

République de Côte d'Ivoire

Union - Discipline – Travail



**Plan National Multisectoriel de Nutrition
2016 – 2020**

11 mai 2016

Table des matières

Sigles et abréviations	i
Avant-propos	iv
Remerciements	5
I. Contexte de la Côte d'Ivoire	6
II. Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire.....	8
2.1 Situation de la malnutrition en Côte d'Ivoire	9
2.2.	L
Les causes de la malnutrition en Côte d'Ivoire.....	12
2.3.	A
Analyse du dispositif national de lutte contre la malnutrition.....	14
2.4.	D
Défis pour l'intensification des actions en faveur de la nutrition.....	16
III. Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition 2016 – 2020	18
3.1. Logique d'intervention	19
3.2. BUT	21
3.3. Objectifs Globaux.....	21
Objectifs Spécifiques	21
3.4. Orientations stratégiques	22
3.4.4 Résultat Stratégique 4 : La sécurité sanitaire des aliments est renforcée.....	27
3.4.5. Résultat Stratégique 5: la résilience des ménages aux crises alimentaires et nutritionnelles est renforcée.....	29
3.4.6 Résultat Stratégique 6 : l'hygiène et l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement sont améliorés	31
3.4.7 Résultat Stratégique 7 : un environnement favorable à la nutrition est créé et la gouvernance est renforcée	32
3.5. Cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation.....	35
3.5.1. Organes et structures de mise en œuvre.....	35
3.5.2. Suivi et évaluation du Plan	36

Sigles et abbreviations

AEN	: Actions Essentielles en Nutrition
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ANADER	: Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
ARSIP	: Alliance des Religieux contre le Sida et les autres Pandémies
ATPC	: Assainissement Total Piloté par la Communauté
CCN	: Comité Communal pour la Nutrition
CCR	: Cadre Commun des Résultats
CDN	: Comité Départemental pour la Nutrition
CICR	: Comité International de la Croix Rouge
CIN 1	Première Conférence Internationale de Nutrition
CIN2	: Deuxième Conférence Internationale de Nutrition
CNN	Conseil National pour la Nutrition
CNS	: Centre de Nutrition Supplémentaire
CRN	: Comité Régional pour la Nutrition
CT	: Comité Technique
DC-PNN	: Direction de Coordination du Programme National de Nutrition
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EASA	: Enquête Approfondie de la Sécurité Alimentaire
EDS	: Enquête Démographique de Santé
ENMCI	: Enquête Nutrition Mortalité en Côte d'Ivoire
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie des ménages
ESNAPOCI	: Enquête sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnels des Personnes vivant avec le VIH en Côte-d'Ivoire
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FFARN	: Foyer Fixe d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
IHAB	: Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IMC	: Indice de Masse Corporelle
MAG	: Malnutrition Aiguë Globale
MAM	: Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MCAPP	: Ministère du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MEMEASFP	: Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle
MEMIS	: Ministère d'État, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité

MENET	: Ministère l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique
MESRS	: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples)
MIE	: Ministère des Infrastructures Economiques
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue durée d'Action
MIM	: Ministère de l'Industrie et des Mines
MINAGRI	: Ministère de l'Agriculture
MINESUDD	: Ministère de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable
MIRAH	: Ministère des Ressources Animales et Halieutiques
MJDHLP	: Ministère de la Justice, des Droits de l'Homme et des Libertés Publiques
MSFFE	: Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MT	: Ministère du Transport
NCHS	: National Center for Health Statistics
OBF	: Organisations basées sur la foi
OEV	: Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du Vih
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONEP	: Office National de l'Eau Potable
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PIAVIH	: Personnes Infectées et Affectées par le VIH
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIPAF	Projet Ivoirien pour la Promotion des Aliments Fortifiés
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire
PNIA	: Programme National d'Investissement Agricole
PNMN	Pan National Multisectoriel de Nutrition
PNN	: Programme National de Nutrition
PSDEPA	: Plan Stratégique de Développement de l'Elevage, de la Pêche et de l'Aquaculture
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel de la Situation Sanitaire
RGPH	: Recensement General de la Population et de l'Habitat
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Suivi et évaluation standardisés des urgences et transitions)
SSU	: Santé Scolaire et Universitaire
STP	: Secrétariat Technique Permanent

SUN : *Scaling Up Nutrition* (Passage à Echelle de la Nutrition)
TDCI : Troubles Dus à la carence en Iode
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNT : Unité Nutritionnelle Thérapeutique
UNTA : Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Avant-propos

La malnutrition en Côte d'Ivoire, en particulier chez les enfants et les femmes, constitue un obstacle majeur au développement économique et social du pays pouvant compromettre la vision du Président de la République, Son Excellence Monsieur Alassane OUATTARA de « faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020 ».

Notre pays est confronté au double fardeau de la malnutrition marqué à la fois par la persistance de la sous-nutrition et l'accentuation de la surnutrition. En effet, la malnutrition limite non seulement le développement du capital humain, mais impose des coûts socio-économiques importants aux individus, aux communautés, et à l'Etat à cause de la prise en charge des maladies qu'elle engendre.

Le Gouvernement Ivoirien, sous la haute égide du Président de la République, a fait de la lutte contre la malnutrition une priorité nationale. Il reconnaît que seuls des efforts concertés et synergiques à travers plusieurs secteurs permettront de réduire rapidement et durablement ce fléau dans notre pays.

Par son adhésion au mouvement mondial Scaling Up Nutrition (SUN) en juin 2013 et par la création du Conseil National pour la Nutrition (CNN) en juillet 2014, sous la coordination du Premier Ministre, le Gouvernement renouvelle son engagement pour une bonne nutrition de sa population. Il ambitionne dans la nouvelle Politique de Nutrition, de « **garantir à l'ensemble de la population un statut nutritionnel optimal en vue d'améliorer son bien-être et soutenir durablement une croissance inclusive et le développement du pays** ». Ces engagements sont déclinés dans le Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition 2016-2020, partie intégrante du Plan National de Développement 2016-2020.

Ce plan propose un ensemble d'interventions et d'activités avec des objectifs stratégiques couvrant plusieurs secteurs. Il se veut le référentiel de l'action gouvernementale en matière de nutrition afin de réduire considérablement les problèmes de malnutrition d'ici à l'horizon 2020. Les interventions proposées par ce plan s'alignent sur les recommandations de la deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition de 2014 dont la Côte d'Ivoire est signataire de la déclaration finale.

Dans la mesure où la malnutrition est un problème multifactoriel et multisectoriel, il est impératif que tous les secteurs jouent leur rôle afin que nous atteignons les objectifs de ce plan. J'invite donc les responsables des départements en charge notamment de la santé, de l'agriculture, des ressources animales, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation, de la femme, de la recherche, de la protection sociale, de l'industrie et du commerce à soutenir ce plan dans sa mise en œuvre. J'appelle également la société civile, le secteur privé, les organisations non-gouvernementales, la communauté scientifique et les partenaires au développement à conjuguer leurs efforts avec ceux du gouvernement afin que tous ensemble nous contribuons à relever le défi d'une Côte d'Ivoire émergente à l'horizon 2020 avec une bonne nutrition de nos populations.

Le Premier Ministre, Ministre de l'Economie, des Finances et du Budget

Daniel Kablan Duncan

Remerciements

L'élaboration du Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016-2020 par le MSHP à travers le Programme National de Nutrition avec l'appui du Conseil National pour la Nutrition (CNN) est le résultat d'un processus élargi de consultations impliquant les départements Ministériels concernés, le secteur privé, la société civile, les partenaires techniques et financiers ainsi que le milieu académique et de la recherche.

L'élaboration de ce Plan a débuté par une analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire. Cette analyse a permis d'identifier les principaux problèmes de nutrition dans le pays et les obstacles à l'intensification des actions en faveur de la nutrition. Une note de Politique Nationale de Nutrition a été validée par le Comité Décisionnel présidé par le Premier Ministre le 08 Décembre 2014 suivi de son examen par le Gouvernement le 23 Décembre 2014. Les orientations issues ont permis la finalisation de la Politique de nutrition, du Plan et du Cadre Commun des Résultats (CCR) de nutrition.

Je salue l'approche participative et inclusive de toutes les parties prenantes, gage d'une appropriation de ce Plan et de succès dans sa mise en œuvre pour une nutrition saine en Côte d'Ivoire.

J'exprime ma gratitude à tous ces acteurs notamment aux directeurs de planification des différents ministères impliqués pour leur engagement et leur contribution hautement appréciables à la réalisation de ce plan. Ma gratitude va également à l'endroit des partenaires au développement pour leur soutien technique à travers les différents consultants mis à notre disposition.

J'adresse une mention spéciale au Point Focal du mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) pour sa détermination et sa constante sollicitude et à travers lui toutes les instances techniques du CNN.

Une nutrition adéquate est un droit pour nos populations et une condition essentielle pour le bien-être physique, mental, psycho-affective de l'enfant ivoirien ainsi que pour la qualité de vie de l'adulte.

« La faim et la malnutrition sont inacceptables dans un monde qui dispose à la fois des connaissances et ressources voulues pour mettre fin à cette catastrophe humaine¹ »

La Ministre de la Santé et de la l'Hygiène Publique
Dr Raymonde GOUDOU-COFFIE

¹ ICN1 1992

1- CONTEXTE GENERAL

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale, la Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322 462 km² et est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, au Nord par le Mali et le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique. Elle est subdivisée en deux grandes zones géographiques dont le Nord qui occupe près de 53% de la superficie du pays avec une végétation faite principalement de savane et un climat tropical de type Soudanien. La partie Sud du pays est couverte par la forêt avec un climat tropical humide. La pluviométrie annuelle varie entre 900 mm au Nord et 2300 mm au Sud et les températures sont généralement élevées, avoisinant en moyenne 30°C².

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, la population est de 22,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance annuel estimé à 2,6%. La population est également répartie entre zones rurales (50%) et urbaines (50%). Elle est composée de 52% d'hommes et 48% de femmes dont la moitié est en âge de procréer (49%). La structure par âge montre que 42% de la population a moins de 15 ans, 16% a moins de 5 ans et 4% a plus de 60 ans. La densité de la population est actuellement de 70,3 habitants par km² pour l'ensemble du territoire³.

