'ORANA. Le Dr Thianar Ndoye, disciple de Pales, avait inscrit ses activités

---

<sup>48</sup> Il s'agit du Dr Ndoye, appelé le "père de la nutrition" au Sénégal. Il était le principal responsable de la nutrition de 1946 à 1982, soit pendant 35 ans et de Mme Thèrese Bass, Directrice de l'ITA de 1968 à 1981. Sa contribution à la promotion des produits locaux est très importante.

<sup>49</sup> Il s'agit principalement du Dr Serigne Mbaye Diène, ancien superviseur du PPNS et qui a par la suite soutenu un doctorat en nutrition.

dans la recherche des aspects socioculturels de l'alimentation. Le BANAS du Ministère de la Santé bénéficiait alors de l'appui de la FAO qui mettait en œuvre un projet de recherche d'aliments de sevrage et d'enrichissement des aliments en protéine. Dans cette perspective, divers centres d'expérimentation étaient ouverts à Popenguine, Khombole et Niakhar,<sup>50</sup> respectivement par l'ORANA, l'Institut de Pédiatrie sociale de l'Université de Dakar et l'ORSTOM, un institut français de recherche.

La FAO avait suggéré, pour appliquer les résultats de son projet de recherche, la création d'instituts de transformation de produits locaux dans les pays du Sahel. Le Gouvernement du Sénégal saisit cette opportunité pour créer en 1963 l'ITA. L'ITA a bénéficié de l'appui et du financement de la FAO et de Fonds spécial des Nations Unies.

Selon nos informateurs, le Gouvernement saisit une autre opportunité pour élaborer le premier programme de nutrition. En effet, au début des années 1970, le CRS, une ONG catholique, avait ouvert des centres de récupération et d'assistance dans des dispensaires privés catholiques. Ce projet du CRS inspira le Gouvernement qui voulait mettre en œuvre un programme national. Pour ce faire, il construit un partenariat avec le CRS. Certains informateurs soutiennent que le PPNS a été élaboré avant la survenue de la sécheresse (Ndoye et Diène), d'autres comme B. Ndiaye pensent qu'il a été élaboré en réponse aux effets désastreux de la sécheresse. Toujours est-il, très rapidement, le programme échappa au contrôle du Ministère de la Santé suite à l'aggravation de la sécheresse et à la mise en œuvre par le Gouvernement américain d'un programme de réhabilitation du Sahel composé d'un volet d'assistance alimentaire et d'un volet de réhabilitation des infrastructures. Le Gouvernement américain avait confié le programme au CRS. L'expérience du PPNS a renforcé la présence des ONGs sur le terrain tout en entamant la crédibilité des services du Ministère de la Santé.

La volonté du Gouvernement du Sénégal de mettre en œuvre des programmes dans la première et la deuxième génération de politiques de nutrition est réelle et manifeste. Cependant, l'exécution des programmes a nécessité le recours aux partenaires extérieurs et une alliance entre les services du Ministère de la Santé et les ONGs. Dès cette période, il apparaît que le Gouvernement ne peut pas, de manière autonome, élaborer et mettre en œuvre une politique ou un programme de nutrition. La contrainte majeure étant constituée par le manque de ressources financières.

Cette absence d'autonomie financière apparaît de manière plus nette dans les politiques de la troisième génération. En pleine période d'ajustement, on peut s'interroger légitimement sur les capacités du Gouvernement à financer un programme social de nutrition, programme qui s'imposait pourtant au plan politique. Les bailleurs de fonds, la Banque mondiale et le FMI en particulier, suggéraient au Gouvernement toutes les décisions importantes de politiques économiques. En retour, ils appuyaient le Gouvernement dans la conduite des politiques publiques. Il semble que, sans l'initiative

---

<sup>50</sup> Ces localités sont dans les régions de Thiès et Fatick.

et le concours de la Banque mondiale, un programme de nutrition comme le PNC n'aurait jamais vu le jour.

L'époque du PNC a coïncidé avec l'existence d'un Gouvernement de "majorité présidentielle élargie à l'opposition". Le Ministre de la Santé était alors membre de l'opposition. L'existence de deux groupes politiques rivaux dans le Gouvernement a, semble-t-il, pesé sur le schéma institutionnel du PNC. Pour certains informateurs, en domiciliaant la CNLM à la Présidence, le Chef d'Etat voulait donner à son groupe politique les moyens de contrôler le programme et ses ressources. La requête du Chef d'Etat à la Banque mondiale pour obtenir le financement du projet découle principalement des gains politiques attendus de l'exécution d'un tel programme.

La mise en œuvre du PNC a confirmé la nécessité pour le Gouvernement de nouer des alliances avec les bailleurs de fonds et la société civile en vue d'assurer le fonctionnement des programmes de nutrition. Du reste, aussi bien dans le cas du PPNS que dans celui du PNC, les ONGs ont été proposées par les partenaires extérieurs. Dans les deux cas, le Gouvernement a su apprécier l'opportunité politique des programmes de nutrition.

L'intervention des partenaires extérieurs (bailleurs de fonds) dans les politiques de la dernière génération reste toujours cruciale, mais elle apparaît moins directive. L'intervention de la Banque mondiale dans la conception du PRN est plus discrète. Selon certains informateurs, la LPDN qui est une lettre de politique sectorielle, est une des exigences des bailleurs de fonds, une condition pour bénéficier d'un appui et d'un financement. Il en est de même concernant le choix de domicilier la structure de supervision à un niveau élevé de décision. La Banque mondiale a adopté une position de retrait qui a eu pour effet de "responsabiliser" le Gouvernement dans la procédure d'élaboration de programme de nutrition. La CLM a conçu et élaboré le PRN selon un processus participatif dans lequel ont été associés des ministères, la société civile et des agences du système des Nations Unies (OMS et UNICEF). Les nutritionnistes venant de ces différentes structures ont animé le processus participatif. Cette procédure a permis à la CLM d'élaborer un programme national répondant aux priorités du développement (DSRP) et aux recommandations de la Communauté internationale en matière de nutrition.

Le PRN a offert aux ONGs la possibilité de renforcer leur position dans le champ de la nutrition. La contractualisation a été déterminante dans la qualité de la délivrance de services communautaires. Le PRN a largement bénéficié de l'expérience de terrain et de l'expertise des ONGs dans le développement communautaire. Dans sa première phase, le PRN a laissé la possibilité à chaque AEC de développer librement ses activités selon sa propre approche. C'est à partir des leçons apprises de cette intervention diverse que la deuxième phase a été préparée. Les ONGs ont joué un rôle décisif dans la réussite de la première phase. L'alliance entre la CLM et la société civile a été avantageuse pour la conduite du programme.

Avec le PRN, le Gouvernement, pour une fois, a adopté une démarche qui accroît les chances de réussite du programme. Cependant, le bon fonctionnement du programme est toujours conditionné par la présence d'un partenaire extérieur. En définitive, quelque que soit la volonté politique affirmée par le Gouvernement, quelque soit l'importance de l'expertise et les compétences disponibles dans les services publics et privés, la mise en œuvre des politiques de nutrition dépend encore, dans une large mesure, de l'appui des partenaires extérieurs et des bailleurs de fonds. C'est sans doute la plus grande contrainte à tout projet d'institutionnalisation de la nutrition. La levée de cette contrainte dépend, en partie, de la stratégie de pérennisation qu'adoptera le Gouvernement.

## CONCEPTION DES POLITIQUES DE NUTRITION

### *Les approches des politiques de nutrition*

La trajectoire des politiques de nutrition est marquée par le passage de l'approche projet (PPNS et PNC)<sup>51</sup> à l'approche programme (PRN). L'approche projet repose sur une absence de politique sociale cohérente avec des objectifs bien identifiés et sur une absence de planification stratégique. Elle repose aussi sur un schéma vertical dans la conception et la mise en œuvre (*Voir Figure 4*). Elle peut prendre en compte l'implication des communautés, mais ne peut pas intégrer l'approche multisectorielle avec l'implication effective de plusieurs ministères techniques. Par exemple, avec le PNC, l'AGETIP a eu beaucoup de difficultés à travailler avec le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture. Le volet sécurité alimentaire des ménages vivant dans les zones défavorisées rurales ciblées n'a jamais été exécuté.

L'approche programme (mise en cohérence de plusieurs projets sectoriels) assure le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition et la cohérence de la politique nationale de nutrition. Elle repose sur un schéma horizontal qui facilite la coordination de l'ensemble des intervenants (*Figure 5*).

Le cadre institutionnel simplifié du PNC prouve qu'il n'existe pas de lien entre le PNC et les autres secteurs des politiques publiques. La création de la Commission Nationale de Lutte contre la Malnutrition (CNLM)<sup>52</sup> logée au Secrétariat Général de la Présidence de la République et regroupant plusieurs ministères n'a pas, paradoxalement, facilité l'implication des ministères dans la mise en œuvre du PNC. Ces derniers ne bénéficiaient pas du projet<sup>53</sup>. En l'absence d'un rôle clair et d'une autorité sur l'AGETIP, cette Commission ne pouvait pas être fonctionnelle. Certains informateurs évoquent les lourdeurs administratives liées au fonctionnement normal de la Présidence de la République.

---

<sup>51</sup> Le PPNS est en réalité un projet de nutrition du Ministère de la Santé, exécuté par ce même ministère et dont l'activité se résume presque à la distribution d'aliments.

