

**MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE
DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DU MALI**

Année 199~~1~~

N°.....27.....

**SURVEILLANCE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE
A BASE COMMUNAUTAIRE, EXPERIENCE DU PCAN
A SEGOU**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le1992

devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Mlle Fatoumata THIERO

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président: Professeur Sidi Yaya SIMAGA

MEMBRES: Professeur Toumani SIDIBE
Mr Djibril SEMEGA

DIRECTEUR: Docteur Djibril DIAKITE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991 - 1992

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur ISSA TRAORE	Doyen
Professeur BOUBACAR S. CISSE	Premier Assesseur
Professeur AMADOU DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur BERNARD CHANFREAU	Conseiller Technique
Professeur BAKARY M. CISSE	Secrétaire Général

D .E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES.

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef DER de chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho. Traumat . Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho. Traumato
Professeur Amadou DOLO	Gynéco - Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Madame SY Aida SOW	Gynéco - Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto - Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Docteur Salif Diakitè	Gynéco - Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco - Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesth - Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesth - Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho - Traumatologie
Docteur A.K. TRAORE DIT DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie - Path.
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou Diallo	Chef D.E.R. Sciences Fond.

3. DOCTEUR 3^o CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou CISSE	Biologie
Professeur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur N'Yenigue S. KOITA	Chimie Organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo - Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye AG RHALY	Chef D.E.R. Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo - phtisiologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro - Entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro - Entérologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato - Médec. Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato - Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo - Phtisiologie
Docteur Hamar A TRAORE	Médecine Interne

D.E.R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE Toxicologie

2. MAITRE ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matières Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R SCES PHARM.
Docteur Drissa DIALLO	Matière Médicales

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chef D.E.R.)
Docteur hubert BALIQUE	Maitre de Conf. Santé Pub.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Boubou DIARRA	Bactériologie
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Salikou Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE.	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA
Docteur Saharé FONGORO
Docteur Bakoroba COULIBALY
Docteur Bénéoit KOUMARE
Docteur Ababacar I. MAIGA
Docteur Mamadou DEMBELE

Chirurgie
Néphrologie
Psychiatrie
Chimie Analytique
Toxicologie
Médecine Interne

CES

Docteur Daba SOGODOGO
Docteur Georges YAYA (centrafrique)
Docteur Abdou ISSA (NIGER)
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)
Docteur Askia Mohamed (NIGER)
Docteur Oumar BORE
Docteur N'DJIKAM jonas (Cameroun)
Docteur DEZOUMBE Djoro (Tchad)
Docteur Aboubacrine A. MAIGA
Docteur Dababou SIMPARA
Docteur Mahamane TRAORE
Docteur Mohamed Ag BENDECH
Docteur Mamadou MAIGA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Santé Publique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Santé Publique
Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J. P. BISSET
Professeur F. ROUX
Professeur G. FARNARIER
Professeur G. GRAS
Professeur E. A YAPO
Professeur Babacar FAYE
Professeur Mamadou BADIANE
Professeur Issa LO

Biophysique
Biophysique
Physiologie
Hydrologie
Biochimie
Pharmacodynamie
Pharmacie Chimique
Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE
Docteur Tahirou BA
Docteur Amadou MARIKO
Docteur Badi KEITA
Docteur Antoine Niantao
Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I. MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Adama SANOGO
Docteur BA Marie P. DIALLO
Docteur Almahdy DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Arkia DIALLO
Docteur Reznikoff
Docteur TRAORE J. THOMAS
Docteur P. BOBIN
Docteur A. DELAYE

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I. SOGONINKO
KATI
P.M.I. CENTRALE
I.O.T.A.
I.O.T.A.
I. Marchoux
H.P. G.

DEDICACES

JE DEDIE

CE

TRAVAIL

A mon père Amadou Thiéro

Un de vos souci majeur est la réussite de vos enfants.

Trouvez dans ce modeste travail la concrétisation de vos efforts et l'expression de notre profonde affection et toute notre reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue et heureuse vie.

A mes mères

Nous ne pouvons prétendre exprimer nos sentiments.

Nous espérons que ce travail soit pour vous un début de satisfaction. Que Dieu vous prête une longue et heureuse vie.

A mon oncle Baba Sylla

Ton affection et ton soutien ne m'ont jamais manqué durant mes années d'étude. Toute notre profonde gratitude.

A mes oncles et Tantes

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes frères et soeurs

Vous avez tous été de coeur avec moi. Soyez en remerciés. Puisse Dieu nous unir et affermir davantage nos liens fraternels.

A mon grand frère Tidiani Thiéro

J'aurai voulu que tu sois là parmi nous aujourd'hui pour partager cette joie tant voulue et attendue. Mais le bon Dieu a décidé autrement.

Cher grand frère que la terre te soit légère. Amen.

A mes cousins et cousines

Votre sympathie et votre courtoisie ne m'ont pas fait défaut.

Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

A mes beaux frères

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes belles soeurs.

Vos sentiments humains ne m'ont pas manqué.

A mes neveux et nièces.

Persévérance et courage dans vos études.

MES
REMERCIEMENTS
VONT

Au personnel du **PCAN**.

Aux coordonnateurs, aux membres du CLD, aux animateurs externes, aux animateurs internes.

Au personnel de l'**ENMP**.

Au corps professoral de l'**ENMP**.

A tous les étudiants de l'**ENMP**.

A tous mes maîtres depuis le primaire jusqu'à l'hôpital.

Au Directeur de l'**ENMP**.

Au **Dr Seydou SYLLA**.

A la famille Fofana à korofina Nord.

Toute ma profonde reconnaissance.

A mon amie de toujours **Assétou Fofana**.

Tu as été pour moi une soeur, tes conseils et tes soutiens ne m'ont pas fait défaut.

Je prie Dieu qu'il renforce davantage notre amitié.

A mes amis (es).

Toute mon affection

A mon collègue **Abdoulaye Guindo**.

Pour la bonne collaboration

A tous mes camarades de promotion.

Que Dieu nous donne une bonne chance.

Au personnel de l'Unité Informatique de la D.E.

Pour la qualité de la dactylographie.

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail dont j'ai pas pu citer ici.

Toute notre profonde gratitude.

Aux membres du jury

A notre Président de Jury

Le professeur Sidi Yaya Simaga

Chef de DER de la Santé Publique, chargé de cours de Santé publique à l'ENMP du Mali.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations.

Vous avez guidé nos pas dans la rédaction de cette thèse en nous apportant vos précieux conseils et toute l'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise.

Votre abord facile, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances méritent admiration.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

Au Professeur **Toumani Sidibé**

Directeur de l'hôpital Gabriel Touré, chargé de cours de pédiatrie à l'ENMP du Mali.

Nous nous réjouissons d'avoir eu la chance d'être votre élève bénéficiant ainsi non seulement de votre compétence, de votre expérience mais aussi de vos éminentes qualités humaines surtout lors de nos stages dans le service de pédiatrie.

Nous gardons de vous l'image d'un grand maître qui sait transmettre sans peine ses connaissances.

En fait, vous êtes un pédagogue averti.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur **Djibril Semega**

Chef de la Section Santé communautaire à la Division Santé Familiale et Communautaire.

C'est un privilège et un honneur pour nous que vous soyez membre de notre Jury de thèse.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Directeur de thèse.

Docteur Djibril Diakité

Directeur Régional de la Santé Publique et des Affaires Sociales à Kayes.

Ancien chef National du PCAN.

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail.

Homme de terrain qui a la maîtrise de la Santé Publique, un des pionniers des soins de Santé Primaires.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

	Pages
I - Introduction	1
II - Présentation du PCAN	4
1 - Historique et zone test du PCAN	4
2 - Objectifs généraux du PCAN	4
3 - Stratégies Initiales du PCAN et leur évolution	4
4 - Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle	4
III - Travail Personnel	21
1 - Objectifs	22
2 - Méthodologie	22
3 - Résultats	24
IV - Commentaires et Discussions	38
V - Recommandations	42
VI - Conclusion	47

Bibliographie

Annexe

Resumé

Serment d'Hippocrate

Liste des abréviations

PCAN = Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition

SAN = Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle

CLD = Comité Local de Développement

TDC = Technicien de Développement Communautaire

ATS = Agent Technique de Santé

AE = Animateur Externe

AI = Animateur interne

SN = Suivi Nutritionnel

PEV = Programme Elargi de Vaccination

Kg = Kilogramme

g = gramme

SMI = Soins Maternels et Infantiles

PMI = Protection Maternelle et Infantile

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

Cal = Calorie

CMDT = Compagnie Malienne de Développement Textile

UNICEF = FISE = Fond International de Secours à l'Enfance

IDE = Infirmier d'Etat

SRO = Solution de Réhydratation Orale

FAO = OAA = Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

I - INTRODUCTION

Pour sensibiliser les collectivités sur l'importance de la Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (SAN) et les amener à une approche communautaire des problèmes dont la solution conditionne le succès de cette SAN, le Programme conjoint d'Appui à la Nutrition (PCAN) MALI/OMS/UNICEF a initié en Février 1989 des activités orientées vers le groupe cible (Enfants de 0 à 36 mois) dans la région de Ségou. Ces activités entreprises avec la participation des populations elles mêmes couvrent soixante douze (72) villages de huit (8) arrondissements répartis entre les sept (7) cercles de la région.

Elles sont suivies par le responsable du PCAN et son Comité Technique composé des représentants des structures nationales impliquées dans le programme.

Ces différents intervenants sont conscients qu'ils sont trop impliqués dans ce programme pour être à la fois juges et partis. Ils ont pensés qu'il est indispensable à ce stade d'avancement du programme de procéder à une évaluation pour mesurer son degré d'efficacité et dégager les insuffisances.

Les aspects relatifs à la maîtrise de l'activité menée par les animateurs internes (AI) villageois, ceux relatifs aux contraintes institutionnelles rencontrées par les animateurs externes (AE) occuperont une large place dans notre travail.

Notre étude se propose de faire une analyse du programme dans son application et dans ses résultats, de dégager les insuffisances et de proposer des solutions pour y remédier

II- PRESENTATION DU PCAN

- 1- Historique et Zone test du PCAN
- 2 - Objectifs généraux du PCAN
- 3 - Stratégies initiales du PCAN et leur évolution
- 4 - Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle

1-1 . HISTORIQUE

Initié conjointement par l'OMS, l'UNICEF à partir d'un financement Italien, quatorze (14) pays dont le Mali ont été concernés par ce programme. Au Mali le PCAN qui est fonctionnel depuis 1984 est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine. Programmé initialement pour cinq (5) ans de 1984 à 1989, le PCAN Mali a continué jusqu'en 1990.

En 1989 l'activité de Surveillance alimentaire Nutritionnelle (SAN a été introduite dans la région de Ségou après un séminaire atelier regroupant les principaux interlocuteurs techniques des villageois (au niveau de l'arrondissement et du cercle).

Elle a été intégrée à la programmation villageoise où elle constitue le point d'entrée pour l'analyse initiale qui débouche sur la programmation des activités promotionnelles multi-sectorielles.

Dans sa conception la SAN devrait être pour les regroupements villageois un moyen d'auto-analyse en vue d'une amélioration des conditions de vie.

2 - ZONE TEST DU PCAN

A l'origine le programme devrait couvrir l'ensemble du pays . Par la suite la région de Ségou a été retenue comme zone test en raison de ses potentialités agricoles.

Quatrième région administrative du Mali, la région de Ségou est située dans la partie centrale du pays entre le 12°30' le 15°30' de latitude Nord et les 4° et 7° de longitude Ouest. Elle est limitée :

- au Nord par la République Islamique de Mauritanie
- à l'Est par les régions de Tombouctou et de Mopti,
- Sud-Est par la République de Burkina-Faso,
- au Sud par la région de Sikasso,
- à l'Ouest par par la région de Koulikoro.

(voir carte en annexe)

Elle couvre une superficie de 64.821 km² avec une population de 1.339.631 habitants soit une densité de 20,67 habitants/km² (12).

C'est une région à vocation agricole par excellence dans laquelle les céréales constituent la base de l'alimentation. Dans la région de Ségou il s'est avéré que l'apport calorique journalier des aliments est de 2.000 cal (11). Cet état s'aggrave lors des insuffisances saisonnières de céréales pendant les périodes de soudure. L'intrication de cette insuffisance avec la non diversification des cultures vivrières d'une part et les habitudes alimentaires d'autre part réduit la population dans un état de sous - nutrition quasi permanente.

Concernant certains indicateurs anthropométriques, une évaluation sanitaire de la zone CMDT (9) a donné les résultats suivants:

- le rapport poids/âge a révélé que 22% \pm 1,9% des enfants âgés de 0 à 59 mois présentent un déficit pondéral égal ou supérieur à 30% par rapport à la norme.
- le rapport poids/taille a montré que 26,6% \pm 1% de cette tranche d'âge d'enfants accusent un déficit pondéral supérieur à 30% par rapport à la norme.
- le rapport taille/âge a montré que 15,6% \pm 1,7% de ce groupe d'enfants accusent un déficit statural supérieur à 10% par rapport à la norme.

Ces indicateurs attestent de l'existence effective d'une malnutrition protéino-énergétique dans la région de Ségou. Cette affection ajoutée à d'autres causes de morbidité et de mortalité (maladies infectieuses de l'enfant, maladies diarrhéiques) entraîne un taux de mortalité de 120‰ (11).

Cent quatre vingt cinq (185) villages de huit (8) arrondissements suivants (Tominian central, Diéli, Bla central, Nampala, Niono central, Kolongo, Sansanding, Tamani) répartis dans les sept (7) cercles sont couverts par le PCAN. A l'exception de Nampala, trois (3) secteurs de développement ont été retenus au niveau de chaque arrondissement pour satisfaire à l'une des conditions suivantes:

- secteur dit favorisé possédant au moins une infrastructure scolaire et sanitaire.
- secteur dit moyennement favorisé doté de l'une ou de l'autre infrastructure.
- secteur dit défavorisé ne possédant aucune des infrastructures déjà citées.

