

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice



POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION



FEVRIER 2016

PREAMBULE

La fin du compte à rebours des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 1990-2015 au Burkina Faso a vu la réalisation d'importants progrès dans la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes au regard des données des différentes enquêtes réalisées.

En effet, la malnutrition chronique est passée de 35,1% à 30,2% de 2009 en 2015, la malnutrition aigüe de 11,3% à 10,4% de 2009 en 2015. Malgré ces réductions substantielles, la situation nutritionnelle au Burkina Faso reste préoccupante.

Il faut également souligner que les maladies chroniques non transmissibles qui étaient autrefois propres aux pays développés prennent de plus en plus d'ampleur au Burkina Faso. Selon l'OMS, cette situation évoluera en s'aggravant dans les prochaines années si rien n'est fait. La prévalence des maladies cardiovasculaires est élevée comme témoignent les données de l'enquête STEPS 2013 dans la population de 25 à 64 ans : 17,6% d'hypertension artérielle, 4,9% de diabète, 75,8% des hommes et 77,9% femmes présentent un faible taux de cholestérol protecteur (HDL).

Au Burkina Faso, les facteurs déterminants de la malnutrition et des carences en micronutriments sont essentiellement liés aux mauvaises pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément, à la précarité des soins apportés aux enfants, à la persistance des maladies parasitaires et infectieuses, au faible accès des services de santé et des services sociaux, à l'insuffisance d'accès à l'eau potable, à l'insalubrité des aliments et aux mauvaises pratiques en matière d'hygiène et à certains pesanteurs socioculturelles. Ces déterminants seraient eux-mêmes influencés par l'insécurité alimentaire des ménages dans certaines régions, le faible niveau d'éducation des mères, la pauvreté et la situation précaire de la femme.

Ainsi, ces déterminants révèlent que la malnutrition est un problème transversal dont le dénouement requiert des actions multiformes et multisectorielles.

Conscient qu'un bon état nutritionnel des populations favorise la croissance macroéconomique et sociale, le Gouvernement a affiché une volonté politique pour accélérer le rythme de réduction de la malnutrition et en particulier la malnutrition chronique. La première politique de nutrition, élaborée en 2007 n'avait pas suffisamment pris en compte la multisectorialité et aussi elle n'était plus adaptée aux exigences actuelles de la lutte contre la malnutrition. La présente politique nationale de nutrition révisée tient compte des objectifs régionaux et internationaux : Objectifs pour le développement durable de l'après 2015, la stratégie régionale africaine de nutrition de l'Union africaine 2015-2025, la déclaration de Rome sur la nutrition et son cadre d'action issus de la deuxième conférence internationale sur la nutrition de 2014, la stratégie du mouvement « Scaling Up Nutrition » 2016-2020 et l'initiative REACH.

Grâce à l'adoption et la promulgation de cette politique nationale, le Gouvernement du Burkina Faso réaffirme son engagement à assurer une meilleure sécurité nutritionnelle de la population. En outre, ce document de politique nationale révisée devrait permettre de mieux

responsabiliser les secteurs sensibles et spécifiques de la nutrition, de donner des orientations actualisées à tous les acteurs et partenaires afin d'obtenir de meilleurs résultats.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARSN : African Regional Strategy of Nutrition (La stratégie régionale africaine de nutrition) ;

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant ;

ASBC : Agent de santé à base communautaire ;

ATPC : Assainissement Total Piloté par la Communauté ;

CRN : Conseil Régional de Nutrition ;

CRCN : Conseil Régional de Concertation en Nutrition ;

CNCN : Conseil National de Concertation en Nutrition ;

CNN : Conseil National de Nutrition ;

CNSA : Conseil National de Sécurité Alimentaire ;

CREN : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelles ;

CONASUR : Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation ;

CPN : Consultation Périnatale ;

CPS : Chimio prévention Saisonnier du Paludisme ;

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale ;

DGS : Direction générale de la santé ;

