



DOCUMENT DE PROGRAMME CONJOINT
« **Nutrition, Enfant et sécurité alimentaire** »

Fonds pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (F – OMD) PNUD / Espagne

Pays: SENEGAL

Intitulé du programme: Prévention et prise en charge de la malnutrition chez les enfants, dans les régions hautement vulnérables

Effet(s) du programme conjoint:

*UNDAF OUTCOME : Axe stratégique de Coopération n°1 : Créations de richesse et lutte contre la faim pour un développement durable :

- *Effet programme 1.5* : Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des populations pauvres dans les zones de concentration du SNU

*UNDAF OUTCOME Axe stratégique de Coopération n°2 : Services sociaux de base

- *Effet programme 2.1* : L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les zones de concentration du SNU, en particulier pour les femmes, les enfants et jeunes, visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD5)

*UNDAF OUTCOME Axe stratégique de Coopération n°3 : Gouvernance et promotion du partenariat pour le développement.

- *Effet programme 3.6* : Les capacités des institutions nationales locales et communautaires pour mieux anticiper les crises, les catastrophes naturelles et les épidémies et pour y répondre rapidement sont renforcées.

Durée du programme: 2009 – 2011

Dates prévues pour le commencement et la fin: juillet 2009 – décembre 2011

Option(s) de gestion des fonds: Canalisée

Agent de gestion/administratif : UNDP MDTF OFFICE

Budget estimatif total*: \$ 5, 500,000

Par agence:

1. UNICEF:	\$ 3,575,000
2. WFP:	\$ 385,000
3. WHO :	\$ 385,000
4. FAO :	\$ 660,000
5. UNESCO :	\$ 495,000

*** Le budget estimatif total comprend les dépenses au titre du programme et les dépenses d'appui indirectes support costs**

Approuvé au nom : _____ **Nom et Titre** _____ **Signature** _____ **Date** 19 AOUT 2009

Gouvernement :

Système des Nations Unies :

Bouri Sanhoulo
Coordonnateur Résident



Approuvé au nom:

VOISE DU

Organismes des Nations Unies

Mme Mariam Coulibaly Ndiaye,
Représentante
Signature

Nom de l'organisme : **UNICEF**

Date et Sceau :

M. Coulibaly
28/8/09



Dr Antonio Pedro Felipe Junior
Représentant
Signature

Nom de l'organisme : **OMS**

Date et Sceau :

27/8/09

Dr Antonio Pedro Felipe Junior



M. Bienvenu Djossa,
Représentant
Signature

Nom de l'organisme : **PAM**

Date et Sceau :

27/08/09

M. Bienvenu Djossa



M. Amadou Ouattara,
Représentant
Signature

Nom de l'organisme : **FAO**

Date et Sceau :

27/08/09

M. Amadou Ouattara



Mme Ann Thérèse Ndong Jatta
Représentant
Signature

Nom de l'organisme : **UNESCO**

Date et Sceau :

28/08/09

Mme Ann Thérèse Ndong Jatta



Organismes des Nations Unies	Autorités de coordination nationales
<p>Nom de l'organisme : UNICEF</p>	<p>Mme Khadidiatou Dieng, Coordinatrice</p> <p>Nom de l'institution : Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM)</p>
<p>Nom de l'organisme : OMS</p>	<p>Colonel Youssoupha Gaye, Chef Division de l'Alimentation, de la Nutrition et Survie de l'Enfant</p> <p>Nom de l'institution : Ministère de la santé</p>
<p>Nom de l'organisme : PAM</p>	<p>M. Ababacar Ndoye, Directeur</p> <p>Nom de l'institution : Institut de Technologie Alimentaire</p>
<p>Nom de l'organisme : FAO</p>	<p>M. Seydi Ababacar Sy Gueye, Direction de l'horticulture</p> <p>Nom de l'institution : Ministère de l'Agriculture</p> <p>Date et Sceau :</p>
<p>Nom de l'organisme : UNESCO</p>	<p>M. Ngary Faye, Directeur national de l'alphabétisation</p> <p>Nom de l'institution : Ministère de l'éducation</p>

SOMMAIRE

I.	ANALYSE DE LA SITUATION.....	6
II.	STRATEGIES ET LEÇONS APPRISSES - PROGRAMME CONJOINT.....	8
III.	CADRE DES RESULTATS.....	13
IV.	DISPOSITIF DE GESTION ET DE COORDINATION.....	21
V.	DISPOSITIF DE GESTION DES FONDS.....	23
VI.	SUIVI ET EVALUATION ET ETABLISSEMENT DE RAPPORTS.....	24
VII.	CONTEXTE OU FONDEMENT JURIDIQUE / LEGAL DES RELATIONS.....	28
VIII.	PLAN DE TRAVAIL ET BUDGETS - 2009.....	29

RESUME ANALYTIQUE

L'objectif général du programme conjoint « Prévention et prise en charge de la malnutrition chez les enfants dans les régions hautement vulnérables » est de contribuer à l'atteinte des OMD au Sénégal – réduction de l'extrême pauvreté et la faim- à travers la politique nationale de nutrition qui vise l'amélioration du statut nutritionnel des groupes cibles (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et femmes allaitantes). Le programme contribuera à l'amélioration de la situation chronique du Sénégal en terme de malnutrition et d'insécurité alimentaire mais aussi à atténuer l'impact des crises induites par les changements des prix et la réduction de la production agricole. Ses objectifs sont conformes aux priorités définies par le Gouvernement dans son Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP II 2006 -2010), notamment la sécurité alimentaire et la lutte contre la malnutrition, et l'amélioration de l'accès des pauvres aux services sociaux de base. Pour faire face à un tel défi les agences du SNU veulent conjuguer leurs efforts, chacune dans son domaine d'avantage comparatif en appui aux partenaires nationaux.

Le programme comprend trois principales composantes. La première composante visera la prévention et la prise en charge de la malnutrition par des interventions qui viseront le renforcement des capacités familiales, communautaires et des structures locales. Ces interventions seront complétées par des apports réguliers de micronutriments aux groupes vulnérables (enfants et femmes enceintes, allaitantes), le déparasitage des enfants au cours des Journées de Survie de l'Enfant, la production d'aliments à base de denrées locales disponibles et la fortification de l'huile en vitamine A. La prévention de la malnutrition comprendra également le renforcement des moyens d'existence des ménages affectés par la malnutrition et à risque de malnutrition à travers l'amélioration de la production maraîchère et la diversification des sources de revenus (transformation alimentaires, petit bétail, etc.....

La seconde composante visera à améliorer les capacités des services techniques du niveau central et décentralisé, et des communautés – à travers la formation et la communication pour un changement de comportement. L'accent sera mis sur la promotion de pratiques clé de soins pour les enfants de 0 à 5 ans (allaitement maternel exclusif,, la complémentarité et la mise au sein précoce, l'alimentation complémentaire après 6 mois, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, la prise en charge des IRA et la diarrhée, la lavage des mains au savon) à travers l'information et l'éducation pour un changement de comportement, la mise en place de foyers de réhabilitation et d'apprentissage nutritionnel.

La troisième composante visera la mise en place d'un système d'alerte précoce permettant d'anticiper les crises et de guider les services techniques à lancer les interventions d'urgence dès que le niveau d'alerte est atteint.

Le programme va contribuer à la réalisation des effets 1, 2 et 3 de l'UNDAF à savoir : (1) la création et le développement des micro , petites et moyennes entreprises apporte une contribution majeure à la création de revenus, d'emplois décents, d'une sécurité alimentaire et d'une protection sociale au bénéfice des femmes et des jeunes dans les zones de concentration du Système des Nations Unies – (2) Les populations vulnérables des zones de concentration du SNU ont accès et utilisent des services sociaux de base de qualité en vue d'accélérer l'atteinte des OMD 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 – (3) la participation effective de tous les acteurs concernés, l'efficacité, la transparence, l'équité de genre, la promotion des droits humains et du développement durable sont renforcées dans la définition , la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes de développement. A ces trois effets correspondent quatre grands résultats majeurs du programme :- Les capacités des communautés locales, en particuliers des groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile; - le programme de PCIME clinique et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aiguë sont mis en œuvre dans tous les districts ciblés; - les programmes de communication pour un changement de comportement sur le plan sanitaire sont renforcés, – et le système d'alerte précoce est amélioré à tous les niveaux et permet une prise de décision rapide en cas de crise.

Le programme conjoint sera mis en œuvre dans sept régions parmi les plus affectées par la crise alimentaire- Tambacounda, Kolda, Matam, Diourbel et Louga, Kédougou et Sédiou (les régions de Tambacounda et de Kolda ont été subdivisées en deux, ce qui explique les sept régions au lieu de cinq comme dans la note conceptuelle). La population totale couverte est de 4,300,000 habitants. Les bénéficiaires directs du programme sont les enfants de 0 – 5 ans, les femmes avec un accent particulier sur les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Cinq organismes des Nations Unies UNICEF, PAM, OMS, FAO et l'UNESCO sont impliquées dans le programme conjoint. La cellule de lutte contre la malnutrition (Bureau Exécutif National), placée sous l'autorité du premier ministre sera le partenaire principal du programme. La Cellule coordonnera les activités des ministères sectoriels, santé, éducation, agriculture et l'industrie, impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Le programme conjoint bénéficie principalement d'une contribution financière de \$ 5,500,000.00 du Gouvernement espagnol sur les Fonds pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (F – OMD).

I. ANALYSE DE LA SITUATION

Le Sénégal est un pays sahélien, situé à l'extrémité Ouest du continent africain sur une superficie de 196.722 km². Il est subdivisé en 14 régions, 42 départements, 67 communes, 103 arrondissements et 324 communautés rurales.

Sur le plan politique, le Sénégal est caractérisé par un système de démocratie avec l'existence de plusieurs partis politiques et la liberté de la presse. Les échéances électorales sont en général respectées et depuis mars 2000 le pays a connu une alternance politique dans la gestion du pouvoir. Un processus de décentralisation a été amorcé avec le transfert de certaines compétences de l'État vers les collectivités locales, cependant des difficultés existent au niveau du transfert des ressources.

La population du Sénégal est estimée à 11 812 614 d'habitants (2009) avec un taux de croissance annuel de la population de 2,5% et un taux de natalité de 42‰. La population sénégalaise est à majorité musulmane (94%). Le taux d'alphabétisation est de 54% chez les hommes contre 35% chez les femmes (EDSIV), et dans certaines zones rurales dont celles ciblées les taux d'analphabétisme avoisinent 80%, ce qui constitue un handicap à l'appropriation des projets.

Le Sénégal est un pays pauvre avec un taux de croissance estimé à 4,8% (MEF, ANSD- 2007). Il est classé 156^{ème} sur 177 pays sur la base de l'indice du Développement Humain du PNUD (2007).