La Côte d'Ivoire a un Produit Interieur Brut (PIB) par habitant d'environ 990 000 FCFA (1800 dollars US) en 2013, ce qui la classe par la Banque Mondiale parmi les pays à revenu moyen inférieur. Le secteur de l'agriculture représentait en 2012 près de 27% du PIB, le secteur de l'industrie 26% et les services près de 41%. Le secteur de l'agriculture, dominé par l'exportation des cultures de rente, en particulier le café et le cacao pour lesquels la Côte d'Ivoire occupe les premiers rangs au niveau mondial, représentait près de 53% des recettes d'exportation en 2012 et employait environ les deux-tiers de la force active du pays⁴.

Longtemps considérée comme un exemple de stabilité politique en Afrique, la Côte d'Ivoire a traversé une série de crises politiques et militaires au cours de la décennie 2000-2010. En effet, les déplacements massifs des populations, les difficultés de productions et d'accès aux denrées alimentaires, la destruction des infrastructures sociales de base, notamment sanitaires et le niveau élevé de pauvreté (48,9%)⁵ ont impacté négativement la situation nutritionnelle des populations et ont fortement contraint la réponse du Gouvernement aux problèmes de malnutrition.

Depuis 2011, la normalisation de la situation politique et le rebond économique offrent un contexte propice à l'amélioration de cette situation. De plus, l'adhésion de la Côte d'Ivoire en 2013 au mouvement « Scaling Up Nutrition » avec la création en 2014 du Conseil National pour la Nutrition présidé par son Excellence, Monsieur le Premier Ministre, marque une nouvelle dynamique pour une réponse multisectorielle, efficace et durable aux problèmes de malnutrition dans le pays.

Le présent document traduit la vision stratégique de la Côte d'Ivoire dans le domaine de la nutrition.

² Programme National de Développement, 2012-2015

³ RGPH, 2014

⁴ World Development Indicator, World Banque, 2014

⁵ Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages (ENV), 2008

2- Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire

2.1 Situation de la malnutrition en Côte d'Ivoire

2.1.1. La sous-nutrition

Le retard de croissance ou malnutrition chronique est la forme la plus répandue en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence du retard de croissance est jugée sérieuse au niveau national par rapport à un taux d'acceptabilité de 20%. De 34%⁶ en 2006 selon les normes NCHS, elle est passée à 29,8%⁷ en 2012 selon les normes OMS. Malgré une tendance à la baisse dans toutes les régions, les taux demeurent à la limite du seuil « critique » de 40% dans le grand Nord (Nord-Est, Nord, Nord-Ouest) et à l'Ouest.

La prévalence nationale de la malnutrition aigüe ou émaciation stagne depuis plus de dix ans aux alentours de 7%. Elle touche en 2012 7,5%⁸ des enfants de moins de 5 ans. Toutefois cette prévalence a été stabilisée en dessous du seuil d'alerte (10%) dans les régions d'urgence nutritionnelle du grand Nord. Cette situation demeure fragile et nécessite une surveillance accrue.

L'insuffisance pondérale en baisse chez les enfants de moins de 5 ans, est passée de 21% en 2006⁹ à 14,9%¹⁰ en 2012 sans pour autant atteindre le seuil acceptable de 10%. La prévalence est jugée sérieuse dans certaines régions.

Par ailleurs, de nombreux enfants continuent de naître avec un faible poids, particulièrement ceux du groupe des mères adolescentes qui sont elles-mêmes une population à risque. En 2012, on estimait à 14% la proportion des enfants nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes. On note que la prévalence du faible poids à la naissance chez les enfants nés des mères adolescentes (15 à 19 ans) est de 22%, soit près du double de la prévalence observée dans les autres tranches d'âges¹¹.

La sous nutrition maternelle (indice de masse corporelle inférieur à 18,5) est également à la base de la malnutrition de l'enfant. Dans les régions à forte prévalence, l'indice de masse corporelle inférieur à 18,5 chez les mères est de 10,3% au Nord, de 12,7% au Nord-Est et de 9,7% au Nord-Ouest¹²

La prévalence de la malnutrition au sein des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) est élevée. En 2009, 28,7% des adultes PVVIH dont 10,1% étaient en insécurité alimentaire. 33,1% des enfants Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du fait du VIH de 6 à 59 mois étaient malnutris¹³.

⁶ MICS 2006, selon les normes NCHS

⁷ EDS-MICS 2011-2012, selon les normes de l'OMS

⁸ EDS-MICS 2011-2012

⁹ MICS 2006

¹⁰ EDS-MICS 2011-2012

¹¹ EDS-MICS 2011-2012

¹² EDS-MICS 2011-2012

¹³ Enquête sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, ESNAPOCI, 2009

En ce qui concerne les carences en micronutriments, il n'existe pas de données nationales récentes. Cependant, la prévalence de l'anémie montre que la carence en fer reste très répandue. Elle représente la forme la plus courante des carences en micronutriments. La prévalence de l'anémie a été estimée en 2012 à 75% chez les enfants de moins de 5 ans, à 54% chez les femmes en âge de procréer, et à 30% chez les hommes âgés de 15 à 49 ans¹⁴. Lors d'études antérieures, il a été estimé que la carence en fer était responsable d'environ 80% des cas d'anémie chez les enfants, 50% des cas chez les femmes et 20% des cas chez les hommes¹⁵.

Quant à l'**hypovitaminose A**, malgré une baisse ces dernières années de 33% à 26,7%, 60% des enfants de 6 à 59 mois sont à risque¹⁶. La supplémentation en vitamine A, au-delà de corriger la carence, permet de renforcer la croissance et l'immunité de tous les enfants réduisant ainsi la mortalité infantile de 25%¹⁷.

S'agissant de la prévalence de **la carence en iode**, la consommation quasi-universelle du sel iodé en Côte d'Ivoire (90% des ménages) portent à croire qu'elle est très faible et que les troubles dus à la carence en iode sont en voie d'élimination¹⁸. La prévalence du goitre chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire est passée de 40% en 1994 à 4,8%¹⁹.

Au vue de certains signes cliniques très répandus au sein de la population certaines carences (zinc, calcium, magnésium...) mériteraient d'être prises en compte et nécessiteraient une évaluation de base. Par exemple, l'impact positif de la supplémentation en zinc sur le développement chez des enfants présentant un retard de croissance et sur la prévalence de certaines maladies de l'enfance comme la diarrhée, laisse penser que la carence en zinc pourrait constituer un important problème de santé publique. En outre, la supplémentation en calcium et en magnésium de la femme enceinte réduirait la survenue d'éclampsies. Cette intervention mériterait d'être prise en compte vu le taux important de mortalité maternelle.²⁰

La carence en vitamine B1 sévit en milieu carcéral et de manière récurrente avec des pics épidémiques. En 2014, la maison d'arrêt d'Abidjan a enregistré 1100 cas²¹ de béri béri, tandis que 17 autres prisons ont enregistrées 390 cas. Une évaluation menée par le CICR en 2015 sur les 17 plus grandes prisons, donne un taux de MAG à 11,1% et de MAS, 0,8%.

2.12. La surnutrition

Les problèmes de surnutrition, caractérisés par la surcharge pondérale et les autres surcharges métaboliques, touchent particulièrement les adultes. Les couches socioéconomiques favorisées de la population et le milieu urbain sont les plus affectées. En effet, en 2012 la prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les femmes du quintile le plus

¹⁴ EDS-MICS 2011-2012

¹⁵ PIPAF, Projet Ivoirien pour la promotion des aliments fortifiés, 2007

¹⁶ ENMCI, Enquête Nutritionnelle de Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

¹⁷ Lancet, 2008, 2013

¹⁸ EDS-MICS 2011-2012

¹⁹ ENMCI, Enquête Nutritionnelle de Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

²⁰ OMS, Stratégie Mondiale pour l'Alimentation, 2004

²¹ Rapport d'Activité de la Maison d'Arrêt d'Abidjan, 2014

riche était près de trois fois supérieure à la prévalence observée parmi les femmes du quintile le plus pauvre. Au niveau national, 25,6% des femmes en âge de procréer ont un IMC supérieur à 25²². De même, la prévalence en milieu rural est la moitié de celle du milieu urbain. Abidjan, région la plus touchée, près de 2 femmes sur 5 sont en situation de surpoids ou d'obésité. Le phénomène touche aussi bien les femmes que les hommes. En 2005, à Abidjan, la proportion des femmes en surpoids était de 36% et de 23,7% pour les hommes.²³

Concernant les maladies chroniques non-transmissibles liées à l'alimentation, les estimations de 2008²⁴ ont montré que 33,7% des adultes âgés de 30 à 70 ans souffraient d'hypertension artérielle, 19,9% d'hypercholestérolémie, et 9% d'hyperglycémie.²⁵

2.2. Les causes de la malnutrition en Côte d'Ivoire

2.2.1. Les causes immédiates

En Côte d'Ivoire 20,5% de la population en 2014 n'atteint pas le niveau minimal d'apport calorique et le régime alimentaire reste peu diversifié dans tous les groupes d'âges. L'apport calorique moyen par habitant est de 2534 kcal/pers/jour contre 2806 kcal/pers/jour recommandée par l'OMS.²⁶ Le régime alimentaire est généralement peu diversifié, essentiellement basé sur les tubercules, les racines, et les céréales qui contribuent à plus de 65% aux apports énergétiques alimentaires journaliers.²⁷ Selon l'OMS un régime alimentaire équilibré doit comporter: 50 à 55% de glucides, 30 à 35% de lipides et 10 à 15% de protéines. En 2012, seulement 7% des enfants et des nourrissons bénéficiaient d'une alimentation de qualité minimale à la fois sur le plan de la diversité et de la fréquence des repas.²⁸

Par ailleurs, les mauvaises habitudes alimentaires caractérisées par une forte consommation de matières grasses, de sel/sodium, de sucre et d'aliments sucrés y compris les boissons sucrées, contribuent à la surcharge pondérale constatée au sein de la population. En outre la transition nutritionnelle en Côte d'Ivoire caractérisée par l'adoption de nouveaux régimes alimentaires de type occidental et un développement de la restauration rapide au détriment d'une alimentation traditionnelle a favorisé cette situation. La modification des régimes alimentaires juxtaposée à une sédentarité de plus en plus prononcée de la population (25,5% chez les personnes âgées de 15 ans et plus) entraîne une augmentation rapide de la prévalence de surpoids et de l'obésité avec pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques.²⁹

²² EDS III 2011-12

²³ STEPS, 2005

²⁴ NNP, OMS, PROFILE des pays pour les maladies non transmissibles, 2014

²⁵ STEPS, 2005

²⁶ Banque Mondiale, World Development Indicator, Côte d'Ivoire, 2014

²⁷ INS, Côte d'Ivoire, Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence, 2012

²⁸ EDS III 2011-12

²⁹ OMS, 2011

La prévalence des maladies infectieuses est élevée, aggravant la situation nutritionnelle. Ces maladies font le lit de la malnutrition et vice versa. Leur interaction tend à créer un cercle vicieux.

