

République de Côte d'Ivoire

Union – Discipline – Travail



Politique Nationale de Nutrition

Juin 2015

Table des matières

1.	CONTEXTE.....	1
2.	SITUATION DE LA MALNUTRITION EN COTE D'IVOIRE.....	2
2.1	La sous-nutrition	2
2.2	La surnutrition	4
2.3	Les conséquences de la malnutrition.....	Erreur ! Signet non défini.
3.	LES CAUSES DE LA MALNUTRITION EN COTE D'IVOIRE.....	4
3.1	Les causes immédiates	4
3.2	Les causes sous-jacentes	5
3.3	Les causes fondamentales	6
4.	LA REPONSE AUX PROBLEMES.....	7
4.1.	Secteur de la santé	8
4.2.	Secteur de l'agriculture	8
4.3.	Secteur de l'éducation, de la formation, et de la recherche.....	8
4.4.	Secteur de l'industrie et du commerce	9
4.5.	Secteur de la protection sociale	9
4.6.	Secteur de l'environnement, de l'assainissement et de l'eau potable	10
5.	SYNTHESES DES PROBLEMES ET ESQUISSE DES SOLUTIONS.....	10
6.	PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION	12
6.1.	Vision	12
6.2.	But	12
6.3.	Objectifs	Erreur ! Signet non défini.
6.4.	Principes directeurs voir principe SUN.....	13
6.5.	Résultats stratégiques pour l'amélioration de la nutrition.....	14
6.6.	Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale de nutrition	14
A.	Niveau National	14
B.	Niveau Régional.....	18

Sigles et abréviations

CCN	: Comité Communal pour la Nutrition
CCR	: Cadre Commun des Résultats
CDN	: Comité Départemental Multisectoriel pour la Nutrition
CIN2	: Deuxième Conférence Internationale de Nutrition
CNN	Conseil National pour la Nutrition
CNS	: Centre de Nutrition Supplémentaire
CRN	: Comité Régional pour la Nutrition
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
ESNAPOCI	: Enquête sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnels des Personnes vivant avec le VIH en Côte-d'Ivoire
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
IMC	: Indice de Masse Corporelle
MAM	: Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MinCom	: Ministère de la Communication
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
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 des Transports
NCHS	: National Center for Health Statistics
OBFI	: Organisations Basées sur la Foi
OEVI	: 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
PNDSS	: Programme National de Développement Sanitaire
PNTA	: Programme National d'Investissement Agricole
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
SUN	: Scaling Up 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

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

La malnutrition, sous toutes ses formes, nuit à la santé et au bien-être des populations. Elle constitue également un lourd fardeau de par ses conséquences socioéconomiques négatives pour l'individu, la famille, la communauté et l'État.

Aujourd'hui, près du tiers des enfants de moins de cinq ans a un retard de croissance et les trois-quarts souffrent d'anémie. Le quart des femmes en âge de procréer est en surpoids ou obèses et près de deux adultes sur cinq souffrent d'hypertension artérielle.

Les enfants atteints de retard de croissance ont un retard de développement cognitif qui affecte négativement leur rendement scolaire et compromet durablement leur productivité au travail et leurs revenus lorsqu'ils deviennent des adultes. Ces enfants grandissent également avec un risque plus élevé de devenir obèses et de souffrir de certaines maladies chroniques dont les prévalences sont en hausse dans notre pays. Tout ceci contraint considérablement le développement du capital humain et menace de mettre durablement en péril nos objectifs de développement économique et social.

Il est donc impératif, pour des raisons sanitaires, éthiques, politiques, sociales et économiques, de mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes avec un accent particulier sur les groupes vulnérables.

La crise politique et militaire que nous avons traversée a fortement limité nos capacités d'action. Cependant, le pays dans son ensemble a réussi à réduire le retard de croissance de près d'un quart entre 2006 et 2012.

Afin de consolider les acquis et renforcer la lutte contre la malnutrition, l'Etat de Côte d'Ivoire, reconnaissant que les causes de la malnutrition sont complexes et multifactoriels et que les actions efficaces requièrent une convergence et une synergie des efforts de tous les secteurs concernés, a créé en juillet 2014 le Conseil National pour la Nutrition, présidé par le Premier Ministre. Ce Conseil offre une plate-forme de coordination des actions entreprises au niveau de tous les secteurs en vue d'une gestion plus efficace et d'une programmation plus efficiente des interventions de nutrition.