<sup>52</sup> Voir le Décret n° 94-566 du 2 juin portant organisation et fonctionnement de la CNLM

<sup>53</sup> Voir l'analyse de B. Ndiaye

La Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)<sup>54</sup>, logée à la Primature, lieu plus approprié pour assurer une bonne coordination des actions des ministères,<sup>55</sup> a les moyens de jouer son rôle qui est « *assister (le Premier Ministre) dans la définition et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de nutrition. Elle élabore aussi les stratégies appropriées pour l'exécution des programmes nationaux de nutrition, s'assure de leur bonne exécution ainsi que de leur suivi et évaluation* ». Pour améliorer la fonctionnalité de la CLM, la gestion du PRN a été confiée au Bureau Exécutif National de la CLM. Avec la CLM, une LPDN a été rédigée en 2001, pour la première fois dans l'histoire des politiques de nutrition. Le PRN a été conçu en partant des indications de la Lettre.

### ***Le financement des politiques de nutrition***

Il existe très peu d'informations sur le financement des premières politiques de nutrition. Le premier PQDES avait prévu des ressources budgétaires d'une valeur de 100 millions de FCFA réparties en quatre années pour assurer le volet études et recherche sur l'alimentation et la nutrition. Le quatrième PQDES avait dégagé un budget de 30 millions de FCFA pour le PPNS dans sa première phase. Le cinquième PQDES augmente le budget du PPNS à 250 millions de FCFA pour 4 ans. Malgré tous ces efforts budgétaires, l'essentiel du financement de ce programme était assuré par l'USAID par le canal du CRS (distribution d'aliments: huile, farine composée, farine de poisson, lait, sucre). D'ailleurs, le PPNS n'a pas survécu à l'arrêt de l'appui du CRS. Le PNC a reçu un financement de la Banque mondiale d'un montant de 14 milliards sur 4 ans. Ce projet a aussi bénéficié de l'appui financier de deux autres partenaires, PAM et KFW (800 millions de FCFA). L'Etat est très peu impliqué dans le financement du PNC, du fait certainement de la période post-dévaluation<sup>56</sup>. En revanche, l'Etat est plus présent dans le financement du PRN (*Voir Tableau 3*). Il s'est même engagé à augmenter sa participation financière dans la phase 2 du PRN. Par ailleurs, les acteurs du financement se sont diversifiés avec la phase 2.

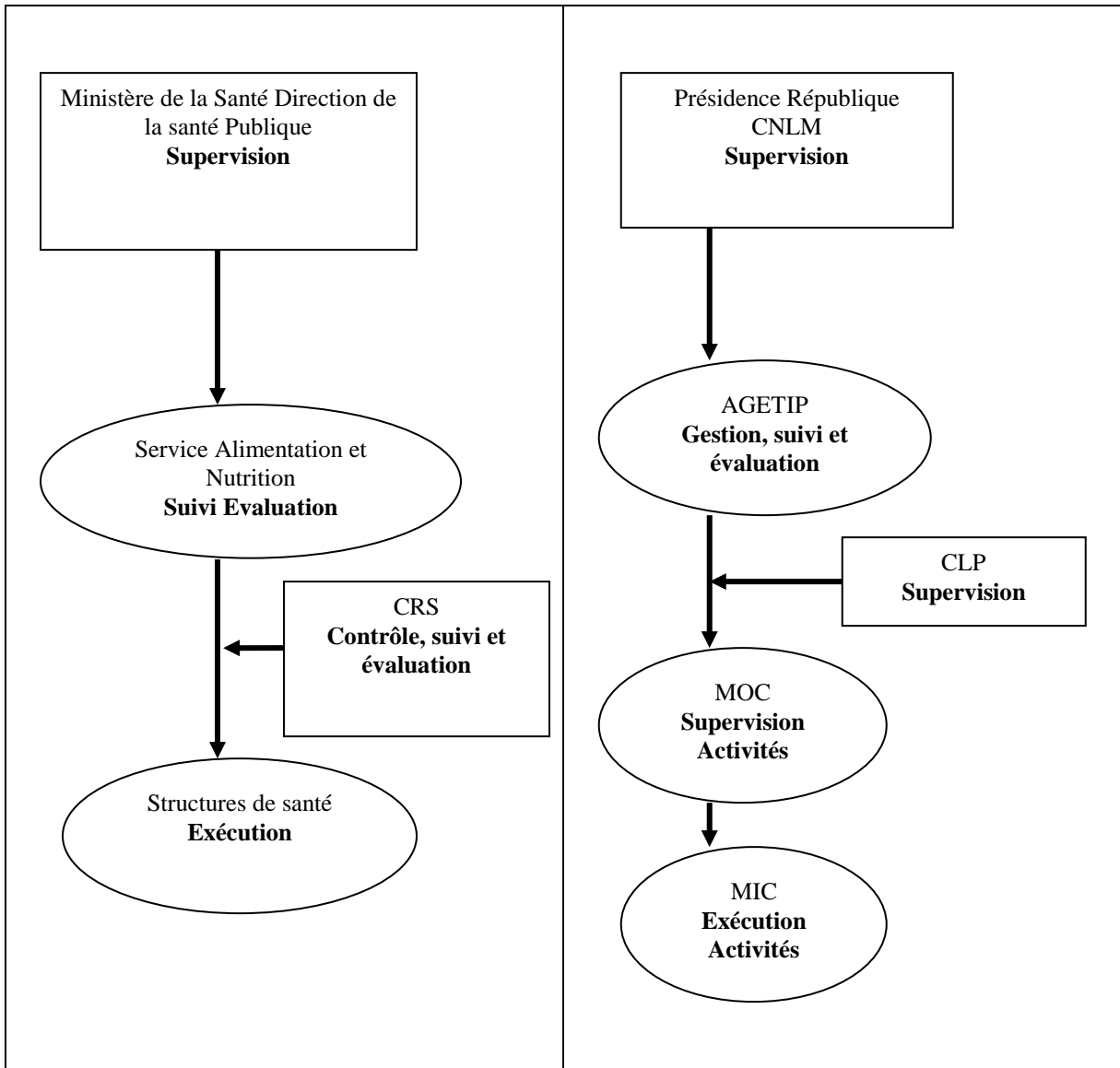
---

<sup>54</sup> Voir le Décret n° 2001-770 du 5 octobre 2001 relatif à la CLM.

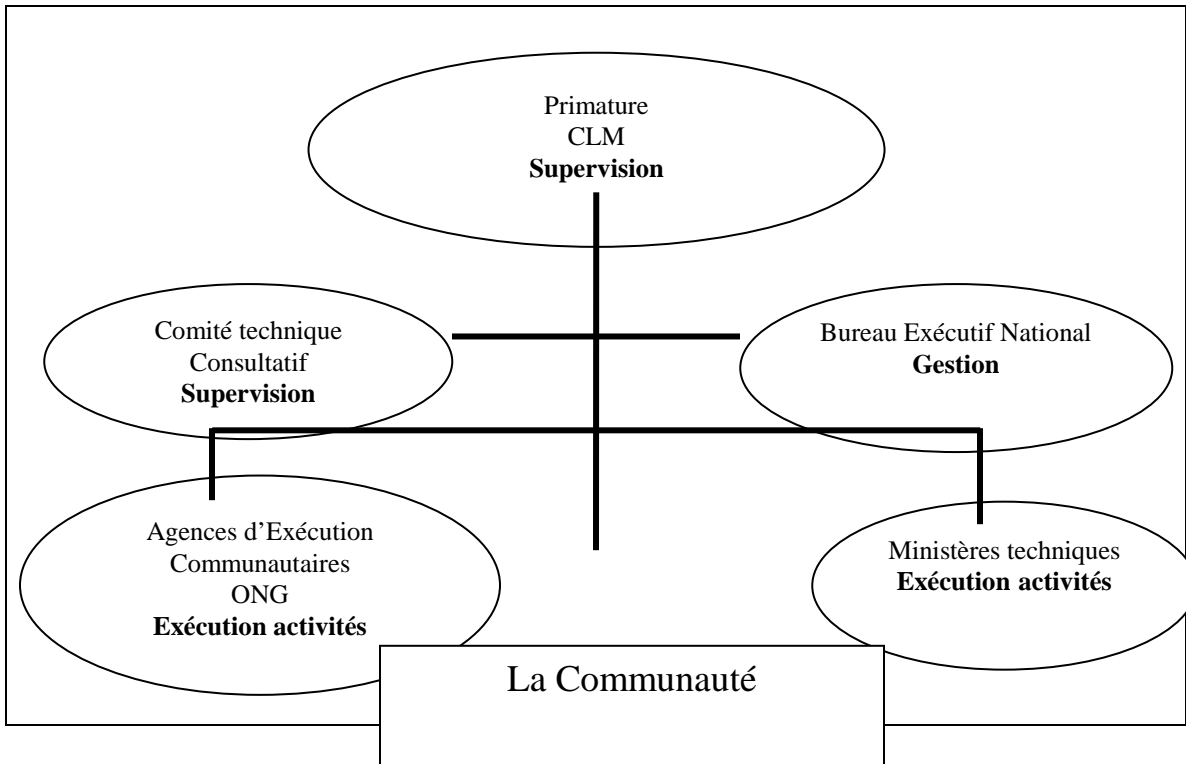
<sup>55</sup> Selon la Constitution (Titre IV, articles 53 à 57), le Gouvernement conduit et coordonne la politique de la nation sous la direction du Premier Ministre. Celui-ci préside les conseils interministériels et les réunions ministérielles. Il a une autorité sur tous les ministres.