Les principales maladies infectieuses responsables de décès chez les enfants de moins de cinq ans sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, et le VIH/Sida. En 2012, 18% des enfants et 7% des femmes enceintes souffraient de paludisme, 4% des enfants présentaient des symptômes d'infections respiratoires aiguës, et environ 20% souffraient de diarrhée. Concernant le VIH/SIDA, le taux de séroprévalence parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans est estimé à 2,7% en 2013 et 72 000 enfants âgés de moins de 14 ans vivent avec le VIH/Sida.³⁰

2.2.1. Les causes sous-jacentes

Malgré une disponibilité (production et importation) alimentaire globalement satisfaisante au plan national, l'accès aux aliments reste limité pour un nombre important de ménages et constitue la principale cause d'insécurité alimentaire dans le pays.³¹ En 2009, environ 13% des ménages ruraux étaient en situation d'insécurité alimentaire. La proportion de la population en état de sous-alimentation ou incapable de se procurer assez de nourriture était estimée à environ 15%³² en 2013. L'accès limité aux aliments des ménages en insécurité alimentaire est le résultat d'une production agricole insuffisante combinée à un faible pouvoir d'achat ne permettant pas de combler le déficit de production par un approvisionnement sur le marché. Les disponibilités alimentaires sont également contraintes par les faibles capacités de conservation et de transformation des produits alimentaires avec des pertes après récolte et capture variant de 30% à 40%.³³

L'accès aux services sociaux de base tels que la santé, l'éducation, l'eau potable, et les systèmes d'assainissement reste encore très déficitaire dans certains secteurs. En 2012, seulement 66% de la population vivaient à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact.³⁴ Le taux de fréquentation des services de santé est de 30% et le taux d'utilisation est de 26,85%. En 2013, on enregistre 1 Etablissement Sanitaire de Premier Contact (ESPC) pour 13 620 habitants et 1 hôpital pour 236 391 habitants. L'accès à des formations sanitaires fonctionnelles proposant des services de nutrition est également faible dans la mesure où en 2010, seulement 11% des structures sanitaires disposait d'un espace pour l'éducation aux bonnes pratiques nutritionnelles et 27% avait du matériel de communication pour le changement des comportements.³⁵ Concernant l'accès à l'eau et à l'assainissement, en 2012, près du tiers des ménages vivant en zone rurale n'avait pas accès à l'eau potable.

³⁰ EDS III 2011-12

³¹ EASA, 2009.

³² Carte FAO de la Faim dans le Monde, 2015

³³ INS, Côte d'Ivoire, Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence, 2012

³⁴ EDS III 2011-12

³⁵ RAS, 2013

Environ 80% des ménages en zone rurale n'avait pas accès à des systèmes d'assainissement de base comme les latrines. Environ 63 % des personnes âgées de 15 à 49 ans souffrent d'un déficit en matière d'alphabétisation.³⁶

L'attention accordée à la femme et à l'enfant demeure insuffisante. Les effets de la malnutrition dépendent de la place prépondérante qui leur est accordée dans la communauté notamment en ce qui concerne l'accès aux aliments, à l'eau propre, aux systèmes d'assainissement et aux services de santé. La mortalité maternelle est en hausse, elle atteint à ce jour 614 décès pour 1000 naissances vivantes avec pour cause principale les hémorragies (36,1 %). La couverture de la quatrième consultation prénatale est de 44% et le taux de femmes enceintes qui ont fait leur 1^{ère} visite après le 4^{ème} mois est de 30%. Par ailleurs, la couverture des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est de 59% et est très inégalement répartie. La mortalité infantile est de 108 décès pour 1000 naissances vivantes, le paludisme en étant la première cause.

Les inégalités de genre, le faible niveau de connaissances, d'instruction des femmes et d'autonomisation ainsi que l'insuffisance de temps dont elles disposent pour s'occuper des enfants et de la famille sont quelques-uns des problèmes dont il faut tenir compte pour garantir un meilleur état nutritionnel et de santé.³⁷

Par ailleurs, le taux d'allaitement exclusif bien qu'ayant triplé de 4% en 2006³⁸ à 12%³⁹ en 2012, reste très loin des objectifs de 50% à atteindre à l'horizon 2025. En 2012, seulement 31% des enfants étaient mis au sein dans l'heure qui suivait leur naissance. En outre, 13% des enfants de moins de six mois recevaient précocement des aliments solides et seulement 5% des enfants de 6 à 23 mois bénéficiaient d'un régime alimentaire minimum acceptable.⁴⁰

2.2.3. Les causes fondamentales

Le changement climatique, l'analphabétisme et la décennie de crises politico-militaires (2000-2010) marquée par une pauvreté grandissante sont autant de facteurs qui affectent négativement la nutrition. La proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté est passée de 33,6% en 1998 à 48,9% en 2008⁴¹. En 2012, 53% des femmes en âge de procréer n'avaient aucun niveau d'instruction.

En outre, l'urbanisation galopante et l'industrialisation engendrent de nouveaux modes de vie tels que la sédentarité et le changement de régime alimentaire qui exposent la population à la surnutrition.⁴²

³⁶ UNICEF/OMS ; Joint Monitoring Programme, JNV, 2014

³⁷ EDS III 2011-12

³⁸ MICS, 2006

³⁹ EDS III 2011-12

⁴⁰ EDS III 2011-12

⁴¹ ENV, 2008

⁴² OMS, 2011

2.3. Les conséquences de la malnutrition

La malnutrition, par ses effets négatifs sur le développement du capital humain et sur sa productivité au travail, contribue à limiter le développement économique et social.

L'analyse des conséquences de la malnutrition a mis en évidence en Côte d'Ivoire une perte économique liée à la baisse de la productivité du travail de plus de 972 millions de dollars américain soit près de 486 milliards FCFA. A titre d'exemple, la mauvaise pratique de l'allaitement fait perdre 105 milliards de FCFA.⁴⁴

La malnutrition a également des conséquences sur la mortalité des enfants. Elle contribue à 33% de la mortalité infantile, soit une perte de vie estimée à 128 354 décès d'enfants de moins de cinq ans chaque année⁴⁵. La malnutrition impacte négativement sur le développement intellectuel et les capacités d'apprentissage. Ainsi, l'anémie ferriprive réduit le quotient intellectuel de 9 points et la carence en iode le réduit de 13,5 point de manière irréversible⁴⁶. La malnutrition a des conséquences sur la mortalité maternelle. La carence en fer contribue chez les femmes enceintes à l'augmentation du risque de l'hémorragie du post partum.⁴⁷ Quant au surpoids et l'obésité, ils sont responsables du développement des maladies chroniques non transmissibles qui pèsent lourd dans les dépenses de l'Etat et des ménages.⁴⁸

2.4. Analyse du dispositif national de lutte contre la malnutrition

L'engagement de la Côte d'Ivoire en faveur de la nutrition s'est traduit depuis son indépendance, par plusieurs actions dont la ratification de tous les engagements internationaux relatifs à la nutrition. Des mesures concrètes ont été également prises avec la création du Programme National de Nutrition en 2001, la prise en compte de la nutrition dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) de 2008, dans le Plan National de Développement (PND) 2012-2015 et dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013. Il convient de relever également : la prise du décret N° 94- 303 du 1^{er} Juin 1994 rendant obligatoire l'iodation du sel destiné à la consommation, la prise de deux arrêtés interministériels en janvier 2007, rendant obligatoire la fortification en fer et en acide folique de la farine de blé panifiable et la fortification en vitamine A des huiles alimentaires destinées à la consommation humaine et animale en Côte d'Ivoire, la prise récente du décret réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel. La Côte d'Ivoire a défini également des politiques sectorielles structurantes dont le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) 2012-2016 et la Stratégie Nationale de Protection Sociale 2013-2015 ainsi que la Politique Nationale de l'Alimentation Scolaire 2012-2017. Le Gouvernement a également engagé le processus de formalisation de l'Agence Ivoirienne de la Sécurité Sanitaire des Aliments.

⁴⁴ PROFILES 2005

⁴⁵ Lancet 2008,2013

⁴⁶ Lancet 2008,2013

⁴⁷ UNICEF/ UNU/OMS, Iron deficiency anemic assessment. A guide for programme Managers, 2001

⁴⁸ UNICEF/ UNU/OMS, Iron deficiency anemic assessment. A guide for programme Managers, 2001

Malgré cette volonté d'agir, des faiblesses structurelles continuent de fragiliser les efforts d'intensification des interventions de nutrition dans le pays. La réponse nationale a contribué à résoudre un certain nombre de problèmes dans l'urgence. Cependant, des insuffisances n'ont pas permis une réduction tangible de la malnutrition notamment : les difficultés de coordination intersectorielle avec un ancrage institutionnel inadéquat, le manque de synergie, la faible disponibilité des ressources humaines qualifiées, l'insuffisance des ressources financières avec la forte dépendance du secteur des financements extérieurs. Malgré la création d'une ligne budgétaire pour la nutrition, l'allocation des ressources ne reflétait pas le niveau de priorité accordée. Le financement de la nutrition représente 0,53% des dépenses de la santé.⁴⁹

La réponse nationale inscrite dans une période de crise ces dix dernières années, a été plus axée sur des interventions curatives (58,13%) que préventives et promotionnelles (5,5%)⁵⁰ du budget de la nutrition et sur les zones de fortes prévalences de malnutrition aigüe.