La nouvelle politique de nutrition définit les orientations pour une réponse coordonnée des différents secteurs afin d'améliorer durablement le statut nutritionnel de la population et de favoriser une croissance et un développement plus inclusif. A travers cette Politique Nationale de Nutrition, le Gouvernement de Côte d'Ivoire réaffirme que la nutrition est une priorité nationale.

Le Premier Ministre

Daniel Kablan Duncan

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 ; 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 Soudanéen. 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°C¹.

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 également répartie entre zones rurales (50%) et urbaines (50%). Elle est composée de 52% d'hommes et 48% de femmes dont approximativement 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 territoire².

La Côte d'Ivoire a un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant d'environ 990 000 FCFA (1520 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, dominée 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 pays³.

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%)⁴ ont, entre autres, impacté négativement la situation nutritionnelle dans le pays.

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.

¹ Programme National de Développement, 2012-2015

² RGPH, 2014

³ World Development Indicator, World Banque, 2014

⁴ Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages (ENV), 2008

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

2. SITUATION DE LA MALNUTRITION EN COTE D'IVOIRE

2.1 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%⁵ en 2006 selon les normes NCHS, elle est passée à 29,8%⁶ 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 a touché en 2012 7,5%⁷ 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 2006⁸ à 14,9%⁹ 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'âges¹⁰.

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-Ouest¹¹.

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.

⁵ MICS 2006, selon les normes NCHS

⁶ EDS MICS 2011- 2012, selon les normes de l'OMS

⁷ EDS-MICS 2011-2012

⁸ MICS 2006

⁹ EDS-MICS 2011-2012

¹⁰ EDS-MICS 2011-2012

¹¹ EDS-MICS 2011-2012

33,1% des enfants Orphelins et Enfants rendus Vulnérables (OEV) du fait du VIH de 6 à 59 mois étaient malnutris¹².

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 ans¹³. 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 hommes¹⁴.

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 risque¹⁵. 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%¹⁶.

S'agissant de la prévalence de la carence en iode, la consommation quasi-universelle du sel iodé en Côte d'Ivoire (90% des ménages) porte à croire qu'elle est très faible et que les troubles dus à la carence en iode sont en voie d'élimination¹⁷. La prévalence du goitre chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire est passée de 40% en 1994 à 4,8% en 2004¹⁸.

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'hémorragies post partum. Cette intervention mériterait d'être prise en compte vu le taux important de mortalité maternelle.¹⁹

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 cas²⁰ 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 11,1% de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) et 0,8% de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS).

¹² Enquête sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, ESNAPOCI, 2009

¹³ EDS-MICS 2011-2012

¹⁴ PIPAF, Projet Ivoirien pour la promotion des aliments fortifiés, 2007

¹⁵ ENMCI, Enquête Nutritionnelle de Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

¹⁶ Lancet, 2008, 2013

¹⁷ EDS-MICS 2011-2012

¹⁸ ENMCI, Enquête Nutritionnelle de Mortalité en Côte d'Ivoire, 2004

¹⁹ OMS, Stratégie Mondiale pour l'Alimentation, 2004

²⁰ Rapport d'Activité de la Maison d'Arrêt d'Abidjan, 2014

2.2 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 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 25.²¹ 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.²²

Concernant les maladies chroniques non-transmissibles liées à l'alimentation, les estimations de 2008²³ 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.²⁴

3. LES CAUSES DE LA MALNUTRITION EN COTE D'IVOIRE

3.1 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.²⁵ 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.²⁶ 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.²⁷

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

²¹ EDS-MICS 2011-2012

²² STEPS, 2005

²³ NNP, OMS, PROFILE des pays pour les maladies non transmissibles, 2014

²⁴ STEPS, 2005

²⁵ Banque Mondiale, World Development Indicator, Côte d'Ivoire, 2014

²⁶ INS, Côte d'Ivoire, Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence, 2012

²⁷ EDS-MICS 2011-2012

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.²⁸

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.²⁹

3.2 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.³⁰ 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%³¹ 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%.³²

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.³³ 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 seulement 27% avait du matériel de communication pour le changement des comportements.³⁴ Concernant l'accès à l'eau et à

²⁸ OMS, 2011

²⁹ EDS-MICS 2011-2012

³⁰ EASA, 2009.