DSF : Direction de la santé de la famille ;

DRS : Direction régionale de la santé ;

EDS : Enquêtes Démographie et de Santé ;

ENIAB : Enquête Nationale d'Iode et de l'Anémie au Burkina Faso

HIMO : Haute Intensité de Main d'œuvre

HKI : Helen Keller international ;

IDH : Indice de Développement Humain

ISF : Indice synthétique de fécondité

IRSS : Institut de Recherche en Sciences de la Santé

INERA : Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles

IRSAT : Institut de Recherche en Sciences Appliquées et Technologies

IMC : Indice de masse corporelle

MAM : Malnutrition Aiguë Modérée

MAS : Malnutrition Aiguë sévère

MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action

ODD : Objectifs du Développement Durable

OIG : Organisation Intergouvernementale

OMD: Objectifs du millénaire pour le développement ;

OMS: Organisation mondiale de la santé ;

ONG : Organisme Non Gouvernemental

PADS: Programme d'appui au développement sanitaire ;

PDSN: Programme de développement santé et nutrition ;

PCIMA : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë

PCIME : Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PFNL : Produits Forestiers Non Ligneux

PMA: Paquet minimum d'activités ;

PNS : Politique nationale de santé

PNSAN : Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle

PNE : Politique nationale de l'eau

PNG : Politique nationale Genre

PNPS : Politique Nationale de Protection Sociale

PNAS : politique nationale d'action sociale

PSNA : Politique et stratégie nationale d'assainissement

PTME/VIH : Prévention de la Transmission Mère-Enfant/VIH

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PEV : Programme Elargi de Vaccination

REACH: Renew Effort Against Child Hunger

SCADD:Stratégie de croissance accélérée et de développement durable ;

SMART: Standardized monitoring assessment Relief Transition

SONU : Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence

SUN : ScalingUp Nutrition

TPI : Traitements Préventifs Intermittents

UNICEF:Fonds des nations unies pour l'enfance.

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

VIH : Virus Immuno-déficience humaine

I. CONTEXTE GENERAL DU BURKINA FASO

Le Burkina Faso, pays continental, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin. Le climat est de type tropical. Les changements climatiques exposent le pays à des risques permanents de sécheresse, de chaleur intense mais aussi des inondations.

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8228 villages.

Sur le plan démographique, la population est caractérisée par une forte croissance et sa jeunesse. Elle est estimée à 18 450 494 habitants¹ en 2015 avec un taux d'accroissement de 3,1% par an, un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6 enfants/femme et une espérance de vie estimée à 55,6 ans. La proportion d'enfants de zéro à quinze ans est estimée à 47% et celle de moins de cinq ans à 21%. Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes.

L'économie du pays repose sur l'agriculture, l'élevage et le secteur minier. Faisant partie des pays les moins avancés, le Burkina Faso occupe le 181^{ème} rang sur 187 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,402 en 2014. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté² est de 43,9% au niveau national.

Dans le domaine de l'éducation, en 2014, le taux brut de scolarisation est estimé au primaire à 83%, au post-primaire à 40,2% et au secondaire à 12,8%. Pour les filles, ce taux est de 83,2% au primaire, de 38,4% au post-primaire et de 9,8% au secondaire.

Sur le plan de la sécurité alimentaire : l'insécurité alimentaire des ménages touche plus d'un ménage sur trois³ (35,4%). Elle est plus ressentie en milieu rural (37%) qu'en milieu urbain (31%). En outre, selon les données du cadre harmonisé 2016, les provinces du Passoré, du Zandoma (Région du Nord), du Namentenga, du Bam, du Sanmatenga (Région du Centre nord), de la Gnagna, du Komondjoari, du Gourma (Région de l'Est), du Nounbiel (Région du Sud-ouest) et de l'Oudalan (Région du Sahel) sont touchées par l'insécurité alimentaire en ce qui concerne la période de Mars à Mai 2016.