<sup>56</sup> Mais, l'Etat a consenti à assurer le paiement des salaires des MOC et MIC durant la phase de fermeture du PNC qui a duré environ un an.

**Graphique 4: Cadre institutionnel du PPNS et du PNC**



**Graphique 5: Cadre institutionnel du PRN**



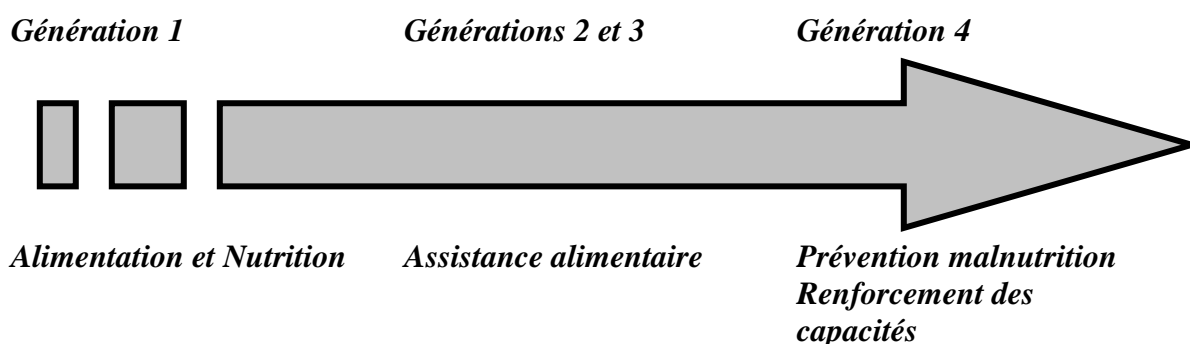
*Tableau 3: Financement des programmes de nutrition (en millions d' USD)*

Programme	Banque mondiale	Etat du Sénégal	PAM	KFW	UNICEF	M.I.	A rechercher
PNC	28	-	-	-	-	-	-
PRN 1	14,7	1,5	4 millions	-	-	-	-
PRN 2	15	15,8	-	-	3,7	0,6	12

### ORIENTATIONS DES POLITIQUES ET MODES D'ADOPTION

La **figure 6** montre que la trajectoire des politiques de nutrition a évolué des objectifs centrés autour de la supplémentation alimentaire vers des objectifs de prévention de la malnutrition et qui assurent la durabilité de la politique de nutrition. Les activités du PNC sont toujours dominées par la supplémentation. Cependant, c'est aussi le premier programme qui s'est occupé des aspects environnementaux, notamment la disponibilité d'eau potable. Le PRN a inscrit son approche vers la recherche d'une durabilité.

**Graphique 6: Orientation des politiques de nutrition**



Le Gouvernement a élaboré les projets et programmes des première et deuxième générations. Ils sont planifiés dans le PQDES et dotés de ressources budgétaires. Les PQDES sont le résultat d'un long exercice de planification. Ils sont discutés et approuvés par l'Assemblée nationale et sont, au bout du processus, l'objet d'une loi. Les deux premières politiques ont donc été discutées par les parlementaires avant leur exécution.

Le PNC n'a pas suivi le même principe d'adoption. Il est un projet hors plan, essentiellement conçu avec l'aide de la Banque mondiale dans un contexte où le Gouvernement était préoccupé par l'urgence d'atténuer les effets désastreux de la dévaluation et des politiques d'ajustement sur les couches vulnérables. Son mode d'élaboration et d'adoption explique, en partie, la faible appropriation du projet par les ministères techniques, membres de la CNLM.

Le PRN a suivi un mode d'adoption différent de celui des programmes précédents. Son élaboration découle de la LPDN commanditée par le Gouvernement. Cette Lettre a été préparée et rédigée par un Comité formé par des agents des ministères techniques et des services de la planification, des acteurs membres des ONGs et ayant une grande expérience dans les interventions nutritionnelles, de représentants de partenaires techniques comme l'UNICEF, sous la supervision de la Primature. Les nutritionnistes ont été les principaux animateurs du Comité. Le processus d'élaboration de la LPDN a été long du fait des débats au sein du Comité de rédaction. La plupart des acteurs ayant participé à la rédaction de la LPDN et à l'élaboration du PRN ont été associés aux négociations relatives au financement du programme par la Banque mondiale. Cette expertise a constitué un appui pour le Gouvernement lors des négociations avec les bailleurs de fonds. Ce processus d'élaboration du PRN a l'avantage de sensibiliser le Gouvernement sur l'intérêt de la nutrition. Il a aussi renforcé les capacités de ce dernier en matière de connaissance des problèmes liés à la nutrition. En soi, ce processus est un plaidoyer auprès des autorités en faveur de la nutrition.

## MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE NUTRITION

Le tableau 2 montre que la trajectoire des politiques de nutrition s'est accompagnée d'une évolution dans les mécanismes de mise en œuvre. Lors des deux premières générations, la mise en œuvre des activités liées aux politiques était essentiellement assurée par le Ministère de la Santé. Ce choix repose sur l'idée que la nutrition est un problème de santé et que, par conséquent, les services de santé sont naturellement indiqués pour intervenir dans les communautés et y promouvoir des changements de comportements.

Le PNC opère une rupture en confiant la mise en œuvre aux communautés. Le PRN a élargi et enrichi les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme en responsabilisant des ONGs qui ont une grande expérience dans le domaine des interventions en nutrition. Mais, la rupture dans la démarche de mise en œuvre entre les deux programmes réside essentiellement dans l'implication des ministères techniques qui élaborent et exécutent des projets de nutrition intégrés dans le PRN. Cette démarche du PRN est un moyen efficace pour prendre en compte la dimension multisectorielle de la nutrition et pour la replacer dans les politiques de développement. Elle permet aussi de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition.

## LE NIVEAU D'ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT

Dans la trajectoire des politiques de nutrition au Sénégal, nous avons analysé<sup>57</sup> l'influence du contexte et des stratégies d'acteurs dans la conception, l'orientation et l'adoption des différents projets et programmes. En particulier, l'évolution des différentes politiques s'est accompagnée d'une implication progressive de la société civile et des nutritionnistes dans le champ de la nutrition. Par ailleurs, les agences du système des Nations Unies ont aussi joué un rôle de plus en plus important pour promouvoir la nutrition au cœur des politiques de développement. La définition des OMD en est la parfaite illustration.

Le Gouvernement a su profiter d'un contexte national et international favorable pour élever son niveau d'engagement dans le domaine de la nutrition dans la dernière génération. Il a su mettre à profit les éléments suivants:

- Un environnement sociopolitique marqué par une grande mobilisation des communautés et collectivités locales dans les politiques nationales en générale, les politiques sociales en particulier. La politique de décentralisation a facilité l'organisation de ces acteurs. Il reste cependant à convaincre les communautés de s'investir d'avantage dans la nutrition.
- Un environnement scientifique plus favorable à la mise en œuvre de politiques de nutrition. L'effectif des nutritionnistes s'étoffe, même si le Sénégal n'a pas encore une masse critique de nutritionnistes capables de gérer tous les projets et programmes. En plus les savoirs dans le domaine de la prise en charge des

---

<sup>57</sup> Voir Chapitre 5.2

- problèmes relatifs à la nutrition accentuent la prévention et le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition en rationalisant l'intervention de divers acteurs.
- Un environnement international plus favorable à la mise en œuvre de politiques de nutrition. L'agenda des Nations Unies et celui de ses agences, sont une incitation à l'engagement dans la promotion de la nutrition. Le respect par le Gouvernement de cet agenda et le respect des différentes initiatives de l'OMS et de l'UNICEF en matière de nutrition sont en soi un indicateur de l'engagement politique en faveur de la nutrition.

Le schéma du financement du PRN est certes un indicateur du niveau relativement élevé d'engagement du Gouvernement dans sa volonté d'appuyer la politique de nutrition. Mais, il reste que la part de la nutrition dans le budget du Ministère de la Santé est de 3%.

La lecture des documents relatifs à la planification étatique permet d'avoir une meilleure lecture du niveau d'engagement du Gouvernement dans la nutrition. Dans le DSRP 1, la nutrition ne figure pas parmi les cinq objectifs prioritaires du domaine santé. En revanche, la nutrition est bien inscrite dans le DSRP 2:

- Dans le domaine santé, elle constitue un objectif ayant trois actions prioritaires. L'objectif explicite est d'« *améliorer la situation nutritionnelle des femmes et des enfants* » et les actions prioritaires sont (1) l'extension de la couverture (50%) des activités de nutrition communautaire dans les zones rurales, (2) la promotion du développement des activités de nutrition dans les secteurs de la santé et de l'éducation, et (3) le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles, de planification et de gestion des interventions de nutrition.
- Dans le plan d'actions prioritaires 2006-2010, le Programme Triennal d'Investissement Public (PTIP) est évalué à 17,792 milliards répartis entre l'Etat (45%) et les bailleurs de fonds (55%). Le PTIP représente 67% du montant prévu par le DSRP (26,428 milliards de FCFA).

Par rapport au DSRP 1, le DSRP 2 est marqué par plusieurs évolutions. Par exemple, l'horizon du DSRP 2 est porté à cinq années (2006-2010) et cet horizon s'inscrit de façon explicite dans une vision à long terme (2015) articulée entre autres, autour des OMD. L'objectif global du PRN est de contribuer à l'atteinte des OMD par le Sénégal.