L'agriculture constitue la principale source de revenu pour plus de 85% de la population du Sénégal. Cependant elle constitue une source de survie aléatoire. A la suite des sécheresses successives et importantes de 2006 et 2007, les récoltes de 2007 n'ont pu couvrir que 39% des besoins céréaliers du pays et n'ont permis d'assurer aux familles qu'une disponibilité de stock de 2,5 mois sur 12. La période de soudure 2008 a été plus longue et plus difficile avec notamment une aggravation des problèmes de malnutrition. Ceci a été confirmé par plusieurs évaluations et enquêtes dont celle menée par le Gouvernement en janvier 2008 et qui a révélé que plus de 2 millions de sénégalais faisaient face à une insécurité alimentaire, dont un million en insécurité alimentaire sévère. Cette situation a été aggravée par l'augmentation de prix des denrées alimentaires. Les prix moyens annuels des produits alimentaires au détail (en valeur nominale) ont augmenté entre la campagne agricole 2006 – 2007 et celle de 2007-2008¹ de plus de 21% pour le mil souba, (plus 27% par rapport à la moyenne des cinq dernières années), plus 14% pour le sorgho (+24% par rapport à la moyenne des cinq dernières années), plus 16% pour le maïs (plus 25% par rapport à la moyenne des cinq dernières années), de 30% pour le riz local (plus 42% par rapport à la moyenne des cinq dernières années), et de 31% pour le riz importé (plus 39% par rapport à la moyenne des cinq dernières années). Ces augmentations de prix ont affecté plus dramatiquement le Sénégal que les pays de la région, car le pays importe chaque année plus de 50% de ses besoins en vivres.

L'enquête nutritionnelle SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) conduite par le Ministère de la Santé avec le support de l'UNICEF du PAM et de l'OMS pendant les mois d'août et Septembre 2008 a révélé que les taux de malnutrition aiguë parmi les enfants de moins de cinq ans étaient supérieurs à 10% (seuil critique) dans 10 des 13 districts étudiés, avec une grave situation en termes de malnutrition aiguë sévère dans deux districts (Matam 17,3% et 15,3% à Bakel). Selon les normes internationales, cette situation nécessitait une réponse nutritionnelle immédiate (le tableau en annexe I donne la prévalence de la malnutrition par sexe dans les zones enquêtées)..

La situation nutritionnelle au Sénégal est aussi caractérisée par des carences en micronutriments qui peuvent être à l'origine de certaines maladies et qui ont des conséquences moins visibles telles que l'affaiblissement du système immunitaire. L'anémie globale est estimée à 82,6% chez les enfants de moins de 5 ans et 70,6% chez les femmes enceintes (données statistiques OMS 2008). Le taux de consommation de sel iodé par les ménages est seulement de 41,3% malgré l'adoption depuis 1994 de la stratégie de l'iodation universelle du sel par le Sénégal. Les résultats de

¹ Commissariat à la Sécurité Alimentaire. Cellule Etudes et Information. Système d'Information des Marchés. Synthèse annuelle de la campagne de commercialisation des céréales locales et importées : 2007-2008. Octobre 2008.

l'enquête EDS IV (2005) montrent un taux de l'insuffisance pondérale de 17,4% chez les enfants de moins de 5 ans et 16,3% pour le taux de retard de croissance et 8% pour la maigreur. En 2008, les résultats de l'enquête SMART dans l'ensemble de 7 départements du pays (enquêtés) ont montrés un taux de retard de croissance de 14,7% et un taux de l'insuffisance pondérale de 21,7%. Ces tendances montrent qu'un effort considérable sera nécessaire pour atteindre l'objectif de 10% le taux de l'insuffisance pondérale d'ici 2015.

D'autres facteurs comme les mauvaises pratiques d'allaitement maternel exclusif, d'alimentation de l'enfant, et le faible niveau d'alphabétisation des mères expliquent aussi cette mauvaise situation nutritionnelle. *Selon l'enquête PRN de 2004, 29% des mères considèrent encore qu'il existe des aliments interdits aux enfants et aux femmes enceintes. Cette même enquête a montré que seuls 7,8% des enfants reçoivent plus d'aliments durant un épisode de diarrhée. La malnutrition est beaucoup plus fréquente chez les enfants nés de femmes non scolarisées (21% contre moins de 10 % chez les femmes scolarisées selon les données de l'EDS IV - 2005).*

L'alimentation inadéquate des enfants et de leurs mères contribue à la charge de morbidité y compris à la malnutrition et ses conséquences. Il est scientifiquement prouvé qu'il est possible de réduire la morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans en améliorant l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer, surtout pendant la grossesse, en assurant l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie et en apportant une alimentation complémentaire adéquate à partir de 6 mois seins tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà. Au Sénégal, selon la dernière enquête démographique et santé, seuls 34% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein ; et à 6 – 7 mois et seuls 50% des enfants reçoivent des aliments de complément en plus du lait maternel.

Le manque de soins ou des soins de mauvaise qualité ont des répercussions négatives sur la santé des enfants. La stratégie de la Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a été développée pour contribuer à accélérer la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. L'approche est basée sur les grandes causes de décès chez les enfants y compris la malnutrition et vise à améliorer les compétences des prestataires des structures sanitaires de premier niveau, à renforcer le système de santé et à renforcer les pratiques familiales et communautaires. Elle est reconnue comme une stratégie efficace de réduction de la mortalité infantile car elle permet d'intégrer les soins et de rationaliser les ressources. Cependant le déroulement de cette stratégie a souffert d'un manque de qualité. L'enquête nationale d'évaluation de la PCIME clinique qui a été conduite en mai 2006 avait montré que seuls 18% des prestataires observés ont recherché systématiquement les signes généraux de danger, 31% ont évalué l'alimentation des enfants de moins de deux ans et 38% ont évalué l'alimentation des enfants dont le poids était faible pour l'âge. Alors que cette évaluation est normalement systématique pour pouvoir identifier de façon correcte les problèmes d'alimentation et donner des conseils pertinents et adéquats. Par ailleurs, l'application correcte de l'algorithme de la PCIME suppose aussi la disponibilité de la référence, puisque près de 20 % des enfants malades vus dans les structures sanitaires périphériques ont besoin de transfert. Une étude menée avec l'appui de l'OMS en septembre – octobre 2005, a une faible qualité des soins dans les centres de santé de référence, ce qui constitue une contrainte majeure pour l'impact de la PCIME. Vu l'évolution des modalités de prise en charge de la malnutrition, et l'adoption récente (en 2008) par le Sénégal d'un nouveau protocole de prise de la malnutrition aiguë sévère au niveau communautaire (en ambulatoire) avec le plumpynut, les partenaires de la santé ont besoin d'être formés et les structures sanitaires équipées en matériel anthropométrique.

L'objectif général du programme conjoint est de contribuer à la réduction des problèmes ci-dessus énumérés et qui entravent l'atteinte des OMD 1, 2, 4 à travers la politique de développement de la nutrition qui vise l'amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

II. STRATEGIES ET LEÇONS APPRISSES - PROGRAMME CONJOINT

Contexte

Le Gouvernement du Sénégal et le Système des Nations Unies ont élaboré et mis en œuvre un Plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement 2007 – 2011. Trois axes stratégiques sont visés par ce plan cadre : (i) Création de richesse et lutte contre la pauvreté ; (ii) Services sociaux de base ; (iii) Gouvernance et promotion du partenariat pour le développement. Ces trois axes sont conformes aux priorités définies par le Pays dans son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté - DSRP II (2006 – 2010).

Les interventions qui seront conduites dans le cadre de ce programme permettront aux agences des Nations Unies de disposer de ressources adéquates et de jouer un rôle clé dans leurs domaines de compétences respectifs en aidant le Sénégal à accélérer les efforts déployés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement et plus particulièrement à supporter la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Réduction de la pauvreté à travers les axes Création de richesses (Axe I) 'Accès aux services sociaux de base' (axe II) et Gouvernance et promotion du partenariat (axe III).

Les activités du programme conjoint contribueront à la réalisation des plans stratégiques définis par le pays en matière de lutte contre la malnutrition et la mortalité maternelle et infantile : (i) la feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal (2006-2015), (ii) le plan stratégique pour la Survie de l'Enfant (2007-2015) et (iii) le Programme de Renforcement de la Nutrition (2007-2011). Elles permettront notamment de renforcer et d'élargir l'intervention du programme de renforcement de la nutrition (supporté principalement par la Banque Mondiale). Les interventions compléteront les activités initiées par le programme commun WFP – FAO – UNICEF, visant le renforcement du système d'alerte précoce avec le soutien financier d'OFDA. Une coordination sera établie avec les activités supportées par OFDA et les actions du PAM soutenues par la Commission Européenne dans le domaine de l'accès à l'alimentation adéquate dans les familles à travers des approches de vivres contre - travail et les bons pour nourriture.

Leçons apprises

Suite à la sécheresse de 1984, le Sénégal à l'instar des autres pays du sahel avait mis en place un système d'alerte précoce (SAP) afin d'anticiper les crises et d'apporter des réponses appropriées ciblées et à temps aux crises alimentaires. Supporté par plusieurs partenaires dont la FAO et le Gouvernement allemand, la mission du SAP était la collecte, l'analyse des informations, la mise à disposition des décideurs sur la sécurité alimentaire à travers un bulletin mensuel d'information sur la situation agricole, l'évolution des prix du marché céréalier, les mouvements de populations, devant permettre aux responsables d'ajuster les réponses dans les zones à haut risque. Le système a plus ou moins bien fonctionné dans la réponse agricole, mais il n'a pas été efficace en termes de réponse et de prévention à la malnutrition car il n'intégrait pas d'indicateurs sur l'état nutritionnel. En 2008, il a fallu une conjugaison des efforts techniques et financiers de l'UNICEF, de l'OMS et du PAM pour conduire une enquête SMART (coûteuse) pour identifier les zones où il fallait entreprendre l'assistance d'urgence. La mise en place d'un système d'alerte précoce plus intégré permettra de lancer des activités à temps sans recourir à des enquêtes coûteuses. Cela est d'autant plus important que le pays est et sera à haut risque sur le court et le moyen terme.

Le programme conjoint, par ses interventions rapides à développer permettra de doter le pays de mécanisme de surveillance plus adapté.

Le programme conjoint bénéficiera aussi des leçons et bonnes pratiques accumulées en matière de coopération inter agences, par le PAM, l'OMS et l'UNICEF pour supporter la lutte contre la malnutrition et la crise alimentaire en 2008. Cet appui s'est articulé autour de l'organisation d'une enquête SMART dont les résultats ont servi de base à la mise en œuvre d'un programme de prise en charge de la malnutrition aigüe et de prévention chez les enfants ; le PAM couvrant le volet distribution d'aliment pour la prise en charge des cas de malnutrition modérée et l'UNICEF le

volet prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère dans les régions de Kolda, Matam et Sédhiou. L'OMS a soutenu l'introduction de nouveaux standards plus conformes aux enfants africains que les normes NCHS.