2- OBJECTIFS GENERAUX DU PCAN

Les objectifs généraux du PCAN sont les suivants:

- Renforcer la capacité du pays à maîtriser les problèmes d'alimentation et de nutrition par une action familiale et communautaire dans un cadre de développement rural multi-sectoriel, contribuant ainsi à l'autosuffisance alimentaire et à la diminution de l'exode rural. Ces actions visent à modifier de façon positive et durable le comportement de la population.
- Développer au niveau de la base des approches relatives aux différentes situations socio-économiques qui influent sur l'état nutritionnel.
- Réduire la prévalence de la malnutrition, de la mortalité infantile et des jeunes enfants.
- Améliorer la situation en matière de santé, de nutrition des femmes enceintes et allaitantes dans la zone du programme.
- Susciter une plus grande attention sur les aspects nutritionnels dans les activités de développement rural à travers le pays.

3- STRATEGIES INITIALES DU PCAN ET LEUR EVOLUTION

Les stratégies initiales préconisées ont été celles d'un développement communautaire auto-centré à partir de la base et comprenant:

- L'initiation des projets par les bénéficiaires eux-mêmes (villages) à travers leurs représentants locaux (conseil de village, comité local, union locale des femmes, des jeunes, des villageois).
- L'acceptation, la participation volontaire et responsable des villageois pour contribuer à la mise en oeuvre des projets initiés (projets de village) et pour assurer la pérennité de l'action.
- La responsabilisation de la région et de ses structures, par la décentralisation des décisions, conformément à la politique de développement régional du Mali.

Ces stratégies initiales ont été mises en oeuvre de 1984 à 1987 à travers des appuis apportés aux niveaux régional et local. La démarche préconisée a été appelée "approche villageoise". Elle consistait en la promotion d'une auto-analyse villageoise. Cette promotion devait être animée par les techniciens locaux formés et encouragés par les régionaux. Ces derniers sont suivis autant que possible par les nationaux. Il s'agissait en fait d'une approche participative et responsabilisante.

A partir de l'évaluation à mi-parcours en 1987, il a été souligné l'insuffisance de la responsabilisation des différents niveaux notamment dans la périphérie: Ce constat a entraîné une évolution dans les stratégies initiales.

Ainsi, en 1988 le comité régional de développement a mis en place un comité technique de coordination composé des représentants des directions régionales impliquées dans la mise en oeuvre du programme (Education, Santé, Agriculture, Plan/Statistique, Eaux et Forêts, Action-coopérative, Opération de Développement Rural). Soutenus par le responsable national du programme et son conseiller technique principal expatrié, les membres du comité technique de coordination après avoir perçu le bien fondé des stratégies retenues ont décidé de prendre en charge l'encadrement des agents locaux. Toutes ces actions du comité technique de coordination ont été placées sous la tutelle du comité régional de développement. L'encadrement technique local devient alors pour les villageois un partenaire. Il s'établit entre eux un climat de confiance, la tâche de conseiller revenant à l'encadrement. Un cadre conceptuel basé sur le cycle appréciation - analyse - action a été utilisé pour concrétiser cette démarche de responsabilisation appelée "programmation villageoise". Elle a débouché sur des activités multi-sectorielles avec des objectifs à atteindre (Annexe). L'indicateur nutritionnel retenu peut être évalué par les outils adéquats. Il témoigne du degré de maîtrise en matière de développement.

Dans cette dynamique les techniciens locaux (agent technique communautaire, technicien de développement communautaire, chef de la zone d'alphabétisation fonctionnelle) ont été chargés de transférer progressivement aux villageois le processus de micro-planification. Pour ce faire, certaines conditions préalables doivent être remplies en particulier l'alphabétisation des villageois, la post alphabétisation, la formation technique des

répondants des techniciens et l'institution d'une organisation communautaire adéquate. Cette méthodologie a été mise au point progressivement de 1988 à 1991 à partir d'un séminaire en janvier 1988. Ce séminaire, encadré par la coordination du Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition et les animateurs externes (AE), avait pour objectif le transfert de l'approche villageoise.

Les premières opérations stratégiques retenues ont été:

- L'alphabétisation intensive de la population;
- La sécurisation alimentaire des ménages;
- La surveillance alimentaire et nutritionnelle des enfants;
- La communication.

Ce séminaire a permis de se rendre compte de la différence d'appréciation du système par les techniciens et par les villageois. Il a été suivi immédiatement d'un premier essai de programmation villageoise. Cet essai de programmation a mis à nu les discordances entre les villageois et les techniciens d'encadrement en ce qui concerne aussi bien la conception et la mise en oeuvre des projets.

Par la suite en 1989 des actions ont été menées sous la direction des comités régionaux et des agents techniques locaux en collaboration avec les villageois.

Du 22 au 25 Février 1991 s'est tenu à Ségou un atelier sur les perspectives du PCAN sous l'égide du gouverneur de la région, atelier auquel ont participé:

- Les représentants des différents Ministères impliqués au niveau national;
- Les commandants de cercle;
- Les chefs d'arrondissement des zones intéressées;
- Les directeurs des services régionaux;
- et les membres du comité technique de coordination.

L'analyse critique des volets déjà exécutés et les visites sur le terrain ont permis à cet atelier de déboucher sur certaines recommandations à savoir:

. L'appropriation de la méthodologie de micro-planification villageoise développée par le PCAN comme un outil pour la décentralisation et son extension dans tous les cercles.

. La participation accrue des comités locaux de développement (CLD) et du comité régional de développement (CRD) dans le financement des projets villageois.

. L'adoption de l'indicateur nutritionnel comme outil de programmation et d'évaluation des actions de développement.

. L'institutionnalisation du comité technique de coordination actuel comme organe régional de suivi de l'extension des activités déjà entreprises.

Ces recommandations ont amené le gouverneur de la région à écrire au département de la Santé et au représentant de l'UNICEF sur la nécessité de redéfinition du cadre de coopération avec cet organisme: la région devant être le maître d'oeuvre des opérations et le conseiller technique UNICEF devant fournir un appui incontestable pour atteindre les objectifs programmés.

4 - SURVEILLANCE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

4-1 - Définition:

Un comité mixte d'experts FAO/FISE/OMS définit la surveillance nutritionnelle comme suit: (13)

"La Surveillance Nutritionnelle constitue un instrument essentiel pour la détection des problèmes de nutrition, pour la formulation de politiques et pour la planification et l'évaluation de programmes d'action tant aux fins du développement que dans les cas d'urgence".

Au niveau du PCAN, tout le contenu de cette définition n'a pas été pris en compte. L'activité principale étant orientée sur l'évaluation du rapport poids/âge alors qu'une approche plus globale devrait prendre en compte les mercuriales (prix des denrées de première nécessité), les migrations des populations, les données agro-météorologiques en plus des données anthropométriques et tout cela de façon périodique dans les postes sentinelles en vue d'intervention précoce comme le cas du SAP (Système d'Alerte précoce) par exemple.

A partir de l'appréciation de l'indicateur poids/âge des enfants de 0 à 36 mois, les discussions avec les mères et la collectivité débouchent sur d'autres informations plus fines aidant à la recherche de solution aux problèmes (niveau de production animale, végétale, hygiène, assainissement, santé, alphabétisation, etc). Il s'agit de la promotion de la croissance au niveau communautaire à travers des actions maîtrisables par les collectivités elles-mêmes. La SAN débouche sur une planification alimentaire et nutritionnelle au niveau Régional ou National.

4 -2 - Objectifs:

Le PCAN a retenu des objectifs spécifiques qui sont de plusieurs ordres:

- . Décrire la situation alimentaire et nutritionnelle d'une communauté ainsi que les facteurs qui la conditionnent.
- . Identifier les principaux problèmes alimentaires et nutritionnels qui se posent.
- . Définir les indicateurs les plus appropriés relatifs à ces problèmes.
- . Répertorier les différents instruments à utiliser pour la mesure de ces indicateurs.
- . Mesurer ces indicateurs en vue du suivi correct des enfants.
- . Entreprendre les activités destinées à améliorer l'état alimentaire et nutritionnel en cas de déficit en fonction des ressources disponibles.
- . Procéder à une auto-évaluation de ces activités.
- . Apprécier l'importance de la surveillance nutritionnelle comme composante du plan de développement général d'une communauté.

4 -3 - Stratégies:

Pour atteindre ces objectifs spécifiques, les stratégies suivantes ont été adoptées:

- . Description de la situation alimentaire et nutritionnelle d'une communauté. L'emploi d'un cadre conceptuel explicitement formulé qui reflète les causes biologiques et sociales du problème nutritionnel ainsi que l'importance des causes qui se situent au niveau tant macro que micro. Ce cadre doit refléter le caractère pluri-sectoriel du problème, faire place à un certain nombre de causes potentielles et permettre aussi une réduction des causes les plus importantes dans un contexte donné (24).

- . Information et formation des agents dans le cadre alimentaire et nutritionnel en vue d'identifier les principaux problèmes qui se posent.

- . Etude des indicateurs les plus appropriés pour évaluer la situation alimentaire et nutritionnelle (anthropométriques, biologiques, cliniques).

- . Inventaire des instruments de mesure de l'état alimentaire et nutritionnel.

- . Formation des agents pour l'utilisation correcte des différents instruments de mesure.

- . Information et éducation des agents en vue de la mobilisation des ressources disponibles permettant de corriger les déficits retrouvés. Ce qui implique la création, l'utilisation la plus rationnelle des ressources disponibles.

- . Formation et organisation de la communauté en vue d'une augmentation de leur capacité pour l'auto-évaluation des activités menées.

- . Etude du plan de développement général de la communauté en faisant ressortir l'importance de la surveillance nutritionnelle.

La situation alimentaire et nutritionnelle d'une communauté est décrite à partir du statut nutritionnel des enfants de 0 à 36 mois, groupe cible à risque et le plus sensible à la dégradation des conditions socio-économiques. Dans ce groupe cible de 0 à 36 mois représentant 10% de la population totale (14), chaque fois qu'on trouve un grand nombre d'enfants malnutris, les causes sont liées soit à la soudure, soit à diverses affections. Les facteurs qui conditionnent la situation alimentaire et nutritionnelle d'une communauté sont à la fois climatique, économique et sanitaire.

L'analyse de la situation par les communautés permet de retrouver les problèmes qui leur semblent prioritaires; aidées par les agents techniques, elles sont amenées à mieux appréhender les principaux problèmes alimentaires et nutritionnels qui se posent. Les indicateurs les plus appropriés relatifs à ces problèmes sont les indicateurs anthropométriques; parmi lesquels le PCAN a porté son choix sur le rapport poids/âge. L'objectif du programme étant le développement des activités promotionnelles, cela ne pourra avoir une bonne fiabilité que si la population cible en question est suivie de façon permanente. Le rapport poids/âge détermine la malnutrition indéterminée. Il est un bon

indicateur de cette surveillance et surtout son utilisation peut être acquise assez rapidement par les communautés.

Le poids pour l'âge mesure la totalité du poids corporel. Le rapport poids/âge change plus rapidement que le rapport poids/taille, et est beaucoup plus sensible à toute détérioration ou amélioration de l'état de santé de l'enfant (25).

Ainsi on peut percevoir des changements sensibles de poids chez un enfant à partir de quelques jours seulement. Il est facile de mesurer le poids avec une grande précision: c'est pour ces raisons que le poids pour l'âge est l'indicateur généralement employé dans la surveillance de la croissance notamment des nourrissons et des jeunes enfants. Cet indicateur quoique fiable et facile à mesurer est susceptible d'être à critique chaque fois que l'âge est déterminé de façon approximative et chaque fois aussi qu'on se trouve devant un enfant présentant des oedèmes.

Pour cette mesure le matériel est simple et facilement utilisable. Il s'agit du peson type balance salter d'une capacité maximale de 25 kg, graduée en division de 100g, muni d'un crochet de suspension et d'une culotte dans laquelle l'enfant sera placé au moment de la pesée. Les résultats ainsi obtenus peuvent être transcrits sur les fiches utilisables par les communautés (annexe)

Pour ce faire, une formation préalable est nécessaire pour les agents. Elle a été assurée par l'équipe du PCAN, aidée par d'autres structures telles que le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et l'UNICEF à la suite d'un séminaire atelier d'initiation du suivi nutritionnel organisé en Décembre 1988. Cet atelier fut suivi d'un stage pratique de cinq jours en Février 1989, organisé dans deux (2) villages (Nakry de Sansanding et Toukoro de Bla) pour les participants.

Cette formation a touché huit (8) villages tests de la zone PCAN dans lesquels la formation a été assurée par les coordonnateurs régionaux et les AE.

Les tâches assignées aux formateurs est de faire acquérir aux AE formés un niveau suffisamment élevé de cadre conceptuel basé sur la relation appréciation - analyse - action. Ces coordonnateurs ont aussi le choix d'orienter les AE pour les actions à mener en vue de

résoudre les problèmes prioritaires identifiés par les communautés. Les AE ainsi formés ont le même rôle que la coordination auprès des AI et de l'ensemble des villageois.

Les programmes de formation portant sur les objectifs du PCAN sont les suivants:

- les techniques d'évaluation poids/âge à partir du support adapté,
- les techniques d'animation et de sensibilisation permettant de rechercher les différents facteurs induisant la malnutrition,
- enfin les connaissances pratiques à acquérir par la population et les conseils à leur fournir chaque fois qu'un tableau déficitaire est constaté, lié soit à la malnutrition simple, soit à la malnutrition associée à la diarrhée ou à toute autre maladie grave (rougeole, coqueluche).

Les AI ainsi choisis par les villageois doivent répondre à certains critères: être alphabétisés, résidents permanents, jouir de la confiance et du respect du groupe, en plus être disponibles, dynamiques, impliquées dans les activités d'accouchement et des soins aux enfants pour les animatrices internes.

Cette formation des AI passe par trois stades:

1°) Sensibilisation et information des villageois pour désigner les AI à former selon les critères préalablement définis. En leur présence les AE font les démonstrations relatives au recensement, à l'enregistrement des enfants de 0 à 36 mois, à leur pesée, à l'exploitation des données recueillies et des conseils aux mères et aux responsables villageois.