Les informateurs membres de l'équipe de la Primature et qui sont au fait de la politique de nutrition ont insisté sur l'intérêt que manifeste le Gouvernement à l'égard de la politique de nutrition. Pour eux, le Gouvernement a tout à gagner en s'investissant dans la nutrition en raison du gain politique qu'il pourrait en tirer si les indicateurs s'améliorent. Le Gouvernement est conscient de l'impact de l'intervention en nutrition sur les domaines de la santé et de l'éducation qui sont ses priorités. Améliorer la nutrition a un impact sur le capital humain et donc sur la productivité. Cela a un effet direct sur la création de richesse au cœur de la lutte contre la pauvreté. La conscience de cet impact positif de la politique de nutrition sur le développement économique et social explique en

partie pourquoi le Gouvernement a envisagé l'augmentation de sa participation financière dans la phase deux du PRN. Selon un des informateurs, le Gouvernement a l'intention d'inscrire les ressources destinées à la nutrition dans le budget de fonctionnement et non dans le budget d'investissement, comme c'est le cas actuellement.

Les informateurs ont aussi évoqué certains actes symboliques forts qui témoignent de l'intérêt des autorités à l'égard de la nutrition. Le premier est l'implication personnelle de l'épouse du Président de la République en faveur de la nutrition. La Première Dame finance un projet de recherche et d'exploitation de la spiruline, algues riches en protéine. Elle participe parfois à la campagne de pesées des enfants, ce qui a pour effet d'encourager les femmes à respecter le calendrier de suivi de leurs enfants. Le deuxième acte fort est la référence du Premier Ministre à la phase deux du PRN lors de son dernier discours de politique générale devant l'Assemblée nationale, le 17 septembre 2007.

### **DURABILITE DES POLITIQUES DE NUTRITION**

Le PPNS et le PNC, programmes de nutrition mis en œuvre essentiellement autour de la distribution d'aliments, ne pouvaient pas assurer la durabilité de la politique de nutrition. La distribution de vivres avait un coût élevé et a contribué au détournement d'objectif de ces programmes. Par ailleurs, le PNC ne pouvait pas supporter le coût de fonctionnement exorbitant des centres de nutrition communautaire.

Le bilan de ces expériences a été largement tiré par le PRN qui a inscrit sa démarche globale dans la durabilité en s'appuyant sur:

- la prévention (l'éducation à la nutrition);
- l'approche communautaire (AEC, OCB, Collectivités locales)
- l'approche multisectorielle;
- le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles. Cet objectif permet en même temps d'assurer la durabilité et d'inscrire les actions de nutrition dans les politiques sectorielles.

## **PART V - LE CHANGEMENT EN MATIERE DE POLITIQUE DE NUTRITION: DISCUSSION ET INTERPRETATION**

### **POINTS D'INFLEXION DANS LA TRAJECTOIRE DES POLITIQUES DE NUTRITION**

Au regard de la problématique du renforcement de la nutrition dans les politiques de développement, la politique nutritionnelle du début des années 2000 constitue sans aucun doute un point critique dans la trajectoire des politiques publiques. L'analyse de la littérature disponible et celle des données d'entretien nous permettent de dire qu'il existe:

- Une volonté politique des autorités gouvernementales d'inscrire la nutrition dans leurs préoccupations de développement: l'engagement budgétaire est plus important, la nutrition est présente dans les activités de plusieurs ministères (santé, éducation, petite enfance et enseignement technique), dans les documents cadres de définition des politiques de développement et, dans une moindre mesure, dans le discours officiel;
- un cadre institutionnel ayant en charge tous les aspects liés à la politique nationale de nutrition (définition, mise en œuvre et coordination). Ce cadre (la CLM) assure la coordination d'ensemble de toutes les interventions en nutrition;
- un programme national de nutrition mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national, dans les zones urbaines et rurales pauvres. Ce programme (PRN) associe une pluralité d'acteurs constituée par les ministères, les organisations de la société civile (ONGs et OCB) et les Collectivités locales; et
- un système d'informations fiable et pertinent qui permet la surveillance régulière de la situation des enfants dans tous les sites d'intervention du programme.

L'ensemble de ces éléments donne une indication sur la place de la politique de nutrition dans les préoccupations gouvernementales. Par ailleurs, les premiers résultats de cette politique de nutrition sont encourageants. Même si la réduction de la malnutrition reste encore insuffisante pour atteindre les OMD en 2015, la situation nutritionnelle du Sénégal s'améliore. Les dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS II, 1992 et EDS IV, 2005) indiquent, selon les trois indicateurs de nutrition, que chez les enfants âgés de moins de cinq ans, l'insuffisance pondérale a baissé de 20% à 17%, le retard de croissance a chuté de 22% à 16%, la maigreur a baissé de 9% à 8%. De manière générale, depuis 2000, on a pu observer et mesurer une réduction significative de la prévalence de la malnutrition et une amélioration générale de la situation nutritionnelle des enfants et des femmes.

La mise en œuvre de la politique de nutrition depuis 2000 constitue un point critique dans la trajectoire des politiques publiques pour une autre raison. Sous certains aspects, en particulier le type d'approche, les mécanismes de mise en œuvre et le dispositif institutionnel, le programme national mis en place en 2002 rompt avec le projet phare de la troisième génération de politiques de nutrition.

Il y a donc un changement en matière de politique de nutrition. La question est alors d'identifier tous les facteurs qui ont contribué à ce changement, en d'autres termes, tous les facteurs qui ont influencé ou encouragé le Gouvernement à accepter de renforcer le statut de la nutrition dans ses politiques et à s'engager dans un processus d'institutionnalisation de la nutrition. Il s'agit aussi, après avoir expliqué ces facteurs, de déterminer leur importance relative et leur interrelation.

## **FACTEURS CLES DU CHANGEMENT EN MATIERE DE POLITIQUE DE NUTRITION**

À la lumière des données secondaires et des résultats des enquêtes présentés et analysés dans les deux chapitres précédents (chapitres IV et V), on peut identifier cinq facteurs qui ont influencé le choix du le Gouvernement de renforcer la nutrition dans les politiques de développement. Ces facteurs sont:

- Le contexte politique et social, - le modèle de politique de nutrition;
- le mode d'élaboration et d'adoption de la politique de nutrition;
- l'environnement organisationnel communautaire, et;
- le mode de mise en œuvre.

### ***Le Contexte Politique et Social***

Le contexte politique et social ayant contribué au changement en matière de politique a les principales caractéristiques suivantes:

- Le changement de système de planification économique avec l'adoption d'un DSRP: ce choix traduit une nouvelle orientation des politiques de gestion des ressources économiques et sociales et vise à renforcer la rationalité et l'efficacité des interventions et celles de la gestion des ressources.
- L'appui constant des partenaires au développement, les bailleurs de fonds en particulier, aux efforts de développement du Sénégal.
- Le renforcement et l'amélioration du plaidoyer des nutritionnistes en faveur de la promotion de la nutrition.

Ces trois éléments doivent être mis en contexte. En 2000, le Sénégal a connu, après des élections régulières, une alternance au sommet de l'Etat. L'équipe partante a gouverné sans discontinuité le pays pendant 40 ans. Elle se réclamait du socialisme démocratique. La nouvelle équipe se réclame quant à elle du libéralisme. On peut avancer l'hypothèse selon laquelle l'ancienne équipe était essoufflée et usée, ce qui a encouragé beaucoup d'acteurs du développement à penser l'opportunité d'un changement politique avec l'arrivée de nouveaux dirigeants. Ce changement facilitait l'impulsion d'une nouvelle dynamique et celle de nouvelles orientations aux politiques de développement. Comme le soulignait un informateur, acteur de la société civile, « *les populations ont voté pour le changement pour espérer une amélioration de leurs conditions d'existence. Nous, dans les ONG, nous avons bien compris ce message* ».

## *Une nouvelle planification économique*

La nouvelle équipe néolibérale arrivée au pouvoir en 2000 a bénéficié des résultats positifs d'une série de réformes entreprises par le Gouvernement socialiste depuis la fin des années 1970, en particulier, le processus d'approfondissement de la décentralisation<sup>58</sup>, l'avènement du pluralisme politique intervenu en 1981, la libéralisation économique et la modernisation de l'administration découlant des politiques d'ajustement. Ces réformes ont largement contribué à une meilleure rationalisation du rôle et de l'action de l'Etat. Les voix des populations se faisaient de plus en plus entendre, les partis politiques d'opposition relayaient les demandes sociales, l'ouverture des marchés et des frontières exerçait une pression permanente sur le Gouvernement. Ce dernier était plus attentif aux enjeux du développement, ce qui lui permettait de suivre de manière plus rapprochée l'agenda de la communauté internationale et celui des agences du système des Nations Unies. Lors des entretiens, un conseiller à la Primature a exprimé, à sa manière, le changement intervenu dans la perception des enjeux du développement par le Gouvernement: « *dans les années 90, la priorité était ailleurs (application des politiques d'ajustement). En 2001, il y a une nouvelle philosophie, un nouvel engagement du Gouvernement* ».