Synthèse des problèmes et esquisse de solutions

L'analyse de la situation nutritionnelle, des causes de la malnutrition et du dispositif national de prise en charge des problèmes de nutrition fait ressortir les points suivants :

La Côte d'Ivoire est confrontée au double fardeau de la malnutrition : ceci représente un défi en soi car le pays doit trouver des solutions lui permettant de résoudre à la fois les problèmes de sous-nutrition et contrôler l'émergence des problèmes d'obésité et de surcharges métaboliques. Par ailleurs, les interventions devront mettre l'accent beaucoup plus sur les activités de prévention, qui contribueront à réduire de manière significative la malnutrition sous toutes ses formes.

L'accès à une alimentation saine, diversifiée et nutritive reste encore limitée : la diversification de la production agricole ainsi que le renforcement des actions pour la réduction des pertes après récolte et captures devront accompagner les mesures de renforcement de la résilience des ménages aux chocs, en particulier les ménages les plus vulnérables. Il faudra aussi mettre en place un système pour garantir la sécurité sanitaire des aliments.

Les pratiques nutritionnelles et les soins au niveau familial et communautaire ne sont pas optimaux : la résolution de ce problème fait appel à des actions vigoureuses de promotion de bonnes pratiques d'alimentation, d'hygiène et de soins communautaires.

L'accès limité aux services sociaux de base : le renforcement des services de santé, de protection sociale, d'éducation de la jeune fille et des programmes d'alphabétisation, des services d'assainissements et d'approvisionnement en eau potable.

⁴⁹ Compte de la Santé/ Compte de la Nutrition 2013

⁵⁰ Compte de la Santé / Compte de la Nutrition 2013

L'autonomisation de la femme et l'attention accordée à l'enfant demeurent insuffisantes. La place prépondérante qui leur sera accordée dans la communauté notamment en ce qui concerne l'accès aux aliments, à la terre, aux services de santé, à l'eau propre et aux systèmes d'assainissement contribuera à l'autonomisation des femmes. Cette autonomisation facilitera l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles en particulier l'allaitement maternel, l'alimentation de complément ainsi que le suivi de la croissance saine de l'enfant.

La faible coordination intersectorielle, le manque de synergie, la faible disponibilité des ressources humaines qualifiées, l'insuffisance des ressources financières affectent les différentes interventions nutritionnelles.

Afin d'améliorer l'état nutritionnel de sa population et de réaffirmer son engagement le Président de la République a créé par décret n° 2014-433 du 16 juillet 2014, le Conseil National pour la Nutrition (CNN), offrant ainsi une plateforme de coordination multisectorielle pour une gestion efficace et une programmation efficiente des interventions de nutrition. Par l'adoption des recommandations de la deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN2) et sa traduction dans ce présent document, la Côte d'Ivoire ambitionne de résoudre ces problèmes.

2.5. Défis pour l'intensification des actions en faveur de la nutrition

Malgré la mobilisation pour la nutrition dans le pays, la mise en oeuvre des actions de nutrition reste encore confrontée à un certain nombre de contraintes qui empêchent leur mise à échelle. Au terme de l'analyse de situation, les facteurs suivants ressortent comme étant les principaux défis:

- Un manque de coordination multisectorielle unique des activités tant au niveau central qu'au niveau périphérique;
- La problématique de la nutrition reste encore essentiellement rattachée à la sécurité alimentaire;
- L'insuffisance des ressources financières et une forte dépendance du secteur des financements extérieurs;
- L'insuffisance des ressources humaines qualifiées et leur forte mobilité ne permet pas de capitaliser les acquis;
- Les insuffisances liés au système de santé lui-même marquées par un déficit de personnels qualifiés en matière de prise en charge des problèmes de nutrition et la faible disponibilité des intrants essentiels;
- Les interventions nutritionnelles, notamment communautaires restées au stade d'initiative et non soutenues dans le temps avec une faible appropriation par les communautés;
- Les pesanteurs socioculturelles néfastes à l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles;
- Absence d'un système commun d'indicateurs pour le suivi des activités de nutrition au niveau de tous les secteurs.

3- Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016-2020

3.1. Logique d'intervention

Il est admis qu'une bonne nutrition est non seulement indispensable à une vie saine et productive mais aussi un moyen de rompre le cycle de transmission intergénérationnel de la malnutrition elle-même et de la pauvreté. La malnutrition contribue à l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile-juvénile. Elle entrave de façon irréversible le développement cognitif et impacte négativement le développement intellectuel et les capacités d'apprentissage. La malnutrition est également responsable du développement des maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète type 2, l'hypertension artérielle, les affections cardiovasculaires et certains cancers.

En outre, assurer une croissance optimale des enfants au cours de la fenêtre d'opportunité couvrant période allant de la conception jusqu'à l'âge de deux ans, renforce l'acquisition du capital humain et contribue au développement économique et social.

La malnutrition a longtemps été considérée comme étant le seul fait de la santé ou celui de l'agriculture et la résolution du problème est restée sectorielle. Le statut nutritionnel est influencé par des facteurs intervenants à plusieurs niveaux (individuel, familial, et communautaire) et touchant plusieurs disciplines. Ainsi, il est de plus en plus reconnu que les programmes efficaces contre la malnutrition doivent être multisectoriels et doivent agir à tous les niveaux de la chaîne de causalité. La malnutrition entraîne une perte économique équivalente à 11% du PIB mondial. Cependant les actions pour améliorer la situation nutritionnelle offrent un excellent retour sur investissement : 1 dollar investi rapporterait 16 dollars retour.⁵¹

Les interventions spécifiques de nutrition, celles-ciblant les causes immédiates peuvent rapidement améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables. La série spéciale du journal Lancet consacrée à la nutrition maternelle et infantile a montré que le passage à l'échelle avec une couverture de 90% des dix interventions spécifiques de nutrition dans les pays à forte prévalence de malnutrition maternelle et infantile conduirait à une baisse de 20% du retard de croissance et à une baisse de 60% de l'émaciation sévère chez les enfants.⁵²

Les interventions sensibles de nutrition, celles ciblant les causes sous-jacentes de la malnutrition et mises en œuvre dans des secteurs autre que la santé, tels que l'agriculture, les ressources animales, l'éducation et la protection sociale, sont généralement reconnues importantes pour la réduction de la malnutrition de manière durable.⁵³

L'initiative SUN à laquelle la Côte d'Ivoire a adhéré en juin 2013 met l'accent sur la mise en œuvre d'interventions à la fois, spécifiques et sensibles de nutrition, le tout dans un cadre de coordination multisectorielle pour plus d'efficacité et de redevabilité.

⁵¹ Rapport Global du SUN 2014

⁵² Lancet 2008, 2013

⁵³ Lancet 2008, 2013

Le Plan National Multisectoriel pour la Nutrition 2016-2020 de la Côte d'Ivoire est élaboré sur ce principe et met l'accent sur ces deux grands types d'interventions : sensibles et spécifiques. De nombreuses actions sont déjà en cours dans tous les secteurs. Cependant une meilleure coordination améliorerait sensiblement les résultats.

Un effort de ciblage des régions et des départements les plus touchées par la malnutrition sera effectué.

Le passage à l'échelle se fera graduellement dans le choix des interventions et dans le choix des zones géographiques.

3.2. Objectif général

L'objectif général de ce plan est d'améliorer le statut nutritionnel de la population.

3.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs globaux du Plan National Multisectoriel pour la Nutrition 2016-2020 sont :

- Réduire de 29,8% à 20% la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans ;
- Réduire de 7,5% à 5% la prévalence de la malnutrition aiguë globale;
- Réduire de 14,9% à 10% la prévalence de l'insuffisance pondérale;
- Réduire de 14,8% à 12% la prévalence du faible poids de naissance;
- Réduire de 10% la prévalence du surpoids chez les populations ciblées;
- Réduire la prévalence de l'anémie de 75% à 60% chez l'enfant et de 54% à 42% chez la femme en âge de procréer;
- Eliminer les troubles dus aux carences en iode.

3.4. Objectifs sectoriels

Les objectifs sectoriels du plan se déclinent comme suit :

- Réduire de 20,5% à 15% la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique;
- Accroître le taux d'allaitement maternel exclusif de 12% à 50 %;
- Amener 40% de la population à adopter des Actions Essentielles en Nutrition;
- Assurer une couverture maladie universelle à 80% de la population;
- Réduire la proportion des ménages en insécurité alimentaire en milieu rural en dessous de 10%;
- Réduire la prévalence des maladies liées aux aliments contaminés;
- Assurer l'accès à l'eau propre à la population de 77% à 100% dans les zones à forte prévalence de malnutrition;
- Porter la couverture de cantines scolaires à 100% dans les régions à forte prévalence

- de malnutrition et d'insécurité alimentaire;
- Apporter des services sociaux à 70% de la population hautement vulnérable.

3.5. Orientations stratégiques

Le Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition s'articule autour d'axes prioritaires dont la mise en œuvre permettra de concrétiser la vision de la politique nationale de nutrition à savoir « *Garantir à l'ensemble de la population un statut nutritionnel optimal en vue d'améliorer son bien-être et soutenir durablement une croissance inclusive et le développement du pays.* »

Plus spécifiquement, le Plan s'attachera à réaliser les sept (7) axes prioritaires suivants:

Résultat Stratégique 1 : les bonnes pratiques nutritionnelles et les mesures préventives sont promues ;

Résultat Stratégique 2 : la prise en charge de la malnutrition est renforcée ;

Résultat Stratégique 3 : la disponibilité et l'accès à des aliments nutritifs et diversifiés pour la consommation sont accrus ;

Résultat Stratégique 4 : la sécurité sanitaire des aliments est renforcée ;

Résultat Stratégique 5 : la résilience des ménages aux crises alimentaires et nutritionnelles est renforcée ;

Résultat Stratégique 6 : l'hygiène et l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement sont améliorés ;

Résultat Stratégique 7 : un environnement favorable à la nutrition est créé et la gouvernance est renforcée.

