

La politique nutritionnelle au Sénégal



Que vous dit la présente note ?

La présente note résume les politiques pertinentes mises en œuvre au Sénégal en matière de nutrition. Nous examinons i) le contexte nutritionnel, les objectifs des politiques, les indicateurs, le budget et les activités planifiées ; ii) les bénéficiaires clés, les acteurs et la coordination ; iii) les mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité et iv) si les politiques actuelles sont en adéquation avec les cibles de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS).

MESSAGES CLES

Quel est l'objectif ultime de la présente note de politique ?

- Garantir une meilleure compréhension de l'orientation actuelle des politiques nutritionnelles appliquées au Sénégal et de leurs implications. Elle a été préparée pour répondre à une demande des partenaires et aux priorités.

Quelles sont les principales conclusions ?

- La nutrition occupe une place prépondérante dans les politiques de nutrition, de sécurité alimentaire et de protection sociale,
- Les jeunes enfants et les femmes sont les groupes bénéficiaires les plus souvent mentionnés.
- Parmi les six objectifs de l'AMS et leurs indicateurs, le contenu des politiques est surtout consacré au retard de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans et, de manière plus accessoire, au surpoids et au faible poids à la naissance des < 5 ans. Une de ces politiques reprend à son compte l'ensemble des six valeurs cibles de l'AMS.
- Toutes les politiques soulignent l'importance de la coordination multisectorielle.

Quelles sont les recommandations en matière de politiques ?

- Comblent les lacunes et corrigent les incohérences des politiques futures et des documents opérationnels pour les politiques existantes.
- Accorder la priorité au renforcement des mécanismes multisectoriels de coordination et investir dans ces derniers afin de maintenir, d'améliorer et d'élargir les acquis.
- Renforcer l'intégration de la nutrition dans les futures politiques de santé, d'agriculture/d'élevage et d'éducation
- Malgré les mécanismes de coordination et de mise à l'échelle décrits, le Sénégal n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la plupart des cibles de l'AMS. Le leadership doit être renforcé par une définition claire des rôles de tous les acteurs situés à un niveau hiérarchique plus élevé et jouissant d'une autorité générale. Une bonne synergie de mise en œuvre des actions dans tous les secteurs pertinents sera nécessaire pour atteindre ces cibles.

Statut de la nutrition au Sénégal

Le Sénégal est en bonne voie pour atteindre la cible de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) 2025 relative au surpoids chez les enfants de moins de cinq ans (2,3% en 2019ⁱ). Cependant, le pays n'est pas sur la bonne voie en ce qui concerne l'atteinte des cibles de l'AMS relatives à l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie (hausse de 37,5%, en 2012,ⁱⁱ à 40,8%, en 2019ⁱⁱⁱ) ou au retard de croissance des enfants de moins de 5 ans (baisse de 26,7% en 2011^{iv} à 17,9% en 2019^v), ce malgré les améliorations dans ce dernier indicateur. Le Sénégal n'a presque pas enregistré de progrès concernant le faible poids à la naissance depuis 2010 (19,3% en 2010 et 18,5% en 2015^{vi}), tandis que l'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) n'a pas connu de changement entre 2011 et 2017 (54%^{vii}). Il faut cependant regretter que le Sénégal ne soit pas sur la bonne voie pour la réalisation de la cible de l'AMS pour ce qui est de l'émaciation chez les moins de cinq ans (8,1% en 2019^{viii}). Au-delà des cibles de l'AMS, l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans (71% en 2017^{ix}) demeure élevée et la carence en vitamine A chez les moins de 5 ans était de 17,7% environ en 2010^x. La population adulte est confrontée au double fardeau de l'insuffisance pondérale, d'une part, et du surpoids ou de l'obésité, d'autre part : tandis que 10,3 % des FAP sont maigres (2016^{xi}), le surpoids ou l'obésité sont en hausse : 32,6 % des femmes étaient en surpoids ou obèses en 2011, et elles étaient 37,4 % en 2016.^{xii}

État des lieux de la politique nutritionnelle au Sénégal

Seize politiques nutritionnelles présentement en vigueur ou à un stade avancé de leur élaboration sont intégrées dans la présente note (voir Tableau 1). Elles concernent les domaines agricoles (n=5), notamment l'élevage (n=2), la sécurité alimentaire (n=2) et l'agriculture (n=1), la nutrition (n=4), la santé (n=2), la protection sociale (n=2), les politiques transversales (n=2) et l'éducation (n=1).

Le Plan Sénégal Emergent (PSE), l'une des politiques transversales citées dans la présente note, définit la structure globale des politiques appliquées au Sénégal et est devenu le référentiel unique en termes de politique publique. Les aspirations économiques et sociales de cette politique tournent autour de trois axes stratégiques rendus opérationnels par le biais de politiques sectorielles pertinentes, avec des objectifs, des axes d'action prioritaires, des stratégies, des moyens de mise en œuvre et des indicateurs de performance. La plupart des politiques intégrées dans la présente note sont associées au PSE. La PNDN (Politique Nationale de Développement de la

Nutrition) est la politique nutritionnelle de référence mise en œuvre par le biais du PSMN (Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition du Sénégal), tous les deux ayant une vision basée sur une approche multisectorielle et pluridisciplinaire. Ce principe de gouvernance a été initié en 2001, avec l'adoption du décret portant création de la Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (CLM), placée sous l'autorité du Premier ministre. La CLM est devenue, en fin 2020, le Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) et est sous tutelle du Secrétariat Général du Gouvernement logé au niveau de la Présidence. Elle regroupe son bras technique, le Bureau Exécutif National (BEN) ; douze ministères sectoriels concernés et le secteur privé travaillant autour de la nutrition. La CLM, et maintenant le CNDN, est aussi la plateforme multisectorielle clé pour le dialogue politique en faveur de la nutrition, mettant en avant l'engagement du gouvernement sénégalais en faveur de la nutrition et l'intégration de celle-ci dans les politiques sectorielles. Cette note fait encore référence à la CLM, car n'étant pas encore élevée en Conseil National de Développement de la Nutrition (CNDN) au moment de notre analyse.

Tableau I: Liste des politiques nationales relatives à la nutrition

NR	Domaine	Nom de la politique	Acronyme	Date de début	Date de fin
1	Nutrition	Document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition	PNDN	2015	2025
2		Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition du Sénégal	PSMNS	2018	2022
3		Lettre de politique de Nutrition	LPN	2001	Non Spécifié
4		Plan stratégique COSFAM	PS-COSFAM	2017	2021
5	Santé	Plan National de Développement Sanitaire et Social	PNDSS	2019	2028
6		Politique Nationale de Santé Communautaire	PNSC	2014	Non Spécifié
7	Agriculture/ Élevage/ Sécurité alimentaire	Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire et de Résilience	SNSAR	2015	2035
8		Lettre de Politique Sectorielle de Développement de l'Agriculture	LPSDA	2019	2023
9		Lettre de Politique de Développement de L'Elevage	LPDE	2017	2021
10		Plan National de Développement de l'Elevage	PNDE	2016	Non Spécifié
11		Priorités Résilience Pays-Sénégal	PRP-SN	2016	2025
12	Éducation	Document de politique de santé/nutrition/environnement dans le système éducatif	PSNESE	2015	Non Spécifié
13	Transversale	Plan Sénégal Emergent	PSE	2014	2035
14		Plan Sénégal Emergent-Plan d'Actions Prioritaires	PSE-PAP	2019	2023
15	Protection sociale	Document de Politique Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance au Sénégal	PNDIPE	2007	Non Spécifié
16		Stratégie Nationale de Protection Sociale du Sénégal	SNPS	2015	2035

NS (Non Spécifié)

METHODES

Les politiques, stratégies et plans d'action nationaux pertinents en matière de nutrition présentement en vigueur ou qui étaient à une étape avancée de leur élaboration au mois de septembre 2020 ont été inclus dans la présente note. Le critère justifiant cette inclusion était la présence d'un objectif nutritionnel, d'un budget pour la nutrition et/ou d'un indicateur relatif à la nutrition. Si certaines politiques n'ont pas été prises en considération dans notre analyse c'est parce que soit i) nous n'avons pas eu accès aux documents de politique ou ii) ces derniers ont été publiés ou mis à jour après consultation d'experts (septembre 2020).