Les inspections et contrôle/qualité montrent que le pays fait face à des problèmes de sécurité sanitaire des aliments dans les restaurants informels de la rue, certains aliments importés et certains aliments issus des récoltes ou produits localement. En effet, une étude multicentrique réalisée en 2014 sur la contamination du sorgho grain par les mycotoxines au Burkina Faso, révèle que sur 336 échantillons prélevés, 43,2% était contaminés.

La situation sanitaire au Burkina Faso, est caractérisée par des taux élevés de mortalité générale⁴ (11,8‰), de mortalité maternelle (341 pour 100.000 naissances vivantes), de mortalité néonatale (28‰) et de mortalité infanto-juvénile (129‰). Parmi les principales causes de mortalité infanto-juvénile, le paludisme représente 23,8%, les affections néonatales 21,9%, les infections respiratoires aiguës 13,4% et la diarrhée 11,5%. La malnutrition

¹ Projection INSD à partir du RGPH 2006

² INSD-EICVM 2009

³ Enquête nationale sur l'insécurité alimentaire et la malnutrition (ENIAM) 2008

⁴ Enquête Démographique et de Santé, INDS 2010

constitue une cause sous-jacente dans 35% des cas de décès. Le pays est situé sur la ceinture méningitique de la bande subsaharienne. Malgré une couverture vaccinale de la rougeole atteignant 99,7% depuis 2012, le pays connaît des foyers d'épidémies de rougeole. Le rayon moyen⁵ d'action des formations sanitaires est passé de 7,34 km en 2010 à 6,4 km en 2014 au niveau national.

II. SITUATION NUTRITIONNELLE

La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans est passée de 35,1% à 30,2% de 2009 en 2015. Cette prévalence cache des disparités au niveau régional. En effet, les régions des cascades, du Centre Est, du Centre Nord, de l'Est, du Nord, du Sahel et du Sud-Ouest, ont des prévalences dépassant le seuil critique de l'OMS (30%). En outre, la région du Sahel présente une prévalence de 46,6% se situant au-dessus du seuil d'urgence de l'OMS (40%).

La prévalence⁶ de la malnutrition aigüe globale a connu une légère régression passant de 11,3% à 10,4% de 2009 en 2015 pour les enfants de moins de cinq ans. Sur la même période, la prévalence de la forme sévère est passée de 2,7% à 2,2%. En 2015, les régions les plus touchées sont celles du Sahel, du Centre Sud, de la Boucle du Mouhoun, du Centre Ouest, de l'Est, du Nord, du Centre Nord, et du Sud-Ouest avec respectivement des prévalences de 15,5%, 12,4%, 12,3%, 11,5%, 11,1%, 11,1%, 11,1% et 10%, se situant au-dessus du seuil critique de l'OMS (10%).

Quant à l'insuffisance pondérale, la prévalence nationale est passée de 26% à 23% chez les enfants de moins de 5 ans de 2009 en 2015. Le faible poids de naissance (< 2500g) est passé de 9,4% à 9,5% de 2009 en 2015. En 2010, 16% des femmes en âge de procréer avaient un IMC en dessous de 18,5. Cette prévalence présente des écarts importants entre le milieu rural et le milieu urbain (19 % contre 8 %).

A ces différentes formes de malnutrition, s'ajoutent les carences en micronutriments. La carence en vitamine A, a une prévalence relative de 129 pour 1000 et une prévalence ajustée⁷ de la carence clinique traduite par la cécité nocturne estimée à 7%, donc bien supérieure à la norme de l'OMS (< 5%).

Pour ce qui est de la carence en fer, l'anémie toutes formes confondue touche⁸ 72,5% des femmes enceintes, 83,4% des enfants de 6-59 mois et 67,7% des enfants d'âge scolaire. En ce qui concerne la carence en iode, en l'absence d'étude de prévalence sur le goitre, L'ENIAB 2014, a montré que seulement 23% des ménages consomment du sel adéquatement iodé au Burkina Faso. Ces résultats ont également montré qu'il existe des différences de couverture en sel adéquatement iodé dans les régions : une bonne couverture dans l'Ouest du pays et une faible couverture à l'Est du pays en fonction de la provenance du sel importé.