³¹ Carte FAO de la Faim dans le Monde, 2015

³² INS, Côte d'Ivoire, Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence, 2012

³³ EDS-MICS 2011-2012

³⁴ RAS, 2013

l'assainissement, en 2012, près du tiers des ménages vivant en zone rurale n'avait pas accès à l'eau potable. Environ 80% des ménages en zone rurale n'avait pas accès à des systèmes d'assainissement de base comme les latrines. 51% de la population en milieu rural pratiquait la défécation à l'air libre et seulement la moitié des mères se débarrassait des selles de leurs enfants de manière hygiénique. Environ 63 % des personnes âgées de 15 à 49 ans souffrait d'un déficit en matière d'alphabétisation.³⁵

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 1ère visite après le 4^{ème} mois est de 30%. Par ailleurs, la couverture des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est évaluée à 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 et d'autonomisation des femmes 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 sanitaire.³⁶

Par ailleurs, le taux d'allaitement exclusif bien qu'ayant triplé de 4% en 2006³⁷ à 12%³⁸ en 2012, reste très loin des objectifs de 50% à atteindre d'ici 2025, défis de l'Assemblée Mondiale de l'OMS. 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.³⁹

3.3 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 2008⁴⁰. En 2012, 53% des femmes en âge de procréer n'avait aucun niveau d'instruction. L'analyse de l'évolution des paramètres climatiques durant les 50 dernières années a permis d'attester le changement climatique en Côte d'Ivoire marqué, entre autres, par une élévation des températures et le déplacement des saisons qui affectent la production agricole.⁴¹

³⁵ UNICEF/OMS ; Joint Monitoring Programme, JNV, 2014

³⁶ EDS-MICS 2011-2012

³⁷ MICS, 2006

³⁸ EDS-MICS 2011-2012

³⁹ EDS-MICS 2011-2012

⁴⁰ ENV, 2008

⁴¹ EDS-MICS 2011-2012

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

3.4 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 soit près de 486 milliards FCFA. A titre d'exemple, la mauvaise pratique de l'allaitement fait perdre 105 milliards de FCFA.⁴³

Quant au surpoids et à l'obésité, ils sont responsables du développement des maladies chroniques non transmissibles qui pèsent lourd dans les dépenses de l'Etat et des ménages.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

4. LA REPONSE AUX PROBLEMES

En plus de son engagement pour la nutrition à travers la ratification de tous les engagements internationaux relatifs à la nutrition, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a pris des actions au niveau réglementaire et programmatique en faveur de la nutrition. Des mesures concrètes ont été 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 1er 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

⁴² OMS, 2011

⁴³ PROFILES 2005

⁴⁴ UNICEF/ UNU/OMS, Iron deficiency anemic assessment. A guide for programme Managers, 2001

⁴⁵ Lancet 2008,2013

⁴⁶ Lancet 2008,2013

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

d'Ivoire, la prise récente du décret réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel.

En plus du domaine de la santé, les secteurs de l'Agriculture, la Protection Sociale et de l'Education reconnaissent l'importance de la nutrition à travers leurs programmes nationaux notamment le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) 2012-2016, la Stratégie Nationale de Protection Sociale 2013-2015 et la Politique Nationale de l'Alimentation Scolaire 2012-2017.

4.1. Secteur de la santé

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, à travers le Programme National de Nutrition, établi en 2001, travaille à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population ivoirienne, en particulier les groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de procréer, par des activités de type curatif, préventif et promotionnel. Ce programme est rattaché à la Direction de la Santé Communautaire (DSC) qui est sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé (DGS). La lutte contre la malnutrition a toujours fait partie des missions des services de santé (primaire, secondaire et tertiaire) à travers plusieurs activités parmi lesquelles (i) les interventions de nutrition à base communautaire ; (ii) l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) ; (iii) le suivi et la promotion de la croissance des enfants et le suivi du gain pondéral des femmes enceintes ; (iv) la supplémentation en vitamine A et en fer ; (v) la promotion et la fortification des aliments en micronutriments ; (vi) la prise en charge des cas de malnutrition ; (vii) les activités de nutrition scolaire ; (viii) la nutrition et le VIH/Sida ; (ix) et le renforcement de capacité des agents de santé et des travailleurs sociaux en nutrition.