Nous avons obtenu des documents potentiellement pertinents par suite d'une recherche systématique intégrant, notamment, des sites web pré-identifiés (ex. : ministères nationaux compétents, organismes des Nations Unies et organisations non gouvernementales concernés), une recherche sur Google, une recherche de référence et une consultation avec des experts nationaux. Les consultations ciblées avec des experts régionaux et nationaux ont été utilisées pour accéder à des documents qui n'étaient pas disponibles en ligne et valider les politiques retenues. Nous avons évalué les documents identifiés (voir Annexe I) sur la base de nos critères d'éligibilité. Seize documents répondaient à nos critères d'inclusion. Nous avons utilisé un logiciel qualitatif pour le codage, l'extraction des données et l'analyse de contenu de ces documents.



PROBLEM

Sur quoi porte le contexte nutritionnel traité par les politiques et quels sont les problèmes mis en évidence ?

Toutes les politiques retenues fournissent un certain contexte nutritionnel. Ce contexte est plus complet pour ce qui concerne les politiques de nutrition, de santé, de sécurité alimentaire et de protection sociale. Dans tous les domaines de politique, le contexte de la nutrition est essentiellement national. Toutes les politiques, à l'exception des politiques sanitaires, transversales et de protection sociale, placent le Sénégal dans le contexte régional ou mondial des objectifs liés à la nutrition. Il s'agit, en particulier, de l'adhésion du Sénégal aux Objectifs de développement durable (ODD), aux cibles de l'AMS pour 2025, à l'Agenda 2063 de l'Union africaine, à la Déclaration de Malabo, à l'Alliance globale pour l'initiative résilience (AGIR), au Mouvement SUN et à l'initiative REACH. Les politiques relatives aux domaines de la nutrition (n=2), de la santé (n=1), de la sécurité alimentaire (n=2) et de la protection sociale (n=1) et deux politiques transversales reconnaissent l'existence d'importantes disparités rurales/urbaines et/ou régionales dans le contexte de la nutrition au Sénégal. Seules trois politiques relatives aux domaines de la sécurité alimentaire, de la santé et de la nutrition (PRP-SN, PNDSS, PSMN) présentent des données désagrégées par sexe.

Dans tous les domaines de politique l'accent est mis sur la sous-nutrition. Huit politiques (PNDN, PSMN, LPDE, PNDE, PRP-SN, PS-COSFAM, LPN, PSNESE) présentent le contexte des carences en

micronutriments, à savoir les carences en vitamine A, en iode, en fer et en zinc. Six politiques (PNDN, PSMN, PNDSS, PSE, PRP-SN, PSNESE) fournissent des informations sur les maladies non transmissibles (MNT), notamment les MNT liées à l'alimentation, comme le diabète, l'hypertension artérielle et leurs facteurs de risque. Le surpoids et l'obésité sont mentionnés dans cinq de ces politiques (PNDN, PSMN, PSE, PRP-SN, PSNESE). Seule une de ces politiques (PSE) présente le surpoids ou l'obésité comme facteur de risque des MNT liées à l'alimentation. Le rôle de la nutrition en ce qu'elle contribue aux MNT liées à l'alimentation n'est pas souligné dans les politiques, sauf dans la LPN, qui considère le faible poids à la naissance comme un facteur associé à l'augmentation du risque aux MNT liées à l'alimentation chez l'adulte. Les politiques de nutrition, de santé et de sécurité alimentaire présentent une image plus holistique des problèmes de nutrition que les politiques appliquées dans d'autres domaines, bien que la SNPS (Stratégie nationale de protection sociale) ait également un contexte nutritionnel relativement holistique lié aux déterminants de la malnutrition dans les zones rurales/urbaines et à travers les quintiles socioéconomiques.

Plus de la moitié des politiques mises en œuvre dans les domaines de la nutrition, de la santé, de la sécurité alimentaire et de la protection sociale, ainsi que les politiques transversales, soulignent les causes (n=9) et/ou les conséquences (n=9) des problèmes de nutrition. Les causes mentionnées intègrent les pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), les maladies, les pratiques inadéquates de soins et des services de santé, les régimes alimentaires de mauvaise qualité, la pauvreté,

les normes socioculturelles, l'insécurité alimentaire et un accès insuffisant à l'eau potable et à l'assainissement. Les conséquences comprennent la mortalité, la morbidité, la baisse des aptitudes d'apprentissage et des performances scolaires, les impacts socioéconomiques négatifs et le développement personnel peu satisfaisant.

Le Tableau 2 met en évidence des politiques qui intègrent le contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS. Le retard de croissance et l'émaciation des enfants de moins de cinq ans (< 5 ans), l'anémie chez les FAP sont les plus souvent cités. Seules deux politiques mentionnent le faible poids à la naissance, l'allaitement maternel ou le surpoids. Outre le retard de croissance et l'émaciation chez les moins de cinq ans, les indicateurs de l'AMS cités concernent presque exclusivement les politiques de nutrition, de santé et de sécurité alimentaire, avec une seule de ces politiques (PSMN) ayant adopté l'ensemble des six cibles de l'AMS. Le PRP-SN, une politique de sécurité alimentaire, mentionne tous les indicateurs de l'AMS, sauf un, dans son contexte nutritionnel. Six politiques (PS-COSFAM, PNSC, LPSDA, LPDE, PNDE, PSNESE) ne mentionnent aucun indicateur de l'AMS

Le contexte de la nutrition est-il basé sur des données probantes ?

Le contexte de la nutrition est essentiellement basé sur des données probantes (c.-à-d. qu'il cite des références) dans toutes les politiques d'élevage et dans les politiques de nutrition (sauf dans le PS-COSFAM), de protection sociale (SNPS, PNDIPE) et de sécurité alimentaire (PRP-SN). De même, les politiques du PNDSS (santé) et du PAP-PSE (transversale) traitent largement des données probantes sur la nutrition. Aucune donnée probante n'est citée dans les politiques du PNSC, du PSNESE et

de la LSPDA. Dans les politiques basées sur des données probantes, ces dernières sont essentiellement citées sous forme de statistiques plutôt que d'information textuelle. Les sources des données présentées comme éléments probants dans le contexte nutritionnel des politiques comprennent les enquêtes auprès des ménages (Enquête démographique et de santé [EDS], le Suivi et évaluation standardisés en situation d'urgence et de transition [SMART]), les rapports (Rapport sur la nutrition mondiale 2016 ; Revue annuelle conjointe [RAC 2018] ; Marc Néné, 2016) et des études de recherche (COSFAM/MI 2010 ; séries Lancet 2013 ; Black et al., 2013). Les données probantes évoquées se rapportent surtout aux niveaux de prévalence des problèmes de nutrition et non aux solutions identifiées. La plupart des politiques qui présentent des informations sur les disparités nutritionnelles ainsi que sur les causes et conséquences des problèmes de nutrition citent les références relatives à ces informations. Dans le PSMN et le PNDSS les données désagrégées par sexe sont également mentionnées.