Pour les cas des maladies chroniques liées à la nutrition, les résultats de l'enquête STEPS 2013, ont révélé que 13,4 % de la population présentait un surpoids et 4,5% une obésité. Cette situation est plus préoccupante dans les régions du Centre et des Hauts bassins qui abritent les grandes villes (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) dont les prévalences de surpoids sont respectivement de 30,6% et 22,7%. Par ailleurs, on note que 17,6% de la population âgées de 25-64 ans, présentait une hypertension artérielle et 4,9% souffrait de diabète.

⁵ Annuaire statistique Ministère de la santé

⁶ Rapport ENN de 2009 à 2014

⁷ EDS 2003

⁸ ENIAB 2014

Les données relatives à la sous-alimentation infantile, aux carences en micronutriments, à la surcharge pondérale et à l'obésité des enfants et des adultes montrent que le Burkina Faso est confronté au double fardeau nutritionnel (coexistence de différentes formes de malnutrition).

La situation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est préoccupante : le niveau des indicateurs n'est pas satisfaisant : la mise au sein précoce dans la première heure qui suit la naissance⁹ (41,6%), l'allaitement maternel exclusif (50,1%), la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins 12 mois (94,7%) et l'alimentation de complément (59%).

Les situations d'urgences sont de plus en plus récurrentes au Burkina Faso à l'instar des autres pays. Pour faire face à cette situation, le gouvernement a élaboré un plan national multi risque de préparation et de réponses aux catastrophes qui est actualisé chaque deux ans et prend en compte plusieurs secteurs dont la nutrition. En outre, suite à la crise alimentaire de 2012, un plan annuel de soutien aux populations vulnérables prenant en compte la nutrition est élaboré. L'organe national de gestion des situations d'urgences est le conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR).

III- ANALYSE DES CAUSES DE LA MALNUTRITION AU BURKINA FASO

Au Burkina Faso, plusieurs études ont été réalisées sur les causes de la malnutrition et les résultats montrent que ses déterminants sont multisectoriels et variables selon les régions. Cela corrobore avec le cadre conceptuel de la malnutrition de l'UNICEF (annexe 1) qui, constitue l'un des fondements clés de la multisectorialité en nutrition et montre que la malnutrition ne peut pas être réglée par un seul secteur. La lutte nécessite une approche multisectorielle et des interventions pertinentes qui s'adressent à la fois aux déterminants immédiats, sous-jacents et profonds. Aussi la sous nutrition maternelle et infantile est liée à trois causes : immédiates, sous-jacentes et profondes. Les interventions qui ont un impact nutritionnel sur la réduction des différentes formes de malnutrition ont été classé en deux types : les interventions spécifiques à la nutrition agissant les causes immédiates avec un objectif exclusivement nutritionnel et les interventions sensibles agissant sur les causes sous-jacentes en incluant un objectif spécifique nutritionnel et des résultats attendus sur la nutrition.

IV. PRINCIPALES INTERVENTIONS

4.1. Analyses des interventions spécifiques

4.1.1. Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA)

Suite aux crises alimentaires récurrentes dans la sous-région, le Burkina Faso à l'instar des autres pays du sahel, a élaboré et mis en œuvre la stratégie de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA). Avec le plan de passage à l'échelle, la prise en charge de la malnutrition aigüe a été intégrée dans le paquet minimum d'activité (PMA) des formations sanitaires publiques et confessionnelles. Pour améliorer la couverture des programmes, la composante communautaire a été mise en place depuis 2011 dans tous les districts sanitaires du pays. En outre, pour la MAS, la disponibilité des intrants couvre tout le pays mais pour la MAM seulement 7 régions bénéficient à ce jour d'appui en intrants nutritionnels.