3.51. Résultat Stratégique 1 : Les bonnes pratiques nutritionnelles et les mesures préventives sont promues

L'analyse de situation a permis de souligner que la malnutrition en Côte d'Ivoire reste encore dominée par les problèmes de sous-nutrition ; cependant la surnutrition est devenue une problématique émergente. L'adoption des pratiques favorables à la bonne nutrition est indispensable pour résoudre ce double fardeau de la malnutrition que connaît le pays.

Cet axe a pour objectif de promouvoir et soutenir les bonnes pratiques nutritionnelles et les mesures préventives. Un accent sera mis sur la promotion d'actions clés nommée les Actions Essentielles en Nutrition (AEN).

Les AEN+ couvrent l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, l'allaitement, l'alimentation de complément, l'alimentation de l'enfant malade, la promotion de la consommation du sel iodé et autres aliments enrichis et riches en micronutriments notamment

en fer, en iode, en vitamine A, le déparasitage et la supplémentation en micronutriments. D'autres aspects ont été également identifiés comme essentiels, entre autres, la promotion de la consommation des fruits et légumes, la promotion de l'hygiène alimentaire et le lavage des mains (cinq clefs pour une alimentation plus sûre), la promotion du « manger bouger plus », promotion de la réduction des matières grasses, du sel/sodium, du sucre dans les aliments et les boissons, la promotion de l'évaluation nutritionnelle et du suivi de la croissance.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre deux effets.

Effet 1.1 : La communication pour l'adoption des comportements et des normes sociales favorables à la nutrition est renforcée à tous les niveaux

Extrant 1.1.1 : Un plan de communication sur les bonnes pratiques nutritionnelles est mis en œuvre

- Finaliser et vulgariser le plan de communication intégré et multisectoriel ;
- Rendre disponible les supports de communication dans les établissements sanitaires ;
- Etablir des conventions avec des radios de proximité pour la promotion des AEN+ ;
- Etablir des conventions avec des professionnels des médias pour la promotion des AEN+ ;
- Organiser des émissions audiovisuelles sur la nutrition ;
- Mettre en œuvre des activités de communication de masse et de proximité ;
- Commémorer la semaine mondiale de l'allaitement maternel et autres événements relatifs à la nutrition.

Extrant 1.1.2 : Les acteurs communautaires assurent la promotion des AEN+*

- Rendre disponibles les supports de formation continue pour la promotion des AEN+ dans les structures sanitaires, pour les agents communautaires, les travailleurs sociaux, les maitresses d'éducation permanente, les religieux, les tradi-thérapeutes les agents de développement rural ;
- Produire les supports de formations continue pour la promotion des AEN+ pour les agents, communautaires, les travailleurs sociaux, les maitresses d'éducation, religieux, tradi thérapeutes, les agents de développement ;
- reproduire les supports de de communication pour la promotion des AEN+ pour les agents, communautaires, les travailleurs sociaux, les maitresses d'éducation religieux, tradi thérapeutes, les agents de développement ;
- Renforcer les capacités des agents communautaires en promotion des AEN+ ;
- Mettre en place les communautés "amies de la nutrition" ;
- Former les Praticiens de la médecine traditionnelle pour la promotion des AEN+ ;
- Former les leaders religieux pour la promotion des AEN+ ;
- Organiser des séances de sensibilisation locales en AEN+.

* leaders communautaires, coopératives, relais, organisation à base communautaire,

associations de femmes, associations de jeunes, les enseignants, les agents de développement rural, les praticiens de la médecine traditionnelle, chefs religieux et autres intervenants communautaires

Extrant 1.1.3: la promotion des AEN+ par les structures sociales et sanitaires est intensifiée Renforcer les capacités des structures sanitaires pour la promotion des AEN+ ;

- Renforcer les capacités des structures sanitaires, sociale et IFEP pour la promotion des AEN+ ;
- Poursuivre l'initiative "hôpitaux amis des bébés" au niveau des hôpitaux de référence technique ;
- Renforcer les capacités des structures sociales pour la promotion des AEN+ ;
- Mettre en place l'initiative pour une "croissance saine" ;
- Développer l'initiative "Ecole amies de la nutrition" dans les établissements primaires et préscolaires en milieu urbain ;
- Réviser la composante nutrition dans les curricula scolaires.

Effet 1.2 : Les adolescentes, les femmes enceintes, et les enfants de moins de 5 ans sont correctement déparasités et supplémentés en vitamines et minéraux

Extrant 1.2.1 : Les groupes cibles sont déparasités

- Déparasiter les femmes enceintes ;
- Déparasiter les enfants de 1 à 12 ans.

Extrant 1.2.2 : Les groupes cibles sont supplémentés en micronutriments

- Actualiser les directives sur la supplémentation en micronutriments;
- Supplémenter les adolescentes en fer et en acide folique;
- Supplémenter les femmes enceintes en micronutriments (fer et acide folique, calcium et magnésium);
- Supplémenter les enfants de 6 à 59 mois en vitamine A;
- Supplémenter les enfants de 6 à 59 mois en zinc;
- Organiser des campagnes nationales d'intensification des actions de nutrition;
- Développer une stratégie pérenne de supplémentation des enfants en vitamine A;

Extrant 1.2.3 : Les groupes cibles consomment des aliments enrichis et bio enrichis.

- Renforcer la stratégie d'enrichissement des aliments en micronutriments;
- Promouvoir la fortification à domicile des repas des enfants de 6 à 23 mois ;
- Développer la stratégie du bio enrichissement des aliments.

Extrant 1.2.4 : Les enfants en milieu scolaire ont un suivi nutritionnel et bénéficient d'une alimentation saine

- Renforcer les capacités des SSSU et CREMOS pour le dépistage de la malnutrition et le suivi de « prise de poids saine » ;
- Assurer 4 repas équilibrés par semaine au niveau de chaque cantine scolaire ;

- Promouvoir l'utilisation des poudres de micronutriments pour la fortification des repas scolaires dans les zones à forte prévalence de malnutrition.
- Organiser les "marchés scolaires".

3.5.2. Résultat Stratégique 2 : La prise en charge de la malnutrition est renforcée

La Côte d'Ivoire vit à ce jour le double fardeau de la malnutrition et enregistre un nombre important de malnutris dans sa population. Des cas de surpoids et d'obésité ainsi que des cas de sous-nutrition avec des pics saisonniers sont observés.

Ces deux types de malnutrition nécessitent une prise en charge de qualité au niveau des centres de santé, des structures sociales et en milieu communautaire.

Ce résultat stratégique couvre la prise en charge de toutes les formes de malnutrition.

Il couvre aussi le dépistage et la prise en charge de la malnutrition chez les groupes spécifiques : les personnes atteintes de tuberculose /VIH, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre deux effets.

Effet 2.1 : les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de cinq ans malnutris reçoivent des soins et soutien nutritionnels

Extrait 2.1.1: L'offre de services de nutrition est intensifiée

- Produire et diffuser le protocole de prise en charge de la malnutrition et les directives nationales ;
- Créer/redynamiser les Unités Nutritionnelles (UNT, UNTA, UNS) dans les structures sanitaires pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition ;
- Créer/redynamiser les UNS dans les structures sociales pour le dépistage de la malnutrition;
- organiser la supervision des activités de prise en charge de la malnutrition ;
- Créer/redynamiser les structures communautaires (FFARN, UNS) pour le dépistage de la malnutrition;
- Intensifier le dépistage communautaire de la malnutrition

Extrait 2.1.2 :L'approvisionnement des structures sanitaires, sociales et communautaires en intrants nutritionnels est assuré

- Elaborer les procédures intégrées d'acquisition des intrants nutritionnels (ATPE, matériels anthropométriques et autres intrants);
- Acquérir les intrants nutritionnels, matériels anthropométriques et autres équipements ;
- Doter les structures en intrants nutritionnels et matériel à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

Extrant 2.1.3 La prise en charge de qualité de la malnutrition est assurée

- Rendre disponible les aliments thérapeutiques dans les structures de santé pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée ;
- Rendre disponible les aliments spécialisés dans les structures de soins pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée.

Effet 2.2 : Les PVVIH/OEV et autres groupes spécifiques* sont dépistés et reçoivent des soins et soutien nutritionnels

*Personnes atteintes de surpoids, d'obésité, de troubles métaboliques, de tuberculose, de maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes malnutries en milieu carcéral.

Extrant 2.2.1 : L'offre de services nutritionnels aux PVVIH /OEV et autres maladies chroniques est améliorée

- Produire et diffuser les directives nationales, guides et protocoles de prise en charge de la malnutrition pour les groupes spécifiques ;
- Créer/redynamiser les Unités Nutritionnelles dans les structures sanitaires, sociales et communautaires pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition des groupes spécifiques ;
- Renforcer le soutien nutritionnel ;
- Elaborer un guide pour un régime alimentaire et une activité physique adaptés aux groupes spécifiques.

Extrant 2.2.2 : La prise en charge nutritionnelle des personnes en milieu carcéral améliorée

- Renforcer la qualité nutritionnelle des repas servis en milieu carcéral ;
- Développer les jardins potagers et le petit élevage en milieu carcéral ;
- Renforcer le dépistage et la prise en charge de la malnutrition en milieu carcéral.

Extrant 2.2.3 L'approvisionnement en intrants nutritionnels des structures de prise en charge des groupes spécifiques est assuré

- Acquérir les intrants nutritionnels, matériel anthropométrique et autres équipements
- Rendre disponible les intrants nutritionnels et matériels à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

3.5.3. Résultat Stratégique 3 : La disponibilité et l'accès à des aliments nutritifs et diversifiés pour la consommation sont accrus.