Quels éléments inclus dans les politiques pertinentes permettent de résoudre les problèmes identifiés ?

Comme le montre le **Tableau 2**, toutes les politiques (à l'exception du PNDSS) intègrent la nutrition dans leurs **objectifs** généraux et/ou spécifiques. Ces objectifs ont un contenu spécifique à la nutrition (ex. : qui améliore l'état nutritionnel de la population) et, dans une moindre mesure, un contenu tenant compte de la nutrition (ex. : qui renforce les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la dimension nutrition). Plus de la moitié des politiques ne citent aucun indicateur nutritionnel. S'agissant de celles qui intègrent des **indicateurs nutritionnels**, elles comportent toutes des indicateurs relatifs aux problèmes nutritionnels (ex. : retard de croissance chez les < 5 ans), tandis que le PSE et le PS-COSFAM comportent aussi des indicateurs de résultats (ex. : proportion d'enfants de < 5 ans bénéficiant de services de nutrition). Concernant les problèmes de nutrition, les indicateurs se focalisent sur la sous-nutrition et, dans une moindre mesure, sur les carences en micronutriments. Une seule politique (PSMN) cite l'obésité comme un indicateur lié aux MTN et traite de l'anémie et de l'obésité chez les adolescents. Aucune politique n'inclue des indicateurs de nutrition désagrégés. Les indicateurs de l'AMS les moins cités dans les politiques sont l'obésité chez enfants de moins de cinq ans, suivie par l'anémie chez les FAP et l'allaitement maternel exclusif. Les

activités de nutrition planifiées sont détaillées dans 13 des politiques et dans tous les domaines de politique, sauf pour ce qui concerne les politiques transversales et agricoles. Le PSMN, la LPN et le PS-COSFAM (nutrition), le PRP-SN (sécurité alimentaire) et la PNDIPE (protection sociale) comprennent la gamme la plus complète d'activités de nutrition. Seules sept politiques, sur les 16, détaillent de manière suffisante les informations budgétaires, six d'entre elles (soit toutes à l'exception du PNDSS) disposent d'un **budget pour la nutrition**. Le contenu relatif à la **mise à l'échelle** est axé sur les mécanismes de pilotage et de mise en œuvre de la politique (ex. : principes directeurs ; utilisation de nouveaux comités ou des comités existants pour gérer la mise en œuvre et faciliter le dialogue ; leadership ; plaidoyer et outils tels que les protocoles ; plans et stratégies ; partage de meilleures pratiques). La nutrition figure spécifiquement dans les textes de mise à l'échelle de toutes les politiques de nutrition, de protection sociale et d'éducation. La plupart des politiques (12) mentionnent des risques ou des défis pour la mise à l'échelle, à savoir l'insécurité physique, les troubles politiques, la mauvaise gouvernance, le déficit de ressources et de capacités, les ressources financières incertaines ou limitées et la faible adhésion des acteurs clés aux politiques. Une politique (SNPS) reconnaît que la transparence est un problème majeur pour le passage à l'échelle et indique que les acteurs non-étatiques ont le devoir de garantir la transparence et le contrôle de l'action publique par les citoyens.

Comment les objectifs des politiques s'alignent-ils sur les objectifs mondiaux de l'AMS pour 2025 ?

Le **tableau 2** présente quatre politiques qui intègrent au moins un des indicateurs de l'AMS, dans leurs







indicateurs de nutrition. Seule l'une d'elles (PSMN) comprend tous les indicateurs de l'AMS. Les dates cibles des objectifs varient selon les politiques (2022, 2023 et 2025). En règle générale, si ces objectifs ciblés sont atteints, le Sénégal sera sur la bonne voie pour atteindre, voire dépasser les objectifs de l'AMS pour 2025. Toutefois, il existe une politique (PRP-SN) dotée d'objectifs (pour le retard de croissance chez les <5 ans et l'anémie des FAP) qui, même s'ils étaient atteints, ne mettraient pas nécessairement le Sénégal sur la bonne voie concernant l'atteinte des cibles de l'AMS d'ici 2025.

Les politiques sont-elles cohérentes ?

Les politiques incluant des objectifs nutritionnels devraient prévoir à la fois des indicateurs et des activités nutritionnelles planifiées, tandis que les politiques sans objectifs nutritionnels ne devraient vraisemblablement prévoir ni objectif, ni activité nutritionnelle. Cependant, nous avons constaté plusieurs cas (voir **Tableau 2**) qui dérogent à cette logique. En général, cela n'est pas dû à une absence de cohérence au sein des politiques, mais au fait que : a) les politiques soulignent que les indicateurs et/ou les activités prévues feront l'objet d'un document distinct ou b) les objectifs sont larges et non liés de manière explicite à la nutrition (alors que les indicateurs ou les activités planifiées sont assez précis pour rendre ce lien clair). Il existe, néanmoins, quelques cas d'incohérence dans différentes parties des politiques. Premièrement, les populations ciblées par les objectifs nutritionnels ne sont pas toujours les mêmes que celles ciblées par les indicateurs nutritionnels et/ou les activités de nutrition planifiées. Par exemple, les objectifs du PAP-PSE couvrent l'ensemble de la population, mais les indicateurs de nutrition se concentrent sur la population des moins de cinq ans.

Deuxièmement, les problèmes identifiés dans le contexte nutritionnel des politiques ne sont pas toujours intégrés dans les indicateurs nutritionnels. Par exemple, la PRP-SN met en évidence le fait que l'obésité et la carence en iode chez les FAP de même que la carence en vitamine A chez les < 5 ans sont des problèmes de nutrition au Sénégal, mais elle ne comporte aucun indicateur pour ces problèmes (bien qu'elle intègre des indicateurs pour d'autres problèmes de nutrition identifiés dans la politique et des objectifs nutritionnels susceptibles d'englober ces questions de malnutrition). Troisièmement, bien que neuf politiques dans leur contexte mettent en évidence des disparités nutritionnelles, en particulier entre régions et zones rurales/urbaines, aucune d'elles ne mentionne que les indicateurs de nutrition devraient être désagrégés pour bien tenir compte des disparités identifiées. Enfin, plusieurs politiques ne définissent pas clairement les concepts (ex. la malnutrition chronique et/ou aiguë) ou les tranches d'âge relatives aux indicateurs de prévalence.

TABLEAU 2 : Inclusion de la nutrition et des indicateurs de l'AMS dans le contexte, les objectifs, les indicateurs, les activités et le budget des politiques; principaux mécanismes de mise à l'échelle.

