



IEG
INDEPENDENT
EVALUATION GROUP

WORLD BANK GROUP
World Bank • IFC • MIGA

PROJECT PERFORMANCE ASSESSMENT REPORT



SENEGAL

Une décennie de soutien de la Banque mondiale au programme de nutrition du Sénégal

Rapport No. 110290-FR

16 MAI 2017

© 2017 International Bank for Reconstruction
and Development / The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

Attribution—Please cite the work as follows:
World Bank. 2017. Project Performance
Assessment Report : Une décennie de soutien
de la Banque mondiale au programme de
nutrition du Sénégal. Washington, DC : World
Bank.

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

RIGHTS AND PERMISSIONS

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.

Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Rapport No.: 110290-FR

RAPPORT D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE DE PROJETS

SÉNÉGAL

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION
(CRÉDIT IDA NO. 36190)**

**PROJET DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION À L'APPUI DE LA
DEUXIÈME PHASE DU PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA
NUTRITION
(CRÉDIT IDA NO. 42450)**

**FINANCEMENT ADDITIONNEL POUR LA DEUXIÈME PHASE DU
PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION
(CRÉDIT IDA NO. 50840)**

**PROJET D'INTERVENTION RAPIDE POUR LA SÉCURITÉ
NUTRITIONNELLE ET LES TRANSFERTS EN ESPÈCES AXÉS SUR LES
ENFANTS
(CRÉDIT IDA NO. 46050) &**

**FONDS D'AFFECTATION SPÉCIALE MULTIDONATEURS POUR LE
PROGRAMME D'INTERVENTION EN RÉPONSE À LA CRISE
ALIMENTAIRE MONDIALE
(TF 94372)**

DATE DE LA TRADUCTION : 16 MAI 2017

*Développement humain et Gestion économique
Groupe d'évaluation indépendant*

**Le présent rapport a été établi dans sa version originale en anglais sous le titre : World Bank Independent Evaluation Group (IEG), Senegal -- A Decade of World Bank Support to Senegal's Nutrition Program, Project Performance Assessment Report, Report No. 110290, Washington, D.C., December 21, 2016.*

Équivalences monétaires (moyennes annuelles)

Unité monétaire = Franc CFA (FCFA)

2002	1 \$ EU	664,54 FCFA
2003	1 \$ EU	628,93 FCFA
2004	1 \$ EU	551,27 FCFA
2005	1 \$ EU	516,19 FCFA
2006	1 \$ EU	539,44 FCFA
2007	1 \$ EU	503,03 FCFA
2008	1 \$ EU	447,77 FCFA
2009	1 \$ EU	479,02 FCFA
2010	1 \$ EU	473,00 FCFA
2011	1 \$ EU	481,81 FCFA
2012	1 \$ EU	490,53 FCFA
2013	1 \$ EU	507,49 FCFA
2014	1 \$ EU	483,60 FCFA
2015	1 \$ EU	500,67 FCFA

Abréviations et Acronymes

AEC	Agence d'exécution communautaire	PCIME	Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance
BEN	Bureau exécutif national	PNC	Projet de Nutrition communautaire
BER	Bureau exécutif régional	PPE	Prêt-Programme évolutif (APL)
CLM	Cellule de Lutte contre la Malnutrition	PRN	Programme de Renforcement de la nutrition
CPC	Connaissances, Pratiques, Couverture	REACH	Renouvellement des efforts de lutte contre la faim et la sous-alimentation chez l'enfant
DEP	Document d'évaluation du projet (PAD)	RERP	Rapport d'évaluation rétrospective du projet (PPAR)
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté	SMART	Enquête normalisée de suivi et d'évaluation des secours et de la transition
DTS	Droits de tirage spéciaux	SAP	Stratégie d'Aide-Pays (CAS)
EDS	Enquête démographique et de santé	SNP	Santé, Nutrition et Population
ICR	Rapport sur l'état d'avancement et les résultats de projet	SPP	Stratégie de Partenariat-Pays (CPS)
IEG	Groupe d'évaluation indépendant	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
LQAS	Enquête par échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité	USAID	Agence américaine pour le Développement International
ODP	Objectif de développement du projet		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
ONG	Organisation non gouvernementale		
PAM	Programme alimentaire mondial		

Année fiscale

Gouvernement : 1er janvier – 31 décembre

Directeur-Général, Groupe d'évaluation indépendant
 Directeur, Développement humain et Gestion économique
 Chef de section, Développement humain et institutionnel
 Responsable de projet

Ms. Caroline Heider
 M. Zeljko Bogetic (par intérim)
 M. Rasmus Heltberg (par intérim)
 Ms. Susan A. Caceres

Table des matières

Notations principales	vii
Personnel clé responsable	viii
Préface.....	xi
Résumé.....	xiii
1. Cadre de référence et Contexte	1
Contexte général	1
Nutrition.....	3
2. Programme de Renforcement de la nutrition	6
Objectifs, Conception et Pertinence.....	6
Objectifs de Développement du Projet	6
Pertinence des Objectifs.....	7
Conception du Projet.....	10
Pertinence de la Conception.....	10
Mise en œuvre.....	13
Facteurs affectant la Mise en oeuvre	14
Réalisation des Objectifs.....	15
Objectif 1	15
Objectif 2	17
Efficience	20
Notations	21
Résultat du Projet.....	21
Risque pour le Résultat de Développement	22
Performance de la Banque mondiale	23
Performance de l’Emprunteur.....	24
Suivi et Évaluation.....	25
3. Projet de Renforcement de la nutrition à l’appui de la Deuxième Phase du Programme de Renforcement de la nutrition	27
Objectif, Conception et Pertinence	27
Objectif de Développement du Projet.....	27

Ce rapport a été préparé par Denise Anne Vaillancourt. Elle a évalué le projet en avril 2016 avec la contribution technique de Amadou Hassane Sylla, consultant sénégalais. Le rapport a été soumis à un examen technique/nutritionnel par les pairs conduit par Ziauddin Hyder et à l’examen méthodologique d’un panel par Judyth Twigg. Aline Dukuze a fourni le soutien administratif. Helene Stephan a préparé la traduction en français.

Pertinence de l'Objectif	29
Conception du Projet.....	30
Pertinence De La Conception	30
Mise en œuvre.....	33
Facteurs affectant la Mise en oeuvre	33
Réalisation de l'Objectif	35
Objectif 1	35
Efficienc e	40
Notations	41
Résultat du Projet.....	41
Risque pour le Résultat de Développement	41
Performance de la Banque mondiale	42
Performance de l'Emprunteur.....	43
Suivi et Évaluation.....	45
4. Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants	47
Objectifs, Conception et Pertinence.....	47
Objectifs de Développement du Projet	47
Pertinence des Objectifs.....	48
Conception du Projet.....	49
Pertinence de la Conception.....	50
Mise en œuvre.....	52
Facteurs affectant la Mise en oeuvre	53
Réalisations des Objectifs	53
Objectif 1	53
Objectif 2	55
Efficienc e	57
Notations.....	57
Résultat de Projet	57
Risque pour le Résultat de Développement	58
Performance de la Banque mondiale	58
Performance de l'Emprunteur.....	59
Suivi et Évaluation.....	60
5. Une décennie de soutien en perspective	61
Résultats du programme de 10 ans : une vue d'ensemble.....	61

Une réputation bien méritée.....	63
Défis et Opportunités	67
6. Leçons	68
Bibliographie.....	71
Annexe A. Fiche technique de base	75
Annexe B. Politiques nationales de nutrition et Portefeuille des projets de nutrition de la Banque mondiale	83
Annexe C. Coûts, Financements, and Décaissements*	86
Annexe D. Données statistiques et Résultats	92
Annexe E. Liste des personnes rencontrées	112

Encadrés

Encadré 2-1. Indicateurs clés de Performance pour le PPE sur 10 ans et pour chacune de ses phases	8
Encadré 2-2. Composantes de la Phase 1 du Programme de Renforcement de la nutrition.	11
Encadré 3-1. Composantes de la Phase II du Programme de Renforcement de la nutrition : Composantes initiales et révisées.....	32
Encadré 4-1. Indicateurs de Performance clés du Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants.....	48
Encadré 4-2. Composantes de l'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants.....	50
Encadré 5-1. Les Caractéristiques de la Fourniture des services du PRN	65

Tableau

Tableau 3.1. Principaux Indicateurs de Performance pour le PRN II : Indicateurs initiaux et révisés	28
---	----

Notations principales

Programme de Renforcement de la nutrition

	ICR*	Examen ICR*	RERP
Résultats	Très satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Risque pour le résultat de développement	Négligeable à faible	Modéré	Modéré
Performance de la Banque mondiale	Satisfaisant	Très satisfaisant	Très satisfaisant
Performance de l'Emprunteur	Très satisfaisant	Très satisfaisant	Très satisfaisant

* Rapport sur l'état d'avancement et les résultats de projet (ICR) est un rapport d'auto-évaluation exécuté par le réseau thématique responsable. L'examen ICR est un document intermédiaire du groupe IEG qui cherche indépendamment à valider les résultats du rapport ICR.

Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième phase du Programme de Renforcement de la nutrition

	ICR*	Examen ICR	RERP
Résultats	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Risque pour le résultat de développement	Modéré	Important	Important
Performance de la Banque mondiale	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Performance de l'Emprunteur	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant

Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

	ICR*	Examen ICR *	RERP
Résultats	Très satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Risque pour le résultat de développement	Modéré	Modéré	Important
Performance de la Banque mondiale	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant
Performance de l'Emprunteur	Satisfaisant	Satisfaisant	Satisfaisant

Personnel clé responsable

Programme de Renforcement de la nutrition

Projet	Chef de gestion/ Responsable de gestion de projet	Chef de division/ Directeur sectoriel	Directeur-pays
Évaluation	Claudia Rokx	Alexandre Abrantes	John McIntire
Achèvement	Menno Mulder-Sibanda	Eva Jarawan	Madani Tall

Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième phase du Programme de Renforcement de la nutrition

Projet	Chef de gestion/ Responsable de gestion de projet	Chef de division/ Directeur sectoriel	Directeur-pays
Évaluation	Menno Mulder-Sibanda	Eva Jarawan	Madani Tall
Achèvement	Menno Mulder-Sibanda	Trina Haque	Vera Songwe

Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

Projet	Chef de gestion/ Responsable de gestion de projet	Chef de division/ Directeur sectoriel	Directeur-pays
Évaluation	Menno Mulder-Sibanda	Eva Jarawan	Habib Fetini
Achèvement	Menno Mulder-Sibanda	Trina Haque	Vera Songwe

Mission de l'IEG :
Contribuer à l'efficacité du développement du groupe de la Banque mondiale par l'excellence et l'indépendance des évaluations

Le Rapport d'évaluation

Le Groupe d'évaluation indépendant de la Banque mondiale (IEG) évalue les programmes et les activités de la Banque mondiale dans un double objectif : d'une part, assurer l'intégrité du processus d'autoévaluation de la Banque et vérifier que les travaux de l'institution produisent les résultats attendus, et, d'autre part, aider à définir de meilleures orientations, politiques et procédures en diffusant les leçons tirées de ces programmes et activités. Dans le cadre de ces travaux, l'IEG évalue chaque année sur le terrain environ un quart des opérations de prêt de la Banque mondiale. Dans le processus de sélection, la priorité est accordée aux opérations qui sont novatrices, de grande portée ou complexes ; à celles qui ont un rapport avec de futures études ou évaluations dans le pays en question ; à celles pour lesquelles les Administrateurs ou la direction de la Banque ont demandé une évaluation ; et à celles qui sont riches d'enseignements.

Pour établir les Rapports d'évaluation rétrospective de projets (RERP), les services de l'IEG examinent les dossiers du projet et autres documents, interrogent les services opérationnels, se rendent dans le pays de l'Emprunteur pour s'entretenir des opérations avec les pouvoirs publics et les autres acteurs nationaux, et rencontrent, selon les besoins, le personnel des services de la Banque et des autres bailleurs de fonds, tant au siège que dans les bureaux locaux.

Chaque RERP est soumis à un examen paritaire interne, à l'examen d'un panel et à l'approbation de la direction de l'IEG. Une fois approuvé par l'IEG, le RERP est examiné par le département de la Banque mondiale responsable du projet. Le rapport est également transmis à l'Emprunteur pour examen. L'IEG incorpore toutes les observations reçues, comme il convient. Le RERP final est alors transmis à l'Emprunteur pour examen ; les observations de l'Emprunteur sont jointes au document qui est soumis au Conseil des Administrateurs de la Banque mondiale. Après sa soumission au Conseil, le rapport est diffusé au public.

Le Système de notation de l'IEG

Les multiples méthodes d'évaluation utilisées par l'IEG combinent la rigueur et la souplesse d'adaptation exigées selon l'instrument de prêt, la conception du projet ou l'approche sectorielle. Les évaluateurs de l'IEG appliquent tous la même méthode de base pour établir leur propre notation. La définition et les échelles de notation utilisées pour chaque critère d'évaluation sont présentées ci-après (pour de plus amples renseignements, voir le site web de l'IEG : <http://worldbank.org/ieg>).

Résultats : Le degré auquel les principaux objectifs pertinents du projet ont été atteints, ou devraient l'être, de manière efficace. Cette notation comporte trois dimensions, la pertinence, l'efficacité et l'efficience. Par *pertinence*, on entend la pertinence des objectifs et celle de la conception. La pertinence des objectifs est le degré auquel les objectifs du projet correspondent aux priorités de développement du pays ainsi qu'aux stratégies d'aide-pays et sectorielles et aux objectifs institutionnels de la Banque (telles que définis dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté, les stratégies d'aide-pays, les documents de stratégie sectorielle et les politiques opérationnelles). La pertinence de la conception est le degré auquel la conception du projet correspond aux objectifs énoncés. L'*efficacité* est le degré auquel les objectifs du projet ont été atteints, ou devraient l'être, en fonction de leur importance relative. L'*efficience* est le degré auquel le projet a, ou devrait avoir, un rendement supérieur au coût d'opportunité du capital et des avantages au moindre coût, par rapport aux autres formules possibles. Les opérations d'ajustement ne sont généralement pas soumises à cette notation, car elles s'attachent à fournir un soutien budgétaire général. *Échelle de notation des résultats* : Très satisfaisant, Satisfaisant, Modérément satisfaisant, Modérément insatisfaisant, Insatisfaisant, Très insatisfaisant.

Risque pour les résultats au plan du développement : Le risque, au moment de l'évaluation, que les résultats (ou les résultats attendus) au plan du développement ne soient pas préservés (ou atteints). *Échelle de notation du risque pour les résultats au plan du développement* : Élevé, Important, Modéré, Négligeable à Faible, Non évaluable.

Performance de la Banque : Le degré auquel les services fournis par la Banque ont assuré la qualité à l'entrée du projet dans le portefeuille et ont contribué efficacement à l'exécution des activités par une supervision appropriée (notamment en prenant les dispositions transitoires voulues pour que les activités financées se poursuivent normalement après la clôture du prêt/crédit, en vue de la réalisation des résultats au plan du développement). Cette notation comporte deux dimensions : la qualité à l'entrée et la qualité de la supervision. *Échelle de notation de la performance de la Banque* : Très satisfaisant, Satisfaisant, Modérément satisfaisant, Modérément insatisfaisant, Insatisfaisant, Très insatisfaisant.

Performance de l'Emprunteur : Le degré auquel l'Emprunteur (notamment le gouvernement et le ou les organismes d'exécution) a veillé à la qualité de la préparation et de l'exécution des activités, et a respecté les clauses et les accords, en vue de la réalisation des objectifs au plan du développement. Cette notation comporte deux dimensions : la performance du gouvernement et celle de l'organisme ou des organismes d'exécution. *Échelle de notation de la performance de l'Emprunteur* : Très satisfaisant, Satisfaisant, Modérément satisfaisant, Modérément insatisfaisant, Insatisfaisant, Très insatisfaisant.

Préface

Il s'agit ici du Rapport d'évaluation rétrospective du projet (RERP) du Programme de Renforcement de la nutrition, du Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième phase du Programme de Renforcement de la nutrition, et du Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants.

Un crédit de l'Association internationale de Développement (Crédit IDA-3619) à l'appui de la première phase du Programme de Renforcement de la nutrition a été approuvé le 14 mars 2002, d'un montant de 11,8 millions de Droits de tirage spéciaux (DTS) (l'équivalent de 14,7 millions de dollars EU).¹ L'État avait prévu un financement de contrepartie équivalent à 1,5 million de dollars EU, auquel s'ajoutait un financement parallèle du Programme alimentaire mondial (PAM) correspondant à 4 millions de dollars EU. Le crédit est entré en vigueur le 27 juin 2002, et s'est clôturé le 15 juin 2006, six mois après la date initiale de clôture. Le coût total à la clôture était équivalent à 19,1 millions de dollars EU. Le montant décaissé s'élevait à 11,4 millions de DTS, soit 96 % du montant initial du crédit et 100 % du montant révisé du crédit après annulation de 0,4 million de DTS.

Un prêt de 10,1 millions de DTS (soit environ 15 millions de dollars EU) pour le Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième phase du Programme de Renforcement de la nutrition (Deuxième Projet de Renforcement de la nutrition) a été approuvé par la Banque mondiale le 13 novembre 2006, et est entré en vigueur le 29 janvier 2007. Le financement de contrepartie prévu par l'État s'élevait à l'équivalent de 16,3 millions de dollars EU, avec un montant supplémentaire envisagé de 11,1 millions de dollars provenant d'autres sources.² Un financement additionnel de 6,5 millions de DTS (équivalent à 10 millions de dollars EU) pour ce projet a été approuvé par la Banque le 29 mars 2012, et est entré en vigueur le 23 mai 2012. Le crédit initial et le financement additionnel se sont clôturés le 14 juin 2014, tous deux ayant été décaissés dans leur totalité.

Un prêt de 6,8 millions de DTS (équivalent à 10 millions de dollars EU) a été approuvé le 6 mai 2009 pour financer le Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants, et est entré en vigueur le 11 septembre 2009. Une subvention du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs pour le Programme d'Intervention en réponse à la crise alimentaire mondiale (TF 94372) équivalent à 8 millions de dollars EU a fourni un cofinancement au projet. Aucun financement de contrepartie de l'État n'a été envisagé. La clôture du prêt a eu lieu le 31 août 2012 et le prêt a été décaissé à 100 %. Le Fonds d'affectation spéciale s'est également clôturé le 31 août 2012, 99 % de son montant initial ont été décaissés et un montant de 97 218 dollars EU a été annulé.

Ce rapport est basé sur un examen des documents de projet, des rapports sur l'état d'avancement et les résultats de projet (ICR) de chaque projet ; des aide-mémoires et des

¹ Ce montant était destiné à la première des trois phases d'un Prêt-Programme évolutif (PPE). Le montant total du soutien de l'Association internationale de Développement (IDA) envisagé pour les trois phases s'élevait à 39 millions de DTS (l'équivalent de 48,7 millions de dollars EU).

² Projet Santé II/Banque africaine de Développement (BAD), Programme alimentaire mondial (PAM), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et l'Initiative sur les micronutriments.

rapports de supervision ainsi que sur des données, études et autres documents pertinents. Une mission a été conduite au Sénégal en avril 2016 par Denise Anne Vaillancourt, consultante internationale, et par Amadou Hassane Sylla, consultant sénégalais, au cours de laquelle se sont tenus des entretiens avec les membres du Gouvernement et le personnel technique, le personnel chargé de la fourniture des services et les autorités locales, ainsi qu'avec les représentants d'organisations de la société civile, les bénéficiaires, les partenaires techniques et financiers au développement (PTF) intéressés et autres acteurs concernés. L'équipe a visité les bureaux, installations et communautés de Dahra, Sagatta Djoloff, Sagatta-Affe, Darou Mousty (Région de Louga) ; Guinguineo, Gagnick Tibou (Région de Kaolack) ; et Mbar et Mbam Djigane (Région de Fatick), lesquelles ont été choisies en consultation avec le Gouvernement et l'équipe de la Banque mondiale. De plus, les points de vue des bénéficiaires ont été soulignés dans les évaluations des bénéficiaires commandées au titre du programme. Des entretiens ont également eu lieu à Washington, D.C., avec le personnel concerné supplémentaire. Le Groupe d'évaluation indépendant (IEG) reconnaît avec gratitude la contribution de tous ceux et de toutes celles qui ont consacré leur temps aux entretiens et ont fourni documents et informations, et il adresse tous ses remerciements au bureau de la Banque mondiale à Dakar pour le soutien logistique et administratif qu'il lui a fourni. À l'annexe E figure une liste des personnes rencontrées.

Ce rapport, en évaluant dans quelle mesure les opérations ont atteint les résultats escomptés, répond à un objectif de responsabilisation. Il cherche également à tirer des enseignements pour informer et orienter les investissements futurs dans les secteurs de la santé et de la protection sociale. Cette évaluation vient compléter respectivement les rapports ICR préparés par les équipes opérationnelles de la Banque mondiale avec la contribution de l'Emprunteur et l'examen méthodologique de ces rapports par le groupe IEG (Examen ICR), en produisant une évaluation indépendante sur le terrain, environ deux ans après la dernière des fermetures de ces projets.

Conformément aux normes de procédures IEG, une copie du projet de rapport a été envoyée aux responsables gouvernementaux et agences compétentes pour examen et commentaires. Aucun commentaire n'a été reçu.

Résumé

Ce rapport évalue la performance de trois projets : (1) le Programme de Renforcement de la nutrition, (2) le Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième phase du Programme de Renforcement de la nutrition, et (3) le Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants.

Au début du nouveau millénaire, le Sénégal fait face à un problème préoccupant de malnutrition. Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans près d'un tiers (30 %) souffrait d'une malnutrition chronique (taille petite pour l'âge), 10 % de malnutrition aiguë (poids faible pour la taille), et 20 % d'une insuffisance pondérale (poids pour l'âge) ; chacun de ces niveaux étant classé très sévère par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les taux varient considérablement, les pauvres et les populations rurales, celles des zones du nord, du sud et du centre touchées de façon disproportionnée. La malnutrition contribue à la mortalité et à la morbidité des mères et des enfants, sape les chances d'accès des enfants à leur potentiel physique et intellectuel et réduit les opportunités de revenus pour les ménages, ainsi que la productivité globale et le développement économique. La maladie et une disponibilité alimentaire insuffisante sont les deux causes principales de cette malnutrition. Les facteurs sous-jacents sont la pauvreté, un accès insuffisant à une alimentation de qualité, des connaissances et comportements inadéquats pour promouvoir la santé des mères et des enfants et des services, en particulier de santé, d'approvisionnement en eau propre et d'assainissement, qui font défaut.

En 2001, le Gouvernement du Sénégal a élaboré une nouvelle politique nationale de nutrition, apportant son soutien à un objectif sur dix ans, visant à améliorer la nutrition par l'adoption d'une approche multisectorielle communautaire. La politique s'est traduite par la mise en place du Programme de Renforcement de la nutrition de 10 ans (PRN), financé par l'État, la Banque mondiale, et, plus tard, d'autres partenaires techniques et financiers (PTF). L'État a également créé la Cellule de Lutte contre la malnutrition (CLM—une agence chargée de lutter contre la malnutrition), rattachée au cabinet du Premier ministre, responsable de la coordination de la mise en œuvre de la politique, ainsi que de son évaluation.

Programme de Renforcement de la nutrition

Ce projet, financé au titre d'un Prêt-Programme évolutif sur 10 ans (PPE), a été conçu comme le premier volet des trois opérations prévues de la Banque mondiale pour appuyer la mise en œuvre du PRN. Il avait pour objectif d'aider l'Emprunteur à renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour permettre à la CLM et à ses partenaires des secteurs public et privé de développer, mettre en œuvre et assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition en zones rurales et urbaines. Il a appuyé deux composantes : (1) la promotion de la croissance et de la nutrition communautaire (suivi et promotion de la croissance, éducation à la santé et à la nutrition, gestion intégrée des maladies de l'enfance, promotion et fourniture des services de santé de base, micronutriments et subventions aux projets communautaires) ; et (2) le renforcement des capacités de gestion du programme (assistance technique, formation et soutien au secteur de la santé et de l'éducation).

Le crédit est entré en vigueur le 27 juin 2002 et s'est clôturé le 15 juillet 2006. Les objectifs n'ont pas changé et il n'y a pas eu de restructuration. Le coût total du projet s'élevait à 19,1 millions de dollars EU, soit 118 % de l'estimation initiale du montant.

Les résultats du projet sont jugés **très satisfaisants**. La pertinence de ses objectifs est jugée élevée car les objectifs répondent pleinement aux conditions actuelles du pays, aux stratégies et priorités nationales et à la présente Stratégie de Partenariat-Pays (SPP) de la Banque mondiale, ainsi qu'à sa Stratégie sur la Santé, la Nutrition et la Population (SNP). Quant à la conception du projet, elle a aussi été jugée élevée, avec une chaîne de résultats clairs et logiques venant en soutien aux objectifs de renforcement des capacités à mettre en place, pour développer, superviser, coordonner et gérer le PRN, et pour exécuter ses activités. L'objectif qui consiste à renforcer des capacités pour développer, suivre, coordonner et gérer les activités multisectorielles de nutrition a été largement atteint et l'efficacité de sa réalisation a été jugée élevée. La CLM a pleinement assumé le rôle qui lui a été confié d'élaborer un programme pour la nutrition, de superviser sa mise en œuvre par le biais du PRN, et d'encourager et animer la coopération dans tous les secteurs. Un processus solide de suivi et d'évaluation, avec des mécanismes et des structures pour l'examen des données à tous les niveaux, a permis d'obtenir des résultats ciblés favorisant la transparence, la prise de responsabilité et l'apprentissage par la pratique. L'efficacité dans la réalisation de l'objectif de renforcement des capacités de mise en œuvre des activités multisectorielles de nutrition a aussi été jugée élevée, avec la création et la fourniture de services nutritionnels communautaires dans les zones ciblées, lesquels ont dépassé les résultats attendus. Les connaissances et les comportements des groupes ciblés se sont considérablement améliorés dans les zones d'intervention. Quatre-vingt-onze pour cent d'enfants participant à des séances mensuelles de promotion de la croissance dans les zones d'intervention ont enregistré un gain de poids adéquat, une réussite remarquable compte tenu du taux de participation de 90 %. L'efficacité du projet est jugée appréciable ; les interventions bien ciblées et coût-efficaces ont produit des bénéfices très avantageux et se sont traduites par des coûts médians bas par enfant.

Le risque pour les résultats de développement est jugé **modéré**. En général, la plupart des risques—notamment, techniques, sociaux, politiques, institutionnels et d'appropriation sont considérés comme étant négligeables. Mais le risque financier, lui, est élevé. L'État a sensiblement augmenté sa contribution financière au PRN depuis la clôture du projet, mais il reste que ses coûts et son financement nécessitent d'être mieux évalués. La rémunération des relais communautaires présente un problème à résoudre, et des sources de financement innovantes et des solutions sont en cours de discussion et d'expérimentation.

La performance de la Banque mondiale est jugée **très satisfaisante** dans l'ensemble. La qualité à l'entrée est **très satisfaisante**, le PPE étant un instrument tout-à-fait indiqué pour ce genre de projet, et la conception et les arrangements institutionnels sont exceptionnellement solides. La qualité de la supervision est **très satisfaisante** avec des missions bien équipées en personnel très attentif à l'objectif de développement du projet (ODP).

La performance de l'Emprunteur est jugée **très satisfaisante** dans l'ensemble. La performance du Gouvernement est **très satisfaisante**, marquée par une appropriation ferme du PRN, une contrepartie financière généreuse et la mise en place de la CLM rattachée au cabinet du Premier ministre. La performance de l'Agence d'exécution a été **très satisfaisante**. La CLM s'est entourée d'une bonne équipe et s'est fait reconnaître pour son style de gestion transparent.

Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui à de la Deuxième phase du PRN

Le projet avait pour objectif d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans des zones rurales et urbaines pauvres. Il comportait trois composantes : (1) des activités nutritionnelles communautaires ; (2) un soutien multisectoriel à la nutrition ; et (3) un soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de nutrition. Prévu à l'origine comme le deuxième d'une série de trois projets, financé au titre d'un PPE sur 10 ans, la Banque mondiale a décidé que ce serait la dernière phase de son aide PPE.

Le crédit de l'Association internationale de Développement (IDA) est entré en vigueur le 29 Janvier 2007. Bien que l'objectif n'ait pas changé, un financement supplémentaire a été approuvé en 2012, ajoutant ainsi deux ans et 6,5 millions de DTS (Droits de tirage spéciaux) de plus à la mise en œuvre du projet. La plupart des objectifs ciblés ont été révisés à la hausse. Le coût total du projet était équivalent à 25,3 millions de dollars EU, soit 169 % de l'estimation initiale du montant.

Les résultats du projet ont reçu la mention **satisfaisant**. Son objectif cadre de façon très pertinente avec les conditions actuelles du pays, les priorités stratégiques du Sénégal, les stratégies de la Banque mondiale pour le Sénégal et ses stratégies sectorielles institutionnelles. La pertinence de la conception du projet a été jugée élevée ; la chaîne des résultats est bien articulée et plausible—aussi solide que celle du premier projet, les modèles de financement originaux et supplémentaires ayant été encore davantage mis au point à la lumière de nouvelles observations et leçons. L'efficacité dans la réalisation des objectifs est jugée appréciable. Toutes les cibles ont été dépassées, celles visées initialement comme celles révisées. Bien qu'aucun des indicateurs de résultats n'ait directement mesuré l'objectif d'amélioration des conditions nutritionnelles, ceux-ci révèlent une solide performance dans les zones d'intervention, notamment en ce qui concerne la couverture de services rentables et le changement de comportement, dont les liens avec l'amélioration de la situation nutritionnelle sont fortement soulignés dans la recherche. En outre, des taux très élevés d'enfants enregistrant un gain de poids adéquat, un dépistage réussi et le traitement de cas de malnutrition modérée et aiguë fournissent des preuves rassurantes que la situation nutritionnelle s'est améliorée. L'efficacité du projet est jugée appréciable soutenue par des résultats concrets de forte rentabilité et par une efficacité opérationnelle et une mise en œuvre solides.

Le risque pour les résultats de développement est jugé **important**. Comme pour le premier projet, les risques techniques, sociaux, politiques et institutionnels sont tous évalués comme étant négligeables. De la même façon, le risque financier et le risque des catastrophes naturelles sont toujours jugés importants. On a cependant accordé plus de poids au risque financier à la fin de ce projet, vu que le financement national et international disponible est insuffisant pour assurer la couverture complète du PRN. Des discussions et des tentatives sont en cours pour trouver des moyens innovants de rémunérer plus adéquatement les relais communautaires.

La performance de la Banque mondiale est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble ; la qualité à l'entrée est **satisfaisante**. S'appuyant sur le succès du premier projet, le PRN a élaboré une conception très soignée ; son cadre institutionnel déjà solide a été mis au point pour soutenir le rôle croissant des autorités locales, conformément à la politique de décentralisation de l'État.

Une lacune s'est pourtant glissée dans cette conception de suivi et d'évaluation, par ailleurs très solide, avec l'absence d'un indicateur robuste pour mesurer les objectifs de développement du projet (ODP). La qualité de la supervision est **satisfaisante**. Les observations recueillies de toute part ont fait état de la qualité du travail technique et de la collaboration de la Banque mondiale ainsi que de son plaidoyer et soutien au PRN. La Banque a également rallié le soutien des PTF pour mener des missions PRN de coordination et de supervision conjointes semi-annuelles, et elle a réussi à mobiliser des ressources supplémentaires lorsque le financement IDA prévu pour le PPE sur 10 ans ne s'est pas matérialisé.

La performance de l'Emprunteur est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble ; la performance du Gouvernement est **satisfaisante**. Depuis 2001, la CLM a travaillé avec succès, avec sept premiers ministres, lesquels auraient, une fois mis au courant, fourni un soutien ferme et sans équivoque au PRN. Le Mouvement mondial pour le renforcement de la nutrition, SUN (Scaling Up Nutrition), a cité le Pérou et le Sénégal comme modèles d'une forte appropriation d'objectifs de programme par l'État. Le financement de contrepartie a dépassé les attentes, même si les premières années ont affiché un déficit en raison de la crise économique mondiale. La performance de l'Agence d'exécution a été **très satisfaisante**. Le style de gestion inclusif et transparent de la CLM continue de prouver son efficacité à animer un sens d'appropriation et de partenariat à tous les niveaux du programme et à stimuler une approche véritablement multisectorielle.

Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

L'objectif est de réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans vivant dans les zones rurales et urbaines pauvres, en intensifiant la portée du PRN et en procédant à des transferts d'argent en espèce aux mères d'enfants vulnérables âgés de moins de cinq ans. Trois composantes ont supporté la mise en œuvre du PRN : (1) la nutrition communautaire ; (2) un soutien sectoriel aux résultats nutritionnels ; (3) un soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de développement de la nutrition. La quatrième composante—Transferts en espèces axés sur les enfants—a cherché à se servir de la structure du PRN pour fournir aux bénéficiaires éligibles (mères de jeunes enfants choisies parmi les familles vulnérables dans 10 districts) des paiements bimensuels en espèces, pendant six mois, dans le but d'atténuer les effets de la crise des prix alimentaires, paiements accompagnés de messages sur la nutrition des mères et des enfants.

Le crédit IDA est entré en vigueur le 11 septembre 2009. Les objectifs n'ont pas changé et il n'y a pas eu de restructuration. Le crédit a pris fin le 31 août 2012, huit mois après la date de clôture initiale fixée. Le coût total du projet s'élevait à 18,2 millions de dollars EU, proche de l'estimation initiale des 18,0 millions de dollars EU.

Les résultats du projet ont reçu une notation **très satisfaisant**. La pertinence de l'objectif a reçu un score élevé, avec des objectifs de développement de projet (ODP) ciblés pour résoudre des problèmes immédiats et développer la résilience aux chocs de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle pour l'avenir. La pertinence de la conception a également reçu une notation élevée, car les interventions et les approches se sont inspirées des meilleures pratiques et leçons tirées de l'expérience du programme. Le transfert pilote d'espèces a été conçu avec soin et rapidité comme une opération d'urgence, avec un processus et des critères bien élaborés pour cibler les

plus vulnérables ; il s'est accompagné d'une évaluation des bénéficiaires et d'une évaluation d'impact. L'objectif de réduire l'insécurité nutritionnelle en élargissant la portée du PRN a été atteint de manière appréciable. On a pu observer un changement de comportement jugé critique dans les zones d'intervention, et de bons résultats en ce qui concerne les enfants, avec 81 % des enfants participant aux séances mensuelles de pesée enregistrant un gain de poids adéquat, au-delà de l'objectif fixé des 75 %. La réalisation de l'objectif de réduction de l'insécurité nutritionnelle en améliorant le pouvoir d'achat alimentaire des mères par des transferts d'espèces a été jugée élevée. Le processus de ciblage a été efficace, le nombre de bénéficiaires ayant dépassé les prévisions ; et tous ont reçu les services prévus. Une évaluation des bénéficiaires a documenté que les sommes transférées ont été utilisées à bon escient ; et une évaluation d'impact a confirmé un effet positif sur la nutrition et le bien-être des enfants ciblés. L'efficacité a été jugée appréciable. Le projet s'est servi des organes de coordination et d'exécution existants ; et les interventions étaient coût-efficaces.

Le risque pour les résultats de développement est **important**. En ce qui concerne les composantes de la nutrition communautaire, on appliquera les mêmes critères d'évaluation des risques que ceux du PRN II, étant donné que la durée de ce projet se situe dans la période de mise en œuvre du PRN II. Les transferts en espèces axés sur les enfants se sont avérés être un moyen efficace et peu coûteux d'atténuer la vulnérabilité des populations ciblées. Bien que la protection sociale constitue une grande priorité de l'agenda politique du Sénégal et que l'État ait alloué un budget à cette fin, il reste un défi majeur qui concerne les capacités encore limitées de gestion des mécanismes de protection sociale et de transfert d'espèces.

La performance de la Banque mondiale est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble. La qualité à l'entrée est **satisfaisante**. La Banque s'est activement employée à mobiliser des efforts afin de mettre en place une opération d'urgence pour lutter contre l'insécurité nutritionnelle au Sénégal dont la conception s'est basée sur la réussite du PRN dont elle en a aussi étendu la portée. La nouvelle conception du mécanisme de transfert d'espèces a reposé sur une connaissance et une expérience approfondies acquises dans le cadre du PRN et a répondu de manière très adéquate au caractère d'urgence et expérimental de cette intervention. La qualité de la supervision est **très satisfaisante**. La supervision s'est caractérisée par une collaboration étroite et continue entre la CLM et l'équipe de la Banque mondiale, des efforts concentrés sur les résultats, la résolution des problèmes, et l'apprentissage par la pratique.

La performance de l'Emprunteur est dans l'ensemble jugée **satisfaisante**. La performance du Gouvernement est **satisfaisante**. Le Gouvernement a montré et montre toujours un engagement manifeste aux objectifs de développement du projet (ODP), la nutrition des enfants demeurant une priorité majeure de la lutte contre la pauvreté et des stratégies de développement économique. Cet engagement et cette participation sont étendus, profonds et toujours croissants, englobant un large éventail de secteurs concernés ainsi que les autorités locales. La performance de l'Agence d'exécution est **très satisfaisante**. L'évaluation très satisfaisante de la performance de la CLM au titre du PRN II s'applique ici. Sa performance pour la composante des transferts d'espèces a également été très solide, car l'Emprunteur a pu trouver des mécanismes pratiques pour le système de paiement exécuté sans accroc, d'une manière consolidée, tout en réussissant à absorber cette nouvelle composante à sa plateforme de prestation de services.

Plus d'une décennie de soutien en perspective

Les chapitres 2, 3 et 4 ont documenté le succès de chacun des trois projets, mais leurs réalisations (connaissances accrues, comportements et pratiques plus sains, et amélioration des résultats nutritionnels) dans leurs zones d'intervention ne se sont pas traduites par des baisses appréciables de la malnutrition au niveau du pays. La majorité des objectifs de 10 ans et ceux du PPE (qui correspondent également aux objectifs ciblés du PRN) fixés en 2001, ne se sont pas réalisés. L'insuffisance pondérale chez les enfants a été réduite, mais pas de 40 % ; l'insuffisance pondérale sévère a également été réduite, mais pas en dessous de 1 %.

Les objectifs du programme de 10 ans, eux, n'ont pas été atteints en dépit de la bonne performance des trois projets. L'explication réside dans la couverture du programme. Le PPE visait initialement une couverture du PRN à l'échelle nationale du Sénégal. Mais ces objectifs ont été révisés à la baisse lorsque la Banque mondiale a réduit son financement. Les contraintes financières ont limité le nombre des zones d'intervention que le PRN a été en mesure de couvrir ainsi que la fréquence et l'intensité des activités. On observe, d'autre part, un nombre croissant de partenaires nationaux et internationaux au Sénégal, lesquels apportent un soutien financier et technique important, bien au-delà du financement de l'État. Ce soutien n'a pourtant pas abouti à une couverture adéquate des groupes ciblés par le paquet complet de services rentables et ne cadre encore pas tout-à-fait avec les régions géographiques où les besoins sont les plus urgents. Bien que certains pourront interpréter ces résultats comme des faiblesses du programme, cette évaluation, elle, reconnaît la contribution proactive de la CLM pour la mise en place d'une enquête bien conçue et sophistiquée qu'elle a commandée, laquelle a révélé et fourni pour la première fois des explications détaillées sur les données recueillies quant à la couverture et l'efficacité du programme. Ce faisant, elle a ouvert la voie à des opportunités d'amélioration de l'efficacité du programme.

En conclusion, le PRN mérite sa solide réputation de programme bien géré, basé sur des données probantes, tourné vers la communauté. Son efficacité éprouvée et démontrée dans les zones d'intervention a permis d'étendre la couverture, même si celle-ci ne l'a pas été au niveau initialement prévu en 2001. Son succès et son expérience fournissent des conseils et indications qui seront utiles à d'autres pays cherchant à établir ou à améliorer des programmes de nutrition. De plus, cette évaluation met au jour des opportunités pour la CLM et ses partenaires d'améliorer continuellement et toujours davantage les performances et les résultats du programme.

Une réputation bien méritée. Parmi les caractéristiques nombreuses et solides du PRN, cette évaluation met tout particulièrement trois en évidence, lesquelles ont été le produit d'un excellent travail de conception et d'efforts continus de mise au point, mobilisés au cours des 15 dernières années. Ce sont (1) un système de fourniture de services axés sur la communauté, participatif et dynamique, bien géré et supervisé; (2) une approche de plus en plus multisectorielle qui s'imprègne à tous les niveaux et aboutit à l'amélioration de l'efficacité du programme; et (3) une approche communicationnelle pour encourager le changement de comportement, reposant sur des preuves concrètes, sensible et respectueuse de la tradition locale, des us et coutumes locaux, qui implique la participation des chefs d'opinion et d'autres membres et familles influents de la communauté, à laquelle vient s'ajouter la fourniture d'autres moyens destinés à inciter un changement de comportement.

Défis et Opportunités. Les PTF de plus en plus nombreux et diversifiés apportant un appui au programme de nutrition du Sénégal présentent à la fois un défi et une opportunité d'améliorer sa performance. Le Sénégal a déjà mis en place un certain nombre d'éléments structurels nécessaires à renforcer l'efficacité de l'aide: une politique nationale bien définie, un cadre institutionnel et organisationnel très compétent responsable du contrôle des politiques et de l'exécution du programme ; des protocoles bien définis pour assurer un suivi et une évaluation solides et l'utilisation de cette dernière dans la prise de décision et le suivi des responsabilités en matière de performance et de résultats ; une approche de plus en plus multisectorielle avec un rôle de leadership conféré aux autorités locales ; une concentration intensive sur les résultats ; et une forte appropriation du programme à tous les niveaux.

Et d'autres éléments critiques sont en voie d'être conçus et mis en place: (1) un programme stratégique à moyen terme, ancré dans la politique nationale de nutrition, avec une estimation chiffrée des coûts ; (2) une projection à moyen terme de la disponibilité des ressources; (3) une mobilisation de tous les PTF pour qu'ils adoptent des systèmes et structures PRN ayant fait leur preuve, au lieu de systèmes de projets parallèles; et (4) un renforcement en profondeur des processus de coordination et de collaboration entre les PTF, notamment pour les missions conjointes et les réunions de coordination présidées par la CLM. Étant donné qu'il existe un nombre de 12 à 21 PTF dans chacune des 14 régions du Sénégal, des efforts de coordination doivent également être déployés aux niveaux régional, départemental et local.

Leçons

- Des résultats remarquables (création d'un nouveau programme, changement de comportement et résultats) peuvent être accomplis dans le cadre d'un projet de quatre ans. En même temps, il faut se rendre compte que le renforcement des capacités institutionnelles constitue un processus évolutif à moyen terme. La décentralisation progressive du contrôle du programme, l'évolution des rôles et la participation des acteurs locaux et autres secteurs techniques prennent du temps. Mais tout cela vaut bien la qualité de la conception et des compétences, et le seuil de maturité atteint par ce programme.
- Une approche véritablement multisectorielle est le produit d'un objectif partagé, d'une prise de conscience du mandat et de la responsabilité de chacun à contribuer à cet objectif. Aux niveaux local et central, la coordination intersectorielle et le travail en équipe s'articulent autour d'objectifs partagés.
- Un style de gestion qui s'attache à promouvoir une culture d'apprentissage participatif et dynamique, reposant sur des données probantes, se traduira par une forte appropriation du programme et par une amélioration continue de ses performances et de son efficacité.
- Obtenir des mesures de la couverture est essentiel pour évaluer l'efficacité du programme même si cet exercice est complexe.

Zeljko Bogetic
 Directeur par intérim
 IEG- Développement humain et
 Gestion économique

1. Cadre de référence et Contexte

1.1 Cette section résume le cadre de référence et le contexte de la période de conception et de mise en œuvre des projets à l'étude (2001-2015).

Contexte général

1.2 On estime, en 2015, la population totale du Sénégal à environ 14,4 millions d'habitants répartie de manière inégale sur une superficie de 196 722 kilomètres carrés (km²). La densité varie des régions de forte densité, comme celle de Dakar qui compte 5 735 habitants au kilomètre carré, aux régions de faible densité comme celle de Tambacounda, au nord-est du pays avec 16 habitants au kilomètre carré. Quarante-cinq pour cent de la population résident en zones urbaines et 55 % en zones rurales. Le taux de fécondité du pays est de cinq enfants par femme, avec des taux plus élevés en milieu rural (6,3 enfants) qu'en milieu urbain (4 enfants). Quarante-deux pour cent de la population ont moins de 15 ans.³

1.3 Si l'on s'en tient au premier Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) du Gouvernement, le Sénégal, au début du nouveau millénaire, était en voie de redémarrage économique, avec une croissance annuelle de plus de 5 % du produit intérieur brut (PIB) entre 1995 et 2001. Mais l'amélioration de la performance économique ne s'est pas traduite par une amélioration des indicateurs sociaux et du niveau de vie de la population ou par une réduction de la pauvreté. Des investissements faibles et la stagnation dans l'agriculture et l'industrie sont à l'origine du nombre modeste d'emplois créés malgré la croissance économique qui n'a pas particulièrement bénéficié aux segments les plus pauvres de la population. Les changements climatiques, une faible productivité agricole et des investissements peu adaptés au type d'agriculture pluviale pratiquée par les pauvres ont également contribué à la pauvreté, de même que des dépenses publiques de programmes sociaux inefficaces. En 2001, on estimait à 54 % le pourcentage des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté, un changement plutôt négligeable si on compare ce chiffre avec l'estimation des 58 % de 1994 (enquêtes auprès des ménages sur les indicateurs du bien-être des ménages). La pauvreté est beaucoup plus forte dans les zones rurales, en particulier du centre, du sud et du nord-est.

1.4 Une décennie plus tard, le produit intérieur brut (PIB) enregistrait un taux annuel de croissance de 0,5 % par habitant pour la période 2005-2011.⁴ Au cours de cette même période, le taux de pauvreté a diminué, mais le nombre de pauvres en chiffre absolu a augmenté. Entre 2001 et 2005, la croissance économique était inclusive et la pauvreté a diminué de 55 à 48 %. Mais ce déclin du taux a ralenti après 2005, pour atteindre 47 % en 2011. Ce ralentissement a correspondu à l'environnement macroéconomique et à la série de chocs qui ont affecté le bien-être au cours de cette même période : peu de pluies, chocs des prix alimentaires mondiaux et du carburant, inondations, et une certaine détérioration de la gouvernance. L'extrême pauvreté a baissé plus lentement de 17 à 15 % entre 2001 et 2011 et l'écart de pauvreté entre Dakar et les

³ Les données figurant dans la section « Contexte général » proviennent du « Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté du Gouvernement du Sénégal, 2002 ». Site <https://www.imf.org/External/NP/prsp/2002/sen/01/100502.pdf>.

