

Identification des indicateurs de la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie

Bricas N., Mokni R.

in

Sahar A.Y. (ed.), Le Bihan G. (coord.).

L'approche causale appliquée à la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie

Montpellier : CIHEAM

Options Méditerranéennes : Série B. Etudes et Recherches; n. 41

2002

pages 137-148

Article available on line / Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://om.ciheam.org/article.php?IDPDF=3400049>

To cite this article / Pour citer cet article

Bricas N., Mokni R. **Identification des indicateurs de la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie.** In : Sahar A.Y. (ed.), Le Bihan G. (coord.). *L'approche causale appliquée à la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie.* Montpellier : CIHEAM, 2002. p. 137-148 (Options Méditerranéennes : Série B. Etudes et Recherches; n. 41)



<http://www.ciheam.org/>
<http://om.ciheam.org/>

Identification des indicateurs de la surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie

Nicolas Bricas*

Ridha Mokni**

Geneviève Le Bihan***

* Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement, CIRAD, Programme Agro-alimentaire, Montpellier (France)

** Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire, INNTA, Tunis (Tunisie)

*** CIHEAM-Institut Agronomique Méditerranéen de Montpellier, Montpellier (France)

Résumé. A partir des modèles causaux élaborés pour le retard de croissance des enfants, l'anémie et l'obésité en Tunisie, une sélection de déterminants probables a d'abord été faite sur la base de leur importance dans les chaînes causales et de leur évolutivité. Pour chacun des déterminants des indicateurs ont ensuite été identifiés, quantitatifs ou qualitatifs, souhaitables à rassembler pour suivre l'évolution des pathologies concernées et de leurs causes. Ces indicateurs ont enfin été caractérisés du point de vue de leur disponibilité, de leur fréquence et de leur niveau d'agrégation spatiale. La liste d'indicateurs présentée dans cet article est encore provisoire. Si de nombreux indicateurs sont disponibles en Tunisie mais n'ont pas encore été mis en relation, d'autres sont en revanche inexistantes et leur mise à disposition demande un travail d'enquêtes spécifiques. L'importance de certains déterminants est encore hypothétique et leurs indicateurs ont été sélectionnés dans une perspective de recherche. Les indicateurs sélectionnés ont peu été discutés jusqu'ici avec des utilisateurs potentiels. La mise en place d'une base de données sur Internet et d'une surveillance pilote à l'échelle d'un ou deux gouvernorats leur fournira de premières informations qui leurs permettront de réagir et de réajuster le dispositif de surveillance en fonction de leurs besoins.

Mots clés. Surveillance nutritionnelle – Indicateur – Anémie – Retard de croissance – Obésité – Tunisie

Abstract. The causal models elaborated during the different workshops were used to identify indicators for the determinants that were considered most important in the causal chain and that could give an appreciation on the change over time of the studied phenomenon. Indicators were identified for the models on anaemia, stunting in children and obesity. The indicators could be quantitative or qualitative. For each of them availability was analysed, frequency of reporting and level of aggregation were identified. The list of indicators presented in this paper is provisional. Although many indicators are available in Tunisia they have never been linked so far. How useful some of them are will become clear with their use. Other indicators are new, their use hypothetical and have to be collected. The selected indicators were also not discussed with potential users. A database of indicators on a pilot study areas (gouvernorat) will be made available on a purposefully designed website on nutritional surveillance. This should supply potential users with information that will allow them to react and readjust the surveillance system according to their needs.

Key Words. Nutritional surveillance – Indicator – Anaemia – Stunting – Obesity – Tunisia

ملخص

يحتوي النموذج السببي أداة عمل مستعملة جدا في تحليل و تقييم و تخطيط أعمال التنمية. لكن إلى حد الآن، تم استغلالها قليلا في المراقبة الغذائية. و يتمثل النموذج السببي في تصور سهل للعوامل السببية التي تفضي للحالة التي نأمل مراقبتها. لقد تم بناء النموذج بطريقة مشاركة في ورشة فيها كل المساهمين في البرنامج المستقبلي للمراقبة. التمارين حول النماذج السببية التي صيغت في تونس حظيت بظروف مشجعة. مما ساهم في اختيار مؤشرات برنامج المراقبة مع اقتراح مناهج جديدة هامة، خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة غير السارية مثل السمنة.