N°	Domaine	Acronyme	Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS¹	Objectifs en matière de nutrition	Indicateurs de la nutrition	Indicateurs nutritionnels relatifs aux indicateurs de l'AMS²	Activités de nutrition prévues	Budget pour la nutrition³	Mécanismes clés de mise à l'échelle
1	Nutrition	PNDN		✓	✓	X	✓	SO	Institutionnalisation de l'approche multisectorielle ; Gouvernance ; Décentralisation ; Mobilisation des ressources ; Défis à la mise à l'échelle (financement, gouvernance) ; Renforcement des capacités ; Plaidoyer ; Communication institutionnelle ; Recherche opérationnelle/recherche-action ; Intégration de la nutrition dans tous les secteurs pertinents ; Dialogue politique autour de la nutrition ; Approche communautaire (impliquer les communautés)
2		PSMNS		✓	✓		✓	✓	Principes directeurs pour la mise en œuvre à grande échelle; Positionnement institutionnel ; Gouvernance; Intégration de la nutrition dans tous les secteurs pertinents ; Mobilisation des ressources ; Renforcement des capacités ; Risques et défis pour la mise à l'échelle (risques institutionnels, financement durable, risques organisationnels et opérationnels, risques politiques ou naturels exogènes) ; approche multisectorielle ; décentralisation ; engagement communautaire ; recherche et innovation en matière de nutrition ; Dialogue sectoriel ; Communication institutionnelle ; Plaidoyer; Engagements internationaux et régionaux (ex., Mouvement SUN, cibles de l'AMS 2025, Pacte mondial pour la nutrition et la croissance ; Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) de 2014 ; Déclaration de Malabo de 2014 ; initiative REACH, ODD 2) ; Outils (ex., cadre de S&E)
3		LPN		✓	X	X	✓	SO	Principes directeurs de la mise en œuvre à grande échelle ; Institutionnalisation de l'approche sectorielle ; Décentralisation ; Engagement avec la communauté/appropriation ; Renforcement des capacités ; Promotion de la recherche dans le domaine de la nutrition
4		PS-COSFAM	X	✓	✓	X	✓	✓	Principes directeurs pour la mise en œuvre à grande échelle ; Échange des meilleures pratiques ; Gouvernance ; Mobilisation des ressources ; Coordination multisectorielle ; Normalisation et législation ; Communication de masse
5	Santé	PNDSS		X	X	X	✓	±	Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; Normalisation et législation ; Gouvernance ; Communication institutionnelle ; Décentralisation, Renforcement des capacités ; Implication de la communauté par le biais de l'assurance mutuelle de santé ; Renforcement des stratégies avancées ; Mobilisation des ressources
6		PNSC	X	✓	X	X	✓	SO	Accent mis sur les défis de la mise à l'échelle (cadres institutionnels/prise en compte insuffisante du niveau communautaire dans le système de santé ; Participation insuffisante des professionnels de la santé à la santé communautaire ; Amélioration de la gestion et du leadership au niveau communautaire ; Amélioration de l'harmonisation des interventions, Amélioration du mécanisme de coordination ; Amélioration de la gouvernance de la santé communautaire ; Déficit de mécanismes pour assurer la durabilité des réalisations) ; Principes directeurs pour la mise en œuvre à grande échelle ; Plaidoyer ; Renforcement de la participation de la communauté ; Renforcement des capacités pour les acteurs communautaires ; Promotion de la collaboration multisectorielle ; Financement ; Motivation des acteurs de la santé communautaire
7	Agriculture/Élevage/Sécurité alimentaire	SNSAR		✓	X	X	✓	✓	Accent mis sur les défis à la mise à l'échelle (gouvernance, décentralisation, Cadres institutionnels de consultation et de gestion, Amélioration du suivi ; forte adhésion des communautés locales) ; Mécanisme de coordination institutionnelle ; Leadership ; Organismes de dialogue sectoriel ; Mécanisme de mobilisation des ressources ; Communication de masse et de proximité à tous les niveaux et entre tous les acteurs
8		LPSDA	X	✓	X	X	X	SO	Accent mis sur les défis à la mise à l'échelle (renforcement des capacités des acteurs, amélioration de l'accès à des financements innovants adaptés utilisant les technologies numériques, gestion des risques agricoles, amélioration de l'accès aux infrastructures, mise en place d'une politique de mécanisation raisonnée et durable, recherche et innovation) ; augmentation du budget ; amélioration de la gouvernance institutionnelle

N°	Domaine	Acronyme	Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS¹	Objectifs en matière de nutrition	Indicateurs de la nutrition	Indicateurs nutritionnels relatifs aux indicateurs de l'AMS²	Activités de nutrition prévues	Budget pour la nutrition³	Mécanismes clés de mise à l'échelle
9		LPDE	X	✓	X	X	✓	SO	Renforcement du cadre institutionnel pour les interventions ; environnement propice au développement durable des systèmes de production animale ; approche de coordination multisectorielle ; plans d'action spécifiques du programme ; risques à la mise à l'échelle
10		PNDE	X	✓	X	X	✓	✓	Renforcement du cadre institutionnel pour les interventions ; Environnement propice au développement durable des systèmes de production animale ; Approche de coordination multisectorielle ; Plans d'action spécifiques du programme ; Risques à la mise à l'échelle
11		PRP-SN		✓	✓		✓	✓	Principes directeurs de la mise en œuvre à grande échelle ; Dialogues nationaux inclusifs ; Approche de coordination multisectorielle ; accent mis sur les défis à la mise à l'échelle (gouvernance institutionnelle, mobilisation des ressources, système informatique, communication)
12	Éducation	PSNESE	X	✓	X	X	✓	SO	Accent mis sur les principaux défis et priorités (améliorer la qualité des offres éducatives ; offre éducative pas très inclusive/insuffisante/inappropriée ; gouvernance de l'éducation et de la formation peu performantes) ; décentralisation ; recherche opérationnelle, recherche-action ; renforcement des structures institutionnelles, mobilisation des ressources
13	Transversale	PSE		✓	✓	X	X	SO	Principes directeurs de la mise en œuvre à grande échelle ; accent mis sur les défis et risques pour la réussite de la politique (faible mobilisation des ressources, incertitudes institutionnelles et politiques, perturbations de l'environnement international)
14		PSE-PAP		✓	✓		X	✓	Principes directeurs de la mise en œuvre à grande échelle ; Défis ; possibilités de renforcer le processus ; accent mis sur les risques pour la mise à l'échelle (gouvernance, faible mobilisation des ressources, faible adhésion, menace à la sécurité, incertitudes politiques mondiales)
15	Protection sociale	PNDIPE		✓	X	X	✓	SO	Principes directeurs de la mise en œuvre à grande échelle ; création d'un cadre institutionnel et d'un mécanisme de financement ; renforcement des capacités ; plaidoyer ; mobilisation sociale ; décentralisation ; recherche opérationnelle/recherche-action. Mettre l'accent sur les défis et les enjeux (perception ambiguë des soins aux jeunes enfants, soutien insuffisant aux tout-petits, faible intégration des interventions pour les jeunes enfants, faible participation des parents et des familles, faible niveau de protection des enfants) ; autres aspects institutionnels liés aux principales sources de dysfonctionnement (prédominance des approches sectorielles, fragmentation des centres de prise de décision et d'action ; pas de gestion harmonisée des interventions ; dispersion des ressources)
16		SNPS		✓	✓		✓	SO	Législation ; réglementation ; amélioration de la gouvernance institutionnelle ; décentralisation ; leadership ; mécanismes de financement durable ; renforcement des programmes existants Risques pour la mise à l'échelle

¹ Le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est indiqué pour les politiques dont le contexte nutritionnel porte sur la malnutrition chronique. L'émaciation des enfants de moins de 5 ans est indiquée pour les politiques qui s'inscrivent dans le contexte nutritionnel de la malnutrition aiguë.