Le secteur agricole est engagé dans plusieurs programmes dont le Programme National d'Investissement Agricole et le Plan Stratégique de Développement de l'Élevage, de la Pêche et de l'Aquaculture en Côte d'Ivoire. Ces programmes contribueront à améliorer la situation nutritionnelle dans le pays à travers la diversité et une meilleure disponibilité des

aliments. Plusieurs aspects de ces programmes sont repris au niveau de ce résultat stratégique en mettant l'accent sur la problématique de la nutrition et leurs zones de convergence.

L'objectif de cet axe stratégique est d'encourager une production suffisante, diversifiée et accessible aux ménages (cultures maraichères, petit élevage, aquacultures) en renforçant le système de transport et de distribution des aliments. Il s'agit également d'assurer une bonne technique d'entreposage, de conservation et de transformation des aliments (producteurs et ménages) afin de prolonger durablement la disponibilité des denrées alimentaires variées et de qualité.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre deux effets.

Effet 3.1 : La production alimentaire est suffisante, diversifiée et riche en nutriments et accessible dans les zones d'insécurité alimentaire

Extrant 3.1.1: La disponibilité des aliments à haute valeur nutritive au sein des ménages est durablement assurée

- Promouvoir la production familiale (cultures maraichères, fruits et vivrières) riches en nutriments ;
- Développer les groupements agricoles pour un approvisionnement alimentaire diversifié des cantines scolaires ;
- Développer l'agriculture urbaine et péri-urbaine des ménages ;
- Faciliter l'accès aux semences et plats des cultures bio fortifiées ;
- Promouvoir les bonnes techniques de récolte auprès des ménages ;
- Développer le petit élevage au sein des ménages au niveau rural ;
- Promouvoir l'aquaculture au sein des communautés vivant aux alentours des points d'eau (étangs piscicoles...);
- Promouvoir la pêche artisanale dans les zones en insécurité alimentaire et favorables à l'activité ;
- Développer la production laitière dans les zones en insécurité alimentaire et favorables à l'activité;
- Renforcer les capacités des acteurs sur les techniques de production améliorée ;
- Mettre à disposition des éleveurs et aquacultures des formules alimentaires ;
- Renforcer les capacités des services d'encadrement.

Extrant 3.1.2 : L'accessibilité des ménages aux aliments à haute valeur nutritive est assurée pendant toute l'année.

- Renforcer les capacités logistiques et opérationnelles des sociétés coopératives pour un transport adéquat des denrées alimentaires ;
- Réhabiliter / ouvrir et entretenir les pistes rurales dans les grandes zones de production agricoles ;
- Renforcer/ faciliter la libre circulation des denrées alimentaires vers les zones

d'insécurité alimentaire ;

- Stabiliser les prix des aliments hautement consommés ;
- Renforcer le contrôle des prix des denrées alimentaires ;
- Soutenir l'organisation de la commercialisation des produits agricoles, de l'élevage de la pêche.

Effet 3.2: les techniques et les infrastructures d'entreposage, de conservation, de transformation (cultures, élevage) sont améliorées au niveau national

Extrant 3.2.1: Les infrastructures et les bonnes techniques de conservation et de transformation des productions sont vulgarisées

- Promouvoir les bonnes techniques de conservation des aliments post récoltes et post capture ;
- Promouvoir les bonnes techniques de transformation des aliments post récolte et post capture ;
- Promouvoir et appuyer la création / réhabilitation des infrastructures de conservation, de transformation et de commercialisation ;
- Soutenir la fabrication locale des aliments de compléments pour les enfants à partir de produits locaux.

3.5.4. Résultat Stratégique 4: La sécurité sanitaire des aliments est renforcée

La sécurité sanitaire des aliments et la nutrition sont fortement liées. La sécurité sanitaire des aliments tient compte de tous les risques microbiens, chimiques et physiques de la production à la consommation en passant par la transformation, la commercialisation, la conservation. Toutes ces étapes sont susceptibles de porter atteinte à la santé du consommateur.

Les maladies d'origine alimentaire telles que les toxi-infections alimentaires, les shigelloses, les salmonelloses et l'émergence des maladies zoonotiques (grippe aviaire, la fièvre à virus Ebola, fièvre aphteuse, charbon bactérien ...) représentent une part non négligeable des causes de morbidité et de mortalité de la population.

La sécurité sanitaire des aliments englobe toutes les mesures destinées à proposer des aliments sûrs aux populations. Ces mesures à mettre en œuvre doivent porter sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, depuis la production jusqu'à la consommation.

Les actions seront axées entre autres sur l'évaluation et la gestion des risques ainsi que sur la sensibilisation aux bonnes pratiques des acteurs (producteurs, transformateurs, distributeurs, ménages).

Cet axe stratégique ambitionne de garantir des actions coordonnées de tous les secteurs intervenant tout le long de la chaîne de valeur.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre trois effets.

Effet 4.1: Le système intégré d'analyse de risque est mise en place et fonctionne correctement

Extrant 4.1.1 le système d'analyse du risque fonctionne.

- Mettre en place un comité national et des dispositifs régionaux d'identification et d'évaluation des risques ;
- Rendre opérationnel le système d'alerte précoce (Groupement de Defense Sanitaire (GDS) ;
- Renforcer les capacités du comité national et des dispositifs régionaux (formation, équipement, moyens logistiques ...) ;
- Renforcer les capacités des laboratoires de contrôle (formation des ressources humaines, équipements, moyens logistiques et intrants de contrôle) ;
- Créer/Renforcer les capacités de structures d'inspection et de contrôle (logistiques, humaines, et intrants de contrôle).

Extrant 4.1.2 la traçabilité des produits alimentaires et des intrants est améliorée

- Promouvoir l'étiquetage ;
- Promouvoir la normalisation et l'assurance qualité des produits alimentaires ;
- Mettre en place un système de traçabilité opérationnel.

Effet 4.2: La gestion du risque est améliorée

Extrant 4.2.1 : le système de surveillance épidémiologique incluant les maladies d'origine alimentaire est renforcé

- Renforcer le système de surveillance épidémiologique en y incluant les maladies d'origine alimentaire ;
- Mettre en place une base de données épidémiologique multisectorielle sur les maladies d'origines alimentaires ;
- Renforcer les capacités des laboratoires de référence (formation, équipements logistiques, réactifs et consommables..) pour le diagnostic et la notification des maladies d'origine alimentaire.

Extrant 4.2.2 : la prise en charge des maladies d'origine alimentaire est assurée

- Elaborer les directives et protocoles de prévention et de prise en charge des cas ;
- Renforcer les capacités des structures de prise en charge des cas (formation, équipements, intrants...).

Extrant 4.2.3 : le dispositif d'intervention est mise en place

- Définir le cadre général d'interventions;
- Réhabiliter/ créer les sites appropriés de destruction des produits impropres à la consommation.

Effet 4.3 : Les acteurs de la chaîne de valeur sont informés et sensibilisés

Extrant 4.3.1: Les agriculteurs, les pêcheurs, éleveurs, les commerçants et les transformateurs sont formés à l'adoption de bonnes pratiques

- Elaborer un guide multisectoriel de bonnes pratiques sur la sécurité sanitaire des aliments;
- Former les agriculteurs à l'utilisation des produits phyto sanitaires et à la gestion de leur emballage;
- Former les agriculteurs à la conservation et à la transformation primaire des produits agricoles;
- Former les éleveurs à l'utilisation des médicaments vétérinaires;
- Former les pêcheurs à une pêche responsable;
- Réaliser des contrôles relatifs à la qualité et à la bonne utilisation des produits phytosanitaires et vétérinaires.

Extrant 4.3.2 : Les acteurs de la distribution et de la vente des denrées alimentaires sont formés et offrent des denrées alimentaires sûres

- Former les acteurs de la distribution aux conditions de transport optimal des denrées alimentaires;
- Former les acteurs de la distribution au stockage et à la conservation optimale des denrées alimentaires;
- Améliorer les conditions de vente à l'étale des denrées alimentaires;
- Améliorer les conditions de restauration collectives;
- Sensibiliser les acteurs du commerce informel sur les mesures d'hygiène et de la qualité nutritionnelle vendus sur les voies publique;
- Encadrer les acteurs du commerce informel des aliments vendus sur les voies publiques.

Extrant 4.3.3 : Les ménages sont sensibilisés à l'utilisation et à la conservation des denrées alimentaires

- Former des associations de consommateurs sur la conservation et l'utilisation des aliments, les mesures d'hygiène et la qualité nutritionnelle des aliments vendus sur la voie publique;
- Organiser des campagnes de sensibilisation à la conservation et à l'utilisation des aliments;
- Sensibiliser les ménages sur les mesures d'hygiène et la qualité nutritionnelle des aliments sur les voies publiques.

3.5.5. Résultat Stratégique 5: la résilience des ménages aux crises alimentaires et nutritionnelles est renforcée

Les concepts de nutrition et de résilience sont étroitement liés: la nutrition est à la fois un déterminant et un résultat du renforcement de la résilience. Réduire la malnutrition est crucial pour le renforcement de la résilience car des personnes bien nourries sont en meilleure santé, peuvent mieux travailler et ont de meilleures réserves physiques; les ménages qui

présentent une sécurité nutritionnelle sont ainsi plus aptes à résister, endurer plus longtemps et se rétablir plus rapidement des situations de chocs. Inversement, les ménages les moins résilients sont plus affectés par les chocs extérieurs et par conséquent courent un plus grand risque de malnutrition. Ainsi, renforcer la résilience est essentiel dans les efforts pour réduire la malnutrition. La Côte d'Ivoire connaît des chocs climatiques, socio-politiques et économiques, des épidémies et des catastrophes naturelles qui exacerbent les problèmes de malnutrition, en particulier au sein des communautés et des groupes les plus vulnérables.

L'objectif principal de cet axe est de renforcer la résilience des ménages à travers les services de protection sociale et les actions de prévention et de réponse aux situations de crise.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre deux effets.