D'autre part les données de l'enquête SMART ont permis de mobiliser des fonds pour la lutte contre la malnutrition. Cette expérience de travail conjoint est bien appréciée par les partenaires nationaux et les bailleurs de fonds, elle permet une meilleure complémentarité entre les activités, de minimiser les coûts, et d'augmenter l'efficacité dans les réponses

Opportunités : le programme conjoint bénéficiera des opportunités existant dans le pays La première concerne le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN). La première phase du PRN (2002 – 2005) a permis une baisse de 56% de la malnutrition (insuffisance pondérale) dans ses zones d'intervention. La deuxième phase du programme de renforcement de la nutrition couvrira l'ensemble des 14 régions du pays et durera quatre ans (2006 – 2010). Le PRN bénéficie d'un financement prévu de l'IDA de 25 millions de dollars (2007-2012), d'un appui financier du gouvernement du Sénégal, d'environ 12 millions de dollars. Cependant ces financements ne sont pas suffisants. Le programme conjoint permettra au PRN d'élargir le champ d'interventions en intégrant de nouvelles zones (communautés rurales) non couvertes par le financement d'IDA. Il permettra également au PRN de jouer un rôle plus actif dans le système d'alerte précoce

Le programme conjoint WFP – FAO – UNICEF pour le renforcement du système d'alerte précoce (EWS), a pour objectif de renforcer les capacités des services du niveau national et décentralisé pour la surveillance de la sécurité alimentaire et du statut nutritionnel des populations et d'anticiper sur les crises alimentaires et nutritionnelles localisées en vu d'informer et d'apporter à temps, des réponses appropriées. Le programme est prévu pour trois ans, avec un financement de \$US 2,500,000.

Dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments le programme conjoint bénéficiera aussi des interventions du projet d'iodation du sel supporté par l'UNICEF, Micronutrient Initiative, le PAM et d'autres partenaires. L'objectif est d'amener 90% de la population à consommer du sel adéquatement iodé

Sous l'effet conjugué de facteurs naturels et de la crise financière, le gouvernement a été poussé à réorienter sa stratégie de développement et de lutte contre la pauvreté et de donner la priorité au monde rural avec de vastes programmes de rentabilisation de l'agriculture. Un premier programme- GONA (Grande Offensive Agricole pour la nourriture et l'Abondance) – a été lancé en 2008 sous le leadership du Président qui souhaite renforcer les efforts avec la création d'une banque pour le monde rural. Cette mobilisation politique et financière crée un contexte extrêmement favorable pour des programmes de lutte contre la malnutrition.

Programme conjoint proposé

Cinq agences du SNU et leurs partenaires nationaux sont chargés conjointement de la mise en œuvre du programme. Cette approche prend en compte les spécificités des mandats, les expériences et les avantages comparatifs de chaque agence pour une réponse efficace au problème de la malnutrition. La matrice des résultats fait ressortir la valeur synergique de la programmation conjointe en montrant comment les principaux résultats communs seront réalisés, dépassant ceux qui seraient atteints au moyen d'efforts conduits séparément.

Les partenaires du Gouvernement impliqués dans la mise en œuvre sont : la Cellule de Lutte contre la malnutrition (Primature), la division de l'Alimentation, de la Nutrition et Survie de l'Enfant (ministère de la santé), la direction de l'horticulture (Ministère de l'agriculture) la direction de l'alphabétisation (ministère de l'éducation) et l'Institut de Technologie Alimentaire (ministère de l'Industrie). La cellule de lutte contre la malnutrition (Bureau Exécutif National sera le partenaire principal du programme, elle coordonnera les activités des ministères sectoriels, santé, agriculture, industrie et l'éducation.

Au niveau local (communauté rurale) les conseils ruraux seront les principaux partenaires du programme pour créer les conditions d'appropriation par les populations afin que l'impact du programme soit très large et durable. A cet effet au niveau de chaque communauté rurale des comités de pilotage seront mis en place qui assureront le suivi des activités.

La mise en œuvre du programme sera basée sur trois principales stratégies : i- l'amélioration de la qualité des services par le renforcement des capacités des agents de santé et des communautés permettra le maintien sur le long terme. ii- La communication et la mobilisation sociale par des campagnes de masses, les visites à domicile appuyées par des ONG, induiront des changements de comportement chez les familles et les communautés et permettront une plus grande efficacité de la prévention. L'accent sera mis sur la promotion de pratiques clé de soins aux enfants : l'allaitement maternel exclusif, la mise au sein précoce et l'alimentation complémentaire adéquate après 6 mois, le lavage des mains au savon, la prise en charge des IRA, l'utilisation de moustiquaires imprégnées, ainsi que le traitement de la diarrhée par le SRO nouvelle formule et le zinc et la supplémentation des enfants et des femmes en micronutriments iii- la mise en place d'un système d'alerte précoce fonctionnel intégrant les données nutritionnelles.

Le partenariat : le développement du partenariat sera un des axes stratégiques du programme conjoint, et sera à plusieurs niveaux. D'abord au niveau central, il permettra de resserrer les liens de collaboration et de coordination entre les différents ministères impliqués dans la mise en œuvre du programme : ministère de la santé, de l'agriculture, de l'industrie, de l'éducation, tous les membres de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition.

Au niveau local, le programme travaillera avec les collectivités locales qui en sont les premiers bénéficiaires. Les activités du programme seront intégrées dans leurs plans, en plus les collectivités vont appuyer la mobilisation autour des FARNE et des activités d'éducation nutritionnelles. La société civile sera impliquée à travers les ONNG avec lesquelles des contrats d'exécution seront signés. Cette expérience de contractualisation a été développée par le programme de renforcement de la nutrition dans ses zones d'interventions.

Le programme conjoint développera et renforcera aussi les partenariats existants avec les projets et les autres programmes, ainsi qu'avec les ONG nationales et internationales qui pilotent déjà des initiatives en matière de nutrition dans les régions ciblées.

La complémentarité sera aussi développée avec l'actuel programme conjoint supporté par WFP – FAO – UNICEF pour le renforcement du système d'alerte précoce (EWS), ainsi que le projet d'iodation du sel supporté par l'UNICEF, Micronutrient Initiative, le PAM et d'autres partenaires.

Les effets attendus du programme conjoint sont :

Effet 1 : Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des enfants et des groupes vulnérables dans les régions hautement vulnérables :

L'UNICEF va soutenir à travers la cellule de lutte contre la malnutrition, le renforcement des capacités des communautés notamment des mères, et des grand – mères pour la prise en charge des cas de malnutris, l'équipement en matériel et produits alimentaires prêt – à l'emploi. Des activités de dépistage actif des cas de malnutrition seront effectuées tous les trimestres. Les enfants présentant une malnutrition aigue sévère seront référés au niveau des structures sanitaires. Des visites à domicile pour le suivi de ces cas seront effectuées pendant un mois par les relais communautaires. Les enfants présentant une malnutrition aigue modérée seront pris en charge au niveau des Foyers d'Apprentissage de Réhabilitation Nutritionnelle et d'éveil (FARNE). Des activités de promotion de comportements clés en rapport avec la nutrition et la prévention des maladies seront également menées à l'endroit des mères ciblées. Un soutien sera également apporté au ministère de la santé pour l'organisation des journées de survie de l'enfant, au cours desquelles il sera procédé à la supplémentation en vitamine A des enfants 6-59 mois et des femmes en post partum et au déparasitage des enfants de 12 à 59 mois. L'UNICEF avec d'autres partenaires appuie la fortification de l'huile en vitamine A, la farine en fer et acide folique.

Trois spécialistes, dont deux internationaux et un national seront chargés d'assister techniquement les partenaires et du suivi régulier du programme. L'UNICEF bénéficiera aussi de l'expertise des professionnels de son bureau régional de Dakar et du Siège.

Le PAM appuiera la production locale de farine diététique à travers le renforcement des capacités des associations de femmes. Les produits locaux (maïs, mil, niébé, arachide, sucre, poudre de pain de singe) seront privilégiés. Un complexe minéral vitaminé sera ajouté aux produits pour améliorer leurs qualités nutritionnelles. Le PAM mettra à disposition son expertise en nutrition et sécurité alimentaire déjà disponible au niveau du bureau du Sénégal appuyé par son bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest à Dakar et son siège à Rome.

La FAO : fournira un appui pour le renforcement des capacités des communautés dans la production horticole. (légumes, et transformation alimentaire) et dans les activités de diversification notamment le petit élevage.

Effet 2 : L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5)

L'UNICEF va consolider et étendre les actions de renforcement des capacités des agents de santé des districts et poste de santé pour assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë. L'UNICEF supportera l'élaboration et la diffusion de modules d'éducation nutritionnelle et équipera les structures de santé en matériel anthropométrique. Les capacités des collectivités locales seront aussi renforcées sur les aspects liés à la survie de l'enfant (l'utilisation de moustiquaires imprégnées, traitement de la diarrhée, les IRA et la promotion du lavage des mains au savon - communication pour le développement) pour une prise en compte dans les plans locaux en vu de leur pérennisation.

L'OMS fournira un appui pour le renforcement des compétences du personnel de santé sur les nouveaux standards de l'OMS pour le suivi nutritionnel, la formation et le suivi post formation des prestataires des centres de santé de référence en Tri Évaluation et Traitement d'Urgence pour la prise en charge de la malnutrition aiguë avec complication. L'Organisation Mondiale de la Santé mobilisera ses experts en nutrition établis aussi bien au bureau du Sénégal, de l'équipe inter pays basée à Ouagadougou et de son Siège à Genève pour mettre en œuvre les activités programmées dans le cadre du programme.

L'UNESCO appuiera les Directions en charge de l'alphabétisation et des langues nationales pour la traduction en langues nationales des modules produits et l'alphabétisation fonctionnelle des femmes dans les zones ciblées.

Effet 3: Les capacités des institutions nationales, locales et communautaires pour le pilotage, le suivi, pour mieux anticiper les crises et pour y répondre rapidement sont renforcées

L'UNICEF supportera le ministère de la santé et la cellule de lutte contre la malnutrition pour le renforcement du système national d'alerte précoce pour en faire un outil fonctionnel capable d'alerter en temps utile sur les crises. Le Ministère de la santé sera aussi, supporté pour conduire des enquêtes rapides de type SMART pouvant déterminer l'ampleur des problèmes nutritionnels et donner des informations permettant de déclencher les réponses ciblées et la mobilisation des ressources. L'UNICEF apportera aussi, le plaidoyer pour combattre la faim et la malnutrition.

Zones d'intervention : le programme conjoint sera mis en œuvre dans sept des régions les plus affectées par la crise alimentaire – Tambacounda, Kolda, Matam, Diourbel, Louga, Kédougou et Sédhiou (les régions de Tambacounda et Kolda ont été subdivisées en deux avec le nouveau découpage administratif du pays, ce qui explique que l'actuelle note comprennent sept régions au lieu de cinq qui étaient présentées dans la note conceptuelle).

Les 7 régions correspondent à 5 zones agro écologiques sur les sept que compte le pays : le Bassin Arachidier, le Fleuve, la zone Sylvo pastorale, la Haute Casamance et le Sénégal Oriental.

La région de Diourbel se trouve dans le « Bassin Arachidier ». C'est une zone agricole avec une forte densité de population (50 à 140 hbts /km²) caractérisée par une forte pression foncière observée qui limite les volumes de production des familles que des chocs peuvent à tout moment bouleverser les équilibres en matière de sécurité alimentaire.

La région de Louga est localisée dans la zone « Sylvo Pastorale », elle a comme principale activité l'élevage qui est entrain de perdre de son élan à cause des années de sécheresse et des feux de brousse. C'est aussi une zone de forte émigration et les populations subissent les effets de la crise financière internationale avec une réduction des transferts monétaires de l'extérieur.