الكلمات المفتاحية: نموذج سببي - مراقبة غذائية - سمنة - تونس.

I - Introduction

En 1992, en faisant de la surveillance nutritionnelle une des neuf stratégies du plan mondial d'action pour la nutrition, la Conférence Internationale sur la Nutrition affirmait l'importance « de disposer d'informations concernant la nutrition afin de choisir et mettre en œuvre des politiques et des programmes qui améliorent réellement le bien-être nutritionnel » (FAO/OMS, 1992). Si les domaines d'application de la surveillance nutritionnelle concernent bien la planification et programmation de politiques et de stratégies destinées à améliorer l'état nutritionnel ainsi que l'évaluation de programmes et de projets, d'autres tâches sont tout aussi essentielles : il s'agit de la sensibilisation et mobilisation de l'opinion publique et des décideurs mais également de l'étude de la causalité complexe des problèmes nutritionnels et alimentaires (Maire et al., 1999).

Pour cela, il va donc être nécessaire de disposer d'instruments pertinents aptes à décrire la situation, à la positionner en termes d'objectifs de changement ou de résultats obtenus par rapport à une situation de référence. Ces instruments de mesure sont les indicateurs, c'est-à-dire des variables (ou combinaison de variables) qui doivent rendre compte de façon synthétique de l'information recherchée, et être facilement comprises et interprétées de la même façon par tous les utilisateurs (Maire et al., 1997).

La surveillance alimentaire et nutritionnelle ne se limite pas à suivre l'évolution des situations nutritionnelles mais elle doit permettre de fournir des informations sur leurs déterminants. Les indicateurs de ces situations et de leurs déterminants étant très nombreux et variés, il n'est bien sûr pas possible de les suivre tous. Il est donc nécessaire de soigneusement les sélectionner. C'est notamment à cette fin qu'ont été élaborés les modèles causaux sur les principales pathologies nutritionnelles en Tunisie : retard de croissance de l'enfant (El Ati et al., 2002), anémie (Ben Rayana et al., 2002) et obésité (Beltaifa et al., 2002). L'objectif était de fournir un cadre conceptuel consensuel issu d'un groupe pluridisciplinaire, sur les déterminants de ces pathologies. En mettant en relation ces déterminants au sein de chaînes causales, ces modèles constituent une base de travail pour sélectionner les indicateurs (Beghin, 2002).

La surveillance nutritionnelle : définition pour une approche opérationnelle et durable

« La surveillance nutritionnelle est un processus continu consistant à rassembler (et le cas échéant, à collecter) des données très soigneusement choisies sur l'état nutritionnel d'une population et sur les principaux déterminants de cet état, à transformer ces données en information pertinente et de bonne qualité, pour les besoins d'utilisateurs clairement identifiés, et à fournir cette information aux utilisateurs sous une forme acceptable, dans des délais brefs et à un coût abordable ».

Source : Maire et al., 1999.

II - Méthodologie

Pour chacun des modèles causaux, un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant généralement une partie des membres du groupe ayant élaboré le modèle a procédé tout d'abord à l'identification des indicateurs puis à leur sélection pour les activités de surveillance. Pour ce faire, chaque déterminant a été évalué selon deux critères : son importance dans les chaînes causales et son évolutivité. En général, un déterminant se décompose en plusieurs causes ou facteurs associés au phénomène concerné. La discussion porte alors, pour un étage donné, sur l'importance relative de ces causes ou facteurs dans l'explication du phénomène étudié. Les relations de ces causes ou de ces facteurs avec le phénomène ne sont pas forcément prouvées dans le pays mais peuvent être hypothétiques, basées alors sur des résultats de la littérature scientifique ou sur une présomption de causalité argumentée. Cette discussion conduit généralement à ne sélectionner que les déterminants jugés collectivement comme les plus