⁴ Stratégie nationale pour le développement économique et social (2013-17), 8 novembre 2012.

zones rurales s'est élargi.⁵ En 2011, 57 % de la population rurale étaient pauvres comparé à 26 % de la population urbaine de Dakar, et plus d'un tiers vivait dans les régions de Kolda ou Ziguinchor de la Casamance. Les niveaux de pauvreté sont plus élevés (62 %) dans les ménages qui dépendent essentiellement de l'agriculture pour leur travail et leur revenu comparé aux ménages d'autres professions (33 %). Les facteurs contribuant à la pauvreté sont le manque d'une éducation formelle du chef de ménage et la grande taille des familles. Les catastrophes naturelles, telles les sécheresses et inondations, ajoutent à la vulnérabilité des pauvres.

1.5 Le Sénégal jouit d'une grande stabilité politique et de structures démocratiques qu'il s'est attaché à renforcer. Le Sénégal a élu quatre présidents.⁶ Le transfert du pouvoir s'est fait en douceur de Senghor à Diouf en 1981. L'élection du Président Wade en 2000 a été contestée, mais elle a donné lieu à une transition politique démocratique du parti socialiste traditionnel de Senghor et Diouf au Parti démocratique sénégalais de Wade. L'élection, en 2012, de l'ancien Premier ministre Sall s'est déroulée dans une grande transparence et ses résultats ont été universellement acceptés, malgré de violentes manifestations qui ont éclaté juste avant le premier tour de scrutin et qui ont coûté des vies. La société civile a joué un rôle important dans les changements politiques opérés au Sénégal en 2012, facilitant ainsi la seconde transition démocratique du pays. Les médias ont également contribué à promouvoir la transparence et l'intégrité des élections. Le mouvement séparatiste de la région de Casamance en 1982 a exposé le sentiment d'abandon et de distance qui s'est creusé avec Dakar, et le conflit qui s'ensuivit a ravagé la performance économique de la région (production agricole, commerce et tourisme) et déplacé 30 000 à 60 000 personnes. La résolution de cette crise est une priorité pour l'actuel Président Sall.

1.6 Le Sénégal est classé 170 sur 188 dans l'indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour l'année 2014. Entre 2000 et 2014, l'espérance de vie à la naissance est passée de 58 à 67 ans ; la durée moyenne de scolarité a augmenté de 1,9 à 2,5 années ; les années d'études prévues ont augmenté de 5,4 à 7,9 années ; et le revenu national brut par habitant est passé de 1 878 à 2 188 dollars EU. L'état de la santé du pays s'est amélioré mais reste inacceptable. D'après les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS), la mortalité infantile est tombée de 61 ‰ en 2005 à 39 ‰ en 2015, la mortalité pour la tranche des enfants de moins de 5 ans a chuté de 121 ‰ en 2005 à 59 ‰ en 2015, et la mortalité maternelle était de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011. Ces taux révèlent des disparités à travers les zones urbaines et rurales, les régions et les quintiles de revenu. La couverture et la qualité des services de santé restent très problématiques. Seuls deux tiers (68 %) d'enfants sont entièrement vaccinés ; la prévalence de la contraception moderne et le taux d'utilisation des services de santé maternelle et infantile sont bas et inéquitables, avec les populations rurales et à revenu faible et celles vivant dans les régions pauvres et éloignées particulièrement désavantagées bien que des améliorations graduelles aient été observées. L'analphabétisme adulte était de 60 % en 2013.

⁵ La pauvreté extrême est définie comme la part de la population dont la consommation totale est inférieure au coût d'un panier de biens alimentaires et non alimentaires nécessaires à la survie quotidienne (2400 calories par jour pour la pauvreté et 1800 pour l'extrême pauvreté).

⁶ Senghor (1960–80); Diouf (1981–2000); Wade (2000–12); and Sall (2012–Présent).

1.7 Comme indiqué dans son DSRP de l'année 2002, les trois priorités de développement du Sénégal (et secteurs ou objectifs pertinents d'intervention) sont : (1) la création de la richesse dans un cadre macroéconomique robuste (agriculture, infrastructure, élevage, pêche, artisanat, industrie, énergie, exploitation minière, commerce, tourisme, technologies de l'information, secteur privé et emploi); (2) le renforcement des capacités et la promotion des services sociaux de base (éducation, santé, eau potable, ressources naturelles et environnement, assainissement, bonne gouvernance); et (3) l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables (enfants, femmes, handicapés, personnes âgées, jeunes et les déplacés). Le DSRP du Sénégal pour les années 2013-17 s'est articulé autour de trois piliers (et domaines d'intervention) : (1) la création de la croissance et de la richesse, et la productivité (viabilité du cadre macroéconomique, emploi, secteur privé, secteurs productifs, développement intégré de l'économie rurale, industrie et agroalimentaire, mines et carrières) ; (2) le capital humain, la protection sociale et le développement durable (population et développement humain durable, enseignement universel et développement des compétences, amélioration des soins de santé et de l'état nutritionnel, amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, logement et conditions de vie, protection sociale, prévention et gestion des risques et des catastrophes) ; et (3) la gouvernance, les institutions, la paix et la sécurité (paix et sécurité, état de droit, droits de l'homme et justice, équité et égalité entre les genres, réforme de l'État et de l'administration publique, et gouvernance).

Nutrition

1.8 **Problèmes et Défis.** La malnutrition reste encore aujourd'hui un problème très important au Sénégal, malgré des améliorations au cours des 15 dernières années. Entre 2000 et 2015, la prévalence de la malnutrition chronique (taille pour l'âge) chez les enfants âgés de moins de cinq ans est passée de 29 à 20,55 %, la prévalence de la malnutrition aiguë (poids pour la taille) de 10 à 7,85 %, et la prévalence de l'insuffisance pondérale (poids pour l'âge) de 20,3 à 15,5 % (voir annexe D, figures D.1, D.2 et D.3). Aucune de ces tendances positives n'a été sans heurt, avec des revers importants pour certaines années, en particulier en 2010-2011, probablement liés à la crise des prix alimentaires et aux mauvaises récoltes dues à la sécheresse. Les taux varient d'une région à l'autre. Les données EDS de 2014 révèlent qu'au Sénégal, deux zones (sud et centrale) enregistrent les plus hauts taux de malnutrition chronique ainsi que le plus grand nombre d'enfants qui en souffrent ; dans le sud, le taux excède les 30 % (le seuil « sévère » de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]). Au taux de 9,6 %, la zone du nord enregistre la plus forte prévalence de malnutrition aiguë, se rapprochant également ainsi du seuil « sévère » des 10 % de l'OMS. Mais c'est dans le centre du pays que se trouve le plus grand nombre d'enfants atteints de malnutrition aiguë (37 142). Les ménages qui se situent dans les quintiles de revenu les plus bas accusent des niveaux de malnutrition plus élevés que ceux des ménages plus riches ; il en est de même pour les habitants des zones rurales par rapport à ceux des zones urbaines, même s'il existe des poches de populations pauvres et vulnérables dans les centres urbains. Bien qu'en baisse, l'anémie demeure élevée, soit 60 % d'enfants de 6 à 59 mois et 54 % de femmes âgées de 15 à 49 ans (taux pour 2014). Environ la moitié des enfants en âge de scolarité (6-12 ans) et des femmes (15-49 ans) souffrent d'une carence en iode. La carence en vitamine A est également un problème.

1.9 La malnutrition a des conséquences désastreuses pour la personne elle-même, les ménages et le pays en général. C'est l'une des causes principales de la morbidité et de la

mortalité des mères et des enfants au Sénégal. Elle empêche l'enfant d'atteindre son plein potentiel physique et intellectuel. Les opportunités de revenus pour les ménages, ainsi que la productivité globale et le développement économique du pays s'en trouvent à leur tour compromis. Les deux causes principales sont une disponibilité alimentaire insuffisante (qualité et quantité) et la maladie, lesquelles peuvent non seulement causer la malnutrition mais également l'exacerber. Les facteurs sous-jacents sont un faible accès à une quantité suffisante d'aliments de qualité ; des connaissances et des comportements inadéquats pour promouvoir le bien-être des mères et des enfants ; et des services, surtout de santé, d'eau potable et d'assainissement qui font défaut.

1.10 Priorités nationales. En 2001, le Gouvernement du Sénégal a pris des mesures importantes pour accélérer et renforcer sa lutte contre la malnutrition, et en avril, une « Lettre de Politique de Développement de la Nutrition » a été publiée (République du Sénégal 2001). Cette politique (décrite à l'annexe B, encadré B.1) s'articulait autour d'un ensemble de stratégies novatrices soutenant un objectif décennal visant à améliorer l'état nutritionnel des groupe vulnérables et pauvres—dont l'adoption d'une approche multisectorielle et communautaire; un renforcement des capacités pour suivre et gérer les programmes de nutrition; des partenariats consolidés avec les autorités locales, la société civile et le secteur privé; et la mobilisation sociale et le changement de comportement. Par décret no. 2001-770 du 10 mai 2001, le Gouvernement a créé la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM, une agence chargée de lutter contre la malnutrition), rattachée au cabinet du Premier ministre, responsable du contrôle et de l'évaluation de la nouvelle politique nutritionnelle. La politique s'est traduite par la mise en place du Programme de Renforcement de la nutrition (PRN) sur 10 ans, dont la mise en œuvre a été financée par l'État, la Banque mondiale et plus tard, d'autres partenaires techniques et financiers (PTF) appuyant des initiatives de nutrition.

1.11 Quelques 14 ans plus tard, le Gouvernement publie sa Politique nationale de Développement de la Nutrition (2015-25), qui s'appuie sur les leçons et les expériences acquises à ce jour (République du Sénégal, Primature 2015). Son objectif global est d'assurer à tous un état nutritionnel satisfaisant, en particulier aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes en âge de procréer et aux adolescents (voir annexe B, encadré B.2). Elle supporte six objectifs intermédiaires : (1) une couverture adéquate des services de nutrition de base ; (2) l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé de qualité ; (3) l'amélioration des connaissances et le changement de comportement pour promouvoir une bonne nutrition ; (4) la production d'aliments riches en valeur nutritive ; (5) un financement suffisant et durable ; et (6) un renforcement des capacités à la gestion et à la mise en œuvre. La nouvelle politique s'articule autour de quatre piliers stratégiques: (1) la production d'aliments à haute valeur nutritive; (2) la transformation, distribution et tarification des produits alimentaires de base, de qualité, abordables et accessibles; (3) une approche multisectorielle à l'éducation nutritionnelle axée sur le changement de comportement et un accès adéquat et équitable à l'eau potable et à l'assainissement; et (4) l'intégration et la complémentarité des services de base de santé, nutrition, eau et assainissement. Les thèmes transversaux prévoient un rôle de premier plan pour les autorités locales, un financement adéquat et durable, le changement social et de comportement, une approche multisectorielle, la participation, l'équité et le renforcement continu des capacités.

1.12 Soutien de la Banque mondiale et Autres formes de soutien à la nutrition.⁷

L'engagement de la Banque mondiale aux initiatives de nutrition au Sénégal remonte à plus de 20 ans avec le Projet de Nutrition communautaire (PNC) qu'elle a approuvé en 1995. Ses objectifs étaient de (1) freiner la détérioration de l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables (enfants malnutris de moins de trois ans et femmes enceintes et allaitantes) ; (2) fournir de l'eau potable aux quartiers sous-desservis ; et (3) améliorer la sécurité alimentaire des ménages des zones rurales et des zones urbaines pauvres pendant les périodes critiques de précarité (Banque mondiale, 1995). Le coût total réel était de 51 millions de dollars EU et son résultat a été jugé modérément satisfaisant par le groupe IEG. Ce projet a été riche d'expériences et de leçons, lesquelles ont inspiré la conception d'activités de soutien ultérieures.⁸ En 2002, la Banque mondiale a approuvé le premier d'une série de trois projets au titre d'un PPE venant à l'appui du PRN sur dix ans du Sénégal. La deuxième phase de soutien de la Banque mondiale a été approuvée en 2006, et un financement additionnel en 2012. Bien que la Banque mondiale ait décidé de ne pas financer la troisième phase, un projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants a été approuvé en 2009. Ce sont ces trois projets (Phase I du PRN, Phase II du PRN et Intervention rapide) qui font l'objet de ce Rapport d'évaluation rétrospective de projet (RERP). Au titre d'une opération de santé en cours (financement de la santé et de la nutrition), une composante nutritionnelle et un projet visant à renforcer la résilience aux chocs de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle sont actuellement en voie de préparation. Outre sa longue tradition de prêts à la nutrition au Sénégal, la Banque a également apporté son soutien à des travaux d'analyse et à l'assistance technique (voir annexe B, tableau B.1).

1.13 Au début de 2002, au moment de l'approbation de la première phase d'appui au PRN de la Banque mondiale, un soutien ad hoc a été apporté par divers PTF aux initiatives de nutrition du Sénégal. D'après le Document d'évaluation du projet (DEP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a apporté un soutien aux activités de mise en œuvre de la stratégie nationale de nutrition, au programme d'iodation du sel et à la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) (Banque mondiale, 2002b). L'Agence américaine pour le Développement international (USAID) a contribué avec une aide à la PCIME, notamment au niveau communautaire, et l'OMS a concentré son assistance sur la formation des fournisseurs de services. La Banque allemande de Développement KfW a financé des interventions pour l'eau et l'assainissement. Quand le PRN et la CLM ont été mieux établies avec des assises consolidées, en particulier à partir de 2009, un plus grand nombre de PTF se sont ralliés à la Banque pour canaliser leur soutien à la nutrition en les utilisant comme véhicules de leur aide, tel qu'il en fut pour l'Initiative sur les micronutriments, le PAM, l'UNICEF, la Coopération espagnole et l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (AMAN/GAIN). Leurs contributions financières au PRN sont détaillées à l'annexe C, tableau C.12. L'USAID et beaucoup d'autres PTF continuent toujours de financer des activités de nutrition par le biais de soutien à d'autres secteurs et programmes.

⁷ L'annexe B donne un aperçu du soutien de la Banque mondiale aux efforts de nutrition au Sénégal de 1995 à nos jours.

⁸ Achevé en 2000, ce projet a réussi à freiner la détérioration de l'état nutritionnel des jeunes enfants dans les quartiers urbains très vulnérables ciblés par le projet. L'approche a été toutefois très coûteuse, avec des niveaux faibles de renforcement des capacités. Les leçons révèlent que le projet aurait pu bénéficier d'une participation plus importante de groupes de femmes locales, d'organisations non gouvernementales et autres structures et capacités locales (Banque mondiale, 2001).

2. Programme de Renforcement de la nutrition

Objectifs, Conception et Pertinence

OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU PROJET

2.1 Comme stipulé dans l'Accord de crédit de développement du 29 mars 2002, « les objectifs du projet sont d'aider l'Emprunteur à renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour permettre à la CLM de l'Emprunteur et à ses partenaires des secteurs public et privé de développer, mettre en œuvre et assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition dans les zones rurales et urbaines »⁹ (Banque mondiale 2002a, 13). À des fins d'analyse, on subdivisera les ODP en deux objectifs: Objectif 1—renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour permettre à la CLM et à ses partenaires de développer et d'assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition dans les zones rurales et urbaines ; Objectif 2—développer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour permettre à la CLM et à ses partenaires de mettre en œuvre des activités multisectorielles de nutrition dans les zones rurales et urbaines. L'évaluation du premier objectif portera sur les capacités développées pour la gestion stratégique du programme, y compris le suivi et l'évaluation. L'évaluation du deuxième objectif se concentrera sur la chaîne de résultats des objectifs d'interventions pour la fourniture de services et le changement de comportement.

2.2 Ce projet, financé au titre d'un PPE sur 10 ans, a été conçu comme le premier volet des trois opérations prévues de la Banque mondiale pour appuyer la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition du Sénégal. Le PPE sur 10 ans (PRN) avait pour objectif global « d'améliorer la croissance des enfants âgés de moins de trois ans dans les zones rurales et urbaines pauvres et d'aider au renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour exécuter et évaluer les interventions de nutrition » (Banque mondiale 2002b, 3). Le premier projet (Phase I du PRN objet de ce chapitre) était une phase préparatoire destinée à consolider et à préserver les acquis du PNC précédent, à mettre au point et à étendre les interventions aux zones rurales, et à démarrer les objectifs de renforcement des capacités de la CLM nouvellement créée. La Phase II visait à étendre plus avant la couverture des interventions et à renforcer les capacités de mise en œuvre, et la Phase III à parvenir à une couverture à l'échelle nationale d'un système de nutrition rentable répondant aux besoins locaux avec la collaboration participative des collectivités et des autorités locales. Les indicateurs de résultats pour le programme décennal et pour chacune des trois phases sont présentés dans l'encadré 2.1.

2.3 La portée géographique des interventions nutritionnelles soutenues dans le cadre du projet avait pour cibles (1) un soutien continu (quoiqu'avec des changements dans la conception) aux zones urbaines déjà ciblées par le précédent PNC¹⁰, et (2) les zones rurales

⁹ Le Document d'évaluation de projet (DEP) du 20 février 2002 fait état de ces mêmes objectifs, mais en ajoute un autre : "consolider et soutenir les résultats obtenus du projet précédent (Nutrition communautaire), ayant contribué à renverser la tendance négative de l'état nutritionnel chez les enfants âgés de moins de trois ans des zones urbaines" (Banque mondiale 2002b, 3). Conformément aux normes harmonisées de directives, ce projet sera évalué en référence aux ODP, tel qu'indiqué dans l'Accord de crédit de développement. Les tendances de l'état nutritionnel chez les enfants de moins de trois ans seront toutefois également évaluées.

¹⁰ Plus précisément : quartiers des villes de Dakar, Pikine, Diourbel, Kaolack et Ziguinchor.

des régions de Kaolack, Fatick, et Kolda. Ce ciblage des zones géographiques et des populations a été très soigné et exhaustif, participatif et solide.¹¹ Le soutien du projet au renforcement des capacités du PRN a visé les agences nationales et leurs bureaux régionaux, ainsi que les acteurs et bénéficiaires concernés des zones d'intervention du projet.

PERTINENCE DES OBJECTIFS

2.4 La pertinence des objectifs est jugée **élevée**.

2.5 En premier lieu, les ODP sont attentifs aux conditions du pays que ce soit au moment de l'évaluation, de l'achèvement du projet, ou actuellement. Bien qu'elle ait diminué avec le temps, la malnutrition demeure un problème grave chez les pauvres au Sénégal, en particulier dans les zones rurales où vivent la plupart d'entre eux et parmi les très jeunes (de six mois à trois ans) considérés les plus vulnérables. La malnutrition détruit les perspectives de développement socioéconomique d'un pays : les enfants atteints de malnutrition chronique meurent et tombent plus facilement malades, ils possèdent une capacité cognitive diminuée, sapant ainsi leurs aptitudes à apprendre et leurs chances futures de gagner leur vie. L'anémie met en danger la santé des femmes et la productivité économique, et peut entraîner chez les femmes enceintes des décès maternels ainsi que des conséquences graves pour la santé des nourrissons (décès néonataux, naissance prématurée et faible poids à la naissance). Des taux faibles d'allaitement maternel compromettent le système immunitaire de l'enfant, sa capacité à se protéger contre les maladies et à développer son potentiel de croissance et d'intelligence saines. Bien que le Sénégal ait soutenu des programmes et des initiatives de lutte contre la malnutrition avant le lancement de ce projet, ceux-ci n'ont pas été suffisamment coordonnés ni suffisamment rentables, mais les nombreuses leçons qui en ont été tirées ont utilement servi à sa consolidation et à son amélioration. En effet, la raison du maintien de l'appui aux zones urbaines par le PNC était précisément de pouvoir récalibrer l'approche à la lumière des leçons apprises, à la fois pour consolider les acquis et pour obtenir une plus grande rentabilité. Ces populations urbaines très vulnérables, vivant dans des quartiers sordides de squatteurs, ont été ciblées sur la base de critères multiples (voir paragraphe 2.3).

¹¹ Pour les zones urbaines : Le DEP sur le PNC (Projet de Nutrition communautaire) consacre une annexe complète à la méthodologie de ciblage. En bref, quatre types de ciblage ont été utilisés : cibles géographiques (quartiers particulièrement très pauvres avec peu ou pas de services de base ; objectifs démographiques (groupes cibles spécifiques, par exemple, femmes enceintes et allaitantes et enfants âgés de 6 à 36 mois) ; état nutritionnel des enfants et des enfants « à risque » ; et sécurité alimentaire. Diverses sources (notamment, les données des enquêtes sur les ménages et les données sur la malnutrition) et techniques (participation au niveau local) ont également été envisagées. Pour les zones rurales : les régions de Kaolack, Fatick et Kolda ont été sélectionnées parce qu'elles ont été jugées (selon des études et à partir des données disponibles sur la pauvreté) comme les trois régions les plus pauvres du Sénégal. Dans ces régions, 34 districts de santé ont été choisis avec l'aide des agents régionaux de santé sur la base d'indicateurs sociaux et, dans ces districts, des communautés ont été sélectionnées avec la contribution du District de santé et de l'Organisation non gouvernementale, également sur la base des données sur la malnutrition.

Encadré 2-1. Indicateurs clés de Performance pour le PPE sur 10 ans et pour chacune de ses phases

Indicateurs de résultats pour le PPE sur 10 ans (à l'échelle nationale)

- insuffisance pondérale (poids pour l'âge <-2 e.t.) chez les enfants âgés de moins de trois ans est réduite de 40 %
- insuffisance pondérale sévère (poids pour l'âge <-3 e.t.) est réduite à moins de 1 %
- élimination virtuelle de la carence en vitamine A
- au moins 80 % des communautés rurales sont informées que la malnutrition est un problème de développement et que des actions existent pour faire face aux déterminants de la malnutrition
- déclin accéléré de la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans grâce en partie au programme

Indicateurs de résultats spécifiques pour la Phase I, 2002-2005 (dans les zones d'intervention)

- couverture du programme a atteint 35 % de la population ciblée dans les zones rurales cibles et 50 % de la population ciblée dans les zones urbaines cibles
- insuffisance pondérale sévère est réduite de moitié dans les zones ciblées
- insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de trois ans est réduite de 25 % dans les zones ciblées
- proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein jusqu'à six mois est passée de 8 à 15 % dans les zones ciblées
- utilisation des services de soins prénatals (au moins trois visites) a augmenté de 30 % dans les zones ciblées
- proportion de gardiens d'enfants (mères et autres aides) capables de détecter au moins deux signes de danger chez les enfants malades a augmenté de 25 % dans les zones ciblées

Indicateurs de résultats spécifiques pour la Phase II, 2005-2010 (des zones ciblées dans sept des 10 régions du Sénégal)

- couverture du programme a augmenté à 60 % pour la population ciblée dans 7 des 10 régions
- insuffisance pondérale sévère est réduite à moins de 1 %
- insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de trois ans est réduite de 25 %
- proportion de nourrissons exclusivement allaités au sein jusqu'à six mois augmente à 45 % dans les 3 premières régions (Phase I) et à 15 % dans les 4 régions ajoutées au titre de la Phase II
- utilisation des services de soins prénatals a augmenté de 30 % dans les sept régions
- les autorités locales travaillent en collaboration pour prendre en charge et gérer les interventions nutritionnelles de base

Indicateurs de résultats spécifiques pour la phase III, 2010-12

- couverture du programme est étendue à toutes les régions
- indicateurs de performance du programme décennal sont atteints
- autorités locales ont pris le relais et gèrent les services de nutrition de base de manière rentable
- la *Lettre de Politique de Développement de la Nutrition* a été évaluée et, au besoin, mise à jour

Sources : Banque mondiale 2002b, 4 ; et Banque mondiale 2002a

Note: e.t. = écart-type

2.6 En deuxième lieu, les ODP sont restés continuellement très pertinents pour les priorités stratégiques du Sénégal. Le DSRP du Sénégal (2002) a reconnu l'importance des interventions nutritionnelles pour atteindre l'objectif global du pays d'atténuer la pauvreté, et, à cette fin, des dispositions budgétaires pour la nutrition ont été mises en place. Il a également préconisé un partenariat plus actif entre le Gouvernement, la société civile et les communautés. Le DSRP, publié juste après la clôture du projet, a réitéré son soutien à l'accès aux services sociaux de base, avec un engagement explicite pour l'amélioration de la nutrition, la protection des groupes vulnérables et la promotion d'une plus grande transparence et participation. La Stratégie nationale de développement économique et social du Sénégal (2013-17) articule un

plan d'actions prioritaires lié au cadre budgétaire national ayant pour but d'améliorer l'accès aux services de base, en mettant l'accent sur le renforcement de la résilience à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et la protection sociale des groupes vulnérables. En bref, la réduction de la malnutrition était à la fois explicite et budgétisée. Les ODP soutiennent directement la politique de nutrition du Sénégal d'avril 2001, qui visait à améliorer l'état nutritionnel des groupes pauvres vulnérables et des femmes en âge de procréer.

2.7 En troisième lieu, les ODP sont restés et restent continuellement pertinents pour les stratégies de la Banque mondiale au Sénégal. L'allègement de la pauvreté était central à la Stratégie d'Aide-Pays (SAP) de 1998 de la Banque, qui comportait un objectif d'amélioration de l'état nutritionnel des femmes et des enfants âgés de moins de cinq ans. La SAP, publiée juste après la clôture du projet, comportait un pilier Développement humain/Croissance partagée mettant l'accent sur l'accès aux services sociaux, ouvrant ainsi des opportunités accrues aux pauvres et aux vulnérables (Banque mondiale 2007 b). Elle a également fixé un objectif pour réduire la malnutrition. La Stratégie actuelle de Partenariat-Pays (SPP) du Groupe de la Banque mondiale pour l'exercice 2013-17 est ancrée sur un support—renforcer le cadre de gouvernance et renforcer la résilience—et deux piliers : accélération de la croissance inclusive et création d'emploi, et amélioration de la fourniture des services, avec une focalisation sur la gouvernance du secteur social, l'accès et l'équité (Banque mondiale 2013a). Bien que les ODP soient pertinents s'agissant de l'accent placé par cette SPP sur les services et les résultats liés à la santé, son contenu spécifique à la nutrition n'est pas aussi prononcé que la SAP précédente. La Phase II, en cours, couvrait les deux premières années de la SPP sur 5 ans. Mais un projet de suivi nutritionnel au titre d'une Phase III n'a plus été envisagé. En outre, la SPP ne comportait pas de cibles ou d'indicateurs spécifiques à la nutrition.

2.8 En quatrième lieu, les ODP sont également très pertinents pour la série de stratégies du réseau thématique Santé, Nutrition et Population de la Banque mondiale (SNP). La stratégie SNP de 1997 a fixé trois objectifs : (1) améliorer les résultats SNP pour les pauvres, (2) améliorer la performance des systèmes de santé et (3) assurer un financement durable pour la santé (Banque mondiale, 1997). La stratégie SNP de 2007 visait à améliorer le niveau et la couverture de distribution des résultats SNP, en particulier aux personnes pauvres et vulnérables ; prévenir la pauvreté causée par la maladie ; améliorer la viabilité financière ; et améliorer la gouvernance, la responsabilité et la transparence du secteur (Banque mondiale, 2007a). S'alignant avec des objectifs de développement durable sélectionnés¹² et deux objectifs de la Banque mondiale, les mises à jour et au point en 2016 des orientations prioritaires du réseau thématique SNP (2016-20) portent sur trois domaines stratégiques auxquels répondent les ODP: assurer un financement équitable, efficace et durable pour les résultats SNP; assurer un accès équitable à des services abordables et de qualité; tirer à profit le potentiel d'autres secteurs pour renforcer les résultats (Banque mondiale 2016). En 2006, un document de la Banque mondiale a plaidé en faveur d'une stratégie d'action à grande échelle pour la nutrition, soit : un renforcement de l'engagement politique et des capacités à l'échelle mondiale et nationale ; une intégration et une priorisation de la nutrition dans les stratégies de développement ; une réorientation des programmes inefficaces; la recherche-action et l'apprentissage par la pratique pour renforcer la base de données probantes, et l'action (Banque

¹² 1. Pas de pauvreté ; 2. Faim zéro ; 3. Bonne santé ; 5. Égalité entre les genres ; 10. Inégalités réduites ; 11. Développement durable des villes et communautés ; 13. Action pour le climat ; et 16. Paix et justice.

mondiale 2006c). Plus récemment, l'initiative du Président de la Banque mondiale Jim Yong Kim —*Investir dans la petite enfance pour la croissance et la productivité*— a identifié le Sénégal, ainsi que 21 autres pays, pour un financement accru axé sur la nutrition des enfants, l'éducation préscolaire, l'éveil et l'apprentissage afin de soutenir le développement des enfants pour qu'ils atteignent leur plein potentiel.

CONCEPTION DU PROJET

2.9 Conçu au titre d'un PPE, ce projet a été le premier d'une série de trois opérations prévues de la Banque mondiale, qui, ensemble, venaient appuyer la mise en œuvre du nouveau PRN décennal du Sénégal. Ce projet correspondait à la Phase I (PRN I) et comportait trois composantes (Encadré 2.2).

PERTINENCE DE LA CONCEPTION

2.10 La pertinence de la conception est jugée élevée.

2.11 La chaîne de résultats pour l'ODP 1 (renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles afin développer et assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition) est bien conçue. Elle soutient une gamme d'activités axées sur le renforcement des capacités de gestion stratégique du programme, notamment les capacités de suivi et d'évaluation.

2.12 En premier lieu, sa conception vise à soutenir et renforcer les capacités techniques, matérielles et de gestion de tous les acteurs clés du cadre institutionnel et organisationnel nouvellement établi : la CLM (responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de nutrition nationale); le BEN et ses bureaux régionaux (le secrétariat de la CLM, responsable de la gestion et du suivi du PRN); les organisations non gouvernementales (ONG) recrutées comme Agences d'exécution communautaires (AEC) pour guider, faciliter et suivre les activités au niveau local et fournir une interface entre les communautés, les autorités locales et le programme; et les relais communautaires sélectionnés par leurs pairs pour mener à bien les activités de suivi de la croissance des enfants ainsi que la promotion de l'éducation nutritionnelle.

Encadré 2-2. Composantes de la Phase 1 du Programme de Renforcement de la nutrition.

Composante 1. Promotion de la nutrition communautaire et de la croissance : Cette composante a supporté un ensemble de cinq interventions communautaires devant être exécutées par des relais communautaires choisis dans les communautés, lesquelles visaient à promouvoir une croissance adéquate pour la prévention de la malnutrition :

- suivi et promotion de la croissance, avec des séances mensuelles de pesée et des visites à domicile aux enfants vulnérables (qui n'ont pas participé ou ont montré un gain de poids insuffisant) ;
- éducation en groupe à la nutrition et à la santé pour la diffusion de messages clés ;
- PCIME, notamment la promotion de comportements sains et la conception et exécution des directives pour la gestion de cas sévères de malnutrition dans les établissements de santé ;
- fourniture de services de santé de base, y compris produits de base (micronutriments, comprimés de déparasitage, moustiquaires imprégnées d'insecticide et sels de réhydratation orale) et promotion des soins prénatals et autres services de santé ; et
- subventions pour des projets de nutrition communautaire.

Composante 2. Renforcement des capacités et suivi et évaluation : Cette composante a été conçue pour renforcer :

- les capacités institutionnelles et organisationnelles, notamment (1) soutien technique et opportunités d'apprentissage pour la CLM; (2) soutien technique, formation, équipements, matériel et autres supports pour le fonctionnement du Bureau Exécutif National (BEN) et de ses bureaux régionaux; (3) soutien aux opérations des divisions techniques du Ministère de la santé chargées de l'éducation à la nutrition et à la santé ; (4) recrutement et renforcement des ONG locales devant être engagées pour promouvoir et superviser les activités de nutrition au niveau local; (5) formation des fournisseurs de services (relais communautaires), des contrôleurs et du personnel administratif du programme à la gestion des contrats et à la comptabilité; (6) établissement de comités consultatifs de district pour l'élaboration de plans régionaux de nutrition, et de comités locaux pour le suivi des interventions ; (7) recyclage des centres urbains de développement de la nutrition ; et
- suivi, évaluation, recherche opérationnelle, rapports périodiques et études spéciales.

Composante 3. Gestion de projets et rapports : Cette composante a soutenu la mise en place et le fonctionnement du BEN et des services consultatifs techniques.

Source : Banque mondiale 2002b.

Note : Les coûts prévus par rapport aux coûts réels par composante sont présentés à l'annexe C, tableau C.1

2.13 En deuxième lieu, elle facilite l'interaction « verticale » et « horizontale » et la collaboration de tous les acteurs clés en s'assurant le soutien participatif des divers comités et sites, notamment (1) au niveau central, avec la CLM multisectorielle et ses comités techniques, de suivi et d'évaluation; (2) aux niveaux décentralisés avec les comités consultatifs de district pour l'élaboration de plans de nutrition régionaux multisectoriels et les comités locaux pour le suivi des interventions du programme; et (3) au niveau de la communauté, avec de petits sites communautaires pour la conception et la supervision des programmes.¹³

2.14 En troisième lieu, elle fournit un soutien ciblé au secteur de la santé, reconnaissant ainsi le rôle vital qu'il a joué au niveau central ou de la formulation des politiques, et pour orienter, assurer le suivi, et participer directement aux efforts de prévention et de traitement de la malnutrition au niveau communautaire dans le cadre des soins de santé de base. Enfin, et peut-être le plus important, l'ODP visant l'amélioration de la gestion stratégique du programme est

¹³ L'interaction verticale signifie la collaboration et l'échange à tous les divers niveaux du PRN : central, régional, de district et local. L'interaction et la collaboration horizontales signifient une approche multisectorielle qui vise la participation de tous les secteurs concernés et des acteurs publics ou privés à chaque niveau du système.

fermement soutenu par l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche axée sur les résultats et l'apprentissage par la pratique, reposant sur une évaluation et un suivi routiniers du programme et sur des études stratégiques et la recherche opérationnelle. L'examen régulier, les discussions et l'utilisation des données du programme pour la prise de décision à chaque niveau du système sont conçus pour assurer à la fois la transparence et une participation active, aux fins d'apprentissage et de prise de responsabilité.

2.15 La chaîne de résultats pour l'ODP 2 (renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour mettre en œuvre des activités multisectorielles de nutrition) est également bien conçue. La chaîne de résultats est clairement définie, englobant les interventions au niveau de la fourniture (offre) et de la demande de services (sensibilisation, information, éducation et comportement) visant les groupes les plus vulnérables, lesquelles interventions pourraient vraisemblablement se traduire par des comportements plus sains (allaitement maternel, amélioration des régimes alimentaires, utilisation correcte des services de santé, etc.) et finalement aboutir à une amélioration de la nutrition et de la santé des femmes et des enfants vulnérables. Quoiqu'elles se concentrent de manière appropriée sur la prévention et la promotion, les interventions incorporent aussi le traitement de cas graves de malnutrition, un aspect important pour atteindre les objectifs du programme. Les subventions aux projets de nutrition communautaire sont destinées à l'appui d'activités novatrices, de jardins familiaux et autres activités pertinentes qui permettent aux communautés de renforcer leurs capacités d'améliorer les pratiques et les résultats nutritionnels. Le lieu et le point d'action sont la communauté et le relai communautaire. Grâce à la crédibilité du relai communautaire auprès de ses pairs et à sa connaissance de la communauté locale et de ses enjeux et défis, il peut agir comme levier de changement. Les interventions ciblant les fournisseurs et demandeurs de services (offre et demande) se concentrent sur les questions les plus pertinentes et les plus prioritaires, en s'inspirant des meilleures pratiques tirées d'ouvrages sur la santé et de l'expérience accumulée, tout en étant attentives aux besoins et priorités spécifiques des communautés, lesquels ont été révélés grâce à un programme de communication basé sur l'écoute et sur la diffusion d'information.¹⁴ Une approche reposant sur des données probantes permet des améliorations et un apprentissage continu. La conception a représenté une réorientation positive des efforts précédents du Sénégal (soutenus par le PNC), qui s'étaient principalement concentrés sur l'atténuation de la malnutrition aiguë par une supplémentation alimentaire, vers des efforts de prévention de la malnutrition chronique grâce au suivi de la croissance et au changement de comportement.

2.16 **Arrangements de Mise en œuvre.** En commençant par le niveau communautaire, les relais communautaires ont été responsables des activités de promotion de la nutrition et de la croissance au titre de la composante 1. Les ONG et les associations locales ont été engagées pour faciliter la mobilisation sociale et la sélection, la formation et la supervision des relais

¹⁴ Voir l'IFPRI 2016, la Banque mondiale 2006c et la série Lancet Nutrition maternelle et infantile (2008). Les composantes (1) saisissent bien les dimensions des voies courtes (« short routes ») pour l'amélioration de la nutrition préconisées dans le rapport « *Replacer la nutrition au cœur du développement* » (services communautaires de santé et de nutrition, services offerts à partir des installations, suppléments en micronutriments, éducation nutritionnelle et interventions pour changer les comportements, notamment: nutrition maternelle, connaissances et la recherche de soins de santé pendant la grossesse et l'allaitement ; alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, éducation à la santé et promotion de régimes sains); et (2) servent à encourager une approche multisectorielle aux «voies longues» (« long routes ») qui font intervenir des dimensions plus élargies (santé, eau et assainissement, politiques de soutien alimentaires et agricoles, production de fruits et légumes, réduction de la pauvreté, pouvoir d'achat alimentaire, statut des femmes, charge de travail et éducation.)

communautaires et pour s'assurer que d'autres soutiens au programme seront disponibles. C'est au niveau du poste de santé que toutes les activités du programme ont été formellement intégrées au système de santé pour la première fois. Le Bureau Exécutif Régional (BER) a été responsable de la mobilisation des ONG et de la coordination, du suivi et de l'évaluation au niveau régional, avec un plan pour l'éventuelle prise en charge des responsabilités contractuelles et financières. Le BEN a eu la responsabilité de la gestion quotidienne des programmes et a servi de secrétariat à la CLM, cette dernière étant chargée de l'élaboration des politiques, de l'approche multisectorielle ainsi que d'approuver les stratégies, plans de travail annuels et budgets.¹⁵

Mise en œuvre

2.17 **Dates clés.** Approuvé par le Conseil d'Administration le 14 mars 2002, le crédit IDA est entré en vigueur le 27 juin 2002. L'examen à mi-parcours a eu lieu en février 2005. Le projet n'a pas été restructuré, mais sa date de clôture a été prolongée de six mois, au 15 juillet 2006, pour permettre aux sous-projets communautaires d'achever un cycle complet de deux ans.

2.18 **Coûts estimés et coûts réels, Financement et Décaissements.** 16 L'estimation du coût total était de 16,20 millions de dollars EU, déduction faite du soutien du PAM prévu au titre d'un financement parallèle. Le coût réel du projet indiqué dans les rapports sur l'état d'avancement les résultats (ICR : 23,10 millions de dollars EU) semble inclure le soutien du PAM (Banque mondiale 2007c). Le coût réel du projet, déduction faite de l'aide des 4,0 millions de dollars EU du PAM, s'élève à 19,1 millions de dollars EU, soit 118 % de l'estimation initiale du montant. Les coûts réels de la composante 1 (soutien du PAM compris) ont été le double de l'estimation ; et les coûts réels de la gestion du programme ont également dépassé l'estimation initiale. Mais les coûts réels des activités de renforcement des capacités institutionnelles et du suivi, de l'évaluation et de la recherche ont été inférieurs aux estimations initiales.

2.19 Bien qu'en principe les coûts devraient s'additionner, on observe un écart entre les coûts réels et le financement réel. La cause en est aux différentes sources utilisées, à une augmentation réelle de la valeur du dollar américain en DTS au cours de la durée du projet et à différents calculs du taux de change. S'agissant de montants en dollars EU, le financement réel de l'IDA (16,5 millions de dollars) a dépassé de 112 % l'estimation initiale (14,7 millions de dollars). Le financement de contrepartie de l'État (équivalent à 1,8 million de dollars) a également dépassé de 20 % ses obligations (1,5 million de dollars) (annexe C, tableau C.2).

2.20 Des 11,8 millions de DTS¹⁷ approuvés initialement par la Banque mondiale au titre de son financement, 0,422 million a été annulé et 11,378 millions ont été utilisés (96 % du montant initial et 100 % du montant ajusté après l'annulation). Un examen de l'utilisation des

¹⁵ Les divisions techniques au sein du Ministère de la Santé publique et d'autres ministères concernés sont représentés dans le Comité technique qui assiste la CLM dans l'élaboration des politiques et lui fournit conseils et expertise. Un comité de suivi et d'évaluation évalue la performance du BEN.

¹⁶ Les données détaillées sont fournies à l'annexe C, tableaux C.1, C.2 et C.3.

¹⁷ Dont 8,4 millions d'un crédit IDA et 3,4 millions d'une Initiative multilatérale d'allègement de la dette. Cette dernière a sollicité l'annulation de 100 % de la dette à l'IDA, au Fonds de Développement africain et au Fonds monétaire international (FMI) au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés pour les pays qui atteignent le point d'achèvement.

fonds IDA indique que (1) les coûts réels des consultants, de la formation et les frais de fonctionnement ont dépassé le montant des allocations initiales, et (2) les fonds utilisés pour les travaux, biens, produits pharmaceutiques, sous-projets et le mécanisme de financement de la préparation des projets ont été bien inférieurs aux allocations initiales prévues. Ceci est en grande partie dû au fait qu'il a fallu investir beaucoup de ressources et de temps pendant la première année du projet pour mettre en place les capacités et organiser la prise en charge aux niveaux local et communautaire.

FACTEURS AFFECTANT LA MISE EN OEUVRE

2.21 Facteurs en-dehors du contrôle de l'État. En 2002, la première année de mise en œuvre du programme, le Sénégal a connu une sécheresse sévère, suivie d'une autre en 2004, aggravée par une invasion de sauterelles. Tout cela a affecté la production de céréales et la disponibilité alimentaire du pays, en particulier aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

2.22 Sous contrôle de l'État. Au lendemain des élections de mars 2000, le Président Wade et son épouse, la Première Dame du Sénégal, sont devenus d'ardents défenseurs de la cause nutrition. La CLM, tout nouvellement créée, a installé ses bureaux dans le cabinet du Premier ministre compte tenu du caractère multisectoriel de son mandat. L'engagement et le soutien ferme de l'État se sont exprimés dans ses politiques globales de développement visant la réduction de la pauvreté, notamment l'amélioration de l'état nutritionnel de la population ; dans la désignation d'un personnel hautement qualifié pour servir au sein de la CLM ; et dans le financement de contrepartie qu'il a apporté et qui a dépassé le montant initial de son engagement.

2.23 Sous contrôle de la CLM. Au cours des quatre ans de la période de mise en œuvre du projet, la CLM a servi sous trois premiers ministres.¹⁸ Ses efforts proactifs pour fournir un compte-rendu complet à chaque nouveau Premier ministre ont réussi à assurer l'appréciation et le soutien de chacun des nouveaux Premiers ministres à ce programme vital et à les sensibiliser à l'importance qu'il revêt dans la réalisation des objectifs de développement du pays. La CLM a adopté un style de gestion très collaboratif dans tous les secteurs, participatif en ce qu'il a inclus tous les acteurs et parties concernés à chaque niveau du système, axé sur les résultats et transparent avec une focalisation sur l'apprentissage. Les ONG/AEC recrutées dans le cadre du projet ont fourni une interface très efficace entre le programme, les autorités locales et les communautés pour encourager la mobilisation sociale, la communication, la cohésion sociale, le soutien opérationnel, le suivi et la production des rapports.

2.24 Conformité avec les exigences des politiques de sauvegarde environnementale et sociale. Aucune garantie n'a été déclenchée dans le cadre de ce projet.

2.25 Conformité fiduciaire. La gestion financière a été exemplaire, les rapports de gestion financière des projets ayant été très appréciés par la Banque mondiale. Les audits financiers externes ont été effectués dans les délais impartis, sans aucune réserve, et ont été jugés satisfaisants par l'IDA. La performance du service des achats et de l'approvisionnement a également été pleinement satisfaisante, en raison de la qualité du personnel. Certaines tâches de gestion financière et d'approvisionnement ont été réalisées par les 12 ONG opérant au

¹⁸ Mame Madior Boye (2001–02); Idrissa Seck (2002–04); Macky Sall (2004–07)

niveau local. Leur bonne performance est le résultat des efforts initiaux de renforcement des capacités pour développer leurs compétences fiduciaires.

Réalisation des Objectifs

2.26 L'annexe D, tableau D.1, présente les bases de données de référence, les cibles et les réalisations effectives pour tous les indicateurs de résultats et résultats intermédiaires et précise les sources de ces données. Bien que l'ODP fasse une référence spécifique aux zones rurales et urbaines, ces résultats ne sont pas ventilés par lieu de résidence urbain/rural. Le rapport ICR ne donne pas une telle répartition. De plus, la mission a été informée par l'expert CLM chargé du suivi et de l'évaluation qu'il n'était pas possible de fournir cette information.

OBJECTIF 1

2.27 Le PRN I avait pour objectif no. 1 de créer des capacités institutionnelles et organisationnelles pour permettre à la CLM et à ses partenaires des secteurs public et privé de développer et d'assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition dans les zones rurales et urbaines. La réalisation de l'objectif 1 a reçu une notation **élevée**.

2.28 **Entrants et Résultats** intermédiaires. L'assistance technique prévue par le projet, la formation, le matériel, les équipements et les frais de fonctionnement ont eu pour résultat l'établissement des capacités à tous les niveaux du système—capacités pour la planification, gestion, suivi et réorientation des activités en cours d'exécution. Au niveau central, la CLM, chargée de fournir des conseils stratégiques, d'assurer le suivi de la mise en œuvre des politiques et la coordination multisectorielle, a été créée en 2001, six mois seulement avant l'entrée en vigueur du projet. Le projet a contribué à renforcer les capacités de la CLM à remplir son mandat et à l'orienter dans le lancement du PRN devenu le principal véhicule de mise en œuvre de la politique de nutrition. Le BEN, tout nouvellement créé et servant de secrétariat à la CLM et à l'Agence d'exécution du projet, était composé d'un personnel d'environ 20 personnes formées et équipées grâce à un soutien du projet ; il a été guidé dans ses activités de planification initiale, de budgétisation et de production de rapports trimestriels sur les progrès du programme soumis à la CLM.¹⁹ Le projet a aussi appuyé les six BERs/bureaux exécutifs régionaux (chacun doté de deux techniciens, deux experts financiers, et deux personnel de soutien) chargés de fournir l'appui technique et de superviser les activités et les organisations au niveau communautaire en particulier les ONG / CEA.

2.29 Au niveau local, un système a été développé et mis en place pour le recrutement des ONG et associations locales agissant en tant qu'AEC. Ces AEC ont été choisies sur une base concurrentielle pour leur expérience, leur crédibilité et leur réputation auprès des communautés locales; et leur personnel a été recruté ou formé pour renforcer les capacités aux activités de mobilisation communautaire, de contrôle, supervision, suivi et évaluation, gestion financière et activités d'achats et d'approvisionnement, et production de rapports pour informer des progrès

¹⁹ Le Président du BEN était le Directeur du PRN.

réalisés au niveau local.^{20,21} Les AEC ont été mandatées pour impliquer et obtenir la participation active des fonctionnaires locaux et du personnel des districts de santé. Au niveau de la communauté et de la fourniture des services, au-delà de leur formation aux aspects techniques de cette fourniture (voir paragraphe 2.34), les relais communautaires, sélectionnés par leurs communautés, ont été formés par les AEC à la collecte et à l'enregistrement de données sur la performance du programme et à l'utilisation de ces données comme moyen de dialogue et d'interventions aux fins d'encourager le changement de comportement chez les mères et gardiens d'enfants et d'en communiquer les résultats à leurs communautés.