La région de Matam se trouve dans « le Fleuve » qui est une zone agricole à prédominance pastorale mais avec une pluviométrie relativement faible et des températures assez élevées (38° en moyenne durant toute l'année). Les productions agricoles sont faibles et les périodes de soudure sont assez longues.

La région de Kolda et de Sédhiou sont situées en « haute Casamance » qui a un fort potentiel naturel, une disponibilité de facteurs de production et de main d'œuvre et les populations vivent d'activités essentiellement agricoles. Mais les tabous et interdits alimentaires très présents dans cette zone font que la situation nutritionnelle des populations peut se dégrader facilement.

Les régions Tambacounda et Kédougou sont situées au « Sénégal Oriental », deux zones caractérisées par un appauvrissement des terres, une insécurité alimentaire quasi permanente pour les populations qui ont recouru de plus en plus à l'exode rural.

Population cible : les 7 régions d'intervention couvrent une population totale de 4 300 000 habitants. Les bénéficiaires directs du programme conjoint sont les enfants de 0 – 5 ans (19% de la population totale soit 817 000 enfants), les femmes avec un accent particulier sur les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

La durabilité sera assurée à travers 3 axes. D'abord sur le plan stratégique, le programme conjoint est en phase avec la politique nationale de réduction de la pauvreté qui a fait de l'amélioration de la nutrition un des domaines clés de développement à suivre. Les groupes ciblés par le programme conjoint correspondent à ceux prioritairement sélectionnés par le Programme de Renforcement de la nutrition (PRN) à savoir les enfants de 0 – 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Le programme conjoint renforcera le leadership de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition qui assure la mise en œuvre du PRN et complétera les autres financements disponibles (Banque Mondiale) ou annoncés (Union Européenne).

Le second axe concerne la création de capacités nationale dans la prise en charge de la malnutrition. Pour ce faire le programme conjoint va renforcer les capacités des agents des services techniques du niveau national et décentralisé dans la maîtrise de la gestion d'interventions en nutrition. Au niveau des collectivités locales et des familles l'accent sera mis sur une démarche participative de responsabilisation en vue d'une appropriation durable. La stratégie va s'appuyer sur la riche expérience de contractualisation entre le PRN et les communautés rurales dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Les élus locaux à travers le conseil rural de la communauté et les comités locaux de pilotage (qui sont mis en place dans les communautés rurales Ciblées) sont impliqués dès le début du programme dans la sélection des sites, et ils assurent le suivi régulier des activités. Cette approche, complétée par les formations sur les aspects liés à la nutrition permet aux élus locaux de s'approprier des questions de nutrition des enfants et de les intégrer dans leurs plans locaux de développement.

Le troisième axe porte sur le changement de comportement au niveau communautaire en matière de promotion de pratiques clé de nutrition pour les enfants. Ces actions seront destinées aux femmes et aux gardiennes d'enfants, afin de constituer au niveau de chaque communauté un capital social pour une prise en charge de la croissance de l'enfant.

III. CADRE DES RESULTATS

Trois effets sont attendus à la fin du programme conjoint, étroitement liés aux effets programmes de l'UNDAF : (1) Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des populations pauvres et des groupes vulnérables dans les régions hautement vulnérables. (2) L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes et les enfants en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5). (3) Les capacités des institutions nationales, locales et communautaires pour le pilotage, le suivi, pour mieux anticiper les crises et pour y répondre rapidement, sont renforcées.

Aux trois effets attendus correspondent quatre produits :

- i. Les capacités des communautés locales en particulier des groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile (dépistage trimestriel de 80% des enfants de 6 – 59 mois par le MUAC ; 80% des mères pratiquent l'AME ; supplémentation des enfants en vitamine A ; formation de 3500 femmes et jeunes sur la gestion des périmètres maraichers)
- ii. Le programme de PCIME clinique, et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aigue sont mis en œuvre dans tous les districts ciblés (formation de 500 agents du niveau central et décentralisé, sur la prise en charge de la malnutrition et sur les nouveaux standards de l'OMS ; formation de 120 prestataires sur le TETU ; et formation de 520 agents de santé sur le nouveau protocole de prise en charge communautaire de la malnutrition et les outils de PCIME)
- iii. Les programmes de communication pour un changement de comportement sur le plan sanitaire sont renforcés (élaboration de supports d'éducation nutritionnelle intégrant la malnutrition aigue, promotion de l'AME et l'iodation du sel ; formation des collectivités locales sur les aspects liés à la survie de l'enfant)
- iv. Le système d'alerte précoce est amélioré à tous les niveaux et permet une prise de décision rapide en cas de crise (Formation d'au moins 100 agents des services techniques sur la SMART ; organisation de 10 enquêtes SMART)

Les produits et les activités relevant de chaque agence sont indiqués dans le tableau de la matrice des résultats, ainsi que les partenaires nationaux impliqués.

Tableau 1: Cadre des résultats

EFFET UNDAF 1 : la création et le développement des micros, petites et moyennes entreprises apportent une contribution majeure à la création de revenus, d'emploi décent d'une sécurité alimentaire et d'une protection sociale au bénéfice des jeunes et des femmes dans les zones de concentration du SNU								
Effet du Programme Conjoint 1: Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des populations pauvres et des groupes vulnérables dans les régions hautement vulnérables.								
Priorités nationales : développement agro- sylvopastoral et sécurité alimentaire ; lutte contre la malnutrition								
Indicateurs: 1.1 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans. <u>Baseline (2005) 25,3% ; Target 2011: 15,3%</u>								
1.2 Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans. <u>Baseline : (2005) 23,64% ; Target 2011 : 17%</u>								
1.3 prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5ans. <u>Baseline : (2005) 9,94% ; Target 2011 9%</u>								
1.4 <i>pourcentage des mères d enfants 0-5 ans ciblées qui pratiquent l'AME</i>								
Produits attendus du Programme Conjoint (Give corresponding indicators and baselines)	SMART Outputs and Responsible UN Organization	Reference to Agency priority or Country Programme	Implementing Partner	Indicative activities for each Output	Resource allocation and indicative time frame*			
					Y1	Y2	Y3	TOTAL
1.1.1 Les capacités des communautés locales, en particuliers des groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile Indicateurs: Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans <u>Baseline (2005): 25,3%</u> , <u>Target 2011: réduire de 10%</u>	<i>Au moins 80% des enfants 6- 59 mois des zones ciblées sont dépistés trimestriellement par le MUAC</i> <i>Au moins 80% des mères des enfants 0-5 ans ciblées participent aux sessions mensuelles d'information et d'éducation nutritionnelle</i> <i>Augmenter de 30% le pourcentage des mères ciblées qui pratiquent l'AME</i>	<i>UNICEF (Dans son CPAP 2007 – 2011 un des résultats clés du programme Survie & développement de l'enfant est : réduire de 20% la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans. Domaine prioritaire 1 du MTSP</i>	<i>CLM</i>	1. Assurer la prévention et la prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire	76,680	852,738	681,082	1,610,500
				1.1. Renforcer les capacités des acteurs communautaires				
				1.2. Assurer la gestion des activités communautaires				
				1.3 Assurer les services de nutrition et de communication au niveau communautaire				
	1.4. Assurer le suivi des activités communautaires							
	<i>Au moins 80% des besoins en ATPE exprimés sont couverts</i>			<i>CLM</i>	2. Assurer la mise à disposition d ATPE au niveau des zones d intervention	56,021	75,000	25,000
<i>Au moins une étude sur la faisabilité de la production locale d ATPE est réalisée</i>		<i>MSP</i>	3. Tester la faisabilité de la production locale d'aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE)		40,000	10,000	50,000	

	<i>Au moins 85% des enfants de moins de 5 ans des zones d'intervention sont supplémentés en vitamine A et déparasités 2 fois par an,</i>	UNICEF	MSPM	4. Appuyer l'organisation des journées de Survie de l'enfant		60,000	60,000	120,000
	<i>Processus de fortification est très avancé</i>	UNICEF	Institut Technologie Alimentaire (ITA)	5. Appuyer la fortification de l'huile en vitamine A et de la farine en Fer et acide folique		50,000	10,000	60,000
	Sous – Total (UNICEF)				132,701	1,077,738	786,082	1,996,521
	<i>Environ 4 unités ont été appuyées pour produire 60 MT de farine fortifiée</i>	PAM : Réduction de la malnutrition chez les enfants de moins 5 ans, les femmes enceintes et mères allaitantes	ITA	6. Soutenir le développement d'unité de production locale de la farine diététique infantile à base de mil, maïs, niébé, arachide vitamines et de sels minéraux	17,940	242,304	84,802	345,046
	Sous – Total (WFP)				17,940	242,304	84,802	345,046
	<i>3 500 membres (surtout femmes et jeunes des communautés sont formés dans la gestion des périmètres maraichers et dans la transformation de la production</i>	FAO Programme National d'Appui à la Sécurité Alimentaire (PNASA), (2011-2015) : objectif à moyen terme : couvrir 14 102 villages centres et 1 050 sites urbains, soit 15 152 sites, par des investissements à la portée des communautés villageoises et urbaines permettant de garantir progressivement aux populations l'accès à une meilleure alimentation et d'améliorer leurs revenus.	Ministère agriculture	7. Renforcer les capacités des communautés dans la production horticole	51,462	102,924	102,924	257,310
	<i>70 jardins maraichers de 2 ha sont établis au sein des communautés</i>		Ministère agriculture	8. Mettre en place des jardins maraichers	57,180	122,702	122,702	302,584
				9. Assurer une stratégie de suivi	5,718	11,436	11,436	28,590
	Sous – Total (FAO)				114,360	237,062	237,062	588,484
	Total 1.11.							2,930,051

EFFET UNDAF 2: Les populations des zones de concentration du SNU ont accès et utilisent des services sociaux de base de qualité en vue d'accélérer l'atteinte des OMD 2, 3, 4, 5, 6 et 7								
Priorités Nationales : D'ici 2015, améliorer l'accès des pauvres aux services sociaux de base contribuant ainsi à accélérer l'atteinte des OMD 2, 3, 4, 5, 6, 7								
Effet du Programme Conjoint 2: L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5) .								
2.1 *Nombre d'enfants malnutris ayant bénéficié d'une prise en charge. Baseline (2005) ; Target 2011:								
2.2 Nombre de prestataires formés et qui mettent en œuvre les nouveaux standards de l'OMS, les nouveaux outils de PCIME, le TETU et les nouveaux protocoles de la prise en charge de la Malnutrition Aigue Sévère. . Baseline								
Produits attendus du Programme Conjoint (Give corresponding indicators and baselines)	SMART Outputs and Responsible UN Organization	Reference to Agency priority or Country ant Programme	Implementing Partner	Indicative activities for each Output	Resource allocation and indicative time frame*			
					Y1	Y2	Y3	TOTAL
2.2.1 Le programme de PCIME clinique et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aiguë sont mis en œuvre dans tous les districts ciblés Indicateurs : Nombre de prestataires formés et qui mettent en œuvre les nouveaux standards de l'OMS, les nouveaux outils de PCIME, le TETU et les nouveaux protocoles de la prise en charge de la Malnutrition Aigue Sévère Nombre d'enfants malnutris ayant bénéficié d'une prise en charge Baseline (2008): , Target 2010:.	<i>Au moins 500 agents de sante du niveau central et décentralisé, sont formés sur la prise en charge de la malnutrition</i>	UNICEF(CPAP 2007 -2011 : Dans les zones d'intervention la mortalité des enfants de moins de 5 ans est réduite d'un tiers)	Ministère de la Santé et de la prévention	1. Assurer la formation et le suivi post formation des agents de santé au niveau central et décentralisé sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aigue	135,000	58,000		193,000
	<i>Au moins 80% agents de santé du niveau décentralisé, ont bénéficié d'au mois d'un suivi post formation avant décembre 2010</i>							
	<i>Au moins 80% des structures sanitaires et des sites de nutrition communautaires cibles sont dotes de matériel anthropométrique</i>		Ministère de la Santé et de la prévention	2. Assurer la mise en place du matériel anthropométrique au niveau des structures sanitaires et site de nutrition	20,000	20,000	5,000	45,000
Sous – Total (UNICEF)					155,000	78,000	5,000	238,000
	<i>Au moins 500 agents de sante sont formes sur les nouveaux standards OMS</i>	WHO : alimentation et nutrition de l'enfant	Ministère de la Santé et de la prévention	4. Assurer la formation du personnel de santé de 7 régions sur les nouveaux standards de l'OMS pour le suivi nutritionnel	27,130	42,100	20,700	89,930