importants. Chaque déterminant est ensuite évalué du point de vue de son évolutivité, autrement dit de son changement probable au cours du temps. Ainsi par exemple, l'âge peut être considéré comme un facteur important de l'obésité mais si l'on fait l'hypothèse raisonnable que l'âge moyen et la pyramide d'âge de la population ne se modifie pas sur une échelle d'une ou deux décennies, ce déterminant est considéré peu évolutif.

D'un point de vue pratique, le résultat de cette discussion prend la forme d'un graphique où chaque déterminant est positionné selon deux axes : en abscisse l'importance dans les chaînes causales, en ordonnée l'évolutivité. La sélection des déterminants pour lesquels un (ou des) indicateur(s) sera recherché se fait alors en conservant ceux du cadran nord-est du graphique, autrement dit les plus essentiels sur le plan de leur causalité et les plus évolutifs.

Les indicateurs ainsi identifiés ne sont pas forcément quantitatifs ; ils peuvent être qualitatifs, exprimant un événement ou le résultat d'un travail de recherche par exemple sur les représentations ou les perceptions. Il est important de noter ici que, dans un premier temps, il n'a pas été question de savoir si l'indicateur était disponible ou non, l'objectif étant d'identifier, en théorie, les indicateurs pertinents pour chaque déterminant. Cette identification a donc été faite surtout sur la base des qualités intrinsèques des indicateurs : validité, objectivité et sensibilité au changement.

Les indicateurs ainsi sélectionnés sont ensuite analysés selon trois caractéristiques :

- Leur disponibilité : les données correspondantes sont elles disponibles et qui les fournit ? A défaut, quelle type de travaux devrait être mené pour les obtenir et à quel coût ?
- Leur fréquence : à quelle périodicité apparaît-il nécessaire d'obtenir l'indicateur ?
- Leur niveau de désagrégation : l'indicateur au niveau national suffit-il ou est-il nécessaire de l'obtenir à une échelle plus fine (exemple : rural/urbain, région, gouvernorat, groupe de population) ?

Les résultats présentés ici constituent une première compilation des trois listes d'indicateurs sélectionnés pour la surveillance de chacune des pathologies étudiées : retard de croissance, obésité et anémie. Etant donné que l'on retrouve dans chacun des modèles causaux, certains sous-modèles identiques, quelques indicateurs sont donc communs. Aussi, la liste présentée ici s'organise selon les types d'indicateurs et non selon les pathologies. Pour chacun des indicateurs, sont mentionnées les pathologies concernées.

III - Résultats (pages suivantes)

Indicateurs de l'état nutritionnel

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Etat du retard de croissance						
Prévalence du retard de croissance en taille (indice taille-âge <-2 z) pour les enfants en première année de scolarité	DMSU	Annuelle	Gouvernorat	X		
Prévalence du retard de croissance en taille pour les enfants d'âge préscolaire	DSSB	Annuelle	Gouvernorat	X		
Etat de l'anémie						
Prévalence d'anémie (taux d'hémoglobine en g/l < seuil, fonction de l'âge et du sexe)	Non disponible. Enquêtes ponctuelles à mener sur échantillons de populations à risque (femmes enceintes et enfants de 6 mois à 3 ans)	Souhaitée tous les 5 ans	Région et gouvernorat	X (femme)	X	
Etat de l'obésité						
Distribution de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et en particulier prévalence d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X