2.30 Au niveau sectoriel, le projet a soutenu le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Éducation dans la préparation des plans de travail et l'allocation de budgets spécifiques à leurs mandats, et dans l'examen des avantages comparatifs de la fourniture d'intrants et des interventions nutritionnelles clés. Ce soutien a aussi visé le suivi et la supervision de l'exécution de ces plans, à tous les niveaux du système. Il s'agissait là d'une première étape stratégique dans le développement d'une approche véritablement multisectorielle.

2.31 Un système viable de suivi et d'évaluation a été mis en place avec le soutien du projet, qui documente les bases de données de référence et les cibles pour les différentes composantes des chaînes de résultats du programme. Les données recueillies sont partagées avec tous les acteurs et parties concernés. Des comités ont été créés pour discuter la performance du programme et apporter les améliorations nécessaires à la lumière des informations fournies par les rapports réguliers. Au niveau communautaire, le Comité directeur local (CDL) donne un appui aux relais communautaires en les aidant à mobiliser l'intérêt et l'action de la communauté, à assurer la gestion de produits destinés à la nutrition, à détecter des problèmes d'ordre général et à les résoudre.²² Au niveau des districts et des départements, les comités locaux de suivi se réunissent tous les trois mois pour discuter les résultats et plans d'action présentés par les AEC.²³ Au niveau régional, le Comité régional de Suivi (CRS) organise des réunions semestrielles pour écouter et discuter les plans d'activités et les résultats soumis dans les rapports régionaux.²⁴ En bref, le système de suivi et d'évaluation prévoit l'analyse des données de programmes et d'études spéciales ainsi que des observations aux intervenants à tous les niveaux—communautaire, du district, régional et national.

2.32 **Résultats.** Dans le cadre d'une période de mise en œuvre de quatre ans et grâce à l'expérience acquise et au soutien direct du projet au renforcement des capacités, la CLM a pleinement assumé son rôle central de mettre en place les politiques de nutrition de l'État, en assurant le suivi de leur exécution à travers le PRN, en animant la coopération entre les

²⁰ Chef de projet, superviseur communautaire, personnel du Fiduciaire et autres.

²¹ Trente-six employés des AEC (soit 100 % du personnel chargé de la gestion administrative et financière) ont été formés aux activités d'achat et d'approvisionnement et à la gestion financière. Tous les 34 coordinateurs de sous-projets ont été formés aux activités de suivi et d'évaluation.

²² Les membres sont composés de représentants de la communauté, sélectionnés par celle-ci. Ces comités sont généralement dirigés par des chefs de village ou des chefs ou guides spirituels.

²³ Ses réunions sont présidées par l'autorité locale (sous-préfet au niveau du district et préfet au niveau départemental) ; les membres comprennent l'agent de santé du district, d'autres représentants du secteur concerné et des représentants des communautés bénéficiaires.

²⁴ Ses réunions sont présidées par le gouverneur, les membres sont composés de médecins régionaux et de district, de représentants de collectivités locales et des AEC.

secteurs et avec le secteur non gouvernemental et, de plus en plus, en se chargeant du suivi sectoriel et de la coordination du soutien des PTF. Le PRN est devenu un programme national de nutrition (non plus un projet de la Banque mondiale), un élément fondamental pour réaliser la mise en œuvre de la politique nationale. Le BEN et ses bureaux régionaux ont fonctionné avec succès comme bras opérationnel de la CLM, grâce à leurs équipes très compétentes et expérimentées et aux bonnes pratiques de gestion qu'ils ont adoptées. Les AEC ont été efficaces pour assurer que le programme repose et réponde bien aux besoins/priorités des communautés et que les autorités locales s'engagent davantage et plus activement dans le rôle qu'elles ont de plus en plus à jouer. Au niveau communautaire, le PRN bénéficie d'une forte appropriation. La structure des fournitures de services communautaires et la mise en œuvre décentralisée ont agi comme un véritable catalyseur pour mobiliser acteurs et contributeurs au niveau local, un aspect essentiel pour une approche multisectorielle. Son système de suivi et d'évaluation et ses mécanismes pour discuter et utiliser les données à tous les niveaux du système ont favorisé un suivi rigoureux, une discussion des données, une focalisation sur les résultats, la transparence, la prise de responsabilité et l'apprentissage par la pratique.

OBJECTIF 2

2.33 L'objectif no. 2 du PRN I avait pour but de développer des capacités institutionnelles et organisationnelles afin de permettre à la CLM et à ses partenaires des secteurs public et privé de mettre en œuvre des activités multisectorielles de nutrition en zones rurales et urbaines. La réalisation de cet objectif a reçu une notation **élevée**.

2.34 **Résultats intermédiaires.** Avec le soutien du projet, des services de nutrition communautaires ont été mis en place et fournis aux zones urbaines et rurales ciblées.²⁵ Cent pour cent (soit 2 459) des relais communautaires (sélectionnés dans leurs communautés) ont été formés à la promotion des soins de santé de base et à la PCIME, dépassant largement d'au moins 25 % le pourcentage ciblé. Ils ont également reçu un soutien technique sur le tas et obtenu des conseils auprès des fournisseurs de soins de santé et des AEC pour l'organisation de séances mensuelles de promotion de la croissance et de mobilisation sociale. Sur une cible de 820 sites (et une couverture de 80 % de communautés ciblées), 924 sites de nutrition ont été créés et équipés. Les enfants âgés de moins de trois ans ont été régulièrement suivis et des conseils ont été donnés à leurs gardiens. Au total, 200 000 enfants âgés de moins de trois ans et leurs mères ont été mobilisés aux fins d'une campagne de promotion et de suivi des progrès de leur croissance, dépassant ainsi l'objectif des 171 000 personnes, ce qui indique une participation élevée de 90 % de mères et d'enfants ciblés. En 2006, 94 % des sites établis ont tenu des séances mensuelles d'éducation à la nutrition et à la santé (dépassant l'objectif des 80 %), et 89 % des groupes ciblés ont assisté à ces séances. Avec des objectifs qui ont excédé à la fois le nombre des sites de nutrition créés et le nombre d'enfants de moins de trois ans servis par le programme, la couverture du programme semble avoir dépassé les plans. Mais aucune donnée n'a été disponible pour évaluer le but du programme d'atteindre 35 % de la population ciblée des zones rurales et 50 % de celle des zones urbaines.²⁶

²⁵ Zones urbaines couvertes par le PNC, et collectivités locales sélectionnées dans les zones rurales de trois régions prioritaires : Fatick, Kaolack et Kolda.

²⁶ Bien que ces pourcentages cibles aient été indiqués dans le DEP, ils n'ont pas figuré dans les indicateurs de performance clés. En outre, la CLM a constaté des difficultés à ventiler les données par lieu de résidence urbain/rural.

2.35 Une participation plus grande et plus proactive de la part des services de santé locaux a pu être réalisée grâce à la formation de 1 122 agents de postes de santé et de districts à la promotion des soins de base et à la PCIME (100 % et 78 %, respectivement) dépassant la cible des 40 %. Quarante-six pour cent des postes de santé étaient adéquatement équipés pour gérer les soins aux enfants gravement atteints de malnutrition, atteignant presque l'objectif des 50 %. Pour renforcer la PCIME au niveau communautaire, 23 formateurs ont été formés ainsi que le personnel de toutes les AEC soutenant et assurant le suivi des activités au niveau communautaire. La couverture de distribution des micronutriments dans les zones d'intervention a été considérablement augmentée. À la fin du projet (2005), la couverture de supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois a pratiquement doublé, soit 85 % contre 42 % en 2003, dépassant la moyenne nationale des 75% pour cette même année ; et la supplémentation en vitamine A des mères dans les huit semaines après l'accouchement est passée à 51 % (contre 27 % en 2003), dépassant la moyenne nationale des 27 % en 2005.²⁷

2.36 **Résultats.** La plupart des objectifs d'acquisition des connaissances et de changement de comportement des groupes prioritaires ont été dépassés dans les zones d'intervention, ce qui s'est traduit par des pourcentages beaucoup plus élevés que ceux des moyennes nationales. Les enquêtes Connaissances, Pratiques, Couverture (CPC) montrent que la proportion des gardiens d'enfants capables de détecter au moins deux signes de danger chez les enfants malades est passée de 55 à 77 % (une augmentation relative de 40 %, dépassant l'objectif des 25 %) (CLM 2006b). La proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois a presque doublé, de 30 % (pourcentage de référence) à 58 %, un résultat qui se compare très favorablement à la moyenne des 34 % en fin de projet pour le Sénégal. Les enquêtes CPC indiquent également une hausse du taux d'utilisation des soins prénatals (au moins trois visites) de 52 à 67 % (soit une augmentation relative de 29 %, atteignant essentiellement la cible des 30 %).²⁸ La proportion d'enfants âgés de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide a plus que doublé, de 28 à 59 %, dépassant largement la moyenne nationale des 10 % pour 2005.²⁹ La consommation de sel iodé a également augmenté de 46 à 59 % (soit une augmentation de 28 %), dépassant la moyenne nationale des 41 % pour 2005. En outre, les activités du programme dans les zones d'intervention établies et soutenues par le projet se sont traduites par une amélioration des résultats nutritionnels pour les enfants de moins de trois ans. Quatre-vingt-onze pour cent d'enfants participant à des séances mensuelles de promotion de la croissance dans les zones d'intervention ont enregistré un gain de poids adéquat, c'est-à-dire pratiquement la grande majorité des enfants ciblés dont le taux de participation à ces séances a dépassé 90 %.

²⁷ La faible couverture pour l'année 2003 a été le résultat d'un changement de politique brutal du style de la campagne des prestations de services, lequel a été corrigé en 2004 (Banque mondiale 2007c).

²⁸ Les résultats préliminaires d'une évaluation d'impact ont suggéré que ce taux d'utilisation de soins prénatals est passé de 65 à 78 % dans les zones d'intervention et de 64 à 70 % dans les zones témoins. Mais ces résultats n'ont pas été retenus, et pour cause, car il n'existe pas vraiment de zones témoins au Sénégal, compte tenu du grand nombre de partenaires et d'interventions de santé maternelle et infantile couvrant (de différentes manières) une grande partie du pays (voir également le paragraphe 2.56).

²⁹ Le paludisme et la malnutrition se combinent dans un cercle vicieux : les enfants souffrant de malnutrition ont un système immunitaire affaibli, de sorte que leur corps a plus de mal à lutter contre des maladies comme le paludisme, et les enfants malades atteints de paludisme sont davantage en plus grand danger de souffrir de la malnutrition.

2.37 En bref, les capacités du programme à mettre en œuvre des activités de nutrition multisectorielles et communautaires dans les domaines d'intervention ont rencontré du succès, dépassant les cibles et les attentes. Avec le soutien du projet, les objectifs de fourniture de services ont été dépassés tant au niveau de leur couverture que de leur intensité (voir les paragraphes 2.34 et 2.35). Cette très forte performance, à son tour, s'est traduite par une amélioration des connaissances et un changement de comportement des groupes cibles, sensiblement plus élevée que celle des moyennes nationales, ainsi que par un gain de poids adéquat pour la plupart des enfants âgés de moins de trois ans ciblés par le programme. Le programme a fixé des objectifs de réduction de l'insuffisance pondérale dans les zones d'intervention, plutôt ambitieux pour la courte durée du projet (voir paragraphe 2.54) qui ne sauraient être une mesure juste et précise de l'objectif plus immédiat de développer les capacités de mise en œuvre du programme. Toutefois, il serait intéressant de signaler les progrès réalisés à ce niveau. Deux sources de données révèlent que la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'insuffisance pondérale sévère chez les enfants a été effectivement réduite dans les zones d'intervention. Les données de suivi du programme indiquent une baisse de 44 % de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de trois ans dans les zones d'intervention pour la période du projet (de 18 à 10 %). Ce pourcentage dépasse l'objectif ciblé d'une réduction de 25 %. L'évaluation d'impact montre également une baisse dans les zones d'intervention, si modeste soit-elle : 14 % (de 26,8 à 23,1 %), mais néanmoins plus grande que la baisse de 10 % dans les zones témoins.³⁰ D'après les données mondiales de l'OMS, la prévalence, au niveau national, de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de cinq ans a diminué de 29 %, passant de 20,3 % en 2000 à 14,5 % en 2005. Les visites sur le terrain ont permis de recueillir les opinions des acteurs et parties concernés qui ont exprimé que, sans le projet, la situation aurait été pire dans les zones d'intervention, car le projet a donné la priorité et a ciblé les zones avec les taux les plus élevés de malnutrition, de pauvreté et de vulnérabilité, pour lesquelles des résultats sont davantage plus difficiles à obtenir.³¹ L'évaluation d'impact indique également une baisse de 5,7 à 4,5 % de l'insuffisance pondérale sévère chez les enfants âgés de moins de trois ans dans les zones d'intervention. La base de données mondiales de l'OMS sur la croissance et la malnutrition chez les enfants montre une baisse à l'échelle nationale de 7,0 à 3,9 % (OMS 2014).

2.38 Évaluation de la contribution ou de l'attribution. La grande efficacité du programme dans la réalisation des deux objectifs est le résultat direct des investissements du projet pour renforcer les capacités du programme et du soutien technique de l'équipe de la Banque mondiale, lors de la conception comme de la mise en œuvre. La Banque mondiale a joué un rôle moteur parmi les PTF pour encourager et soutenir la formulation de la politique de nutrition du Gouvernement sénégalais et l'élaboration du PRN sur 10 ans. Des évaluations multiples sur le lancement et la mise en œuvre du programme, ainsi que des entretiens avec tous les différents acteurs nationaux et internationaux, reconnaissent que tout le mérite revient à la Banque mondiale pour le rôle de leader qu'elle a joué à cette fin. Bien qu'un nombre de

³⁰ La réduction était de 24 à 21,7 %. Encore une fois, la CLM / le BEN (secrétariat de la CLM) et le RERP sont tous deux conscients des défis méthodologiques soulevés pour définir quels sont les vrais groupes de zones témoins au Sénégal pour cette étude.

³¹ Les améliorations à l'échelle nationale de l'insuffisance pondérale sont probablement liées à la croissance économique forte et inclusive et surtout à la réduction de la pauvreté entre 2001 et 2005 (voir paragraphe 1.3). Mais les zones d'intervention du projet sont restées extrêmement pauvres même durant cette période de forte performance économique, car elles dépendent quasiment de l'agriculture pluviale et sont donc vulnérables aux conditions environnementales et climatiques défavorables.

PTF aient apporté un appui aux interventions de santé maternelle et infantile dans les trois régions où le projet était actif, la principale source de soutien technique et financier pour cette première phase de mise en œuvre communautaire est venue du PRN. Les capacités créées et les services fournis en 2001-2006 (paragraphe 2.34 et 2.35) sont les résultats effectifs du soutien du projet ; et ce sont ces capacités nouvellement développées qui ont à leur tour donné les excellents résultats du programme (voir les paragraphes 2.36-2.37). Le PAM a accordé un financement parallèle d'un montant de 4,0 millions de dollars EU, mais seulement pour une intervention très précise—la supplémentation alimentaire aux zones urbaines du projet. La Banque allemande KfW et l'UNICEF ont également apporté un soutien aux activités de nutrition, mais pas spécifiquement dans les zones d'intervention. Le Ministère de la Santé publique et ses partenaires au développement ont peut-être contribué dans une certaine mesure à l'amélioration des résultats dans les zones d'intervention grâce aux services de santé qu'ils ont fournis aux mères et aux enfants. Mais sans le soutien discret du projet au secteur de la santé, il est peu probable que les services de santé locaux (1) aient pu assurer le contrôle technique et le soutien aux interventions communautaires et (2) aient été suffisamment équipés pour recevoir, s'occuper, traiter convenablement et suivre les enfants souffrant de malnutrition aiguë que le programme leur a confiés. La mise en place et l'exécution réussies du PRN ont en fin de compte établi des fondations solides pour améliorer la collaboration et la coordination entre les partenaires dans le cadre de la deuxième phase du programme, la Banque mondiale jouant un rôle important de catalyseur (voir paragraphe 3.30).

Efficiace

2.39 L'efficiace est considérée comme **appréciable**.

2.40 La lutte contre la malnutrition est un investissement qui dégage de gros bénéfices pour le développement d'un pays. De nombreuses preuves scientifiques indiquent que l'amélioration de la nutrition au cours de la période critique des 1000 premiers jours offre des chances sérieuses de sauver des vies, d'aider les enfants à se développer pleinement et à atteindre leur plein potentiel tant au niveau scolaire que sur le marché du travail, et ainsi de leur permettre de contribuer plus efficacement à la prospérité économique du pays. Le choix du Sénégal de développer et d'investir dans un programme de nutrition est un investissement judicieux pour son développement. L'efficiace du programme réside dans le fait qu'il vise les catégories appropriées de la population avec des interventions appropriées: la pesée des enfants âgés de moins de deux ans et les conseils aux mères, la promotion de l'allaitement maternel exclusif de nourrissons âgés de moins de six mois, l'amélioration des pratiques alimentaires et la PCIME pour les enfants âgés de moins de cinq ans, les produits de santé de base destinés aux femmes et aux enfants, une utilisation plus efficace des services de santé par les mères et les enfants et la promotion de grossesses et d'accouchements sains.³²

2.41 La fourniture des services communautaires de suivi et de promotion de la nutrition et de la croissance dans le cadre de ce projet était d'un coût médian très raisonnable de 4,3 dollars EU par enfant et par an (3,7 dollars EU dans les zones rurales et 5,0 dollars EU dans les zones urbaines), soit des coûts nettement inférieurs aux coûts du PNC précédent, dont le coût annuel par enfant était estimé à 80 dollars EU, déduction faite des suppléments alimentaires. Une

³² Dans la Phase I, la promotion de la croissance a ciblé des enfants de 0 à 30 mois ; Dans la Phase II, l'âge ciblé a été modifié de 0 à 24 mois.

grande raison du coût plus élevé du PNC tient au fait que ces services employaient un personnel rémunéré, tandis que les services du PRN étaient assurés par des volontaires bénévoles. Même avec des coûts nettement inférieurs, les zones d'intervention ont produit des améliorations significatives dans les connaissances et le changement de comportement, et même un déclin dans la prévalence de l'insuffisance pondérale.

2.42 L'efficacité de la mise en œuvre était **appréciable**. La CLM a réussi à s'établir comme un gestionnaire et coordinateur capable dans la mise en œuvre du programme. Le BEN et ses bureaux régionaux eux aussi ont démontré une grande compétence et efficacité à épauler les activités communautaires. Grâce à un processus rigoureux et transparent, des ONG locales, également très compétentes, ont pu être recrutées pour assurer une interface viable entre le programme et les communautés bénéficiaires et pour forger un lien et une collaboration plus étroits avec les autorités gouvernementales locales et les services locaux de différents secteurs clés (voir paragraphe 2.32). Le démarrage des activités du projet a été retardé d'environ six mois durant lesquels plusieurs éléments essentiels au succès du projet ont été mis en place, notamment la création et la formation de comités locaux de suivi, la mise en place de protocoles de fourniture de services et un processus concurrentiel pour le recrutement des ONG. Ce léger retard a été en définitive un investissement dans l'efficacité : lorsque les activités ont démarré, le terrain avait déjà été préparé pour une exécution harmonieuse et accélérée. Une extension du projet de six mois a permis l'achèvement d'un cycle de sous-projet de deux ans.

Notations

RÉSULTAT DU PROJET

2.43 La notation du résultat du projet est **très satisfaisant**. Les objectifs du projet sont très pertinents et cadrent avec les conditions actuelles, les stratégies et les priorités nationales du pays (objectifs de développement plus élevés et objectifs spécifiques à la santé et à la nutrition) et avec la stratégie SPP de la Banque mondiale, ainsi qu'avec sa stratégie Santé, Nutrition, Population (SNP). La conception est également très pertinente, avec des chaînes de résultats clairs et logiques venant respectivement en soutien au premier objectif de renforcement des capacités pour développer, suivre et superviser le PRN et au deuxième objectif de renforcement des capacités pour mettre en œuvre les activités du PRN. La configuration institutionnelle et organisationnelle, l'approche communautaire, le rôle central des relais communautaires et des ONG, ainsi que le style de gestion axé sur l'expérience et l'apprentissage par la pratique ont caractérisé cette conception novatrice qui a reposé sur les leçons du projet précédent. L'efficacité dans la réalisation de l'objectif de renforcement des capacités pour le développement et dans le suivi des activités multisectorielles de nutrition a été jugée élevée. Dans leur majorité, les objectifs de résultats et résultats intermédiaires ont été dépassés. Bien que la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'insuffisance pondérale sévère ait diminué, les résultats ciblés n'ont pas été entièrement réalisés. Néanmoins, cet indicateur d'impact ne représente pas une mesure juste de l'ODP, qui s'est concentré sur le renforcement des capacités. L'efficacité du projet a été appréciable en raison d'un bon rapport coût-efficacité et d'une mise en œuvre très efficace des activités.

RISQUE POUR LE RESULTAT DE DEVELOPPEMENT

2.44 Le risque pour le résultat de développements est **modéré**.

2.45 Le risque technique est **faible** car la conception a été reconnue comme meilleure pratique dans les ouvrages traitant de la nutrition parus au cours des cinq dernières années (près d'une décennie après la conception du projet).³³ Le risque financier est appréciable. Le Gouvernement du Sénégal a considérablement augmenté sa contribution financière au PRN au cours des années suivant la clôture du projet. Mais il reste que les coûts et le financement nécessitent d'être mieux évalués. La question de rémunération des relais communautaires soulevée parmi les acteurs et bénéficiaires—faut-il rémunérer et à quel salaire ? avec quelle(s) source(s) de financement—nécessite davantage de réflexion et de solutions créatives. Cet aspect est discuté plus en détail au chapitre 5 ; il convient cependant de souligner ici le grand dévouement des relais communautaires à leur mandat. Au cours des visites sur le terrain, la rémunération des relais communautaires a été constamment soulevée mais pas toujours par les relais eux-mêmes. Les fonctionnaires locaux, les ONG, le personnel du PRN ainsi que les communautés ont tous exprimé cette préoccupation, manifestant ainsi leur grande appréciation au travail de ces relais. Des sources et des solutions de financement créatives sont en cours de discussion et d'expérimentation. Malgré une rémunération très modeste, les relais communautaires tirent une grande satisfaction à servir leurs communautés qui leur vouent un profond respect et une profonde admiration pour le travail qu'ils font et les résultats qu'ils produisent.

2.46 Le risque social est **faible**. La sensibilisation et le soutien des parties concernées sont extrêmement élevés dans l'ensemble des groupes : bénéficiaires, communautés, chefs traditionnels et religieux, autorités locales, personnel du district, personnel régional et national, et comités de suivi. Le risque politique est **faible**. La nutrition figure en bonne place parmi les objectifs et les indicateurs de développement du pays. L'installation de la CLM dans le cabinet du Premier ministre est une déclaration d'engagement politique. La CLM a fait un exposé réussi du programme à tous les nouveaux Premiers ministres afin d'en souligner l'importance aux plus hauts niveaux du Gouvernement. Le risque d'un fléchissement de l'appropriation et de l'engagement de l'État est **faible** car le succès du programme et son potentiel encore inexploité est reconnu dans le pays et dans le monde, et de plus en plus par les autorités locales et autres secteurs dont le soutien et la participation actifs continuent de croître. Le risque institutionnel est **faible**. La désignation de la CLM en tant que point focal national pour la nutrition est acceptée et son secrétariat (BEN) a été reconnu pour sa très solide performance. Les autorités locales, avec l'aide contractuelle des ONG, continuent d'assumer une responsabilité de plus en plus croissante du programme de nutrition, conformément à la politique de décentralisation de l'État. Le risque des catastrophes naturelles est **appréciable**. Le Sénégal reste exposé aux menaces de sécheresse et d'invasion de sauterelles, lesquelles tout en étant exogènes au programme, peuvent compromettre, même si temporairement, les gains en matière de nutrition.

³³ Parmi ces ouvrages, *Renforcer la nutrition : un cadre d'action* (2013) (SUN-Scaling up Nutrition) (2013), la série Lancet *Nutrition maternelle et infantile* (2008), *Les 1 000 premiers jours* et *Des promesses aux impacts* (IFPRI 2016).

PERFORMANCE DE LA BANQUE MONDIALE

2.47 La performance de la Banque mondiale est jugée **très satisfaisante** dans l'ensemble.

2.48 La qualité à l'entrée est jugée **très satisfaisante**. La conception du projet s'est articulée autour de la politique de nutrition du Gouvernement du Sénégal développée dans le cadre d'un processus proactif avec la participation de toutes les parties concernées par la nutrition et avec l'assistance technique de la Banque mondiale. La politique reflète l'engagement de l'État de réduire et de prévenir la malnutrition par une approche multisectorielle qui concentre son attention sur une évaluation solide des problèmes et des déterminants de la malnutrition. Avec l'assistance technique de la Banque mondiale, le PRN sur 10 ans a été développé pour servir de véhicule de mise en œuvre à la politique de nutrition du Gouvernement. Non seulement il a été techniquement solide (voir la section Pertinence de la conception), mais il a emprunté à des interventions nutritionnelles précédentes (au Sénégal et ailleurs)³⁴ les leçons qui lui ont permis de mettre au point une approche améliorée axée sur des interventions nutritionnelles communautaires durables, avec une focalisation sur la promotion et la prévention. Le programme visait de manière appropriée les zones géographiques les plus pauvres et les plus vulnérables, et au sein de ces zones, les segments les plus fragiles de la population : les enfants âgés de moins de cinq ans et les mères. Le cadre institutionnel et organisationnel était très solide. L'installation de la CLM dans le cabinet du Premier ministre a manifesté le fort engagement de l'État qui lui a donné toute l'autorité nécessaire pour la coordination d'une approche multisectorielle. Les dispositions de mise en œuvre ont été extrêmement bien réfléchies et très appropriées, en veillant à ce que le lieu du programme soit au niveau des communautés, ce qui permettrait à ces dernières d'être adéquatement soutenues par les AEC et les services sectoriels locaux ; aux autorités locales de jouer un rôle de plus en plus actif et engagé ; de partager et discuter les résultats à tous les niveaux du programme ; et d'assurer la transparence dans la prise de décision et la gestion basées sur les résultats. Ces arrangements ont fait leurs preuves et ont résisté à l'épreuve du temps. Les aspects fiduciaires étaient bien conçus, y compris une évaluation et un renforcement des capacités fiduciaires de tous les acteurs (notamment des ONG) pour permettre une gestion décentralisée. La conception du suivi et de l'évaluation était solide dans l'ensemble, avec des indicateurs mesurant chaque lien dans la chaîne de résultats. Les indicateurs de résultats nutritionnels établis pour examiner l'impact n'ont pas constitué une unité de mesure convenable pour l'objectif de renforcement des capacités du projet mais ont permis de maintenir la focalisation du programme sur les résultats à moyen terme (voir le paragraphe 2.54). Les modalités d'utilisation des données pour la gestion et la prise de décision ont été explicites et bien développées. Les risques potentiels ont été évalués et les mesures d'atténuation appropriées ont été définies. L'équipe de la Banque mondiale possédait une solide expertise en nutrition et en communication. L'instrument PPE était un choix indiqué pour le lancement et l'exécution de ce nouveau programme décennal.

2.49 La qualité de la supervision est jugée **très satisfaisante**. Un accent très fort a été placé sur l'impact du développement. Les missions de la Banque mondiale et leurs aide-mémoires se sont concentrés—tant dans leur contenu que dans leur processus—sur l'ODP : créer un cadre institutionnel et organisationnel capable pour la mise en œuvre du PRN à tous les niveaux du

³⁴ Les leçons ont été tirées des expériences internationales d'investissements de la Banque mondiale aux projets de nutrition à Madagascar, au Bangladesh, en Inde et d'autres expériences multisectorielles et communautaires de nutrition.

système. Une étroite supervision et les conseils de la mission ont permis l'exécution réussie des différentes composantes du système de suivi et d'évaluation. L'équipe de travail a également fait preuve de souplesse et de sagesse en accordant au BEN le temps nécessaire au renforcement de ses propres capacités avant de déployer des interventions au niveau communautaire. Bien que cette mesure ait légèrement retardé le lancement des activités communautaires, elle s'est avérée être une bonne décision puisqu'elle a permis un déploiement efficace et sans accroc. Les aspects fiduciaires du projet ont été bien supervisés, avec un contrôle et un soutien intensifs lors de la première année du projet. Les observations et les processus de supervision ont été solides et très appréciés par l'Emprunteur. La conduite de deux exercices de supervision par an, complétés par des missions techniques supplémentaires du personnel de Dakar, ont fourni le soutien nécessaire suffisant. Le transfert des responsabilités à un nouveau Chef de gestion de projet (TTL) au début de la mise en œuvre s'est fait en douceur ; ces chefs de gestion possédant tous deux une solide expertise en nutrition. La rédaction des rapports de mission et le dialogue de la Banque mondiale au cours de ces missions ont été francs et de haute qualité. Les observations recueillies du client sur la performance de la Banque mondiale ont été nombreuses et étendues, de même que la forte appréciation exprimée pour la qualité de l'équipe et pour sa contribution continue à l'amélioration des performances sur le plan technique comme de la mise en œuvre. Le Gouvernement du Sénégal, dans sa contribution au rapport ICR, a qualifié de « formidable » le soutien de la Banque mondiale, et ceci a fait écho dans toute la mission RERP, et à tous les niveaux du programme.

PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR

2.50 La performance de l'Emprunteur est jugée **très satisfaisante** dans l'ensemble.

2.51 La performance du Gouvernement est jugée **très satisfaisante**. Son appropriation du projet et son engagement à réaliser l'ODP ont été solides étant donné que l'ODP appuyait pleinement la politique et les objectifs de nutrition de l'État.³⁵ Il a créé un environnement propice au succès du projet, comme en témoignent sa structure de gestion installée dans le cabinet du Premier ministre; une provision de contrepartie généreuse, qui a dépassé son engagement; et une politique bien développée avec des objectifs explicites qui ont été pris en compte dans les stratégies nationales de développement. Sous la supervision et la direction du Directeur du Cabinet (au cabinet du Premier ministre), la CLM a organisé des réunions régulières de représentants de tous les secteurs concernés pour soutenir et favoriser une approche davantage multisectorielle. Le Gouvernement a appuyé la structure décentralisée et communautaire, qui laisse beaucoup de souplesse d'action et la prise de décision au niveau local, et il a apporté son soutien aux évaluations des bénéficiaires sollicitées par le projet. Les actions du Gouvernement pour recruter des experts hautement qualifiés pour le personnel de la CLM et du BEN et des BER ont été essentielles à la réussite de la mise en œuvre du projet et de l'apprentissage par la pratique. Les dispositions de transition étaient bien intégrées dans la conception du PPE.

³⁵ Au départ, des doutes se sont glissés dans certaines instances du Gouvernement du Sénégal quant à la transition de l'approche de la supplémentation alimentaire (PNC) vers l'approche communautaire. Mais ces doutes se sont dissipés quand le programme a démontré son efficacité.

2.52 La performance de la CLM, en tant qu'Agence d'exécution, est jugée **très satisfaisante**. Cette évaluation de la CLM s'applique également à son secrétariat (le BEN) et ses bureaux régionaux). La CLM a été et reste ferme dans sa détermination à réaliser les ODP qui soutiennent pleinement la politique nationale. Elle a à la fois encouragé et facilité les consultations des parties bénéficiaires en organisant des réunions régulières de comités de suivi à tous les niveaux du programme et en établissant un système de suivi et d'évaluation avec des études spéciales afin d'obtenir la perspective des bénéficiaires. Tous les employés clés étaient très qualifiés, bien formés et sont restés dans leur poste pour assurer la conservation à la mémoire institutionnelle de toutes les informations et expériences accumulées. Certains membres du personnel sont arrivés du PNC et sont toujours avec le programme (quelques 10 ans plus tard) en raison de leur grande motivation à faire une différence. Il y a eu un changement au niveau du coordinateur de la CLM, qui a été remplacé par un chef et gestionnaire également très qualifié et capable. La performance fiduciaire de la CLM a été exemplaire. Le BEN a assuré avec succès la gestion quotidienne des projets, traité efficacement les sous-contrats communautaires et renforcé les capacités des ONG aux procédures de gestion financière. Il a aidé à clarifier les arrangements institutionnels établis entre la CLM et les ministères sectoriels et a réussi à améliorer la collaboration entre le PRN et le Ministère de la Santé publique. Lors des visites sur le terrain de cette évaluation, la CLM a été systématiquement reconnue pour son style de gestion rigoureux et transparent reposant sur un système de suivi et d'évaluation qui favorise le partage des données de performance et leur utilisation pour la prise de décision par les parties intéressées. Avec le temps, la CLM s'est imposée comme point focal pour l'élaboration de politiques nutritionnelles et sa bonne réputation a rallié un plus grand nombre de partenaires à travailler avec elle. Elle a joué un rôle vital pour mobiliser la participation proactive d'autres ministères techniques à la planification, gestion et au suivi des activités du programme de nutrition. Elle a tenu des réunions trimestrielles pour examiner les progrès réalisés et approuver les plans d'action annuels et les budgets, effectué des missions régulières de supervision et approuvé des projets sectoriels et communautaires.

SUIVI ET ÉVALUATION

2.53 La qualité du suivi et de l'évaluation est considérée **appréciable**.

2.54 **Conception du suivi et de l'évaluation.** La conception du suivi et de l'évaluation de cette première phase du PPE a fixé des cibles et des indicateurs pour l'ensemble du programme sur 10 ans et pour chacune des trois phases. Les indicateurs pour les 10 ans du programme ont reflété les objectifs d'amélioration de la croissance des enfants âgés de moins de trois ans, en précisant ceux destinés à améliorer les connaissances des gardiens d'enfants, à produire de meilleurs résultats nutritionnels et par conséquent une réduction accélérée du taux de mortalité des enfants. Les indicateurs de la première phase (pertinents pour ce projet) ont spécifié des objectifs pour une amélioration de la couverture des programmes et des connaissances des mères et des gardiens d'enfants, l'adoption de comportements plus sains (allaitement maternel exclusif et une utilisation accrue des soins prénatals) et la réalisation de meilleurs résultats nutritionnels (réduction de l'insuffisance pondérale et insuffisance pondérale sévère chez les enfants de moins de trois ans). Bien qu'ils soient ambitieux compte tenu de la courte durée du projet et qu'ils ne représentent pas une bonne mesure des objectifs de renforcement des capacités du projet, les indicateurs de résultats nutritionnels reflètent les aspirations ultimes du programme. En outre, la conception comprenait des déclencheurs pour passer de la première à

la deuxième phase, qui comportaient des indices pour mesurer les capacités créées (annexe D, tableau D.2).

2.55 Les indicateurs étaient mesurables et certaines bases de données de référence provenant principalement de l'EDS sont documentées et figurent dans le DEP. D'autres bases de données de référence spécifiques aux zones d'intervention ont été établies par des enquêtes CPC et par une évaluation d'impact. Les cibles de la couverture du programme (35 % de la population ciblée en zones rurales et 50 % en zones urbaines) auraient pu être plus spécifiques dans la définition du dénominateur : population dans les régions ciblées, districts ou au sein de ceux-ci, communautés recevant directement des interventions. Le numérateur aurait également pu être mieux précisé : enfants âgés de moins de trois ans ou cinq ans, femmes enceintes et allaitantes ou mères d'enfants âgés de moins de trois ans ou cinq ans. Une combinaison appropriée de méthodes et d'analyses de collecte de données a été proposée, notamment des enquêtes anthropométriques nationales, l'enquête sur la prévalence des micronutriments, les évaluations d'actions de sensibilisation et de bénéficiaires, l'EDS, les évaluations de rendement, les données de projet recueillies régulièrement et une évaluation d'impact.

2.56 La conception du suivi et de l'évaluation a été bien ancrée dans le cadre institutionnel et a souligné l'importance de l'appropriation des parties concernées qui auront à jouer un rôle dans l'apprentissage, la prise de responsabilité et de décision. Le DEP définit les indicateurs d'entrants et de résultats, les rôles et responsabilités du suivi et d'évaluation ainsi que les consultations participatives pour la discussion et l'utilisation des données à chaque niveau du système : communauté, district, région et au niveau central. La performance mesurée en fonction des déclencheurs, dans le cadre de la conception du PPE, pour la transition vers la Phase II devait être évaluée sur la base des résultats fournis par ce système et par une évaluation indépendante.

2.57 **Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation.** Les activités de suivi et d'évaluation ont été mises en œuvre en grande partie comme prévu. La collecte de données et les rapports réguliers ont commencé avec les relais communautaires, lesquels ont signalé les tendances observées tous les mois chez les populations ciblées participant aux séances de suivi de la croissance et de changement de comportement, ainsi que les bons gains de poids chez les enfants de moins de trois ans. Ces données et autres données du programme ont été examinées et rassemblées par les ONG dans des rapports de district, puis soumises aux bureaux régionaux pour une compilation et une analyse supplémentaires, et enfin au niveau national pour la compilation et l'analyse du programme. Ces rapports réguliers ont été complétés par des enquêtes et études spéciales, notamment les évaluations des bénéficiaires, des enquêtes CPC et une évaluation d'impact. Bien que les résultats de l'évaluation d'impact aient fourni quelques indications, ce sont les discussions avec le personnel du programme qui ont confirmé les doutes soulevés par cette évaluation, à savoir que des "groupes contrôles" n'existaient pas en fait réellement au Sénégal quand cette évaluation a été entreprise.³⁶ Auparavant (2006) comme

³⁶ En effet, la CLM et le Chef de l'équipe de travail ont indiqué que (1) le projet ne fonctionnait pas isolément : de nombreuses communications institutionnelles ont eu lieu autour de la nouvelle approche, avec des retombées sur d'autres acteurs, fournisseurs de services et bénéficiaires ; et (2) la sélection aléatoire n'a pas pu être contrôlée à 100 % en raison des problèmes d'économie politique locale. En outre, le temps accordé à l'impact (deux ans) était trop court compte tenu de la tranche d'âge des enfants ciblés pour le suivi et la promotion de la croissance (0-36 mois). On ne peut s'attendre à ce que les données recueillies parmi les enfants « plus âgés » aient une incidence quelconque, et l'inscription ou l'observation des

maintenant, le Sénégal compte de nombreux PTF, lesquels apportent un appui à toute une gamme d'interventions de santé et de nutrition maternelles et infantiles. L'accent mis sur les résultats et sur la transparence dans le partage et l'utilisation des informations a été très apprécié par les répondants. Un plan solide de suivi et d'évaluation a été produit et mis en œuvre. Des rapports mensuels, trimestriels et annuels sur la performance de la mise en œuvre du projet et sur la gestion financière ont été produits dans les délais impartis et ont été cités par la Banque mondiale pour leur qualité.

2.58 Utilisation du suivi et de l'évaluation. Il existe des preuves tangibles, déjà documentées dans ce chapitre, de l'utilisation des données pour la prise de décision. La sélection initiale des districts, régions et communautés cibles a reposé sur des données sur la pauvreté et la malnutrition. Pour passer de la Phase I à la Phase II, les déclencheurs ont eu à satisfaire à certaines conditions subordonnées aux résultats, et ceci a constitué une forte motivation pour assurer le bon fonctionnement du système de suivi et d'évaluation. Tout au long de la mise en œuvre, les résultats positifs des collectes de données régulières ont fourni des informations importantes qui ont encouragé les communautés, les ONG et l'État à maintenir leur engagement au projet. Par ailleurs, les données sur la rentabilité des interventions fournissent également une base de référence pour comparer les différentes approches développées par les ONG. Les observations de l'évaluation d'impact ainsi que d'autres données du programme ont été intégrées à la mise au point de la conception de la Phase II.

3. Projet de Renforcement de la nutrition à l'appui de la Deuxième Phase du Programme de Renforcement de la nutrition

Objectif, Conception et Pertinence

OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DU PROJET

3.1 ODP initial. L'Accord de financement du 5 décembre 2006 stipule: « L'objectif du projet est d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres » (Banque mondiale 2006a, 6).³⁷ Plus précisément, et comme l'a noté le DEP, le programme (avec le soutien du projet) vise à réduire de 25 % la malnutrition due à l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones d'intervention d'ici 2011.

nouveau-nés seuls ont peut-être révélé l'effet réel du projet. L'évaluation d'impact a également confirmé que l'impact était plus important chez les enfants âgés de moins de 1 an.

³⁷ Le DEP (Banque mondiale 2006b, 5) énonce essentiellement le même objectif, mais mentionne également l'expansion de l'accès (aux services du programme) : "L'objectif de la deuxième phase est d'élargir l'accès et d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier celles qui affectent la croissance de enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres." Il mentionne également que si "la première phase visait à explorer, apprendre et identifier les meilleures pratiques sur une échelle limitée", la deuxième phase est "... consacrée à l'intensification des interventions et à la mise au point des stratégies, au renforcement des capacités de mise en œuvre pour la fourniture de services de nutrition appropriés et coût-efficaces, en collaboration avec les collectivités et les autorités locales."

3.2 **ODP révisé.** Au titre d'un financement supplémentaire, approuvé le 29 mars 2012, et conformément aux dispositions de l'Accord de financement du 20 avril 2012, « L'objectif du projet est d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants de moins de cinq ans dans les zones d'intervention ». Les déclarations des objectifs initiaux et révisés sont essentiellement les mêmes : l'objectif révisé ne fait que préciser que les « zones rurales et urbaines pauvres » sont les zones d'intervention du projet. Bien que la plupart des indicateurs de résultats soient demeurés identiques dans le cadre de cette restructuration, les objectifs ont été révisés à la hausse et un nouvel indicateur de résultat ainsi qu'une cible ont été ajoutés pour refléter des activités supplémentaires visant à contrôler l'anémie. Illustrées dans le tableau 3.1, ces modifications ne justifient pas une méthodologie de notation fractionnée.³⁸

Tableau 3.1. Principaux Indicateurs de Performance pour le PRN II : Indicateurs initiaux et révisés

<i>Indicateurs et objectifs initiaux</i>	<i>Indicateurs et objectifs révisés</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation de la couverture globale du programme chez les enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales, passant de 15% en 2006 à 40% en 2011 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif augmenté. L'objectif a été porté à 62%, soit le niveau des progrès réalisés au moment de la restructuration
<ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation de 30% de la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de 0 à 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif augmenté. L'objectif a été porté à 65% sur la base des 63% réalisés au moment de la restructuration
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 40% de femmes enceintes et d'enfants de moins de cinq ans dorment maintenant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif augmenté. L'objectif a été porté à 75% sur la base des 71% réalisés au moment de la restructuration
<ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation de 265 073 à 709 124 du nombre de personnes ayant accès à un paquet de services de base de santé, de nutrition et de population 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif augmenté. L'objectif a été porté à 1,1 million, soit le niveau des progrès réalisés au moment de la restructuration
	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvel indicateur de résultat. Une augmentation de 0 à 30% de la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant tous les ans un minimum de 90 sachets de micronutriments pendant trois mois dans les zones d'intervention

Sources : Banque mondiale 2006b pour les objectifs initiaux ; Banque mondiale 2012a pour les objectifs révisés.

3.3 La portée géographique des interventions à soutenir dans le cadre du projet comprenait le soutien continu aux zones d'intervention couvertes par la première phase (PRN I) et le

³⁸ À proprement parler, la logique de la notation fractionnée telle que définie dans les lignes directrices harmonisées s'applique. Dans ce cas-ci cependant, les objectifs ont été révisés à la hausse, et les objectifs initiaux et révisés ont été respectés ou dépassés. Par conséquent, dans un souci d'élégance et de simplicité, cette évaluation ne fait pas intervenir les mécanismes d'une notation fractionnée.

soutien aux zones rurales de trois régions supplémentaires.^{39,40} La méthodologie et les critères de ciblage basés sur les données et sur un processus participatif à plusieurs niveaux employés dans la Phase I (voir paragraphe 2.3) ont également été appliqués pour ce projet.

PERTINENCE DE L'OBJECTIF

3.4 La pertinence de l'objectif est jugée **élevée**.⁴¹

3.5 Tout d'abord, l'objectif répond pleinement aux conditions du pays caractérisées par des taux inacceptables d'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que par des taux de malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de cinq ans, ces taux étant par ailleurs connus au moment de la conception du projet.⁴²

3.6 Ensuite, l'objectif cadre étroitement avec les priorités stratégiques du Sénégal inscrites dans le DSRP de l'année 2006 qui identifie la réduction de la malnutrition comme un élément essentiel pour atteindre l'Objectif 1 du Millénaire pour le développement—plus précisément une réduction de moitié du nombre de personnes souffrant de la faim entre 1990 et 2015. La Politique nationale de Nutrition du Sénégal n'était autre qu'une déclaration explicite de l'importance que le pays accorde à la lutte contre la malnutrition, et le PRN, le véhicule désigné pour soutenir et mettre en œuvre ces objectifs stratégiques de haut niveau. En tant que tel, le projet s'enchaîne d'une façon homogène à la première phase du PPE.

3.7 Enfin, l'objectif est très pertinent pour les stratégies que la Banque mondiale a soutenues au cours des ans au Sénégal. La SAP de 2003 comportait un pilier Développement humain/Croissance partagée mettant l'accent sur l'accès aux services sociaux et sur des opportunités accrues pour les pauvres et les personnes vulnérables. Comme noté au paragraphe 2.7, la présente SPP (2013-17) qui se concentre sur deux piliers—croissance inclusive et prestation de services sociaux équitables—ne comprend ni une opération de suivi nutritionnel ni des objectifs ou indicateurs spécifiques à la nutrition. Une attention particulière est cependant accordée à la réduction de l'insécurité alimentaire comme un objectif de programme du secteur agricole. Tel qu'indiqué au paragraphe 2.8, cet objectif est très pertinent pour les stratégies de la Banque mondiale en matière de Santé, Nutrition et Population (SNP).

³⁹ Zones urbaines : cinq quartiers de Dakar, un à Diourbel, quatre à Kaolack et quatre à Ziguinchor. Zones rurales, dans trois régions : Kaolack, Fatick et Kolda.

⁴⁰ Ce projet a donc continué de soutenir les zones urbaines prévues dans la première phase et a élargi sa couverture aux zones rurales sélectionnées en fonction de leur niveau de pauvreté et de malnutrition, pour inclure 7 régions. Au moment de la conception du projet et au cours des premières années de mise en œuvre, on comptait 10 régions au Sénégal.

⁴¹ Cette notation n'est pas répartie entre objectifs initiaux et révisés parce que l'ODP n'a pas changé avec la restructuration.

⁴² D'après l'Enquête par grappes à indicateurs multiples de l'année 2000 (MICS), 23% d'enfants de moins de cinq ans et 15% de femmes de 15 à 49 ans souffraient d'une insuffisance pondérale ; et 19% d'enfants de moins de cinq ans de malnutrition chronique (MICS 2000).