Le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe a été révisé et validé en 2014 en prenant en compte les nouvelles normes de l'OMS.

⁹ ENN 2015

Les indicateurs de performances sont dans les normes SPHERE¹⁰ et normes nationales : Pour 2015 en ambulatoire, le taux de guérison, de décès et d'abandon étaient respectivement de 93,7%, de 0,9% et de 5,3%. En hospitalisation, ces taux étaient respectivement de 82,3%, de 12,9% et de 4,8%. En 2015, 83 % des cas de MAM et 100 % des cas de MAS dépistés ont été pris en charge.

Malgré l'amélioration de la prise en charge, des défis restent à relever par les acteurs. Il s'agit notamment de :

- L'élargissement de la disponibilité en intrants dans toutes les régions pour la prise en charge de la MAM ;
- L'amélioration de la couverture de la qualité de prise en charge de la malnutrition aigüe
- le renforcement de la mobilisation communautaire.

4.1.2. Interventions promotionnelles d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Le Burkina Faso s'est doté depuis 2013 d'un plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE. Ce plan définit le paquet d'activités à mettre en œuvre de façon progressive jusqu'en 2025. L'objectif est : « Augmenter le taux de pratique d'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois de 38% en 2012 à au moins 80% en 2025 et le taux de pratique d'alimentation minimale acceptable chez les enfants âgés de 6- 23 mois de 3,5% en 2012 à au moins 30% en 2025 ».

Pour réussir la stratégie, les femmes enceintes et allaitantes seront organisées en groupe d'auto soutien au niveau communautaire.

A ce jour, huit régions sont couvertes avec des niveaux de mise en œuvre différents.

La promotion de l'ANJE fait face à certains défis majeurs :

- Le renforcement de la promotion de l'ANJE au niveau communautaire, au niveau des formations sanitaires,
- la création d'un environnement favorable,
- la création d'un cadre juridique et réglementaire sur la commercialisation des substituts du lait maternel et
- la gestion de l'ANJE dans le contexte du VIH et des situations d'urgence.

4.1.3. Intervention de lutte contre les carences en micronutriments

Plusieurs stratégies sont développées pour la lutte contre les carences en micronutriments. Des campagnes de supplémentation en vitamine A associées au déparasitage sont organisées semestriellement à l'endroit des enfants de 6-59 mois. En plus, les femmes enceintes bénéficient de supplémentation en fer et acide folique dans les formations sanitaires de même que les enfants d'âge scolaire dans certaines provinces du pays.

Par ailleurs, le Burkina Faso s'est engagé depuis 2007 dans la fortification des aliments de grandes consommation notamment les huiles végétales en vitamine A et les farines de blé tendre en fer/acide folique. Aussi, le pays s'est engagé dans la stratégie d'iodation universelle du sel ayant abouti en 2013 à l'adoption d'un arrêté interministériel rendant obligatoire l'importation de sel iodé au Burkina.

L'engagement tant des acteurs du secteur privé que de l'état et de ses partenaires a permis d'engranger des résultats. Cependant des défis demeurent, il s'agit notamment de :

¹⁰ Normes SPHERE : PEC en Ambulatoire {(Taux guérison >75% ; Taux de décès <3%, Taux d'abandon <15%)} ; PEC en interne {(Taux guérison >75% ; Taux de décès <10%, Taux d'abandon <15%)}

- la pérennisation des campagnes de masse ;
- l'acquisition de premix pour la fortification des aliments ;
- le renforcement en équipement des unités de production et de contrôle des aliments fortifiés ;
- L'amélioration du contrôle qualité de sel importé tout au long de la chaîne (production, transport et stockage).
- Le renforcement de la communication sur les aliments enrichis

4.2. Analyses des interventions sensibles à la nutrition par secteur

Les interventions sensibles en nutrition n'ont pas encore bénéficiés d'une politique multisectorielle cohérente d'où la nécessité de fédérer les actions de chaque secteur.