	<i>Au moins 120 prestataires des centres de santé de référence sont formés en TETU avant fin 2010</i> <i>Au moins 120 prestataires ont bénéficié de 2 visites de suivi post formation avant fin 2010</i>	<i>WHO : Survie de l'enfant</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	5. Assurer la formation et le suivi post formation des prestataires des centres de santé de référence en Tri Évaluation et Traitement d'Urgence pour la prise en charge de la malnutrition aiguë avec complication	22,000	23,583	23,000	68,583
	<i>Au moins 520 agents de santé sont orientés sur les nouveaux outils PCIME avant fin 2010</i>	<i>WHO : Survie de l'enfant</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	6. Orienter les prestataires des zones ciblées sur les nouveaux outils PCIME	39,800	69,074	28,343	137,217
	<i>Les outils du système de surveillance des maladies intégrant la malnutrition sont disponibles</i>	<i>WHO : alimentation et nutrition de l'enfant</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	7. Réviser les outils du système de surveillance des maladies en y intégrant les données sur la malnutrition	6,400	0	0	6,400
	<i>Au moins 45 agents chargés de la surveillance formés avant fin 2010</i>	<i>WHO : alimentation et Nutrition de l'enfant</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	8. Assurer la formation des agents chargés de la surveillance sur ces outils réviser	0	26,850	16,066	42,916
	Sous – Total (WHO)				95,330	161,607	88,109	345,046
	Total 2.2.1							583,046
2.2.2. Les programmes de communication pour un changement de comportement sur le plan sanitaire sont renforcés Indicateurs : Pourcentage de mères qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif	<i>1 support d'éducation nutritionnelle intégrant la malnutrition aiguë, l'allaitement maternel, l'iodation du sel... élaboré et diffusé</i>	<i>UNICEF-(dans le MTSP : domaine prioritaire 2 : gestion communautaire des maladies néonatales et infantiles</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	1. Élaborer et diffuser des modules et supports d'éducation nutritionnelle pour le changement de comportement		73,428	20,000	93,428
	<i>80% collectivités locales ciblées intègrent les aspects de survie dans leurs plans locaux</i>		<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	2. Orienter les collectivités locales sur les aspects de Survie de l'enfant	50,000	150,000	50,000	250,000
	Sous – Total (UNICEF)				50,000	223,428	70,000	343,428

	<i>1 module d'éducation nutritionnelle et autres supports produits sont traduits en langues nationales</i>	<i>UNESCO : L'utilisation des langues nationales comme médium d'alphabétisation est recommandée dans notre stratégie de coopération avec le gouvernement</i>	<i>Ministère Education</i>	3. Traduire et reproduire les outils et supports en langues nationales les modules de formation		75,000		75,000
	<i>Au moins 80% des femmes dans la zone ciblées ont acquis des connaissances de base en nutrition</i>	<i>UNESCO Dans le cadre de l'Initiative LIFE mise en œuvre au Sénégal, l'alphabétisation des femmes occupe une place de choix</i>	<i>Ministère Education</i>	4. Former les femmes à l'appropriation des outils à travers l'alphabétisation fonctionnelle	62,000	195,000	111,631	368,631
	<i>Sous – Total (UNESCO)</i>				62,000	270,000	111,631	443,631
	<i>Total 2.2.2</i>							787,059

EFFET UNDAF 3: La participation effective de tous les acteurs concernés, l'efficacité, la transparence, l'Équité de genre, la promotion des droits humains et du développement durable sont renforcées dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes de développement.

Priorités Nationales : Contribuer à l'efficacité et à la transparence dans la gestion économique et sociale et conforter l'État de droit dans une société démocratique (Objectif du Programme National de Bonne Gouvernance)

Effet du Programme Conjoint 3: Les capacités des institutions nationales, locales et communautaires pour le pilotage, le suivi, pour mieux anticiper les crises et pour y répondre rapidement sont renforcées.

Indicateurs:

4.1 Existence d'un système national de surveillance nutritionnelle fonctionnel (MDG1); Baseline : Pas de système en place ; Target 2011 Baseline (2005): , Target 2011.

4.2. Une revue annuelle du programme organisée Baseline (0): , Target: .3

4.3. le suivi régulier des activités du programme et de l'équipe de coordination est fonctionnel Baseline (0): , Target:.

:

Produits attendus du Programme Conjoint (Give corresponding indicators and baselines)	SMART Outputs and Responsible UN Organization	Reference to Agency priority or Country ant Programme	Implementing Partner	Indicative activities for each Output	Resource allocation and indicative time frame*			
					Y1	Y2	Y3	TOTAL
3.3.1 Le système d'alerte précoce est amélioré à tous les niveaux et permet une prise de décision rapide en cas de crise. Indicateurs: Existence d'un système de surveillance nutritionnelle fonctionnelle <u>Baseline (2009):</u> Pas de système fonctionnel en place. <u>Target 2011.</u> 1 système en place	<i>Au moins 3 enquêtes nutritionnelles sont réalisées et diffusées</i>	<i>UNICEF domaine d'intervention 5 et domaine de coopération – Renforcement des outils et des capacités des instituts nationaux de statistique pour ce qui est de la collecte de données ventilées par sexe et par âge des systèmes courants d'information</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	1. Soutenir l'organisation d'enquêtes SMART	50,000	44,715	100,284	194,999
	<i>Des informations sur l'état nutritionnel sont collectées et diffusées chaque trimestre</i>		<i>CLM</i>	2. Soutenir la collecte de données et la formation continue des agents chargés des sites sentinelles		91,249	98,429	189,678
	<i>Des outils de plaidoyer sont élaborés et mis en œuvre</i>		<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	3. Renforcer le plaidoyer pour combattre la faim et la malnutrition		20,000		20,000
	<i>Sous – Total (UNICEF)</i>					50,000	155,964	198,713

Le pilotage et le suivi – évaluation sont renforcés Indicateurs : Une Revue annuelle organisée Équipe de coordination fonctionnelle	<i>4 réunions de coordination trimestrielles et 1 revue organisées par an</i>	<i>UNICEF</i>	<i>Ministère de la Santé et de la prévention</i>	1. Organiser des réunions et des revues du programme	25,000	50,000	25,000	100,000
	<i>Sous – total UNICEF</i>				25,000	50,000	25,000	100,000
	<i>Total 2.4.1 + pilotage</i>				75,000	205,964	223,713	504,677
Budget requested UNICEF	<i>Programme</i>				412,701	1,585,130	1,101,167	3,098,998
	<i>Appui à l'équipe technique</i>				150,708	45,708	45,708	242,124
	<i>UN Agency indirect cost(7%)</i>				39,439	114,159	80,280	233,878
	<i>Total budget requested UNICEF</i>				602,848	1,744,997	1,227,155	3,575,000
Budget requested WFP	<i>Programme</i>				17 940	242 304	84 802	345 046
	<i>Appui à l'équipe technique</i>				4 923	4 922	4 922	14 767
	<i>UN Agency indirect cost(7%)</i>				1 600	17 306	6 281	25 187
	<i>Total budget requested WFP</i>				24 463	264 532	96 005	385 000
Budget requested WHO	<i>Programme</i>				95,330	161,607	88,109	345,046
	<i>Appui à l'équipe technique</i>				4,923	4,922	4,922	14,767
	<i>UN Agency indirect cost(7%)</i>				7,018	11,657	6,512	25,187
	<i>Total budget requested WHO</i>				107,271	178,186	99,543	385,000
Budget requested UNESCO	<i>Programme</i>				62,000	270,000	111,631	443,631
	<i>Appui à l'équipe technique</i>				6,329	6,329	6,328	18,986
	<i>UN Agency indirect cost(7%)</i>				4,783	19,343	8,257	32,383
	<i>Total budget requested UNESCO</i>				73,112	295,672	126,216	495,000
Budget requested FAO	<i>Programme</i>				114,360	237,062	237,062	588,484
	<i>Appui à l'équipe technique</i>				8,439	9,950	9,949	28,338
	<i>UN Agency indirect cost(7%)</i>				8,596	17,291	17,291	43,178
	<i>Total budget requested FAO</i>				131,395	264,303	264,302	660,000
Total budget requested from MDGF							5,500,000	

IV. DISPOSITIF DE GESTION ET DE COORDINATION

Le programme conjoint sera sous la responsabilité du coordinateur résident conformément à la note d'orientation de la programmation conjointe du GNUD. A cet effet deux comités seront mis en place pour la gestion du programme conjoint : le Comité directeur national (CDN) et le Comité de gestion de programme conjoint (CGP).

Le CDN est composé d'un représentant du gouvernement, d'un représentant du gouvernement espagnol et du Coordonnateur résident. Le Coordonnateur résident et le représentant du gouvernement coprésideront le CDN. Le rôle du CDN est de superviser et de guider les orientations stratégiques du programme, il se réunit deux fois par an. Les responsabilités du CDN comprennent :

- a. l'examen et l'adoption des termes de référence et des règles de procédure du CDN et/ou leur modification si nécessaire;
- b. l'approbation du document de Programme conjoint avant sa soumission au Comité directeur du fonds et la rédaction des procès-verbaux des réunions à envoyer au Secrétariat du F-OMD avec la soumission finale du programme ;
- c. l'approbation de la direction stratégique pour la mise en œuvre du Programme conjoint dans le cadre opérationnel autorisé par le Comité directeur du F-OMD ;
- d. l'alignement des activités financées par le F-OMD avec le cadre stratégique de l'ONU ou les priorités stratégiques approuvés par le PNUAD ;
- e. l'approbation des arrangements documentés pour la gestion et la coordination ;
- f. la mise en place des références du programme pour permettre un suivi et une évaluation solides ;
- g. l'approbation des plans de travail et des budgets annuels ainsi que la réalisation des arrangements nécessaires pour atteindre les résultats escomptés ;
- h. l'examen du rapport du Programme conjoint consolidé de l'Agent administratif, la soumission de commentaires et de décisions stratégiques et la transmission de ces informations aux organisations participantes des Nations Unies ;
- i. la suggestion de mesures correctives aux problèmes de stratégie et de mise en œuvre naissants ;
- j. la création de synergies et la recherche de consensus sur des projets et des programmes similaires issus d'autres donateurs ;
- k. l'approbation de la communication et des plans d'information publique préparés par les CGP.