CONCEPTION DU PROJET

3.8 Bien qu'il soit initialement conçu comme la deuxième des trois phases prévues au titre d'un PPE sur 10 ans, le DEP a signalé que ce projet sera la deuxième et dernière phase.⁴³ La première phase de quatre ans (2002-2006) et la deuxième phase de mise en œuvre projetée qui devait durer cinq ans (2007 à début 2012) étaient censées couvrir pratiquement la durée totale du projet initial de 10 ans. Le DEP a indiqué qu'il s'agissait dans la deuxième phase de mettre « à l'échelle » les meilleures pratiques sans préciser l'objectif des 10 ans du PPP, lequel est d'atteindre une couverture nationale. Le soutien au suivi devait provenir du budget national et d'autres sources de financement, et « éventuellement d'autres mécanismes de financement plus consolidés de la Banque mondiale », notamment un soutien budgétaire, un développement axé sur la communauté et des approches sectorielles.

3.9 **Composantes.** L'encadré 3.1 présente (1) les composantes, telles qu'elles ont été élaborées initialement à partir des réalisations et leçons tirées de la première phase ; et (2) les modifications apportées au moment du financement additionnel et de la restructuration de mars 2012.

PERTINENCE DE LA CONCEPTION

3.10 La pertinence de la conception est jugée **élevée**.

3.11 Conformément à l'approche évolutive du PPE, l'ODP de ce projet (améliorer les conditions nutritionnelles) est plus ambitieux que celui du PRN I qui visait à renforcer les capacités de mise en œuvre du programme nouvellement créé. Ceci dit, la conception suit la même logique solide que celle du projet initial: la prestation d'interventions nutritionnelles communautaires rentables, en soutenant et encourageant les réactions tant des fournisseurs (offre) que des demandeurs (demande) de services ; l'implication croissante des secteurs clés et leur rôle stratégiquement défini en fonction des priorités pour satisfaire aux exigences d'une approche à la nutrition de plus en plus multisectorielle et synergique; une appropriation continue, une participation proactive et un rôle de leadership aux acteurs et parties concernées au niveau local et communautaire, tant du secteur public que de la société civile; et une approche à la gestion, professionnelle, transparente, participative et reposant sur des preuves tangibles qui, à son tour, viendra appuyer et animer une approche d'apprentissage par la pratique à tous les niveaux du système. Tous ces éléments sont liés de façon logique et plausible au changement de comportements et de pratiques attendus des gardiens d'enfants et à l'amélioration de leurs connaissances, et devraient se traduire par des progrès dans l'état nutritionnel des femmes et des enfants. Jugée déjà très pertinente dans la première phase, la chaîne de résultats de ce projet a été renforcée grâce aux expériences et leçons acquises dans le cadre de la première opération. Elle a souligné l'importance (1) de diffuser les informations sur la diversification alimentaire, les suppléments de micronutriments, les aliments enrichis et les médicaments de déparasitage ; (2) de fournir un soutien additionnel à la distribution et à l'apport de suppléments de fer aux femmes enceintes durant la grossesse et après l'accouchement ; et (3) de confier les enfants à risque aux centres de santé.

⁴³ Comme précisé au chapitre 5, la Banque mondiale a considérablement réduit son engagement financier initial au titre du PPE.

3.12 Le financement additionnel de 2012 a ajouté d'autres améliorations, renforçant encore davantage la logique du programme, en particulier en ce qui concerne le dépistage au niveau communautaire, le traitement et suivi des enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë, l'extension du soutien multisectoriel aux organes publics chargés du développement agricole et du développement de l'enfance (en plus des Ministères de la Santé et de l'Éducation), la promotion de la sécurité alimentaire au niveau de la communauté grâce au développement de l'élevage, la production familiale de fruits et légumes et la création de banques de céréales villageoises pour le stockage des aliments.

3.13 **Arrangements de Mise en œuvre.** Les arrangements de mise en œuvre reposent sur l'expérience et les leçons du PRN I. Les rôles et les responsabilités restent les mêmes dans leur majorité: les relais communautaires fournissent des interventions au niveau de la communauté; les ONG/AEC guident, supervisent et rendent compte des activités au niveau communautaire sur une base contractuelle; le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Éducation mettent en œuvre des interventions clés qui relèvent de leurs mandats et sont incluses dans les plans de travail stratégiques soutenus au titre du projet; et la CLM est responsable du contrôle conformément au mandat qui lui a été confié de coordonner la mise en œuvre de la politique de nutrition de l'État par une approche multisectorielle. Des améliorations ont été apportées aux arrangements de mise en œuvre dans le cadre de ce projet. Tout d'abord, comme envisagé depuis le début, le secrétariat de la CLM, le BEN et ses bureaux régionaux ont évolué—d'une unité de gestion de projet à durée déterminée au départ, ils sont devenus une structure entièrement nationale, responsable envers la CLM. Ensuite, la CLM a créé un Comité national pour l'enrichissement des aliments afin d'examiner les aspects techniques et opérationnels de la fortification alimentaire par l'apport de micronutriments essentiels. Enfin, probablement le plus important, et conformément aux nouvelles responsabilités qui leur ont été transférées dans le cadre du processus de décentralisation—y compris celles relatives à la nutrition, la santé et l'éducation—les autorités locales ont été chargées de sélectionner une AEC (avec l'assistance du BER) qui sera recrutée pour des interventions communautaires; de soumettre à la CLM une proposition de sous-projet pour financement; de signer un accord contractuel avec le BEN après l'approbation du sous-projet; d'assurer le suivi des activités et de produire et soumettre les rapports y afférant; et d'incorporer des activités nutritionnelles ainsi que des indicateurs dans les plans de développement local. Le rôle des BER était de guider et soutenir les autorités locales à cette fin.

Encadré 3-1. Composantes de la Phase II du Programme de Renforcement de la nutrition : Composantes initiales et révisées

Composante 1. Nutrition communautaire

- **Promotion de la PCIME communautaire et Suivi de la croissance par :**
 - suivi mensuel de la croissance des enfants âgés de moins de deux ans, conseils aux mères, visites à domicile chez les enfants nécessitant une attention particulière, et démonstrations culinaires ;
 - promotion de pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants, mesures préventives contre les maladies, en particulier le paludisme en encourageant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants et les femmes enceintes, soins à domicile, détection de signes de danger et recherche immédiate de soins pour les enfants malades ; et
 - **ajouté au titre du financement additionnel** : dépistage communautaire, réhabilitation nutritionnelle et suivi des enfants âgés de 6 à 59 mois atteints de la malnutrition aiguë.
- **Promotion de l'apport en micronutriments par :**
 - diffusion d'informations sur la diversification alimentaire, suppléments en vitamine, aliments enrichis—sel iodé, et médicament de déparasitage ;
 - envoi d'enfants à risque aux centres de santé ; et
 - soutien à la distribution et à l'apport de suppléments de fer aux femmes enceintes durant la grossesse et après l'accouchement - **révisé au titre du financement additionnel** pour inclure « la distribution des suppléments de fer et la promotion de leur utilisation par les **enfants âgés de moins de cinq ans** et par les femmes enceintes durant la grossesse et après l'accouchement ».
- **Ajouté au titre du financement additionnel** : Promotion de la sécurité alimentaire au niveau communautaire par :
 - développement de petits troupeaux de bétail et de jardins potagers pour les fruits et légumes des ménages ;
 - développement de banques de céréales villageoises pour le stockage des aliments de base pendant la saison creuse.

Composante 2. Soutien multisectoriel à la nutrition

- Le soutien consiste en :
 - mise à jour et renforcement des plans de travail annuels du Ministère de la Santé publique et du Ministère de l'éducation—**révisé au titre du financement additionnel** pour ajouter « les ministères chargés de l'agriculture et du développement de l'enfance » ;
 - identification des domaines de collaboration entre le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Éducation—**révisé au titre du financement additionnel** pour ajouter « des ministères responsables de l'agriculture et du développement de l'enfance, en mettant l'accent sur la planification stratégique; la mise à jour des normes pertinentes de nutrition pour la promotion d'une stratégie de lutte contre l'anémie; le plaidoyer des secteurs de la santé et de l'éducation en faveur de la nutrition; l'éducation à la nutrition et à la santé; et la fourniture de services essentiels de santé et de nutrition ».
 - assistance technique ou coordination avec les ministères sectoriels pour le suivi de la croissance des enfants au niveau communautaire ;
 - soutien à la stratégie de nutrition et de lutte contre le VIH/sida.

Composante 3. Mise en œuvre, Suivi et Évaluation de la Politique de nutrition

- Soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la Politique de nutrition par :
 - mise à jour du système de suivi et des activités de nutrition communautaire (et ses outils) pour inclure le rôle des autorités locales et des ministères sectoriels **ciblés** ;
 - institutionnalisation d'études ponctuelles, quantitatives et qualitatives, sur la croissance de l'enfant, la saison de pénurie et sur la satisfaction du client avec le système de suivi—**a changé au titre du financement additionnel** et est remplacée par « l'état nutritionnel des enfants, la sécurité alimentaire des ménages et la satisfaction du client avec le système de suivi » ; et
 - renforcement du processus de prise de décision en améliorant les capacités analytiques et la prise de responsabilité aux niveaux local, régional et central—**au titre du financement additionnel** ; cet aspect a été élargi pour inclure la réalisation d'une enquête auprès des ménages afin de consolider la base d'information pour le suivi et l'évaluation ; et la fourniture de biens nécessaires à cette fin.

Sources : Banque mondiale 2006b pour les composantes initiales ; Banque mondiale 2012 a et b pour les composantes révisées

Note : Voir annexe C pour les Coûts prévus par rapport aux coûts réels par composante.

Mise en œuvre

3.14 Dates clés. Le projet a été approuvé le 13 novembre 2006 et est entré en vigueur le 29 janvier 2007. Les fonds ont été réattribués deux fois (juin 2008 et décembre 2011). Le 1er mars 2012, la date de clôture initiale a été prolongée du 14 mai 2012 au 14 juin 2013, et les objectifs pour les indicateurs qui ont été atteints (ou presque) ont été révisés à la hausse. Le 29 mars 2012, la Banque mondiale a approuvé un financement additionnel de 6,5 millions de DTS (équivalent à 10 millions de dollars EU) pour augmenter la couverture et l'intensité du programme. Le 15 mai 2013, la date de clôture a été prolongée d'un an (du 14 juin 2013 au 14 juin 2014).

3.15 Coûts prévus par rapport aux coûts réels, Financements et Décaissements.⁴⁴ Le DEP avait estimé que le coût total de toute la Phase II du programme (2007-11) serait équivalent à 42,4 millions de dollars EU, dont 70 % seraient alloués à la nutrition communautaire (Composante 1). Le programme comportait ce projet dont le coût à l'évaluation (équivalent à 15 millions de dollars EU) serait financé à 100 % par la Banque mondiale et alloué (comme pour le programme) en grande partie à la nutrition communautaire. Les coûts réels du programme ont été suivis de près par la CLM et sont présentés en Francs CFA à l'annexe C, tableau C.13. Les coûts réels du projet ont été équivalent à 25,3 millions de dollars EU, soit 169 % du montant de l'estimation initiale (Banque mondiale 2014). Cette augmentation du coût était entièrement attribuable au financement additionnel garanti en 2012. Le crédit IDA initial (10,1 millions de DTS) et le financement additionnel (6,5 millions de DTS) ont tous deux été entièrement décaissés. Un montant de 3,0 millions de DTS a été réaffecté aux catégories Subventions de sous-projets, étant donné que d'autres partenaires couvraient déjà certains des coûts de catégories de dépense, en particulier : les médicaments et autres produits, l'assistance technique et la formation. Le financement du programme par l'État s'est élevé à l'équivalent de 23,4 millions de dollars EU, bien plus supérieur qu'au montant estimé à l'évaluation équivalent à 16,3 millions de dollars EU. Parmi les autres partenaires ayant apporté un soutien au financement du programme figurent le PAM, l'UNICEF, la Coopération espagnole, l'Alliance mondiale pour la nutrition améliorée et l'Initiative sur les micronutriments ; leurs contributions annuelles sont indiquées à l'annexe C, tableau C.12.

FACTEURS AFFECTANT LA MISE EN ŒUVRE

3.16 Facteurs en-dehors du contrôle de l'État. Une série de sécheresses, la crise financière mondiale et la crise mondiale des prix alimentaires ont provoqué de gros problèmes pour la population. Les fortes hausses du prix des denrées alimentaires en 2008 et 2009 ont eu un impact direct et négatif sur l'accès à la nourriture, en particulier des plus pauvres et des plus vulnérables. Si l'on considère que le Sénégal importe 80 % de sa consommation de riz, une grande partie de sa population a été dans l'incapacité de pourvoir à ses besoins alimentaires de base. Qui plus est, des pluies insuffisantes ont ruiné la production alimentaire locale. En 2010 une sécheresse totale a sévi et des pluies faibles et erratiques au cours des deux années suivantes ont causé les mauvaises récoltes des années 2011 et 2012. Toutes ces catastrophes

⁴⁴ Des données détaillées sont fournies à l'annexe C, aux tableaux C.4, C.5 et C.6.

naturelles ont eu des répercussions désastreuses sur l'état nutritionnel des pauvres et des personnes vulnérables ciblés par le projet.

3.17 Sous contrôle de l'État. Les élections nationales de 2007 ont occasionné un fléchissement bref et temporaire de l'appropriation du programme aux plus hauts niveaux du Gouvernement ; ce qui a conduit au transfert de la CLM du cabinet du Premier ministre à un Ministère de la Solidarité nationale tout nouvellement créé. Grâce aux conseils et aux suggestions fournis au Premier ministre par le coordinateur du projet et par la Banque mondiale, la cellule a été réintégré au cabinet du Premier ministre. La situation économique et budgétaire de plus en plus précaire du pays, liée à la crise financière mondiale, a forcé l'État à suspendre dans les premières années de la Phase II, le financement de contrepartie convenu pour ce programme.⁴⁵ Ce contretemps n'a toutefois été que provisoire, et le Gouvernement du Sénégal a continué d'augmenter ses allocations au programme (voir paragraphe 3.15). Au cours de la période du projet, les régions administratives ont été redessinées et leur nombre a augmenté, de 10 à 14 régions. Le nombre des collectivités locales a également augmenté de 384 en 2005 à 552 en 2016, ainsi que celui des districts qui est passé de 52 en 2005, à 69 en 2008, et à 76 districts à l'heure actuelle. Ceci a causé des difficultés pour planifier et mesurer la couverture.

3.18 Sous contrôle de la CLM. En raison des contraintes budgétaires (dus à un financement de contrepartie initialement modeste de l'État et de la décision de la Banque mondiale de revenir sur son engagement financier initial, lequel prévoyait son soutien PPE aux trois phases), la CLM s'est trouvée dans l'obligation de réduire la couverture et l'intensité des interventions du programme. Les décaissements réels des fonds IDA dans les premières années ont été plus élevés que prévu, ce qui a compensé le manque provisoire de financement de l'État (pour le programme). En réponse, la CLM a joué un rôle croissant de catalyseur pour mobiliser les ressources auprès de PTF internationaux et promouvoir un plus grand nombre ainsi que de meilleurs partenariats dans le pays (partenariats multisectoriels et partenariats public-privé). Cette démarche a été facilitée par la Banque mondiale qui a encouragé la coordination et rallié la collaboration des PTF autour du PRN.

3.19 Conformité avec les exigences des politiques de sauvegarde environnementale et sociale. Aucune sauvegarde n'a été déclenchée dans le cadre de ce projet.

3.20 Conformité fiduciaire. Comme pour le premier projet, la gestion financière était d'une très grande qualité, grâce à la stabilité et compétence du personnel. Tous les rapports d'audit ont été sans réserve, soumis dans les délais impartis et acceptés par la Banque mondiale. Il faut mentionner un retard de cinq mois dans la mise en place d'un mécanisme de décaissement pour les nouvelles activités qui ont été ajoutées au titre du financement additionnel, mais sans gros effet sur la mise en œuvre elle-même. Les activités d'achats et d'approvisionnement ont également continué d'être satisfaisantes, comme elles l'ont été dans le cadre du premier projet, et le système de contrôle interne a continué de bien fonctionner, exception faite d'un retard de plus d'un an pour l'achat de sachets de micronutriments, en raison d'un processus de passation

⁴⁵ En effet, le Gouvernement du Sénégal n'a pas fourni le financement de contrepartie convenu pour aucun des projets de la Banque mondiale dans le pays et ce, pendant un certain temps en raison de ses contraintes financières.

des marchés complexe entre la CLM, l'UNICEF et la Banque mondiale. Une fois ce retard résolu, la distribution du stock complet s'est effectuée rapidement en moins de trois mois.

Réalisation de l'Objectif

3.21 Le tableau D.3 de l'Annexe D, donne le détail des bases de données de référence, des cibles et réalisations effectives de tous les indicateurs de résultats et de résultats intermédiaires ainsi que de toutes les sources de ces données.

OBJECTIF 1

3.22 L'objectif 1 était d'améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres ou dans les zones d'intervention.

3.23 La réalisation de l'ODP est considérée **appréciable**.

3.24 **Entrants ou Résultats intermédiaires.** Le projet a soutenu la poursuite des activités entreprises dans le cadre du PRN I et l'expansion de ces activités à d'autres communautés dans toutes les régions du pays. À partir d'une base de référence de 924 sites de nutrition pour l'année 2005, 2 243 sites communautaires ont été installés en 2013.⁴⁶ Le nombre de relais communautaires formés a augmenté de 3 271 en 2006 à 4 922 en 2014. Le projet a également fourni les produits essentiels prévus par le programme, notamment les suppléments de micronutriments, les médicaments de déparasitage, les moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres petits matériels (balances pour peser, casseroles pour les démonstrations culinaires).

3.25 Les relais communautaires ont fourni une gamme importante de services de base pour protéger et promouvoir l'état nutritionnel des populations ciblées des zones d'intervention. Quatre-vingt-dix pour cent de mères d'enfants ciblés ont participé à des séances mensuelles d'information et d'éducation, dépassant l'objectif initial des 60 % et atteignant pleinement l'objectif révisé des 90 %. Au total, 272 796 enfants âgés de moins de 24 mois ont bénéficié de l'amélioration des pratiques d'alimentation aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les zones d'intervention, dépassant l'objectif (inchangé) de 222 500 enfants. À la fin du projet en 2014, 91% d'enfants âgés de 6 à 59 mois dans les zones d'intervention (soit environ 1,5 million d'enfants) ont été examinés tous les trois mois pour un dépistage de la malnutrition aiguë, une nouvelle activité introduite dans le cadre de ce projet. Ces examens de dépistage ont permis de traiter 19 799 enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë modérée ou sévère (d'après les informations du Système de suivi du projet CLM).

3.26 Quatre-vingt-quinze pour cent d'enfants âgés de 6 à 59 mois dans les zones d'intervention ont reçu des doses préventives élevées de vitamine A deux fois par an (d'après les enquêtes par échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS), dépassant les cibles initiales et révisées. Ceci s'est traduit par un nombre d'environ 2,2 millions d'enfants. À la fin du projet, 1,94 million d'enfants, soit 89 % de la population ciblée, ont reçu des médicaments de déparasitage deux fois par an, dépassant l'objectif initial (ensuite abandonné) des 80 % (d'après le Système de suivi du projet CLM). Quarante pour cent d'enfants âgés de 6

⁴⁶ Le nombre de sites de nutrition a légèrement diminué au cours des années suivantes, en raison des contraintes financières (voir chapitre 5).

à 23 mois ont reçu un minimum de 90 sachets de micronutriments pendant trois mois dans les zones d'intervention, dépassant la cible fixée. Au total, 500 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées aux populations ciblées dans les zones d'intervention pour se protéger contre le paludisme (qui peut causer l'anémie) ; là encore la cible a été atteinte. Les messages sur le changement de comportement communiqués par les relais communautaires et le personnel de santé, ont encouragé l'acquisition des connaissances et l'adoption de pratiques qui devraient bénéficier aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et à leurs enfants.⁴⁷ En outre, de nouvelles activités communautaires visant à promouvoir la diversification alimentaire et du régime alimentaire se sont matérialisées avec la création de 1 321 jardins potagers et la mise en place de petits projets d'élevage de bétail, soit près de quatre fois la cible fixée des 350 jardins (d'après le Système de suivi du projet CLM).

3.27 Les contributions des secteurs de la santé, de l'éducation et de l'agriculture ont complété les interventions communautaires destinées à l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables. Le Ministère de la Santé publique a élaboré une stratégie pour la promotion de la croissance de l'enfant destinée aux enfants âgés de moins de deux ans et a révisé la stratégie de prévention et de lutte contre l'anémie, toutes deux ont été ensuite adoptées. Le système de santé au niveau local (district et poste de santé) a effectué des exercices réguliers de supervision des relais communautaires, tout en continuant de participer aux événements nutritionnels clés, de guider les aspects techniques du travail et de renforcer les messages critiques. En outre, les services de santé locaux ont pris en charge la gestion des cas graves de malnutrition sévère dépistés au niveau de la communauté qui leur ont été confiés, laissant la gestion des cas modérés à la communauté sous la supervision du système de santé. Grâce aux interventions du Ministère de l'Éducation : (1), 99% d'élèves d'école primaire ciblés reçoivent des suppléments hebdomadaires de micronutriments pendant l'année scolaire dans les zones d'intervention, dépassant les cibles initiales (80 %) et révisées (90 %); (2) 80 % d'élèves d'école primaire ciblés ont reçu des médicaments de déparasitage deux fois par an dans les zones d'intervention, atteignant pleinement la cible; et (3) des potagers scolaires ont été établis dans 60 écoles en 2013; un an plus tard, 850 écoles disposaient de potagers.

3.28 En collaboration avec le Ministère de l'Agriculture, 64 autorités locales de huit districts les plus touchés par la malnutrition chronique ont été ciblées pour des actions de résilience à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle au niveau du ménage et de la communauté.⁴⁸ Les activités d'élevage du petit bétail et de jardinage du potager, avec l'aide de conseillers agricoles locaux et d'experts à l'élevage, ont été mises en place et en œuvre avec succès aux fins de réduire l'insécurité alimentaire des familles les plus vulnérables au sein de ces communautés. Une visite sur le terrain à Mbar pour observer de près les effets que peut produire un troupeau de chèvres fourni aux ménages les plus pauvres a été très révélatrice. Dans ce village très pauvre, les villageois ont eux-mêmes décidé lesquels des 10 ménages bénéficieraient de trois chèvres chacun. Ils ont également décidé que, lorsque le troupeau se sera agrandi, les nouvelles chèvres seraient remises aux ménages les plus pauvres suivants du

⁴⁷ Domaines couverts : grossesses saines (soutien du mari, soins prénatals, suppléments de fer, détection de signes de danger), soins pour nourrissons (détection de signes de danger chez les nouveau-nés, soins postnatals, séances/cours d'initiation à l'allaitement maternel, allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois), et suppléments alimentaires pour nourrissons et jeunes enfants, et alimentation de l'enfant malade.

⁴⁸ Les districts ciblés (régions) : Gossas (Fatick), Kongheul (Kaffrine), Koumpentoum (Tambacounda), Medina Yoro Fouta (Kolda), Bambey (Diourbel), Ranerou (Matam), Linguere (Louga) et Podor (Saint-Louis).

village. Les chèvres sont bien prises en charge et soignées par le village et servent uniquement au bénéfice des mères et des enfants. Elles ne peuvent être ni vendues ni abattues à moins que ce ne soit pour supporter des frais liés au traitement d'un enfant malade, à l'alimentation d'un enfant, à l'enregistrement de naissances ou à la vaccination des enfants. Les chèvres représentent un bien communautaire du village ou du ménage de par les revenus qu'elles dégagent et ont été un atout important pour la santé des enfants. L'agent d'élevage local fait des tournées fréquentes pour vacciner les chèvres, soigner celles qui sont malades et renforcer la race. Les observations des bénéficiaires ont révélé que cette intervention a réduit la pauvreté, encouragé les femmes à peser leurs enfants, modifié les comportements des mères en matière d'alimentation et de soin de leurs enfants, stimulé l'intérêt et la participation proactive des hommes dans la préservation du bien-être de l'enfant et poussé les femmes à se lancer dans des activités génératrices de revenus, lesquels revenus ont servi à l'achat du mil et à la construction d'entrepôts de stockage du grain pour nourrir les enfants pendant les périodes de sécheresse.

3.29 Les interventions du programme semblent avoir accéléré l'adoption de comportements sensiblement plus sains. La proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein au cours des six premiers mois est passée d'une base de référence nationale de 34 % (EDS 2005) à 65 % parmi les groupes ciblés des zones d'intervention (enquêtes LQAS). Ce taux a dépassé l'objectif initial des 44 % et atteint pleinement l'objectif révisé des 65 %. Les données nationales recueillies de l'enquête EDS indiquent une augmentation de la proportion de mères commençant à allaiter leur nourrisson au cours de l'heure qui suit la naissance (de 23 % en 2005 à 48 % en 2010-2011). Malheureusement, aucune donnée n'existe sur les tendances enregistrées pour les années suivantes. À la fin du projet, 86 % de femmes enceintes et d'enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones d'intervention (enquêtes LQAS). On a également observé une augmentation appréciable de la proportion de femmes enceintes effectuant au moins quatre visites de soins prénatals, de 40 % comme base de référence (EDS 2005 pour l'ensemble du Sénégal) à 61 %, dépassant à la fois l'objectif initial des 52 % et l'objectif révisé des 56 %. L'allaitement maternel à l'échelle nationale est passé à 39 % en 2010 pour ensuite diminuer à 33 % en 2015 (EDS 2015). Malgré le plaidoyer et la diffusion d'information, l'éducation et les communications de messages, les niveaux restent peu satisfaisants à l'échelle nationale en raison de l'indisponibilité des mères (qui soit travaillent ou sont malades), des croyances/pratiques culturelles, et la pratique nocive de mélanger le lait maternel avec d'autres liquides. D'après l'enquête EDS 2015, 58 % seulement d'enfants âgés de 6 à 9 mois ont reçu des aliments en complément du lait maternel. Bien que le PRN continue de concentrer son attention sur les interventions de changement de comportement pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la couverture de ces interventions n'est pas encore suffisante pour avoir un impact significatif sur l'ensemble du pays. Pour confirmer les données quantitatives qui révèlent des changements dans les pratiques de nutrition chez les enfants des zones d'intervention, les mères interrogées lors des visites sur le terrain ont invariablement insisté que leurs enfants plus jeunes (ceux nés après le début du programme) étaient beaucoup plus sains et mieux nourris que leurs enfants plus âgés, lesquels étaient soit trop grands pour avoir bénéficié du programme ou en ont bénéficié en recevant un traitement à la suite d'un examen de dépistage de la malnutrition aiguë. Ces mères ont noté que leurs enfants plus jeunes n'atteindraient jamais le seuil de sous-alimentation souffert par leurs enfants plus âgés.

3.30 À la fin du projet, la couverture des services communautaires destinés aux enfants âgés de moins de cinq ans des zones rurales était de 73 %, dépassant les cibles initiales (40 %) et révisées (62 %) (d'après le Système de suivi du projet CLM). Ces pourcentages se traduisent en chiffre absolu à environ 1,6 million d'enfants de moins de cinq ans couverts par les interventions du projet, y compris les enfants de moins de deux ans bénéficiaires des séances régulières de pesée et de promotion de la croissance auxquelles ont assisté leurs mères, lesquelles ont reçu des conseils sur les pratiques saines d'alimentation et de soins. Plus d'un million d'enfants âgés de moins de cinq ans ont été examinés chaque mois au cours de visites de dépistage de la malnutrition aiguë. En 2014, le Sénégal comptait environ 2,2 millions d'enfants de moins de cinq ans (annexe D, tableau D.6). La couverture du programme des collectivités locales a considérablement augmenté. En 2005, le programme couvrait seulement 25 % des collectivités locales (soit 97 collectivités sur un total de 384). Cette couverture a augmenté à 72 % (400 sur 552) en 2015, puis a légèrement diminué en 2016 à 70 % (385 sur 552, annexe D, tableau D.7).⁴⁹ Il est important de noter que les collectivités locales dites « couvertes » par le programme ne signifie pas qu'elles le sont à 100 %, mais signifie plutôt que les collectivités locales ont identifié certaines communautés au sein de leur collectivité, comme étant très vulnérables, lesquelles communautés disposent de sites de nutrition offrant des interventions. À cela il faut ajouter que les informations recueillies des visites sur le terrain et auprès d'un éventail de répondants ont introduit quelques incertitudes quant à la couverture réelle du programme. Essentiellement, en raison de contraintes financières, certaines informations indiquent que le programme a réduit la portée et l'intensité de la couverture de ses interventions, par rapport au paquet d'interventions mises en œuvre dans la Phase I. Au titre de la Phase II du PRN des villages de moins de 1 000 habitants ont été désignés pour recevoir des interventions, quoique moins intensives (tous les trois mois) que les interventions prévues tous les mois pour les villages à plus forte densité de population. Bien qu'aucun nombre précis n'ait été offert, on a noté que certains sites de nutrition étaient fermés et que les sites ne fournissaient pas tous la totalité des interventions prévues. Le personnel du programme a exprimé le souci que mettre en œuvre les activités de suivi et de promotion de la croissance dans tout le pays pourrait être inabordable. Bref, une tension existe entre les objectifs d'une couverture élargie d'une part, et ceux d'une amélioration de la qualité et de l'intensité des services d'autre part ; et le désir est vif d'étendre la couverture autant que possible dans les limites des ressources. Les visites sur le terrain et les entrevues ont également révélé que réduire l'intensité et la gamme des interventions était considéré comme essentiel à la poursuite du programme, en particulier en prévision de la décision de la Banque mondiale de mettre fin à son financement.

3.31 La CLM a reconnu que les activités de mesure et du suivi de la couverture du programme nécessitent d'être à la fois plus précises et plus systématiques. C'est à cette fin qu'elle a commandé en 2014, une enquête massive auprès de PTF nationaux et internationaux apportant un soutien aux activités de nutrition dans le pays.⁵⁰ L'enquête a cherché à évaluer la couverture de 25 interventions nutritionnelles spécifiques fournies par le programme à différents groupes cibles (différentes tranches d'âge d'enfants, différentes sous-catégories de

⁴⁹ Cette diminution de la couverture est attribuable à l'élimination du programme des collectivités locales de la région de Dakar en raison de contraintes financières.

⁵⁰ Quelques 50 partenaires ont répondu aux enquêtes, y compris les ministères, les institutions de recherche, les ONG locales et internationales et les partenaires d'agences bilatérales et multilatérales.

femmes: femmes enceintes, en âge de procréer, mères allaitantes et de jeunes enfants ; adolescents ; gardiens d'enfants ; grands-mères ; ménages, communautés et prestataires de soins de santé).⁵¹ Le taux de réponse de 95 % a été élevé (soit 50 sur 52 partenaires). Les résultats de l'enquête ont révélé une faible couverture des interventions nutritionnelles de base à l'échelle du pays (annexe D, tableau D-8), ce qui explique pourquoi, malgré les réalisations des objectifs de couverture du projet qui ont été dépassés dans les zones d'intervention, la couverture nationale de certains groupes ciblés est restée encore modeste pour certaines interventions clés. La CLM a l'intention de répéter périodiquement cette enquête qui sera utilisée comme outil pour organiser les priorités d'interventions, fixer des cibles de couverture par intervention et par groupe cible, et suivre les progrès de façon plus systématique.

3.32 Résultats. En 2014, 83 % d'enfants âgés de moins de deux ans participant aux séances mensuelles de promotion de la croissance ont enregistré un gain de poids adéquat chaque mois. Ce résultat est significatif, compte tenu du taux très élevé de participation au programme (90 % de tous les enfants ciblés dans les zones d'intervention). Et ce résultat continue après le projet : en 2015, 82 % de tous les enfants pesés (soit 1,5 million d'enfants) ont enregistré un gain de poids adéquat. Aucune donnée n'existe sur les taux de réussite des traitements d'enfants atteints de malnutrition aiguë au niveau communautaire. Mais les mères ou les gardiens d'enfants, les relais communautaires, et autres personnes concernées interrogées lors des visites sur le terrain ont spontanément exprimé que ce sont des services qui sauvent des vies d'enfants. Les niveaux élevés d'anémie n'ont pas diminué, les données EDS les plus récentes disponibles indiquant que deux tiers d'enfants et plus de la moitié des femmes étaient anémiques. Au cours de la période du projet, la prévalence nationale de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (poids pour l'âge) a fluctué, mais a accusé une baisse de 13 %—de 14,5 % en 2005 à 12,6 % en 2014. De même qu'il y a eu des fluctuations et une baisse générale de cas sévères—de 3,9 à 2,2 %. Les niveaux de 2015 ont néanmoins été légèrement supérieurs au niveau de référence du projet. Encore une fois, les objectifs fixés (et réalisés) de couverture du programme ont dû être révisés à la baisse lorsque la Banque mondiale a réduit ses engagements initiaux au titre du PPE ; par conséquent on ne pouvait donc pas raisonnablement s'attendre à ce qu'ils aient pu avoir un impact significatif sur les tendances nationales.

3.33 Attribution. Plusieurs PTF apportent un soutien à des projets de nutrition parallèles mis en œuvre par la même agence d'exécution—la CLM. Parmi ces PTF figurent l'UNICEF, le PAM, l'USAID, l'Initiative sur les micronutriments/ACDI (Agence canadienne de développement international), le Fonds espagnol pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (AMAN-GAIN). Depuis 2007, ces partenaires participent à des missions de supervision conjointes organisées par la Banque mondiale ; depuis 2010, un groupe PTF de soutien à la nutrition a été créé ; et depuis 2011, le Sénégal a rejoint le mouvement SUN-Renforcement de

⁵¹ Supplément de vitamine A; supplémentation en fer et acide folique; fortification des aliments des ménages; dépistage de la malnutrition aiguë et de la malnutrition aiguë sévère et traitement de ces cas; déparasitage; suivi et promotion de la croissance; fortification des aliments des communautés; allaitement maternel exclusif; pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants; développement de l'agriculture familiale; compléments alimentaires bio; protection sociale; éducation à la nutrition; interventions pour le changement de comportement; alphabétisation fonctionnelle; promotion du lavage des mains au savon; promotion de l'utilisation des latrines; traitement de l'eau potable; traitement de la diarrhée; traitement de l'infection des voies respiratoires supérieures; santé reproductive; grossesse sans risque, soins prénatals; et PCIME.

la Nutrition qui rallie les gouvernements à fournir un leadership institutionnel pour les politiques et programmes de nutrition à grande échelle, et la communauté des PTF à apporter un soutien coordonné. À cela il faut ajouter les efforts de la Banque mondiale en réponse à la crise alimentaire et financière de 2008, laquelle a mobilisé 8 millions de dollars EU du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs du Programme d'Intervention en réponse à la crise alimentaire mondiale (GFRP) ainsi que 10 millions de dollars EU supplémentaires de fonds IDA annulés. Ces apports financiers additionnels ont supporté une opération d'urgence visant à acheminer les fonds directement au PRN pour lui permettre de continuer à étendre la portée de ses opérations et de procéder à un transfert pilote d'espèces aux mères très vulnérables afin d'atténuer les effets de la crise des prix alimentaires sur la nutrition des enfants. La durée d'exécution du projet, évalué au chapitre 4, a cadré avec la période de mise en œuvre du PRN II, contribuant ainsi à ses résultats. L'efficacité du projet dans ses zones d'intervention est certainement attribuable au soutien de la Banque mondiale—mais pas exclusivement toutefois. Un certain nombre de PTF nationaux et internationaux travaillant dans le pays sur différentes initiatives, notamment dans les zones d'intervention du projet, ont très probablement aussi contribué à ces résultats. L'enquête de la CLM, la première du genre effectuée à ce jour, auprès de tous les partenaires à la nutrition (cités ci-dessus) représente un effort délibéré pour obtenir un mappage de toutes les activités, interventions et sources de soutien dans tout le pays. Son but n'est pas seulement d'inventorier, mais aussi d'évaluer et d'améliorer la couverture et l'efficacité du programme de nutrition.

Efficiences

3.34 L'Efficiences est jugée **appréciable**.

3.35 **Efficiences économique et Rentabilité.** Le rapport ICR a entrepris une analyse économique qui a révélé un très bon rapport prix/performance. L'analyse économique a utilisé un scénario prudent, lequel a montré un rapport avantages/coûts élevé (20 : 1) avec une valeur actuelle nette d'environ 1 milliard de dollars EU. En outre, les montants des deux crédits ont été entièrement décaissés et les résultats intermédiaires et objectifs ciblés ont dans leur grande majorité été dépassés, même après une révision à la hausse dans le cadre de la restructuration.

3.36 L'efficiences technique était solide. Les services communautaires de prévention et de promotion soutenus et fournis dans le cadre du projet sont parmi les plus rentables qui soient pour améliorer les résultats nutritionnels (notamment en ce qui concerne la malnutrition chronique) et ils ont les meilleurs rapports coût/bénéfice en termes de développement économique et réduction de la pauvreté. Ces activités ont reposé sur les résultats positifs de l'évaluation d'impact de la Phase I et sur des preuves tangibles de l'efficacité des programmes communautaires de nutrition, comme documenté par la Banque mondiale et autres réseaux d'institutions internationales.⁵² Les activités prévues ont été identifiées sur la base de preuves établies pour produire un maximum d'impact.

⁵² Voir Banque mondiale 2006 ; Renforcement de la nutrition : À quel prix ? (2013) ; Série Lancet Nutrition maternelle et infantile, 2008. De plus, de toutes les solutions de développement dans le monde, les meilleurs économistes du monde ont placé ces activités dans les dix premières solutions à deux reprises au cours des consultations du Consensus de Copenhague (2008 ; 2012), sur la base des données coût/efficacité les plus récentes.

3.37 L'efficacité opérationnelle a également été solide. Le projet a fait preuve d'une maîtrise impressionnante du cycle de planification, dans lequel activités, dépenses et décaissements se sont déroulés dans un enchaînement ordonné et ont été gérés d'une manière intégrale. Le crédit initial des 15 millions de dollars EU a été entièrement décaissé comme prévu à la date de clôture initiale et le financement additionnel des 10 millions de dollars déboursé en deux ans seulement. Le principe de subsidiarité a été appliqué tout au long de la mise en œuvre, ce qui s'est traduit par une structure de gestion dépouillée qui a permis de maintenir les coûts de gestion à moins de 12 % du total des dépenses budgétaires et les frais généraux de fonctionnement à 3 % seulement. À deux occasions distinctes, le Ministère de l'Économie et des Finances a décerné à la CLM le Prix Alpha de l'unité de gestion la plus performante. Aucune autre agence d'exécution n'a reçu ce niveau de reconnaissance.

Notations

RESULTAT DU PROJET

3.38 Le résultat du projet est jugé **satisfaisant**. L'objectif du projet cadre pleinement avec les conditions du pays, les priorités stratégiques du Sénégal, les stratégies de la Banque mondiale pour le Sénégal ainsi que ses stratégies sectorielles. La pertinence de la conception est élevée. Sa chaîne de résultats est bien articulée, plausible, aussi solide que celle du premier projet, les modèles de financement originaux et supplémentaires ayant été davantage mis au point à la lumière de nouvelles observations et leçons. L'efficacité est appréciable. Tous les objectifs de résultats ont été dépassés, ceux initialement visés comme ceux révisés. Bien qu'aucun des indicateurs de résultats n'ait directement mesuré l'objectif d'amélioration des conditions nutritionnelles, ceux-ci ont révélé une solide performance (dans les zones d'intervention), notamment en ce qui concerne la couverture de services coût-efficaces et éprouvés et le changement de comportement clé dont les liens avec l'amélioration de l'état nutritionnel sont fortement soulignés dans la recherche. En outre, des taux très élevés d'enfants enregistrant un gain de poids adéquat, un dépistage et un traitement réussis d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée et sévère fournissent également des preuves rassurantes que l'état nutritionnel s'est amélioré. L'efficacité a été jugée appréciable soutenue par des preuves concrètes de forte rentabilité et d'efficacité opérationnelle et de mise en œuvre solides.

RISQUE POUR LE RESULTAT DE DEVELOPPEMENT

3.39 Le risque pour le résultat de développement est jugé **important**.

3.40 Comme pour la Phase I (voir les paragraphes 2.45-2.46), les risques techniques, sociaux, politiques et institutionnels sont tous évalués comme étant négligeables pour les mêmes raisons énoncées initialement. De la même façon, le risque financier et le risque des catastrophes naturelles sont toujours jugés importants. On a cependant accordé plus de poids au risque financier jugé très important à la fin de ce projet, compte tenu des aspects suivants: aucun projet de suivi n'est en cours de mise en œuvre, les soutiens des PTF à la nutrition ne sont pas tous acheminés vers le programme à travers la CLM, les budgets des autorités locales possèdent une capacité très limitée pour absorber les coûts de mise en œuvre sans parler de la question d'une rémunération équitable du travail des relais communautaires qu'il faut évaluer et résoudre même si des initiatives prometteuses sont en train d'être explorées. Dans le même temps, les visites sur le terrain—et les échanges directs avec les relais communautaires et les

populations qu'ils servent -- ont mis en évidence que ces relais ont un sens très fort de la mission qu'ils doivent accomplir auprès de leur communauté, leurs villages, et les autorités locales, lesquels leur manifestent en retour un respect et une appréciation sincères pour le travail qu'ils font et les résultats qu'ils produisent. Cet aspect est abordé plus en détail au chapitre 5.

PERFORMANCE DE LA BANQUE MONDIALE

3.41 La performance de la Banque mondiale est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble.

3.42 La qualité à l'entrée est jugée **satisfaisante**. La Phase II repose sur les leçons tirées de la Phase I, qui ont démontré que la communication communautaire peut produire un changement de comportement et réduire la malnutrition et que l'engagement avec les autorités locales permet d'assurer l'appropriation et la durabilité des interventions au niveau local. La Banque mondiale a veillé à ce que les conseils techniques et les recommandations émanant de la stratégie de 2006, décrites dans le document « Replacer la nutrition au cœur du développement », soient reflétés dans la conception des projets, en particulier l'importance des interventions au niveau communautaire. La Banque mondiale a également coordonné ses efforts avec ceux des PTF pour assurer le partage des connaissances et l'amélioration des arrangements de mise en œuvre. Elle a identifié les différents facteurs de risque pertinents au cours de la préparation, en particulier le risque d'un fléchissement de l'appropriation du projet par l'État suite aux élections présidentielles de 2007. Elle a finalement pu réussir à soutenir la CLM dans ses efforts de sensibilisation pour susciter l'intérêt, obtenir l'appropriation et mobiliser l'engagement politique aux plus hauts niveaux, et à assurer le financement du PRN. Mais cela a pris du temps. La Banque mondiale aurait peut-être pu insister à ce que les objectifs d'amélioration des conditions nutritionnelles soient davantage plus spécifiques et que des moyens soient prévus pour les mesurer. Au moment de la conception du projet, l'Unité de gestion-pays de la Banque mondiale a pris la décision de ne pas honorer l'engagement des fonds IDA pour les deuxième et troisième phases du PPE, pris au début des trois phases. Elle a annulé la troisième phase de soutien de la Banque mondiale, et bien qu'elle ait appuyé la deuxième phase, elle l'a fait avec un financement nettement inférieur à celui que l'IDA s'est engagée initialement à fournir. En conséquence, les objectifs de couverture du programme ont dû être réduits. Bien que cette décision ait représenté une déception pour le PRN, la CLM a cependant vivement exprimé à la mission RERP que la contribution financière n'était pas la seule contribution appréciée de la Banque mondiale. Ses conseils techniques et son leadership sont également très précieux ; en fin de compte, la Banque mondiale a réussi à mobiliser et à coordonner d'importantes ressources supplémentaires pour le programme.

3.43 La qualité de la supervision est jugée **satisfaisante**. Au cours de la mise en œuvre, l'équipe de travail a été très proactive dans la mobilisation de ressources pour compenser la décision de la Banque de réduire le financement qu'elle s'est initialement engagée à fournir au titre du PPE. En 2009, l'équipe de la Banque mondiale a préparé d'urgence, le Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants, qui a injecté des ressources supplémentaires dans le PRN et a permis de soutenir une intervention pilote de transfert d'espèces sans condition aux mères pauvres et vulnérables afin d'atténuer les effets désastreux de la crise des prix alimentaires sur leurs ménages. En 2012, l'équipe de la Banque mondiale a réussi à obtenir un financement supplémentaire pour le PRN. Elle a également mobilisé un soutien par le biais de travaux d'analyse et de l'assistance

technique, qui s'est matérialisé par une subvention du Fonds de développement institutionnel approuvée en 2009 servant à renforcer l'évaluation opérationnelle dans la mise en œuvre du programme ; et de travaux d'analyse (actuellement en cours) aux fins d'évaluer les performances du programme en vue d'une mise au point de la stratégie et d'une action pour étendre son impact. Les missions de supervision ont été effectuées deux fois par an ; elles étaient composées d'une équipe d'experts qualifiés. Les acteurs et les parties concernés à tous les niveaux du programme ont fourni une quantité très appréciable d'observations positives sur la qualité du travail technique de la Banque mondiale, l'attitude collégiale de sa collaboration avec la CLM et le soutien et le plaidoyer solides qui ont caractérisé ses missions. Une attention particulière a été apportée par la Banque aux résultats, avec des actions communes de dépannage et de résolution de problèmes en vue d'améliorer les résultats de l'ODP, en fonction des avantages comparatifs des différents acteurs de la Banque mondiale et du Gouvernement du Sénégal. Grâce à son plan prudent d'atténuation des risques, la Banque a pu réaffecter 15 % du crédit à la mise en œuvre des activités de base du projet lorsque l'État n'a pas été en mesure d'apporter à temps sa contrepartie prévue. Il a donc fallu réviser à la baisse plusieurs activités. L'équipe de la Banque mondiale a travaillé en étroite collaboration avec la CLM et le Gouvernement du Sénégal pour assurer le déblocage des fonds de l'État.

3.44 À la fin de 2008, les rapports de supervision de la Banque mondiale ont exprimé l'inquiétude que l'ODP pourrait ne pas être réalisé en raison de la cadence rapide des déboursements du financement IDA et de l'absence de fonds de contrepartie. Ce rapport franc a déclassé les performances du projet. La Banque mondiale a été proactive dans ses efforts d'améliorer la collaboration et la coordination d'un nombre croissant de PTF pour réduire la fragmentation de leur aide. Elle a mobilisé les PTF pour mener des missions PRN de coordination et de supervision conjointes tous les six mois. Ceci a en effet permis de renforcer la coordination au cours des premières années du projet (2007-2009). En 2010, un redéploiement du personnel des PTF stationné à Dakar, combiné à des efforts de réorientation (parmi certains PTF) du soutien PTF vers des interventions humanitaires, ont provoqué un certain relâchement de la coordination des PTF au cours des années suivantes.

PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR

3.45 La performance de l'Emprunteur est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble.

3.46 La performance du Gouvernement est jugée **satisfaisante**. L'engagement de l'État à la mise en œuvre du projet est resté ferme, exception faite d'une seule occasion où cet engagement a fléchi, bien que brièvement, juste après les élections de 2007. C'est à ce moment-là que la CLM a été transférée du cabinet du Premier ministre au nouveau Ministère de la Solidarité nationale. Mais cette décision a été très rapidement renversée grâce aux informations fournies par le coordinateur du projet et la Banque mondiale (équipe de travail et unité de gestion du pays) au Premier ministre qui a pesé l'importance stratégique de garder la CLM dans son cabinet. L'étroite collaboration dont a bénéficié la Banque mondiale aux différents niveaux du Gouvernement, a produit un impact positif pour encourager la décentralisation de la mise en œuvre des projets aux autorités locales. Le soutien de l'État a également été visible quand il a équipé la CLM d'un personnel stable et solide.