Effet 5.1: Les ménages hautement vulnérables ont accès à des services de protection sociale

Extrant 5.1.1 : Les programmes d'assistance sont mis en place

- Renforcer les programmes de cash transfert visant les ménages ;
- Fournir des rations alimentaires aux personnes/ménages ;
- Développer des programmes saisonniers d'assistance conditionnée ;
- Apporter une ration supplémentaire aux enfants des ménages en insécurité alimentaire à travers les sociétés coopératives des cantines scolaires ;
- Créer/réhabiliter des cantines scolaires dans les zones d'insécurité alimentaire sévère.

Extrant 5.1.2 : L'autonomisation de la femme est promue

- Promouvoir les Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour les ménages vulnérables ;
- Promouvoir l'alphabétisation des femmes.

Effet 5.2: Les ménages vulnérables ont leurs capacités renforcées face aux effets du changement climatique et autres chocs/ épidémies

Extrant 5.2.1 : les dispositifs de suivi de la situationnelle et d'interventions sont renforcés

- Mettre en place un dispositif de préparation et de contingence multisectoriel;
- Renforcer le système de suivi de la sécurité alimentaire et nutritionnelle;
- Mettre en place des réserves de sécurité alimentaire;
- Mettre en place des réseaux de stations météorologiques;
- Renforcer les capacités des structures pour la prise en charge des populations vulnérables en cas d'épizootie.

Extrant 5.2.2 : Les systèmes de production des ménages sont améliorés

- Actualiser les calendriers cultureaux par zone agro climatiques ;

- Mettre en place un dispositif de gestion intégrée de l'eau ;
- Aménager des terres pour les cultures intensives et de contre saison ;
- Faciliter l'accès au petit matériel d'irrigation.

3.5.6. Résultat Stratégique 6: l'hygiène et l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement sont améliorés dans les zones à forte prévalence de la malnutrition

L'objectif de cet axe est de contribuer à la prévention de la sous-nutrition, en garantissant à la population un accès à l'eau potable et à des systèmes d'assainissement adéquats à la population. Par ailleurs, les pratiques d'hygiène au sein des ménages seront améliorées afin de prévenir les maladies liées à l'eau et à l'assainissement.

Afin d'atteindre cet objectif deux approches doivent être mise en œuvre: le renforcement des infrastructures EHA (installation et réhabilitation de forages, latrines, station de lavage des mains) et la sensibilisation pour le changement de comportement auprès des populations (Assainissement Total Pilotée par la Communauté (ATPC), promotion du lavage des mains et autres bonnes pratiques d'hygiène).

Un accent particulier sera mis au niveau des zones rurales où la couverture d'accès à l'eau potable et aux latrines est plus faible et la prévalence de la malnutrition plus élevée.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre deux effets.

Effet 6.1 : Chaque ménage a accès à une source d'eau potable

Extrant 6.1.1 : Les infrastructures d'hydrauliques humaines sont construites, développées et fonctionnelles

- Accroître des capacités d'offre d'eau potable (réalisation de nouvelles installations d'hydraulique humaine);
- Maintenir la continuité de service d'eau potable (réhabilitation des installations d'hydraulique humaine);
- Promouvoir toutes les technologies: camion-citerne, poste d'eau pour alimenter les centres déficitaires ;
- Vulgariser la professionnalisation de la gestion des ouvrages d'hydraulique rurale.

Extrant 6.1.2 : L'utilisation de l'eau potable des ménages est facilitée

- Améliorer l'accès aux branchements subventionnés ;
- Approvisionner les établissements scolaires en milieu rural en eau potable.

Effet 6.2: Chaque ménage a une hygiène améliorée et a accès à un système d'assainissement adéquat

Extrant 6.2.1 : Les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement sont promues

- Promouvoir la construction et l'utilisation des latrines en milieu scolaire ;
- Promouvoir la construction et l'utilisation des latrines dans les centres de santé ;
- Promouvoir la construction et l'utilisation de lieu de lavage des mains avec le savon dans les écoles ;
- Promouvoir la construction et l'utilisation de lieu de lavage des mains avec le savon dans les centres de santé ;
- Promouvoir le traitement de l'eau à domicile.

Extrant 6.2.2 : La gestion de la salubrité est participative et améliorée

- Promouvoir l'élimination adéquate des selles des enfants;
- Promouvoir le lavage des mains avec du savon aux moments critiques (après évacuation des selles, utilisation des toilettes, avant de faire la cuisine);
- Promouvoir l'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC);
- Promouvoir au sein des ménages l'élimination des eaux usées et ordures.

3.5.7. Résultat Stratégique 7 : un environnement favorable à la nutrition est créé et la gouvernance est renforcée.

La lutte contre la malnutrition est multisectorielle et elle intervient à plusieurs niveaux, nécessitant une bonne coordination et une synergie des actions. Elle doit s'appuyer sur l'existence d'un environnement favorable, sur la disponibilité des ressources humaines de qualité, sur des actions guidées par des recherches scientifiques solides et sur un système de suivi-évaluation fiable et performant. Ces actions seront soutenues par un plaidoyer afin d'améliorer la visibilité de la nutrition et de renforcer l'engagement de tous. Le succès de ce plan dépendra d'une coordination de qualité à tous les niveaux d'interventions.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de ce résultat stratégique permettront d'atteindre six effets.

Effet 7.1: La collaboration et la coordination intra et intersectorielle sont renforcées.

Extrant 7.1.1. Le Conseil National de Nutrition (CNN) est fonctionnel

- Rendre fonctionnel le Comité Décisionnel (CD) ;
- Rendre fonctionnel le Comité Technique (CT) ;
- Rendre fonctionnel le Secrétariat Technique Permanent (STP) ;
- Rendre fonctionnel les Comités Régionaux Multisectoriels pour la Nutrition (CRN) ;
- Rendre fonctionnel les Comités Départementaux Multisectoriels pour la Nutrition (CDN) ;
- Rendre fonctionnel les Comités Communaux pour la Nutrition (CCN) ;
- Elaborer et mettre en œuvre un Plan de Travail Annuel par niveau (PTA) ;
- Elaborer une stratégie de mise en œuvre du Plan National Multisectoriel de Nutrition.

Extrant 7.1.2 : Les capacités des acteurs institutionnels impliqués dans la nutrition sont renforcées

- Renforcer les capacités du Point Focal, des membres du Comité Technique et du Secrétariat Technique Permanent ;
- Développer les outils de gestion du CNN ;
- Renforcer les capacités de tous les acteurs des comités déconcentrés (régionaux, départementaux, communaux : préfectoraux et sous préfectoraux).

Effet 7.2: Le plaidoyer pour la nutrition est renforcé à tous les niveaux

Extrant 7.2.1 : Le positionnement de la nutrition au niveau des politiques et programmes nationaux et locaux est amélioré

- Elaborer et diffuser le Profile ;
- Former les planificateurs et les entités sectorielles et des collectivités décentralisées à l'intégration des objectifs de nutrition aux plans, programmes et stratégies au niveau national, sectoriel, régional et local ;
- Inscrire le droit à l'alimentation et la nutrition dans la constitution ;
- Soumettre au conseil des Ministres des communications trimestrielles sur l'état de la nutrition ;
- Promouvoir le droit à l'alimentation et à la nutrition auprès des décideurs politiques.

Extrant 7.2.2 : Les dispositions légales favorables à la bonne alimentation du nourrisson pour les femmes dans le milieu du travail sont renforcées

- Plaidoyer auprès des députés pour la révision des dispositifs du code du travail à la faveur de l'allaitement ;
- Plaidoyer pour la création d'un environnement propice à l'allaitement maternel dans le milieu du travail ;
- Elaborer la politique et le plan stratégique de l'allaitement ;
- Plaidoyer auprès des députés pour la révision des dispositifs du code du travail en faveur de l'allaitement ;
- Plaidoyer pour la création d'un environnement propice à l'allaitement maternel dans le milieu du travail ;
- Mettre en place un cadre réglementaire de mise en œuvre du Code de commercialisation des Substituts du Lait Maternel.

Extrant 7.2.3 : La mobilisation des ressources pour la mise à échelle de nutrition est assurée

- Plaidoyer auprès des partenaires pour le soutien à la mise en œuvre du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition ;
- Suivre la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers.

Effet 7.3 : Les programmes de formation initiale sont renforcés en matière de nutrition

Extrant 7.3.1 : Les curricula de formation sont renforcés

- Intégrer/ réviser des modules de nutrition dans les curricula de formation initiale des agents de santé, des enseignants, des travailleurs sociaux et des encadreurs agricoles;
- Reviser les curricula de formation initiale des nutritionnistes.

Extrant 7.3.2: Les ressources humaines qualifiées sont disponibles à tous les niveaux

- Ouvrir le recrutement à la Fonction Publique des nutritionnistes.

Effet 7.4 : La recherche fondamentale et opérationnelle est renforcée

Extrant 7.4.1 : Les capacités des institutions de recherche sont renforcées

- Mettre en place un comité national de validation des sujets et des résultats de la recherche ;
- Renforcer les capacités des laboratoires de recherche en nutrition ;
- Soutenir la formation;
- Renforcer les capacités en recherche opérationnelle des secteurs et institutions impliqués dans la mise en œuvre du Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition ;
- Renforcer les capacités des acteurs clefs en recherche fondamentale sur la nutrition.

Extrant 7.4.2 : Les connaissances sur la nutrition sont renforcées

- Développer des partenariats au niveau régional et international avec des instituts d'excellence de formation et de recherche en nutrition;
- Mettre en place un comité de sélection et validation des besoins et résultats de recherche fondamentale en matière de nutrition.

Effet 7.5 Un système de suivi et évaluation est disponible à tous les niveaux

Extrant 7.5.1 : Le dispositif intégré de suivi et évaluation est fonctionnel

- Mettre en place une base de données commune centralisée au niveau du secrétariat technique permanent;
- Réaliser des enquêtes ponctuelles d'information sur la nutrition (EDS, SMART, EASA, agricole, micronutriments...);
- Organiser des revues semestrielles au niveau régional;
- Organiser des revues annuelles au niveau central;
- Organiser des missions conjointes multisectorielles de suivi;
- Mettre en place un système de suivi multisectoriel du financement de la nutrition;
- Evaluer le Plan National Multisectoriel de Nutrition à mi-parcours et en fin d'exécution.