2°) Les AE font faire les activités afin de tester leur savoir et leur savoir faire et y apporter les correctifs nécessaires.

3°) Les AI exécutent les actes devant leurs superviseurs et devant le comité de village qui apprécie à sa juste valeur l'intérêt de leurs activités et les aptitudes à communiquer avec les villageois.

La retro-information aux villageois est faite après la pesée.

Les résultats sont communiqués par niveaux successifs (de l'AI à l'AE, de l'AE au médecin) en mentionnant les difficultés rencontrées auprès des personnes ayant en charge les enfants. Ces rapports sont acheminés des villages vers les chefs lieux d'arrondissement par les forains.

A partir de ces rapports les AE préparent leur programme de supervision à périodicité trimestrielle, au cours de laquelle ils procèdent à des évaluations formatives des AI. Quant au médecin chef du cercle, sa supervision vers les agents au niveau de l'arrondissement est annuelle. L'information recueillie depuis la périphérie (communauté), les Arrondissements, jusqu'au niveau du Cercle est acheminée au niveau de la Direction Régionale de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Quant aux animatrices internes le programme de formation comporte l'apprentissage des techniques de démonstration culinaire de régime et d'éducation nutritionnelle. Cet apprentissage se fait par les animatrices externes formées par un membre de l'équipe de coordination dans deux villages.

L'animatrice interne formée commence ces activités sous l'égide de l'animatrice externe de la zone au rythme d'au moins de deux supervisions par mois. Au niveau de chaque famille une femme est choisie pour avoir les notions nécessaires au suivi des enfants. C'est ce qu'on appelle animatrice interne relais. Pour une meilleure efficacité, la coordination a formulé quelques recommandations dans la démarche suivante:

- Recensement des produits locaux (céréales, condiments et légumes) en insistant sur la disponibilité saisonnière et la possibilité de conservation.
- Combinaison pour préparer un repas pour les enfants de six (6) à trente six (36) mois à partir de la collecte de ces produits.
- Réflexion sur l'alimentation des jeunes enfants et les méthodes de sevrage (âge et pratique).
- Démonstration de régime à partir des ingrédients locaux regroupés en insistant sur les avantages de chaque élément et la composition d'une recette sur la santé et donc le développement de l'enfant.
- intérêt des associations de farine des céréales, notion de dosage par rapport aux poudres de légumineuses en terme de portion.
- Interdiction d'introduire tout élément extérieur au milieu et difficilement accessible pour éviter le blocage de l'activité.

- Réflexion sur les affections susceptibles d'entraîner une perte de poids chez l'enfant (diarrhée, vomissement).

Pour la surveillance nutritionnelle plusieurs types d'indicateurs peuvent être utilisés, qu'il s'agisse d'indicateurs anthropométriques, biologiques ou cliniques.

Pour les indicateurs anthropométriques, le plus couramment utilisé est le poids/âge auquel on ajoute parfois le rapport taille/âge, le poids/taille et la circonférence du bras.

La taille pour l'âge mesure le développement linéaire de l'enfant (1). La taille est une mesure très stable qui reflète l'accroissement total de l'enfant tant qu'elle est mesurée. Cependant elle change trop lentement pour pouvoir être utilisée dans la surveillance de la croissance. L'utilisation de l'indicateur taille pour l'âge est difficile pour un certain nombre de raisons.

- * la faible variation de la taille pour des périodes trop courtes.
- * le changement assez lent de la variation de la taille par rapport à l'âge.
- * les nombreuses difficultés pour l'évaluation de la taille des nourrissons et surtout des jeunes enfants qui sont cependant les éléments les plus à surveiller.

En définitive l'indicateur taille par rapport à l'âge permet difficilement d'appréhender une détérioration de l'état de santé d'un enfant; on admet que le retard de croissance c'est à dire une taille trop petite par rapport à l'âge est souvent consécutive à une malnutrition chronique.

L'indicateur poids pour la taille est utilisé chaque fois qu'une surveillance régulière des enfants n'est pas possible soit pour absence de structure de santé ou pour absence de renseignements d'état civil surtout l'âge, soit dans le cas où les enfants ne sont vus qu'une seule fois. Cet indicateur permet de dépister la malnutrition aiguë: chaque fois qu'un enfant a un poids trop faible pour sa taille, on le situe dans le cadre d'émaciation.

L'évaluation de l'état nutritionnel d'un enfant en utilisant l'indicateur circonférence du bras est pratiquée chaque fois qu'on a devant soi beaucoup d'enfants pour lesquels la pesée est impossible. Cet indicateur peut être mesure utile pour évaluer la maigreur, notamment lorsqu'il faut identifier sur le terrain les enfants qui ont le plus besoin d'assistance nutritionnelle.

Il présente quelques inconvénients: sa validité se situe pour les tranches de 1 à 3 ans et sa sensibilité est médiocre pour les formes débutantes de malnutrition (2).

Au stade actuel, le faible niveau de maîtrise technique des villageois limite l'instrument d'appréciation au rapport poids/âge; sinon en terme de causalité malnutritionnelle il serait plus complet d'en introduire d'autres indicateurs tels que la taille pour l'âge, le poids pour la taille.

Pour ce qui est des indicateurs biologiques ils n'ont pas été utilisés au niveau du PCAN. Cependant, ils sont utiles dans de nombreuses circonstances pour apprécier le statut nutritionnel de la population. Ceci est particulièrement vrai pour certains nutriments spécifiques (fer, vitamine A, folates, etc). Ils peuvent avoir en tant que tels une valeur d'indicateur du statut nutritionnel, ou bien permettre de confirmer l'étiologie nutritionnelle des symptômes peu spécifiques (21).

Il en a été de même pour les indicateurs cliniques, car, de nombreux signes imputables à la malnutrition sont difficiles à interpréter du fait de leur caractère subjectif. Seul, un petit nombre d'entre eux sont caractéristiques d'un désordre nutritionnel ou suffisamment évocateurs (21). C'est pourquoi les observations cliniques doivent être orientées et ne sont d'un intérêt réel que dans l'identification de certaines pathologies nutritionnelles (oedème dans la malnutrition protéique, xérose conjonctivale ou cornéenne, tâche de Bitot dans la carence en vitamine A, goître dans la carence en iode).

4 - 4 - Articulation SAN - Programmation Villageoise:

Elle vise à montrer l'importance de la SAN comme facteur de développement, à présenter la méthodologie de la programmation - planification et à montrer les possibilités d'acquisition de compétence des villageois pour la mise en évidence des problèmes rencontrés et la recherche de leurs solutions.

Une politique nutritionnelle ne peut être valablement menée qu'intégrée dans celle du développement en général, au risque de devenir une politique d'assistance permanente (16). C'est pourquoi au niveau du PCAN l'atteinte de l'objectif d'amélioration nutritionnelle suppose la mise en oeuvre d'une politique adaptée au développement local.

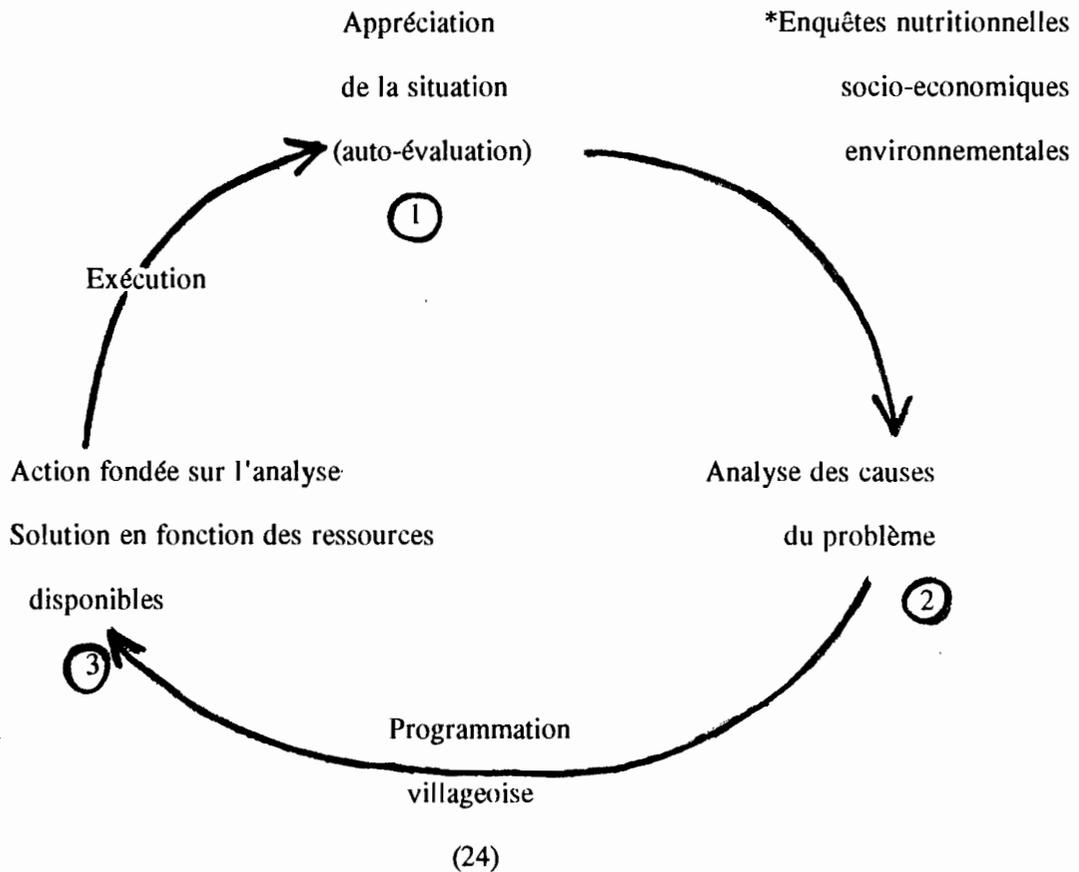
La SAN est considérée comme outil de programmation d'intégration et d'auto-évaluation des activités villageoises (5).

Cette activité permet de juger du degré d'atteinte des objectifs fixés au préalable en se basant sur l'impact des efforts fournis par les communautés villageoises et les agents des services techniques. Elle permet de mettre en oeuvre certaines stratégies qui, pour résoudre les problèmes nutritionnels rencontrés vont se fonder sur:

- La mise en place d'un système de surveillance communautaire.
- L'aptitude acquise par les villageois à pouvoir identifier les problèmes nutritionnels, qui susciterait une motivation réelle entraînant une plus grande participation (24).
- L'engagement communautaire surtout celle des femmes traduisant un transfert réel de la méthodologie des techniciens vers les communautés.
- Le renforcement des institutions formelles et informelles impliquant au préalable une étude approfondie du milieu pouvant révéler la nécessité de formation des cadres locaux.
- La mise en oeuvre des activités de vaccination et de lutte contre les maladies diarrhéiques. Ces activités permettent une réduction de la morbidité et de la mortalité. Ces aspects entraînent une adhésion des populations pour la poursuite des activités et un réel enthousiasme facilitant une plus grande mobilisation sociale (24).

Il convient de rappeler que la communauté rurale constitue le principal acteur à la base et qu'aucune action de développement ne peut se dérouler sans sa participation active: cela suppose une formation et une organisation interne de la communauté, assistée de son environnement administratif et technique. Ainsi à partir de sa propre expérience, la communauté analyse les problèmes auxquels elle se heurte à la recherche des solutions adéquates. Ce processus est conforme à la politique nationale de décentralisation régionale, locale et d'encouragement des initiatives à la base.

Pour que les activités menées par les communautés puissent permettre de résoudre au mieux leurs problèmes, il importe de les informer et de les former sur la méthodologie de la programmation-planification, celle-ci pouvant être schématisée par le cycle des trois "A".



Ce cycle débute d'abord par l'appréciation de la situation grâce aux résultats de la SAN; ensuite vient l'analyse initiale de la situation suivie par celle des mécanismes de causalité pour chacun des problèmes retenus et classés; enfin il se termine par la mise en oeuvre des actions aboutissant à la recherche des solutions adéquates.

En matière de SAN, il s'agit pour la communauté d'utiliser les indicateurs simples qui puissent lui permettre de porter un jugement de valeur sur son état alimentaire et nutritionnel. Le poids pour l'âge est l'indicateur utilisé, son analyse par les villageois identifie les problèmes qui se posent sur le plan de l'alimentation et de la nutrition.

L'analyse des causes du problème a trait aux aspects relatifs à la santé (hygiène et assainissement du milieu), aux activités communautaires (agriculture, élevage, pêche) et aux moyens de transport. Dans ce cadre il importe de faire prendre conscience à la population l'importance vitale de l'élément santé. Aussi on s'informe sur le système des soins

primaires au village et son articulation avec le système plus élaboré au niveau de l'arrondissement qui constitue la référence. Un accent particulier doit être mis sur la composante SMI et la composante assainissement et hygiène du milieu. En effet, la prévention apporte une solution durable à beaucoup de maux qui sont actuellement source de mortalité infantile (maladies diarrhéiques).

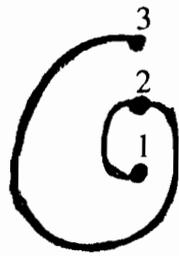
Les latrines, les dépôts d'ordure et les égouts d'évacuation des eaux usées constituent les pôles de recherche. Pour les activités communautaires il s'agit de rechercher un équilibre par l'utilisation judicieuse des produits provenant de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. Les aspects relatifs aux techniques de conservation et de transformation de ces différents produits tant sur le plan individuel que collectif doivent être pris en compte. La diversification des cultures, l'introduction de la mouture mécanique, la bonne conservation des produits, l'hygiène alimentaire sont des solutions à certains problèmes. Il est indéniable que l'élément transport constitue un maillon indispensable pour tout le processus précédemment décrit.

On comprend donc à travers ce cycle des trois "A" toute l'importance de l'étude initiale qui déborde le seul cadre du statut nutritionnel des enfants de 0 à 36 mois.