3.47 Depuis sa création en 2001, la CLM a travaillé avec succès avec au moins sept premiers ministres, lesquels auraient fourni un soutien ferme et sans équivoque aux programmes et

politiques de nutrition de l'État. Le financement de contrepartie a été temporairement suspendu lors de la crise budgétaire des années 2007-2008, mais cette suspension n'a pas visé exclusivement le PRN. La crise budgétaire a également affecté le financement de contrepartie de l'ensemble du portefeuille de projets financés par la Banque mondiale. Une fois la crise résolue, le PRN, grâce à sa performance exceptionnelle, a été le premier programme à recevoir le financement de contrepartie, y compris les 100 % d'arriérés de paiement. Et le financement de l'État a dépassé les plans initiaux (voir paragraphe 3.15). Le Mouvement mondial pour le renforcement de la nutrition SUN a cité le Pérou et le Sénégal comme modèles d'une forte appropriation de programme par l'État. L'appréciation du Ministre de l'Économie et des Finances a été évidente avec le soutien actif qu'il a apporté au PRN. Au cours des Réunions de printemps de la Banque mondiale, il a prononcé un discours sur l'importance d'investir dans la nutrition et sur le succès du PRN du Sénégal. Un responsable du Ministère de l'Économie et des Finances, chargé du suivi du développement humain, qui a eu l'occasion de rencontrer la mission RERP lui a déclaré que le PRN est le programme le plus performant du Gouvernement. Au cours de la mise en œuvre du projet, un engagement croissant palpable de la part des acteurs de tous les secteurs a pu être observé, lesquels ont également de plus en plus reconnu l'importance du programme de nutrition pour le développement économique du pays et les perspectives de réduction de la pauvreté ainsi que l'importance de leurs rôles et des avantages comparatifs de contribuer aux objectifs du PRN. Ce sentiment s'est visiblement manifesté, tant lors de réunions avec les différents représentants de secteurs que de visites sur le terrain aux agents locaux contribuant déjà au programme et aux fonctionnaires locaux qui reconnaissent, animent et soutiennent de plus en plus ces actions critiques (voir également le chapitre 5 sur l'approche multisectorielle).

3.48 La performance de l'Agence d'exécution est jugée **très satisfaisante**. La performance de la CLM (y compris du BEN et de ses BER) a continué d'être très satisfaisante comme celle qu'elle a donnée dans le cadre du premier projet. Son mandat était clairement défini et elle s'est très bien acquittée de ses responsabilités. Des rôles bien précis ont été confiés à son personnel pour lesquels ils étaient pleinement qualifiés. Au-delà de leur haute qualification, il faut mentionner leur engagement très vif manifesté au programme et leur mémoire institutionnelle riche de longues expériences.⁵³ Le projet est entré en vigueur plus tôt que prévu grâce à une préparation efficace de la part de la CLM et de la Banque mondiale. Le travail de la CLM l'a conduit dans différents secteurs ce qui lui a permis de mettre en place des partenariats efficaces avec les Ministères de l'Éducation et de l'Agriculture et avec d'autres secteurs (outre le Ministère de la Santé publique). La CLM a trouvé des moyens originaux pour surmonter les défis de suivi et d'évaluation provoqués par la grève des districts de santé qui ont retenu avec eux les données recueillies. La conduite d'enquêtes LQAS, d'une enquête SMART—Enquête normalisée de suivi et d'évaluation [des phases] des secours et de la transition en 2012 (données produites au niveau départemental) et des enquêtes auprès des ménages ont tous servi à combler le manque d'informations et à fournir des données vitales sur la performance du projet, plus nombreuses et informatives que celles du programme recueilli

⁵³ Des changements ont été apportés à l'équipe de la CLM avec l'arrivée d'un nouveau coordonnateur—tout aussi capable que son prédécesseur—lequel a travaillé au programme depuis le départ. La plupart des employés ont fait partie du programme pendant des années, voire une décennie, et certains ont été recrutés du PNC. Ils ont tous spontanément indiqué à l'équipe RERP qu'ils n'avaient pas l'intention de quitter le programme parce qu'ils croient fortement en leur mission et qu'ils aspirent véritablement à produire un impact encore plus grand au vu et au su des preuves et des leçons qui ne cessent de se confirmer.

dans les zones d'intervention. La performance fiduciaire a continué d'être exemplaire (comme elle a été pour le premier projet). En effet, la gestion financière de la CLM a souvent servi d'exemple à suivre pour d'autres projets. La seule exception à cette performance stellaire a concerné l'achat de sachets de micronutriments (voir paragraphe 3.20). Mais le retard dans la réception de ces sachets a été compensé par une distribution très rapide et efficace à l'échelle nationale.

3.49 La CLM, soutenue par le Premier ministre, a proactivement recherché des ressources supplémentaires pour intensifier et étendre la portée des interventions. Elle l'a fait en établissant des partenariats avec des PTF locaux et en participant à plusieurs rencontres internationales sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, au cours desquelles ils ont présenté leur travail. Un financement additionnel a servi à étendre la zone d'intervention, mais il a été insuffisant pour inclure tous les districts. Le Ministre de l'Économie et des Finances a, en deux occasions, décerné à la CLM le Prix Alpha de l'unité de gestion la plus performante du programme. Le système de rapports de compte-rendu interne de la Banque mondiale a fréquemment fait état de la maîtrise possédée par la CLM dans la planification, la supervision de la mise en œuvre et le suivi, qui a également mérité les éloges d'autres PTF et de l'État. La CLM a réussi à intégrer en douceur de nouvelles activités à son programme de base, notamment, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, les soins thérapeutiques de traitement de la malnutrition aiguë, les transferts d'espèces, l'iodation des sels et la sécurité alimentaire des ménages, chacune de ces activités étant devenue en elle-même un cas exemplaire de réussite. Tout cela est le sceau d'un programme bien établi et performant. La CLM a même fait valoir une autre compétence de gestion clé, validée preuves à l'appui: sa capacité à s'adapter de manière proactive à un environnement en évolution rapide (changement dans le financement, changement physique de son siège institutionnel, changement politique du leadership du pays, changement d'attitude dans l'appropriation du programme aux plus hauts niveaux du Gouvernement, et changement des facteurs exogènes, tels que la crise économique, la sécheresse, parmi tant d'autres). La CLM a également été reconnue pour la transparence de sa gestion qu'elle a maintes et maintes fois prouvée et sa focalisation sur les résultats et l'apprentissage par la pratique. Cet aspect a été fréquemment soulevé tout au long de la mission RERP, des plus hauts niveaux du Gouvernement aux acteurs locaux et aux parties concernées. La mission a été inondée d'observations très positives sur la performance de la CLM.

SUIVI ET ÉVALUATION

3.50 La qualité du suivi et de l'évaluation est jugée **appréciable**.

3.51 La **conception du suivi et de l'évaluation** comportait des indicateurs (avec des données de référence et des cibles) pour les éléments clés de la chaîne de résultats : développement institutionnel et participation et appropriation du programme par les parties concernées (autorités locales intégrant des objectifs de nutrition dans leurs plans annuels de développement); incorporation de la nutrition dans les documents du DSRP du Sénégal et du Millénaire pour le développement; adoption de politiques et de stratégies transformatives pour le secteur de la santé; mesures diverses pour la couverture et l'utilisation des services (par groupe cible, type d'intervention, zone géographique); et changement de comportement qui en résulte (allaitement maternel exclusif, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, visites prénatales). Elle a inclus des indicateurs pour suivre les réalisations de l'ODP—telle

l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes ciblés (gain de poids adéquat chez les enfants âgés de moins de 2 ans). Mais les indicateurs complémentaires auraient pu comporter des mesures de l'insuffisance pondérale sévère et modérée chez les enfants de moins de cinq ans ; de la malnutrition chronique sévère et modérée chez les enfants âgés de moins de cinq ans ; de l'état nutritionnel et de celui de la santé des femmes.⁵⁴

3.52 Le système de suivi et d'évaluation, déjà solidement établi dans le cadre du premier projet, a bien fonctionné, sous la gestion de la CLM et en coordination avec les AEC, lesquelles ont rapporté les informations qu'elles ont recueillies au niveau communautaire. Ce système a fait l'objet d'un réglage plus approfondi pour permettre son intégration aux plans du secteur de la santé et de l'éducation et à ceux des AEC. L'activité de suivi et d'évaluation était censée s'appuyer sur une multiplicité de sources de données complémentaires : données de programme ascendantes, enquêtes CPC de référence initiales et enquêtes finales pour chaque sous-projet et autres études sur l'impact du projet.

3.53 **Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation.** La conception de suivi et d'évaluation, ancrée dans le système déjà bien établi de la première phase, a été en grande partie mise en œuvre comme prévu. Mais elle a rencontré des problèmes. D'abord, le suivi de la couverture s'est avéré être un exercice complexe à cause du nombre de régions administratives, collectivités locales et districts de santé qui a changé au cours de la durée du projet. Le suivi de la couverture par groupe cible (enfants de moins de deux ans, enfants de moins de cinq ans, mères et gardiens d'enfants, entre autres) dans les zones d'intervention a quelque peu paré à cette contrainte. L'établissement des tendances en matière de couverture géographique est un peu plus délicat.⁵⁵ Ensuite, entre 2010 et 2014, les districts de santé se sont abstenus de rapporter des informations critiques, à cause d'une grève partielle. Pour compenser ce manque de données, la CLM a commandé des enquêtes LQAS afin de fournir des informations supplémentaires sur la qualité du suivi pour les indicateurs à produire. Ces enquêtes ont également représenté une alternative moins coûteuse mais de bonne qualité aux enquêtes CPC.⁵⁶ En 2012, une solide enquête nationale SMART (Suivi et évaluation normalisées des [phases de] secours et de la transition) a été conduite, la première à avoir recueilli des données au niveau du Département. Cette enquête a porté sur les facteurs sous-jacents de la sous-nutrition et a fourni les bases pour la conception du financement additionnel.

3.54 S'inspirant des études ci-dessus citées, les travaux de restructuration et du financement additionnel de 2012 ont documenté la performance très solide du projet en prenant pour base

⁵⁴ Le DEP mentionne un objectif du *programme*—réduire la sous-alimentation de 25% dans les zones d'intervention d'ici 2011. Mais celui-ci ne figure pas comme un indicateur de résultat clé pour le projet.

⁵⁵ Avec l'expérience de ce défi en tête, la CLM a pris la décision (après la clôture du projet) de recruter REACH pour entreprendre une enquête auprès de tous les partenaires afin d'évaluer la couverture des interventions clés à travers le pays. REACH (Renouvellement des efforts de lutte contre la faim et la sous-alimentation chez l'enfant) est une approche dirigée par les pays eux-mêmes pour étendre des interventions éprouvées et efficaces visant à lutter contre la sous-alimentation des enfants grâce au partenariat et aux actions coordonnées des agences des Nations Unies, de la société civile, des PTF et du secteur privé sous l'autorité des gouvernements nationaux. REACH Co facilité le réseau des Nations Unies pour le renforcement de la nutrition (SUN) ainsi que le Comité permanent de la nutrition des Nations Unies.

⁵⁶ Les enquêtes CPC nécessitent des échantillons de ménages de grande taille et sont donc coûteuses. Les enquêtes LQAS nécessitent de très petits échantillons et fournissent des informations précises sur les catégories d'hypothèses. Étant donné que les enquêtes LQAS sont conduites au niveau local, assembler les données d'enquêtes LQAS multiples permet de calculer des estimations CPC sur des indicateurs spécifiques.

de référence les objectifs de résultats originaux pour les réviser à la hausse. Ils ont également ajouté un nouvel indicateur de résultat pour mesurer la couverture des sachets de micronutriments fournis aux enfants âgés de 6 à 23 mois destinés au contrôle de l'anémie. Le rajout et l'abandon d'indicateurs ainsi que les changements de cibles sont détaillés à l'annexe D, tableau D. 3.

3.55 Utilisation du suivi et de l'évaluation. Les résultats des différentes enquêtes ont permis d'éclairer les décisions à prendre. Les observations régulières transmises aux acteurs régionaux et locaux ont encouragé les ajustements dans la mise en œuvre du projet quand ceux-ci se sont avérés nécessaires. Grâce à l'accent délibéré placé sur la gestion axée sur les résultats, les informations produites par le système de suivi et d'évaluation ont pu être partagées, discutées et utilisées à tous les niveaux du programme (niveau communautaire, local, régional et central) afin de suivre les progrès et procéder à des réglages là où les progrès ont calé. Les missions de soutien au projet aux niveaux opérationnels ont été organisées autour des résultats produits par les systèmes de suivi et d'évaluation, ce qui a donné à ces missions une orientation nettement axée sur les problèmes et sur leur résolution. En conséquence, les parties concernées à tous les niveaux ont été pleinement informées des progrès de la mise en œuvre et ont donc dirigé leurs efforts dans ce sens pour trouver des moyens d'améliorer encore davantage les performances du programme.

4. Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

Objectifs, Conception et Pertinence

OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU PROJET

4.1 Comme indiqué dans l'Accord de financement entre le Sénégal et l'IDA du 12 juin 2009, « L'objectif du projet est de réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres du territoire du Bénéficiaire, en intensifiant le programme de renforcement de la nutrition du Bénéficiaire et en procédant à des transferts en espèces aux mères vulnérables d'enfants de moins de cinq ans » (Banque mondiale 2009a, 5).⁵⁷ Le document du projet stipule également que l'objectif primordial du PRN du Gouvernement du Sénégal est de contribuer à la réalisation du premier Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) d'éradiquer l'extrême pauvreté et la faim grâce à la mise en œuvre de la Politique de développement de nutrition visant à améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment des enfants et des femmes enceintes et allaitantes (Banque mondiale 2009c, 5). Aux fins de la présente évaluation, deux objectifs et les chaînes de résultats seront évalués: (1) réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables en intensifiant le PRN (suivi de la nutrition communautaire, activités de promotion et autres services conduisant à une amélioration des connaissances de nutrition qui produiront des changements de pratiques alimentaires et de comportements) et (2) réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des

⁵⁷ La déclaration de l'ODP de l'Accord de financement est conforme à la déclaration de la Banque mondiale 2009c`.

populations vulnérables en procédant à des transferts d'espèces aux mères d'enfants vulnérables de moins de cinq ans, améliorant ainsi leur capacité à se procurer des aliments essentiels et autres investissements destinés au bien-être de leurs enfants.

Encadré 4-1. Indicateurs de Performance clés du Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

- Une augmentation de 22 à 45 % de la population ciblée (enfants âgés de moins de cinq ans) atteinte par le PRN
- Une augmentation de 30 % de la proportion de mères allaitant leurs nourrissons exclusivement au sein pendant les six premiers mois
- Nombre de bénéficiaires du programme de transfert d'espèces : 50 000
- Pourcentage de bénéficiaires sélectionnés qui reçoivent tous les transferts d'espèces prévus : 80 %

Source: Banque mondiale 2009c.

4.2 Couverture géographique et Ciblage. Le projet injecte un financement additionnel de la Banque mondiale pour soutenir l'expansion du PRN à tout le pays et l'intensification des activités du programme (portée et ciblage décrits au paragraphe 3.3). La nouvelle composante des transferts en espèces axés sur les enfants s'est articulée autour de trois mécanismes de ciblage pour atteindre les bénéficiaires visés: ciblage catégorique (limiter le nombre de mères éligibles aux mères d'enfants âgés de moins de cinq ans); ciblage géographique (basé sur les données les plus récentes sur la pauvreté, la malnutrition et la sécurité alimentaire des ménages), qui s'est traduite par la sélection de 10 « districts critiques » ; et ciblage familial communautaire (évaluation de la présence d'enfants âgés de moins de cinq ans, consommation alimentaire inadéquate et possessions limitées des familles) ; tout cela avec la participation d'organisations communautaires.^{58,59}

PERTINENCE DES OBJECTIFS

4.3 La pertinence des objectifs est jugée **élevée**.

4.4 En premier lieu, les objectifs sont très pertinents pour les conditions du pays. Les taux de malnutrition déjà élevés du Sénégal ont continué d'augmenter à la suite d'une série de chocs dans l'économie, provoquant une forte hausse des prix alimentaires et une détérioration des conditions de vie. Cette situation a particulièrement affecté les plus pauvres et les plus vulnérables qui ont vu leurs risques nutritionnels et leur insécurité alimentaire s'empirer. Deux années de pluies insuffisantes (2006-2007 et 2007-2008) ont entraîné une réduction de 25 % de la production céréalière, tandis que dans le même temps le prix des céréales importées a continué d'augmenter rapidement en raison de la crise alimentaire mondiale.

4.5 En deuxième lieu, les objectifs ont été très pertinents pour les priorités stratégiques du Sénégal. Les stratégies de réduction de la pauvreté et de protection sociale du Sénégal n'ont

⁵⁸ Ces districts sont Bakel, Darou Mousty, Dianke Makha, Kidira, Louga, Goudiry, Goudoump, Guinguineo, Kebemer et Matam.

⁵⁹ Le Comité local de sélection de la Commission des Affaires sociales des autorités locales ; l'AEC impliquée dans la mise en œuvre du PRN ; et le Comité de suivi au niveau de l'arrondissement.

fait que souligner l'objectif d'amélioration des résultats nutritionnels. En outre, la politique de nutrition du Sénégal appuie les objectifs d'amélioration de la santé et de la nutrition ainsi que ceux d'une réduction de l'insécurité nutritionnelle que l'État s'efforce de réaliser grâce à l'élargissement du PRN, son principal mécanisme de mise en œuvre. Qui plus est, le projet est très pertinent pour l'État toujours à la recherche de nouveaux moyens d'accélérer ses programmes essentiels de réduction de la pauvreté et de fournir aux plus démunis des filets de protection sociale plus efficaces et sûrs, en particulier en période de crise des prix alimentaires.

4.6 En troisième lieu, les objectifs sont également très pertinents pour les stratégies de la Banque mondiale pour le Sénégal, comme soulignés dans (1) la SAP de 2007, en cours lors de la conception du projet (dont le deuxième pilier visait à « améliorer le développement humain grâce à une meilleure prestation des services sociaux, notamment aux groupes les plus vulnérables » [Banque mondiale 2007b]); et (2) la présente SPP 2013, qui prévoit une assistance technique pour le renforcement continu de la politique de nutrition et pour la mise en œuvre des programmes, ainsi qu'un appui à la mise en place d'un système efficace de filets de protection, lequel devait être testé dans le cadre d'un transfert pilote d'espèces (Banque mondiale 2013a).

4.7 En quatrième lieu, le projet est très pertinent pour la mission de la Banque mondiale de réduire la pauvreté ; il soutient et s'aligne étroitement avec les stratégies thématiques pour la santé et la nutrition, et pour la protection sociale.

CONCEPTION DU PROJET

4.8 La conception du projet s'est articulée autour de quatre composantes, les trois premières visant à étendre et à intensifier les activités du PRN et la quatrième, portant sur la nouvelle intervention rapide de transferts d'espèces axés sur les enfants.

Encadré 4-2. Composantes de l'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

Composante 1. Nutrition communautaire : Cette composante a soutenu des activités de nutrition communautaire devant être menées tous les mois dans des communautés ciblées d'une population supérieure à 1 000 habitants et tous les trois mois dans des communautés ciblées d'une population inférieure à 1 000 habitants. Ces activités clés sont citées ci-après :

- **Suivi et promotion de la croissance et de la santé et nutrition des enfants:** (1) promotion de la croissance communautaire et séances de gestion intégrée des maladies de l'enfance pour les enfants âgés de moins de deux ans et pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans; amélioration des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, détection des signes de danger pendant la maladie et soins à domicile; (2) mobilisation des relais communautaires fournissant des soins à domicile pour participer aux actions de communication sociale et de changement de comportement, y compris mobilisation des grands-mères, beaux-parents, hommes et autres parentés jugées importantes pour la survie des nourrissons et des jeunes enfants; (3) dépistage de la malnutrition aiguë et soutien à la prise en charge des cas identifiés au niveau communautaire; (4) formation, et supervision et suivi des relais communautaires.
- **Provision et promotion des micronutriments :** (1) fourniture de suppléments de fer et de vitamine A, médicament de déparasitage et moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que des communications de messages pour le changement de comportement, et les conseils pour répondre aux besoins en micronutriments des mères et des femmes enceintes, ainsi que des enfants; (2) activités de communication communautaire pour créer une demande d'aliments enrichis (en particulier du sel iodé), de vitamine A, de suppléments de fer et pour promouvoir la diversification alimentaire.

Composante 2. Soutien sectoriel aux résultats de nutrition : Cette composante visait à soutenir les efforts du secteur de la santé et de l'éducation aux activités inscrites dans les plans de travail annuels convenus pour l'amélioration de la croissance et de la nutrition. Les activités comportaient une distribution régulière de suppléments de micronutriments et de médicaments de déparasitage dans les écoles ; le suivi des services de nutrition ; et l'intensification des activités de fortification alimentaire.

Composante 3. Soutien à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la Politique de développement de la nutrition : Cette composante visait à renforcer la mise en œuvre et le suivi des performances de la CLM, des autorités locales et des ministères techniques sectoriels, en mettant l'accent sur l'intégration du programme des transferts d'espèces. L'assistance technique, la formation et des ateliers organisés ont soutenu une promotion continue de la prise de responsabilité et de l'appropriation du programme par les parties concernées, en particulier par les autorités locales.

Composante 4. Transferts en espèces axés sur les enfants : La composante des transferts d'espèces cherchait à utiliser la structure de l'organisation communautaire PRN pour identifier les bénéficiaires éligibles (mères de jeunes enfants de familles vulnérables), qui recevraient de petits paiements deux fois par mois (d'un montant de 14 000 FCFA) pendant six mois, pour un montant total de 42 000 FCFA). Le transfert en espèces serait accompagné d'une campagne de communication intensive de messages sur la nutrition destinés aux mères et aux enfants et d'une supervision rigoureuse du processus et de ses effets. Les bénéficiaires ont été identifiés en analysant les données recueillies sur les zones géographiques (districts les plus vulnérables), les catégories (mères d'enfants âgés de moins de cinq ans) et les cibles communautaires (ménages les plus vulnérables), lesquelles données ont été contrôlées et vérifiées par les comités locaux et régionaux de sélection et de suivi ainsi que par les AEC.

Sources : Banque mondiale 2009a, 2009c.

Note : Coûts prévus par rapport aux coûts réels comme illustrés à l'annexe C, tableau C-7.

PERTINENCE DE LA CONCEPTION

4.9 La pertinence de la conception est jugée **élevée**.

4.10 La conception du projet à l'appui du premier objectif (réduire l'insécurité nutritionnelle grâce au renforcement du PRN) est solide. Conformément aux paragraphes 3.11-3.12, la logique qui sous-tend le PRN est solide. Elle comprend des interventions, des produits et services communautaires coûts-efficaces et bien ciblés, venant directement soutenir l'amélioration des connaissances et le changement de comportement qui, à leur tour, devraient

se traduire par l'amélioration de l'état nutritionnel. La conception s'efforce de promouvoir des activités clés, la prise en charge, la prise de responsabilité des résultats nutritionnels, et l'appropriation de ces activités par les secteurs clés, notamment les secteurs de la santé (fourniture de services de santé et de nutrition aux mères et aux enfants et supervision des activités communautaires) et de l'éducation (fourniture de micronutriments et activités de déparasitage dans les écoles), ainsi que les activités de fortification des aliments (enrichis à l'iode, au fer et en vitamine A). La participation des communautés, des autorités locales et autres secteurs impliqués, combinée à un système de suivi et d'évaluation déployé à chaque niveau, contribue à la sensibilisation et au suivi des efforts de nutrition des communautés à tous les niveaux du Gouvernement.

4.11 La conception du projet à l'appui du deuxième objectif (réduire l'insécurité nutritionnelle en améliorant le pouvoir d'achat alimentaire des mères par des transferts d'espèces) est également solide. Elle a ciblé les familles les plus vulnérables avec des enfants âgés de moins de cinq ans dans 10 districts très pauvres enregistrant de fort taux de malnutrition pour des transferts d'espèces comme moyen d'accroître la consommation des ménages. Ces transferts en espèces ont été sans condition, reposant sur des données fiables d'études internationales qui indiquent que l'argent supplémentaire fourni aux femmes des ménages est invariablement destiné au bien-être familial, en particulier au bien-être des enfants. Cette conception pilote, qui s'appuie de plus sur un système éprouvé de livraison (le PRN), a cherché à tester et perfectionner cet instrument pratique pouvant être facilement réalisé et reproduit aux fins d'atténuer effectivement et efficacement les conséquences désastreuses des chocs de crise sur les populations les plus démunies.

4.12 **Arrangements de Mise en œuvre.** Les arrangements de mise en œuvre des trois premières composantes ont été identiques à celles du soutien de la Banque mondiale à la deuxième phase du PRN (voir paragraphe 3.13). En résumé, la CLM, par l'intermédiaire de son secrétariat (le BEN), est chargée de coordonner et de superviser les différents acteurs participant à la mise en œuvre : ministères, autorités locales, AEC, services publics décentralisés, communautés et relais communautaires. Les ministères sectoriels élaborent des politiques, des normes et des protocoles ; procèdent à des examens d'assurance de la qualité ; et mettent en œuvre des activités discrètes convenues dans les plans de travail. Agissant à la demande des autorités locales responsables de la conception et de l'exécution du programme au niveau local, les AEC (sélectionnées et recrutées par les autorités locales) assument la responsabilité principale des propositions de subvention, de la mise en œuvre, du suivi et de la gestion financière. À cette fin, un accord de subvention est signé entre les AEC et les autorités locales en vertu duquel les AEC sont tenues de rendre compte de leurs activités aux autorités locales et aux districts de santé. Les communautés choisissent les relais communautaires, déterminent les sites des activités du programme et établissent des comités pour superviser ces activités. Les AEC, en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et les autorités locales, apportent un soutien technique aux communautés.

4.13 La composante des transferts d'espèces était censée s'appuyer sur les structures et les processus du PRN pour sa mise en œuvre, notamment pour la coordination et le suivi d'ensemble de la CLM. Dans les zones qui ne font pas partie du PRN, les mêmes mécanismes de transfert d'espèces devaient être utilisés, accompagnés d'activités de communication de messages nutritionnels, mais sans les activités mensuelles du PRN. Les communautés bénéficiaires du premier groupe devaient être choisies dans les zones où des interventions

étaient en cours d'exécution depuis six mois, au moins. Il s'agissait petit à petit de sélectionner d'autres communautés, là où le PRN n'opère pas. Les transferts d'espèces aux familles de ces communautés seraient accompagnés d'activités de communication de messages nutritionnels. Les deux modèles de mise en œuvre seraient évalués et comparés. La distribution des espèces a été confiée à une institution financière avec des guichets de paiement locaux aussi proches des bénéficiaires que possible. Par mesure de transparence, des informateurs seraient positionnés à différentes étapes du processus, en particulier au niveau du ciblage et du paiement, et les critères d'éligibilité ainsi que la liste des bénéficiaires sélectionnés seraient publiquement divulgués.

Mise en œuvre

4.14 **Dates clés.** Le crédit IDA a été approuvé le 6 mai 2009 ; il est entré en vigueur le 11 septembre 2009 et s'est clôturé le 31 août 2012. La date de clôture initiale (31 décembre 2011) a été prolongée en raison de retards dans la mise en œuvre du programme de transferts en espèces causé par l'absence de guichets de paiement dans les zones éloignées et la nécessité de développer des accords de distribution ad hoc.

4.15 **Coûts prévus par rapport aux coûts réels, Financements et Décaissements.** ⁶⁰ Le coût réel du projet a été calculé à 18,2 millions de dollars EU au moment de l'achèvement du projet, soit 101 % de l'estimation initiale des 18,0 millions de dollars EU (Banque mondiale 2013b). Étant donné que la contrepartie de l'État n'était soit pas prévue soit pas fournie dans ce projet particulier, le montant estimatif du coût total du projet (soit 18,0 millions de dollars EU) a été égal au financement total estimé, qui comportait un crédit IDA équivalent à 10 millions de dollars EU et un montant équivalent à 8 millions de dollars EU d'un Fonds d'affectation spéciale multidonateurs. Les données du financement réel, extraites du Système d'information de la Banque mondiale d'octobre 2016, indiquent un financement total de 18,5 millions de dollars EU, dont 10,6 millions de dollars EU du crédit IDA et 7,9 millions du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs. La différence entre le coût réel du projet et son financement réel chiffré en équivalent de dollars EU est vraisemblablement liée aux différents calculs du taux de change.⁶¹

4.16 Le crédit IDA et le Fonds d'affectation spéciale multidonateurs ont tous deux été entièrement décaissés, d'après les données du Système de données de la Banque mondiale. En décembre 2011, on a procédé à une réaffectation du montant du crédit IDA, qui a augmenté les allocations des subventions aux activités de nutrition communautaire et réduit les allocations de deux autres catégories (produits de base, frais de consultants, formation, audits et frais de fonctionnement). Cette réaffectation s'est opérée en réponse aux contributions des PTF, lesquelles couvraient déjà certains des coûts de ces deux catégories, ce qui a libéré des fonds pour le financement de sous-projets (Banque mondiale 2011).

⁶⁰ Voir le détail à l'annexe C, tableaux C.7, C.8, C.9 et C.10.

⁶¹ Le montant du crédit IDA est désigné en DTS et celui du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs est désigné dans les différentes devises de ses divers contributeurs.

FACTEURS AFFECTANT LA MISE EN OEUVRE

4.17 **Facteurs sous contrôle de l'État.** Les DSRP pour les années 2002 et 2007 ont souligné que l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale est une étape intégrale du développement du pays et des objectifs de réduction de la pauvreté. Cette déclaration a promu un environnement propice à l'action pilote de transferts d'espèces. Parmi les éléments attribuables aux efforts de la CLM qui ont assuré le succès de ce projet, il faut citer : une plateforme intersectorielle et communautaire intégrée pour la fourniture de services ; l'engagement et la participation proactifs d'un éventail d'acteurs à tous les niveaux du système ; un style de gestion transparent et fiable ; et une approche fondée sur des preuves concrètes.

4.18 **Conformité avec les exigences des politiques de sauvegarde environnementale et sociale.** Aucune sauvegarde n'a été déclenchée dans le cadre de ce projet.

4.19 **Conformité fiduciaire.** La conformité fiduciaire a été jugée **satisfaisante** pendant toute la durée du projet. Les rapports d'audit annuels ont été soumis dans les délais impartis, avec des avis de vérification sans réserve et acceptés par l'IDA. Le plan d'approvisionnement et de passation des marchés était en place au début du projet. La mise en œuvre a été **satisfaisante** et le système de contrôle interne a bien fonctionné.

Réalisations des Objectifs

4.20 Le tableau D.4 de l'annexe D, donne le détail des bases de données de référence, cibles et réalisations effectives de tous les indicateurs de résultats et de résultats intermédiaires ainsi que toutes les sources de ces données.

OBJECTIF 1

4.21 L'objectif 1 visait à réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables, en particulier des enfants de moins de cinq ans, dans les zones rurales et urbaines pauvres, en intensifiant le PRN.

4.22 La réalisation de l'objectif 1 est considérée comme **appréciable**.

4.23 **Entrants.** Le soutien au projet a été largement canalisé à travers la négociation et par l'attribution de subventions aux interventions de nutrition communautaire visant principalement à mobiliser le soutien vers de nouveaux districts de santé enregistrant des taux élevés de malnutrition ainsi qu'à étendre la couverture des districts déjà mobilisés. Le soutien au projet comprenait également le recrutement et la formation des AEC agissant au nom des autorités locales et employées pour animer et superviser la mise en œuvre. L'intensité des interventions a été ajustée à la taille des communautés ; celles possédant plus de 1 000 habitants bénéficiant d'interventions tous les mois et celles de moins de 1 000 habitants, d'interventions tous les trois mois. Les interventions soutenues au titre des sous-projets comprenaient: la promotion de la croissance communautaire, l'éducation à la nutrition et à la santé; la fourniture de micronutriments essentiels et autres produits et interventions associés au changement de comportement; les actions de sensibilisation destinées aux gardiens d'enfants en plus de celles aux mères (grands-mères, beaux-parents, entre autres); le dépistage de la malnutrition aiguë et l'éducation à la gestion communautaire de cas modérés, avec les cas

sévères envoyés au poste de santé; et la formation et supervision des relais communautaires prises en charge par le Ministère de la Santé publique.

4.24 Résultats et Résultats intermédiaires. Le programme a réussi à étendre sa portée tant au niveau de la couverture globale du groupe cible principal que de la gamme des interventions offertes. Sur un pourcentage de référence de 22 %, la couverture du programme pour la tranche d'enfants âgés de moins de cinq ans a augmenté à 65 %, dépassant l'objectif des 45 %, soit 1,34 million d'enfants en chiffre absolu, dont 453 997 enfants de zones urbaines et 886 878 de zones rurales (d'après le Système de suivi du projet CLM). Et à mesure que la réputation du programme s'est consolidée et que les des autorités locales se sont davantage impliquées dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, ces dernières ont manifesté une appropriation et un leadership de plus en plus visibles et croissants au niveau local. Trente pour cent des autorités locales ont incorporé des objectifs et des interventions nutritionnelles dans leurs plans de développement local à la fin du projet, dépassant l'objectif des 25 %, et ce niveau a été maintenu chaque année suivante (2013-2015, d'après le Système de suivi du projet CLM).

4.25 Avec le soutien du projet, des services clés et fiables de nutrition et de bien-être des enfants ont été fournis aux populations vulnérables et leur taux d'utilisation a été élevé. Les activités de promotion et de suivi de la croissance ont couvert près de 90 % d'enfants âgés de 0 à 24 mois. Un très grand pourcentage (95 %) de mères d'enfants de moins de cinq ans ont assisté à des séances mensuelles d'information et d'éducation, soit un total de 1,73 million de mères (d'après le Système de suivi du projet CLM). Ce pourcentage a dépassé l'objectif des 80 % du projet (1,5 million de mères) et a englobé à la fois les zones plus récentes, les zones difficiles à atteindre et les communautés plus établies du PRN. La proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois recevant des suppléments de vitamine A était de 94 % en 2012, dépassant la cible que l'on espère maintenir au niveau des 80 %. Ce niveau élevé s'est maintenu après le projet : 96 % en 2013, 95 % en 2014 et 95 % en 2015. Bien qu'en fin de projet, aucune donnée n'existe sur la proportion d'enfants âgés de 12 à 59 mois recevant des médicaments de déparasitage deux fois par an, ces données indiquent une couverture étendue post projet, soit 89 % en 2014 et 86 % en 2015. Une nouvelle intervention a été introduite —le dépistage tous les trois mois de la malnutrition aiguë chez les enfants âgés de moins de cinq ans et leur traitement au niveau communautaire. À la fin du projet, 90 % d'enfants ont été examinés tous les trois mois au cours de visites de dépistage, dépassant l'objectif des 80 %.

4.26 Les interventions multisectorielles ont amélioré l'offre et l'accès à des suppléments de micronutriments, à d'autres médicaments essentiels et à des aliments enrichis. Les interventions du Ministère de l'Éducation se sont traduites par un pourcentage élevé (95 %) d'élèves d'école primaire recevant des suppléments de micronutriments toutes les semaines, et 95 % recevant des médicaments de déparasitage deux fois par an. Ces niveaux ont dépassé l'objectif des 80 %, soit 300 000 écoliers environ. En ce qui concerne le soutien au secteur privé, les petits exploitants ont pu produire 73 300 tonnes de sel iodé, en dessous de la base de référence des 87 000 tonnes et de la cible fixée des 139 000 tonnes. L'explication tient aux chocs saisonniers et au prix du fortifiant qui a augmenté de six fois. Depuis la clôture du projet, on a observé une amélioration continue, toutefois toujours inférieure à la cible, avec 89 209 tonnes de sel iodé produites en 2014 et 112 022 en 2015 (CLM 2012c, 2013, 2014). De la même façon, une quantité croissante d'huile industrielle a été enrichie en vitamine A, toujours avec le soutien du projet. À la fin du projet, 107 178 litres d'huile enrichie ont été produits,

dépassant la cible des 80 000 litres.⁶² Dans le cadre de ce partenariat public-privé, l'État achète l'huile aux exploitants locaux, et la fait ensuite enrichir par l'industrie huilière. Ceci a réduit la quantité d'huile non fortifiée qui aurait été vendue à la population. En 2014, 124 465 litres d'huile ont été enrichis. La quantité de farine enrichie en fer produite par l'industrie locale était de 164 710 tonnes en 2015, dépassant l'objectif du projet pour 2011.

4.27 Les comportements critiques ont changé dans les zones d'intervention, en particulier en ce qui concerne la proportion des mères allaitant leurs nourrissons exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois ; là aussi l'objectif du projet a été dépassé. Mais ceci ne s'est pas encore traduit par des changements significatifs au niveau national. Les enquêtes LQAS de référence initiale en début de projet et finales en fin de projet indiquent bien une augmentation de la proportion des mères allaitant exclusivement leurs nourrissons âgés de moins de six mois, de 34 % à 62 % au cours de la période du projet, dépassant l'objectif des 44 %. Cependant, les données disponibles montrent très peu de changement au niveau national : 34,1 % en 2005, 39,0 % en 2010-2011, 37,5 % en 2012-13 et 33 % en 2014. La proportion de femmes enceintes effectuant au moins quatre visites de soins prénatals a augmenté d'un taux de référence de 39 % (données nationales EDS pour 2005, USAID 2006) à 51 % (LQAS en fin de projet), atteignant l'augmentation ciblée des 30 %. Les zones d'intervention affichent des taux légèrement supérieurs à ceux fournis par les données nationales EDS pour 2014 (48 %) et 2015 (47 %). Les visites sur le terrain ont bénéficié de discussions avec les mères ou les clients du programme communautaire. Ces derniers ont noté que le programme les a informés et encouragés à adopter des pratiques améliorées d'alimentation des nourrissons et des enfants. Et ils ont encore affirmé que leurs enfants plus jeunes n'atteindraient jamais le seuil de malnutrition de leurs enfants plus âgés, certains ayant été examinés pendant un dépistage de malnutrition aiguë et ayant reçu un traitement grâce au programme.

4.28 Les résultats concernant les enfants étaient bons. Quatre-vingt-un pour cent d'enfants de moins de deux ans ont affiché un gain de poids adéquat, dépassant l'objectif des 75 %. Ce taux déjà élevé a continué de s'améliorer : 82 % en 2012, 83 % en 2013, 83 % en 2014 et 84 % en 2015. En 2012, la CLM a mené une enquête anthropométrique nationale SMART (Suivi et évaluation normalisés des [phases de] secours et de la transition), laquelle a enregistré une réduction continue de la malnutrition chronique, avec un taux de 16 % pour 2012. Ce taux de malnutrition chronique est le plus faible observé à ce jour en Afrique subsaharienne. Bien que les tendances nationales soient positives dans l'ensemble, les progrès au niveau du pays sont plus lents que ceux réalisés dans les zones d'intervention (voir annexe D, figures D.1, D.2 et D.3).

OBJECTIF 2

4.29 L'objectif 2 était de réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres, en procédant à des transferts d'espèces aux mères d'enfants vulnérables de ce groupe d'âge.

4.30 La réalisation de l'objectif 2 a été jugée **élevée**.

⁶² L'estimation de fin de projet, pour l'année complète, a comporté des données de production du quatrième trimestre de 2011 et des trois premiers trimestres de 2012.

4.31 **Entrants.** Le transfert pilote d'espèces a été mis en place et exécuté avec succès. Les agents locaux de services de paiement avec une forte présence locale ont été engagés pour verser les paiements aux bénéficiaires dans les districts ciblés. Dans les zones difficiles à atteindre, des unités mobiles ont été créées pour les desservir. Le projet a également investi dans la conception et la mise en œuvre d'une stratégie de communication élaborée, liée aux transferts d'espèces, articulée autour de : grandes rencontres communautaires animées par des discussions, des chansons et du théâtre ; éducation en groupe ; réunions d'orientation et de prise de décision avec les autorités locales ; et conseils et autres formes de communication interpersonnelle.

4.32 **Résultats et Résultats intermédiaires.** Le processus de ciblage a été efficace, plus de bénéficiaires que prévu ont été atteints et tous ont pratiquement reçu les services prévus. Seuls 2,5 % des bénéficiaires sélectionnés n'ont pas satisfait aux critères d'éligibilité (erreurs d'inclusion), un pourcentage très inférieur à l'objectif du projet des 20 %. Il s'agit là d'un indicateur important révélateur d'un mécanisme très fiable de conception, vérification, mise en œuvre et ciblage.⁶³ À la fin de la deuxième année de mise en œuvre, tous les transferts ont été effectués par des agents locaux de services de paiement. Les transferts d'espèces aux mères d'enfants vulnérables et le système de ciblage communautaire ont été adoptés par l'État. Le nombre de bénéficiaires (mères d'enfants âgés de moins de cinq ans) recevant les transferts en espèces était de 54 512 mères (Système de suivi du projet CLM, données pour 2012) dépassant l'objectif des 50 000 mères. On estime qu'au moins 300 000 personnes ont bénéficié de ces transferts, y compris les personnes vivant dans les ménages des mères bénéficiaires. Pratiquement tous les bénéficiaires (96 %) ont reçu tous les transferts d'espèces prévus. Un résultat nettement plus élevé que l'objectif fixé des 80 %.

4.33 L'évaluation des bénéficiaires a documenté une bonne utilisation des sommes transférées (CLM 2012a). Plus des trois quarts (77 %) des mères ont dépensé une partie des sommes pour leur(s) enfant(s) de moins de cinq ans et 22 % ont dépensé la totalité des sommes exclusivement pour leur(s) enfant(s). Six pour cent ont consacré une partie des sommes à une activité génératrice de revenus. Par ordre de fréquence, les sommes des transferts ont été destinées au type de dépenses suivantes : alimentation (99 %) ; vêtements de/des enfant(s) (77 %) ; soins de santé et médicaments (70 %) ; chaussures de/des enfant(s) (66 %) ; et don d'une partie du transfert à une autre personne (27 %). Ceci a confirmé l'hypothèse du projet (sur la base d'informations fiables), à savoir que les transferts d'espèces sans condition ont été utilisés à bon escient pour les besoins auxquels ils étaient destinés.

4.34 L'évaluation d'impact a révélé que les transferts d'espèces ont eu un effet positif sur la nutrition et le bien-être des enfants dans les ménages ciblés (Institut Fondamental d'Afrique Noire) La proportion des ménages dans lesquels les enfants ont reçu au moins quatre repas ou collations par jour est passée de 26 à 54 % pour les ménages bénéficiaires, par rapport à une augmentation plus modeste des ménages de groupes témoins (de 21 à 37 %). L'insécurité alimentaire en général est restée pratiquement inchangée (31 % avant et après les interventions) pour les ménages bénéficiaires, par rapport à une aggravation de l'insécurité alimentaire des ménages des zones témoins (de 35 à 42 %). Les avantages pour la santé des ménages

⁶³ Une combinaison de cibrages par région géographique, catégorie et communauté a été utilisée. La CLM a effectué une analyse détaillée du mécanisme appliqué dans le cadre du projet, et ce sont ces résultats très positifs qui ont permis l'adoption par le Gouvernement du Sénégal du système de transferts d'espèces à l'étude.

bénéficiaires par rapport aux ménages des zones témoins ont également été observés : les cas de diarrhée ont diminué, tandis que la probabilité pour les enfants de posséder un carnet de vaccination et d'être vaccinés régulièrement a été légèrement plus élevée. L'évaluation d'impact souligne une augmentation significative (de 36 % à 60 %) du nombre de femmes participant à des séances d'information nutritionnelle et d'éducation après avoir reçu des transferts d'espèces, mais pas d'augmentation dans les zones témoins. L'évaluation des bénéficiaires a révélé une bonne utilisation des sommes.

Efficiences

4.35 L'efficacité est jugée comme **appréciable**.

4.36 **Efficacité économique et Rentabilité.** Pour la composante Nutrition communautaire, les discussions sur l'efficacité du PRN II du chapitre 3 sont ici valides, lesquelles mettent en évidence le coût annuel faible d'environ 5 dollars EU par enfant. Cette section se concentre donc sur la nouvelle composante des transferts d'espèces. Bien que ni le document du projet d'urgence (Banque mondiale 2009c) ni le rapport ICR (Banque mondiale 2013b) ne comportent une analyse économique ou financière, la conception du projet contenait des caractéristiques spécifiques qui ont contribué à améliorer l'efficacité du projet.

4.37 **Efficacité opérationnelle et de mise en œuvre.** Seuls 2,5 % des bénéficiaires sélectionnés n'ont pas satisfait aux critères d'éligibilité (erreurs d'inclusion) par rapport à l'objectif des 20 %. L'efficacité technique a été solide. Le projet comprenait des interventions nutritionnelles parmi les plus rentables qui soient (communication, dépistage, protocoles simples de traitement). La gestion du projet pour les éléments du PRN s'est fondée sur les structures nationales existantes et les partenariats solidement établis au niveau local. La structure de gestion du transfert en espèces a été légère, intentionnellement, représentant seulement 3 % du coût total du projet.

Notations

RESULTAT DE PROJET

4.38 Le résultat du projet est **très satisfaisant**. La pertinence de l'objectif est élevée, l'ODP a concentré ses efforts sur la résolution de problèmes immédiats, et sur la résilience pour se prémunir des futurs chocs de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. La pertinence de la conception est également élevée, car les interventions et les approches reposent sur les meilleures pratiques et leçons tirées de l'expérience du programme. Le premier objectif a été réalisé de manière appréciable, le PRN ayant touché environ 65 % de la population ciblée. La réalisation du deuxième objectif a été jugée élevée, les transferts d'espèces atteignant 96 % des bénéficiaires avec tous les paiements prévus et peu d'erreurs d'inclusion. En outre, les sommes ont effectivement servi aux investissements destinés à la nutrition et à la protection des enfants avec des effets positifs sur leur santé et leur bien-être. L'efficacité de ce deuxième objectif a été rigoureusement pesée, car il constitue le principal rouage de cette opération d'urgence. L'efficacité était appréciable. Le projet a mis à profit les institutions existantes et a primé la simplicité pour la création des nouvelles, et les interventions ont été coût-efficaces.

RISQUE POUR LE RESULTAT DE DEVELOPPEMENT

4.39 Le risque pour le résultat de développement est **important**.

4.40 Pour la composante Nutrition communautaire, l'évaluation du risque pour le résultat de développement du PRN (voir paragraphe 3.40) s'applique ici car le calendrier de cette composante se situe dans la durée du projet. Le transfert pilote d'espèces s'est révélé être un moyen efficace et peu coûteux qui peut s'ajouter à l'arsenal des instruments de l'État pour atténuer les risques économiques futurs en cas de crise. Reste à voir s'il deviendra effectivement un instrument de filets de protection sociale permanent et s'il est vraiment abordable. Le soutien du PRN se poursuit avec le financement de l'État et des PTF. La CLM continue de jouer son rôle vital dans la coordination de la politique de nutrition et de point de départ du dialogue de cette politique de nutrition avec les PTF grâce à ses capacités techniques et organisationnelles solides. La Banque mondiale poursuit également son dialogue sur les politiques de santé, nutrition et filets de protection sociale avec le Gouvernement du Sénégal en général (et avec la CLM en particulier) grâce à son portefeuille d'assistance technique, de travaux d'analyse et de projets (planifiés et en cours).