² Le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est indiqué pour les politiques comportant des indicateurs nutritionnels sur la malnutrition chronique. L'émaciation des enfants de moins de 5 ans est indiquée pour les politiques comportant des indicateurs nutritionnels sur la malnutrition aiguë.

³ Sans objet (SO) indique que ces politiques ne fournissent pas d'informations budgétaires suffisamment détaillées permettant d'évaluer si la nutrition est incluse, tandis que ± est utilisé pour les politiques qui fournissent des informations budgétaires suffisantes mais qui ne mentionnent pas la nutrition.

RETARD DE CROISSANCE DES <5ANS ANÉMIE DES FAP FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE SURPOIDS DES <5ANS ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EMACIATION DES <5ANS



Quelles sont les populations et les organisations clés ciblées par ces politiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre?

Quels sont les groupes ciblés dans le contexte nutritionnel ?

Le contexte nutritionnel de la plupart des politiques contient des informations sur la population en général. Les groupes les plus souvent cités dans le contexte nutritionnel des politiques sont les enfants, puis les femmes. Les adolescents ne sont mentionnés que dans une seule politique (PRP-SN) et les personnes âgées dans seulement deux d'entre elles (PNDSS, LPN). Deux politiques (PSMN, PNDSS) tout juste mentionnent, de manière précise, les hommes dans leur contexte nutritionnel, à savoir en rapport avec la vulnérabilité des hommes au diabète.

Qui sont les bénéficiaires ?

Comme le montre le **Tableau 3**, les premiers bénéficiaires des politiques dépendent du domaine. Dans l'ensemble, les premiers bénéficiaires sont le plus souvent la population sénégalaise dans son ensemble, les enfants (y compris les <5 ans et les nourrissons), et les femmes (en particulier les mères et les FAP). Les autres bénéficiaires primaires comprennent les acteurs communautaires, les ménages ruraux/vulnérables, les producteurs/agriculteurs et les éleveurs. Dix politiques – dans tous les domaines de politique, à l'exception de l'éducation et de la protection sociale – désignent les jeunes et les adolescents comme les bénéficiaires, bien qu'il ne s'agisse pas de bénéficiaires primaires. Les personnes âgées sont mentionnées dans sept politiques, les hommes ne l'étant que dans quatre. En sus de la focalisation des politiques agricoles sur les zones rurales,

aucune des politiques ne décrit dans le détail les zones géographiques d'intérêt (ex. : régions) pour cibler les bénéficiaires.

Qui sont les acteurs ?

Toutes les politiques mentionnent de manière explicite un acteur, au moins, impliqué dans l'élaboration des politiques, même si quelques-unes d'entre elles ont une liste exhaustive d'acteurs engagés dans ce rôle. C'est le gouvernement national qui est le plus souvent mentionné (n=16), suivi par la société civile/les ONG/les partenaires techniques et financiers (n=7), l'administration locale (n=5) et le secteur privé (n=4). Comme indiqué au **Tableau 3**, le gouvernement national est un acteur principal pour toutes les politiques. La moitié des politiques relatives à la nutrition, à l'élevage, à la résilience, à la protection sociale, à l'éducation et les politiques transversales ont de nombreux types d'acteurs impliqués dans divers rôles, tandis que les politiques de santé décrivent de manière détaillée les rôles principalement pour le gouvernement. La CLM, avec le leadership technique du BEN, est l'acteur étatique principal pour les politiques de nutrition. Cependant, de nombreux autres ministères sectoriels (en particulier ceux des 12 secteurs membres de la CLM), et le secteur privé sont cités comme impliqués. Par exemple, le PSMN reconnaît, par le biais de son cadre institutionnel de mise en œuvre, le rôle, en matière de nutrition, des ministères chargés de divers secteurs et identifie les objectifs, les indicateurs et les activités nutritionnels que ces acteurs devraient mener ou auxquels ils devraient contribuer. Presque toutes les politiques citent les administrations locales (ex. : régions, départements, communes) comme acteurs. Les communautés sont considérées comme des acteurs dans tous les domaines de politiques, sauf pour ce qui est de l'agriculture, et presque la moitié (sept) des politiques considèrent les communautés comme des acteurs par le biais du financement (ex. : paiement des services de santé).

La coordination multisectorielle est-elle mentionnée dans les politiques ?

L'importance de la coordination multisectorielle est mise en évidence dans toutes les politiques et tous les domaines de politique. Les mécanismes de coordination comprennent des comités et groupes de travail multipartites et multisectoriels, des documents et outils, des ateliers et événements, des réunions annuelles d'examen sectoriel, l'utilisation de politiques sectorielles et le leadership du gouvernement pour assurer la cohérence des actions. Par exemple, les politiques de nutrition désignent la CLM comme le principal cadre de coordination des 12 ministères sectoriels concernés. La moitié des politiques, tous domaines stratégiques confondus à l'exception de l'agriculture, de l'élevage et de l'éducation, mettent en lumière les défis associés à la coordination multisectorielle, qui s'articulent autour d'un nombre élevé d'acteurs, la prédominance des approches sectorielles, le déficit de leadership/de synergie, la multiplicité des cadres et priorités politiques et la faible participation de certains acteurs. Ainsi, la SNSAR souligne que le principal obstacle à la réussite de la politique de sécurité alimentaire du Sénégal tient à la complexité de sa gouvernance, exacerbée par sa nature transversale et multisectorielle, avec une multiplicité d'acteurs ayant des rôles et priorités conflictuels. Néanmoins, selon les conclusions de plusieurs politiques, l'intégration de l'approche multisectorielle est un mécanisme de mise à l'échelle. Plus de la moitié estiment, de manière claire, qu'une coordination multisectorielle forte est nécessaire au succès des politiques. Le PSMN met en évidence que l'institutionnalisation de l'approche multisectorielle a été initiée en 2002, à la suite de la création de la CLM. Cette étape est considérée comme le commencement de la phase actuelle d'élaboration des politiques, axée sur le renforcement de tous les acquis obtenus jusqu'ici par le Sénégal.