Indicateurs de consommation alimentaire

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Apports nutritionnels						
Moyenne de l'apport énergétique journalier par habitant	INS/ENBCNVM 1	5 ans	Région	X		X
Moyenne de l'apport protéique journalier par habitant	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X	X	X
Moyenne de l'apport glucidique journalier par habitant	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X		X
Moyenne de l'apport lipidique journalier par habitant	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X		X
Moyenne de l'apport journalier en fer par habitant	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X	X	
Moyenne de l'apport journalier en vitamine C par habitant	INS/ENBCNVM	5 ans	Région		X	
Moyenne des % d'énergie d'origine protéique, glucidique, lipidique	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X		X
Moyenne du % de protéines d'origine animale	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X	X	
Distribution des ménages selon leur % de couverture des besoins en énergie (quotient de l'apport observé et l'apport recommandé en fonction de la composition du ménage).	à calculer sur la base des données de l'INS/ENBCNVM					X

Consommation d'aliments énergétiquement denses

Moyenne de la consommation/pers/an d'huile, de beurre et boissons sucrées	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X
---	-------------	-------	--------	--	--	---

Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer

Moyenne de la consommation/pers/an de viande poisson, légumineuses	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X
Moyenne de la consommation/pers/an de produits enrichis en fer	INS/ENBCNVM à inclure à partir de 2005	5 ans	Région			X

Consommation d'aliments ou de produits influençant l'absorption du fer

Moyenne de la consommation/pers/an d'aliments riches en vitamine C	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X
Moyenne de la consommation/pers/an de thé et de café	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X

Consommation d'aliments protecteurs

Moyenne de la consommation/pers/an de fruits et légumes	INS/ENBCNVM	5 ans	Région	X		X
---	-------------	-------	--------	---	--	---

Indicateurs de pratiques alimentaires

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
------------------------	------------------------------	-------------	-------------------------	----------------	--------	---------

Consommation hors domicile

Moyenne du % de la dépense alimentaire par ménage consacrée à l'alimentation hors domicile	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X
--	-------------	-------	--------	--	--	---

Géophagie

Prévalence de la géophagie	Non disponible. Enquête à mener (femmes, enfants)	A préciser	A préciser		X	
----------------------------	---	------------	------------	--	---	--

Alimentation des nourrissons

Prévalence de l'allaitement et/ou l'alimentation de complément	Disponibilité à vérifier	A préciser	A préciser	X		
--	--------------------------	------------	------------	---	--	--

Diversité et variété alimentaire

Distribution d'un indice de diversité et variété alimentaire des régimes	Non disponible	A préciser	A préciser	X	X	X
--	----------------	------------	------------	---	---	---

Indicateurs de l'offre alimentaire

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Prix des aliments						
Indice des prix des aliments riches en fer, des aliments riches en Vit. C, du thé et du café	INS	Annuelle	National + Tunis		X	
Indice des prix des aliments énergétiquement denses	INS	Annuelle	National + Tunis			X
Publicité et informations médiatiques						
Nombre de messages publicitaires consacrés à la promotion d'aliments énergétiquement denses et % /nombre total de publicités alimentaires	Non disponible	Annuelle	National			X
Image du corps et modèles comportementaux véhiculés par les feuillets télévisés	Non disponible	Annuelle	National			X
Alimentation hors domicile						
Nombre de restaurants simplifiés et de pâtisserie par habitant	INS/Répertoire des entreprises	Annuelle	Grandes villes			X

Indicateurs socio-économiques des ménages

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Niveau de vie						
Moyenne des dépenses totales/pers/an	INS/ENBCNVM	5ans	Région	X	X	X
Moyenne des dépenses alimentaires/pers/an	INS/ENBCNVM	5ans	Région	X	X	X
Rapport entre la moyenne des dépenses alimentaires et le prix d'un panier d'aliments	A calculer à partir des données INS/ENBCNVM et des données de prix	5 ans	National + Tunis	X	X	X
Autres						
Taille moyenne des ménages	INS/ENBCNVM	5ans	Région	X		X
Nombre moyen de voitures par ménage	INS/ENBCNVM	5 ans	Région			X
Fréquence de l'activité professionnelle hors domicile (femmes)	INS/Enquête emplois	5 ans	Région		X	