En effet, on a vu qu'elle couvre également les aspects relatifs à l'environnement physique, socio-culturel et économique qui sont des déterminants prépondérants de la situation médico-nutritionnelle du groupe cible.

La SAN est au début du processus de programmation villageoise un outil de planification et à la fin un instrument d'appréciation des efforts consentis par domaine d'intervention en relation avec le programme (c'est l'auto-évaluation). A cette étape d'auto-évaluation, elle sera en outre utilisée pour programmer les activités ultérieures toujours à partir de l'analyse de la situation. Il s'agit donc d'un processus en spirale dans lequel, logiquement chaque auto-évaluation doit constituer un bon qualificatif en terme de résultats enregistrés à l'exécution du programme (20).

* Esquisse de la Spirale de la programmation:



Les points 1,2 et 3 sont des zones d'auto-évaluation de nouvelles programmations (appréciation de la situation antérieure et programmation future).

La maîtrise de l'alphabétisation apparaît comme un passage obligé pour le transfert de telle compétence aux villageois. Chaque fois que le besoin d'alphabétisation existe, il doit être satisfait et même renforcer en mettant un accent particulier sur l'alphabétisation des femmes. La cadence d'évolution d'un groupe humain est strictement déterminée par l'évolution de l'élément féminin et qu'en conséquence on doit investir en matière d'éducation . De ce fait, la scolarisation des filles est spécialement souhaitée.

III - TRAVAIL PERSONNEL

1. Objectifs:

Notre travail sur le terrain vise les objectifs suivants:

- Procéder à une analyse critique des activités menées sur le terrain par le PCAN au niveau des arrondissements suivants (Tominian Central, Diéli, Bla Central, Nampala, Niono Central, Kolongo, Sansanding, Tamani).
- Rapporter la perception des bénéficiaires sur les stratégies appliquées.
- Apprécier leur adhésion au système.
- Formuler les recommandations à l'intention des différents partenaires du programme en vue de son amélioration.

2. Méthodologie

2.1. Groupes cibles:

Pour la collecte des données plusieurs groupes de populations ont été pris en compte. Un questionnaire spécifique est adressé à chacun d'eux:

- Les animateurs externes: les questionnaires leur ont été remis pour qu'ils les remplissent eux-mêmes.
- Les membres du CLD: (chef d'arrondissement ou son représentant ou tout autre membre). Pour ce groupe le recueil des données a été fait par interview direct.
- La communauté: (responsables villageois, mères ayant en charge les enfants de moins de trois (3) ans, les animateurs internes) même procédé que pour les membres du CLD.

L'étude s'est déroulée d'Octobre 1990 à Septembre 1991 avec une phase de recueil de données du 1er Novembre 1990 au 6 Janvier 1991 intéressant 72 villages répartis entre les 8 arrondissements. Il s'agit d'une étude qualitative qui a concerné seulement une fraction du groupe cible de l'enquête.

Sur le terrain, après les civilités d'usage l'objectif du travail était explicité au chef de village qui informait les autres membres de la communauté.

L'entretien se faisait dans les langues nationales selon les ethnies en présence (bamanan, peulh, bobo, mossi) avec ou sans interprète. Il intéressait tout le groupe pour le conseil de village et de façon individuelle pour les mères de famille et les AI répartis selon le sexe.

2.2. Instruments et techniques utilisés:

Les différentes fiches de recueil de données ont été portées en annexe.

Le but de l'enquête était d'apprécier le niveau de compréhension du système par la population, leur aptitude à mener les activités afférentes à la SAN.

On a recherché aussi les différentes contraintes à la bonne marche du système.

L'activité de pesée se déroulait dans les villages selon les séquences suivantes:

1. La préparation du registre (annexe).

2. Le recensement de tous les enfants de 0 à 36 mois y compris ceux des hameaux. Pour la détermination aussi correcte que possible de l'âge des enfants ne disposant pas d'acte d'état civil, les animateurs procédaient de la façon suivante: ils estimaient l'âge des enfants soit en se référant sur la déclaration verbale des parents, soit en situant la période de naissance par rapport à certains évènements particuliers survenus dans le village.

3. La pesée: la séance était organisée au moment où les femmes étaient le plus disponible. On insistait sur la précision de la pesée.

Technique de pesée:

* Suspendre solidement le peson.

* Régler la flèche sur le zéro à l'aide du bouton de réglage.

* Déshabiller l'enfant s'il ne fait pas trop froid et si les coutumes locales le permettent.

* Placer l'enfant dans la culotte.

*Lire le poids sur le cadran.

*Noter le poids en chiffre.

Le poids de l'enfant était communiqué à la mère puis inscrit dans le registre. La transcription des deux (2) variables (poids , âge) sur le graphique de croissance sera faite par les AI.

L'exploitation du registre et ou du graphique de croissance permettra de déceler lors des pesées ultérieures l'évolution des enfants. L'AI devait écouter la mère ou son entourage pour relever les problèmes nutritionnels et sanitaires de l'enfant. Il devait conseiller la mère sur les actions appropriées qu'elle entreprendra en faveur de son enfant malnutri (ou qui ne prenait pas du poids).

Il devait savoir à quel stade la mère et l'enfant doivent être référés au centre de santé et assurer le suivi de l'enfant malnutri: une forte diminution du poids de l'enfant entre deux (2) pesées successives attirait l'attention de l'AI. Ce dernier informait la personne qui a l'enfant en charge en lui demandant ses possibilités économiques pour corriger cet état de malnutrition.

Quand cette personne possédait peu de ressource, alors on demandera à la communauté quelle aide elle pouvait lui fournir. Cela permettra de rechercher les solutions qui sont à trois (3) niveaux:

- d'abord au niveau individuel (mère ou autre personne ayant en charge l'enfant);
- ensuite au niveau familial;
- enfin au niveau communautaire, (comité villageois).

Ainsi pour chaque cas de perte pondérale significative des investigations seront faites sur:

- * L'environnement (hygiène, assainissement).
- * L'alimentation de l'enfant (comment il est nourri, fréquence et types d'aliments).
- * Les maladies enregistrées au cours de la semaine, du mois et les traitements effectués.
- * Les activités des parents surtout de la mère et des personnes qui s'occupent de l'enfant à l'absence des parents.
- * L'existence de disponibilité alimentaire au niveau de la famille.

3. Résultats:

Notre étude a permis d'aboutir à certains résultats portant sur la SAN élément fondamental du PCAN et son évaluation au niveau de certains arrondissements. Cette activité de surveillance alimentaire et nutritionnelle a été introduite en Février 1989 par le PCAN dans tous les arrondissements couverts.

L'analyse des résultats a été faite de façon manuelle. Nous mentionnons dans le tableau N°1 les arrondissements couverts par le PCAN en fonction de divers paramètres.

Puis seront présentés successivement les résultats obtenus au niveau des différents intervenants (les membres du CLD, les AE, les AI, les mères et les responsables villageois).

3.1. Tableau d'identification des huit (8) Arrondissements.

Arrondissements	Nombre de villages par arrondissement	Population des villages couverts	Effectif du groupe cible d'enfants	Nombre d'AI hommes	Nombre d'AI femmes
Tominian Central	13	5.057	505	23	16
Diéli	13	4.931	493	21	18
Bla central	11	7.000	700	21	13
Nampala	2	974	97	2	0
Niono central	6	4.129	412	11	9
Kolongo	10	4.130	413	20	16
Sansanding	6	7.260	726	12	12
Tamani	11	8.066	806	16	14

Tableau N° 1

Ce tableau nous permet d'avoir une vue générale des villages par arrondissement.

3.2. Les membres du Comité Local de Développement (CLD).

Tous les membres du CLD ont une bonne impression sur l'activité de la SAN. Ils souhaitent tous un appui extérieur pour sa continuité. Dans deux (2) arrondissements (Sansanding, Kolongo) la prise en charge des AE (fourniture de carburant) est assurée par les membres du CLD. Ils procèdent à l'analyse des résultats de la SAN à la recherche d'une solution aux problèmes posés. Les membres du CLD font une sensibilisation auprès des villages non motivés. Ils pensent tous que la SAN est un outil de programmation villageoise. Ils suggèrent une continuation de l'activité et son extension à tous les villages de leurs arrondissements. Le chef du CLD de Nampala souhaite une large contribution de la part du PCAN.

3.3. Les animateurs Externes (AE):

Les AE interrogés ont un profil professionnel très varié: TDC (dans tous les arrondissements sauf à Nampala, Sansanding, Tamani), ATS (Tominian, Nampala), IDE (Sansanding, Tamani), matrone (Nampala). Cette dernière n'a subi aucune formation sur la SAN. Les AE doivent assurer le transfert de compétence de l'activité SAN aux villageois.

Avec les AI, le rapport des AE se déroule de façon correcte sur l'ensemble des arrondissements. Aucune évaluation de la SAN n'a été faite par les AE.

Les difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres:

- L'irrégularité de certains enfants à la pesée.
- La lacune dans la formation des animatrices internes.
- Le manque de carburant pour les mobylettes.

Les AE souhaitent une relation entre la SAN et les autres secteurs (agriculture, élevage, pêche). Ainsi pour améliorer davantage la situation des enfants, les AE recommandent:

- Le suivi correct et régulier des activités au niveau des villages.
- Le contact régulier entre l'animatrice externe et les villageois.
- Le développement du maraîchage.
- La programmation des formations en fonction de l'emploi du temps des femmes.
- L'amélioration du niveau d'alphabétisation et de formation des AI.

3.4. Les animateurs Internes (hommes et femmes):

Dans tous les villages la pesée est réalisée par les AI avec la participation des animatrices internes et des mères. Cette pesée est mensuelle.

La situation de la réalisation des pesées pour chaque arrondissement est consignée dans les tableaux numérotés de 2 à 9.

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées	Nombre de pesées	Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
Poroné	17	14	3
Boissoni	17	16	1
Gnimi	5	5	0
Kagnan	16	15	1
Kouara	19	19	0
Simasso	23	21	2
Tara	9	3	6
Bayasso	9	5	4
Dofekuy	9	6	3
Passenso	8	5	3
Monisso	15	12	3
Kossédougou	6	6	0
Dinké	7	7	0

Tableau n° 2: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement Central de Tominian.

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
N'gosso	16	11	5
Fonso	16	16	0
Siébougou	4	4	0
M'Pabougou	4	4	0
Neresso	13	12	1
Sissegokan	12	12	0
Pipenesso	7	5	2
Zéguere	6	5	1
N'Togosso Bambara	18	18	0
N'Togosso Markasso	9	5	4
Sissiguenso	9	7	2
Bankouma	23	23	0
Beledala	14	11	3

Tableau n° 3: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement de Diéli.

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
Toukoro	23	22	1
Dakoumani	10	6	4
Barry	10	6	4
Wakoro	11	9	2
Tebela	18	18	0
Marela	23	19	4
Nionina	13	10	3
Nampélabougou	9	8	1
N'gontia	8	2	6
Tangabougou	9	2	7
Konzambougou	8	1	7

Tableau n° 4 : Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement Central de Bla.

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
Ranghabé	9	2	7
Dianweli	12	2	10

Tableau n° 5: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement de Nampala

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
Niobougou	23	20	3
Banissirala	17	14	3
Dongali	12	7	5
Nadani	12	11	1
Sassagodji	13	7	6
Tigabougou	13	12	1

Tableau n° 6: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement Central de Niono

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		Nombre de pesées
	Prévues	réalisées	non réalisées
Oula	20	19	1
Rassogoma	2	2	0
Kononga	13	13	0
Ségou-Koura	13	11	2
Sossébougou	23	19	4
Kanabougou	7	7	0
Djibala	8	8	0
Nassiguila	19	16	3
Kalakoin	16	14	2
Macina- Wèrè	7	5	2

Tableau n° 7: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement de Kolongo

Etat de pesée	Nombre de pesées	Nombre de pesées	Nombre de pesées
Villages	Prévues	réalisées	non réalisées
Welintiguila- Bambara	13	4	9
Niérela	13	11	2
Miou	9	9	0
Thin	15	4	11
Gomabougou	17	7	10
Nakry	23	17	6

Tableau n° 8: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement de Sansanding.

Etat de pesée Villages	Nombre de pesées		
	Prévues	réalisées	non réalisées
Sokoungo	19	19	0
Séguela	6	4	2
Boidié	8	4	4
Kamba	17	16	1
Koronido	17	14	3
Tonzougou	23	23	0
Kakoro	16	5	11
Wintiguibougou	16	9	7
Sangola	8	4	4
Siakabougou	6	6	0
Garna	4	1	3

Tableau n°9: Situation de la réalisation des pesées dans l'Arrondissement de Tamani.

Ces tableaux font ressortir les différents problèmes liés à la réalisation des pesées dans les arrondissements. A Tominian, 4 sur 13 villages sont à jour dans la réalisation de la pesée. Les raisons de non réalisation sont de plusieurs ordres selon les AI: qu'il s'agisse des travaux champêtres (à Tara et Poroné) de manque de fiche de croissance (à Dofekuy, Monisso, Boissoni, Passenso, Bayasso), de voyage des AI (Kagnan, Simasso) ou de l'irrégularité de participation des mères .

Les raisons évoquées à Tominian sont les mêmes que dans les autres arrondissements. En plus de celles-ci, nous notons des particularités concernant certains villages de Bla, Tamani, Sansanding et Nampala. Ainsi, trois villages à Bla, un à Tamani et deux à Nampala n'ont pas terminé leur formation à cause du non passage de l'AE. Dans trois villages de Sansanding (Gomabougou, Wélintiguila-bambara et Thin) la pesée ne se fait plus à cause de l'exode des premiers AI formés.

Pour ce qui est de la connaissance du poids de naissance, elle est effective dans 9 villages seulement sur les 72. Il s'agit de:

- Niobougou, Banissirala, Dongali dans l'arrondissement de Niono.
- Pipenesso, N'Togosso-Bambara dans l'arrondissement de Diéli.
- Tebela dans l'arrondissement de Bla.
- Tonzougou, Sokoungo, Boidié dans l'arrondissement de Tamani.