4.2. Secteur de l'agriculture

Afin de réduire la vulnérabilité nationale à l'insécurité alimentaire, des actions sont entreprises tant au niveau des pouvoirs publics que du secteur privé. Ainsi, le gouvernement a adopté un Programme National d'Investissement Agricole (2010 – 2015) qui est le cadre de référence pour les interventions publiques dans le secteur agricole (agriculture, élevage, eaux et forêt). Le PNIA a pour objectif d'accroître la production agricole (à au moins 9%), de réduire la pauvreté et d'assurer la sécurité alimentaire. Ce qui suppose des progrès importants à réaliser dans les filières vivrières pour assurer l'autosuffisance alimentaire. A cet effet, des stratégies sous-sectorielles ont été adoptées. Il s'agit de la Stratégie Nationale de Développement du Riz (SNDR 2012-2020) et la Stratégie Nationale de Développement des Cultures Vivrières autres que le riz (SNDCV 2015-2020) développées par le Ministère de l'Agriculture (MINAGRI). Par ailleurs, un Plan Stratégique de Développement de l'Elevage, de la Pêche et de l'Aquaculture en Côte d'Ivoire (PSDEPA-CI 2015 – 2020) a été initié par le Ministère des Ressources Animales et Halieutiques (MIRAH).

4.3. Secteur de l'éducation, de la formation, et de la recherche

Depuis 1998, le Gouvernement s'est engagé dans un programme intégré de pérennisation des cantines scolaires (PIP/CS), qui vise à aider les communautés rurales et périurbaines à gérer

leurs cantines en leur fournissant des intrants alimentaires et agricoles et en leur offrant une formation pour le développement d'activités génératrices de revenus. La stratégie nationale d'alimentation scolaire pour la période 2012-2017 a pour intervention essentielle le renforcement des moyens de production des groupements féminins mobilisés autour des cantines.

En ce qui concerne la recherche, un certain nombre de structures existent avec des missions d'accompagnement de l'action publique pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Il s'agit notamment du Centre National de Recherche Agronomique (CNRA), du Centre de Recherches Océanologiques d'Abidjan (CRO), de l'Ivoirienne de Technologie Tropicale (I2T). D'autres structures de recherche tels que le Centre Ivoirien de Recherche Economique et Social (CIRES), le Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS), les universités participent aux efforts de recherche en Côte d'Ivoire.

4.4. Secteur de l'industrie et du commerce

La Nouvelle Politique Industrielle (NPI 2012 – 2020) en cours d'élaboration mais dont les grandes lignes ont été adoptées, envisage entre autres, de renforcer la transformation des productions locales surtout les produits de base exportés de façon brut.

Au niveau du commerce, la stratégie de lutte contre la cherté de la vie a été mise en place, contribue à améliorer l'accès financier aux denrées alimentaires des populations. Egalement des actions sont entreprises pour assurer le contrôle de la qualité des produits mis sur le marché. L'Office d'appui à la Commercialisation des Produits Vivriers (OCPV) sous la tutelle du Ministère du Commerce, facilite l'organisation des circuits de commercialisation. Il gère un système d'information sur les prix des produits agricoles et les volumes disponibles.

4.5. Secteur de la protection sociale

En matière de promotion et d'autonomisation de la femme, la Politique Nationale sur l'Egalité des Chances, l'Equité et le Genre adoptée en 2009, vise entre autres à réduire le taux de pauvreté chez les femmes qui représente une cause principale de malnutrition.

La Politique Nationale de Protection de l'Enfant élaborée et adoptée en 2012 axe ses interventions sur la lutte contre les phénomènes de violence, abus et exploitation pouvant entraver le développement de l'enfant, par des actions de prévention et de prise en charge. A cet effet, les pratiques liées aux pesanteurs socioculturelles qui ont un impact néfaste sur l'enfant, notamment les tabous relatifs à la grossesse et à l'accouchement, la nutrition et le sevrage du nourrisson, sont répertoriées dans son champ d'actions. Cela afin d'y mettre fin, à travers la répression et la promotion des pratiques traditionnelles positives, conformes aux droits fondamentaux de la personne humaine.