Le CGP est composé des membres des agences des Nations Unies (WFP, WHO, FAO, UNICEF UNESCO) qui participent directement à la mise en œuvre du Programme conjoint ainsi que les partenaires du gouvernement compétents (Cellule de lutte contre la malnutrition, ministère de la santé, ministère de l'éducation, ministère de l'agriculture et le ministère de l'industrie). Le rôle du CGP est d'assurer la coordination opérationnelle du Programme conjoint, il se réunit tous les trimestres. Le Coordonnateur résident ou *son/sa désigné(e)* présidera le CGP. Les responsabilités du CGP incluent :

- a. la coordination opérationnelle ;
- b. la nomination du gestionnaire de programme ou son équivalent ;
- c. la gestion des ressources du programme pour atteindre les résultats et les réalisations définis dans le programme ;
- d. la mise en place de mécanismes d'élaboration de rapports adéquats au sein du programme ;
- e. l'intégration de plans de travail, de budgets, de rapports ainsi que d'autres documents liés au programme, et la résolution des problèmes de recouvrement ou de déficit ;
- f. la direction des questions techniques et de fonds liées aux activités envisagées dans le Plan de travail annuel ;

- g. l'accord sur les réaffectations et les révisions de budget et la formulation de recommandations au CDN si nécessaire ;
- h. la résolution de problèmes de gestion et de mise en œuvre ;
- i. l'identification des enseignements à tirer ; et
- j. la mise en place d'une communication et de plan d'information publique.

Le partenaire principal pour la mise en œuvre est la Cellule de Lutte contre la Malnutrition, rattachée à la Primature. La Cellule est composée des représentants des Ministères de : la Santé, l'Economie et des Finances, l'Education, La Famille, des Collectivités Locales, du Plan et des associations des élus locaux et de la société civile. La cellule Coordonnera l'Ensemble des activités des Ministères et des autres partenaires nationaux. Elle arbitrera aussi, l'équipe technique chargée du suivi régulier du programme conjoint. Les responsabilités du bureau exécutif de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition comprennent :

- La mobilisation de l'ensemble des partenaires nationaux impliqués dans le programme ainsi que des communautés ;
- L'appui aux Ministères dans la préparation et le suivi des plans de travail et s'assurer leur conformité avec les objectifs et plans annuels du programme ;
- La consolidation des rapports techniques ;
- La communication pour le programme conjoint.

Au niveau décentralisé, le programme conjoint va s'appuyer sur les bureaux exécutifs régionaux, qui sont des démembrements du bureau exécutif de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition.

Une équipe technique de coordination composée d'un gestionnaire du projet et d'un chargé de communication financés par les Fonds OMD, sera mise en place et logée au niveau de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition. Cette équipe travaillera sous la supervision du coordonnateur de la CLM. Elle coordonne et centralise les plans d'action des partenaires nationaux et les intègre dans le plan global de la CLM. Elle assure le suivi régulier des activités du programme. Elle se réunit tous les trois mois et sera présidée par le représentant de la cellule de lutte contre la malnutrition.

Les différents comités bénéficieront également des mécanismes déjà en place dans le cadre de UNDAF notamment :

- i. le comité directeur présidé par le Coordonnateur Résident assure la revue périodique des progrès et la prise de décisions stratégiques; ii. le comité technique composé d'une cellule et de 3 groupes thématiques assure la mise en œuvre du plan cadre.

L'UNICEF, comme agence leader assurera la coordination du programme conjoint en étroite collaboration avec les autres agences impliquées - PAM, FAO, OMS, UNESCO- .

V. DISPOSITIF DE GESTION DES FONDS

La gestion des fonds se fera selon l'option « gestion canalisée » à travers le Coordinateur Résident du SNU (RC) qui assume la responsabilité des tâches d'Agent Administratif pour faciliter la coordination entre les différentes agences participantes et assurer le bon déroulement pour l'atteinte des résultats du programme.

Sur réception de l'autorisation finale du Comité directeur du fond portant sur le document du Programme conjoint, le Secrétariat du fonds versera au bureau FAMD les fonds nécessaires à la mise en œuvre du Programme conjoint complet. Dès réception d'une copie du document du Programme conjoint signé, le bureau FAMD transférera le premier versement annuel à chaque organisation participantes des Nations Unies. Pour demander le virement des fonds, le Représentant résident doit remettre un formulaire de demande de transfert de fonds au bureau FAMD. Le transfert sera effectué au siège de chaque organisation participante des Nations Unies. Chaque organisation assume l'entière responsabilité de la programmation et de l'aspect financier des fonds versés par l'Agent administratif, et peut décider des modalités d'exécution ainsi que de la méthode de transfert à ses partenaires et homologues suivant ses propres règles.

Chaque organisation tiendra un livre comptable distinct pour l'encaissement et l'administration des fonds qu'elle reçoit. Les organisations participantes des Nations Unies sont tenues de remettre des rapports financiers certifiés en respectant le modèle indiqué à l'annexe 1. Celles-ci sont autorisées à déduire leurs frais indirects sur les contributions qu'elles reçoivent selon leurs propres règles et règlement, en tenant compte de la dimension et de la complexité du programme spécifique. Cependant, les frais indirects ne peuvent excéder 7 % des dépenses du programme.

Les versements suivants seront transférés conformément aux Plans de travail annuels approuvés par le CDN. Le déblocage des fonds est soumis à un seuil d'engagement d'au moins 70 % des fonds précédemment versés aux organisations participantes des Nations Unies combinées (les engagements sont considérés comme des contrats signés ayant force exécutoire et incluant des engagements pluriannuels qui peuvent être versés ultérieurement)². Si le seuil de 70 % n'est pas atteint pour l'intégralité du programme, aucune agence ne percevra de fonds, quelles que soient les dépenses réalisées par chacune des organisations.

En revanche, une avance peut être demandée à tout moment dès que le versement combiné dépasse les 70 % par rapport à l'avance actuelle et que les exigences du plan de travail ont été respectées. Si l'engagement général du programme atteint 70 % avant la fin de la période de douze mois, les organisations participantes des Nations Unies peuvent, sur approbation du CDN, demander au bureau FAMD de débloquer le versement suivant avant l'échéance prévue. Le Coordonnateur résident formulera la demande au bureau FAMD au nom du CDN.

Tout transfert de fonds doit avoir fait l'objet d'une soumission d'un Plan de travail et budget annuels au bureau FAMD.

Modalités de transfert des fonds

Les organisations participantes des Nations Unies ont chacune leur méthode de transfert de fonds à ses partenaires. Seul l'UNICEF a mis en place le HACT(Harmonized Approach Cash Transfert - Cadre Opérationnel Harmonisé pour le Transfert des Fonds) pour le transfert des fonds aux partenaires du gouvernement.

² Veuillez noter qu'une version précédente de la Note d'orientation opérationnelle du F-OMD, publiée par le bureau FAMD, fait référence aux dépenses. Pour des raisons administratives, il est dorénavant question d'un seuil d'**engagement** minimum.

VI. SUIVI ET EVALUATION ET ETABLISSEMENT DE RAPPORTS

Le tableau 2 résume les activités proposées dans le programme conjoint ainsi que les arrangements en matière de suivi. Ce cadre logique contenant des indicateurs objectivement vérifiables, les moyens de collecte et de vérification sera un instrument de suivi permettant d'apprécier à chaque étape les progrès accomplis.

Le mécanisme de suivi et d'évaluation combinera aussi plusieurs éléments :

L'organisation de visites régulières sur le terrain par chaque agence et ses partenaires nationaux, afin d'apprécier l'état de mise en œuvre des activités ainsi que des progrès réalisées. Ces visites seront complétées par des missions conjointes concertées entre les organismes participants et les partenaires nationaux. A l'issue des visites des recommandations seront faites en vue d'une amélioration continue de la mise en œuvre.

Le comité technique assure le suivi régulier du programme conjoint. A cet effet, une note technique succincte de l'état d'avancement des plans d'actions des partenaires nationaux sera envoyée tous les mois à chaque agence du programme conjoint. Un rapport détaillé de la mise en œuvre des activités sera fait tous les 3 mois dans lequel, les performances du projet du partenaire national, les difficultés rencontrées, les solutions préconisées et les leçons apprises seront notées. Ce rapport trimestriel est envoyé à chacune des agences participantes. Une copie du rapport est adressée au comité de gestion du programme.

Les réunions semestrielles de coordination de la Cellule de lutte contre la malnutrition seront mises à profit pour faire le point à l'ensemble des participants de l'état d'avancement des activités du programme et pour une meilleure synergie avec d'autres programmes.

Au début de chaque année, les plans d'actions des partenaires nationaux seront présentés à la CLM lors de la réunion de validation du plan d'actions budget annuel du Programme de renforcement de la Nutrition (PRN).

Des études et enquêtes seront menées afin de mesurer les effets et l'impact du programme par rapport aux principaux résultats attendus. Il sera aussi mis en place un mécanisme de surveillance sentinelle qui permettra de disposer régulièrement des informations sur les indicateurs de nutrition.

Une revue annuelle du programme sera organisée pour faire le point sur les réalisations, les difficultés rencontrées et les leçons apprises.

Il est prévu deux évaluations dans le cadre du programme conjoint, une à mi-parcours un an après le démarrage des activités et une évaluation finale portant sur la pertinence et sur l'efficacité de l'intervention, ainsi que sur la mesure de l'impact des résultats produits sur le développement, sur la base de l'analyse initiale et des indicateurs décrits au moment de la formulation du programme. Le Secrétariat du Fonds, réalisera les évaluations à mi – parcours et les examens thématiques.

Des rapports de progrès et d'exécution du budget seront établis par les différents organismes participants aux conditions définies dans la note d'orientation du F – OMD. Le bureau FAMD est responsable du **rapport d'avancement consolidé du Programme conjoint**, composé de trois parties :

- a. **Note de gestion de l'AA.** La note de gestion consiste à analyser le rapport financier certifié et le rapport descriptif. En outre, celle-ci identifie les problèmes de gestion et administratifs clés (le cas échéant) que le CDN doit étudier.
- b. **Rapport descriptif d'avancement du Programme conjoint.** Ce rapport est établi par le biais d'un arrangement de rapport du Programme conjoint. Le rapport doit être examiné et approuvé par le CGP avant d'être remis au bureau FAMD le 31 mars de chaque année.

c. **Rapport d'avancement financier.** Chaque organisation participante des Nations Unies doit soumettre au bureau FAMD un rapport financier détaillant les dépenses réalisées pour chaque programme durant la période de déclaration. La date butoir de ce rapport est fixé au 30 avril.

Des rapports techniques (narratifs) par l'équipe du programme conjoint et financiers par les organisations des Nations Unies participantes, seront produits sur une base trimestrielle.