La nouvelle équipe a aussi expérimenté une nouvelle conception de définition des politiques économiques notamment avec l'élaboration d'un DSRP. Ce document est conçu comme « *un document de politique économique et sociale pour la croissance et la réduction de la pauvreté. (...). Il constitue un cadre de référence des interventions du gouvernement et des partenaires au développement, mais aussi de tous les autres acteurs (société civile, secteur privé, collectivités locales) qui devront traduire dans les programmes sectoriels et dans les stratégies d'assistance, les modalités d'opérationnalisation* »<sup>59</sup>. Donc, cette nouvelle forme de planification relève d'une volonté politique de rationaliser l'intervention de l'Etat. La politique de nutrition doit, elle aussi, s'ajuster à cette stratégie générale de sortie de crise. Pour le Gouvernement, il y a un lien évident entre la lutte contre la pauvreté et la nutrition. En particulier, améliorer la situation nutritionnelle des femmes et enfants est une stratégie pour accélérer la promotion de l'accès aux services sociaux de base (santé et éducation).

Au delà de l'objectif de rationalisation de l'intervention de l'Etat, la nouvelle forme de planification comporte un autre avantage. Le DSRP a été élaboré grâce à un processus participatif. Tous les acteurs clés du développement que sont les acteurs étatiques, les organisations de la société civile, les collectivités locales, le secteur privé et les partenaires au développement ont participé à l'élaboration du DSRP. Cette démarche participative présente l'intérêt de faciliter l'appropriation des politiques par les acteurs d'une part et d'autre part, la mise en œuvre de ces politiques.

---

<sup>58</sup> Voir 3.2

<sup>59</sup> Voir DSRP II (2006 – 2010), octobre 2006

Donc, le choix du Gouvernement d'élaborer un DSRP lui a permis de renforcer la nutrition dans les politiques de développement.

### *Appui des partenaires aux efforts de développement du pays*

Les partenaires au développement ont joué un grand rôle dans le renforcement des politiques nationales de nutrition en termes d'appui technique (OMS, UNICEF, USAID) et d'appui financier (Banque mondiale, PAM, KFW, USAID, UNICEF, ACDI). Dans les entretiens avec des responsables du PAM, de l'UNICEF, de l'OMS, de l'USAID et de la Banque mondiale, il a été confirmé le volonté de ces partenaires d'appuyer le Gouvernement dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de nutrition. Par exemple, l'UNICEF a soutenu de façon régulière l'activité d'iode universelle du sel. L'UNICEF travaille à rendre cette activité prioritaire en appuyant depuis le début des années 1990 le Ministère de la Santé et depuis peu, le COSFAM. L'USAID, par l'intermédiaire de son agence d'exécution BASICS, a participé au transfert au Ministère de la Santé et aux autres acteurs les stratégies du PAIN et de la PCIME. Elle a aussi facilité l'appropriation de ces stratégies par ces acteurs.

L'USAID et l'ACDI appuient le programme de nutrition de HKI. Ce programme est composé d'un projet Supplémentation en vitamine A, d'un projet d'appui au processus de fortification alimentaire et d'un volet d'appui nutritionnel aux PVVIH. L'objectif de ce programme est d'appuyer le Ministère de la Santé et de participer au processus de création du COSFAM. Le PAM exécute un projet de renforcement des capacités de la Division nationale des cantines scolaires du Ministère de l'Education.

Tout ce travail des partenaires concernant l'appui technique et financier permet au Gouvernement et au Ministère de la Santé en particulier de renforcer leurs capacités d'élaboration et de mise en œuvre de projets et programmes de nutrition. C'est le cas de la Politique nationale ANJE (2006), du PISEN (2006), du Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant (2007). Il a aussi facilité la création du COSFAM par une alliance nationale d'acteurs. L'effort de la Banque mondiale dans le financement des politiques de nutrition est bien connu et apprécié. Elle a entièrement financé le PNC. Elle a assuré près de 73% du financement de la phase I du PRN et s'est engagé à financer la phase II à hauteur de 32%.

Il existe une concertation permanente entre les partenaires en vue d'harmoniser leurs points de vue et de rationaliser leurs interventions sectorielles. Cette concertation a lieu autour d'un Chef de file. L'USAID est le Chef de file pour l'appui nutritionnel aux PVVIH, l'UNICEF pour l'iode du sel et la Supplémentation en vitamine A, l'OMS pour le déparasitage.

La qualité du partenariat entre l'Etat et les partenaires au développement a été soulignée par tous les acteurs étatiques ou appartenant aux organismes de coopération lors des entretiens. Selon l'un d'entre eux, la bonne entente entre le Gouvernement et ses partenaires résulte, en partie, de l'existence d'une bonne expertise et des compétences

dans le camp du Gouvernement. La présence de cette expertise a facilité les négociations entre le Gouvernement et la Banque mondiale lors des rencontres relatives au financement du PRN.

### ***Amélioration du plaidoyer des nutritionnistes en faveur de la promotion de la nutrition***

« *La nutrition n'est pas un luxe. Investir dans la nutrition est un investissement rentable* », affirmait un conseiller du Premier Ministre lors des entretiens. Pratiquement tous les acteurs étatiques interviewés ont exprimé une vision claire des enjeux de la politique de nutrition. Des nutritionnistes, agents du changement, semblent avoir joué un grand rôle dans ce processus d'appropriation des enjeux de la nutrition par les techniciens du Gouvernement.

La Communauté des nutritionnistes n'est pas encore très importante en effectif, mais certains de ses membres, par leur activisme et leadership, ont su efficacement assurer un plaidoyer pour le renforcement de la politique de nutrition. Certains de nos informateurs, acteurs étatiques, acteurs membres des organisations de la société civile et acteurs membres des organisations partenaires ont identifié le Pr. Galaye Sall et Mr. Biram Ndiaye comme étant des champions de la nutrition.

Le Pr Galaye Sall, à partir de son poste administratif de Chef de la DANSE en charge de la nutrition au Ministère de la Santé (1995-2004), a eu à appliquer en 2002, avec l'appui de BASICS, pour la première fois au Sénégal, l'analyse Profiles<sup>60</sup>. Cet exercice lui a offert un formidable outil de plaidoyer en faveur de la nutrition auprès du Gouvernement et des partenaires du développement.

L'analyse Profiles réalisée par le Ministère de la Santé a mis l'accent sur les problèmes liés à la malnutrition et leurs conséquences sur une période de dix ans (2002-2011) pour trois secteurs clés du développement, à savoir la santé, l'éducation et l'économie.

Concernant la santé, l'analyse établit la nécessité d'agir rapidement contre la malnutrition. Sinon, les conséquences sont les suivantes:

- La malnutrition proteino-énergétique sera à la base de près de 130 000 décès d'enfants de moins de 5 ans de 2002 à 2011.
- La mauvaise pratique de l'allaitement maternel sera à l'origine du décès de 4000 enfants âgés de moins d'un an chaque année.
- La carence en vitamine A serait à la base du décès de plus de 80 000 enfants de moins de cinq ans en dix ans.

---

<sup>60</sup> Voir le document Analyse Profiles au Sénégal, Dakar, du 25 février au 8 mars 2002.

Concernant les conséquences de la malnutrition sur les performances scolaires des enfants, l'analyse révèle que:

- Tous les enfants nés de mères présentant une carence en iode souffriront des répercussions de celle-ci (crétinisme, retard mental sévère, déficit intellectuel) de manière irréversible;
- si des interventions appropriées ne sont pas prises pour réduire la prévalence du goitre, 700 000 nouveaux nés souffriront d'un déficit mental; et
- un million et demi d'enfants ont un rendement scolaire inférieur à leurs capacités réelles à cause de la carence en fer.

Concernant enfin les conséquences néfastes de la malnutrition sur l'économie, l'analyse Profiles montre que:

- La faible pratique de l'allaitement maternel exclusif entraîne des pertes économiques annuelles d'environ 24,5 milliards de FCFA, soit plus de 80% du budget du Ministère de la Santé.
- La valeur de la productivité future perdue à cause de la carence en iode dans les 10 ans dépasse 318 milliards de FCFA.
- La valeur des pertes de productivité sur dix ans par suite de l'anémie par carence en fer chez les femmes actives est estimée à 14 milliards de FCFA et celles liées à l'anémie chez les enfants à 260 milliards de FCFA.

L'analyse a donc évalué les pertes économiques causées par les problèmes nutritionnels liés à la carence en iode, le retard de croissance et la carence en fer. Ces pertes sont estimées à 821 milliards de FCfa. Si des mesures adéquates sont prises, les bénéfices économiques pour le Sénégal s'élèveraient à 273 milliards de FCFA. A ces gains économiques, il faut ajouter plus de 1400 vies d'enfants de moins d'un an sauvées suite à une pratique adéquate de l'AME, plus de 50 000 vies d'enfants de moins de cinq ans sauvées suite à la réduction des insuffisances pondérales et à l'élimination de la carence en vitamines A, plus de 360 000 nouveaux nés sauvés du retard intellectuel suite à l'élimination de la carence en iode et plus de 1700 vies de mères sauvées suite à l'élimination de la carence en vitamine A.

L'analyse conclut en invitant les autorités à comprendre:

- l'impératif à investir dans l'amélioration de l'état nutritionnel des mères et des enfants sénégalais;
- que tous les investissements en matière d'éducation et de développement seront compromis si rien n'est fait pour améliorer la situation nutritionnelle; et
- que l'amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables doit devenir un objectif de planification de tous les secteurs et un indicateur de développement économique.

Ce plaidoyer choc, bien argumenté, a ému les autorités gouvernementales et a participé au renforcement de leur conscience des enjeux de la nutrition. Il eut le même effet au sein du groupe des partenaires au développement<sup>61</sup>.