La Politique Nationale de Protection Sociale, adoptée par le Gouvernement en mai 2014, identifie l'insécurité alimentaire et la malnutrition comme faisant partie des risques les plus graves auxquels les populations font face surtout les plus pauvres. La stratégie récemment adoptée envisage d'élargir progressivement un système plus complet et plus efficace de protection tout en accordant la priorité à des mesures et programmes qui réduisent la

vulnérabilité des couches les plus pauvres et à haut risque. Dans ce cadre, les dispositifs de protection sociale non contributive (transferts sociaux, travaux à haute intensité de main d'œuvre, services d'action sociale, etc.) seront développés. Par ailleurs, l'assurance maladie sera renforcée.

4.6. Secteur de l'environnement, de l'assainissement et de l'eau potable

Les actions du Gouvernement en matière d'eau potable portent sur (i) la généralisation de l'Hydraulique Villageoise Améliorée (HVA) ; (ii) la poursuite de la réalisation et la réhabilitation des points d'eau en faveur du monde rural ; (iii) le renforcement des ouvrages de production et de distribution d'eau actuellement non fonctionnels ; (iv) la création de points d'eau équipés de pompes manuelles dans les villages et campements d'une population d'au moins 100 habitants ; (v) la redynamisation des comités villageois d'entretiens des pompes par la sensibilisation plus accrue, l'encadrement et l'assistance des populations rurales bénéficiaires des points d'eau.

Bien que l'assainissement soit reconnu comme essentielle pour la santé et la nutrition, il est faiblement pris en charge au niveau national et dans les régions. Les systèmes de collecte des ordures sont peu efficaces. Des efforts ont été entrepris par le Gouvernement au sortir de la crise post-électorale dans le cadre du Programme Présidentiel d'Urgence qui a permis d'initier de gros investissements au niveau des zones urbaines particulièrement à Abidjan, et de mettre des ressources à disposition au niveau des communes pour la gestion des ordures. Au niveau rural, cette question reste encore moins traitée.

5. SYNTHÈSES DES PROBLÈMES ET ESQUISSE DES 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.

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.

Les pesanteurs socioculturelles entravent l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles: des actions de sensibilisation auprès des communautés pourraient aider au changement de comportement des populations.

Afin de répondre aux problèmes mentionnés ci dessus et de manière durable, le Président de la République a réaffirmé son engagement à travers le décret n° 2014-433 du 16 juillet 2014 portant création du Conseil National pour la Nutrition (CNN). Ce Conseil offre 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.

6. PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

La Politique de Nutrition adoptée en 2008 embrassait déjà l'approche multisectorielle comme moyen d'intensification des actions dans le secteur de la nutrition. Cependant, aucun cadre formel de coordination et de suivi des actions à travers les différents secteurs n'était disponible.

La révision actuelle de la Politique Nationale de Nutrition permet d'opérationnaliser l'approche multisectorielle, notamment en déclinant les responsabilités dans le cadre d'une plate-forme multisectorielle de concertation et de suivi des actions en faveur de la nutrition.

6.1. Vision

La nouvelle politique de nutrition ambitionne 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. »

6.2. Objectif Général

L'objectif général du Plan National Multisectoriel pour la Nutrition 2016-2020 est d'améliorer le statut nutritionnel de la population.

6.3. Objectifs Spécifiques

De façon spécifique il s'agira de :

- 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.

6.4. 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 cantine scolaires à 100% dans les régions à forte prévalence de la malnutrition et d'insécurité alimentaire;
- Apporter des services sociaux à 70% de la population hautement vulnérable.

6.5. Valeurs et principes directeurs

La politique National de Nutrition adopté en 2010 par le gouvernement reconnait les valeurs et principes directeurs qui suivent en accordance avec ceux prônés par le mouvement SUN

6.5.1 Valeurs

Le droit à l'alimentation et à la nutrition

La bonne alimentation et la nutrition sont des droits fondamentaux pour la population ivoirienne.

L'équité

Tous doivent avoir accès aux facteurs de production, aux services nutritionnels, à l'éducation et à la santé. L'Etat accordera une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements défavorisés.

L'éthique

L'ensemble des actions de nutrition qui seront menées ainsi que leur évaluation doivent être guidées par la morale et le respect de la dignité humaine.

La bonne gouvernance

La gestion des interventions nutritionnelles et des ressources doit être guidée par un souci de transparence, de clarté et de responsabilité.