Dans les autres villages les AI s'abstiennent de peser les enfants aussitôt après la naissance soit parce que la coutume l'interdit, soit ils ont peur que le nouveau-né ne tombe de la culotte du peson.

D'une manière générale les enfants malnutris ayant l'âge de trois (3) ans ne sont pas pesés dans les villages. Cependant elle s'effectue dans six (6) villages en pensant que la notification aux mères du mauvais état de leurs enfants les poussera davantage à s'occuper d'eux en vue d'amorcer une récupération.

Les documents sont conservés en général chez les AI, mais dans certaines localités ils sont chez le chef de village.

La grande majorité des AI savent remplir correctement les différentes fiches, cela en français ou en langues nationales et même en arabe à Nakry dans l'arrondissement de Sansanding. La relation poids/âge est perçue par la majorité des AI comme un facteur d'évolution des enfants sains.

Les animatrices internes sont chargées des démonstrations culinaires dans les villages. Elles aident les AI dans l'organisation des séances de pesée. Notons que la presque totalité des animatrices internes ne savent pas toujours les proportions correctes d'aliment à mettre ensemble pour les démonstrations culinaires.

Aucune animatrice interne n'a été formée à Nampala.

3. 5 Les mères:

Au niveau des quatre cent trente deux (432) mères des enfants de 0 à 36 mois, il s'agit de se faire une idée sur leur perception, leur compréhension et surtout leur niveau d'adhésion au système de SAN mis en place par le PCAN.

De l'interrogatoire des mères il ressort que la SAN porte sur les points suivants isolés ou associés:

- La pesée simple de l'enfant.
- L'entretien et la bonne alimentation de l'enfant.
- La préparation et la bonne conservation des recettes.
- La recherche des affections de l'enfant.
- La possibilité d'allègement du travail des mères pour les enfants bien portants.

Pour la détermination des groupes cibles la plupart des femmes interrogées ne connaissent pas les tranches d'âge les plus exposées; celles qui connaissent ces tranches ne savent pas les raisons de leur exposition.

Quant à l'âge de supplémentation la plupart des mères l'ont situé à partir de six (6) mois.

Des démonstrations culinaires sont faites par les animatrices et les repas sont proposés aux enfants.

Pour certaines recettes les mères ont signalé une certaine réticence des enfants. Parfois cette non acceptation des repas par les enfants peut se comprendre par le non respect des différents composants des repas ou tout simplement pour une question d'aspect et de goût.

En principe après ces démonstrations culinaires les mères doivent continuer ces recettes à la maison une à deux fois par jour, mais elles peuvent y être empêchées par l'existence de difficulté d'acquisition des ingrédients (tamarin, huile, poisson sèche, sucre...).

Il est apparu que les hommes sont impliqués dans ces activités car ils mettent à la disposition de leurs épouses soit des denrées, soit de l'argent.

Chaque fois qu'un cas de malnutrition est constaté il est en rapport avec les saisons et l'âge de l'enfant.

Ainsi, on a constaté une hausse de la malnutrition pendant l'hivernage surtout aux mois d'Août, Septembre, Octobre.

En saison sèche le taux de malnutrition est relativement faible. Enfin en saison froide l'augmentation des maladies infantiles explique la hausse du taux de malnutrition.

Quant aux causes de la malnutrition les femmes évoquent l'insuffisance de production, la méconnaissance de certaines recettes de cuisine, l'influence négative de certaines affections (diarrhées, paludisme, rougeole, parasitoses) et le manque de temps des mères absorbées dans de nombreuses tâches au niveau du ménage leur laissant ainsi peu de temps pour s'occuper des enfants.

La thérapie de ces affections est soit traditionnelle, soit conventionnelle sur place, mais les cas graves sont évacués vers le centre de santé le plus proche.

Dans beaucoup de cas la solution de réhydratation orale (SRO) est utilisée pour remédier la déperdition d'eau au cours des diarrhées. Les mères ont encore un faible niveau de maîtrise technique sur cette médication tel que cela apparait dans le tableau n° 10.

N ♀ / Ardt	Arrondissements																
	Tominian		Diéli		Bla		Nampala		Niono		Kolongo		Sansanding		Tamani		
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	
Conn sur la Prép .SRO																	
Savent préparer la SRO	22	28,2	34	43,6	33	50	0	0	17	47,2	23	38,3	14	38,8	27	40,9	
Ne savent pas préparer la SRO	56	71,8	44	56,4	33	50	12	100	19	52,7	37	61,6	22	61,1	39	59	

Tableau n° 10: Niveau de maîtrise des femmes interrogées sur la préparation de la SRO.

E = Effectif Absolu

P = Pourcentage

Ce tableau fait ressortir que plus de 50% des femmes interrogées ne maîtrisent pas la technique de préparation de la solution de réhydratation orale (SRO).

On a cherché à savoir les liens pouvant exister entre l'état nutritionnel de l'enfant, la période de sevrage, son état vaccinal et la pratique du petit élevage par les mères. Il est apparu que:

- La notion de survenue de malnutrition par la mauvaise conduite du sevrage est due à un arrêt immédiat de l'allaitement maternel.
- La protection par la vaccination: la morbidité diminue chez un enfant correctement vacciné.
- L'existence de source de protéines animales car ces dernières permettent de suppléer le régime alimentaire de l'enfant chaque fois qu'il est carencé.

D'une manière générale il apparait que la majeure partie des mères interrogées ont un aperçu favorable de la surveillance alimentaire et nutritionnelle permettant de maintenir et d'améliorer l'état général des enfants objectivés par une prise régulière de poids.

Pour renforcer l'action de cette surveillance alimentaire et nutritionnelle elles suggèrent:

- L'alphabétisation féminine.

- L'aide alimentaire et médicamenteuse.
- L'approvisionnement en eau dans les zones nécessiteuses.
- La persévérance des animateurs internes.

3.6 Les responsables villageois:

Pour les responsables villageois l'interrogatoire avait pour but d'évaluer d'abord leur connaissance sur la SAN , ensuite rechercher les liens éventuels entre la malnutrition et toute autre cause (maladies) et enfin retrouver les activités promotionnelles pouvant pallier au mieux à l'insuffisance de production et de stock.

Sur ces différents points, il se dégage que les responsables villageois ont la même perception de la SAN que les mères.

Pour eux cette SAN bien appliquée permet de prévenir la malnutrition.

Ils s'appuient sur la pauvreté, la survenue de diarrhée-vomissement, de rougeole et sur la pénurie de ressources.

En activités promotionnelles il existe un ton villageois (groupement d'hommes de même génération) dont le pôle d'activité est la mise en valeur d'un champ collectif.

Dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les affections, certaines activités apparaissent souhaitables à réaliser. Il s'agit:

- de la formation des agents de santé.
- de l'installation de pharmacie villageoise.
- de la vaccination et de l'éducation pour la santé (lutte contre le paludisme par l'utilisation de moustiquaire et la chloroquinisation).
- de l'approvisionnement en eau potable.

**IV - COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS**

A partir de l'analyse des résultats de notre étude, nous avons identifié différents problèmes qui entravent la réussite de la SAN. Certains sont spécifiques à chaque localité, d'autres révèlent cependant un caractère général valable pour toutes les localités.

Les membres du CLD ont très bien perçu l'utilité de la SAN. Ils ont compris le bien fondé par rapport aux objectifs de développement à la base conformément à la politique de décentralisation. Une prise en charge de cette activité peut être un point de départ pour une bonne application de cette politique de décentralisation. Ainsi les collectivités locales doivent gérer leurs programmes à partir de leurs propres ressources; Cependant, la majorité des membres du CLD émettent des réserves quant à la poursuite de l'activité après l'arrêt du financement extérieur. Ils estiment que cet appui sera toujours nécessaire et indispensable, bien que le mot d'ordre du PCAN à tous les niveaux hiérarchiques est "appuyer sans se substituer". Seulement deux (2) arrondissements sur huit (8) reçoivent un soutien des membres du CLD pour la supervision des activités. Les raisons profondes de ce constat sont liées à l'insuffisance d'adhésion et de participation des membres du CLD dans la mise en oeuvre de la SAN communautaire initiée par le PCAN et ses partenaires régionaux: En effet, le système mis en place doit gérer cette activité de concert avec l'ensemble des programmes villageois. Cependant les stratégies du PCAN (formation, organisation, communication) recherchent une intégration totale de toutes les actions de divers programmes pour le développement global d'une zone. Avec cette approche les membres du CLD seront les maîtres d'oeuvres des programmes conjoints ainsi élaborés. L'intégration de toutes les actions rationalisera l'utilisation des ressources disponibles et garantira la pérennisation des activités même en cas d'arrêt d'un financement spécifique tel que celui du PCAN. Cette coopération passe obligatoirement par une coordination harmonieuse orchestrée par les membres du CLD.

Au niveau des animateurs externes on a constaté leur bon niveau de formation et leur réel capacité de transfert aux AI des activités et aux villageois. La quasi-totalité des AE ont un niveau suffisant de maîtrise de l'activité. Il faut admettre que malgré le déroulement plus ou moins correct des séances de formation dans les villages, des difficultés pour certains AI

de mener correctement l'activité sur le terrain ont été mentionnées. Ce phénomène n'est pas systématiquement imputable aux AE. Il existe une insuffisance dans la prise en charge des enfants malnutris ayant atteint la limite d'âge (plus de trois ans): en effet, les AI initialement formés partis en exode ont été souvent remplacés par d'autres moins compétents. Une meilleure information dans ce domaine doit être faite au niveau des AE et AI afin qu'ils prennent en charge les enfants malnutris, même s'ils ont dépassé l'âge de 3 ans et cela afin que leurs mères continuent à s'intéresser aux conseils prodigués pour l'amélioration de l'état de ces enfants.

Du côté des animatrices internes, le constat porte sur leur ignorance sur les composantes des recettes. Cela s'explique par leur formation inachevée d'une part et d'autre part par l'arrêt de la poursuite normale des démonstrations culinaires dans certains villages. Un recyclage et une supervision permanente devraient résoudre ce problème.

Au niveau des mères la préparation de la SRO n'est pas totalement maîtrisée alors que la diarrhée est une cause majeure de mortalité infantile dans les pays en développement (3).

Une sensibilisation à leur niveau permettra de pallier aux difficultés liées à cette préparation.

On peut noter chez les mères l'irrégularité dans la préparation des recettes culinaires apprises. Le taux d'absence élevé à la pesée est dû à une participation non effective des mères. Cette participation non effective des femmes s'explique soit par un surcroît de travail qu'elles assument réduisant le temps consacré aux enfants (24), soit à un manque de sensibilisation. Aussi, les encadreurs doivent sensibiliser davantage les mères pour qu'elles puissent accorder quelques minutes à la pesée, en leur faisant savoir que la richesse d'un village réside aux niveaux de santé et de nutrition des enfants (4).

Les responsables villageois ne sont pas totalement motivés pour la conduite de l'activité car ne voyant pas son intérêt dans l'immédiat. En dehors de l'arrondissement de Diéli, ils accusent un certain retard par rapport au niveau de compréhension, d'adhésion et de participation. Dans cet arrondissement ils ont entrepris certaines mesures d'amélioration:

distribution de poisson frais, d'arachide, de haricot aux mères d'enfants malnutris, prêt de médicament aux familles nécessiteuses et traitement des puits. Ces responsables villageois ont un niveau élevé de compréhension quant à l'utilité de l'activité.

V - RECOMMENDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons certaines recommandations relatives aux points suivants:

1. Education nutritionnelle:

L'éducation nutritionnelle doit être permanente: elle doit être effectuée à tous les niveaux (régional, local et communautaire). Les différents moyens utilisés sont: la radio, les affiches, les séances éducatives avec les démonstrations culinaires, la visualisation des activités par les diapositifs, les saynettes, les contes, les chants et l'information interpersonnelle. Ces actions développeront la communication en nutrition sur les thèmes prioritaires (allaitement, sevrage, surveillance de la croissance).

Cette éducation nutritionnelle portera sur:

- L'institution systématique de la pesée des nouveaux-nés dès la naissance dans les localités où les coutumes ne l'interdisent pas.

- La promotion de l'allaitement maternel: l'allaitement exclusivement au sein doit être encouragé pendant les six (6) premiers mois de la vie. Le lait maternel fournit de l'énergie et des nutriments nécessaires à la croissance. Il doit être maintenu le plus tard possible (deux ans et même plus).

- La supplémentation à partir de six (6) mois utilisant des protéines d'origine animale et végétale. Cela est nécessaire d'autant plus qu'à partir de cette tranche d'âge le lait maternel seul ne suffit pas.

- La proscription de certaines pratiques et coutumes (sevrage brutal, abstention d'ingestion d'aliment) lors de certaines épisodes de maladie.

2. Lutte contre les maladies infectieuses:

Il est reconnu que certaines maladies infectieuses favorisent l'apparition de la malnutrition chez l'enfant. Comme telles elles doivent être combattues par:

- La vaccination: elle doit constituer l'action prioritaire de toute politique sanitaire afin de réduire la morbidité et la mortalité de certaines affections dont les petits enfants sont victimes (tuberculose, rougeole, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche). La sensibilisation doit être accentuée dans ce domaine par le respect du calendrier vaccinal, la connaissance des incidents et accidents. Le terme ultime doit être la création chez les populations d'un réflexe de vacciner systématiquement les enfants. En d'autre terme il faut que les populations viennent au PEV au lieu que le PEV ne s'impose aux populations.

- L'utilisation de la SRO:

- * D'abord faire comprendre aux mères le danger de la déshydratation due à la diarrhée.
- * Ensuite préconiser l'utilisation de la SRO.
- * Enfin faire acquérir aux femmes la technique de préparation de la solution sel-sucre.