Indicateurs d'activité physique

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Indicateurs issus du questionnaire OMS						
Indicateurs de " WHO STEPwise Approach " (Bonita, 2001)	Non disponible. L'INSP teste une version intermédiaire du questionnaire OMS dans l'Ariana. En fonction du résultat, un questionnaire adapté au contexte tunisien pourrait être intégré aux prochaines enquêtes ENBCNVM de l'INS	5 ans	Région			X
Activité physique selon profession						
Répartition population active selon typologie de profession établie en fonction de l'intensité d'activité physique	A calculer à partir de données INS/Nature des emplois et à valider avec résultats enquête avec méthode OMS	5 ans	Région			X
Éléments favorisant les dépenses énergétiques						
Nombre d'infrastructures sportives (y compris parcours de santé) par habitant	Non disponible. Cf. Ministère Sport	A préciser	Grandes villes			X
Moyenne du temps de transport, et fréquence des différents moyens de transport pour le trajet domicile/lieu de travail	Non disponible (à inclure dans questionnaire activité physique)	5 ans	Région			X

Indicateurs de connaissances, de perceptions et d'attitudes

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Connaissances des causes des maladies liées à l'alimentation						
A préciser	Non disponible. Indicateurs à préciser à partir d'études pilotes psycho-sociologiques	A préciser	A préciser	X	X	X
Programmes d'éducation nutritionnelle						
Intensité des programmes (fréquence, durée, couverture)	Non disponible. Indicateurs à préciser à partir d'études d'évaluation des programmes existants et futurs	A préciser	A préciser	X	X	X
Événements pouvant modifier les représentations et pratiques						
Nature, date et durée de crises alimentaires, de campagnes médiatiques pouvant affecter les représentations et pratiques alimentaires	Non disponible		National ou local	X	X	X

Indicateurs d'état de santé et de facteurs de prédispositions

Nature de l'indicateur	Disponibilité et fournisseur	Périodicité	Niveau de désagrégation	Retard croiss.	Anémie	Obésité
Etat des mères et femmes enceintes						
Prévalence de maigreur (IMC<18,5 kg/m ²) chez les femmes en âge de procréer	INS/ENBCNVM	5 ans	Régional	X		
Prévalence de prématurité (âge gestationnel < 36 semaines)	Non disponible	A préciser	A préciser	X		
Prévalence de taux d'iode urinaire < 10 mcg/dl chez les mères	Disponible seulement pour enfants scolarisés (DSSB). Etendre aux femmes en âge de procréer	Annuelle	Gouvernorat	X		
Prévalence de couverture des besoins en énergie et protéines < 80 % (chez les femmes enceintes)	Non disponible. Enquête à réaliser	A préciser	A préciser	X		
Etat de santé des enfants						
Prévalence de petits poids de naissance (< 2500g) parmi les enfants nés vivants	DSSB et cliniques privées	6 mois	Gouvernorat	X		
Distribution de l'indice poids-taille chez les enfants de 12 à 17 mois	A obtenir auprès échantillon centres de santé de base ou pédiatres privés	A préciser	A préciser			X
Distribution de l'indice poids-taille parmi les enfants âgés de 6 ans	A obtenir auprès de la médecine scolaire	Annuelle	A préciser			X
Distribution de l'IMC pour les enfants âgés de 15 ans	A obtenir auprès des services de médecine scolaires (dans les collèges)	Annuelle	A préciser			X
Proportion d'enfants ayant eu une primo-vaccination	DMSU (données trimestrielles)	Annuelle	Gouvernorat	X		
Proportion d'enfants ayant eu au moins un épisode diarrhéique durant les 15 derniers jours	DSSB (données mensuelles)	Annuelle	Gouvernorat	X		
Proportion d'enfants ayant eu au moins un épisode d'infection respiratoire durant les 15 derniers jours	DSSB (Données mensuelles)	Annuelle	Gouvernorat	X		
Evénements de la vie génitale						
Age moyen au mariage des femmes et des hommes	A identifier	5 ans	A préciser			X
Moyenne d'un indice de parité (nombre d'accouchements par femme)	Reflété par Indice Synthétique de Fécondité (ISF) calculé par INS à partir des données de l'état civil	Annuelle	Région	X	X	X
Parasitoses						
Proportion de sujets parasités selon nature du parasite	Non disponible. Enquête à mener	A préciser	A préciser	X	X	