Mr. Biram Ndiaye, actuel coordinateur de la CLM a aussi été cité comme étant un champion de la nutrition. Pratiquement tous les acteurs étatiques, membres des organisations de la société civile et partenaires apprécient bien le rôle qu'il a joué dans la réussite de la phase I du PRN. Ils pensent aussi que, par son dynamisme, il a su donner une âme à la CLM pour en faire le leader reconnu dans la politique de nutrition au Sénégal.

### **LE MODELE DE POLITIQUE DE NUTRITION**

Le modèle de politique de nutrition adopté en 2002 semble avoir renforcé la politique de nutrition dans les politiques de développement. Le choix d'un cadre institutionnel approprié (CLM) et d'un type d'approche pertinent (approche programme) a fortement contribué à enclencher le processus d'institutionnalisation de la nutrition.

#### ***Le cadrage institutionnel de la politique de nutrition: la pertinence de la CLM***

Pour un certain nombre de raisons discutées plus haut<sup>62</sup>, en 2000, la structure de supervision de la politique de nutrition a quitté sa première localisation (Secrétariat Général de la Présidence de la République) pour être logée à la Primature. Ces deux institutions représentent les deux niveaux de décision les plus élevés. Cependant, l'analyse des deux décrets de création de la CNLM (1994) et de la CLM (2001) montre que les deux structures ont des missions différentes. Celle de la CNLM se limitait pratiquement à assurer la bonne marche du PNC, alors que la CLM a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de nutrition.

La mission consistant à définir la politique de nutrition permet à la CLM, comme le rappelle une responsable du BEN « *d'assurer la visibilité de la politique de nutrition* ». Étant en dehors des ministères, elle peut échapper aux conflits d'intérêts entre les ministères et peut exprimer la dimension multisectorielle de la nutrition. Enfin, elle peut facilement assumer son statut de structure d'échange, de discussions entre tous les acteurs clés de la nutrition, plus particulièrement entre techniciens et politiques. Elle peut relayer les débats internationaux relatifs à la nutrition. Selon un conseiller à la Primature: « *l'activisme de la CLM a permis de renforcer la nutrition dans le DSRP II et dans les politiques sectorielles.* »

L'existence de la CLM assure donc la visibilité de la nutrition et contribue à renforcer sa présence dans les politiques de développement.

---

<sup>61</sup> J'ai eu l'occasion d'assister en 2006 à une séance de présentation de l'analyse Profiles devant le staff du PAM / Sénégal. Cette présentation faite par le Pr. Galaye Sall avait fortement impressionné le PAM.

<sup>62</sup> Voir 5.2.2.

### ***Type d'approche de politique de nutrition: les performances de l'approche programme***

Le choix du cadre institutionnel, en particulier le choix de créer une CLM qui a une mission de définition et de mise en œuvre de la politique nationale en matière de nutrition avait comme corollaire un changement d'approche de politique. Le passage de l'approche projet à l'approche programme obéit à une préoccupation majeure de la CLM: mettre à contribution les efforts de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition<sup>63</sup>.

L'approche programme est plus en conformité avec le schéma institutionnel qui vise à assurer le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition, la cohérence de la politique nationale de nutrition et la connexion entre la politique de nutrition et le DSRP. Un acteur étatique, présente ainsi l'intérêt de l'approche programme: « avec l'approche intégrée, nous avons augmenté l'opérationnalité de la politique de nutrition ».

L'existence d'une CLM et le choix d'une approche programme replace la nutrition dans la politique de développement. Ils facilitent aussi l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de la politique de nutrition.

### **LE MODE D'ELABORATION ET D'ADOPTION DE LA POLITIQUE DE NUTRITION: LA FORME DU PROCESSUS PARTICIPATIF**

Le mode d'élaboration et d'adoption des politiques et programmes de nutrition a changé avec la naissance de la CLM. Pour assurer la dimension multisectorielle de la politique de nutrition et sa mise en cohérence avec le programme de lutte contre la pauvreté, la CLM procède en deux étapes consistant en la rédaction d'une LPDN et l'élaboration d'un programme national dans un processus participatif avec toutes les structures représentées dans la CLM (Ministères, organisations de la société civile, collectivités locales et d'autres acteurs [secteur privé], partenaires au développement).

Les nutritionnistes de la CLM et des organisations de la société civile ont animé ce processus participatif. L'intérêt de ce mécanisme d'élaboration est triple. D'une part, il a donné la possibilité à l'expertise et aux compétences nationales membres des services publics et privés d'échanger, de débattre autour de leurs conceptions respectives de la nutrition et d'aboutir à un consensus. Selon plusieurs informateurs, membres du Comité de rédaction de la LPDN, la question de la distribution d'aliments a été l'objet d'un long débat. D'autre part, ce processus participatif facilite l'appropriation de la politique de nutrition par tous les acteurs, le Gouvernement compris. La définition des politiques est une occasion pour le Gouvernement de renforcer ses capacités en matière de connaissance des problèmes de nutrition. Enfin, toute l'expertise actrice dans ce processus participatif d'élaboration des outils de la politique de nutrition a constitué une ressource importante aux côtés du Gouvernement dans les négociations avec les bailleurs de fonds.

---

<sup>63</sup> Voir 5.2.2.

La procédure d'adoption de ces outils a aussi été participative. Lors de la préparation de la LPDN, il y avait plusieurs niveaux de validation: un comité restreint de rédaction, un comité élargi, la CLM, la communauté des acteurs et bénéficiaires.

### ***L'environnement organisationnel communautaire***

L'environnement organisationnel communautaire, une des dimensions spécifiques du contexte social, est aussi un des éléments facilitant le changement en matière de politique de nutrition. La promotion de la participation communautaire au processus de développement a été encouragée grâce à la mise en place d'un cadre institutionnel par la politique de décentralisation. Des comités de gestion participent depuis longtemps au fonctionnement des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé.

Sur l'ensemble du territoire national, dans les quartiers urbains et ruraux, les organisations communautaires de base participent à l'animation du processus participatif de développement local. La présence d'un réseau d'organisations communautaires essentiellement composées de femmes peut constituer une plate-forme propice à la mise en œuvre d'activités de promotion nutritionnelle.

Donc, les forces sociales pouvant assurer la mise en œuvre d'un nouveau modèle de politique publique de nutrition existent. La participation communautaire est au cœur du nouveau mode de mise en œuvre des programmes de nutrition.

### **LE MODE DE MISE EN ŒUVRE: LA COMMUNAUTE DANS L'ACTION**

Le mode de mise en œuvre des programmes de nutrition a complètement changé avec le programme national de nutrition. La CLM s'est dotée d'un coordonnateur gestionnaire du principal programme de nutrition (PRN) qui participe à toutes les réflexions sur la politique nationale de nutrition.

La mise en œuvre est assurée par des ONG et OCB à travers un système de contractualisation. Toutes ces organisations ont une expérience dans le domaine de la nutrition. Elles peuvent assurer la couverture nationale de l'intervention et être plus sensibles à la diversité des contextes. Le mode de mise en œuvre comprend aussi trois ministères (santé, éducation et alphabétisation) et une agence nationale impliquée dans la lutte contre la malnutrition.

Ce mode de mise en œuvre a l'avantage d'associer une gamme très large d'acteurs étatiques et non étatiques.. Il permet, par ce fait et dans une certaine mesure, de neutraliser l'adversité éventuelle contre le programme. Dans les entretiens, les AEC et ministères interviewés approuvent le programme. Ce mode permet aussi, de façon directe, de renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du pays en matière de nutrition. L'approche communautaire du PRN facilite la dissémination des

résultats auprès du public le plus large composé des bénéficiaires, des agences d'exécution et des décideurs.

Le Gouvernement et la Banque mondiale sont satisfaits du bilan de la phase I du PRN, du point de vue de l'exécution du programme et du point de vue des résultats obtenus. Il y a eu une baisse de 62% de la malnutrition dans les zones du PRN, des progrès significatifs dans l'adoption des comportements adéquats à une bonne croissance des enfants, des interventions largement coût efficace (plus de 80% des projets ont eu un coût par enfant inférieur aux normes fixées). Ce « bilan excellent » selon les termes d'un conseiller à la Primature, résulte d'une bonne gestion du programme.

Beaucoup d'informateurs ont souligné la compétence du BEN en charge de la gestion du PRN. Les bons résultats obtenus par le PRN ont renforcé la crédibilité et du programme et de l'équipe de gestion vis-à-vis des autorités locales et des bailleurs de fonds. Ils ont en conséquence accru l'engagement du Gouvernement dans la politique de nutrition. Sa contribution dans le financement du PRN est passée de 1,5 millions USD dans la phase 1 à 15,8 millions USD dans la phase 2.