4.41 Les programmes de protection sociale occupent une place prépondérante dans l'agenda politique et des dispositions d'allocations budgétaires ont été prises pour poursuivre ces opérations. En outre, la Banque mondiale continue de fournir un financement IDA à la mise en œuvre de politique de protection sociale. L'analyse de la CLM sur l'importance des mécanismes de ciblage et la distillation d'enseignements tirés des expériences a servi à ajuster et guider les programmes de filets de protection sociale. Un défi majeur réside dans la coordination des nombreuses institutions publiques, une grande majorité d'entre elles possédant des capacités limitées—si ce n'est quasi-inexistantes—pour gérer des mécanismes de filets de protection sociale ou de transfert d'espèces. Les plans de l'État pour une troisième phase du PRN positionneront la CLM au centre d'un nouveau partenariat pour le développement de la nutrition et renforceront encore davantage le rôle qu'elle joue dans la coordination et la gestion des politiques.

PERFORMANCE DE LA BANQUE MONDIALE

4.42 La performance de la Banque mondiale est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble.

4.43 La qualité à l'entrée est jugée **satisfaisante**. Il convient ici de complimenter la Banque pour les efforts qu'elle a déployés afin d'organiser une opération d'urgence visant à lutter contre l'insécurité nutritionnelle au Sénégal, surtout si l'on considère le sous-financement PPE. Le projet a porté sur le bien-être de l'enfance et, plus précisément, a répondu aux risques nutritionnels auxquels étaient exposés les enfants en raison des chocs climatiques et de la crise alimentaire mondiale. Il comportait une intervention rapide au titre de la Politique opérationnelle 8.0. Une enquête préliminaire a fourni les informations nécessaires à la sélection des districts à cibler pour des interventions intensifiées, et un dépistage au niveau communautaire destiné aux enfants a été entrepris avant le lancement du projet. La conception a reposé sur le succès du PRN dont elle en a étendu la portée et dont la performance avait déjà satisfait aux normes internationales pour avoir atteint les seuils adéquats de bonne santé chez les enfants. La conception du mécanisme des transferts d'espèces a pu s'appuyer sur les vastes connaissances locales de l'expérience du PRN pour identifier les risques et incorporer des mesures d'atténuation à celle-ci. Un système fiable de suivi de projet existait déjà pour le PRN,

qui a permis de combiner les données des suivis et celles d'études d'évaluation indépendantes pour mesurer les résultats. Le projet devait être exécuté par la CLM, laquelle était déjà occupée avec la mise en œuvre du PRN. Avec l'introduction des transferts d'espèces, l'accent s'est porté sur des comptes rendus, un flux de fonds et des processus d'audit adéquats. Il y a eu un léger retard au niveau du Service des prêts de la Banque mondiale pour mettre en place et activer le Fonds d'affectation spéciale qui devait être décaissé avant les fonds IDA. Ce petit contretemps a retardé le démarrage de la mise en œuvre.

4.44 La qualité de la supervision est jugée **très satisfaisante**. Le processus de supervision a été caractérisé par une collaboration étroite entre la CLM et l'équipe de la Banque mondiale. La Banque a fourni une assistance technique et a encouragé la CLM à concevoir ses propres solutions aux problèmes d'exécution. Il s'est avéré, au cours de la mise en œuvre, que l'agent local de services de paiement pour les transferts en espèces ne possédait pas une couverture suffisante pour desservir toutes les zones ciblées ; ceci a retardé l'exécution de cette intervention et a exigé une extension du projet d'environ huit mois, mais ce retard a été en définitive un investissement dans une opération organisée d'urgence, qui cherchait toujours à tester son transfert pilote d'espèces. La réussite du programme à parvenir à toucher même les populations les plus éloignées a permis de démontrer la viabilité et la portée du programme. Le système de compte rendu interne de la Banque mondiale et les aide-mémoires documentent les nombreuses consultations avec les parties concernées, qui se sont concentrées sur les résultats et l'apprentissage par la pratique.

PERFORMANCE DE L'EMPRUNTEUR

4.45 La performance de l'Emprunteur est jugée **satisfaisante** dans l'ensemble.

4.46 La performance du Gouvernement est jugée **satisfaisante**. L'engagement de l'État à l'ODP a été et reste toujours ferme. La nutrition de l'enfant a été depuis plus d'une décennie une priorité majeure qui s'est reflétée dans les stratégies sociales et de lutte contre la pauvreté du Sénégal. Le Gouvernement a développé et maintenu le PRN—un mécanisme novateur et ingénieux tourné vers la communauté—pour poursuivre cet objectif. Le PRN rallie la participation proactive de tout un ensemble d'acteurs publics et privés impliqués tant au niveau national que régional, départemental que local, et il bénéficie du soutien des PTF. Au cours de la préparation et de la mise en œuvre du projet, l'État a fourni un soutien continu à travers le cabinet du Premier ministre. Tel qu'il est documenté aux paragraphes 3.46 et 3.47, des plus hauts niveaux du Gouvernement aux secteurs pertinents aux autorités locales, tous se sont engagés à assurer le succès du PRN et tous se sont de plus en plus impliqués dans sa mise en œuvre. La retenue des données par les agents de santé en grève en 2010-2013 a été un geste de protestation.

4.47 La performance de l'Agence d'exécution est jugée **très satisfaisante**. Le calendrier de ce projet cadre avec la durée (plus longue) du PRN II, de sorte que les performances très satisfaisantes de la CLM décrites aux paragraphes 3.48-3.49, s'appliquent ici. La performance de la CLM pour la nouvelle composante des transferts d'espèces a été aussi très satisfaisante. Elle a contribué à la recherche de mécanismes pragmatiques pour ce système de paiement d'espèces. La sélection de l'agent local de services de paiement pour gérer la distribution des transferts en espèces a été bien exécutée et suivie de manière rigoureuse pendant la mise en œuvre. Lorsqu'il a fallu à l'agent local de services de paiement plus de temps que les 15 jours

convenus pour procéder à la vérification du solde des transferts et soumettre le rapport d'exécution pour les régions concernées, la CLM a formé une équipe pour aider au processus de vérification du solde des transferts et de soumission des rapports dans les délais impartis.

SUIVI ET ÉVALUATION

4.48 La qualité du suivi et de l'évaluation est considérée comme **appréciable**.

4.49 La conception du suivi et de l'évaluation a reposé sur le système bien établi de suivi et d'évaluation du PRN. Pour garder leur conformité avec la solide conception du PRN (mise en œuvre au même moment que cette opération) et aux objectifs du programme PRN, les indicateurs de résultats ont cherché de manière appropriée à suivre les progrès de l'expansion de la couverture du programme (pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans atteints par le programme de nutrition) et du changement de comportement (augmentation du nombre de mères allaitant leurs nourrissons exclusivement au sein). Les indicateurs de résultats intermédiaires du projet ont correspondu à ceux déjà suivis par le PRN (et ceux de la Phase II de la Banque mondiale) : indicateurs de prestation de services, gains de poids chez les enfants âgés de moins de deux ans, changement des comportements critiques, mesures de fortification des aliments, participation des autorités locales. Les bases de données de référence et les cibles ont été précisées. Le manque de spécificité de l'indicateur de couverture a représenté une petite lacune.⁶⁴

4.50 Les nouveaux indicateurs ajoutés à la composante des transferts en espèces ont été également adéquats pour suivre les résultats du programme et du processus : nombre de bénéficiaires ; erreurs d'inclusion ; dans laquelle mesure ces bénéficiaires ont-ils reçu les prestations ; à quel degré les paiements ont-ils été effectués par les entités locales ; ainsi que le développement et l'adoption par l'État d'un système de transfert d'espèces dans le cadre de sa stratégie de protection sociale. Les systèmes et processus établis de suivi et d'évaluation assureront la transparence, la disponibilité des données de performance et leurs discussions à tous les niveaux du système en vue de soutenir et encourager l'apprentissage par la pratique. Deux types d'évaluation pour la composante des transferts d'espèces ont été envisagés : une évaluation de processus axée sur le système de fourniture des services, la satisfaction des bénéficiaires, l'utilisation des services, la validité du ciblage et l'efficacité de la communication ; et une évaluation d'impact axée sur les facteurs positifs externes au projet, comme les aliments pour les ménages et la consommation de sel iodé, l'enregistrement des naissances, les soins prénatals et les vaccinations. Des enquêtes LQAS de référence conduite en début d'interventions et tous les six mois ont également été envisagées.

4.51 **Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation.** Grâce au système bien établi de suivi et d'évaluation du PRN, les données recueillies tous les mois ont permis de suivre attentivement les progrès des activités au niveau communautaire, la qualité des services, les indicateurs de

⁶⁴ L'indicateur de résultat suit la proportion de la population cible (enfants âgés de moins de cinq ans) bénéficiant du programme de nutrition communautaire (base de données de référence : 22 %, objectif : 65 %). Toutefois, différents groupes d'âge ont été ciblés pour différentes interventions et par conséquent (en raison du sous-financement) les villages de moins de 1 000 habitants ont reçu un nombre réduit d'interventions, lesquelles ont également été moins fréquentes, que les villages de plus de 1000 habitants. En outre, le programme visait à étendre les interventions à des populations plus éloignées, plus difficiles à atteindre ainsi qu'à intensifier les activités là où il intervenait déjà. Une plus grande précision dans la mesure de ces différents types d'interventions—expansion d'activités et expansion de la couverture du programme—aurait apporté plus de certitude et de clarté.

résultats et les coûts. Le système intègre également le suivi des progrès des secteurs de la santé et de l'éducation en se rapportant aux plans convenus. Les données sont de bonne qualité et les rapports ont été achevés en temps voulu. Cette bonne performance de la mise en œuvre est due en grande partie aux rôles des AEC qui ont suivi attentivement les activités ; à une forte demande des parties concernées à tous les niveaux du système, habituées et très intéressées par les performances dans leurs zones respectives ; au soutien technique et aux capacités de gestion de la CLM (y compris du BEN et de ses bureaux régionaux) qui a reposé sur des preuves solides et s'est concentrée sur l'apprentissage en continu. La CLM a réussi de manière créative à relever les défis de suivi et d'évaluation liés à la grève des districts de santé qui ont conservé les données qu'ils ont recueillies (voir paragraphe 3.48). De nouveaux outils ont été intégrés au système de suivi et d'évaluation pour suivre les transferts d'espèces qui se sont révélés efficaces, ainsi que leurs performances. Un certain nombre d'études d'évaluation ont été conduites pour mettre à profit l'expérience et les leçons tirées du projet de transfert d'espèces: une évaluation d'impact (comparaison des données de référence initiales et des données finales) dans les zones d'intervention et dans les zones témoins sélectionnées au hasard; une évaluation des processus qui a analysé l'efficacité des paiements en espèces aux bénéficiaires, l'utilisation des services et la validité du processus de ciblage; et une évaluation sur la satisfaction des bénéficiaires de l'intervention. Aucune évaluation d'impact rigoureuse n'a été effectuée pour le PRN étant donné qu'une évaluation avait déjà été effectuée en 2004-06 pendant la Phase I du PRN.

4.52 Utilisation du suivi et de l'évaluation. Les données produites par le Système de suivi du PRN et les enquêtes afférentes ont permis de suivre les résultats du projet et servent encore à évaluer si certains aspects de la conception du PRN ont besoin d'être réorientés. Des observations régulières sont fournies aux acteurs régionaux. Les données sur les transferts en espèces servent à évaluer les processus, l'impact et la satisfaction des bénéficiaires afin d'ajuster les éléments du programme, si nécessaire.

5. Une décennie de soutien en perspective

Résultats du programme de 10 ans : une vue d'ensemble

5.1 Les chapitres 2, 3 et 4 ont documenté le succès de chacun des trois projets : l'un, ayant produit un résultat parfaitement satisfaisant et les deux autres, des résultats très satisfaisants. Mais les évaluations individuelles de chaque projet ne donnent pas une idée complète des expériences et leçons tirées des 15 dernières années. Il faut jeter un regard d'ensemble sur ces investissements pour découvrir les aspects et messages clés qu'ils recèlent.

5.2 En premier lieu, il faut admettre que la majorité des résultats ciblés et des objectifs du PPE sur 10 ans (qui correspondaient également aux résultats ciblés et objectifs du PRN du Sénégal) n'ont pas été réalisés. L'insuffisance pondérale chez les enfants a été réduite, mais pas de 40 %; l'insuffisance pondérale sévère a également été réduite mais pas à moins de 1 %; la carence en vitamine A n'a pas été éliminée; et parce que les taux de malnutrition n'ont affiché qu'une baisse modeste à l'échelle nationale (voir annexe D, figures D.1, D.2 et D.3), il y a de fortes chances pour que leur impact sur les tendances d'un déclin du taux de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans soit insignifiant.

5.3 En deuxième lieu, la principale raison pour laquelle les objectifs du programme de 10 ans ne se sont pas réalisés en dépit de la bonne performance des trois projets tient à la couverture du programme. Le PPE visait initialement une couverture du PRN à l'échelle nationale du Sénégal. Mais ces objectifs ont été considérablement révisés à la baisse lorsque la Banque mondiale a réduit son financement. Les projets ont bien fonctionné dans leurs zones d'intervention, ce qui s'est traduit par l'acquisition de plus grandes connaissances, l'adoption de pratiques et de comportements plus sains, et l'amélioration des résultats nutritionnels. Mais même si ces zones d'intervention ont englobé les 14 régions et 45 départements du pays, leur couverture n'a pas été suffisante pour atteindre les communautés à risque (au sein même de ces régions et départements) et donc, de produire les améliorations significatives de résultats nutritionnels anticipés au niveau national.

5.4 En troisième lieu, les contributions stratégiques et techniques de la Banque mondiale au PRN ont été très applaudies, mais la rétraction de son engagement à fournir un soutien financier et technique aux trois phases complètes du programme au titre du PPE, a été un facteur d'échec pour l'objectif d'étendre la couverture à un niveau susceptible de produire des effets significatifs à l'échelle nationale. En effet, le travail sur le terrain et les entretiens ont révélé que les contraintes financières ont non seulement limité le nombre de zones d'intervention que le PRN a pu supporter, mais ont également eu des retombées sur la fréquence et l'intensité des interventions. Déjà dans la conception de la Phase II, la décision avait été prise que les villages de moins de 1 000 habitants recevraient des interventions moins fréquentes (tous les trois mois) que les villages de plus de 1 000 habitants (tous les mois). Des visites sur le terrain ont également révélé—pour l'anecdote—que certains sites de nutrition étaient même fermés et que d'autres ont réduit leurs activités, en particulier en prévision de l'arrêt du financement de la Banque mondiale. Des inquiétudes ont été exprimées que des interventions (très efficaces) de suivi et de promotion de la croissance pourraient ne plus être abordables.

5.5 En quatrième lieu, bien que la Banque mondiale ait été la principale source de financement externe du PRN, certaines activités de nutrition reçoivent un soutien technique et financier d'un nombre croissant de PTF, outre le soutien financier de l'État. Une récente enquête auprès des PTF soutenant des initiatives de nutrition au Sénégal (commandée par la CLM et entreprise par REACH [voir note 55 en bas de page] a constaté deux aspects importants :

- Le soutien de tous ces partenaires n'aboutit pas à une couverture adéquate, à l'échelle nationale, des catégories critiques de populations à risque (femmes et enfants) ciblées pour recevoir un ensemble de services communautaires de base, coût-efficaces, convenables pour traiter le(s) type(s) de malnutrition dont elles souffrent. Comme illustré au tableau D.7 de l'annexe D, le PRN, avec le soutien de tous ses partenaires, couvre tous les 14 régions et 45 départements du pays. Il existe une présence forte mais inégale des partenaires dans chacune des régions—12 partenaires à Ziguinchor et 21 à Tambacounda. Pourtant la couverture des groupes ciblés pour des interventions clés est encore modeste (annexe D, tableau D.8).
- Ceci révèle que les interventions et l'intensité du soutien s'alignent dans une certaine mesure avec les besoins des régions : les taux élevés (> 30 %) de malnutrition chronique dans les régions de Tambacounda et Kolda, par exemple, semblent correspondre au fort

soutien qu'elles reçoivent. Mais il y a place à l'amélioration, si l'on considère que certaines régions du sud enregistrant des taux de malnutrition chronique aussi élevés (Ziguinchor, Sedhiou et Kedougou) reçoivent un soutien plus léger que d'autres régions aux taux de malnutrition chronique moins élevés.

5.6 Certains pourraient interpréter ces résultats comme des faiblesses du programme. Mais cette évaluation, elle, reconnaît les efforts proactifs de la CLM dans la mise en place de cette enquête aux fins de recueillir des informations qui permettront de renforcer l'efficacité et l'efficacéité du programme. En effet, ceci a été la marque distinctive du style de gestion de la CLM—une gestion excellente, transparente qui ne cesse de rechercher des opportunités d'apprendre et d'améliorer grâce à la collecte, le partage, l'analyse et l'utilisation de données probantes. Et il est opportun de le signaler étant donné que le Sénégal se prépare à mettre en œuvre un nouveau programme de nutrition de 10 ans.

5.7 En conclusion, le PRN mérite sa solide réputation de programme bien géré, basé sur des données probantes, axé sur la communauté qui a géré et démontré son efficacité dans les zones d'intervention qu'il a ciblées, et qui a réussi à étendre sa couverture, même si celle-ci ne l'a pas été au niveau initialement anticipé. Il serait ici utile de porter un éclairage sur le succès et l'expérience du PRN afin que d'autres pays cherchant à mettre en œuvre ou à renforcer des programmes visant à améliorer l'état nutritionnel de leurs populations respectives puissent en bénéficier. En outre, cette évaluation révèle à la CLM et à ses partenaires des opportunités d'améliorer continuellement et toujours davantage les performances et les résultats du programme. Les forces et les défis du PRN sont brièvement examinés ci-dessous.

Une réputation bien méritée

5.8 Parmi les caractéristiques nombreuses et solides du programme, cette évaluation met tout particulièrement trois en évidence, lesquelles ont été le produit d'un excellent travail de conception et d'efforts de réglage continu au cours des 15 dernières années. Elles se portent sur la fourniture de services, une approche de plus en plus multisectorielle et une communication pour encourager le changement de comportement.

5.9 **Fourniture des services.** Le programme a mis en place une structure institutionnelle et organisationnelle de premier ordre axée sur les services communautaires répondant aux besoins des groupes ciblés et qui rassemble les rôles, responsabilités et avantages comparatifs d'un éventail d'acteurs et d'intervenants. L'encadré 5.1 énumère les caractéristiques et les nombreux bénéfices de la fourniture des services de nutrition que le programme s'efforce de promouvoir, lesquels ont été observés de près par la mission d'évaluation qui les a considérés comme les éléments de bonnes pratiques essentiels au succès du programme. Les relais communautaires méritent d'être particulièrement reconnus pour le travail acharné et le dévouement inlassable dont ils font preuve, se tenant en première ligne pour fournir les services qui permettront d'enrayer la malnutrition et de traiter les enfants et les mères qui en souffrent.

5.10 Une approche multisectorielle a vraiment pris racine. Le projet de la Phase I a pris la décision judicieuse et stratégique de limiter son soutien initial à deux secteurs : la santé et l'éducation. Le projet a réussi à renforcer les capacités de ces secteurs et à les impliquer dans des activités d'importance capitale pour lesquelles ils possèdent un avantage comparatif. Le secteur de la santé contribue maintenant de plusieurs façons à l'agenda de la nutrition, notamment en préparant et en veillant à l'application des normes de service; en assurant la

formation, la supervision et le soutien aux relais communautaires dans la fourniture des services; en renforçant les messages sur la santé et la nutrition aux relais communautaires; et en prenant en charge les cas de malnutrition aiguë sévère qui leur ont été envoyés par les agents de santé et autres membres de la communauté. Le secteur de l'éducation fournit des micronutriments et des services de déparasitage aux écoliers, communique les messages sur la santé et la nutrition aux élèves et à leurs familles, mobilise des efforts pour l'éducation des filles et sert de véhicule pour promouvoir les messages et les programmes du PRN dans les communautés. Lorsque les autorités locales sont devenues plus proactives dans leurs responsabilités de financement, coordination et mise en œuvre du programme de nutrition, et qu'elles ont mieux compris les objectifs du PRN, un nombre croissant de secteurs se sont davantage impliqués et investis dans le programme. Les visites sur le terrain ont démontré comment ce changement d'attitude s'est opéré et a pris racine. Les autorités locales n'ont pas manqué d'éloquence pour exprimer leurs appréciations des progrès réalisés par le PRN à ce jour, mais ils ont tout de suite ajouté que d'autres secteurs devaient également s'impliquer davantage, en particulier le secteur des services d'eau potable et d'assainissement. Un agent de vulgarisation agricole qui a été interrogé a manifesté très fortement son sens des responsabilités quand il a mentionné qu'il fournissait aux mères les meilleures graines (résistantes à la sécheresse) pour leurs jardins familiaux ; il a aussi déclaré que s'il voyait un enfant mal nourri dans sa région, c'était signe qu'il ne faisait pas bien son travail. Les agents d'élevage sont devenus essentiels aux troupeaux des villages et des familles qu'ils examinent au cours de fréquentes tournées pour s'assurer que les chèvres sont bien prises en charge, en bonne santé, et ont reçu toutes les vaccinations nécessaires, soignant les chèvres malades et cherchant à améliorer la race. Les bénéficiaires interrogés ont en effet exprimé leur appréciation au soutien multisectoriel du projet (soutien aux jardins potagers, aux projets d'élevage familial et aux transferts en espèces), qui a joué un rôle décisif en leur donnant la possibilité de mettre en pratique les connaissances qu'ils ont acquises et d'adopter les comportements promus par le programme.

Encadré 5-1. Les Caractéristiques de la Fourniture des services du PRN

- Les services sont liés à un objectif clair autour duquel tous les fournisseurs de services sont unis et pour lesquels les clients font preuve d'une forte appropriation et appréciation.
- L'utilisation des services et l'application des connaissances par les clients ciblés sont encouragées et facilitées grâce à une bonne compréhension et une forte implication de la part des acteurs locaux clés.
- Les rôles, responsabilités et complémentarités de tous les acteurs et parties concernées sont clairs et compris par tous et leurs synergies pleinement exploitées.
- La salle fournie sert à appuyer et encourager l'innovation dans la définition des priorités et la fourniture des services.
- Les normes de fourniture des services sont établies, claires, respectées et validées par un soutien technique et des données probantes.
- La pyramide des services est inversée, plaçant les clients au sommet. Les fournisseurs de services sont responsables envers les clients (et envers les autorités qui les représentent), et la CLM et les décideurs politiques jouent un rôle de soutien.
- Une bonne gouvernance imprègne tous les niveaux du programme et toutes les dimensions du cycle de gestion stratégique (en commençant par et en finissant avec le suivi et l'évaluation pour l'apprentissage, la prise de responsabilité et l'amélioration des services).
- Une gestion de programme transparente et crédible, soutenue par des communications intensives et récurrentes; une validation, des discussions et une utilisation des données pour la prise de décision au moment de la collecte; des réunions périodiques ascendantes pour permettre des évaluations franches de la performance du programme et pour apporter des améliorations continues ; une participation des autorités locales traditionnelles et des chefs d'opinion; et une forte appropriation des objectifs par les autorités locales.
- Une solide interface est assurée entre les services techniques au niveau local et les acteurs et parties concernés au niveau communautaire grâce à des contrats passés avec des ONG qui possèdent à la fois une expertise technique et la confiance des communautés. Les modalités de contrats ont évolué, depuis le premier projet où les contrats étaient passés directement entre les ONG et le PRN, pour maintenant inclure trois signataires (ONG, PRN et collectivités locales responsables du financement et de la mise en œuvre des interventions de nutrition dans le cadre de la politique de décentralisation).
- Des structures communautaires composées de membres choisis par la communauté pour des actions de dépannage, résolution de problèmes, définition des priorités et ciblage des services, fournissant un environnement propice, une gestion basée sur des données probantes et un apprentissage qui permettent aux communautés d'agir là où elles ont un avantage comparatif.
- Les communautés choisissent des relais communautaires fiables, respectés et responsables pour fournir les services prévus.
- Une focalisation novatrice et originale centrée sur la viabilité et durabilité des services permet de réfléchir et d'explorer les moyens de rémunérer adéquatement les relais communautaires.
- « L'intégrité horizontale » des institutions et des acteurs assure la coordination des acteurs à chaque niveau du programme grâce à un suivi conjoint du financement et de la performance des interventions, favorisant ainsi une approche de plus en plus multisectorielle.
- « L'intégrité verticale » des institutions et des acteurs assure la collaboration et la circulation des ressources dans les deux sens—vers le haut et vers le bas du système pour assurer la fourniture de services de qualité.
- Un leadership solide de programme délègue les responsabilités aux niveaux ou aux acteurs les plus proches des populations cibles, puis les soutient, n'intervenant uniquement quand les problèmes rencontrés ne peuvent être résolus au niveau local.
- Les systèmes et les structures supportent un processus participatif d'apprentissage et de réglage institutionnalisé à tous les niveaux du programme.

Source : Compilation des observations directes de la mission d'évaluation, des visites sur le terrain et d'autres évaluations.

5.11 Une réunion avec les points focaux de tous les ministères sectoriels et les organismes publics, membres de la CLM représentant tous les secteurs pertinents, a révélé que l'engagement à une approche multisectorielle est solide et même croissant. En effet, de nombreux répondants (à l'intérieur comme à l'extérieur de la CLM) ont indiqué que la

conception et mise en place de cette approche multisectorielle n'était rien de moins que révolutionnaire. Pour les secteurs, les contributions sont de moins en moins une question d'argent reçu mais plus une prise de conscience de leur part qu'il s'agit là d'un objectif national pour lequel chacun a reçu un mandat et des responsabilités dont il doit s'acquitter. De plus, cette réunion a permis d'identifier des plans et possibilités de travail en commun, par exemple, entre l'agriculture et l'industrie, et l'industrie et le commerce, notamment. Quand on songe qu'au moment de la création de la CLM, c'était à contrecœur que les points focaux ont assisté aux réunions, on ne peut maintenant que se réjouir de cette réunion qui représente une véritable réforme sur la manière dont le forum fonctionne maintenant. La demande est unanime pour continuer ces réunions qui ont évolué pour revêtir un caractère de plus en plus technique, opérationnel, créatif et entrepreneurial et moins institutionnel. Un large consensus existe qui reconnaît que le développement d'un nouveau plan stratégique en cours est un instrument important, offrant des opportunités de poursuivre cette évolution. Plutôt que de préparer (tout simplement) des plans sectoriels pour leur insertion dans un plan de nutrition multisectoriel, chaque secteur voit maintenant ses contributions à la nutrition comme faisant partie intégrante de ses propres plans sectoriels.

5.12 Interventions pour le changement de comportement. La communication pour le changement de comportement a été conçue dès le début sur la base d'études documentant les connaissances, croyances et pratiques locales pouvant exercer une influence négative sur la santé et la nutrition des mères et des enfants. Au cours de la mise en œuvre, et grâce à l'apprentissage par la pratique axé sur les résultats, des ajustements ont été apportés à mesure de l'expérience acquise. Les efforts de communication n'ont pas uniquement consisté à envoyer des messages, mais également à être à l'écoute des populations ciblées. Il faut non seulement examiner les connaissances et comportements mais aussi comprendre d'où ils viennent—theurs origines, leurs racines et les raisons qui les sous-tendent. Un comportement n'est pas susceptible de changer s'il est profondément ancré dans la religion, la tradition et la culture. L'implication des chefs et guides religieux, traditionnels et culturels s'est révélée une approche efficace à la fois pour mobiliser les populations à assister aux séances d'éducation et pour encourager le changement de comportement. La participation et le soutien d'autres personnes ayant une forte influence sur le comportement des mères ont été également importants—belles-mères et maris en particulier. Mais le changement de comportement dépend aussi de facteurs autres que les connaissances et le soutien de la communauté et de la famille. Certains comportements ne peuvent changer qu'accompagnés de moyens. Au cours de toutes les visites sur le terrain, les bénéficiaires ont été unanimes pour dire que la bonne alimentation des enfants et leurs soins de santé de base ont été grandement facilités par les projets de jardins potagers, d'élevage familial, de stockage du grain et par les transferts en espèces. Les discussions en groupe sur les données ont également fortement encouragé le changement de comportement. Les tendances documentées dans les courbes de croissance individuelle (bonnes et mauvaises), puis discutées en groupe, ont incité les mères à adopter des pratiques pour améliorer les trajectoires de croissance de leurs enfants.

Défis et Opportunités

5.13 Le succès du PRN (y compris sa gestion efficace par la CLM) et la grande priorité donnée à la lutte contre la malnutrition au Sénégal (et ailleurs) ont attiré les aides d'un grand nombre de PTF soutenant des initiatives de nutrition, certaines acheminées à travers le PRN et la CLM, d'autres pas. D'après une récente enquête, plus de 50 partenaires soutiendraient actuellement des initiatives de nutrition au Sénégal, avec une forte présence de multiples partenaires dans chacune des 14 régions. Bien qu'ils appuient tous des objectifs de politique de nutrition, leurs actions ne sont pas entièrement coordonnées autour du plan stratégique national, ce qui nuit à l'efficacité de leur soutien. Les nombreux projets conçus par les partenaires, qui ne correspondent pas nécessairement aux besoins et aux priorités nationaux, risquent de corroder l'appropriation et l'engagement des communautés locales. Ceci peut conduire à une situation où les ressources sont allouées et les priorités définies par les partenaires et leurs projets, et non plus par l'État. Cette situation rend le suivi routinier et systématique des dépenses destinées à la nutrition très problématique. Contourner (comme c'est le cas pour certains projets et financiers) au lieu d'utiliser les structures institutionnelles et organisationnelles solides, bien établies et existantes pour des interventions spécifiques de nutrition est inefficace et peut entraîner des coûts de transaction élevés et des doubles emplois.

5.14 Les preuves empiriques des examens de l'approche sectorielle dans le secteur de la santé dans le monde ont beaucoup à offrir pour guider le Gouvernement du Sénégal en général, et la CLM en particulier, dans leurs efforts de réaliser une plus grande efficacité de l'aide destinée à la nutrition (Vaillancourt 2009 et 2012). Le Sénégal a déjà mis en place un certain nombre d'éléments structurels nécessaires à l'amélioration de l'efficacité de l'aide: une politique nationale bien définie, un cadre institutionnel et organisationnel très compétent responsable de la supervision des politiques et de la mise en œuvre du programme, des protocoles bien établis pour assurer un suivi et une évaluation solides et son utilisation dans la prise de décision et le suivi des responsabilités en matière de performance et de résultats, une approche de plus en plus multisectorielle et un rôle de leadership aux autorités locales, une focalisation intensive sur les résultats ainsi qu'une forte appropriation du programme à tous les niveaux. D'autres éléments critiques doivent encore être mis en place.

5.15 En premier lieu, un programme stratégique à moyen terme ancré dans la politique nationale doit être défini. En effet, la définition d'un nouveau programme à moyen terme a été élaborée à peu près au même moment que de la mission RERP a eu lieu. Néanmoins, il ne suffit pas seulement de définir le programme. Un calcul du coût total du programme est essentiel pour attirer des financements. Le programme doit être réaliste du point de vue de sa pertinence aux besoins et aux problèmes que l'on cherche à résoudre, de l'ambition de ses objectifs, de son calendrier, de sa capacité de mise en œuvre et de son coût abordable ; et ces priorités et ses étapes doivent être suffisamment définies. Le suivi de la croissance (ou toute autre activité essentielle) ne doit pas être éliminé par peur que le coût du programme le rend inabordable.

5.16 En deuxième lieu, la préparation d'une projection budgétaire à moyen terme pour obtenir une estimation de la disponibilité des ressources et des plans de dépenses fournirait un inventaire des ressources disponibles, des sources de financement et des allocations. Réconcilier les coûts du programme avec les financements disponibles constituerait une base pour mobiliser des ressources supplémentaires, en négociant des réaffectations afin d'assurer

une plus grande équité, efficacité, couverture et complémentarité du soutien des partenaires techniques et financiers.

5.17 En troisième lieu, le Gouvernement du Sénégal et les PTF ont ici une opportunité de se rallier, dans la mesure du possible, autour de systèmes éprouvés du pays au lieu de se servir de systèmes de projets parallèles. Ceci pourrait s'appliquer aux systèmes fiduciaires. Mais c'est sur le renforcement et la pleine utilisation du système très fiable de suivi et d'évaluation des programmes que se porte cette évaluation—un système qui gère les responsabilités de contrôle de toutes les activités de nutrition. En quatrième lieu, il convient de poursuivre les efforts pour renforcer davantage les systèmes et processus déjà en place afin de les utiliser pour la coordination des actions avec les PTF. Les missions conjointes et les réunions de coordination, présidées par la CLM, pourraient être renforcées et se tenir plus régulièrement. En cinquième lieu, toutes ces recommandations s'appliquent aussi bien au niveau local qu'au niveau central. Ceci dit, il existe un nombre de 12 à 21 partenaires présents dans chacune des 14 régions du Sénégal ; la coordination de ces partenaires - nationaux et internationaux - doit se faire aux niveaux régional, départemental et local. Dans cette optique, il serait peut-être plus indiqué que les solutions innovantes pour assurer la rémunération adéquate des relais communautaires soient abordées au niveau local

6. Leçons

- Ces trois projets démontrent que des résultats remarquables peuvent être accomplis dans le cadre d'un projet de quatre ans. La phase I a rencontré du succès avec la mise en place d'un nouveau programme innovateur, de solides capacités de gestion et d'exécution, et avec la réalisation de résultats tangibles dans les zones d'intervention. Les trois projets ensemble démontrent également que le développement des capacités et le renforcement des institutions constituent un processus évolutif à moyen terme. La décentralisation progressive du suivi du programme, l'évolution des rôles et l'implication des autorités locales, des AEC et autres secteurs, tout cela n'aurait pas pu se produire du jour au lendemain. La qualité de la conception et des capacités ainsi que le seuil de maturité atteint par le programme valent bien le temps et le travail investis.
- La coordination intersectorielle et le travail en équipe s'articule autour d'objectifs partagés. Une approche véritablement multisectorielle ne se réalise pas seulement avec un organigramme, des plans de travail sectoriels, et des allocations de ressources. Il faut un objectif partagé et une prise de conscience du mandat et de la responsabilité de chacun à contribuer à cet objectif pour éclairer la voie à emprunter. Ceci s'applique au niveau local comme au niveau central.
- Un style de gestion qui s'attache à promouvoir une culture d'apprentissage participatif, fondée sur des données probantes se traduira par une forte appropriation du programme et par l'amélioration continue de sa performance et de son efficacité. La base de données du programme a été solide et continue de se consolider au vu et au su de nouvelles preuves validées par la couverture des interventions multisectorielles et par le soutien d'autres partenaires. Il est possible d'améliorer davantage ces données et l'apprentissage en définissant les priorités et s'assurant un soutien à la recherche. Le Sénégal possède des capacités techniques inexploitées dans la nutrition qu'il serait opportun de libérer.

- La politique et le programme de nutrition du Sénégal ont attiré de nombreux partenaires, nationaux et internationaux, mais une coordination insuffisante de ce soutien technique et financier a nui à son efficacité globale. Des opportunités considérables existent pour améliorer l'efficacité de l'aide aux interventions nutritionnelles en préparant et organisant un programme pluriannuel de priorités entièrement chiffré avec un inventaire complet des financements et des soutiens techniques disponibles. Compte tenu de leur rôle vital dans la fourniture de services aux populations prioritaires, la question d'une rémunération adéquate des relais communautaires pourrait être intégrée à cet exercice, avec des opportunités d'innovations et de solutions au niveau local. Cet exercice pourrait également prendre en compte le soutien financier des collectivités locales qui devrait s'accroître, en particulier à la lumière de la politique de décentralisation du Sénégal.
- Mesurer la couverture est un exercice complexe mais essentiel pour évaluer l'efficacité du programme. Il est difficile, en l'absence de données détaillées sur la couverture du programme, de réconcilier les résultats robustes obtenus dans les zones d'intervention avec des tendances modestes du pays au niveau national. Par ailleurs, il ne suffit pas non plus de mesurer que la couverture géographique. Même une couverture du programme par groupe cible (enfants âgés de moins de cinq ans par exemple) ne fournit pas suffisamment de détails. L'enquête REACH est là un point repère d'où se sont manifestées les capacités du programme à définir et à évaluer la couverture par intervention spécifique et par groupe d'âge spécifique.

Bibliographie

- Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM). 2006a. "Programme de Renforcement De La Nutrition, manuel de mise en œuvre," Novembre.
- . ———. 2006a. "Programme de Renforcement de la Nutrition, Rapport d'avancement au 31 Décembre 2005," Février.
- . 2006b "Synthèse des Résultats des enquêtes sur les connaissances, pratiques et couverture (CPC) des zones d'intervention du programme de Renforcement de la Nutrition," Juin.
- Demographic and Health Survey (DHS) Senegal 2015. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Indicateurs Clés 2015," Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, DHS Program, ICF International, Mars 2016. Dakar, Sénégal.
- DHS Senegal 2014. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014," Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, DHS Program, ICF International. Mai 2015 ; and Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, DHS Program, ICF International. 2012. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) Résultats Régionaux 2012-2014," Septembre 2015. Dakar, Senegal.
- DHS Senegal 2012-13. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2012-2013," Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, MEASURE DHS, ICF International. Juillet 2013. Dakar, Senegal.
- DHS Senegal 2010-11. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé a Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2010-2011," Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, MEASURE DHS, ICF International. Février 2012. Dakar, Senegal.
- DHS Senegal 2005. "Sénégal Enquête Démographique et de Santé 2005," Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain, ORC Macro. Avril 2006. Dakar, Senegal.
- DHS Sénégal 1999. "Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999," Ministère de la Santé, Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation, Groupe SERDHA, Services d'Etudes et de Recherche pour le Développement Humain en Afrique, MEASURE DHS+, Macro International Inc, June 2000. Dakar, Sénégal.
- DHS Sénégal 1992-93. "Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93," Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Avril 1994. Dakar, Sénégal.
- Institut Fondamental d'Afrique Noire Cheikh Anta Diop de Dakar, Laboratoire de Recherche sur les Transformations Economiques et Sociales. (No date). "Evaluation de l'Impact du Transfert en Espèces dans le cadre du projet nutrition ciblée sur l'enfant et transferts sociaux (NETS), Rapport Final, Enquête 2 (Finale)."
- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington, DC : IFPRI
- Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) Sénégal 2000. "Rapport de l'Enquête sur les Objectifs de la Fin de Décennie Sur L'Enfance (MICS – II – 2000)," Gouvernement du Sénégal, UNICEF. 2000. Décembre.
- République du Sénégal, Gouvernement du Sénégal. 2001. "Lettre de Politique de Développement de la Nutrition," Avril.
- République du Sénégal, Primature, Cellule de Lutte contre la Malnutrition. 2015. "Document de Politique Nationale de Développement de la Nutrition (2015-2025).
- Vaillancourt, Denise. 2009. *Do Health Sector-Wide Approaches Achieve Results? Emerging Evidence and Lessons from Six Countries*. IEG Working Paper 2009/4, World Bank, Washington, DC.

- _____. 2012. *In Sweet Harmony? A Review of Health and Education Sectorwide Approaches (SWAp) in the South Pacific, Phase 1 of a Joint Learning Initiative*. Asian Development Bank, Australian AID, New Zealand Foreign Affairs & Trade Aid Programme, the World Bank. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 1995. *Staff Appraisal Report Republic of Sénégal Community Nutrition Project*, Population and Human Resources Division, Western Africa Department, Africa Region, Report No. 14004-SE, April 26. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2001. *Implementation Completion Report (IDA-27230; PPF1-P8900) on a Credit in the Amount of SDR 11.7 million (US\$18.2 million equivalent) to the Republic of Sénégal for a Community Nutrition Project*, Human Development II, Country Department 14, Africa Region, July 17. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2002a. *Development Credit Agreement (Nutrition Enhancement Project) between Republic of Sénégal and International Development Association, Conformed*, March 29. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2002b. *Project Appraisal Document for a Proposed Credit in the Amount of SDR 11.8 million (US\$14.7 million) to the Republic of Sénégal in Support of the First Phase of the SDR 39 million (US\$48.7 million) for the Nutrition Enhancement Program*, Human Development II, Country Department 14, Africa Region, February 20. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2006a. *Financing Agreement Second Nutrition Enhancement Project between Republic of Sénégal and International Development Association, Conformed*, December 5. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2006b. *Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 10.1 million (US\$15 million equivalent) to the Government of the Republic of Sénégal for the Nutrition Enhancement Project in Support of the Second Phase of the Nutrition Enhancement Program*, October 23. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2006c. "Repositioning Nutrition as Central to Development, A Strategy for Large-Scale Action," Directions in Development Series. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2007a. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2007b. *International Development Association and International Finance Corporation Country Assistance Strategy for the Republic of Sénégal for the Period FY07-FY10, Poverty Reduction and Economic Management 4, Country Department AFCF1, Africa Region, Report No. 36608-SN*, May 2. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2007c. *Implementation Completion and Results Report on a Credit in the Amount of SDR 11.8 million (US\$14.7 million equivalent) to the Republic of Senegal in Support of the First Phase Nutrition Enhancement Program*, Human Development II, Africa Region, January 29. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2009a. *Financing Agreement (Rapid Response Child-Focused Social Cash Transfer and Nutrition Security Project) between Republic of Sénégal and International Development Association, Conformed*. June 12. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2009b. *Global Food Crisis Response Program Multi-Donor Trust Fund Grant Agreement (Rapid Response Child-Focused Social Cash Transfer and Nutrition Security Project) between Republic of Senegal and International Development Association acting as Trustee of the Global Food Crisis Response Program Multi-Donor Trust Fund*, June 12. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2009c. *Emergency Project Paper under the Global Food Crisis Response Program on a Proposed Grant from the Multi-Donor Trust Fund in the amount of US\$8 million and a Proposed Credit in the amount of SDR 6.8 million (US\$10 million equivalent) to the Republic of Senegal for a Rapid Response Child-Focused Social Cash Transfer and Nutrition Security Project*. April 20. Washington, DC: World Bank.

- _____. 2011. *Restructuring Paper on a Proposed Project Restructuring of the Rapid Response Child Focused Social Cash Transfer and Nutrition Security Project Credit 4605-SN (Approved by the Board on May 6, 2009) to the Republic of Senegal*, December 1. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2012a. *Financing Agreement (Additional Financing for the Second Nutrition Enhancement Project) between Republic of Senegal and International Development Association, Conformed*. April 30. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2012b. *Project Paper on a Proposed Additional Credit in the Amount of SDR 6.5 million (US\$10 million equivalent) and Restructuring to the Republic of Senegal for the Nutrition Enhancement Project II*, March 1. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2013a. *International Development Association, International Finance Corporation and Multilateral Investment Guarantee Agency, Country Partnership Strategy (FY2013-2017) for the Republic of Senegal*, Country Department AFCF1, Africa Region, IDA, IFC, Africa Region, MIGA, January 18. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2013b. *Implementation Completion and Results Report (IDA-46050, TF-94372) on a Credit in the Amount of SDR 6.8 million (US\$10 million equivalent) and a Grant from the Global Food Crisis Response Multi-Donor Trust Fund in the Amount of US\$8 million to the Republic of Sénégal for a Rapid Response Child-Focused Social Cash Transfer and Nutrition Security Project, Human Development II, AFCF1, Africa Region*, February 21. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2014. *Implementation Completion and Results Report (IDA-42450 IDA-50840) on a Credit in the Amount of SDR 16.6 million (US\$25 million equivalent) to the Republic of Sénégal for a Nutrition Enhancement Project II*, Health, Nutrition and Population Global Practice (GHNDR), Country Department AFCF1, Africa Region, December 29. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2016. *Updates to the Priority Directions for the Health, Nutrition and Population Global Practice 2016-2020*, June 30. Washington, DC: World Bank.

World Health Organization (WHO). 2014. "Global Database on Child Growth and Malnutrition." www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/sen/en/

Autres Sources Consultées

- Alderman, Harold, Biram Ndiaye, Sebastian Linnemayr, Abdoulaye Ka, Claudia Rokx, Khadidiatou Dieng and Menno Mulder-Sibanda. 2008. "Effectiveness of a community-based intervention to improve nutrition in young children in Sénégal: a difference in difference analysis," *Public Health Nutrition*: 12(5), 667-673, June 18.
- Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM). 2006. "Programme de Renforcement De La Nutrition, manuel de mise en oeuvre," Novembre.
- _____. 2006. "Programme de Renforcement de la Nutrition, Plan stratégique phase II 2007-2011," Mai.
- _____. 2010. "Rapport sur la mise en oeuvre du projet NETS dans le district de Goudomp," Juillet.
- _____. 2012. "Etude sur l'efficacité et l'efficience des processus de mise en oeuvre du 'cash transfer,'" par Noroarisoa Ravaozanany, Décembre.
- _____. 2012. "Etude sur la satisfaction des mères ou gardiennes d'enfants bénéficiaires du cash transfert," Septembre.
- _____. 2012. "Rapport annuel 2012."
- _____. 2012. "Rapport sur la mise en œuvre du projet NETS dans les districts de Sedhiou et Bounkiling," Janvier.
- _____. 2013. "Rapport annuel 2013."
- _____. 2014. "Rapport annuel 2014."
- _____. n.d. "Etude qualitative des déterminants de la malnutrition au niveau communautaire"

- Garrett, James, and Marcela Natalicchio, ed. 2011. *Working Multisectorally in Nutrition, Principles, Practices and Case Studies*, Washington, DC. International Food Policy Research Institute.
- “Programme de Renforcement de la Nutrition, Les Clés de la Performance.” 2010. Cellule de Lutte contre la Malnutrition, Lauréat Prix Alpha.
- République du Sénégal, Ministère de l’Education Nationale, Division du Contrôle Médical Scolaire. 2015. “Promotion de la Consommation d’Aliments Riches en Micronutriments: Fer, Vitamine A, Support du Maitre,” Octobre.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l’Action Sociale. 2016. “Enquête Nutritionnelle Nationale Utilisant la Méthodologie SMART, Rapport Final,” Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant, Division de l’Alimentation et de la Nutrition, Janvier.
- _____. 2014. “Analyse de la Situation Nutritionnelle du Sénégal, Rapport Final SMART,” Direction Générale de la Santé, Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l’Enfant, Division de l’Alimentation et de la Nutrition.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention. 2009. “Décentralisation de la Méthodologie SMART au Sénégal, “Enquête Nutritionnelle SMART dans les Régions de Matam, Tambacounda, Kedougou, Kolda et Sedhiou, Rapport Final,” Direction de la Santé, Division de l’Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l’Enfant, Septembre
- République du Sénégal, Primature, Cabinet du Ministre Délégué chargé de l’Enseignement Technique de la Formation Professionnelle de l’Alphabétisation et des Langues Nationales. 2004. “Lettre d’Exécution Technique,” Janvier.
- République du Sénégal, Primature, Secrétariat Exécutif du Conseil National de Sécurité Alimentaire, Système d’Alerte Précoce. 2013. “Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire et la Nutrition. “Scaling Up Nutrition, A Framework for Action.” September 2010.
- Shekar J., Kakietek J., D’Alimonte M., Walters D., Rogers H., Dayton Eberwein J., Soe-Lin, Hecht R. 2016. “Investing in Nutrition the Foundation for Development, An Investment Framework to Reach the Global Nutrition Targets.”
- United Nations. n.d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development: A/RES/70/1*. New York: United Nations.
- United States Agency for International Development (USAID). 2006. *Nutrition of Young Children and Mothers in Sénégal, Findings from the 2005 Demographic and Health Survey*. Africa Nutrition Chartbooks. Calverton, MD: ORC Macro.
- World Bank with Department for International Development (DFID), Government of Japan, and Rapid Social Response Trust Fund. 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC: World Bank.