Fréquentation des systèmes de santé

Nombre de consultations médicales par habitant et par an	A identifier	Annuelle	A préciser	X	
Nombre moyen de consultations prénatales par grossesse	INS à partir des données du Min. Santé Publique	Annuelle	Gouvernorat	X	
Proportion de femmes bénéficiant de programmes de supplémentation en fer	Non disponible. Enquête à mener	Annuelle	A préciser	X	X

Hygiène du milieu

Indicateur à préciser	Commissariats régionaux de l'environnement, DHMPE	A préciser	Régions	X	
-----------------------	---	------------	---------	---	--

Abréviations utilisées : DMSU : Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire ; DSSB : Direction des Soins de Santé de Base ; INS : Institut National de la Statistique ; ENBCNVM : Enquête Budget Consommation et Niveau de Vie des Ménages ; INSP : Institut National de Santé Publique ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé ; DHMPE : Direction d'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement.

1. Bien que les indicateurs soient exprimés /jour/pers, les quantités sont estimées au niveau du ménage.

IV - Discussion

La liste d'indicateurs présentée précédemment doit être considérée comme provisoire. Elle ne reflète que l'état des connaissances et les sensibilités des membres des groupes qui ont sélectionné ces indicateurs. Cet exercice a été réalisé dans la perspective de la surveillance alimentaire et nutritionnelle, autrement dit pour suivre l'évolution de certaines pathologies et de leurs causes. Mais dans la mesure où les connaissances sur les déterminants de ces pathologies sont incomplètes en Tunisie, certains indicateurs ont été retenus afin de pouvoir vérifier leur influence réelle sur les situations nutritionnelles observées dans le cadre de travaux de recherche. La liste des indicateurs n'est donc pas définitive et devra donc être actualisée en fonction de l'amélioration des connaissances acquises à l'issue de ces recherches.

Un premier constat peut être fait en observant les indicateurs choisis. Un grand nombre d'entre eux sont déjà disponibles en Tunisie, notamment grâce au dispositif de recueil régulier de données sur la consommation alimentaire et les conditions de vie des ménages. La réalisation d'une enquête nationale sur ces thèmes par l'Institut National de la Statistique tunisien tous les cinq ans constitue une ressource suffisamment rare dans un pays en développement pour être soulignée. Si de nombreuses données sont donc disponibles, elles n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'analyses les prenant toutes en considération afin de comprendre les déterminants des situations alimentaires et nutritionnelles. Leur intégration dans une base de données commune permettra d'une part à la recherche de conforter nombre de chaînes causales identifiées dans les modèles. D'autre part, la production de données sur les ménages, en routine tous les cinq ans, permettra de limiter le coût de la mise en place d'une surveillance alimentaire et nutritionnelle.

L'obtention de certains indicateurs actuellement non disponibles mais jugés très pertinents pour la surveillance rendra cependant nécessaire, soit la réalisation d'enquêtes spécifiques, soit l'élargissement du recueil de données à de nouveaux thèmes ou à des groupes de populations particuliers dans le cadre des enquêtes ou des mesures réalisées en routine par diverses institutions. La mise en place d'une coopération inter-institutionnelle pour la surveillance en Tunisie est de ce point de vue un acquis important qui permet de valoriser au maximum les dispositifs de suivi existants avant d'envisager des enquêtes spécifiques.