TABLEAU 3 : Résumé des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectoriels

N°	Domaine	Acronyme	Bénéficiaires primaires	Autres bénéficiaires clés	Rôles des acteurs					Acteurs primaires	Mécanismes de coordination multisectoriels
					Gouvernement national	Administration locale	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
1	Nutrition	PNDN	Femmes (y compris FAP) Enfants (y compris de < 5 ans)	Adolescents ; personnes âgées ; population en général ; communautés ; Structures/agents de santé ; acteurs académiques (étudiants, enseignants) ; agriculture ; pêche, élevage et secteurs de l'environnement ; Acteurs de la nutrition ; communautés locales	1,2,3,4	1,4	1	1,4	1,4	État (CLM)	✓
2		PSMNS	Femmes (y compris FAP) Enfants (y compris de < 5 ans)	Adolescents ; personnes âgées ; jeunes ; adultes ; population en général ; groupes et familles vulnérables ; structures/agents de santé ; acteurs académiques (étudiants, enseignants, chercheurs) ; industries (y compris PME), organisations de producteurs ; agences d'exécution ; autorités administratives ; collectivités locales	1,2,3,4	1,4	1	1,4	1,4	État (CLM avec de nombreux autres acteurs ; secteur privé ; société civile ; collectivités)	✓
3		LPN	Femmes ; enfants	Population mondiale ; personnes âgées ; adultes ; acteurs communautaires (y compris leaders communautaires, travailleurs de la santé, relais communautaires, éducateurs et enseignants) ; acteurs scolaires/académiques ; ONG ; société civile ; collectivités locales	1,2,3,4	1,4	1,4	1	1,4	État (CLM, avec les ministères concernés ; collectivités locales ; CSA ; ONG et partenaires)	✓
4		PS-COSFAM	Familles ; femmes (y compris FAP) Enfants (y compris de < 5 ans)	Industriels ; producteurs locaux ; importateurs et distributeurs locaux ; agences de normalisation et de régulation ; chercheurs ; laboratoires ; agences de communication et de marketing social ; associations de consommateurs ; OCB et leaders d'opinion ; relais communautaires	1,2,3,4		1	1,2,3,4	1,2,3,4	État (CLM, COSFAM) ; Secteur privé ; société civile ; associations de consommateurs ; partenaires au développement ; ONG	✓

Rôles : 1 = Mise en œuvre ; 2 = Suivi et évaluation ; 3 = Gestion/coordination ; 4 = Financement

N°	Domaine	Acronyme	Bénéficiaires primaires	Autres bénéficiaires clés	Rôles des acteurs					Acteurs primaires	Mécanismes de coordination multisectoriels
					Gouvernement national	Administration locale	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
5	Santé	PNDSS	Population en général	< 5 ans ; adolescents ; communautés ; groupes vulnérables spécifiques (Talibés, personnes handicapées, PVVIH, personnes âgées)	1,2,3,4	1,4	1,4	1,4	1,4	État (ministère de la Santé)	✓
6		PNSC	< 5 ans, FAP ; Acteurs communautaires	Communautés	1,2,3,4	1,2,3,4	1,2,3,4	1,4	1,4	Ministère de la Santé (Cellule de santé communautaire) ; collectivités locales ; acteurs communautaires	✓
7	Agriculture/ Élevage/ Sécurité alimentaire	SNSAR	Population en général	< 5 ans, femmes (y compris FAP), enfants, jeunes ; personnes âgées ; populations rurales ; personnes vivant avec un handicap ; populations vulnérables ; communautés	1,2,3,4	1,4	2	1,4	1	État (avec des rôles importants pour la société civile ; partenaires techniques et financiers ; secteurs privés et collectivités territoriales)	✓
8		LPDA	Population en général	Populations rurales ; Femmes ; Jeunes ; Organisations paysannes ; Personnel administratif	1,2,3,4			1	1,3,4	État (ministère de l'Agriculture et de l'équipement rural)	✓
9		LPDE	Éleveurs et agro-pasteurs ; producteurs ; familles pastorales	Hommes ; Femmes ; Jeunes ; Population	1,2,3,4	1,4	1	1,2	1,2,4	État (ministère de l'Agriculture et de l'équipement rural) ; Collectivités locales ; Organisations et partenaires non-étatiques ; Secteur privé	✓
10		PNDE	Éleveurs ; Producteurs/acteurs ruraux	Hommes ; femmes ; jeunes ; population ; personnel administratif	1,2,3,4	1,4	1	1	1,3,4	État ; Organisations de producteurs ; associations de consommateurs ; organisations internationales ; ONG	✓
11		PRP-SN	Familles vulnérables/populations ; zones les plus vulnérables	< 5 ans ; femmes, y compris FAP ; Écoles ; Jeunes ; Handicapés ou Personnes souffrant d'une maladie chronique ; Veuves ; Personnes âgées ; Producteurs agricoles ; Acteurs institutionnels intervenant dans la mise en œuvre	1,2,3,4	1,2	2,3	1,2	1,2,4	État (avec de nombreux rôles pour tous les autres acteurs)	✓
12	Éducation	PSNESE	Enfants d'âge préscolaire, Enfants des <i>Daaras</i>	Écoles ; inspections médicales scolaires ; Apprenants ; personnel des structures décentralisées ; Orphelins et enfants vulnérables en établissement scolaire ;	1,2,3,4	1,3,4	1,2,3,4	4	1,4	Ministère de l'Éducation (Division du contrôle médical scolaire [DCMS], Inspections d'Académie [IA], Inspections de l'Éducation et de la formation [IEF]) ; collectivités locales	✓
13	Transversale	PSE	Population en général (y compris les populations vulnérables)	< 5 ans (y compris FAP et femmes rurales), Hommes ; Étudiants ; Personnes vivant avec le	1,2,3,4	1,2,3,4	4	1,4	1,4	État	✓

Rôles : 1 = Mise en œuvre ; 2 = Suivi et évaluation ; 3 = Gestion/coordination ; 4 = Financement

N°	Domaine	Acronyme	Bénéficiaires primaires	Autres bénéficiaires clés	Rôles des acteurs					Acteurs primaires	Mécanismes de coordination multisectoriels
					Gouvernement national	Administration locale	Communautés	Secteur privé	Société civile ONG Partenaires techniques et financiers		
				VIH ; Sénégalais de la diaspora ; Familles ; Agents de santé ; Agents administratifs							
14		PSE-PAP	Population en général (tous les Sénégalais)	Enfants ; Jeunes (y compris jeunes filles) ; Femmes ; Travailleurs ; Familles ; Collectivités locales ; Entrepreneurs ; Acteurs académiques	1,2,3,4	1,2,3,4	I	1,2,4	1,2,4	État (avec des rôles importants pour les partenaires techniques et financiers ; et le secteur privé)	✓
15	Protection sociale	PNDIPE	Jeunes enfants (y compris < 5 ans, enfants 5-8 ans)	Femmes (Y compris FAP) ; Adolescents ; soignants ; Personnel du DIPE (animateurs polyvalents, éducateurs préscolaires, directeurs du DIPE) ; Enfants ; Parents et famille ; écoles coraniques (daaras) ; garderies et garderies communautaires ; Communautés ; leaders communautaires ; Handicapés/Orphelins ; Enfants ; Personnel de santé ; Ministères ciblés ; Assemblée nationale ; Organisations internationales ; ONG	1,2,3,4	1,2,3,4	4	I	1,3,4	État (Agence nationale de la Case des Tout-Petits et de la Petite enfance) ; collectivités locales ; partenaires techniques et financiers	✓
16		SNPS	Enfants du préscolaire, du primaire et des daaras ; Groupes vulnérables ; Ménages en situation d'extrême pauvreté ; Femmes employées ; Personnes handicapées ; Personnes âgées	Salariés ; Entrepreneurs ; Retraités ; Personnes en âge de travailler ; Victimes de chocs et catastrophes	1,2,3,4	1,4	2,4	1,2	1,2,4	État en tant que responsable (avec des rôles importants pour la société civile ; les partenaires techniques et financiers ; le secteur privé ; et les collectivités territoriales)	✓

Rôles : I = Mise en œuvre ; 2 = Suivi et évaluation ; 3 = Gestion/coordination ; 4 = Financement



Quels sont les mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité ?