6.5.2 Principes directeurs

La décentralisation

La Côte d'Ivoire est engagée dans une politique de bonne gouvernance, avec une décentralisation des structures politiques et administratives. C'est l'expression d'une option politique qui traduit une volonté de responsabiliser les acteurs à la base (participation communautaire) dans leur choix et leurs options en matière de développement y compris les activités de nutrition.

La coordination intra et intersectorielle

La collaboration de différents secteurs basée sur la complémentarité des diverses interventions, est essentielle pour répondre efficacement aux besoins alimentaires et nutritionnels de la population. Les mesures à prendre pour résoudre les problèmes nutritionnels sont la responsabilité de tous, chacun dans son domaine de compétence. Dans le cadre de cette politique, les différents acteurs et secteurs sensibles à la nutrition seront pris en considération et impliqués (agriculture et sécurité alimentaire, pêche, santé, éducation, environnement, culture, communication sociale).

La pérennisation

Les services gouvernementaux et les communautés de base doivent prendre en charge la lutte contre la malnutrition dans le but d'en pérenniser les gains. Les différents partenaires techniques devraient accorder une attention particulière au transfert des connaissances et des compétences vers les services gouvernementaux concernés afin de les rendre capables d'assurer la continuité des interventions et de les intégrer dans les plans de développement.

Le partenariat

Des partenariats sont encouragés avec les différents acteurs multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux, conformément aux lignes directrices et orientations stratégiques du Gouvernement. Une plus grande participation et l'implication du secteur privé, des communautés de base et les chefs traditionnels et religieux sont également encouragés pour atteindre les objectifs énoncés dans le présent document de politique.

6.6. Résultats stratégiques pour l'amélioration de la nutrition

La Politique Nationale de Nutrition s'articule autour de 7 résultats stratégiques qui permettront 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* ».

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.

6.7. Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale de nutrition

La coordination sera assurée tant au niveau national, régional et départemental en vue d'une synergie multisectorielle, pour traduire en action l'engagement de l'État.

6.7.1 Niveau National

Sous l'autorité du Premier Ministre, un Conseil National de Nutrition, en abrégé CNN, assurera la coordination multisectorielle de la nutrition au niveau national en Côte d'Ivoire. Le CNN est composé de (i) le Comité Décisionnel ; (ii) le Comité Technique ; (iii) le Point Focal SUN ; (iv) le Secrétariat Technique Permanent ; et (v) les Comités régionaux de nutrition.

Le CNN est chargé de :

- définir les orientations et les priorités nationales en matière de nutrition et de sécurité nutritionnelle;
- impulser le passage à l'échelle des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition;
- 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;
- assurer l'intégration des programmes et indicateurs de nutrition dans la stratégie de relance et de croissance économique et les plans sectoriels;
- améliorer la coordination et la concertation entre les parties prenantes en vue de rendre efficace leur contribution dans le domaine de la sécurité nutritionnelle;
- appuyer la programmation et la mise en œuvre des actions autour du Cadre commun des résultats budgétisé, accepté par l'ensemble des parties prenantes et impliquant une redevabilité mutuelle;
- faciliter la mobilisation des ressources financières et techniques à travers la concertation et le plaidoyer autour du Cadre Commun des Résultats;
- évaluer les progrès réalisés dans l'exécution de la politique nationale de nutrition ;
- promouvoir le partage et la diffusion de l'information.

6.7.1.1 Le Comité Décisionnel

Le Comité Décisionnel a pour missions :

- de prendre les décisions politiques et financières sur la base des propositions du Comité Technique ;
- d'adopter la politique nationale et le plan stratégique de nutrition et de sécurité nutritionnelle ;
- de valider le Cadre commun des résultats et du mécanisme de suivi-évaluation proposé par le Comité Technique ;
- de veiller à l'implication de tous les acteurs autour du Cadre Commun des Résultats ;
- d'assurer le suivi pour l'atteinte des objectifs du Cadre Commun des Résultats ;
- de mobiliser les ministères non permanents sur des thématiques spécifiques ;
- d'évaluer les progrès réalisés dans l'exécution de la politique nationale de nutrition ;
- de valider les rapports trimestriels à soumettre au Conseil des Ministres sur les activités du CNN.