Sur la base d'un bilan critique des expériences passées, il a été montré que l'un des critères de réussite des programmes de surveillance est la prise en compte des attentes et besoins des utilisateurs de l'information sur la situation nutritionnelle, ses causes et son évolution (Maire et al., 1999). Il ne suffit donc pas de sélectionner rigoureusement des indicateurs pertinents pour les seuls spécialistes de la question. Encore faut-il s'assurer que ces indicateurs feront sens et auront une utilité opérationnelle pour les acteurs utilisateurs de l'information : pouvoirs publics, entreprises, ONG, médias, etc. dans divers secteurs concernés par l'alimentation, la santé et la nutrition. Ainsi, le choix d'un niveau de désagrégation d'un indicateur dépend étroitement de l'échelle spatiale d'intervention des acteurs. Des indicateurs nationaux risquent par exemple d'être de peu d'utilité pour une collectivité locale.

En Tunisie, une enquête auprès des utilisateurs actuels et potentiels d'information nutritionnelle a été réalisée en ce sens en préalable de l'élaboration des modèles causaux. Cette enquête a été confrontée à une difficulté majeure : l'impossibilité, pour la plupart des acteurs, de définir précisément leurs besoins en information. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette difficulté : en premier lieu, peu d'acteurs des institutions indirectement concernées par la nutrition (par exemple : jeunesse et sport, culture, agriculture) ont une idée précise de leur implication de fait dans la situation nutritionnelle. Ils se sentent peu concernés et ne peuvent donc manifester de souhaits précis sur l'information dont ils auraient besoin. C'est ce qui a conduit l'équipe tunisienne en charge de la surveillance à conclure que la priorité devait être de sensibiliser les acteurs concernés à leur rôle important dans l'alimentation et la nutrition au travers d'actions de plaidoyer. En second lieu, aucune surveillance nutritionnelle se traduisant par une fourniture régulière d'informations n'est actuellement organisée en Tunisie. Nombre d'utilisateurs potentiels éprouvent par conséquent une difficulté à définir leurs besoins, n'ayant pas de références sur lesquelles

s'appuyer. Ne sachant pas quelles formes concrètes pourraient prendre les résultats d'une surveillance, ils ne peuvent préciser ce qui leur conviendrait dans les informations disparates auxquelles ils ont accès. Enfin, il apparaît que l'on ne puisse pas faire l'hypothèse que les choix des utilisateurs en matière de politiques ou d'interventions soient basés sur une analyse objective d'une information complète. Autrement dit, on ne peut considérer que les acteurs sont dotés d'une forme de rationalité qui leur permette d'exprimer clairement le type d'information dont ils ont besoin pour prendre leurs décisions, ce qui, en théorie économique appliquée à des agents économiques, s'appelle une rationalité substantielle. La réalité des comportements des acteurs est bien souvent très éloignée de ce modèle de rationalité. Les acteurs ont d'une part un accès limité à l'information et n'ont d'autre part pas forcément les moyens de l'analyser pour en tirer des choix. C'est pour tenir compte de ces pratiques que d'autres modèles de rationalité, comme la rationalité limitée ou la rationalité procédurale ont été mis en avant par les spécialistes des comportements des acteurs (Simon, 1976). Avec de tels modèles de rationalité, il est alors nécessaire de comprendre comment les acteurs font leurs choix, sur la base de quelle information et avec quelle procédure, d'obtention, d'analyse et de décision. Une enquête initiale sur les besoins d'information des utilisateurs est donc loin de suffire pour prendre en compte leurs attentes. C'est plutôt à un travail continu d'analyse de leurs pratiques et de compréhension de leurs contraintes, que de tels modèles invitent.

La conséquence de ce constat est qu'il faut sans doute initier une fourniture d'information au travers du lancement de l'activité de surveillance, même si la sélection des indicateurs n'a pas complètement tenu compte des besoins spécifiques d'information des utilisateurs. Mais le démarrage de cette diffusion d'informations doit alors s'accompagner d'un dialogue permanent avec ses utilisateurs afin d'adapter l'offre à la demande en fonction de la façon dont évolueront leurs comportements vis-à-vis des questions nutritionnelles, en particulier pour ceux qui se sentent peu concernés, bien qu'ils le soient en théorie.