Annexe A. Fiche technique de base

Projet de Renforcement de la nutrition (Crédit 3619 -SE)

Tableau A.1. Données clés du projet (en millions de dollars EU)

	<i>Devis estimatif à l'évaluation</i>	<i>Estimation réelle ou la plus récente</i>	<i>Coûts réels en tant que pourcentage du devis estimatif (%)</i>
Coût total du projet	14,70	16,48	112
Montant du prêt	14,70	16,48	112
Montant annulé	0.00	0.00	0

Source: Portail de projet

Tableau A.2. Décaissements cumulés estimés et réels (en millions de dollars EU)

	<i>AF 2003</i>	<i>AF 2004</i>	<i>AF 2005</i>	<i>AF 2006</i>	<i>AF 2007</i>
Devis estimatif à l'évaluation (millions de dollars EU)	2,26	7,19	10,75	13,76	14,70
Décaissements réels (millions de dollars EU)	1,45	5,15	10,42	14,96	16,47
Décaissements réels en tant que pourcentage du devis (%)	64	72	97	109	112

Date du dernier décaissement: 14 novembre 2006

Source: Programme d'ajustement structurel (PAS)—Données des décaissements du projet.

Note: AF = Année fiscale

Tableau A.3. Dates clés du projet

<i>Étape du projet</i>	<i>Date initiale</i>	<i>Date effective</i>
Examen de concept	16/01/01	16/01/01
Évaluation	22/01/02	22/01/02
Approbation par le Conseil d'Administration	14/03/02	14/03/02
Signature	03/29/02	03/29/02
Entrée en vigueur	27/06/02	27/06/02
Date de clôture	15/01/06	15/07/06

Tableau A.4. Membres de l'Équipe du projet, Banque mondiale

<i>Nom</i>	<i>Titre</i>	<i>Unité</i>
Harold H. Alderman	Conseiller	AFTHD
Siaka Bakayoko	Spécialiste principal de gestion financière	MNAFM
Demba Balde	Spécialiste du développement social	AFTS4
Laurent Mehdi Brito	Spécialiste des achats	AFTPC
Flavia Bustreo	Spécialiste principale de santé publique	HDNHE
Willyanne DeCormier Plosky	Consultante ETC	AFTHD
Aissatou Diack	Spécialiste principal de santé publique	AFTH2
Bourama Diaite	Spécialiste principal des achats	AFTPC
Astou Diaw-Ba	Assistante d'équipe	AFCF1
Eleonora Genovese	Consultante	HDNHE
Meri Paula K. Helleranta	Consultante	AFTH3
Alessandra Marini	Économiste	LCSHS
Menno Mulder- Sibanda	Spécialiste principal de la nutrition	AFTH2
Claudia Rokx	Spécialiste principale de santé	EASHD
Fily Sissoko	Spécialiste principale de gestion financière	LCSFM
Julia Van Domelen	Consultante	MNSHD

Tableau A.5. Budget Frais de personnel et Coûts pour la Banque mondiale

Étape ou Année du cycle de projet	<i>Nombre de semaines-personnes</i>	Financement (Frais de déplacement et de consultants inclus) <i>(Milliers de dollars EU)</i>
Prêt		
AF01	16	118,63
AF02	36	169,70
AF03	8	28,03
AF04	0	0,00
AF05	0	0,00
AF06	0	0,00
AF07	0	0,00
Total	60	316,36
Rapport de supervision et sur l'état d'avancement et les résultats de projet		
AF01	0	0,00
AF02	0	0,00
AF03	14	51,06
AF04	27	103,90
AF05	23	97,77
AF06	21	137,64
AF07		0,86
Total	85	391,23

Note: AF = Année fiscale.

Projet de Renforcement de la nutrition II (Crédit 4245-SE and Crédit 5084- SE)

Tableau A.6. Données clés du projet (en millions de dollars EU)

	<i>Devis estimatif à l'évaluation</i>	Estimation réelle ou la plus récente	Coûts réels en tant que pourcentage du devis estimatif (%)
Coût total du projet	15,0	25,3	169
Montant du prêt	15,0	24,7	165
Cofinancement	0.0	0.0	0.0

Source: Portail de projet

Tableau A.7. Décaissements cumulés estimés et réels (en millions de dollars EU)

	<i>AF07</i>	<i>AF08</i>	<i>AF 09</i>	<i>AF10</i>	<i>AF11</i>	<i>AF12</i>	<i>AF13</i>	<i>AF14</i>	<i>AF15</i>
Devis estimatif à l'évaluation (millions de dollars EU)	3,3	7,0	10,8	12,8	13,7	14,7	15,0	15,0	15,0
Décaissements réels (millions de dollars EU)	3,4	7,3	11,2	13,2	13,8	15,2	17,2	23,8	25,4
Décaissements réels en tant que pourcentage du devis (%)	101	103	105	103	100	104	115	158	169

Date du dernier décaissement: 14 octobre 2014

Source: Programme d'ajustement structurel (PAS)—Données des décaissements du projet.

Note: AF = Année fiscale

Tableau A.8. Dates clés du projet

<i>Étape du projet</i>	<i>Date initiale</i>	<i>Date effective</i>
Examen du concept	06/12/2005	06/12/2005
Évaluation	06/06/2006	13/06/2006
Approbation par le Conseil d'Administration	13/11/2006	13/11/2006
Signature	05/12/2006	05/12/2006
Entrée en vigueur	18/12/2006	29/01/2007
Date de clôture	14/05/2012	14/06/2014

Tableau A.9. Membres de l'Équipe du projet

<i>Nom</i>	<i>Titre</i>	<i>Unité</i>
Lucy Katherine Bassett	Spécialiste de la protection sociale	GSPDR
Wolfgang M. T. Chadab	Responsable financier supérieur	CTRLA
Alain W. D'Hoore	Économiste principal	GMFDR
Astou Diaw-Ba	Assistante de direction	AFCF1
Saidou Diop	Spécialiste principal de gestion financière	GGODR
Maimouna Mbow Fam	Spécialiste principale de gestion financière	GGODR
Ronnie W. Hammad	Chargé d'opérations principal	GPSOS
Mamadou Mansour Mbaye	Consultant	GGODR
Nathalie S. Munzberg	Conseiller principal	LEGEN
Mademba Ndiaye	Chargé de communications principal	AFRSC
Mamadou Ndione	Économiste pays principal	GMFDR
Fatou Fall Samba	Spécialiste de gestion financière	GGODR
Afroditi Smagadi	Consultante ETC	GHNDR
Ludovic Subran	Spécialiste principal de la protection sociale	GSPDR
Moukim Temourov	Économiste principal de développement humain	GEDDR
Marietou Toure Diack	Assistante principale aux ressources humaines	HRDTA
Cheick Traore	Spécialiste principal des achats	GGODR
Menno Mulder-Sibanda	Spécialiste principal de nutrition	GHNDR
Aissatou Diack	Spécialiste principale de santé	GHNDR
Boury Ndiaye	Assistante de programme	AFCF1
Demba Balde	Spécialiste principal de développement social	GSURR
Maya Abi Karam	Conseiller principal	LEGAM
Nicole Hamon	Assistante bilingue de programme	GHNDR
Sariette Jippe	Assistante de programme	GHNDR

Tableau A.10. Budget Frais de personnel et Coûts pour la Banque mondiale
(en milliers de dollars EU)

Étape ou Année du cycle de projet	<i>Nombre de semaines-personnes</i>	Coûts (Frais de déplacement et de consultants inclus) <i>(milliers de dollars EU)</i>
Prêt		
AF07	6,43	25 347,45
Total	6,43	25 347,45
Supervision		
AF07	2,82	9 743,15
AF08	8,15	49 319,55
AF09	5,09	34 115,74
AF10	6,68	59 037,38
AF11	4,91	44 049,24
AF12	3,40	33 948,86
AF13	4,45	44 080,63
AF14	7,11	80 664,04
AF15	1,05	9 061,30
Total	43,66	364 019,89

Note: AF = Année fiscale

Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants (Crédit 4605-SN)

Tableau A.11. Données clés du projet (en millions de dollars EU)

	<i>Devis estimatif à l'évaluation</i>	<i>Estimation réelle ou la plus récente</i>	<i>Coûts réels en tant que pourcentage du devis estimatif (%)</i>
Coût total du projet	18,00	18,62	103
Montant du prêt	10,00	10,62	106
Cofinancement	8,00	8,00	100
Montant annulé	0.00	0.00	0

Source: Portail de projet

Table A.12. Décaissements cumulés estimés et réels (en millions de dollars EU)

	<i>AF10</i>	<i>AF11</i>	<i>AF12</i>	<i>AF13</i>
Devis estimatif à l'évaluation (millions de dollars EU)	1,58	5,94	9,75	10
Décaissements réels millions de dollars EU)	2,67	4,65	7,84	10,62
Décaissements réels en tant que pourcentage du devis (%)	169	78	80	106

Date du dernier décaissement: 31 décembre 2012

Source: Programme d'ajustement structurel (PAS)—Données des décaissements du projet.

Note: AF = Année fiscale

Tableau A.13. Dates clés du projet

<i>Étape du projet</i>	<i>Date initiale</i>	<i>Date effective</i>
Examen de concept	10/02/2009	10/02/2009
Évaluation	20/02/2009	20/02/2009
Approbation par le Conseil d'Administration	06/05/2009	06/05/2009
Signature	12/06/2009	12/06/2009
Entrée en vigueur	11/09/2009	11/09/2009
Date de clôture	31/12/2011	08/31/2012

Tableau A.14. Membres de l'Équipe du projet

<i>Nom</i>	<i>Titre</i>	<i>Unité</i>
Prêt ou Supervision		
Lucy Katherine Bassett	Spécialiste principale de la protection sociale	LCSHS
Wolfgang M. T. Chadab	Responsable financier supérieur	CTRLA
Alain W. D'Hoore	Économiste en chef	AFTP1
Astou Diaw-Ba	Assistante de programme	AFCF1
Saidou Diop	Spécialiste principal de gestion financière	AFTME
Maimouna Mbow Fam	Spécialiste principale de gestion financière	AFTME
Ronnie W. Hammad	Chargé d'opérations principal	ECSSD
Mamadou Mansour Mbaye	Consultant	AFTPE
Nathalie S. Munzberg	Conseiller principal	LEGEN
Mademba Ndiaye	Chargé de communications principal	AFRSC
Mamadou Ndione	Économiste principal	AFTP4
Fatou Fall Samba	Analyste financière	AFTME
Afroditi Smagadi	Consultante ETC (à long terme)	LEGAF
Ludovic Subran	Économiste de la protection sociale	LCSHS
Moukim Temourov	Représentant résident	MNCDZ
Marietou Toure Diack	Assistante de programme	HRSER
Cheick Traore	Spécialiste principal des achats	AFTPE

Tableau A.15. Budget Frais de personnel et Coûts pour la Banque mondiale

<i>Étape ou Année du cycle de projet</i>	<i>Nombre de semaines-personnes</i>	<i>Coût (Frais de déplacement et de consultants inclus) (milliers de dollars EU)</i>
Prêt		
AF09	0.0	26.1
AF10	0.0	0.00
Total	0.0	26.1
Rapport de supervision ou Rapport d'examen de mise en oeuvre et d'achèvement de		
AF09	0.0	0.0
AF10	9.9	61.4
AF11	4.8	45.4
AF12	3.0	40.4
AF13	2.6	40.6
Total	20.3	187.8

Note: AF = Année fiscale.

Annexe B. Politiques nationales de nutrition et Portefeuille des projets de nutrition de la Banque mondiale

Encadré B.1. Lettre de Politique de Développement de la Nutrition du Gouvernement du Sénégal

Principes

- Égalité : accorder une attention particulière aux groupes les plus vulnérables vivant dans les zones pauvres ;
- Décentralisation et déconcentration : soutenir la participation des autorités locales au renforcement de la nutrition en les aidant à identifier, mettre en œuvre et assurer le suivi des stratégies répondant à l'environnement social, économique et culturel ;
- Partenariat : assurer l'harmonisation des interventions et des synergies entre les acteurs impliqués dans la nutrition, par une coordination aux niveaux local, régional et central ;
- Savoir-faire : mettre en œuvre des interventions efficaces et adéquates pour améliorer les performances et les résultats ;
- Appropriation communautaire : promouvoir et favoriser la participation à tous les niveaux pour stimuler et assurer la durabilité des interventions de développement de la nutrition ;
- Transparence dans la gestion : mettre l'accent sur la clarté dans la gestion et dans la prise de décision à tous les niveaux, et mettre en place un système de suivi pour assurer l'efficacité des interventions ;
- Durabilité : s'assurer l'engagement déterminé des bénéficiaires et des parties impliquées et adopter des mécanismes de financement efficaces à long terme ;
- Éthique : assurer le respect de la dignité morale et humaine dans les actions à entreprendre.

Objectifs

L'objectif global de cette politique est d'améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables pauvres, des femmes en âge de procréer et des personnes âgées. Il s'agira spécifiquement de réduire l'insuffisance pondérale chez les enfants au cours des 10 prochaines années. À cette fin, l'État mobilisera des efforts pour (1) assurer à tous la disponibilité et l'accessibilité de la nourriture, (2) lutter et prévenir les mauvaises pratiques et habitudes alimentaires. Tous les secteurs de développement seront impliqués.

Mesures stratégiques

- Renforcer l'approche communautaire : notamment, la promotion du suivi de la croissance, l'allaitement maternel exclusif et la supplémentation alimentaire des enfants âgés de 6 à 24 mois, la supplémentation en micronutriments et la nutrition pendant et après la maladie, le déparasitage, la prévention des maladies et les visites santé et bien-être ;
- Renforcer la sécurité alimentaire : en améliorant la production agricole, la recherche agroalimentaire et l'approvisionnement et les réserves alimentaires, qui joueront un rôle vital dans les programmes d'enrichissement des produits alimentaires à haute valeur nutritive pour contrôler les carences en micronutriments ;
- Améliorer les conditions d'approvisionnement en eau et assainissement des ménages : en se concentrant sur les combinaisons de programmes de nutrition visant à améliorer l'accès des ménages pauvres à l'eau potable et à l'assainissement ;
- Restructurer et renforcer les capacités institutionnelles pour suivre et gérer le programme de renforcement de la nutrition, notamment : élaboration de politiques nutritionnelles et adoption d'une approche multisectorielle, nécessitant la création de sites opérationnels et stratégiques pour la coordination, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des activités du programme ;
- Renforcer le partenariat avec les autorités locales, ONG, associations, agences d'exécution et le secteur privé pour promouvoir les interactions entre ces différents acteurs, développer des accords contractuels et améliorer la communication et la coordination ;
- Améliorer les mécanismes de collecte et d'analyse des données, de production de rapports et promouvoir des études spéciales et la recherche pour permettre le développement d'interventions ciblées, notamment, la définition d'indicateurs relatifs à la nutrition ;
- Améliorer les capacités en ressources humaines aux niveaux national et communautaire pour assurer la durabilité et viabilité des activités au niveau communautaire et assurer un réservoir d'expertise renforcée au niveau national ;
- Adopter l'approche IEC (Information, Éducation et Communication) pour réaliser le changement de comportement et encourager la mobilisation sociale : en se concentrant sur les organisations et les leaders locaux et en expérimentant avec des méthodes de communication innovantes.
- Promouvoir les activités créatrices de revenus, en particulier pour les femmes.

Source : République du Sénégal, Gouvernement du Sénégal. 2001. "Lettre de Politique de Développement de la Nutrition," Avril.

Encadré B.2. Politique nationale de Développement de la Nutrition de la République du Sénégal (2015–25)

Vision

Un pays dans lequel chacun jouit d'un état nutritionnel optimal pour avoir adopté des comportements et des pratiques appropriés.

Objectif global

Assurer à tous un état nutritionnel satisfaisant, en particulier aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes en âge de procréer et aux adolescents.

Objectifs intermédiaires

- Assurer une couverture adéquate de services nutritionnels de base pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes en âge de procréer et les adolescents ;
- Améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé de qualité ;
- Améliorer les connaissances nutritionnelles des populations qui conduiront à l'adoption de comportements favorables à une bonne nutrition ;
- Promouvoir la recherche et la production d'aliments à haute valeur nutritive ;
- Sécuriser un financement suffisant et durable pour les interventions de nutrition ;
- Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de nutrition dans le cadre d'une approche multisectorielle.

Quatre piliers stratégiques

- Production d'aliments à haute valeur nutritive ;
- Transformation, distribution et tarification des produits de base de l'agriculture, l'élevage et la pêche en denrées alimentaires de qualité, abordables et accessibles ; ceci implique un partenariat multisectoriel avec des acteurs provenant de différents secteurs, tant du public que du privé ;
- Une approche multisectorielle à l'éducation nutritionnelle axée sur le changement de comportement et l'accès adéquat et équitable à l'eau potable et à l'assainissement ;
- Une intégration et une complémentarité efficaces des services de santé de base, de nutrition et d'eau et assainissement, couvrant une série de domaines, notamment, les services communautaires, la protection sociale, l'accès et l'utilisation adéquats aux services de base, avec les collectivités locales jouant un rôle de catalyseur dans la mobilisation et la coordination des acteurs et des ressources.

Fonctions transversales de soutien aux quatre piliers

- Gouvernance locale et administration territoriale ;
- Financement adéquat et durable avec des contributions de l'État, des collectivités locales, du secteur privé et autres partenaires ;
- Plaidoyer et communication pour le changement social et des comportements ;
- Renforcement de l'approche multisectorielle ; participation et équité dans la couverture des services fournis et des résultats ;
- Coordination, recherche, suivi et évaluation, et renforcement des capacités de tous les acteurs.

Source : République du Sénégal, Primature 2015.

Tableau B.1. Calendrier des dates d’approbation et de clôture des interventions nutritionnelles au Sénégal

<i>Interventions, par type</i>	<i>Année</i>																									
	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Projets																										
Projet de Nutrition communautaire	A						C																			
Phase I du PPE: Programme de Renforcement de la Nutrition								A				C														
Phase II du PPE: Programme de Renforcement de la nutrition II																										
• Crédit IDA initial												A						C								
• Financement additionnel																		A		C						
Intervention Rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants															A			C								
Financement Santé et Nutrition																			A						C	
Résilience aux chocs de l’insécurité alimentaire et nutritionnelle																							A			C
Travaux d’analyse et Assistance technique																										
Renforcement de l’évaluation opérationnelle dans la mise en œuvre du programme (Subvention du Fonds pour le développement institutionnel)															A			C								
Évaluation d’impact du financement axé sur les résultats de santé (liée au projet de financement Santé et Nutrition)																						A		C		
Financement Santé et Nutrition (avec les mêmes objectifs que ceux figurant dans le Rapport sur l’état de la nutrition dans le pays)																						A			C	

Note : Pour les projets (vert), A se réfère à la date d’approbation par le Conseil d’Administration de la Banque mondiale, et C à la date de clôture. Pour les travaux d’analyse (bleu), A se réfère à la mise en route de l’activité et C à l’achèvement de l’activité.

Annexe C. Coûts, Financements, and Décaissements*

Tableau C.1. PRN I : Coûts prévus par rapport aux coûts réels par composante du projet (en millions de dollars EU)

<i>Composante</i>	<i>Coûts prévus*</i> (y compris provisions pour imprévus) (millions de dollars EU)	<i>Coûts réels</i> † (millions de dollars EU)	<i>Coûts réels/prévus</i> (%)
Programme de Nutrition communautaire et de Promotion de la croissance	7,70	16,7	217
Développement des capacités institutionnelles et organisationnelles	4,50	1,20	27
Suivi et Évaluation et Recherche	1,50	0,70	47
Gestion du programme	2,50	4,50	180
Total – Coûts du projet	16,20	23,10	143

Source : Banque mondiale 2002b pour les coûts prévus ; Banque mondiale 2007c pour les coûts réels.

Note : Le coût total du projet estimé à l'évaluation était égal à la somme du financement de l'Association internationale de Développement (IDA) (estimé à 14,7 millions de dollars) et du financement du Gouvernement du Sénégal (estimé à 1,5 million de dollars). Les chiffres indiqués ne comprennent pas le financement parallèle prévu du Programme alimentaire mondial (PAM) estimé à 4,0 millions de dollars.† Il semblerait que le total des coûts réels présentés dans le Rapport sur l'état d'avancement et les résultats incluent le financement parallèle du Programme alimentaire mondial, car cette estimation est très proche du financement en fin de projet fourni par l'Association internationale de Développement, le Gouvernement du Sénégal et le Programme alimentaire mondial (tableau C.2).

* — signifie pas disponible ; n / a. signifie pas applicable et 0 signifie zéro.

Tableau C.2. PRN I : Financement prévu par rapport au financement réel (équivalent en millions de dollars EU)

Source de financement	Financement prévu*	Financement réel †
Crédit IDA	14,70	16,47
IADM/MDRI (IDA 3619A)	4,28	4,97
Crédit IDA (IDA 36190)	10,42	11,50
Gouvernement du Sénégal	1,50	1,80
Sous total - Financement du projet pour la Phase I du PPE	16,20	18,27
Programme alimentaire mondial (PAM) (financement parallèle)	4,00	4,00
Total Phase I - Soutien inclue le financement parallèle PAM	20,20	22,27

Sources : Banque mondiale 2002b. ; Système de projet de la Banque mondiale pour les crédits IDA ; pour le financement de l'État et du Programme alimentaire mondial, Banque mondiale 2007

Note : Les dispositions de L'IADM prévoient l'annulation à 100 % de la dette à l'Association internationale de Développement, au Fonds africain de Développement et au Fonds monétaire international pour les pays qui atteignent le point d'achèvement des pays pauvres très endettés.

IDA = Association internationale de Développement ; IADM = Initiative d'allègement de la dette multilatérale (MDRI)

Tableau C.3. PRN I : Décaissements prévus par rapport aux décaissements réels par catégorie de décaissement (en milliers de DTS [Droits de tirage spéciaux]) *

<i>Catégorie</i>	<i>Allocation initiale</i>	<i>Restructuration Automne 2006</i>	<i>Montant réel décaissé</i>
(1) Travaux	150	28	23
(2) Équipements	700	575	575
(3) Produits pharmaceutiques	600	425	415
(4) Services de consultants et formation	7 450	8 914	8 941
(5) Sous-projets	400	195	294
(6) Frais de fonctionnement	600	978	994
(7) Remboursement des avances aux activités de préparation du projet (PPF)	700	263	263
(8) Non affecté	1 200	0	0
Compte désigné A	n.a	n.a	-115
Compte désigné B	n.a	n.a	-12
Total - Montant décaissé	11 800*	11 378	11 378
Montant du crédit annulé	n. a	422	422

Note : * Dont un crédit de l'Association internationale de Développement de 8,363 millions de DTS et de 3,437 millions de DTS au titre de l'IADM. Les dispositions de l'IADM prévoient l'annulation à 100 % de la dette à l'Association internationale de Développement, au Fonds africain de Développement et au Fonds monétaire international pour les pays qui atteignent le point d'achèvement des pays pauvres très endettés.

Tableau C.4. PRN II : Coûts prévus par rapport aux coûts réels par composante du projet

<i>Composante</i>	<i>Phase II complète (2007–11)</i> (tous les financements, y compris ceux de la Banque mondiale)		<i>Projet PRN II</i> (financement de la Banque seulement)			
	<i>Coûts Prévus*</i> (millions de dollars EU)	<i>Coûts réels</i> (millions de dollars EU)	<i>Coûts Prévus †</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement additionnel</i> (millions de dollars EU)	<i>Coûts réels</i> (millions de dollars EU)	<i>Coûts réels/prévus (%)</i>
Nutrition communautaire	29,5	—	10,4	7,6	18,3	176
Soutien multisectoriel	3,9	—	1,4	1,3	2,7	193
Soutien à la politique nationale, au suivi et à l'évaluation	2,2	—	3,2	1,1	4,3	134
Gestion du programme	5,4	—	0	0	0	n.a
Non affecté	1,4	—	0	0	0	n.a
Total	42,4	—	15,0	10,0	25,3	169

Sources: Banque mondiale 2006b pour le financement prévu; Banque mondiale 2014 pour le reste.

Tableau C-5. PRN II : Financement prévu par rapport au financement réel (équivalent en millions de dollars EU)

<i>Source de financement</i>	<i>Plan initial</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement additionnel</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement réel</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement réel/prévu</i> (%)
Crédit IDA	15,0	10,0	25,3	167
Gouvernement du Sénégal	16,3	n.a	23,4	144
Autres (Projet Santé II/BAD, PAM, UNICEF, Initiative sur les Micronutrients)	11,1	n.a	—	—
Total	42,4	10,0	—	—

Sources : Banque mondiale 2006c pour le plan initial ; Banque mondiale 2011 pour le financement additionnel ; Banque mondiale 2014 et données sur les décaissements de la Banque mondiale pour le financement réel.

Note : UNICEF = United Nations Children's Fund ; PAM = Programme alimentaire mondial

Tableau C.6. PRN II : Décaissements prévus par rapport aux décaissements réels par catégorie de décaissement (en milliers de DTS [Droits de tirage spéciaux])

<i>Catégorie</i>	<i>Allocation initiale</i> (milliers de DTS)	<i>Financement additionnel</i> (milliers de DTS)	<i>Allocation la plus récente</i>			<i>Montant réel décaissé</i> (milliers de DTS)
			<i>Initiale</i> (milliers de DTS)	<i>FA</i> (milliers de DTS)	<i>Initiale + FA</i> (milliers de DTS)	
(1) Médicaments et équipements pharmaceutiques	2 690	1 850	1 720	1 830	3 550	3 550
(2) Subventions aux sous-projets	3 500	4 650	6,400	4 700	11 100	11 100
(3) Services de consultants et formation, et audits	1 950	0	1 550	0	1 550	1 550
(4) Frais de fonctionnement	470	0	300	0	300	300
(5) Remboursement des avances aux activités de préparation du projet (PPF)	410	0	120	0	120	120
(6) Non affecté	1 080	0	0	0	0	0
Total	10 100	6 500	10 100	6 500	16 600	16 600

Source : Banque mondiale 2006a pour l'allocation initiale, 2012a pour le financement additionnel, et Système d'information de projets de la Banque mondiale pour les décaissements réels

Note : FA = Financement additionnel

Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants

Tableau C.7. Intervention rapide : Coûts prévus par rapport aux coûts réels par composante du projet (en millions de dollars EU)

<i>Composante</i>	<i>Coûts prévus*</i> (Millions de dollars EU)	<i>Coûts réels</i> (Millions de dollars EU)	<i>Coûts réels/prévus</i> (%)
Nutrition communautaire	9,7	10,8	111
Soutien sectoriel	1,3	0,7	54
Mise en œuvre et suivi et évaluation	0,7	0,9	129
Transferts en espèces axés sur les enfants	6,3	5,8	92
Total	18,0	18,2	101

Sources : Banque mondiale 2009c pour les coûts prévus ; Banque mondiale 2013b pour les coûts réels.

Tableau C.8. Intervention rapide : Financement prévu par rapport au financement réel (en millions de dollars EU)

<i>Composante</i>	<i>Financement prévu</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement réel</i> (millions de dollars EU)	<i>Financement réel/prévu</i> (%)
Crédit IDA	10,0	10,62	106
Programme d'Intervention en réponse à la crise alimentaire et Fonds d'affectation spéciale multidonateurs	8,0	7,90	99
Gouvernement du Sénégal	0,0	0,0	n.a
Total	18,0	18,52	103

Sources : Banque mondiale 2009a, 2009b ; Système d'information de projets et Portail des opérations de la Banque mondiale pour le financement réel.

Tableau C.9. Intervention rapide : Décaissements prévus par rapport aux décaissements réels du crédit IDA par catégorie de décaissement (en milliers de DTS)

<i>Catégorie</i>	<i>Allocation initiale</i> (milliers de DTS)	<i>Réallocation décembre 2011</i> (milliers de DTS)	<i>Montant réel décaissé</i> (milliers de DTS)	<i>Montants réels/prévus Décaissés</i> (%)
1. Subventions secondaires pour les sous-projets dans le cadre de la première partie du projet	3 520	5 320	5 250	99
2. Médicaments, équipements pharmaceutiques, consultants, audits, formation	2 800	1 200	1 200	100
3. Frais de fonctionnement	480	280	0.260	93
Total	6 800	6 800	6 800*	100

Sources : Banque mondiale 2009a, 2009b ; Banque mondiale 2011 pour les réallocations ; Système d'information de projets et Portail des opérations de la Banque mondiale pour les montants réels décaissés.

Note : *. Les montants peuvent ne pas correspondre au total indiqué car les chiffres ont été arrondis. Le système de la Banque montre que les 6,8 millions de DTS ont été entièrement décaissés.

Tableau C.10. Décaissements prévus par rapport aux décaissements réels du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs par catégorie de décaissement
(en milliers de dollars EU)

<i>Catégorie</i>	<i>Allocation initiale</i> (Milliers de dollars EU)	<i>Réallocation décembre 2011</i> (milliers de dollars EU)	<i>Montant réel décaissé</i> (%)
1. Subventions secondaires pour les Régions A dans le cadre de la première partie du projet	3 100	2 940	99
2. Transferts en espèces pour la quatrième partie du projet	4 900	4 640	100
Total*	8 000	7 580	100

Source : Banque mondiale 2009b, 2011 et Système d'information de projets de la Banque mondiale

Note : L'Accord de subvention du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs indique un montant initial équivalent à 8 millions de dollars EU, alors que le Système de la Banque mondiale affiche un montant initial de 7,9 millions de dollars EU (Banque mondiale, 2009). De la même manière, les décaissements réels détaillés dans le Système de la Banque mondiale s'élèvent à 7,58 millions de dollars ; pourtant le Système indique que le Fonds d'affectation spéciale a été entièrement décaissé. Ces chiffres sont reflétés ici avec l'hypothèse que les écarts sont dus aux fluctuations des taux de change des monnaies des différentes PTF.

Tableau C.11. Soutien financier prévu par rapport au soutien financier réel de la Banque mondiale pour les 10 ans du PPE (en millions de DTS)

<i>Opérations financées par la Banque mondiale</i>	<i>Montant initialement alloué au titre du PPE</i> (Millions de DTS)	<i>Allocation réelle</i> (Millions de DTS)	<i>Allocation réelle/initiale</i> (%)
Phase I	11,8	11,8	100
Phase II	19,2	16,6	86
<i>Montant initial du crédit*</i>	<i>n. a</i>	<i>10,1</i>	<i>n. a</i>
<i>Financement additionnel</i>	<i>n. a</i>	<i>6,5</i>	<i>n. a</i>
Phase III	8,0	0,0	0
Intervention Rapide†	0	6,8	(Non prévue)
Total	39,0	35,2	90
Total sans le soutien non-PRN	39,0	30,8	79

Sources : Banque mondiale 2002b pour les montants PPE initiaux ; Banque mondiale 2002a, 2006a, 2009a, 2009b, et 2012a pour les allocations réelles.

Note : * dont 3,4 millions de DTS (ou 5 millions de dollars EU) en provenance du Programme renforcé contre le paludisme.

† dont 1,0 million de DTS (ou 1,4 million de dollars EU) a été destiné au Fonds pilote de transferts en espèces.

Tableau C-12 : Total de tous les financements du programme, 2004–15
(en milliards de FCFA)

<i>Financiers</i>	<i>Année</i>											
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Banque mondiale	2,664	2,693	0,654	2,575	2,535	2,776	1,416	5,252	1,589	3,852	0,961	0,961
Gouvernement du Sénégal	0,176	0,176	1,076	1,810	1,307	3,143	1,427	0,274	2,738	1,613	3,023	2,190
Initiative sur les Micronutriments						0,131	0,194	0,211	0,187	0,145	0,088	
Programme alimentaire mondial						0,005	0,478	0,016	0,088	0,098	0,163	0,147
UNICEF						0,049	0,056	0,529	0,533	0,132	0,123	0,558
Coopération espagnole										0,180	0,328	
AMAN (Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition [GAIN])							0,514				0,203	0,131
TOTAL	2,840	2,869	1,730	4,386	3,842	6,105	4,086	6,282	5,135	6,019	4,888	3,987

Source : CLM/Données financières du programme

Note : AMAN = Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN)

Tableau C-13. Total de toutes les dépenses du programme, 2004–15
(en milliards de FCFA)

<i>Dépenses</i>	<i>Année</i>											
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Nutrition/PCIME	2,002	1,961	1,039	2,470	3,250	2,991	2,586	2,768	3,162	3,896	4,701	3,071
Interventions multisectorielles				0,179	0,095	0,177	0,294	0,515	0,227	0,157	0,247	0,159
Soutien aux politiques et suivi et contrôle	0,397	0,166	0,147	0,109	0,149	0,181	0,501	0,361	0,642	0,599	0,317	0,173
Gestion du programme	0,542	0,487	0,434	0,655	0,595	0,640	0,788	0,690	0,790	0,784	0,822	0,797
Transferts en espèces	0	0	0	0	0	0,144	0,933	1,326	0,522	0	0	0,054
TOTAL	2,940	2,614	1,620	3,414	4,091	4,132	5,101	5,661	5,343	5,437	6,087	4,255

Source : CLM/Données financières du programme

..

Annexe D. Données statistiques et Résultats

I. RESULTATS AU NIVEAU DU PROJET

Tableau D.1. Projet de Renforcement de la nutrition : Cadre de résultats/Réalisation des objectifs

<i>Objectifs ou Indicateurs*</i>	Résultats
Objectifs de développement de projet (ODP)	
<p>ODP 1 : Assister l'Emprunteur à renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour permettre à la CLM de l'Emprunteur et à ses partenaires des secteurs public et privé de développer et assurer le suivi des activités multisectorielles de nutrition tant dans les zones rurales qu'urbaines.</p> <p>ODP 2 : Assister l'Emprunteur à renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles nécessaires pour permettre à la CLM de l'Emprunteur et à ses partenaires des secteurs public et privé de mettre en œuvre des activités multisectorielles de nutrition tant dans les zones rurales qu'urbaines.</p>	
Indicateurs de résultat en fin de Phase I :	
<p>ODP 1 : La prévalence de l'insuffisance pondérale sévère est réduite de moitié dans les zones ciblées</p> <p>Base de données de référence : Cible fixée : réduction de 50 %</p>	<p>L'évaluation d'impact de 2006 montre une diminution du taux de 5,7 à 4,5 % (une baisse relative de 21 %) dans les zones ciblées, qui n'atteint pas la cible fixée et est inférieure à la diminution relative des 28 % (de 5,3 % à 3,8 %) enregistrée dans les zones témoins. L'année 2005 affiche un taux d'insuffisance pondérale sévère de 3,0 % dans tout le pays.</p> <p>La cible fixée n'a pas été réalisée à la fin de la Phase I du projet.</p> <p>La cible fixée a été réalisée à l'échelle nationale à la fin du programme, avec une chute de 54 % de l'insuffisance pondérale sévère chez les enfants âgés de moins de cinq ans, soit de 7,0 % en 2000 à 3,2 % en 2015. (<i>Source</i> : Données de l'OMS et de l'EDS, voir graphique dans le chapitre ...).</p>
<p>ODP 2 : La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de trois ans est réduite de 25 % dans les zones ciblées</p> <p>Base de données de référence : Cible fixée : réduction de 25 %</p>	<p>Elle a diminué de 18 % à 10 %, soit une baisse de 44 %, d'après les données de suivi du programme.</p> <p>L'évaluation d'impact enregistre une réduction de 14 % dans les zones d'intervention (de 26,8 % à 23,1 %) et une réduction de 10 % dans les zones témoins (de 24 % à 21,7 %). La moyenne nationale était de 17,3 % (EDS) pour l'année 2005.</p> <p>La réalisation de la cible fixée n'est pas nette à la fin de la Phase I du projet.</p> <p>La cible fixée a été essentiellement réalisée à l'échelle nationale à la fin du programme, avec une chute de 24 % de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de cinq ans, soit de 20,3 % en 2000 à 15,5 %. (<i>Source</i> : Données de l'OMS et de l'EDS)</p>
	<p>La proportion d'enfants ayant pris du poids par rapport au mois précédent a augmenté de 84 % à 91 %</p> <p>Une performance très solide, bien que sans cible spécifique.</p>
<p>ODP 3 : La proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois a augmenté dans les zones ciblées</p> <p>Base de données de référence : 8 % Cible fixée : 15 %</p>	<p>Elle a augmenté de 30 à 58 %, pratiquement le double, se comparant favorablement au niveau national des 34 % en 2005 ; une augmentation absolue de 28 points de pourcentage, par rapport à l'objectif des 7 points de pourcentage. (Enquêtes CPC) (L'évaluation d'impact a indiqué une hausse de 17 à 49 % dans les zones d'intervention).</p> <p>La cible fixée a été dépassée à la fin de la Phase I du projet.</p> <p>Toutefois, la prévalence nationale n'a pas été considérablement modifiée (34 % en 2005 et 33 % en 2014). (<i>Source</i> : données EDS)</p>

<p>ODP 4 : L'utilisation des soins prénatals (au moins trois visites) a augmenté de 30 % Base de données de référence : Cible fixée : augmentation d'au moins 30 %</p>	<p>Elle a augmenté de 52 à 67 %, une augmentation relative de 29 % (Enquêtes CPC). L'évaluation d'impact indique une augmentation de 65 à 78 % dans les zones d'intervention et de 64 à 70 % dans les zones témoins. En rétrospective, et comme discuté/convenu d'un commun accord avec les experts CLM, il n'existe pas vraiment de zones témoins au Sénégal en raison des multiples interventions et efforts visant à encourager l'amélioration de la santé maternelle et infantile grâce à une meilleure fourniture et utilisation des services. À l'échelle nationale, depuis l'achèvement du projet, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins 3 visites prénatales est passé de 40 à 50 % en 2010, puis a légèrement diminué à 48 % en 2014 et à 4 % en 2015. La cible fixée a essentiellement été réalisée</p>
<p>ODP 5 : La proportion de gardiens d'enfants capables de détecter au moins deux signes de danger chez les enfants malades a augmenté de 25 % dans les zones ciblées Base de données de référence : Cible fixée : augmentation d'au moins 25 %</p>	<p>Elle a augmenté de 55 à 77 % (une augmentation relative de 40 %) (Enquêtes CPC) ** numérateur / dénominateur ? La cible fixée a été dépassée</p>
<p>Entrants des Composantes</p>	
<p>Programme de Nutrition communautaire et de Promotion de la croissance</p>	
<p><i>Composante 1.1 : Suivi et Promotion de la croissance</i></p>	
<p>Les enfants âgés de moins de trois ans sont régulièrement suivis et leurs gardiens sont conseillés Base de données de référence : Cible fixée : 171,000 enfants</p>	<p>200 000 enfants et leurs mères ont été mobilisés pour des séances mensuelles de suivi et de promotion de la croissance, au cours des six derniers mois du projet La cible fixée a été dépassée La participation au suivi de la croissance a été élevée à plus de 90 %</p>
	<p>Taux de couverture de supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois pour les enfants âgés de 6 à 59 mois : 85 %, dépassant la moyenne nationale (75 %)</p>
	<p>Taux de supplémentation en vitamine A des mères dans les 8 semaines suivant l'accouchement : 51 % (contre 27 % en 2003), dépassant la moyenne nationale (27 %)</p>
<p><i>Composante 1.2 : Education en groupe à la nutrition et à la santé</i></p>	
<p>Des séances mensuelles d'éducation à la nutrition et à la santé sont tenues dans 80 % des sites créés Base de données de référence : Cible fixée : 80 % de sites créés</p>	<p>94 % de sites ont été créés en 2006. Ce taux élevé a été maintenu, comme l'indiquent les rapports de suivi du programme : soit, 96 % en 2008 ; 97 % en 2011 ; 91 % en 2013 et 88 % en 2015. Le pourcentage de groupes cibles/mères ayant assisté à ces séances a été également élevé : 89 % en 2006 ; 93 % en 2009 ; 97 % en 2011 ; 91 % en 2013 ; 89 % en 2015 (Source : Rapports d'avancement CLM)</p>

Composante 1.3 : PCIME	
Pourcentage (%) du personnel de santé des zones ciblées formé à la PCIME Base de données de référence : Cible fixée : au moins 40 % d'employés	1 122 employés de postes de santé et de districts ont été formés (100 % et 78 %, respectivement) ; et 163 employés d'ONG / agences d'exécution communautaires et 23 formateurs ont également reçu une formation PCIME-C. (Source : Rapports d'avancement CLM) La cible fixée a été dépassée
Pourcentage (%) de sites où des séances de formation pour les relais communautaires ont eu lieu Base de données de référence : Cible fixée : au moins 25 % de sites	
Composante 1.4 : Services de santé de base	
Pourcentage (%) du personnel de santé des zones ciblées formé à la promotion des services de santé de base Base de données de référence : Cible fixée : au moins 40 % d'employés	1 122 employés de postes de santé et de districts ont été formés (100 % et 78 %, respectivement) La cible fixée a été dépassée
Pourcentage (%) de sites où des séances de formation pour les relais communautaires ont eu lieu Base de données de référence : Cible fixée : au moins 25 % de sites	2 459 relais communautaires ont été formés à la promotion des soins de santé de base (soit 100 % contre 25 %) La cible fixée a été dépassée
	La proportion d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide a plus que doublé de 28 à 59 %, dépassant largement la moyenne nationale de 2005 (10 %)
Composante 1.5 : Lutter contre les racines de la malnutrition	
Pourcentage (%) de sites ayant réussi à obtenir de petites subventions Base de données de référence : Cible fixée : au moins 40 % de sites	N'a pas été reporté
	La consommation de sel iodé est passée de 46 à 59 % (une augmentation de 28 %), dépassant la moyenne nationale de 2005 (41 %)
Renforcement des capacités et Suivi et Évaluation	
Composante 2.1 : Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles	
Suivi complet de la croissance est assuré, et matériel et stratégie de promotion de la	La cible fixée a été réalisée

croissance sont développés Base de données de référence : Cible fixée : suivi complet de la croissance assuré et stratégie de promotion de la croissance développée	
Nombre de sites de nutrition opérationnels Base de données de référence : Cible fixée : 820 (80 % de la communauté sont couverts)	924 sites de nutrition ont été créés et équipés et ont fourni des services de suivi et de promotion de la croissance aux communautés. De nouveaux sites ont été progressivement ajoutés, atteignant 5105 en 2013 et leur nombre a été légèrement réduit à 4922 en 2014. La cible fixée a été dépassée
Pourcentage (%) de postes de santé adéquatement équipés pour s'occuper des enfants gravement malnutris Base de données de référence : Cible fixée : au moins 50 % de postes	48 % La cible fixée a presque été réalisée
Composante 2.2 : Suivi, Évaluation et Recherche	
Pourcentage (%) de sites où se déroulent des activités/cours d'apprentissage Base de données de référence : Cible fixée : 50 % de sites	Des activités/cours d'apprentissage au suivi et à l'évaluation sont tenus dans 100 % des communautés La cible fixée a été dépassée
Études menées et recommandations intégrées au plan de travail de la Phase II	Le plan de travail de la Phase II a bénéficié des données de la performance du programme ainsi que de l'évaluation d'impact. La cible fixée a été réalisée
Gestion du programme (au niveau central et régional)	
Le personnel en place et formé	100 % du personnel du BEN (secrétariat de la CLM) ont été recrutés et ont reçu une formation ; et ils ont joué un rôle important dans la clarification des arrangements institutionnels entre la CLM et les ministères sectoriels ; 36 employés des Agences d'exécution ONG (100 % du personnel chargé de la gestion administrative et financière) ont été formés à l'approvisionnement et à la gestion financière. La cible fixée a été réalisée
	Le personnel des ONG a été formé à l'approvisionnement et à la gestion financière ; et 34 coordinateurs de sous-projets (100%) ont été formés au suivi et à l'évaluation
Les frais de gestion ont représenté moins de 15 % du budget total	La cible fixée a été réalisée
Au moins 80 % des activités inscrites dans le plan annuel complétées dans les coûts prévus.	92 % des activités inscrites dans le plan d'action annuel ont été complétées dans les coûts prévus La cible fixée a été dépassée

Note : * Comme indiqué dans « l'Annexe 1 : Résumé de la conception du projet », Banque mondiale 2002.

Tableau D.2. Projet de Renforcement de la nutrition I : Déclencheurs pour passer de la Phase I à la Phase II

<i>Déclencheur</i>	<i>Degré de réussite en fin de projet</i>
Les interventions nutritionnelles en zones urbaines et rurales ont une incidence positive sur la croissance des enfants dans les régions ciblées.	Le système de suivi montre une baisse considérable de la prévalence de la malnutrition dans les zones urbaines et rurales et une hausse dans la proportion d'enfants enregistrant un gain de poids d'un mois à l'autre.
La CLM coordonne efficacement l'application de la Lettre de Politique de Développement de la Nutrition ; son efficacité est mesurée par : (1) au moins trois secteurs ayant proposé des programmes de travail qui ont été approuvés ; et (2) la performance du BEN est évaluée par un bureau indépendant et elle est jugée satisfaisante pour l'Association internationale de Développement.	(1) La CLM a approuvé quatre propositions, trois de ministères sectoriels (santé, éducation et alphabétisation) et une d'une agence (développement de la petite enfance) et elle a signé des accords techniques avec chacun d'entre eux. (2) Le cabinet d'audit « Coopers et Lybrand » a vérifié l'état des comptes du BEN en 2002, 2003, 2004 et 2005. Les résultats de chaque audit ont été jugés satisfaisants pour l'Association internationale de Développement.
Une évaluation indépendante de la Phase I est achevée et ses recommandations sont intégrées dans la conception de la Phase II.	Deux enquêtes CPC (novembre 2003 et novembre 2005) ont été menées dans toutes les zones d'intervention et les résultats préliminaires ont été utilisés dans la préparation de la Phase II. Une évaluation d'impact indépendante était en cours au moment de la clôture du projet, avec un premier exercice de collecte de données achevé en avril 2004 et le deuxième en avril 2006. Leurs résultats ont également servi à guider la mise en œuvre de la Phase II.
Une durabilité/viabilité raisonnable est réalisée avec la mise en œuvre des interventions nutritionnelles (coût par enfant inférieur au coût direct de mise en œuvre de 8 dollars EU dans les zones urbaines et de 4 dollars EU par enfant dans les zones rurales).	Le coût médian par enfant par an pour les deux zones est de 4,3 dollars EU (5,0 dollars EU en zone urbaine et 3,7 dollars EU en zone rurale). 80% des projets communautaires ont un coût par enfant par année en dessous des normes fixées dans le déclencheur.