Toutes les politiques mentionnent le suivi-évaluation (S&E), la plupart d'entre elles comprenant une section ou un cadre consacré au S&E. Certaines politiques, comme le PNDSS, le PSE et la SNPS, contiennent des informations très détaillées en matière de S&E. De nombreux partenaires ont tendance à s'impliquer dans le S&E, même si les politiques identifient généralement un acteur principal. Les activités de S&E comprennent la collecte de données et le suivi des indicateurs de politique, la création de bases de données et de systèmes d'information, l'établissement régulier de rapports, les analyses et les évaluations tant formatives que finales. Les mécanismes de redevabilité sont également mentionnés dans la plupart des politiques. Ils prévoient la redevabilité comme un principe directeur, l'utilisation du S&E pour identifier les progrès et les améliorations nécessaires (par exemple la gestion basée sur les résultats dans le cadre du système de S&E) ; des comités techniques et cadres de dialogue pour proposer la correction du cap suivi et le suivi des avancées concernant les plans d'action ; les évaluations périodiques des progrès ; les vérifications et contrôles de la qualité et la garantie de l'existence de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux.

Lacunes et recommandations

La présente note de politique a pour finalité d'éclairer les décideurs et responsables nationaux des politiques ainsi qu'un public plus large, notamment les partenaires d'exécution intervenant dans tous les secteurs sensibles à la nutrition. Son analyse peut favoriser une meilleure compréhension des lacunes et

incohérences des politiques en cours. En outre, les recommandations émanant de cette analyse peuvent éclairer la révision des politiques actuelles ou l'élaboration de nouvelles politiques sensibles à la nutrition pour un meilleur impact sur la nutrition dans leur pays.

Recommandation N° 1 : Combler les lacunes et résoudre les incohérences dans les politiques pertinentes en matière de nutrition.

L'analyse ci-dessus met en évidence un certain nombre de lacunes et d'incohérences des politiques sensibles à la nutrition en cours au Sénégal. Les futures politiques ou la révision des politiques courantes pourraient permettre ce qui suit :

- D'avantage d'investissements pour l'intégration de certains groupes de populations, en particulier les personnes âgées et les adolescents. Les politiques que nous avons évaluées n'ont fourni que quelques informations sur le contexte nutritionnel relatif aux personnes âgées et aux adolescents. Même si ces groupes figurent au nombre des bénéficiaires cibles de sept et dix politiques, respectivement, les indicateurs nutritionnels de ces groupes ne sont pas inclus dans les politiques. Seule une politique (PSMN) cite un indicateur pour les adolescents. Les hommes sont particulièrement cités dans les contextes nutritionnels de deux politiques uniquement et désignés comme bénéficiaires cibles dans seulement quatre politiques. Ces politiques peuvent obtenir des acquis considérables en intégrant des indicateurs sur les personnes âgées et les adolescents, ainsi qu'en prenant en considération le rôle important des hommes et des pères dans les pratiques d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) (Cf. NSBCCS), leur intégration étant

essentielle aux politiques qui traitent de la nutrition des enfants.

- Élargir l'utilisation des données probantes aux interventions plutôt que de réduire les preuves basées sur les données probantes aux niveaux de prévalence des problèmes nutritionnels afin de mieux guider la mise en œuvre d'interventions ayant un bon rapport (coût-)efficacité.
- Faire de telle sorte que le contexte, les objectifs, les indicateurs et/ou les activités de nutrition prévue soient en adéquation, tant en termes de problèmes de nutrition que de ciblage des populations (ex. : les objectifs de nutrition ciblent plusieurs groupes différents, alors que les indicateurs nutritionnels se contentent de mesurer les progrès de quelques-uns de ces groupes).
- Investir dans l'éradication de la malnutrition sous toutes ses formes au Sénégal, ce qui nécessitera plus d'attention à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.
- Garantir la transparence de l'action publique et son contrôle par les citoyens. La transparence est reconnue comme un obstacle majeur à la mise à l'échelle et, de ce fait, le gouvernement, avec l'appui des acteurs non-étatiques, pourrait s'impliquer en continuant à contrôler étroitement la transparence.

Recommandation N° 2 : Continuer d'investir dans une coordination multisectorielle solide.

La coordination multisectorielle et multi-acteurs est le principe directeur de base de la gouvernance pour toutes les politiques de nutrition incluses dans la présente note. La CLM est le réceptacle de l'institutionnalisation de cette approche et favorise le dialogue politique pour l'intégration de la nutrition dans les politiques sectorielles. En dépit de la présence et de l'importance de la coordination multisectorielle

soulignée par les politiques examinées, d'importants défis à sa fonctionnalité ont été relevés. La plupart des politiques mentionnent les mécanismes qui, grâce à un investissement suffisant et une définition des priorités satisfaisante, pourraient améliorer davantage la coordination multisectorielle. Il s'agit, notamment, des organismes multi-acteurs et multi secteurs (ex. : comités interministériels, CLM, COSFAM ; et, pour les politiques de santé, Conseil supérieur de la multisectorialité et Comité national de santé communautaire ; comités nationaux et locaux), des instruments et événements. L'exemple d'une coordination multisectorielle efficace autour de la CLM, comme décrit essentiellement dans les politiques de nutrition, réaffirme que le fait de prêcher par l'exemple est un facilitateur clé du changement positif. À la suite de l'élévation de la CLM en un organisme institutionnel supérieur (Conseil national de développement de la nutrition - CNDN), l'institution bénéficie d'une importante possibilité de continuer à jouer un rôle moteur dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sensibles à la nutrition, par exemple en définissant clairement le rôle que chaque secteur et acteur pourrait jouer à un niveau supérieur.