- L'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau: un environnement mal sain est toujours propice à l'éclosion de beaucoup d'affections. Aussi nous recommandons lors des séances de pesée d'organiser des causeries débats sur l'hygiène du milieu, de l'eau et l'entretien des puits traditionnels et des forages. L'accent doit être mis sur l'utilisation systématique des couvercles, des suspensoirs pour les seaux, l'agrandissement de la margelle, le respect de la distance de 15 mètres entre les puits et les latrines. Pour les forages existants, il faut éviter la pollution lors des activités à usage domestique et aussi par les animaux.

- La formation d'hygiénistes- secouristes dans les villages qui n'en disposent pas encore.

3. Espacement des naissances:

Expliquer le bien fondé de l'espacement des naissances aux couples en général et aux femmes en particulier en leur faisant savoir que plus l'espace intergénéral est long plus le taux de malnutrition diminue (1). Intégrer la planification familiale dans toutes les activités de PMI.

Pour une bonne compréhension de cet espacement il faut associer le volet d'alphabétisation fonctionnelle en valorisant des sessions de formation nombreuses et assez rapprochées dans le temps et cela jusqu'au niveau des villages.

4. Formation des animateurs internes:

Pour rendre les animateurs internes plus performants pour les activités qu'ils mènent il faut envisager:

- Le recyclage des anciens AI, la formation plus adéquate des nouveaux et leur prise en charge par la communauté (par l'intermédiaire des ressources du ton villageois).
- L'initiation des petits projets villageois pour diminuer l'exode rural.
- La visite des animatrices internes dans les familles d'enfants malnutris.
- La formation des animatrices relais, ces dernières faciliteront la tâche des animatrices internes en assurant le suivi intra-familial des enfants du groupe cible visé par le PCAN.

5. Promotion féminine:

En milieu rural les activités menées par les femmes sont si nombreuses et souvent si contraignantes qu'il leur reste peu de temps pour s'occuper de leurs enfants. Aussi pour pallier à cette situation l'existence de mouture mécanique, l'utilisation de foyers améliorés, l'aménagement des petits jardins potagers générateurs de ressources et même le regroupement des femmes en coopératives multi-fonctionnelles sont des mesures à envisager à court et à moyen terme.

6. Amélioration du fonctionnement de la SAN:

Pour rendre plus opérationnel le système de SAN il importe:

- d'organiser systématiquement des réunions de concertation après chaque mission de supervision entre les membres du CLD et les AE. Cette réunion de concertation permet de mieux appréhender les problèmes en vue de rechercher les solutions les plus appropriées.

- d'instituer un soutien du CLD au système de la SAN (fourniture du carburant aux AE pour leur mission de supervision).

- de sensibiliser davantage les responsables villageois en vue d'une plus grande participation aux activités de la SAN.

VI - CONCLUSION

Cette étude qui s'est déroulée d'Octobre 1990 à Septembre 1991 avec une phase de recueil de données du 1er Novembre 1990 au 6 janvier 1991 porte sur l'évaluation de l'activité de la surveillance alimentaire et nutritionnelle (SAN) à base communautaire dans la 4ème région du Mali.

Ce projet initié par le PCAN et ses partenaires régionaux a intéressé 72 villages de 8 arrondissements répartis entre les 7 cercles de la région de Ségou. A partir de la SAN le Programme Conjoint d'Appui à la Nutrition et ses partenaires ont entrepris une expérience originale de microplanification en vue d'une auto-promotion du monde rural centré sur le domaine nutritionnel. Notre thème vise les objectifs suivants:

- procéder à une analyse critique des activités menées sur le terrain par le PCAN au niveau des différents arrondissements.
- Rapporter la perception des bénéficiaires sur les stratégies appliquées.
- Apprécier leur adhésion au système.
- Formuler les recommandations à l'intention des différents partenaires du programme en vue de son amélioration.

Nous avons mené une étude qualitative qui a touché une fraction du groupe cible de l'enquête. Il s'agit des membres du comité local de développement, des animateurs externes, des animateurs internes des deux (2) sexes, des mères et des responsables villageois.

Cette étude nous a permis d'aboutir aux résultats suivants:

Pour les membres du Comité Local de Développement:

Ils ont compris le bien fondé de l'activité SAN. Mais, actuellement il ne sont pas totalement convaincus pour la poursuite de cette activité en dehors du financement extérieur.

Pour les animateurs externes:

Ils ont une maîtrise de l'activité de SAN initiée par le PCAN. Mais, la non prise en charge des missions de supervision dans tous les arrondissements leurs empêche de faire correctement leur travail.

Pour les animateurs internes des deux sexes:

A leur niveau les pesées ne sont pas correctement réalisées comme prévues (une fois par mois). En plus de cela nous avons noté l'irrégularité dans la réalisation des démonstrations culinaires.

Pour les mères:

Elles ont un faible niveau de maîtrise technique sur la préparation de la SRO. Elles ne connaissent pas suffisamment les différents aliments à mettre ensemble pour faire un repas pour enfant.

Pour les responsables villageois:

Ils ne sont pas totalement motivés pour la conduite de l'activité de la SAN. La communauté à l'habitude de s'attacher aux activités dont le résultat est immédiat, ce qui n'est pas le cas de la SAN dont les actions ne portent fruit qu'à moyen et long terme.

Nous fondons beaucoup d'espoir sur cette expérience par rapport à la politique de décentralisation. Lors d'un séminaire en Février 1991 la région de Ségou a opté pour la méthodologie développée par le PCAN en vue d'en faire un outil de programmation décentralisée. Cette nouvelle perspective implique une participation plus accrue du comité régional de développement et de ses représentants locaux dans le financement des projets villageois.

En conséquence la région doit rechercher à résoudre les divers problèmes rencontrés surtout celui relatif au manque d'intégration de la SAN dans le programme d'activité des membres du CLD.

Les conditions matérielles, humaines et financières étant satisfaites sur le terrain il importe que les techniciens (AE) deviennent réellement des conseillers pour les villageois qui sont et restent les vrais acteurs de leur propre développement. Ainsi un climat serein de confiance et de respect mutuels sera instauré débouchant sur un dialogue franc entre les deux (2) niveaux (encadrement - villageois). Un indicateur simple (le rapport poids/âge) a été proposé aux villageois en vue de suivre l'évolution du statut nutritionnel du groupe cible d'enfants de 0 à 36 mois. Evolution leur permettant de faire une auto-évaluation des programmes qu'ils exécutent à leur niveau.

Bien que le PCAN et ses partenaires ont pu dégager un modèle de développement pour le monde rural et par le monde rural les résultats actuels restent encore très fragiles car les populations rurales sont toujours à une phase d'observation de l'expérience et toute déception peut compromettre le résultat amorcé.

La réussite de la SAN par les villageois peut être un facteur de stimulation pour eux en vue d'un développement général ce qui sera d'autant plus facilité qu'il existera entre les différents partenaires (coordonnateurs AE, AI) sur le terrain une coordination, une harmonisation de leurs activités, cela entraînant une meilleure gestion des ressources disponibles et devant déboucher sur le bonheur tant souhaité des populations rurales.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie:

1 - Camara (B) . -

Contribution à la surveillance de la croissance des jeunes enfants en milieu rural.

Introduction et évaluation de l'utilisation des fiches de croissance.

Thèse Méd. -Bamako, 1985.

2 - Cissé (B). -

Evaluation de l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de trois ans dans le cercle de Kolondiéba.

Thèse Méd. - Bamako, 1990.

3 - Diakité (D). -

Surveillance de la croissance.

PCAN Ségou, 2 Mai 1989, Draft 5 P.

4 - Diakité (D). -

La Surveillance Nutritionnelle comme outil de programmation, d'intégration et d'auto-évaluation des activités villageoises. Réadaptation de la programmation villageoise.

PCAN Ségou, Octobre 1989, Manuscrit

5 - Diakité (D). -

Cadre conceptuel d'orientation des activités de surveillance Alimentaire et Nutritionnelle pour une meilleure efficacité des actions correctives.

PCAN Ségou, Décembre 1989, Manuscrit.

6 - Diakité (M). -

Etude de l'expérimentation d'un modèle de Surveillance Nutritionnelle mis en place par le C.I.E et l'INRSP dans six cercles et deux arrondissements au Mali.

Thèse Méd. - Bamako, 1990 N° 26, 58 P.

7- ENMP. -

Evaluation Sanitaire de la zone CMDT

Evaluation Epidémiologique Projet Mali Sud II, Bamako, 1985.

8 - F.A.O. -

Nutrition Humaine en Afrique Tropicale.

Rome, 1979, 306 P.

9 - Horwitz (A) et all.-

- Congrès International des responsables de la Nutrition. -

Nutrition et lutte contre les maladies diarrhéiques.

Royaume Uni, du 12 au 16 Août 1985, 36P.

10- Lefèvre. -

Surveillance Alimentaire au niveau de la communauté.

PCAN, Mali, Août 1989, Manuscrit.

11 - Ministère du Plan. -

Diagnostic de la Région de Ségou, Mars 1985.

12 - Ministère du Plan. -

(Bureau Central de Recensement)

Recensement Général de la population et de l'Habitat

Résultats provisoires, Juillet 1987.

13 - OMS. -

Méthodologie de la Surveillance Nutritionnelle.

Rapport d'un comité mixte FAO/FISE/OMS d'experts.

Génève, 1976, 63 P.

14 - OMS. -

Technique d'enquête rapide dans les villages.

Afr/Nut/84, 1977.

15 - OMS. -

La Surveillance Nutritionnelle

Génève, 1987, 212 P.

16 - PCAN. -

Présentation du séminaire de Ségou sur l'approche villageoise du PCAN.

Ségou, janvier 1988, 20 P.

17 -PCAN

Application d'un indicateur pour la Surveillance Nutritionnelle dans les zones PCAN

Ségou, 1988

18 -PCAN. -

Suivi Nutritionnel au niveau du village.

Ségou, Avril 1989, Guide Opérationnel.

19 - PCAN. -

Présentation des programmes villageois de la Région de Ségou.

Ségou, 1989.

20 - PCAN. -

Suivi Nutritionnel dans le cadre du PCAN.

Ségou, Janvier 1991, 65 P.

21 - Serge Hercberg et all.

Approche Epidémiologique et politique de prévention.

Nutrition et Santé Publique.

France, Octobre 1985, 709P.

22 - Tall (M.M). -

Application de l'état Nutritionnel chez les enfants de 0 à 5 ans hospitalisés dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré à Bamako.

Thèse Méd, Bamako, 1989, N° 53.

23 - UNICEF. Bamako et PCAN Ségou. -

Guide Pratique pour le Suivi Nutritionnel au niveau du village.

Février 1990, Draft 2b, 31 P.

24 - UNICEF. -

Stratégie visant à améliorer la Nutrition des enfants et des femmes dans les pays en développement.

New York, Décembre 1990, 36 P.

25 - UNICEF. -

Quelques définitions et méthodes utiles pour l'appréciation, l'analyse et l'action dans le domaine de la malnutrition.

Niamey Niger, du 5 au 15 Février 1991, Manuel du participant.

26 - UNICEF. -

Atelier d'évaluation du PCAN.

Ségou, du 22 au 25 Février 1991, 19 P.

ANNEXES

Annexe 1

**FICHE DE
RECUEIL
DES DONNEES**

**QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MEMBRES DU COMITE LOCAL DE
DEVELOPPEMENT**

1. Quand a commencé la surveillance alimentaire et nutritionnelle dans votre arrondissement?

2. Comment en avez - vous été informés?

3. Quelles sont vos impressions sur cette activité?

4. Pensez - vous pouvoir la continuer sans appui extérieur?

Oui

Non

Si Oui comment?

Si Non pourquoi?

5. Faites- vous une analyse quelconque des résultats?

Oui

Non

Si Oui comment?

Si Non pourquoi?

6. Les animateurs externes vous donnent -ils satisfaction ?

Oui

Non

Si Non pourquoi?

7. Faites- vous un rapprochement entre la surveillance alimentaire et nutritionnelle et la programmation villageoise?

8. Quel serait votre rôle vis à vis des villages non motivés?

9. Ya t - il des relations entre la SAN et les activités des autres secteurs?

Si Oui les quels?

Si Non pourquoi?

10. Quelles sont vos suggestions?

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX ANIMATEURS EXTERNES:

11. Quel est votre profil professionnel?

12. Pourquoi avez -vous été choisi pour cette activité?

13. Avez -vous reçu une formation spéciale pour l'accomplir?

Oui

Non

Si Oui où et pendant combien de temps?

14. Etes-vous satisfaits de cette formation?

Oui

Non

Si Non quelles sont vos suggestions?

15. Pensez -vous qu'avec cette formation vous êtes capable d'assurés le transfert de responsabilité de cette activité aux villageois?

16. Quels sont vos rapports avec les animateurs internes?

17. Que pensez -vous du programme de formation des animateurs internes?

18. Avez -vous déjà ébauché une évaluation interne de la SAN?

Oui

Non

Si Oui comment et dans combien de villages?

19. Quant et comment les résultats des pesées vous parviennent?

20. Les résultats sont -ils analysés par les AI ?

Oui

Non

Si Oui comment?

Si Non pourquoi?

21. Quelles sont les mesures prises pour améliorer la capacité d'analyse des AI?

22. Quels sont vos rapports avec les CLD ?

23. Pensez -vous que le CLD perçoit la SAN comme un outil de développement?

Oui

Non

Si Oui comment ?

Si Non comment l'amenez -vous à une telle perception?

24. Ya t - il des relations entre la SAN et les activités des autres secteurs (agriculture, pêche, élevage)?

Si Oui lesquelles?

Si Non pourquoi?

25. Etes -vous encouragés par le CLD?

Oui

Non

S'intéresse t - il aux résultats déjà obtenus?

Oui

Non

Si Oui comment?

26. Quelle structure s'occupe de la collecte des données de la SAN?

Ya t -il retour de l'information

Oui

Non

27. Que pensez -vous de ce circuit?

28. Quelles sont les difficultés rencontrées?

Quelles sont vos suggestions?