V - Conclusion

Même si le travail présenté ici ne constitue qu'une étape dans la mise en place de la surveillance alimentaire et nutritionnelle, il représente néanmoins une base de travail opérationnelle à court terme. En effet, dans le cadre du projet de surveillance, les équipes tunisiennes et européennes ont décidé d'une part de constituer une base de données accessible par internet sur les situations alimentaires et nutritionnelles ainsi que sur leurs déterminants. Cette base concernera dans un premier temps le retard de croissance, l'anémie et l'obésité. D'autre part, ces équipes entreprennent la mise en œuvre d'une activité pilote de surveillance dans le gouvernorat de Tozeur qui portera sur le suivi du retard de croissance des enfants et de l'anémie, ainsi que de leurs déterminants. La présente sélection des indicateurs servira de base de travail pour ces deux opérations.

Remerciements

Cet article synthétise les travaux de plusieurs groupes de travail constitués pour la sélection des indicateurs auxquels ont participé : S. Gaigi, J. El Ati, C. Ben Rayana, R. Mokni, L. Beltaifa, et T. Gharbi (INNNTA), H. Ben Rhomdane, N. Ben Ayala et H. Skhiri (INSP), A. Oueslati (INS), R. Khaldi (INRAT), F. Ben Youssef (DSSB) M. Padilla, G. Le Bihan et B. Oberti (CIHEAM-IAMM), F. Delpuech, B. Maire (IRD), N. Bricas (CIRAD), P. Kolsteren et P. Lefevre (IMT). Les auteurs tiennent à remercier B. Maire, P. Kolsteren et C. Ben Rayana pour leur relecture critique de cet article.

Références

- Beghin I. (2002).** Le modèle causal dans la surveillance nutritionnelle. In: *Options méditerranéennes*, série B, n°41, pp. 29-38.
- Ben Rayana C., Kolsteren P., Lefèvre P., Gharbi T., Khosrof-Ben Jaafar S., Beghin I. (2002).** Le modèle causal de l'anémie en Tunisie. In: *Options méditerranéennes*, série B, n°41, pp. 41-49.
- Bonita R., de Courten M., Dwyer T., Jamrosik K., Winkelmann R. (2001).** Surveillance of risks factors for non communicable diseases : The WHO STEPSwise approach. Geneva, World Health Organization, 121 p.
- El Ati J., Alouane L., Mokni R, Béji C., Hsaïri M., Oueslati A., Maire B. (2002).** Le retard de croissance chez les enfants tuni-

siens d'âge préscolaire. Analyse des causes probables et interprétation de son évolution au cours des 25 dernières années. In: *Options méditerranéennes*, série B, n°41, pp. 51-70.

FAO-OMS (1992). *Conférence internationale sur la nutrition : les grands enjeux des stratégies nutritionnelles - Evaluation, analyse et surveillance nutritionnelle.* (Document thématique n°7). Rome : FAO-OMS, 62 p.

Beltaifa L., Ben Alaya N., Gaïgi S., Delpeuch F. (2002). Le modèle causal de l'obésité en Tunisie. In: *Options Méditerranéennes*, série B, n°41, pp. 71-93.

Maire B., Beghin I., Delpeuch F., Kolsteren P., Remaut de Winter AM. (1999). *La surveillance nutritionnelle : une approche opérationnelle et durable.* Studies in Health Services organisation and Policy 13, IGP press, Anvers, 83 p.

Maire B., Delpeuch F., Dhur A. (1997). *Les indicateurs de suivi et d'évaluation des plans nationaux d'action pour la nutrition.* Rapport d'expertise. Rome-Montpellier, FAO -ORSTOM, 62 p.

Simon H.A. (1976). From substantive to procedural rationality. In : *Latsis S ed. Methods and appraisal in economics.* Cambridge, Cambridge University Press, pp. 129-148.