Source : Banque mondiale. 2007c. *Projet du Programme de Renforcement de la Nutrition au Sénégal*. Washington, DC : Banque mondiale.

Note : CLM = Cellule de Lutte contre la Malnutrition ; CPC = Connaissances, Pratiques, Couverture.

Tableau D.3. Projet de Renforcement de la nutrition II : Cadre de résultats/Réalisation des objectifs

<i>Objectifs initiaux, Indicateurs ou Cibles*</i>	<i>Objectifs révisés/Cibles 2013 pour Financement additionnel et restructuration (approuvé en 2012)</i>	<i>Résultats par rapport aux cibles initiales à compter de 2014 (60% pour les poids)</i>	<i>Résultat des cibles révisées, à compter de 2014 (40% pour les poids)</i>
Objectif de Développement du Projet (ODP)			
Objectif initial : Améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans des zones rurales et urbaines pauvres. Objectif révisé (en 2012, dans le cadre d'un financement additionnel/ restructuration) : Améliorer les conditions nutritionnelles des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones d'intervention.			
Indicateurs de Résultats			
ODP 1 : Augmentation du pourcentage (%) de la couverture globale du programme chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales (%) Base de données de référence : 14 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 40 %	Cible augmentée : 62 % (le Rapport sur l'état d'avancement et les résultats (ICR) indique une cible révisée de 70 %) Réalisée en fin d'année 2011 : 50 %	73 % Cible dépassée. (Système de suivi du projet CLM)	73 % Cible dépassée. 387/552 (72 %) collectivités locales couvertes et 74 % d'enfants de moins de cinq ans couverts en 2015. (Système de suivi du projet CLM)
ODP 2 : Augmentation de 30 % du pourcentage de nourrissons allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois dans les zones d'intervention Base de données de référence : 34% (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 44 %	Cible augmentée : 65 % Réalisée en fin d'année 2011 : 63 %	65 % Cible dépassée. (Enquêtes LQAS--Enquête par échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité)	65 % Cible réalisée. (Enquêtes LQAS)
ODP 3 : Au moins 40 % de femmes enceintes et d'enfants âgés de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones d'intervention Base de données de référence : 12 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 40 %	Cible augmentée : 75 % Réalisée en fin d'année 2011 : 71 %	86 % Cible dépassée. (Enquêtes LQAS)	86 % Cible dépassée. (Enquêtes LQAS)
DOP 4 : INDICATEUR DE BASE : pas dans le DEP, mais figurant comme indicateur initial dans le Document de financement additionnel /	Cible augmentée : 1,1 million Réalisée fin 2011 : 1,1 million	1,64 million d'enfants (données CLM)	1,64 million d'enfants Cible dépassée.

restructuration : Nombre de personnes ayant accès à un paquet de base de services de santé, de nutrition et de population (Indicateur de base se réfère au nombre d'enfants servis par les activités de nutrition communautaire) Base de données de référence : 265 073 Cible fixée : 709,124		Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	(Système de suivi du projet CLM)
	Ajoutée : ODP 5 : Pourcentage (%) d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant annuellement un minimum de 90 sachets de poudre de micronutriments pendant trois mois dans les zones d'intervention, reflétant ainsi de nouvelles activités de distribution et de promotion de la supplémentation en fer Cible fixée : 30 % Réalisée en fin d'année : 0	Pas applicable	40 % Cible dépassée. Seulement 20 % ont été réalisés à la clôture du projet, mais les 40 % ont été atteints peu de temps après. (Système de suivi du projet CLM)
Indicateurs de Résultats intermédiaires (IRI)			
Résultat intermédiaire 1 : Croissance adéquate chez les enfants ciblés			
IRI 1 : Au moins 75 % d'enfants ciblés âgés de 0 à 24 mois enregistrent un gain de poids adéquat tous les mois (le financement additionnel a ajouté : "... dans les zones d'intervention"). Base de données de référence : 50 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 75 %	Cible augmentée : 80 % Réalisée en fin d'année 2011 : 80%	83 % Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	83 % (Données CLM) Cible dépassée. En 2015, 1,5 million d'enfants de moins de 2 ans ont enregistré un gain de poids adéquat, soit 82 % de tous les enfants pesés. (Système de suivi du projet CLM)
IRI 2 : Augmentation de 30 % du pourcentage de femmes enceintes effectuant au moins quatre visites de soins prénatals dans les zones d'intervention Base de données de référence : 40 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 52 % (le rapport ICR indique une cible de 50 %)	Cible augmentée : 56 % (Le rapport ICR indique une cible révisée de 60 %) Réalisée en fin d'année 2011 : 52%	61 % Cible dépassée (Enquêtes LQAS)	61 % Cible dépassée (Enquêtes LQAS) Cible dépassant également le niveau national des 48 % (EDS 2014) et 47 % (EDS 2015)

IRI 3 : Au moins 80 % de mères d'enfants ciblés participant à des séances mensuelles d'information et d'éducation Base de données de référence : 60 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 80 %	Cible augmentée : 90 % Réalisée en fin d'année 2011 : 95%	90 % Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	90 % Cible réalisée 89 % en 2015 (Système de suivi du projet CLM)
Nombre d'enfants de moins de 24 mois bénéficiant de meilleures pratiques d'alimentation pour nourrissons et jeunes enfants dans la zone cible Base de données de référence : 200 000 enfants Cible fixée : 222 500 enfants	Cible maintenue	272,796 enfants Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	272,796 enfants Cible dépassée. Ce nombre est tombé à 207 365 en 2015. (Système de suivi du projet CLM)
Pourcentage (%) d'enfants âgés de 6 à 59 mois examinés tous les trois mois pour une malnutrition sévère			73 % (2009) ; 86 % (2010) ; 90 % (2012) ; 91 % (2014) ; 84 % (2015) / 1,5 million d'enfants chaque trimestre
Nombre d'enfants ciblés de moins de 5 ans traités d'une malnutrition chronique ou aiguë. Aucune cible fixée, étant donné que l'objectif était de traiter un maximum de cas, tout en réduisant la prévalence de la malnutrition		19,799 enfants (Système de suivi du projet CLM)	19,799 enfants (Système de suivi du projet CLM)
Résultat intermédiaire 2 : Amélioration de l'état micro nutritif chez les enfants ciblés âgés de 6 à 59 mois			
IRI 4 : Au moins 80 % d'enfants âgés de 6 à 59 mois dans les zones d'intervention recevant des doses préventives élevées de suppléments en vitamine A deux fois par an Base de données de référence : 79 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 80 %	Cible augmentée : 90 % (Le document de projet indique une base de référence de 70%) Réalisée en fin d'année 2011 : 120	95 % Cible dépassée. (Enquêtes LQAS)	95 % Cible dépassée. (Enquêtes LQAS)
IRI 5 : INDICATEUR DE BASE : pas dans le DEP, mais figurant comme indicateur initial dans le Document de financement additionnel / restructuration : Nombre d'enfants recevant une dose de vitamine A (Indicateur de base - information découlant de l'IRI 4 ci-dessus) Base de données de référence : 1,58 million	Cible : 1.58 million Réalisée en fin d'année 2011 : 2.15 million	2.3 million Cible dépassée. (Système d'information sur la santé, tel qu'indiqué dans le rapport ICR)	En 2014, 2,2 millions d'enfants de 6 à 59 mois ont reçu des suppléments en vitamine A, soit 91 % du groupe ciblé. Cible réalisée. En 2015, le nombre d'enfants a été réduit à 1,5 million. (Système de suivi du projet)

			CLM, tel que signalé à la mission RERP)
Au moins 80 % d'enfants âgés de 12 à 59 mois reçoivent des médicaments de déparasitage deux fois par an Base de données de référence : 79 % (résultats préliminaires de l'EDS 2005) Cible fixée pour 2011 : 80 %	Abandonné : cet indicateur est lié aux suppléments en vitamine A car les deux interventions sont combinées	1,94 million d'enfants, soit 89 % de la population ciblée ; couverture de 86 % en 2015. Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	1,94 million d'enfants, soit 89 % de la population ciblée ; couverture de 86 % en 2015 Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)
Au moins 90 % du nombre ciblé de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées Base de données de référence : 0 % Cible fixée pour 2011 : 90 %	Cible augmentée : 100 % (d'après la page 14 du Document de projet, mais la page 11 indique que la cible n'a pas changé). Réalisée en fin d'année 2011 : 100 %	100% Cible dépassée Cette activité a été réalisée en 2011 seulement. (Système de suivi du projet CLM)	100% Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)
INDICATEUR DE BASE : pas dans le DEP, mais figurant comme indicateur initial dans le Document de financement additionnel / restructuration : Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet prolongé pour la prévention du paludisme achetées et/ou distribuées Base de données de référence : 0	Cible : 500,000 moustiquaires Réalisée en fin d'année 2011 : 500,000 moustiquaires	500,000 moustiquaires Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)	500,000 moustiquaires Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)
	Ajoutée : Nombre de jardins potagers dans les zones d'intervention, reflétant ainsi de nouvelles activités de promotion de la diversification des aliments et du régime alimentaire Cible : 350 jardins potagers Réalisée en fin d'année 2011 : 0	Pas applicable	1,321 jardins potagers Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)
Résultat intermédiaire 3 : Appropriation sectorielle et Responsabilité pour les résultats nutritionnels, en particulier dans les domaines de la santé et de l'éducation			
Adoption des interventions de promotion de la croissance infantile chez les enfants âgés de moins de deux ans et révision de la stratégie de prévention et de contrôle d'anémie par le Ministère de la Santé publique d'ici 2009. Cibles : révisées en 2009	Cibles maintenues Réalisée en fin d'année 2011	Cibles réalisées (Système de suivi du projet CLM)	Cibles réalisées (Système de suivi du projet CLM)

Au moins 75 % des activités de supervision prévues par les districts de santé impliqués réalisées Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 75%	Abandonnée : cet indicateur n'est même pas un indicateur d'extrait/sortie, mais plus un indicateur d'intrant/entrée	Pas disponible	Pas disponible
Au moins 80% d'élèves d'école primaire ciblés recevant des suppléments hebdomadaires de micronutriments pendant la période scolaire dans les zones d'intervention Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 %	Cible augmentée : 90% Réalisée en fin d'année 2011 : 95%	99% Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	99% Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)
		80 % d'élèves d'école primaire ciblés reçoivent des suppléments hebdomadaires de fer en 2015 (Système de suivi du projet CLM)	80 % d'élèves d'école primaire ciblés reçoivent des suppléments hebdomadaires de fer en 2015 (Système de suivi du projet CLM)
Au moins 80% d'élèves d'école primaire ciblés recevant des médicaments de déparasitage deux fois par an dans les zones d'intervention Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 %	Abandonnée : cet indicateur est lié étroitement à l'IRI sur les suppléments en vitamine A car les deux interventions sont combinées	80 % en 2015 Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)	80 % en 2015 Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)
Résultat intermédiaire 4 : Le Gouvernement, à tous les niveaux, est conscient de l'importance de la nutrition dans le développement et suit de manière attentive les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Politique nationale de Nutrition			
Les indicateurs de nutrition sont intégrés dans les instruments et documents de suivi de la Stratégie pour la réduction de la pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) Base de données de référence : (non quantifiée) Cible fixée pour 2011 : (non quantifiée)	Cible maintenue Réalisée en fin d'année 2011	Cibles réalisées (Système de suivi du projet CLM)	Cibles réalisées (Système de suivi du projet CLM)
Au moins 25 % des autorités locales ciblées ont incorporé des objectifs et interventions de nutrition dans les plans de développement local Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 25 %	Cible augmentée : 35 % Réalisée en fin d'année 2011 : 31%	34 % Cible dépassée (Système de suivi du projet CLM)	34 % (135 autorités locales) Cible réalisée (Système de suivi du projet CLM)

	<p>Ajoutée—Indicateur de base : Nombre des bénéficiaires directs du projet, dont les femmes (pourcentage). Alors que les données sur le nombre total seront disponibles, les données sur la proportion des femmes ne le seront pas. Cible : 2,3 millions de bénéficiaires Réalisée en fin d'année 2011 : 2,0 millions de bénéficiaires</p>		<p>2,1 millions de bénéficiaires en 2012 ; 2,2 millions en 2013 ; 2,2 millions en 2014 ; 1,9 million en 2015. la cible a été presque réalisée, mais a diminué légèrement après le projet. (Système de suivi du projet CLM, tel qu'il a été rapporté à la mission REPR ; le rapport ICR a indiqué 2,3 millions de bénéficiaires pour 2014, citant également la CLM)</p>
--	--	--	--

Note : * Comme indiqué dans « l'Annexe 3 : Cadre de résultats », Banque mondiale 2006 ; Pourcentage du total des décaissements : dans le cadre du projet initial : $10.0 / 16.6 = 60\%$ de poids ; dans le cadre du projet restructuré /financement additionnel : $6.6/16.6 = 40\%$ de poids.

IRI = Indicateur de résultat intermédiaire.

Enquêtes LQAS = Enquête par échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité

Tableau D.4. Projet d'Intervention rapide pour la Sécurité nutritionnelle et les Transferts en espèces axés sur les Enfants : Cadre de résultats/Réalisation des objectifs

<i>Objectifs ou Indicateurs*</i>	<i>Résultats†</i>
Objectif de Développement du Projet (ODP)	
Objectif de développement du projet : Réduire le risque d'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables, en particulier des enfants âgés de moins de cinq ans dans les zones rurales et urbaines pauvres, en intensifiant le Programme de Renforcement de la nutrition du Gouvernement et en fournissant des transferts en espèces aux mères d'enfants vulnérables de moins de cinq ans	
Indicateurs de Résultat du Projet	
ODP#1 : Pourcentage (%) de la population ciblée (enfants <5) servie par le Programme de Nutrition communautaire Base de données de référence : 22 % Cible fixée pour 2011 : 45 %	65 % (Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
ODP#2 : Pourcentage (%) de mères ciblées allaitant leurs nourrissons exclusivement au sein pendant les six premiers mois Base de données de référence : 34 % (le DEP indique que cette base de référence provient des données nationales pour 2005. Les données spécifiques à la zone devaient être disponibles dans les quatre mois à compter du démarrage des activités). Cible fixée pour 2011 : + 30 %	62% (Source : Enquête LQAS, commandée par la CLM) Cible dépassée
ODP#3 : Nombre de bénéficiaires (personnes) du Programme des transferts en espèces Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 50 000 personnes	49 315 personnes en 2011 ; 54 512 en 2012 (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
PDO#4 : Pourcentage (%) de bénéficiaires sélectionnés recevant tous les transferts en espèces prévus Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 %	96% (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
Indicateurs de Résultats intermédiaires	
IRI#1 : Pourcentage (%) d'enfants âgés de 6 à 59 mois examinés pour un dépistage de malnutrition aiguë Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 %	90 % (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée

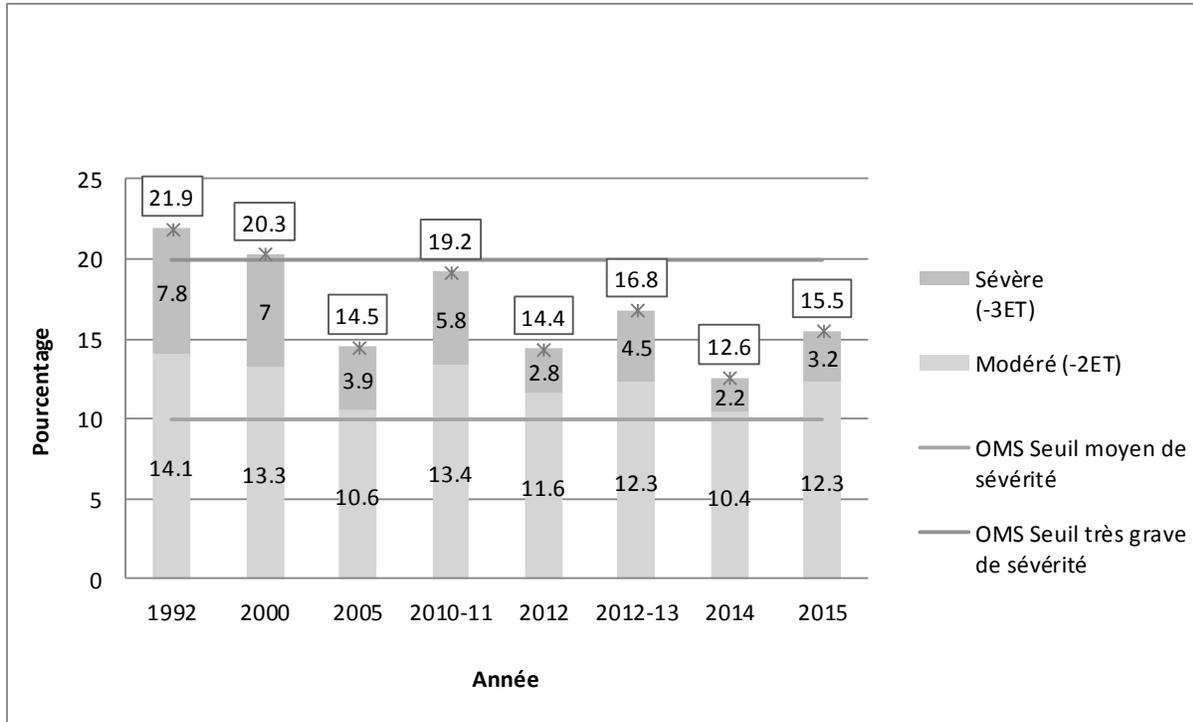
IRI#2 : Pourcentage (%) d'enfants âgés de 0 à 24 mois enregistrant un gain de poids adéquat Base de référence : 60 % Cible fixée pour 2011 : 75 %	82 % (2012) ; 83 % (2013) ; 83 % (2014) ; 84 % (2015) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IRI#3 : Pourcentage (%) de femmes enceintes effectuant au moins 4 visites de soins prénatals Base de données de référence : 39 % (le DEP indique que cette base de référence provient des données nationales pour 2005. Les données spécifiques à la zone devaient être disponibles dans les quatre mois à compter du démarrage de ces activités). Cible fixée pour 2011 : + 30% (ou 51 %)	51 % (Source : Enquête LQAS, commandée par CLM) 48% (2014) ; 47% (2015) (Source : Enquête continue EDS) Cible dépassée
IRI#4 : Pourcentage (%) de mères d'enfants ciblés participant à des séances mensuelles d'information et d'éducation Base de données de référence : 80 % Cible fixée pour 2011 : 80 %	95 % (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IRI#5 : Pourcentage (%) d'enfants ciblés âgés de 6 à 59 mois recevant une supplémentation en vitamine A Base de données de référence : 80 % Cible fixée pour 2011 : 80 %	94 % (2012) ; 96 % (2013) ; 95 % (2014) ; 95 % (2015) (Source : Enquête LQAS, commandée par CLM) Cible dépassée
Pourcentage (%) d'enfants ciblés âgés de 12 à 59 mois recevant des médicaments de déparasitage deux fois par an (pas de base ou cible)	89 % (2014) ; 86 % (2015)
IRI#6 : Pourcentage (%) d'élèves d'école primaire ciblés recevant des suppléments hebdomadaires de micronutriments Base de données de référence : 80 % Cible fixée pour 2011 : 80 %	95 % (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IRI#7 : Pourcentage (%) d'élèves d'école primaire ciblés recevant des médicaments de déparasitage deux fois par an Base de données de référence : 80 % Cible pour 2011 : 80 %	95 % (2012) ; 80 % (2015) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée à la fin du projet, puis complètement réalisée après le projet.
IOI#8 : Quantité de sel adéquatement iodé par les petits exploitants (tonnes) Base de données de référence : 87 000 tonnes Cible fixée pour 2011 : 139 000 tonnes	73 299 tonnes (2012) ; 89,209 (2014) ; 112 022 (2015) (Source : Système de suivi du projet CLM) La cible n'a pas été réalisée, reflétant les chocs saisonniers et la hausse du prix du fortifiant qui s'est multiplié par six)
IOI#9 : Quantité d'huile industrielle fortifiée en vitamine A (litres) Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 000 litres	107 178 litres (2012) ; 124 465 (2014) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
Quantité de farine enrichie en fer produite par l'industrie locale Cible fixée pour 2011 : 150 000 tonnes	164 710 tonnes (2015) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible post-projet (2015) dépassée

IOI#10 : Pourcentage (%) des autorités locales incorporant des objectifs et des interventions de nutrition dans les plans de développement local Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 25 %	30 % (2012) et chaque année suivante (2013-2015) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IOI#11 : Pourcentage (%) de bénéficiaires sélectionnés ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité (erreur d'inclusion) Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : <20 %	2,5 % (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IOI#12 : Pourcentage (%) de transferts effectués par des prestataires de services de paiement locaux Base de données de référence : 0 Cible fixée pour 2011 : 80 %	76 % (2010) ; 100 % (2011) ; 100 % (2012) (Source : Système de suivi du projet CLM) Cible dépassée
IOI#13 : Développement et adoption par le Gouvernement d'un système efficace de transferts en espèces axés sur les enfants dans le cadre de la Stratégie nationale de protection sociale Base de données de référence : non achevé Cible fixée pour 2011 : réalisée	Les transferts en espèces aux mères d'enfants vulnérables et le système de ciblage communautaire ont été adoptés par le Gouvernement. Cible réalisée.

Note : * Comme indiqué dans « l'Annexe 1 : Résumé de la conception du projet », (Banque mondiale 2009). † Données pour la mi-2012 détaillées dans le Rapport sur la mise en œuvre et l'achèvement et de projet (Banque mondiale 2013), réaffirmées par la CLM et les mises à jour de la CLM pour les dernières années.

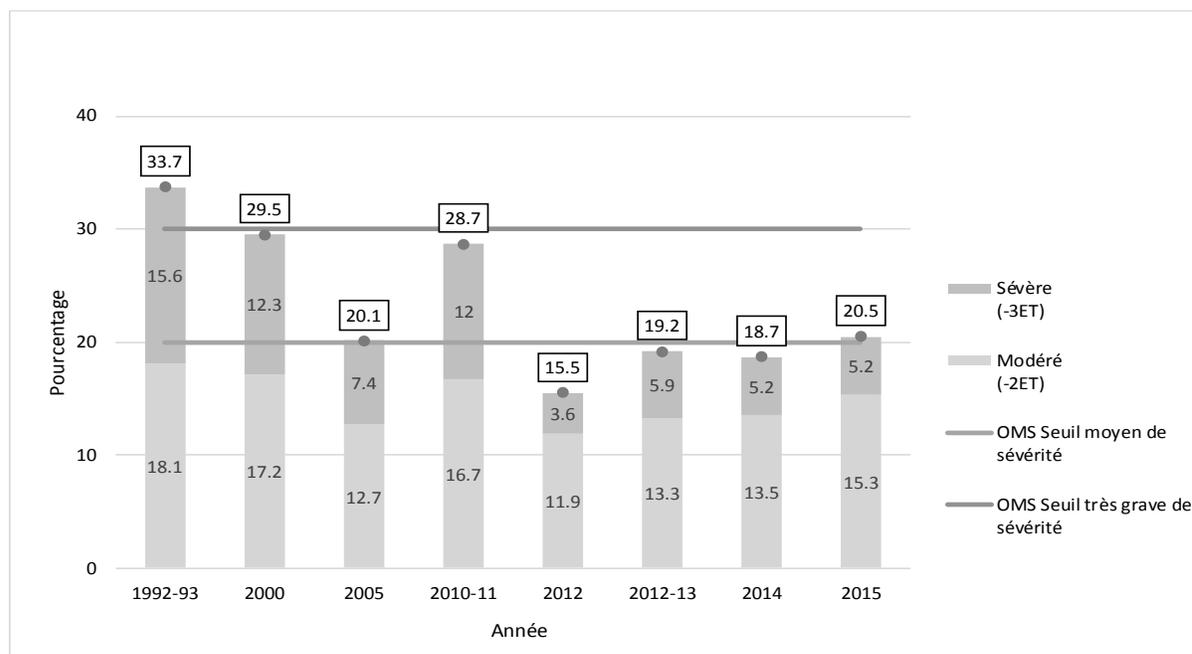
II. TENDANCES NATIONALES

Figure D.1. Prévalence de la sous-pondération chez les enfants de moins de cinq ans (poids pour l'âge), "Insuffisance Pondérale"



Source : Organisation mondiale de la santé, Données sur la nutrition mondiale (pour 1992-2012 / 13), qui recalcule les données EDS en fonction de nouveaux groupes de comparateurs et de nouvelles définitions (OMS 2014, DHS 1992-1993, DHS 1999, DHS 2005, DHS 2010-11, DHS 2012-13, DHS 2014, DHS 2015).

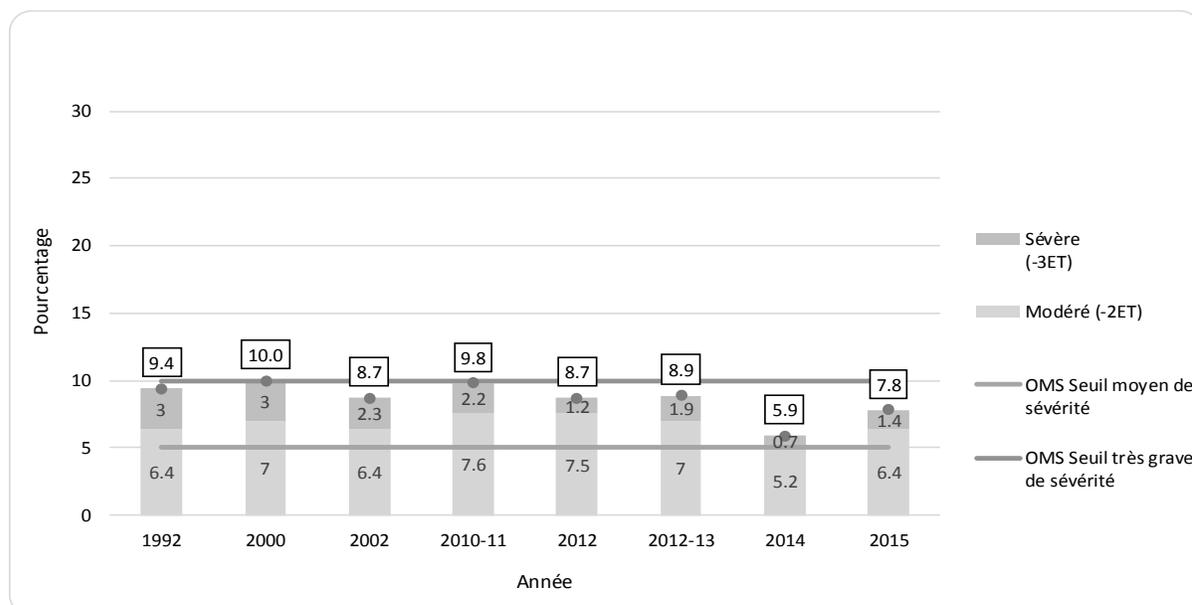
Figure D.2. Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans (taille pour l'âge), "Malnutrition Chronique"



Sources : Organisation mondiale de la santé, Données sur la nutrition mondiale (pour 1992-2012 / 13), qui recalcule les données EDS en fonction de nouveaux groupes de comparateurs et de nouvelles définitions ; (OMS 2014, DHS 1992-93, DHS 1999, DHS 2005, DHS 2010-11, DHS 2012-13, DHS 2014, DHS 2015).

Note : ET = Écart type

Figure D.3. Prévalence de la perte de poids chez les enfants de moins de cinq ans (poids pour la taille), "Malnutrition Aiguë"



Source : Organisation mondiale de la santé, Données sur la nutrition mondiale (pour 1992-2012 / 13), qui recalcule les données EDS en fonction de nouveaux groupes de comparateurs et de nouvelles définitions ; (OMS 2014, DHS 1992-93, DHS 1999, DHS 2005, DHS 2010-11, DHS 2012-13, DHS 2014, DHS 2015).

III. COUVERTURE DU PROGRAMME

Tableau D.5. Cibles du PRNII

Région	Enfants âgés de 0-5 ans (nombre)	Prévalence de l'insuffisance pondérale (âgés de 0-5 ans) (pour cent)	Couverture ciblée		Enfants à servir (Zones rurales et urbaines)	
			Zone rurale (pour cent)	Zone urbaine (pour cent)	(Pour cent)	(nombre)
Kolda	155 413	32	70	39	61	96 121
Matam	69 572	29	70	50	62	42 923
Saint Louis	96 644	28	70	45	57	55 395
Tambacounda	105 442	25	70	42	60	63 584
Louga	105 771	21	55	44	51	53 703
Diourbel	155 101	20	55	32	50	77 670
Fatik	100 649	16	45	23	41	41 523
Thies	236 749	13	45	26	37	86 850
Kaolack	184 318	11	45	17	38	69 827
Dakar	350 699	6	15	30	29	102 820
National	1 629 326	17	53	32	43	706 789

Tableau D.6. Population âgée de moins de cinq ans (2002-16)

Année	Population totale (Millions)	REACH	Population âgée de moins de 5 ans (14.7%)	REACH	Population urbaine de moins de 5 ans		Population rurale de moins de 5 ans	
					%	nombre	%	nombre
2002	10,4		1,53		40,64	621 792	59,36	908 208
2003	10,7		1,57		40,78	640 246	59,22	929 754
2004	11,0		1,62		40,94	663 228	59,06	956 772
2005	11,3		1,66		41,12	682 592	58,88	977 408
2006	11,6		1,71		41,31	706 401	58,69	1 003 599
2007	11,9		1,75		41,52	726 600	58,48	1 023 400
2008	12,2		1,79		41,74	747 146	58,26	1 042 854
2009	12,6		1,85		41,98	776 630	58,02	1 073 370
2010	13,0		1,91		42,23	806 593	57,77	1 103 407
2011	13,4		1,97		42,50	837 250	57,50	1 132 750
2012	13,8		2,03		42,78	868 434	57,22	1 161 566
2013	14,2	13,9	2,09	2,09	43,08	900 372	56,92	1 189 628
2014	14,7		2,16		43,39	937 224	56,61	1 222 776
2015	15,1		2,22		43,72	970 584	56,28	1 249 416

Sources : Indicateurs de développement mondial de la Banque mondiale (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>) ; Dankoko, Dr. Boubacar Samba, « L'évolution de la population au Sénégal », Dakar, Sénégal, mai 2011 ; Index Mundu (<http://www.indexmundi.com/facts/senegal/urban-population>).

Note : REACH (Renouvellement des efforts de lutte contre la faim et la sous-alimentation chez l'enfant) est une approche-pays pour élargir les interventions efficaces et éprouvées visant à lutter contre la sous-alimentation des enfants grâce au partenariat et aux actions coordonnées des agences des Nations Unies, de la société civile, des agences de bailleurs de fonds et du secteur privé, sous l'autorité des gouvernements nationaux. REACH Co facilité le réseau des Nations Unies pour le renforcement de la nutrition (SUN) ainsi que le Comité permanent de la nutrition des Nations Unies.

D'après REACH, voici les chiffres pour chaque groupe cible en 2013 :

- Femmes en âge de procréer (15–49 ans) : 3,427,417
- Nourrissons âgés de moins de 6 mois : 225,708
- Enfants âgés de 6 à 24 mois : 670,854
- Enfants âgés de 6 à 59 mois : 1,864,180
- Enfants de moins de cinq ans : 2,089,888

Tableau D.7. Couverture du Programme par collectivité locale

<i>Région</i>	<i>Dépt.</i>	<i>Collectivités locales</i>	<i>2005*</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>		<i>2015</i>	<i>2016</i>	
			<i>nombre</i>	<i>nombre</i>	<i>nombre</i>	<i>%</i>	<i>nombre</i>	<i>%</i>	
Dakar	4	52	8	29	29	56	29	0	
Diourbel	3	40	4	36	36	90	40	40	
Fatick	3	40	21	28	28	70	28	29	
Kaffrine†	4	33	12	26	26	79	26	26	
Kaolack	3	41	17	25	25	61	25	26	
Kedougou†	3	19	1	14	14	74	19	19	
Kolda	3	40	10	27	27	68	27	27	
Louga	3	55	1	39	39	71	39	39	
Matam	3	26	0	26	26	100	26	26	
Saint-Louis	3	38	3	33	33	87	38	38	
Sedhiou†	3	43	19	26	26	61	26	27	
Tambacounda	4	46	1	46	46	100	46	46	
Thies	3	49	0	30	30	61	30	29	
Ziguinchor	3	30	0	1	1	3	13	13	
Sénégal	45	552	97	386	386		400	385	
Nombre de collectivités locales			384	552	552		552	552	
Couverture géographique du PRN (%)			25	70	70		72	70	

Remarque : * En 2005, le Sénégal était composé de communes et de communautés rurales et les régions de Kaffrine, Kedougou et Sedhiou n'existaient pas encore. Ce tableau a pris en compte les communes et les communautés rurales de Kaolack, Tambacounda et Kolda et les a attribués aux régions pas encore créées de Kaffrine, Kedougou et Sedhiou aux fins de l'analyse des tendances.

Tableau D.8. Couverture des interventions clés par département et par groupe cible

Interventions	Départements couverts (nombre)	Groupes cibles ou groupes d'âge	Couverture			
			<25%	25–50%	50–75%	>75%
Nutrition						
Supplémentation en Vitamine A	45/45	Enfants âgés de 6 à 59 mois				
Supplémentation en fer et acide folique	42/45	Femmes enceintes				
Fortification des ménages	45/45	Enfants âgés de 6 à 23 mois				
Dépistage de la malnutrition aiguë	45/45	Enfants âgés de 6 à 59 mois				
Traitement de la malnutrition aiguë sévère	45/45	Enfants âgés de 6 à 59 mois				
Traitement de la malnutrition aiguë modérée	45/45	Enfants âgés de 6 à 59 mois				
Déparasitage	45/45	Enfants âgés de 12 à 59 mois				
	45/45	Écoliers âgés de 5 à 14 ans				
Suivi et promotion de la croissance	45/45	Enfants âgés de 0 à 23 mois				
Fortification à petite échelle / communautaire	19/45	Enfants âgés de 6 à 59 mois				
Promotion des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants						
Allaitement maternel exclusif de nourrissons âgés de moins de 6 mois	45/45	Mères allaitantes de nourrissons âgés de moins de 6 mois				
	45/45	Femmes enceintes				
Alimentation correcte des enfants âgés de 6 à 23 mois	45/45	Mères allaitantes d'enfants âgés de 6 à 23 mois				
	45/45	Mères allaitantes de nourrissons âgés de moins de 6 mois				
Sécurité alimentaire						
Développement de l'agriculture familiale, du bétail, de la pêche	45/45	Ménages				
Biofortification des aliments consommés dans les ménages	8/45	Ménages				
Assistance sociale aux groupes vulnérables	33/45	Ménages				
Communication pour le changement de comportement						
Éducation nutritionnelle	45/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
Promotion de changement de comportement pour une bonne nutrition	45/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				

Genre						
Programme d'alphabétisation fonctionnelle	12/45	Femmes de 15 à 49 ans				
Services de santé et de l'environnement (activités promotionnelles)						
Promotion du lavage des mains au savon	45/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
Promotion de l'utilisation des latrines	43/45	Ménages				
	43/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
Traitement de l'eau potable dans les ménages	29/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
	29/45	Ménages				
Soins appropriés de la diarrhée	45/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
Soins adéquats de l'infection des voies respiratoires supérieures	45/45	Mères ou autres fournisseurs de services de garde d'enfants pour les enfants âgés de moins de cinq ans				
Santé reproductive et espacement des naissances	19/45	Femmes de 15 à 49 ans				
	19/45	Femmes enceintes				
Suivi de grossesse saine (soins prénatals, accouchements assistés, visites postnatales)	45/45	Femmes enceintes et allaitantes				
Prévention des maladies (vaccination, PCIME)	45/45	Enfants âgés de 0 à 59 mois				
	45/45	Femmes enceintes et allaitantes				

Note : PCIME = Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Annexe E. Liste des personnes rencontrées

Gouvernement du Sénégal, Niveau national

Ministère de l'Économie et des Finances

Mme Ndeye Maye Diouf, Chargée de Programme, Santé et Développement Social

CLM/Personnel cadre national

M. Abdoulaye Ka, Coordonnateur National, Dakar
 M. El Hadji Momar Thiam, Responsable, Suivi et Évaluation, Dakar
 M. Makick Faye, Responsable Financier, Dakar
 Mme Aminata Ndoye, Responsable des Opérations, Dakar
 M. Ibrahima Gaye, Gestionnaire programme Fortification, Dakar
 Mme Adama Cisse, Conseillère en Communication, Dakar
 M. Ousseynou Diakhate, Chargé de Communication, Dakar
 Mme Ndeye Rokheya Seck, Responsable de Zone, Thies

Points Focaux CLM représentant les divers Secteurs contribuant aux efforts des Interventions de Nutrition

Mme Sophie Gyeye Sow, Point Focal, Agence Nationale de la Petite Enfance et de la Case des Tout-Petits, Dakar
 M. Mouhamadou Lamine Sow, Ministère de l'Industrie et des Mines, Dakar
 Mme Ramatoulaye Aidara, Ministère du Commerce, Dakar
 Mme Khady Mbaye, Ministère du Commerce, Dakar
 M. Ismaila Ba, Direction de la Famille, Ministère de la Famille, Dakar
 Mme Seynabou Tuore Laye, Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural, Dakar
 Mme Khady Diallo, Ministère de l'Éducation Nationale, Dakar
 Dr. Maty Diagne Camara, Ministère de la Santé, Dakar

Anciens Points Focaux

Dr. Mame Mbayame Dione, Député de l'Assemblée Nationale
 Ancien Point focal du Ministère de la Santé, Dakar
 Prof Galaye Sall, Pédiatrie, Hospital Aristide Le Dantec
 Ancien Point focal du Ministère de la Santé, Dakar

Niveau local : Personalités, Acteurs, Participants et Bénéficiaires

Personnes et Acteurs rencontrés pendant la visite sur le terrain à Dahra, Région de Louga

M. Moussa Yatte, Sous-Prefet, Sagatta Djoloff, Dahra
 M. Mamadou War, Chef de Projet, ADEV, Dahra
 M. El Hadji Faye, Superviseur, ADEV, Dhara
 M. Serigne Ndiaye Beye, Agent Communautaire, ADEV, Sagatta Djoloff
 M. Aliou Ndao, Agent Communautaire, ADEV, Deali
 M. Semou Diop, Agent Communautaire, ADEV, Sagatta-Affe
 Mme Coumba Diaw, Maire, Collectivité Locale, Sagatta Djoloff
 Mme Bator Ndiaye, Présidente, Comité Local Pilote, Sagatta Djoloff
 Mme Oumou Diop, Vice-Président, Comité Local Pilote, Sagatta Djoloff

Mme Fatou Ndiaye Diaw, Trésorière Adjointe, Comité Local Pilote, Sagatta Djioloff
 M. El Hadji Bassirou Ndao, Chef de Village, Collectivité Locale, Sagatta Djioloff
 Mme. Fatou Ndiaye Faye, Infirmier Chef de Poste, Poste de santé Municipal, Dahra

Personnes et Acteurs rencontrés à Darou Mousty

M. Gallo Cisse, Chef de Projet, Plan-Sénégal, Darou Mousty
 M. Pape Ly, Adjoint au Sous-Préfet, Arrondissement de Darou Mousty
 Mme Fatou Fall Dieye, Chef de Service, CADL, Darou Mousty
 M. Wagane Faye, Représentant Chef de Village, Darou Mousty
 M. Madiop Biteye, Maire, Collectivité Locale, Darou Mousty
 M. Mamadou Sambou, Encadreur Volet agricole, ANCAR, Darou Mousty
 M. Mamadou Gaye, Chef de Village, Collectivité Locale, Darou Mousty
 M. Mansour Diop, Éducateur de Santé, Collectivité Locale, Ndoiyene
 M. Moustapha Badji, Major, Centre de Santé, Darou Mousty
 Mme Astou Toure, Présidente, Association des Relais, Darou Mousty
 M. Alioune Mbaye, Directeur, Centre de la Reintégration Sociale/Direction de
 l'Action Sociale Ministère de la Santé et du Développement Social, (visiteur)
 Darou Mousty
 Mme Adja Seynabou Diop, Relais, Collectivité Locale, Darou Mousty
 Ndeye Sokhna Thiam, Présidente C.G., Collectivité Locale, Darou Mousty
 Mme Cina Hosny, Relais, District, Darou Mousty
 Mme Astou Toure, Présidente, Association de Relais Polyvalent, Darou Mousty
 Mme Ndeye Diagne, Trésorière, Comité Local Pilote, Darou Mousty
 Mme Rokheya, Éducateur communautaire de Santé, Collectivité Locale, Mbadiane
 M. Modou Dema Seck, Présidente, Comité Local Pilote, Collectivité Locale, Darou
 Mousty
 M. Mansour Ndoye, Éducateur communautaire de Santé, Collectivité Locale,
 Ndoiyene
 Mme Aissatou Sow, Éducateur communautaire de Santé, District de Santé, Darou
 Mousty
 M. Amadou Ndiagne Diagne, Plan-Senegal, Darou Marnane
 M. Ibra Seck Ba, Adjoint Maire, Collectivité Locale, Darou Marnane
 M. Mor Seck, Secrétaire Municipal, Collectivité Locale, Darou Marnane

Bénéficiaires/Mères de Dahra-Ndiayene/Dahra Djioloff

Mme Mboyo Ka, Relais
 Mme Hawa Sow
 Mme Oumou Sow
 Mme Farimal Sow
 Mme Toylye Dia
 Mme Binta Diallo
 Mme Gueda Ba
 Mme Ndeye Coumba Guisse
 Mme Mareme Guisse
 Mme Fama Diaw
 Mme Diarra Ndiaye
 Mme Astou Toure, President ARC

Bénéficiaires/Mères de la Collectivité locale de Darou Marnane

Mme Ndeye Diop
 Mme Fatou Ba
 Mme Anta Sock
 Mme Ndeye Sow
 Mme Kokhna Gaye
 Mme Bomba Sylla
 Mme Awa Ngom

Personnes et Acteurs rencontrés pendant la visite sur le terrain, Région de Kaolack

M. Cheikh Seye, Comptable, ARAF, Gossas
 M. Momar Mbodji, Chef de Project ARAF, Gossas
 M. Ibrahima Diallo, Chef de Project, ARAF, Guinguineo
 M. Mamadou Sarr, Président, ARAF, Gossas
 M. Waly Faye, Secrétaire Général ARAF, Gossas
 Mme Fatou Ndiaye, Présidente, Comité Local Pilot Gagnick Tibou
 Mme Oumy Ndiaye, Vice-Présidente, Comité Local Pilot, Gagnick Tigou
 Mme Awa Faye, Secrétaire, Comité Local Pilot, Gagnick Tibou
 Mme Ndioba Sow, Trésorière, Comité Local Pilot, Gagnick Tibou
 Mme Awa Mbaye, Relais, Collectivité Locale, Gagnick Tibou
 Mme Diaw Samb, Relais, Collectivité Locale, Gagnick Tibou
 Mme Soda Mareme Kane, Relais, Collectivité Locale, Gagnick Tibou
 M. Mbaye Ndiaye, Infirmier Chef de Poste, Poste de Santé, Gagnick Khodjil
 M. Falou Ndour, Chef Service Départementale, Élevage, Gossas

Bénéficiaires/Mères de la Collectivité locale de Gagnick Tibou/Guinguineo

Mme Fatou Dkouf
 Mme Ramatoulaye Diop
 Mme Mboye Badiane
 Mme Ndeye Fatou Top
 M. Aly Ndiaye, Chef de Village
 Mme Amy Ndiaye, Sage-Femme Traditionnelle
 M. Mbaye Sakho, Président, Association de Relais Polyvalent

Personnes et Acteurs rencontrés pendant la visite sur le terrain du Projet Nutri-Ecole, Région de Fatick

M. Babacar Diop, Proviseur, École secondaire, Mbar
 M. Lamine Barro, Professeurr, École secondaire, Mabar
 Mme Cecile Man Dione, Professeurr, École secondaire, Mbar
 M. Barra Dieng, Étudiant/Président, Projet Nutri-École
 M. Ndiaye Seye, Étudiant/Secrétaire, Projet Nutri-École
 Mme Amy Diouf, Étudiante/Organisatrice, Projet Nutri-École
 M. Modou Diouf, Étudiant/Trésorier, Projet Nutri-École
 Mme Racky Ane Ndiaye, Étudiante/Chargé des Relations Extérieures, Projet Nutri-École
 Mme Aida Kane, Étudiante/Vice-Présidente, Projet Nutri-École
 M. Alassane Sy, Étudiant/Chargé des Relations Extérieures, Projet Nutri-École
 M. Khadim Diouck, Étudiant/Organisateur, Projet Nutri-École

M. Aziz Seye, Étudiant/Chargé des Relations Extérieures, Projet Nutri-École
 Mme Khady Gueye, Étudiante/Adjointe Trésorière, Projet Nutri-École

Personnes et Acteurs de Mbar

M. Mbaye Samb, Maire, Collectivité Locale, Mbar
 M. Pape Makhtar Lo, Agent Communautaire, Collectivité Locale, Mbar
 M. Seydou Seye, Secrétaire Municipal, Collectivité Locale, Mbar
 Mme Mougane Ka, Conseillère Municipale, Collectivité Locale, Mbar
 Mme Asou Niane, Relais/Présidente, Comité Villageois de Gestion, Mbam Djigane
 M. Adama Sow, Berger/Chargé du troupeau du village,
 Comité Villageois de Gestion, Mbam Djigane
 M. Aly Dieng, Chef de Village /Trésorier, Comité Villageois de Gestion, Mbam
 Djigane
 M. Mamadou Niang, Secrétaire Général, Comité Villageois de Gestion, Mbam
 Djigane

Banque Mondiale

Ms. Eva Jarawan (*retraîtée*), Ancien Chef de Section, Développement humain,
 Afrique
 M. Claudia Rokx, Ancien Chef de Projet, Nutrition, Sénégal
 M. Menno Mulder-Sibanda, Chef de Projet, Nutrition, Sénégal
 Ms. Leslie Elder, Spécialiste principale de Nutrition
 M. Christophe Lemiere, Chef de Projet, Santé, Sénégal
 Ms. Aminata Bop Ndiaye, Assistante Administrative
 M. El Hadji Mamadou Cisse, Comptable, Gestion financière

Autres Partenaires Techniques et Financiers et Experts internationaux

Ms. Aissatou Dioum, Spécialiste de nutrition, UNICEF
 M. Ibrahima Mbodji, Expert en communication, UNICEF
 Ms. Yaikah M. Jeng Joof, Directeur de Programme, Childfund
 Dr. Balla Moussa Dhiedhiou, Directeur pour le Sahel, Initiative sur les
 micronutriments
 Ms. Megan Kyles, Chef de nutrition, USAID
 Ms. Maria E. Garcia Noguera, Chargé des Programmes humanitaires AECID/
 Coopération espagnole
 Ms. Marieme Diaw, Chargé de programme - Nutrition, Programme Alimentaire
 mondial
 Ms. Aida Gadiaga, Modérateur, REACH
 Ms. Sophie Cowppli-Bony, Modérateur international, REACH
 Ms. Elodie Becquey, Chargé de recherche, Institut international de recherche sur les
 politiques alimentaires (IFPRI)