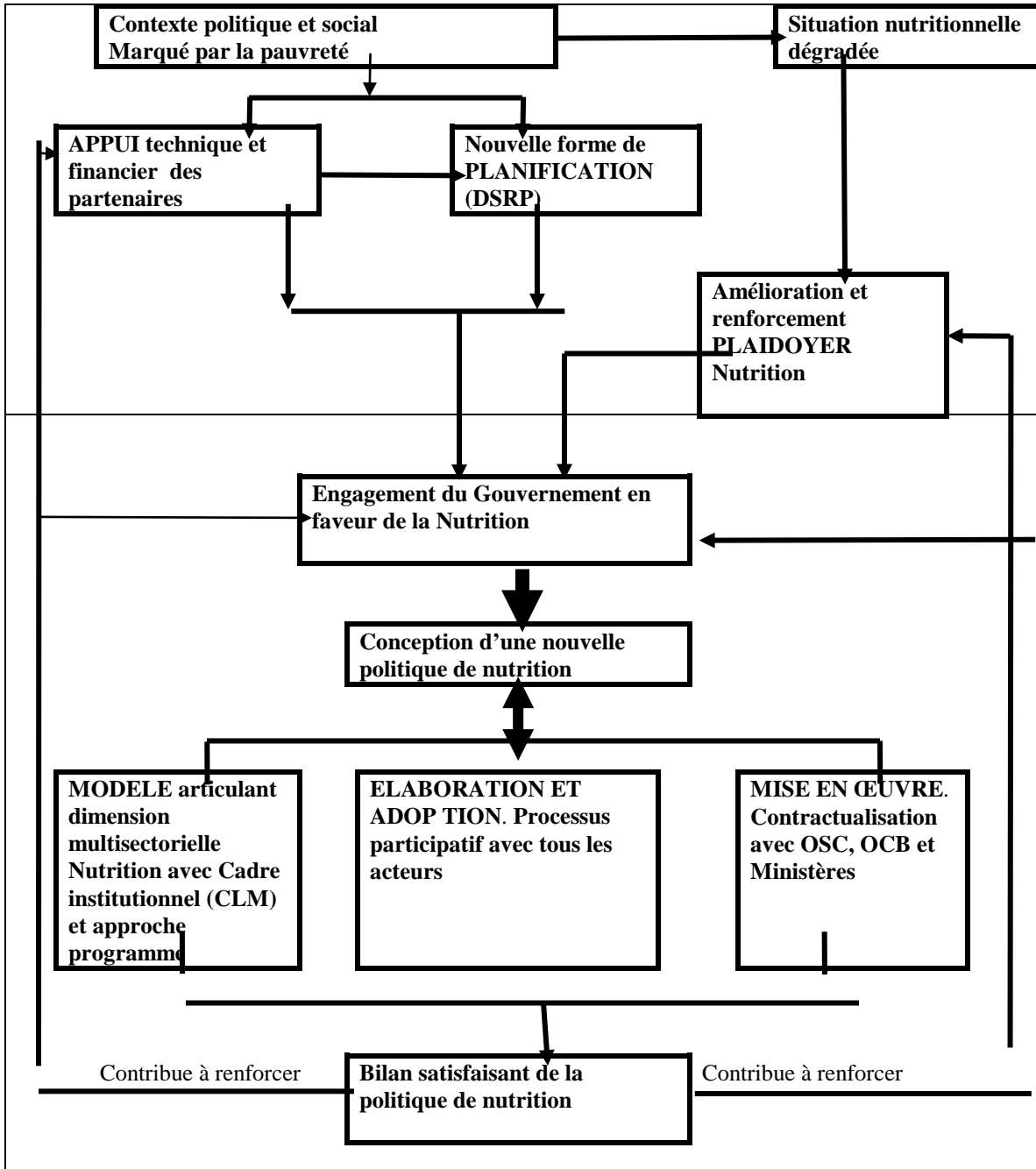
### **INTERRELATIONS DES FACTEURS CLES DU CHANGEMENT**

La lecture du graphique 7 nous permet de faire quatre observations relatives aux interrelations entre les différents facteurs clés du changement dans la politique de nutrition:

- L'engagement du gouvernement est important, mais n'est pas décisif dans le processus de changement. Il est obtenu par l'effet combiné de l'efficacité du plaidoyer en faveur de la nutrition, de l'appui technique et financier des partenaires au développement, et enfin, de la pertinence de la planification qui encadre toutes les interventions du Gouvernement. Cet engagement est une sorte de variable intermédiaire entre les facteurs liés au contexte politique et social et la conception d'une nouvelle politique de nutrition.
- La définition d'une nouvelle conception de politique de nutrition dépend de l'appui des partenaires et de l'existence d'une planification économique qui encadre les interventions et l'engagement du Gouvernement. En réalité, l'engagement ne détermine pas le renforcement de la politique de nutrition, mais peut le faciliter. En effet, l'action des partenaires conjuguée à une bonne politique de planification peut être à l'origine d'un changement de politique. Cependant, ce changement ne pourrait pas s'inscrire dans la durée sans l'existence d'un plaidoyer efficace et permanent. La pérennité et l'institutionnalisation ont besoin de l'engagement du Gouvernement obtenu par l'impact du plaidoyer. L'exemple du PNC est celui d'un programme soutenu par les partenaires, en l'absence d'une planification cohérente des politiques et d'un plaidoyer en faveur de la nutrition, donc, d'un engagement faible du Gouvernement. . Ce programme n'est pas viable.
- Une bonne politique de nutrition dépend aussi de son modèle qui doit prendre en charge le caractère multisectoriel de la malnutrition et de son approche

- participative (dans son élaboration et son adoption) et communautaire (dans sa mise en œuvre). Donc, un modèle ou une approche défailante remet en cause le renforcement de la politique de nutrition.
- Le choix du modèle de politique de nutrition est essentiel. Elle influence aussi bien la conception de la nouvelle politique que le mode d'élaboration et de mise en œuvre.

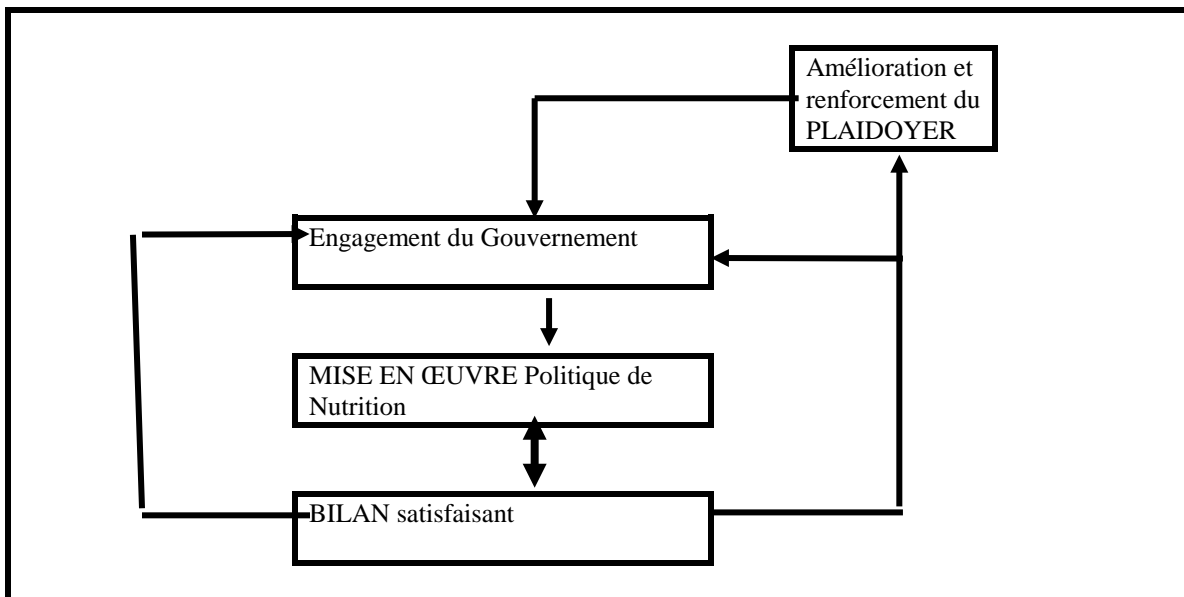
**Graphique 7: Interrelation des facteurs qui contribuent au renforcement de la nutrition dans les politiques de développement.**



Une fois l'obtention d'un bilan satisfaisant de cette nouvelle politique, ce bilan peut enclencher un cercle vertueux qui est le socle d'une institutionnalisation et d'une pérennisation de la politique de nutrition (*Graphique 8*). En effet, la réussite des premières politiques renforce le plaidoyer en faveur de la nutrition et donc, l'engagement du gouvernement qui est en mesure d'apprécier la rentabilité de son investissement dans la nutrition. Un bilan négatif peut freiner ou compromettre tout le processus d'institutionnalisation.

Le graphique 8 permet aussi de voir que le processus d'institutionnalisation autonomise progressivement le Gouvernement vis-à-vis des partenaires. La politique de nutrition est alors portée par les communautés. L'enjeu est donc la bonne mise en œuvre de la politique de nutrition.

**Graphique 8: Interrelation des facteurs dans un processus de pérennisation et d'institutionnalisation**



## PART VI - CONCLUSION

La tendance de la trajectoire des politiques publiques de nutrition confirme que, progressivement, le Gouvernement essaie de replacer la nutrition au cœur des politiques de développement. La mise en cohérence entre la Lettre de Politique de Développement de la Nutrition et le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté est un choix majeur qui facilite l'inscription de la nutrition dans l'agenda du Gouvernement. Par ailleurs, le cadre institutionnel du PRN permet au Gouvernement d'améliorer la mise en œuvre de la politique de nutrition, en assurant une bonne coordination de l'ensemble des interventions et projets de nutrition. L'appropriation de ce cadre d'exécution de la politique de nutrition par la société civile, les communautés et les collectivités locales et les ministères est réelle.