Le Comité Décisionnel est Présidé par le Premier Ministre. Il comprend en outre :

- le Ministre chargé du Plan et du Développement;
- le Ministre chargé des Affaires Sociales ;
- le Ministre chargé de l'Economie et des Finances ;
- le Ministre chargé de l'Hydraulique Humaine ;
- le Ministre chargé de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique ;
- le Ministre chargé du Commerce ;
- le Ministre chargé de la Recherche Scientifique ;
- le Ministre chargé des Ressources Animales et Halieutiques ;
- le Ministre chargé de la Santé et de la Lutte contre le SIDA ;
- le Ministre chargé de l'Agriculture ;
- le Ministre chargé de l'Industrie ;
- le Ministre chargé de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ;
- le Ministre chargé du Budget.

Le Comité Décisionnel se réunit une fois par trimestre sur convocation de son Président. En fonction des thématiques traitées lors des réunions du Comité Décisionnel, le Président du Comité peut convier des personnes ressources.

Le secrétariat du Comité décisionnel est assuré par le Point Focal SUN.

6.7.1.2 Le Comité Technique

Sous l'autorité du Comité Décisionnel, le Comité Technique est chargé de :

- conduire le processus technique d'élaboration de la politique nationale de nutrition et de sécurité nutritionnelle ;
- élaborer et proposer au Comité Décisionnel le Cadre Commun des Résultats pour la nutrition sur la base de la cartographie et des gaps ;
- identifier le rôle de chaque acteur pour la réalisation du Cadre Commun des Résultats ;
- identifier les besoins en renforcement de capacités ;
- réaliser l'estimation des coûts pour chaque composante du Cadre Commun des Résultats et l'analyse des financements disponibles et des gaps ;
- définir le mécanisme de suivi-évaluation ;
- définir et de mettre en œuvre les activités de plaidoyer pour la nutrition ;
- rédiger le rapport à remettre au Comité Décisionnel sur l'état d'avancement et la proposition de toutes décisions nécessaires à la bonne réalisation du Cadre commun des résultats ;
- suivre la mise en œuvre des activités du CNN ;
- élaborer des programmes trimestriels et annuels de travail ;
- élaborer les budgets annuels ;
- élaborer les rapports d'exécution des activités du CNN.

Le Comité Technique est présidé par un représentant du Premier Ministre, désigné Point Focal SUN. Il est composé :

Au titre du secteur public :

- d'un représentant du Ministère en charge du Plan et du Développement ;
- d'un représentant du Ministère en charge des Affaires Sociales ;
- d'un représentant du Ministère en charge de l'Economie et des Finances ;
- d'un représentant du Ministère en charge de l'hydraulique humaine ;
- d'un représentant du Ministère en charge de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique ;
- d'un représentant du Ministère en charge du commerce ;
- d'un représentant du Ministère en charge de la Recherche Scientifique ;
- d'un représentant du Ministère en charge des Ressources Animales et Halieutiques ;
- d'un représentant du Ministère en charge de la Santé et de la Lutte contre le SIDA ;
- d'un représentant du Ministère en charge de l'Agriculture ;
- d'un représentant du Ministère en charge de l'Industrie ;
- d'un représentant du Ministère en charge de la Famille, de la Femme et de l'Enfant ;
- d'un représentant du Ministère en charge du Budget ;
- d'un représentant de la Commission des Affaires Sociales et Culturelles de l'Assemblée Nationale de Côte d'Ivoire.

Au titre du secteur privé :

- deux représentants de la Confédération patronale des entreprises, dont l'un provenant de l'industrie de la chaîne alimentaire ;

- un représentant de la chambre consulaire nationale ;
- un représentant de la faïtière des petites et moyennes entreprises.

Au titre des organisations de la société civile

- deux représentants des organisations non gouvernementales nationales significatives, dont l'un intervenant dans la promotion de l'allaitement ;
- deux représentants des fédérations significatives d'associations de consommateurs ;
- un représentant des organisations professionnelles ;
- un représentant des organisations nationales significatives de femmes ;
- un représentant de faïtières de collectivités territoriales.

Au titre du secteur académique, de la recherche et de l'éducation :

- un représentant des Universités intervenant dans le secteur de la nutrition ;
- deux représentants des Instituts de recherche et des organismes de financement de la recherche ;
- un représentant d'un centre de formation national intervenant dans le secteur de la nutrition.