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX ANIMATEURS INTERNES HOMMES:

29. Quels ont été les critères de votre choix?

30. Quel est votre rôle?

31. Comment s'effectue le recensement des enfants dans votre village?

32. Qui fait le recensement?

33. Comment vous déterminez l'âge des enfants?

34. Ya t - il un registre d'état civil dans votre village?

Oui

Non

35. Rencontrez -vous des difficultés dans le recensement?

36. Quelle est la fréquence des pesées?

37. Qui effectue les pesées?

38. Comment la pesée est -elle organisée?

39. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez?

40. Demandez -vous les causes de l'évolution du poids des enfants?

41. Continuez -vous à peser les enfants ayant plus de trois ans?

Si Oui pourquoi?

42. Pesez -vous les enfants aussitôt après la naissance?

Oui

Non

Pourquoi?

43. Qui remplit le registre ?

Quand?

44. En quelle langue le registre est -il tenu?

Pourquoi?

45. Le registre peut -il avoir autre utilité?

46. Comment remplit -on la fiche de croissance?

47. Rencontrez -vous des difficultés au moment du remplissage de la fiche de croissance?

48. Quelle est l'utilité de la fiche de croissance remplie?

49. Ya t - il une relation entre le poids et l'âge?

50. Comment exploitez -vous la fiche de croissance?

51. Comparez -vous les différentes fiches de croissance?

Pourquoi?

52. Quand se fait la restitution?

Comment?

53. A qui est - elle destinée?

54. En dehors du conseil de village à qui vous communiquez les résultats?

A quelle fréquence?

55. quand a commencé la SAN dans votre village?

56. Ya t - il eu des interruptions dans la pesée?

Combien de fois?

Pourquoi?

57. Tous les enfants concernés viennent - ils à la pesée?

Oui

Non

Si Non pourquoi?

58. A quelle période le taux d'absence est plus élevé?

Pourquoi?

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX ANIMATRICES INTERNES:

59. Quels sont les critères de votre choix?

60. Quel est votre rôle?

61. Ya t - il des animatrices relais dans votre village?

62. Quelles sont les recettes préparées?

Quelle a été la composition de chacune de ces recettes?

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX MERES

63. Qu'entendez -vous par la SAN des enfants?

64. Quel est son but et son utilité?

65. Quel est le groupe cible?

Deà..... mois?

Pourquoi?

66. Quel est le rôle des AI ?

67. Ya t - il des animatrices relais dans votre village?

Oui

Non

Si Oui quel est leur rôle?

68. Est - ce que les démonstrations culinaires ont été faites dans votre villages?

Oui

Non

Si Oui qui les a faites?

Qui ont participé?

69. Citez les recettes préparées?

70. Quelle a été la composition de chacune d'elles?

71. Citez la quantité des éléments qui ont été utilisés pour la boullie?

72. Connaissez -vous ces recettes avant?

Oui

Non

73. Quelles sont vos appréciations sur ces recettes?

74. Continuez vous à les préparer pour vos enfants?

Oui

Non

Si Oui à quel rythme?

75. Comment les conservez -vous?

76. Pour quel groupe d'âge préparez -vous ces recettes?

77. Les préparez -vous pour les enfants à problème ou pour tous les enfants?

à problème

tous

78. Avez -vous des difficultés dans l'acquisition des ingrédients?

Oui

Non

Si Oui lesquelles?

79. Avez -vous constaté les effets de ces recettes sur l'état de vos enfants?

Oui

Non

Si Oui comment?

80. Les pères sont -ils informés de la préparation de ces recettes par les mères?

Oui

Non

81. Contribuent - ils?

Oui

Non

Si Oui comment?

82. Savez -vous préparer la SRO?

Oui

Non

83. Si Oui quelles sont ses composantes et son utilité?

Comment l'avez -vous appris?

84. Comment conservez -vous la solution préparée et pendant combien de temps?

85. Comment êtes -vous informés de l'état nutritionnel de votre enfant?

86. A quelle période de l'année le taux de malnutrition est plus élevé?

Pourquoi?

87. A quel âge l'enfant souffre t -il de malnutrition dans votre village?

Pourquoi?

88. Quelles sont les causes de la malnutrition?

89. Pour des cas dûs aux maladies, citez le nom de ces maladies?

90. Qu'est ce qui provoque ces maladies?

91. Que faites -vous pour les prévenir?

92. Que faites -vous pour les soigner?

93. Dans les cas de malnutrition dûs à un problème alimentaire, spécifier s'il s'agit:

- d'une insuffisance de production?
- d'une méconnaissance des recettes?
- d'un manque de temps des mères?
- d'une négligence des mères?

94. Avez -vous reçu une éducation en matière d'hygiène d'assainissement et de santé?

Oui

Non

Par qui?

95. Avez -vous des difficultés dans l'assimilation de ces conseils?

Oui

Non

Si Oui quelles mesures faciliteraient l'assimilation?

96. Est - ce que les enfants ont été vaccinés?

Oui

Non

97. Combien de fois?

Contre quelles maladies

98. Faites -vous le petit élevage dans vos familles?

Pourquoi?

99. Faites -vous la culture maraîchère?

Oui

Non

100. Menez -vous d'autres activités génératrices de revenu?

Si Oui lesquelles?

101. Pensez -vous que la situation de vos enfants pourrait être améliorée par la SAN?

Quelles sont vos suggestions?

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX RESPONSABLES VILLAGEOIS:

102. Existe t -il un groupement dans le village?

Oui

Non

Si Oui quel est son rôle?

103. Qu'est -ce que le village a fait pour pallier à l'insuffisance de production et de stock?

104. Le village a t -il fait une action collective dans le soin et la prévention des maladies?

105. Que fait le village dans les cas graves?

Les questions suivantes ont été également posées aux responsables villageois:

63.

64.

65.

67.

86.

88.

89.

91.

92.

Annexe 3

**TRADUCTION
DES FICHES
DE CROISSANCE
DES ENFANTS DE 0 A 36 MOIS
EN BAMANAN, PEULH ET ARABE**

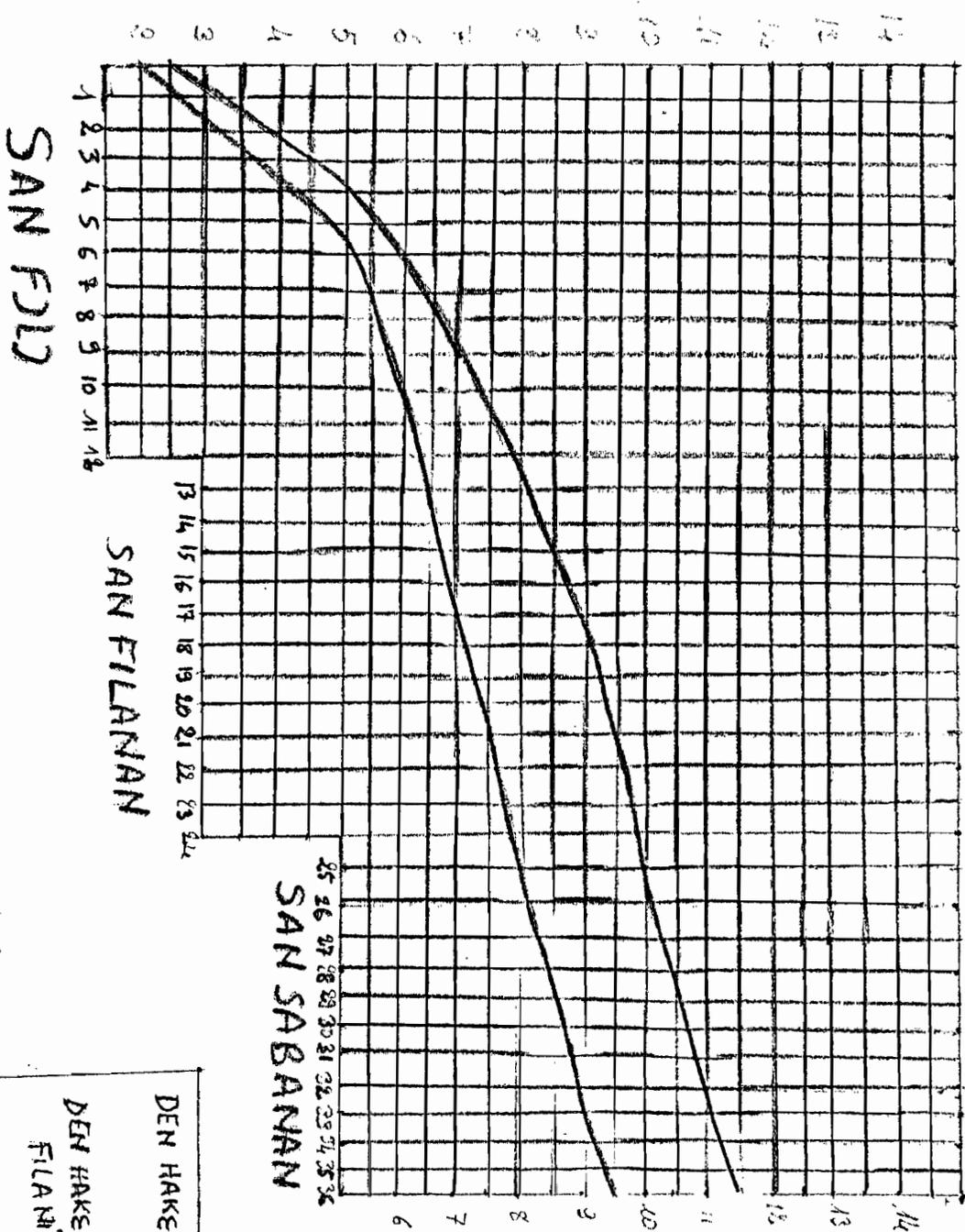
DENMISENW BALOGOGOKLDSILI SEBEN

DON ANIMATERI

DUCU LAM KUB

DEN MIN
BALOGOGO KA
SUGU KOSSE
(TUGOW)