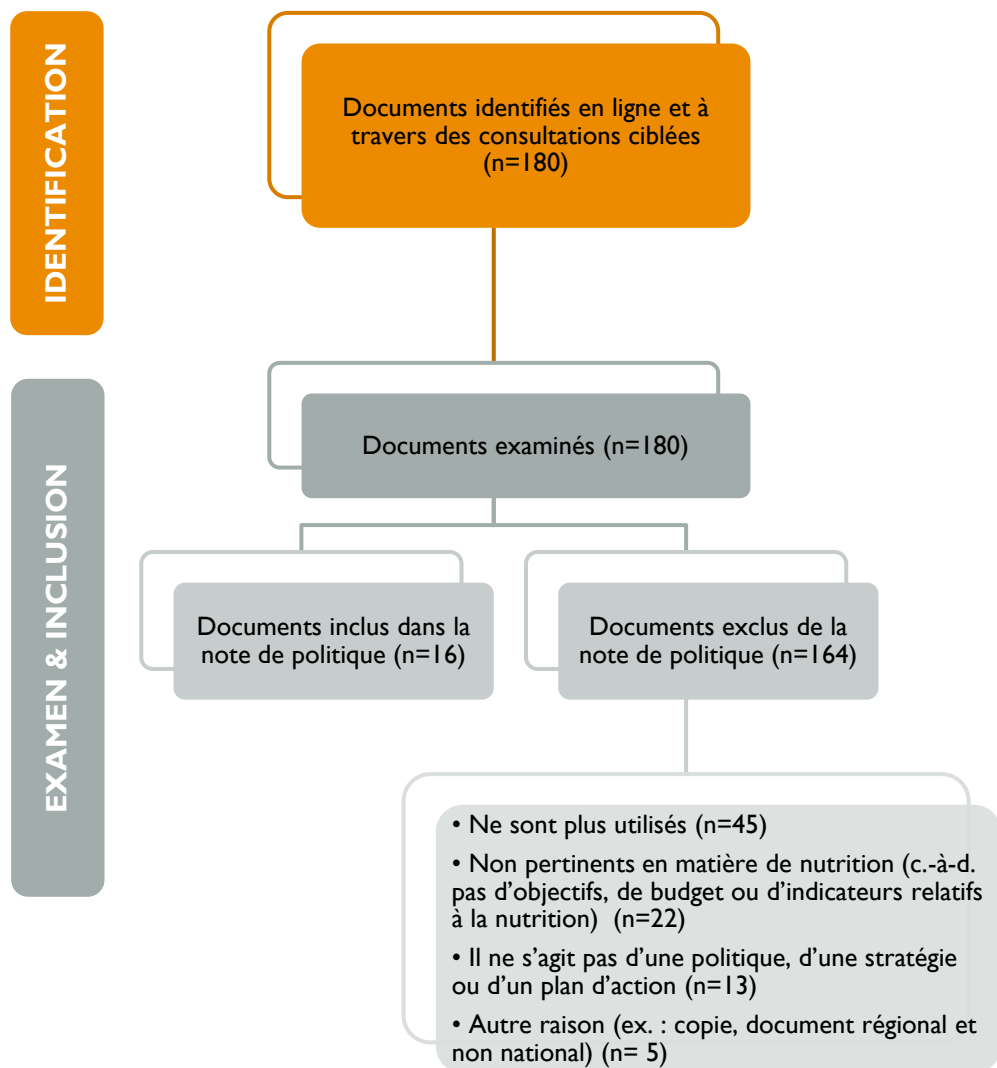
Recommandation N° 3 : Inclure la nutrition dans les futurs documents de politiques à travers les divers domaines d'action des politiques

Seules les politiques mises en œuvre dans les domaines de la nutrition, de la sécurité alimentaire et de la protection sociale, et les politiques transversales couvrent la nutrition de manière satisfaisante. Les autres politiques concernant la santé, l'agriculture et l'élevage, et, enfin, l'éducation, pourraient améliorer la cohérence pour la nutrition, c-à-d. dans leur contexte, leurs objectifs, leurs indicateurs et/ou leurs budgets. Compte tenu de l'importance et du caractère sensible de ces domaines pour la nutrition, de grandes avancées pourraient être réalisées si chacune des politiques relatives à ces domaines prévoyait des cibles nutritionnelles. Une politique sectorielle peut, lorsqu'elle atteint ses objectifs clés et met en œuvre les programmes décrits, avec qualité et efficacité, générer un impact sur la nutrition, par exemple sur la réduction du retard de croissance (Heidkamp et al. 2021)^{xiii}. Garantir le dialogue entre les secteurs aux stades de la planification, du suivi et de la révision des politiques sera essentiel pour améliorer la cohérence de la nutrition dans les différents domaines. Pour commencer à intégrer la nutrition dans les futurs documents opérationnels et politiques relatifs à divers domaines stratégiques, les décideurs pourraient se référer aux objectifs, indicateurs et activités nutritionnels pertinents énumérés dans le PSMN, qui présente de manière détaillée les rôles des acteurs de nombreux secteurs.

Recommandation N° 4 : Reconnaître la nutrition comme un domaine transversal des politiques en cours

Plusieurs politiques sont présentement formulées ou révisées, notamment celles en matière d'élevage (LPDE), d'agriculture (LPSDA) et de santé (PNSC). Il s'agit là d'une opportunité, pour ces politiques, de mieux intégrer la nutrition et de mettre les activités et indicateurs en conformité avec les objectifs et les groupes cibles dans les politiques. Pour concrétiser cette possibilité, les décideurs pourraient contacter des spécialistes de la nutrition, collaborer avec le CNDN et les partenaires concernés, ce qui pourrait faciliter considérablement l'élaboration de ces politiques. En intégrant les recommandations ci-dessus, toute politique nouvelle ou révisée pourrait renforcer les politiques sensibles à la nutrition dans le pays et promouvoir la nutrition au niveau national.

Annexe I : Organigramme des documents pour la note de politique



Notes en fin de texte

- ⁱ Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF 2019. Sénégal : Enquête Démographique et de santé continue (EDS-continue 2019). Rockville, Maryland, Etats-Unis : ANSD et ICF
- ⁱⁱ Fonds des Nations-Unies pour l'enfance, Division des données, de l'analyse, de la planification et du suivi (2020). Bases de données mondiales de l'UNICEF : Infant and Young Child Feeding: Exclusive breastfeeding. Predominant breastfeeding. New York, July 2020.
- ⁱⁱⁱ Ibid, i.
- ^{iv} UNICEF/WHO/World Bank Joint child malnutrition estimates — levels and trends – 2020 edition (<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2020/>)
- ^v Ibid, i.
- ^{vi} UNICEF/WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015. Genève : World Health Organization; 2019. data.unicef.org
- ^{vii} Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF 2018. Sénégal : Enquête démographique et de santé continue (EDS-continue 2017). Rockville, Maryland, Etats-Unis : ANSD et ICF
- ^{viii} Ibid, i.
- ^{ix} Ibid, vii.
- ^x Comité sénégalais pour la fortification des aliments en micronutriments (COSFAM) 2010. Évaluation de la carence en fer, en zinc et en vitamine A chez les enfants de 12 à 59 mois et les femmes en âge de procréer. Étude de référence nationale.
- ^{xi} Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Téléchargements de données. Extraits de [INSERT: date septembre 2020] de <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html>
- ^{xii} Ibid
- ^{xiii} Heidkamp R, Piwoz E, Gillespie S, Keats EC, D'Alimonte MR, Menon P, Das JK, Flory A, Clift JW, Ruel MT, Vosti S, Akuoku JK, Bhutta ZA. Mobilising evidence, data, and resources to achieve global maternal and child undernutrition targets and the Sustainable Development Goals: an agenda for action. Lancet. 2021 (March) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00568-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00568-7)

Ampa Dogui Diatta¹, Laura Casu², Mariame Dramé², Irina Uzhova³, Judith Kaboré⁴, Fanta Touré⁴ and Roos Verstraeten¹

¹ Institut international de recherche sur les politiques alimentaires | ² Consultant indépendant | ³ Institute of Technology Sligo | ⁴ Action Contre la Faim

Pour citer cette publication :

Diatta, A.D., L. Casu, M. Dramé, I. Uzhova, J. Kaboré, F. Touré and R. Verstraeten. 2021. La politique nutritionnelle au Sénégal. Transform Nutrition West Africa, Note Factuelle No. 6 (Juillet). Dakar, Sénégal : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.

Cette publication n'a pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs. Les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatives de ou approuvées par l'IFPRI.

© Copyright 2021 International Food Policy Research Institute (IFPRI). Cette publication est publiée sous une licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0). Pour afficher cette licence, consultez <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



Transform Nutrition West Africa est une plate-forme régionale destinée à faciliter une action politique et programmatique efficace dans le domaine de la nutrition. Elle est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates de 2017 à 2021, sous la direction de l'International Food Policy Research Institute.

E IFPRI-tnwa@cgiar.org W transformnutrition.org/westafrica T twitter.com/TN_NutritionRPC