Tableau 2: Cadre de suivi du programme conjoint

Résultats escomptés (Effets et produits)	Indicateurs	Situation de référence (données de base)	Moyens de vérification	Méthodes de collecte (avec calendrier indicatif et périodicité)	Responsabilités	Risques et hypothèses	
1.1.1. Les capacités des communautés locales, en particulier des groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile	Au moins 80% des enfants 6-59 mois sont dépistés trimestriellement par le MUAC	Données à collecter au début du programme	Rapports d'activités Visites de terrain	Dépistage actif tous les trois mois	UNICEF	* L'Equipe de mise en œuvre dispose d'un environnement adéquat * Partenariat actif et productif	
	Au moins 80% des mères des enfants 0-5 ans ciblés qui participent aux sessions mensuelles d'information et d'éducation	75% des mères participent	Rapport d'activités	Système d'Information de la CLM tous les mois	UNICEF		
	Augmenter de 30% le pourcentage des mères ciblées qui pratiquent l'AME	Données à collecter au début du programme	rapport d'activités	Enquête LOAS tous les 6 mois	UNICEF		
	Au moins 85% des enfants de moins de 5 ans des zones d'intervention sont supplémentés en vitamine A et déparasités 2 fois par an	80%		Rapport d'activités des	jours de survie de l'enfant	UNICEF	
	Au moins 80% de la quantité de farine produite à travers les unités appuyées sont fortifiées			Rapports d'activités et de suivi du projet	Evaluation annuelle de la production	ITA, WFP	
	Au moins 80% des ménages ruraux ciblés bénéficient de distributions d'intrants et formation techniques	Données à collecter au début du programme		Rapports de distribution, d'activités et de suivi du projet	Evaluation annuelle des productions	FAO	
	Proportion de femmes dans les comités de pilotage au niveau des communautés rurales			Rapports de mise en place des comités de pilotage	Annuelle // supervision	UNICEF // CLM	
2.2.1 Le programme de PCIME clinique et communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aiguë sont mises en œuvre dans	80% des prestataires sont formés (désagrégés hommes & femmes) et mettant en œuvre les nouveaux standards de l'OMS, les nouveaux	Base line 2009 Aucun prestataire formé	* Rapport de formation * Rapports de suivi post formation et de supervision	* Données de routine * Revues annuelles	UNICEF WHO		

Résultats escomptés (Effets et produits)	Indicateurs	Situation de référence (données de base)	Moyens de vérification	Méthodes de collecte (avec calendrier indicatif et périodicité)	Responsabilités	Risques et hypothèses
tous les districts ciblés.	<i>outils de PCIME, le TETU et le nouveau protocole de la prise en charge de la Malnutrition Aigue</i>		* Rapport d'activités * Plan de suivi et évaluation du programme * Supervision			
2.2.1 Le programme de PCIME clinique et communautaire, et la prise en charge de la malnutrition aiguë sont mises en œuvre dans tous les districts ciblés	<i>*80% d'enfants malnutris bénéficient d'une prise en charge</i>	Données non disponibles pour l'ensemble des zones ciblées	Rapport d'activités	Système d'information de la CLM et MSP tous les trois mois	UNICEF WHO, WFP	* L'équipe de mise en œuvre dispose d'un environnement adéquat * Partenariat actif et productif *
	<i>Au moins 80% des femmes dans la zone ciblées ont acquis des connaissances de base en nutrition</i>	Données non disponibles pour l'ensemble des zones ciblées	Evaluation // supervision des IDEN (responsable départemental de l'alphabétisation)	Rapport des IDEN	UNESCO	
2.2.2. Les programmes de communication pour un changement de comportement sur le plan sanitaire sont renforcés.	<i>Un support d'éducation nutritionnelle intégrant la malnutrition aigue, l'allaitement maternel, l'iodation du sel... élaboré et diffusé</i>	Pas de support d'éducation sur la malnutrition aigue	Rapports et données administratives		UNICEF	
	<i>Nombre de réunions du Conseil rural consacrées aux femmes</i>	Données non disponibles	PV des réunions du conseil rural	supervisions	UNICEF// Ministère de la santé	
	<i>Nombre de groupements de femmes participants aux réunions du conseil rural</i>		PV des réunions du conseil rural	supervisions	UNICEF// Ministère de la santé	
3.3.1 Le système d'alerte précoce est amélioré à tous les niveaux et permet une prise de décision rapide en cas de crise	<i>Un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel avant fin 2010</i>	Pas de système de surveillance fonctionnel	Rapports d'activités	Système d'information de la CLM tous les trois mois Enquêtes SMART	UNICEF	

VII. CONTEXTE OU FONDEMENT JURIDIQUE / LEGAL DES RELATIONS

Organismes des Nations Unies participant	Accords de siège
UNICEF	Le 24 mai 1996
WFP	Le 29 avril 1969
WHO	Le 06 août 1962
FAO	Le 09 novembre 1961
UNESCO	le 23 décembre 1969, amendé le 17 juillet 1980

VIII. PLAN DE TRAVAIL ET BUDGETS - 2009

Effet du Programme Conjoint 1: Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des populations pauvres et des groupes vulnérables dans les régions hautement vulnérables.										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
<p>Output 1.1.1</p> <p>Les capacités des communautés locales, en particulier les groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile.</p> <p>Target: 80% des enfants 6-59 mois des zones ciblées sont dépistés par le MUAC</p> <p>Une étude menée sur la transformation et la fortification de la farine</p> <p>Centres d'alphabétisation identifiés et équipés et les animateurs sont sélectionnés</p>	Assurer la mise à disposition ATPE					UNICEF	CLM	MGD-F	1.1 Achat	51,021
									1.2 Transport	5,000
									Sous- total	56,021
	Assurer la prévention et la prise en charge des cas d enfants malnutris au niveau communautaire					UNICEF	CLM	MGD-F	Dépistage	51,120
									mobilisation sociale	12,780
									FARNE	12,780
									Sous - total	76,680
									UN Agency indirect cost	9,289
									Totaux 1.1.1	141,990
		Élaborer un rapport d'étude sur l'évaluation des activités de transformation et fortification de farine					PAM	ITA	MDG-F	1.1 Consultant
									1.2 Personnel	4,540
									Sous Total	17,940
	Appui à l'unité de coordination					PAM	CLM	MDGF	Personnel supervision	4,923
									UN Agency indirect cost	1,600
									Totaux	24,463

Effet du Programme Conjoint 1: Amélioration de la sécurité alimentaire et réduction de la malnutrition des populations pauvres et des groupes vulnérables dans les régions hautement vulnérables										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
<p>Output 1.1.1 Les capacités des communautés locales, en particulier les groupes vulnérables sont renforcées dans le cadre de la lutte contre la malnutrition infantile. <i>Target: Au moins 80% des ménages ruraux ciblés bénéficient de distributions d'intrants et de formations techniques en production alimentaire ménagère, en éducation nutritionnelle ainsi que sur la préparation, transformation e conservation des aliments produits pour une meilleure consommation alimentaire et pour la commercialisation des surplus en vue de la génération de revenus additionnels pour les familles et les petits producteurs.</i></p> <p>140 jardins maraîchers de 2 ha sont établis au sein des communautés bénéficiant de sessions d'éducation nutritionnelle</p> <p>Une stratégie de suivi est assurée</p>	<p>Mise en place de jardins maraîchers de démonstration pour la formation horticole fondée sur les espèces nutritives locales et distribution d'intrants aux personnes formées</p> <p>Formation au petit élevage (volaille)</p>					FAO	MA		1.1 Equipement/Fourniture	28,590
									1.2 Formation	14,295
									1.3 Contrats	8,577
									1.4 Voyage	2,859
									1.5 Transports	2,859
									1.6 Sous total	57,180
	<p>- Démonstrations et formation pour la promotion de foyers à faible consommation de combustible.</p> <p>_ formation sur la transformation et conservation des aliments, distribution d'intrants</p>					FAO	MA		1.1. équipement / fourniture	5,146
									1.2. formation	24,702
									1.3 Contrats	15,438
									1.4 Voyage	5,146
									1.5 Transports	1,030
									1.6 Sous-total	51,462
	Suivi du type CAP								1.1 Contrats	4,574
									1.2 Voyage	1,144
									Sous total	5,718
									UN Agency indirect cost	8,596
									TOTAUX	131,395

Effet du Programme Conjoint 2: L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5)										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
<p>Output 2.2.1</p> <p>Le programme de PCIME clinique et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aigue sont mis en œuvre dans tous les districts cibles</p> <p>Target:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Au moins 200 agents de santé sont formés sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition avant fin décembre 2009 * Au moins 50% des agents formés bénéficient d'un suivi post formation * Au moins 60% des structures des régions de Kolda, Matam, Sédhiou, Tamba et Kédougou dispose de matériel anthropométrique 	Former les agents de santé sur la prise en charge de la malnutrition et assurer un suivi post formation					UNICEF	MSPM	MGD-F	<p>1.1 Atelier 25,000</p> <p>1.2 .Reprographies 5,000</p> <p>1.3 Formation 90,000</p> <p>1.4 Suivi post formation 15,000</p> <p>Sous Total 135,000</p>	

Effet du Programme Conjoint 2: L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5)										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
	Assurer la mise en place du matériel anthropométrique et outils de gestion dans les structures de santé					UNICEF	MSPM		Achat transport	18,000
									total	2,000
										20,000
									UN Agency indirect cost	10,850
						UNICEF			Totaux 1.2.1	165,850
Output 2.2.1	Assurer la formation et le suivi post formation du personnel de santé de 5 régions médicales sur les nouveaux standards de l'OMS pour le suivi nutritionnel					WHO	MSPM		Ateliers de formation	17,130
Le programme de PCIME clinique et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aigüe sont mis en œuvre dans tous les districts cibles									Matériel de formation	5,000
									Visites de suivi post formation	5,000
									total	27,130
Target:	Assurer la formation et le suivi post formation du personnel de santé des structures de santé de référence des 7 régions ciblées en Tri Évaluation et Traitement d'Urgence (TETU) pour la prise en charge de la malnutrition aiguë avec complication					WHO	MSPM		Ateliers de formation	20,000
* Au moins 200 agents de santé sont formés sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition avant fin décembre 2009									Visites de suivi post formation	2,000
* Au moins 50% des agents formés bénéficient d'un suivi post formation									Sous total	22,000
* Au moins 60% des structures des régions de Kolda, Matam, Sédhiou, Tamba et Kédougou dispose de matériel anthropométrique	orienter le personnel de santé des zones ciblées sur la PCIME intégrant le nouveau-né, le VIH et l'utilisation de la SRO à faible osmolarité et le zinc dans le traitement de la diarrhée					WHO	MSPM		Atelier de finalisation des outils PCIME révisés	10,000
									Assurer la reproduction des outils PCIME révisés	8,000
									Ateliers d'orientation du personnel	18,000
									Suivi post formation	3,800
									Sous total	39,800