Le Gouvernement a réussi à négocier ce changement majeur en matière de politique de nutrition grâce à l'impact de trois facteurs qui sont l'appui des partenaires, la nouvelle planification des politiques de développement autour d'un DSRP et les actions de plaidoyer en faveur de la nutrition. Ce changement est porté par une nouvelle conception de la politique de nutrition qui apparaît comme étant pertinente. La dimension multisectorielle de la nutrition, le processus participatif d'élaboration et d'adoption et la mise en œuvre communautaire ont, dans une large mesure, participé aux performances de cette politique. On peut percevoir le déroulement d'un processus d'institutionnalisation de la politique de nutrition.

Cependant, ce processus d'institutionnalisation n'est pas irréversible. Les risques de blocage sont réels. Le risque majeur est lié aux résultats des premières politiques. Des résultats négatifs porteront sans aucun doute un coup dur à l'engagement du Gouvernement. Donc, l'enjeu aujourd'hui est de réussir la mise en œuvre des politiques pour améliorer leurs performances. Dans cette perspective, la poursuite du processus participatif, l'engagement des collectivités locales et des communautés sont indispensables pour assurer la bonne exécution et assurer un financement endogène de la politique de nutrition.

Il apparaît aussi que la poursuite de la politique de renforcement de la nutrition dans les politiques de développement exige plus de ressources humaines, des nutritionnistes en particulier. Avoir plus de nutritionnistes est une condition pour assurer tout le travail de plaidoyer, de planification et de management des interventions en nutrition assurées aussi bien par les structures privées que publiques.

Enfin, la réussite des politiques de nutrition est étroitement dépendante des résultats de la lutte contre la pauvreté. L'avancée de la pauvreté dans la société peut compromettre sans nul doute tous les acquis en termes d'amélioration de la situation nutritionnelle.

## REFERENCES

### GOVERNEMENT DU SENEGAL

Rapport Général sur les Perspectives de Développement du Sénégal (1960)

Premier Plan Quadriennal de Développement (1961-1964)

Deuxième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1965-1969)

Troisième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1969-1973)

Quatrième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1973-1977)

Cinquième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1977-1981)

Sixième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1981-1985)

Septième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1985-1989)

8<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (1989-1995)

10<sup>ème</sup> Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (2002-2007)

Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 (2002)

Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2, 2006)

Lettre de Politique de Développement de la Nutrition (2001)

Lettre de Politique de Développement de la Nutrition (2006)

Ministère de la Santé: Plan National d'Action pour la Nutrition (1997-2002)

Ministère de la Santé: Plan Stratégique PCME (2002-2007)

Ministère de la Santé: PNDS I (1998-2003)

Ministère de la Santé: PNDS II (2004-2008)

Ministère de la Santé: Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant (2008-2015)

Ministère de la Santé, CDSMT (2005-2008)

Ministère de la Santé (DANSE): *Mémoire de la Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE), 2005.*

Arrêté portant création de la CNLM (1995)

Arrêté portant création de la CLM (2001)

Arrêté portant création du COSFAM

OMD Rapport du Groupe de Travail Nutrition, (2005)

IRD, Système d'information alimentaire et nutritionnelle dans les pays du CILSS, Aide-mémoire de mission au Sénégal (2006)

PRN, Plan Stratégique phase II 2007-2011 (2006)

EDS I (1986), EDS II (1992), EDS III (1997), EDS IV (2005)

MICS I (1996), MICS II (2000)

COSFAM, Plan Stratégique pour la Fortification des Aliments en Micronutriments au Sénégal (PSFAMS, 2006-2011), (2006)

CONGAD: Répertoire des ONG membres du CONGAD, Edition 2004

PAM, Programme Pays Sénégal (2007-2011)

FAO, Programme National d'Appui à la Sécurité Alimentaire (PNASA), 2006

USAID, Sénégal 2005, Nutrition des Jeunes Enfants et des Mères

Banque Mondiale, Replacer la Nutrition au Cœur du Développement, 2007.

Banque Mondiale, Strengthening Country Commitment to Human Development. Lessons from Nutrition. 2005.

Biram NDIAYE: L'Evolution des Politiques de Nutrition au Sénégal.

A. Ndiaye, D. Cissé, I. Wone et M. Diouf, *Etude de faisabilité de la restructuration et de la mutation des CNC en centres de développement communautaires, CLM / PRN, Septembre 2002.*

#### **LIVRES CONSULTES OU CITES:**

Djibril DIOP, *Décentralisation et Gouvernance Locale au Sénégal*, L'Harmattan, 2006

Ch. Becker et al., *Le père Lebret, un dominicain économiste au Sénégal (1957-1963)*,  
Dakar, 2007.

Mamadou Dia, *Mémoires d'un militant du Tiers Monde*, Paris, Publisud, 1986.

Ismaila Madior CISEE, *Evolution Constitutionnelle du Sénégal: de la veille de  
l'indépendance aux élections de 2007*. Dakar, Credila, Crepos, 2007

## LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

### 1. *Gouvernement*

#### **Primature**

- Ibrahima WADE , Cellule Stratégie de Croissance Accélérée, membre délégation négociation du PRN I
- Diatourou NDIAYE, Conseiller, Chef délégation négociation du PRN II
- Magatte NIANG, Conseiller, Chef délégation négociation du PRN I
  - **Ministère de la Santé**
- Dr. Youssoupha GAYE, Chef de la Division Alimentation, Nutrition et Survie de l'Enfant
- Dr. Valérie NDIAYE, Chef du Bureau Nutrition
  - **Ministère de l'Education**
- Abdoulaye TOURE, Chef Division des Cantines Scolaires
- Pr. Malick SEMBENE, Chef Division Contrôle Médical Scolaire
  - **Ministère de l'Industrie**
- Dr. Abdoulaye NDOYE, Directeur Général par intérim de l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA)

### 2. *Communautés, Société civile et ONGs*

- Mr. CISSE, représentant des ONGs à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition
- Mamadou DIAGNE, CCF, Coordonnateur du Consortium d'ONG du programme Santé Communautaire de USAID/Sénégal
- Amadou GAYE, PLAN/Sénégal, responsable PRN/PLAN
- Gorgui DIALLO, Sénior Manager, AFRICARE
- Dr. Abdoulaye MBAYE, Coordonnateur des Programmes TdhMedoune DIOP, Senior manager, COUNTERPART, ancien membre CLM
- Aboubacry THIAM, Africa Regional Advisor (conseiller regional Afrique), BASICS
- Banda NDIAYE, Micronutriments Initiative, ancien responsable programme iodation sel de World Vision
- Ibrahima NDAO, Micronutriments Initiative, ancien responsable nutrition à l'Unicef
- Djibril CISSE, HKI, ancien agent du PNC, de BASICS
- Serigne Mbaye DIENE, HKI, Conseiller en Nutrition pour l'Afrique de l'Ouest, ancien coordonnateur national du PPNS

### 3. *Partenaires et donateurs*

- Aïssatou DIACK, Senior Health Specialist, Banque mondiale
- Ian G. HOPSWOOD, Représentant pour le Sénégal, Unicef
- Dr. Flavia GUIDETTI, Administrateur Programme Santé, Unicef
- Jean-Noel GENTILE, Directeur-Adjoint, PAM/Sénégal
- Isabelle DIA, Projet 'Iodation Sel', PAM/Sénégal
- Dr. Fodé DIOUF, Programme Santé, OMS/Sénégal
- Waly NDIAYE, Programme Sécurité alimentaire, FAO/Sénégal
- Matar CAMARA, Child Survival Specialist, USAID

### 4. *Université*

- Pr. Amadou GUIRO, ancien directeur ITA, Initiateur Troisième Cycle Nutrition à l'Université de Dakar, ancien coordinateur du COSFAM
- Pr. Galaye SALL, ancien Chef Division Nutrition au Ministère de la Santé
- Pr. Saliou DIOUF, Institut de Pédiatrie Sociale

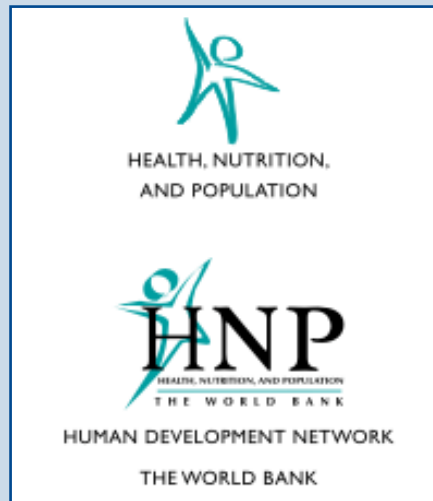
**5. *Programme et Agences***

- Ibnou GAYE, Directeur du développement de AGETIP, ancien coordonnateur du PNC
- Biram NDIAYE, Coordonnateur du PRN
- Khadiyatou DIENG, Conseillère en Nutrition du PRN

**6. *Vétérans de la nutrition***

- Dr. Thianar NDOYE, pionnier de l'alimentation et de la nutrition au Sénégal, ancien Directeur de l'ORANA, ancien Chef de la Division nutrition
- Marie-Thérèse BASS, première directrice de l'Institut de Technologie Alimentaire





#### **About this series...**

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Editor Martin Lutalo ([mlutalo@worldbank.org](mailto:mlutalo@worldbank.org)) or HNP Advisory Service ([healthpop@worldbank.org](mailto:healthpop@worldbank.org), tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also [www.worldbank.org/hnppublications](http://www.worldbank.org/hnppublications).



## **THE WORLD BANK**

1818 H Street, NW  
Washington, DC USA 20433  
Telephone: 202 473 1000  
Facsimile: 202 477 6391  
Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
E-mail: [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)