Au titre des Partenaires Techniques et Financiers

- quatre représentants du Système des Nations Unies ;
- un représentant des partenaires multilatéraux ;
- deux représentants des partenaires bilatéraux ;
- deux représentants des Organisations Non Gouvernementales internationales.

Les membres du Comité Technique sont nommés par arrêté du Premier Ministre sur proposition des structures dont ils relèvent. Les mandats des membres représentant le secteur privé, la société civile et le secteur académique ont une durée de trois ans, renouvelables une fois.

Le Comité Technique se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son Président et rend compte, chaque trimestre, au Comité Décisionnel lors des réunions ordinaires de celui-ci.

Le Comité Technique peut décider, dans la mise en œuvre de ses missions de créer des sous-comités ou groupes de travail, dont il détermine les attributions, l'organisation et éventuellement la durée des missions.

6.7.1.3 Le Point Focal SUN

Le Point Focal Sun a pour mission de coordonner les rapports et les actions multisectorielles entre les ministères compétents et les principaux partenaires pertinents, de la société civile, les donateurs, les organisations des Nations-Unies et les universités, ainsi que les soutiens technique et financier externes de partenaires clés de la société civile, des donateurs, des organisations des Nations-Unies et des universités.

Le Point Focal SUN est chargé de :

- présider personnellement la plate-forme multi-acteurs ;
- assurer le secrétariat du Comité Décisionnel ;
- mobiliser tous les acteurs autour du Cadre commun des résultats ;
- mobiliser les ressources pour l'atteinte des objectifs ;
- assurer le suivi pour l'atteinte des objectifs et indicateurs en matière de nutrition définis par le CNN ;
- assurer la liaison entre le Comité Technique et le Comité Décisionnel ;

- assurer les échanges avec le chef de file des partenaires au développement ;
- assurer les échanges avec le Groupe de Pilotage « Scaling Up Nutrition » SUN ;
- assurer les échanges avec les autres plateformes techniques liées à la sécurité nutritionnelle.

6.7.1.4 Le Secrétariat Technique Permanent

Le Secrétariat Technique Permanent est chargé :

- d'assister, en permanence, le Point Focal SUN dans ses missions et assure au quotidien la gestion du Comité technique;
- de collecter et de faciliter le partage de l'information entre les membres du Comité technique et des sous-comités;
- de préparer les réunions du Comité Technique en liaison avec le Point Focal SUN;
- d'appuyer l'organisation des réunions du Comité technique et d'en assurer le secrétariat;
- d'assurer la coordination des travaux des Sous-Comités Techniques thématiques;
- d'appuyer le suivi des travaux pour l'atteinte de résultats et indicateurs du CNN;
- d'assurer la liaison avec l'ensemble des parties prenantes et le Comité technique, et entre le Comité technique et le Comité décisionnel.

Le Secrétariat Technique Permanent est assuré, à plein temps, par un Point focal technique-santé et trois cadres issus respectivement du Ministère de l'Agriculture, du Ministère des Ressources Animales et Halieutiques et du Ministère du Plan, tous nommés par arrêté du Premier Ministre sur propositions des structures dont ils relèvent.

Le Point focal technique-santé assure la coordination des activités du Secrétariat Technique Permanent. Dans le cadre de ses missions, le Secrétariat Technique Permanent peut requérir l'assistance de personnes ressources, notamment d'un représentant du Système des Nations Unies (SNU).

6.7.2 Niveau Régional

Sous l'autorité du Préfet de Région, un Comité Régional de Nutrition assurera la coordination multisectorielle de la nutrition dans chaque Région administrative de la Côte d'Ivoire. Le Préfet de Région sera secondé par le Président du Conseil Régional de la localité considérée.

Le Comité régional de nutrition sera chargé dans son ressort territorial de :

- faciliter la mise en œuvre des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs ;
- concourir à la sensibilisation des populations cibles du programme ;
- mener à bien toutes les actions nécessaires à l'atteinte desdits objectifs, sur saisine du Secrétariat Technique Permanent ;
- suivre l'orientation stratégique et la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de nutrition ;
- Evaluer la mise en œuvre du Cadre Commun des Résultats et de proposer toutes mesures correctives ou d'impulsion nécessaires.

La composition du Comité régional de nutrition, son organisation et son fonctionnement sont déterminés par arrêté du Premier Ministre.