Extrant 7.5.2 : Les capacités sectorielles de suivi évaluation de la nutrition sont renforcées

- Renforcer les capacités de toutes les parties prenantes en suivi et évaluation pour le remplissage de la base de données multisectorielles;
- Utiliser les technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les activités de collecte de l'information et de sensibilisation.

Effet 7.6 : Un cadre législatif et réglementaire est mis en place

Extrant 7.6.1 : La réglementation en faveur de la qualité des produits alimentaires est promue

- Renforcer le cadre réglementaire en matière de sécurité sanitaire des aliments;
- Harmoniser les normes nationales sur les produits alimentaires en se basant sur le Codex Alimentarius la convention sur une boisson aux alentours des écoles;
- Renforcer la législation sur les aliments enrichis;
- Renforcer le respect des réglementations/normes nationales sur la fortification des aliments locaux ou importées;
- Créer un fond national de nutrition alimenté par des prélèvements sur les produits importés ayant un effet néfaste sur la nutrition (sucre, sel, conservateurs...);
- Mettre en place un cadre réglementaire de développement des cultures bio fortifiées;
- Renforcer le cadre réglementaire en matière de sécurité sanitaire des aliments ;
- Harmoniser les normes nationales sur les produits alimentaires en se basant sur le Codex Alimentarius ;
- Renforcer la législation en matière de fortification et bio fortification ;
- Renforcer le respect des réglementations/normes nationales sur les aliments enrichis locaux ou importées ;
- Créer un Fonds national de nutrition alimenté par les prélèvements sur les produits alimentaires importés ayant un effet néfaste sur la nutrition (sucre, sel, conservateurs...);
- Mettre en place un cadre réglementaire de développement des cultures bio fortifiées.

Extrant 7.6.2 : La réglementation sur la commercialisation des denrées alimentaires est renforcée

- Faire une revue de la réglementation sur la commercialisation des aliments vendus sur les voies publiques et proposer des besoins de renforcement;
- Encadrer les acteurs du commerce informel des aliments vendus sur les voies publiques;
- Mettre en place un dispositif de gestion intégrée des ressources en eau.

3.6. Cadre de mise en œuvre et de suivi et évaluation

Le caractère multisectoriel de la nutrition appelle donc la participation de tous les acteurs à la mise en œuvre de ce plan. La définition d'un cadre de mise en œuvre indiquant clairement les missions et les rôles des différentes parties prenantes est essentielle au succès de ce plan.

3.6.1. Organes et structures de mise en œuvre

Au niveau national, un organe central sera chargé de faciliter sur le plan opérationnel, l'exécution et la coordination des différentes activités inscrites dans le Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition. Il s'agit du **Conseil National pour la Nutrition (CNN)**, principalement à travers :

- son **Comité Décisionnel**, présidé par le 1^{er} Ministre et composé de 13 Ministres

- son **Comité Technique** présidé par le Point Focal SUN et composé, en plus des représentants des 13 Ministères clefs, des représentants de l'Assemblée Nationale, de la société civile, du secteur privé, du secteur académique et de la recherche et des partenaires techniques et financiers.

- son **Secrétariat Technique Permanent (STP)** présidé par le représentant du Ministère en charge de la Santé et composé des représentants des ministères en charge du Plan et du Développement, de l'Agriculture et des Ressources Animales.

Le CNN est chargé de:

(i) définir les orientations et les priorités nationales en matière de nutrition et de sécurité nutritionnelle ; (ii) impulser le passage à l'échelle des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition; (iii) coordonner toutes les interventions en matière de nutrition en vue d'assurer la cohérence entre les actions menées et les orientations politiques nationales en cette matière; (iv) assurer l'intégration des programmes et indicateurs de nutrition dans la stratégie de relance et de croissance économique et les plans sectoriels ; (v) améliorer la coordination et la concertation entre les parties prenantes en vue de rendre efficiente leur contribution dans le domaine de la sécurité nutritionnelle; (vi) appuyer la programmation et la mise en œuvre des actions autour du Cadre commun des résultats budgétisés, acceptés par l'ensemble des parties prenantes et impliquant une redevabilité mutuelle ; (vii) faciliter la mobilisation des ressources financières et techniques à travers la concertation et le plaidoyer autour du Cadre commun des résultats; et (viii) évaluer les progrès réalisés dans l'exécution de la politique nationale de nutrition et (ix) promouvoir le partage et la diffusion de l'information.

Au niveau régional, un Comité Régional de Nutrition (CRN) dont l'organisation et le fonctionnement sont déterminés par arrêté du Premier Ministre sera mis en place sous l'autorité du Préfet de Région afin d'assurer la coordination multisectorielle de la nutrition dans chaque Région administrative du pays. Le Préfet de Région sera secondé par le Président du Conseil Régional de la localité considérée. La composition du CRN sera la réplique du CNN et aura pour mission entre autres de (i) faciliter la mise en œuvre des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs du Plan; (ii) concourir à la sensibilisation des populations cibles du programme ; (iii) mener à bien toutes les actions nécessaires à l'atteinte desdits objectifs, sur saisine du Secrétariat Technique Permanent ; (iv) suivre l'orientation stratégique et la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de nutrition ; (v) évaluer la mise en œuvre du Cadre Commun des Résultats et de proposer toutes mesures correctives ou d'impulsion nécessaires.

Au niveau départemental et au niveau communal, il est envisagé la mise en place de **Comités Départementaux pour la Nutrition (CDN)** et de **Comités Communaux pour la Nutrition (CCN)** afin de rapprocher le plus possible les instances de mise en œuvre du niveau communautaire.

Les directions techniques des ministères, la société civile et le secteur privé, seront

responsables de la mise en œuvre du Plan au niveau national, régional, et départemental en offrant les appuis techniques nécessaires. Pour chaque aspect du Plan, les parties prenantes devront extraire leurs plans d'activités annuels qui constitueront leur feuille de route pour la mise en œuvre des actions déclinées dans le Plan. Les organes de mise en œuvre seront appuyés dans leurs fonctions de planification et d'exécution par le CNN.

3.6.2. Suivi et évaluation du Plan

Le **suivi et l'évaluation du Plan** seront réalisés dans un cadre cohérent, afin de disposer des informations nécessaires à l'évaluation de la performance des actions réalisées dans les différents secteurs et programmes. La mise en place du dispositif intégré de suivi et évaluation se fera sur la base du noyau d'indicateurs d'impacts et de résultats propres à chaque secteur et programme et d'indicateurs transversaux.

Le **suivi technique et financier** de la mise en œuvre du Plan sera assuré au premier niveau par les responsables des ministères techniques, qui produiront des rapports trimestriels sur l'état d'avancement de la mise en œuvre dans leurs secteurs respectifs. Chaque direction technique disposera d'un manuel de procédures et des outils de suivi. Les rapports de suivi seront soumis au STP qui en assurera la consolidation et la dissémination après validation par le Comité Technique. Au niveau régional, le suivi sera assuré par les principaux organes d'exécution composés des structures des services déconcentrés, et l'appui des CRN. Les rapports de ces groupes serviront à alimenter ceux des directions techniques au niveau central. Pour tout le plan, la coordination d'ensemble au niveau national sera assurée par le CNN.

Au dernier trimestre de l'année, le STP préparera un **rapport annuel technique et financier** sur la base des rapports trimestriels techniques et financiers soumis par les différentes directions techniques nationales et régionales. Ce rapport annuel, servira de base à la revue sectorielle et à la préparation du plan d'action de l'année suivante. Les revues sectorielles annuelles permettront de faire l'évaluation technique et financière de la mise en œuvre du Plan, d'identifier les obstacles autant sur le plan des résultats que sur celui des financements, d'analyser les problèmes rencontrés et de proposer en consultation avec toutes les parties prenantes des mesures correctives nécessaires. Cette démarche permettra de valider la programmation pour l'année suivante.

Trois types d'évaluation sont envisagés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan, notamment une **évaluation annuelle**, une **évaluation à mi-parcours** et une **évaluation finale**. Ces évaluations visent à faciliter les prises de décision en termes d'ajustement technique et financier, éventuellement de la réorientation des options stratégiques ou de la redéfinition des objectifs du plan.

L'évaluation annuelle sera à la charge du CNN qui pourra recourir à des expertises externes. Cette évaluation sera alimentée par les rapports de suivi et se fera à chaque dernier trimestre de l'année. Elle a pour objectif de préparer, sur la base d'une analyse des résultats obtenus et des contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du Plan pour une année donnée, le plan de travail de l'année suivante. La revue annuelle du secteur de la nutrition permettra d'informer l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers sur l'évolution des

réalisations et de recueillir leurs conseils et recommandations en vue des ajustements à effectuer.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée par des acteurs externes indépendants de concert avec les partenaires techniques et financiers. Elle fournira aux ministères techniques, à la société civile et au CNN, les éléments nécessaires pour apprécier le processus de mise en œuvre dans sa globalité et prendre les décisions qui s'imposent pour la poursuite des actions ou pour une éventuelle réorganisation.

L'évaluation finale sera réalisée au terme de la mise en œuvre du Plan selon les mêmes principes que l'évaluation externe à mi-parcours. En focalisant ses analyses sur l'ensemble du Plan et sa mise en œuvre, l'évaluation finale indiquera le degré d'atteinte des objectifs et des résultats et mettra en relief les leçons à tirer dans le cadre de la reformulation d'un nouveau Plan.

Des **indicateurs** serviront de base pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre du Plan et formeront la base du **Cadre Commun des Résultats (CCR)**. Ces indicateurs, selon leur nature et dans la mesure du possible, seront désagrégés par axe d'intervention. Ils permettront à travers les évaluations, de suivre le degré d'avancement vers l'atteinte des principaux résultats du Plan et des objectifs poursuivis.