Effet du Programme Conjoint 2: L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5)										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
Output 2.2.1 Le programme de PCIME clinique et communautaire et la prise en charge de la malnutrition aigüe sont mis en œuvre dans tous les districts cibles Target: * Au moins 200 agents de santé sont formés sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition avant fin décembre 2009 * Au moins 50% des agents formés bénéficient d'un suivi post formation * Au moins 60% des structures des régions de Kolda, Matam, Sédhiou, Tamba et Kédougou dispose de matériel anthropométrique	Réviser les outils du système de surveillance intégrée des maladies en y intégrant les données sur la malnutrition					WHO	MSPM		Atelier de révision des outils	6,400
	Appui équipe coordination								Personnel /voyage	4,923
									UN agency indirect cost	7,018
						WHO			TOTAUX	107,271

Effet du Programme Conjoint 2: L'accès aux services de santé de qualité est assuré dans les régions hautement vulnérables, en particulier pour les femmes, les enfants et les jeunes en visant de manière prioritaire la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5)										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
Output 2.2.2 Les programmes de communication pour un changement de comportement sur le plan sanitaire sont renforcés. Target: 25% collectivités intègrent les aspects de survie dans leurs plans locaux	Orienter les collectivités locales sur les aspects de Survie de l'enfant					UNICEF	MSP	MGD-F	1. contrat	30,000
									2 formations	20,000
								UN Agency indirect cost	3,500	
								Total 2.2.2.	53,500	
	Former les femmes à l'appropriation des outils à travers l'alphabétisation fonctionnelle					UNESCO	M Ed	MDGF	1.1. Consultant	20,000
								1.2. Contracts	35,000	
								1.3. Personnel	7,000	
								Sous total	62,000	
	Appui à l'unité de coordination					UNESCO	CLM	MDGF	Personnel supervision	6,329
								UN Agency indirect cost	4,783	
								TOTAUX	73,112	

Effet du Programme Conjoint 3: Les capacités des institutions nationales, locales et communautaires pour le pilotage, le suivi, pour mieux anticiper les crises et pour y répondre rapidement sont renforcées										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
Output 3..3.1 Le système d'alerte précoce est amélioré à tous les niveaux et permet une prise de décision rapide en cas de crise, Indicateurs: Existence d'un système de surveillance nutritionnelle fonctionnelle Target: 2 enquêtes nutritionnelles réalisées	1. Soutenir l'organisation d'enquêtes SMART					UNICEF	MSP	MGD-F	1.1 Contrat	5,000
									Formation	5,000
									Transport	30,000
									Perdiems	10,000
									Total 2.4.1	50,000
									UN Agency indirect cost	3,500
									Total 3.3.1	53,500

Effet du Programme Conjoint 3: Les capacités des institutions nationales, locales et communautaires pour le pilotage, le suivi, pour mieux anticiper les crises et pour y répondre rapidement sont renforcées										
Annual Targets	Key Activities	Timeframe				UN Agency	Responsible Party	Planned Budget		
		2009						Source of Funds	Budget Description	Total Amount
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4					
Output La coordination et le plaidoyer sont renforcés. Target: Equipe de coordination fonctionnelle	2. Appui institutionnel à la CLM pour abriter l'Unité de Coordination du programme					UNICEF	CLM	MGD-F	1.1 Rénovation locaux	28,000
									1.2 .Achat matériel de bureau	7,200
									1.3. Achat de véhicule	60,000
									1.4. Achat matériel informatique	9,800
									1.5. Personnel	45,708
									1.6. Atelier de revue	25,000
									Total	175,708
									UN Agency indirect cost	12,300
									Total 3.3.2	188,008
									TOTAUX UNICEF	602,848

Common Work plan and Budget (2009)

Budget description	UNICEF	WFP	WHO	FAO	UNESCO	TOTAL
1.1 Supplies, commodities, equipment & transport	211 021		29 400	37 625		278 046
1.2 Personnel (staff, consultants, travel and training)	134 608	4 540	10 800	9 149	27 000	186 097
1.3 Training of counterparts	170 000		55 130	38 997		264 127
1.4 Contracts	35 000	13 400		28 589	35 000	111 989
1.5 Others directs cost	12 780	4 923	4 923	8 439	6 329	37 394
Total direct costs	563 409	22 863	100 253	122 799	68 329	877 653
2.0 UN Agency indirect cost (7%)	39 439	1 600	7 018	8 596	4 783	61 436
Grand Total	602 848	24 463	107 271	131 395	73 112	939 089

Annexe I : Prévalence de la malnutrition aiguë exprimée (Z-scores) selon le sexe et par district

RÉFÉRENCES NCHS, 1977					
		EFFECTIFS	MALNUTRITION AIGUË (Rapport Poids/Taille)		
			SÉVÈRE (P/T < - 3 ET et/ou œdèmes) % (IC à 95%)	MODÉRÉE (P/T entre - 3 et - 2 ET) % (IC à 95%)	GLOBALE (P/T < - 2 ET et/ou œdèmes) % (IC à 95%)
DS de Matam	Garçons	330	1,2 (0,1 - 2,3)	17,0 (13,1 - 20,8)	18,2 (14,6 - 21,8)
	Filles	340	2,1 (0,5 - 3,6)	14,4 (9,9 - 18,9)	16,5 (11,7 - 21,3)
	Ensemble	670	1,6 (0,5 - 2,7)	15,7 (12,2 - 19,1)	17,3 (13,9 - 20,7)
DS de Gossas	Garçons	338	1,2 (0,3 - 2,1)	7,4 (4,8 - 10,0)	8,6 (5,7 - 11,4)
	Filles	318	0,0 (0,0 - 0,0)	8,2 (4,8 - 11,6)	8,2 (4,8 - 11,6)
	Ensemble	656	0,6 (0,1 - 1,1)	7,8 (5,3 - 10,2)	8,4 (5,9 - 10,8)
DS de Guinguin	Garçons	313	0,0 (0,0 - 0,0)	12,8 (8,4 - 17,1)	12,8 (8,4 - 17,1)
	Filles	282	0,0 (0,0 - 0,0)	7,4 (3,9 - 11,0)	7,4 (3,9 - 11,0)
	Ensemble	595	0,0 (0,0 - 0,0)	10,3 (6,7 - 13,8)	10,3 (6,7 - 13,8)
DS de Sédhiou	Garçons	294	2,0 (0,5 - 3,5)	9,5 (5,4 - 13,6)	11,6 (7,1 - 16,1)
	Filles	272	0,7 (0,0 - 1,6)	6,3 (3,5 - 9,0)	7,0 (4,1 - 9,9)
	Ensemble	566	1,4 (0,5 - 2,3)	8,0 (5,6 - 10,3)	9,4 (6,8 - 12,0)
DS de Goudomp	Garçons	237	1,7 (0,0 - 3,4)	10,5 (5,3 - 15,8)	12,2 (6,8 - 17,7)
	Filles	238	0,8 (0,1 - 1,6)	12,6 (7,4 - 17,9)	13,4 (8,2 - 18,7)
	Ensemble	475	1,3 (0,4 - 2,1)	11,6 (8,2 - 15,0)	12,8 (9,3 - 16,4)
	Filles	359	1,1 (0,0 - 2,2)	7,0 (4,1 - 9,9)	8,1 (4,8 - 11,4)
	Ensemble	685	1,3 (0,7 - 2,0)	8,5 (6,2 - 10,8)	9,8 (7,4 - 12,2)
DS de Louga	Garçons	380	0,3 (-0,5 - 1,1)	12,4 (8,7 - 16,0)	12,6 (8,8 - 16,5)
	Filles	404	1,0 (0,1 - 1,9)	11,9 (7,6 - 16,2)	12,9 (8,6 - 17,1)
	Ensemble	784	0,6 (0,0 - 1,2)	12,1 (9,6 - 14,7)	12,8 (10,0 - 15,5)
DS de Kébémér	Garçons	400	1,5 (0,0 - 3,1)	11,3 (7,7 - 14,8)	12,8 (9,0 - 16,5)
	Filles	387	0,5 (0,0 - 1,0)	11,6 (8,1 - 15,1)	12,1 (8,5 - 15,8)
	Ensemble	787	1,0 (0,1 - 1,9)	11,4 (9,6 - 13,3)	12,5 (10,3 - 14,6)
DS de Darou Mousty	Garçons	352	0,6 (0,0 - 1,1)	12,2 (8,2 - 16,2)	12,8 (8,6 - 16,9)
	Filles	320	0,0 (0,0 - 0,0)	14,4 (10,2 - 18,6)	14,4 (10,2 - 18,6)
	Ensemble	672	0,3 (0,0 - 0,6)	13,2 (9,8 - 16,7)	13,5 (10,1 - 17,0)
DS de Bakel	Garçons	542	1,5 (0,2 - 2,7)	13,1 (7,9 - 18,3)	14,6 (9,2 - 19,9)
	Filles	511	1,2 (0,0 - 2,4)	14,9 (11,0 - 18,8)	16,0 (11,8 - 20,3)
	Ensemble	1053	1,3 (0,4 - 2,3)	14,0 (10,7 - 17,2)	15,3 (11,8 - 18,8)
DS de Kidira	Garçons	414	1,2 (0,0 - 2,4)	12,6 (9,6 - 15,5)	13,8 (10,7 - 16,8)
	Filles	400	1,3 (0,2 - 2,3)	14,8 (10,9 - 18,6)	16,0 (11,8 - 20,2)
	Ensemble	814	1,2 (0,4 - 2,1)	13,6 (11,3 - 16,0)	14,9 (12,3 - 17,4)
DS de Goudiry	Garçons	382	1,3 (0,0 - 2,7)	9,4 (6,4 - 12,4)	10,7 (7,5 - 14,0)
	Filles	328	1,2 (0,0 - 2,8)	12,2 (7,2 - 17,2)	13,4 (7,8 - 19,0)
	Ensemble	710	1,3 (0,0 - 2,7)	10,7 (8,2 - 13,2)	12,0 (8,9 - 15,1)
DS de Dianké Makhan	Garçons	424	1,4 (0,5 - 2,4)	9,9 (6,1 - 13,7)	11,3 (7,0 - 15,6)
	Filles	393	1,5 (0,4 - 2,7)	6,9 (3,8 - 9,9)	8,4 (4,9 - 11,8)
	Ensemble	817	1,5 (0,8 - 2,2)	8,4 (5,7 - 11,2)	9,9 (6,9 - 12,9)

Annexe II : Liste des points focaux en charge de la mise en œuvre du programme

Noms // Prénoms	Agence // services	Contacts
Dr. Fatim Tall Thiam	WHO	thiamf@sn.afro.who.int
M. Papa Zoumana Diarra	WFP	Papazoumana.diarra@wfp.org
M. Cheikh Gueye	FAO	Cheikh.gueye@fao.org
M. Yao Ydo	UNESCO	y.ydo@unesco.org
M.Seydou Camara	UNICEF	scamara@unicef.org
Dr. Ndeye Khady Touré	CLM	nndiaye@clm.sn
M. Mamadou Diouf	Ministère de la santé	Mamadiouf61@yahoo.fr
Mme Ndèye Fatou Ndiaye	ITA	nfdiaye@ita.sn
Seydi Abacar Sy Gaye	Ministère de l'agriculture	sygaye@yahoo.fr
M. Ngaray Faye	Direction Alphabétisation	ngafaye@yahoo.fr