GIRINA KILOLA



SAN FLD

SI HAKE KALOLA

DEN HAKE HIN BEJUFETIRIKOGON

DEN HAKE HIN BE TIRIKI
FILANI NGGONZE

DEN HAKE HIN KINYA TARA

DEN HAKE HIN

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

TALKURU KAYBUGOL NGURE SUKABE

MALANDE

NGENNDI

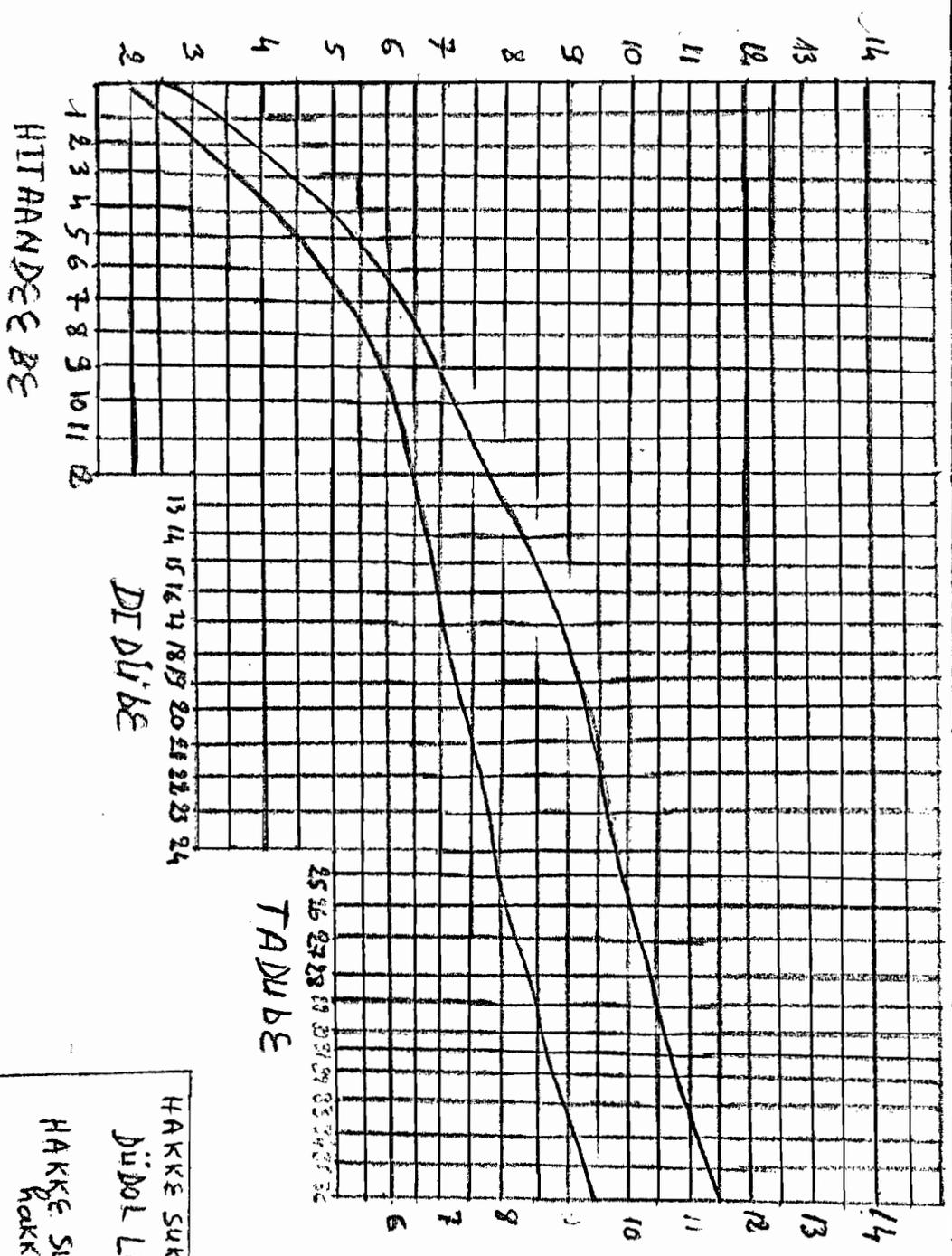
HUBEKE

SEKEL

Mobbo

INDE
SUKABE
FOOYUBE

TEDDU GOL E KILON



DUUBI E LEBBI

HAKKE SUKABE WONBE LEY

DUDOL LEY WOL GOL

HAKKE SUKABE WONBE

HAKKUNDE didi di

HAKKE SUKABE PESABE

ADADU SUKABE BEWU

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

بدر و الشاريج الجماعية

CARTE DE SUIVI COMMUNAUTAIRE

القرية

المركز

البلدية

VILLAGE ARDIT CERCLE

التاريخ

DATE

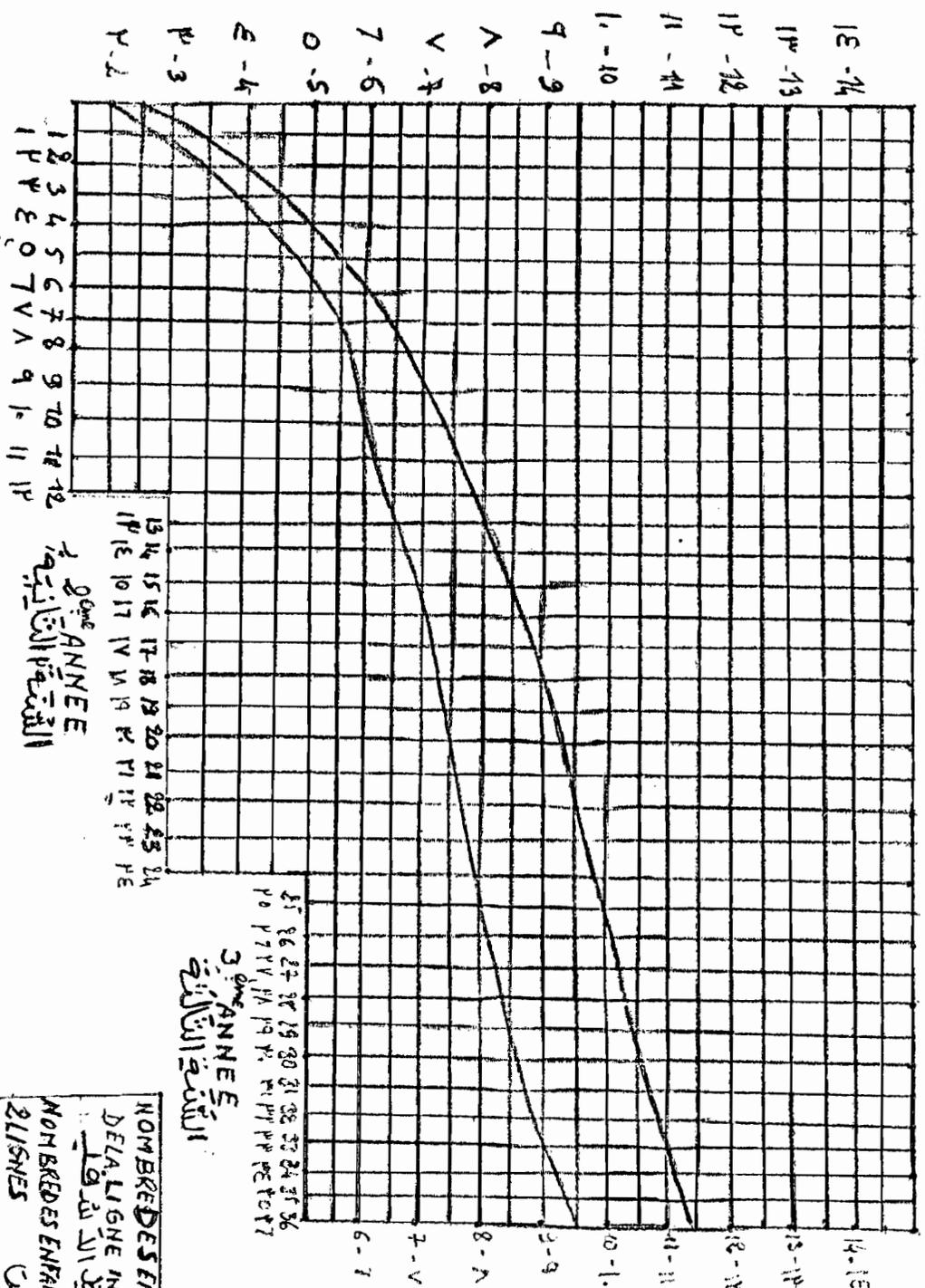
تاريخ الملاحظة

ANIMATEUR

حالة الاولاد المشايخ بسوسو للتغذية

NOTES DES ENFANTS GRAVEMENT MALNOURRIS

الوزن ثيابا لكيلو غرامات
POIDS EN KILOGRAMMES



3^{ème} ANNEE
الفترة الثالثة

2^{ème} ANNEE
الفترة الثانية

1^{ère} ANNEE
الفترة الاولى

AGE EN MOIS
العمر بالاشهر

NOMBRE DES ENFANTS EN DESSOUS DE LA LIGNE INFERIEURE

NOMBRE DES ENFANTS ENTRE LES 2 LIGNES

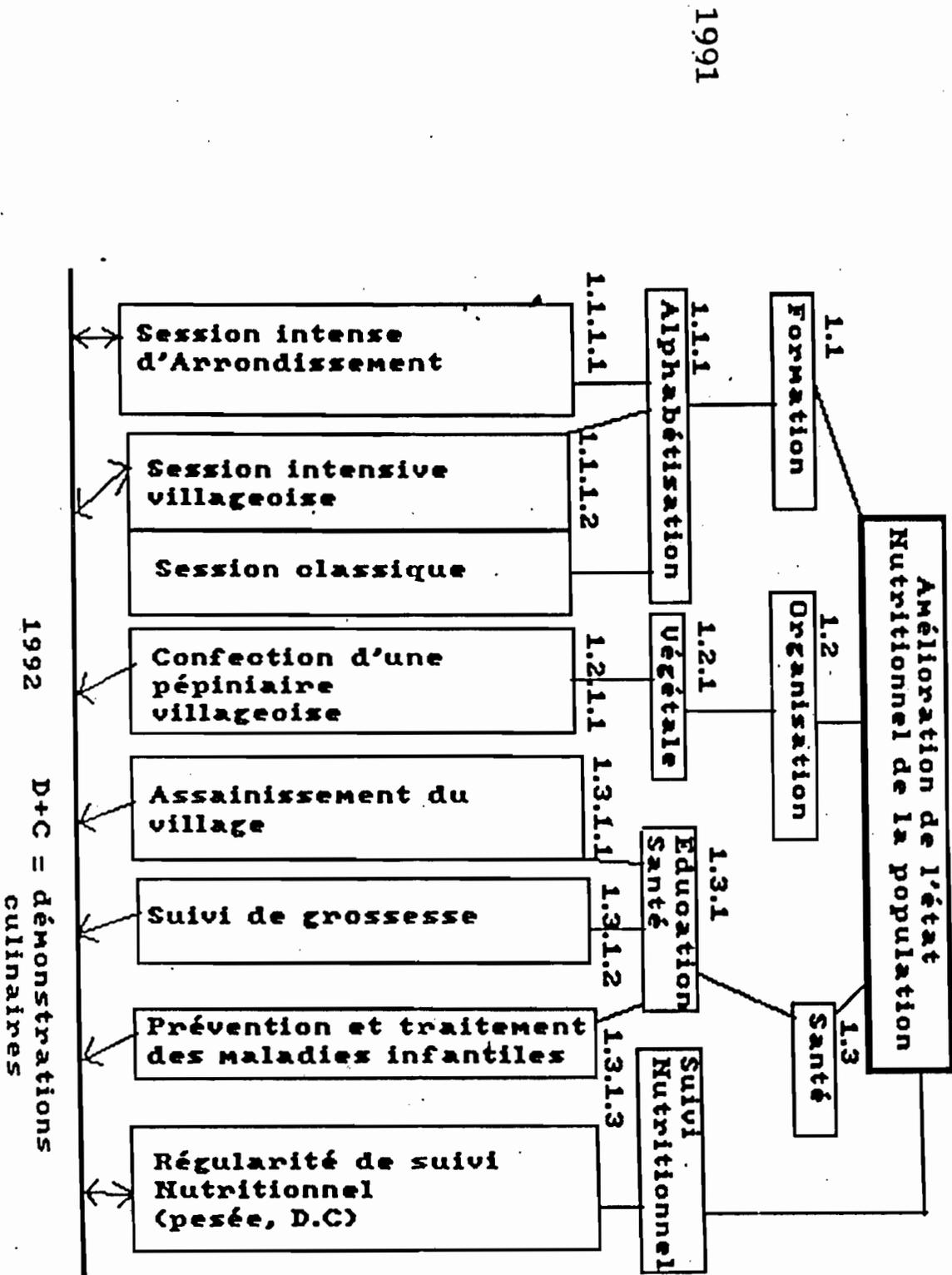
NOMBRE DES ENFANTS PESÉS: عدد الأطفال الذين تم وزنهم

NOMBRE TOTAL DES ENFANTS: عدد الأطفال الكلي

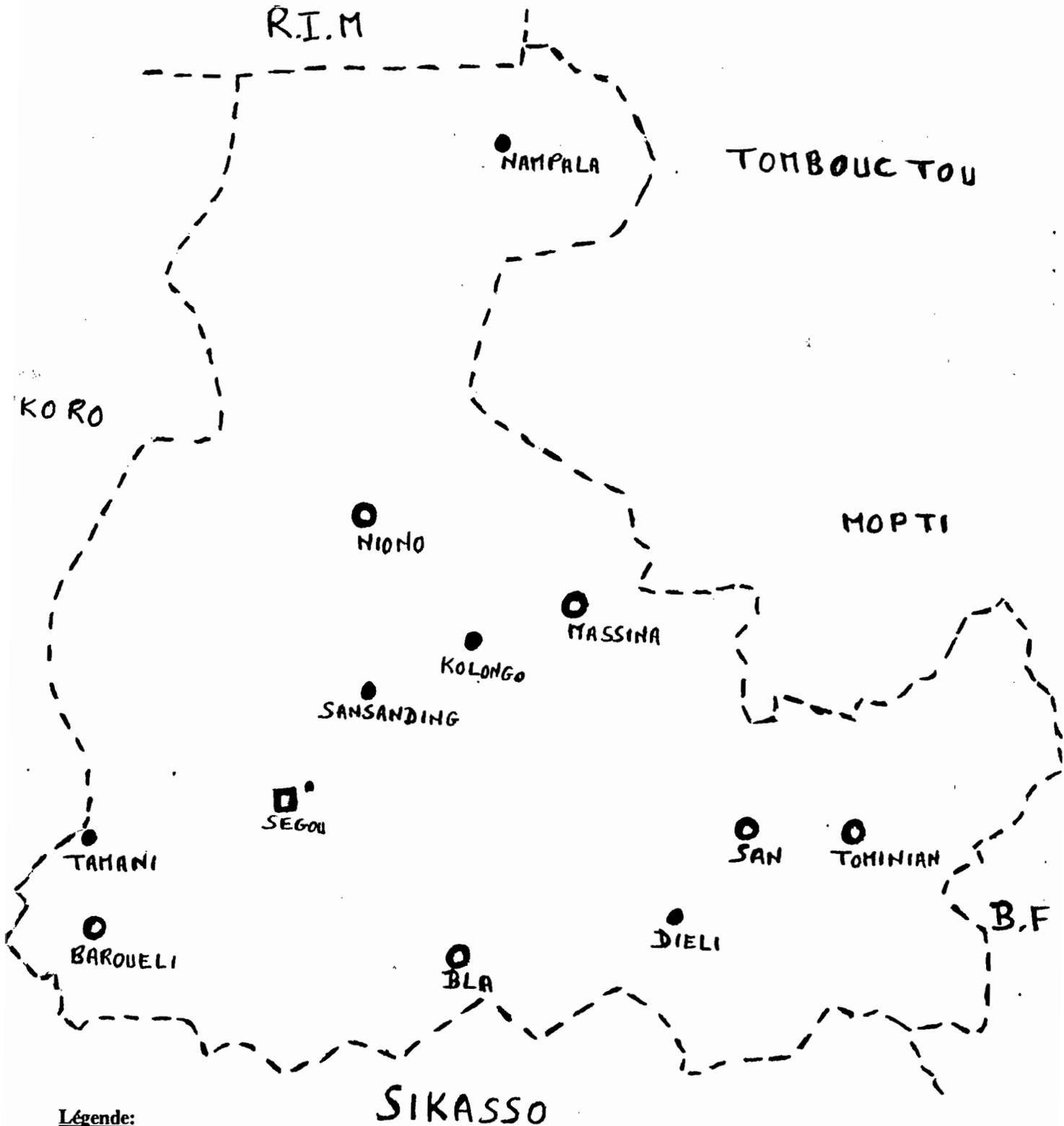
1	14-15
2	13-13
3	12-12
4	11-11
5	10-10
6	9-9
7	8-8
8	7-7
9	6-6
10	5-5
11	4-4
12	3-3
13	2-2
14	1-1
15	0-0
16	0-0
17	0-0
18	0-0
19	0-0
20	0-0

Comité local de développement

De sansandring: Arbre des objectifs de l'année 1990-92.



Carte de la région de Ségou



Légende:

- Chef lieu de région
- Chef lieu de cercle
- Chef lieu d'arrondissement
- Limite de la région

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

Nom: **THIERO**
Prénom: **Fatoumata**

Titre de la Thèse: Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle à Base Communautaire, Expérience du PCAN à Ségou.

Année Universitaire: 1991 - 1992.

Ville de soutenance: Bamako.

Pays d'origine: Mali.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Secteur d'intérêt: Santé Publique

Resumé:

Nous avons mené d'Octobre 1990 à Septembre 1991 une étude qualitative qui consiste en une évaluation externe du PCAN à travers l'activité de la SAN dans la région de Ségou. Nous avons constaté qu'il existe un manque d'intégration de la SAN au programme des Comités Locaux de Développement. Sinon toutes les conditions sont réunies pour la réussite de l'activité de la SAN.

Mots clés: SAN, PCAN, Ségou (Mali)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'apoplexie et méprisé de mes confrères si j'y manque.