4.2.1. Secteur de la Santé

Dans le cadre de **l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile**, le Burkina Faso a mis en œuvre plusieurs stratégies telles que la subvention des SONU, la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le plan de relance de la Planification familiale, etc. Cependant, il y a toujours nécessité d'améliorer la planification familiale et l'assistance qualifiée à l'accouchement. Selon l'annuaire statistique 2015 du Ministère de la santé, le taux de consultation prénatale à la 4^{ème} visite est de 34,1% et le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 82,5%. Le défi reste l'amélioration de la qualité de la CPN avec les conseils nutritionnels, l'utilisation du fer/acide folique et la mise au sein précoce dès les premières heures de l'accouchement.

Au niveau du planning familial, malgré les efforts pour rendre disponible les différentes méthodes contraceptives, la proportion du couple année de protection est 22,2% en 2015.

La mise en œuvre de la **stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)** à partir de 2003 constitue une belle opportunité d'intégration et d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition. Cependant selon les résultats d'une évaluation faite par la DSF en 2012, seulement 8,2% des enfants de 0 à 5 ans ont été pris en charge selon l'approche PCIME au plan national. Le nouveau statut¹¹ des agents de santé à base communautaire (ASBC) pourrait constituer une opportunité pour renforcer la PCIME communautaire et le dépistage.

Dans l'optique d'éliminer la persistance des foyers d'épidémies de rougeole, le Burkina Faso a introduit dans la vaccination de routine, une deuxième dose de VAR au 15^{ème} mois.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Burkina Faso a entrepris plusieurs campagnes de distribution de masse de Moustiquaires imprégnés à longue durée d'action (MILDA). En plus, des campagnes de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois ont été organisées à titre pilote en 2014 et en 2015. Chez les femmes enceintes, le taux¹² de traitement préventif intermittent (TPI₂) est de 66,8%. Malgré ces interventions, la prévalence reste élevée.

¹¹ Document sur le nouveau profil de l'ASBC

¹² Annuaire statistique 2014 MS

4.2.2. Secteur de l'agriculture et de la sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire repose sur quatre piliers que sont la disponibilité, l'accès, la stabilité et l'utilisation. Le diagnostic est fait sur la base des interventions sensibles du cadre commun des résultats.

Les cultures maraichères en contre saison (oignon tomates, choux, laitue,...) permettent aux agriculteurs/paysans et surtout aux femmes de développer une production végétale additionnelle en dehors de la saison des pluies, dont la commercialisation leur procure des revenus monétaires complémentaires fondamentaux pour les familles. La consommation des légumes produits est généralement très faible. Cette consommation est inhérente à la période de récolte, de plus, l'écoulement des légumes sur le marché demeure difficile.

Du reste, les défis suivants restent à relever :

- l'Organisation, la gestion et l'entretien des petits périmètres irrigués et barrages ;
- Le développement de la petite irrigation à partir de l'eau souterraine (puits et forages) ;
- La diffusion de technologies adaptées d'irrigation, de production et de transformation ; la diffusion de légumes hautement nutritif comme les feuilles de Moringa et de Baobab et les patates douces à chair orange riches en vitamines A ;
- La sensibilisation des petits exploitants familiaux à l'autoconsommation.

La production totale **des produits forestiers non ligneux** (PFNL) est estimée à 863 190 tonnes¹³, constituée essentiellement des amandes de karité et produits dérivés, de poudre de pain de singe, de feuilles et poudre de feuilles de baobab ; de graine et poudre de néré. Ils sont de plus en plus utilisés en milieu urbain essentiellement pour leurs valeurs nutritionnelles et en milieu rural surtout en période de soudure et de crise. La commercialisation de ces produits contribue à la résilience des ménages. En dépit de ces résultats fort encourageants, force est de constater que cette filière est confrontée à des difficultés de transformation, de promotion de la consommation et de commercialisation.

Des programmes de *promotion de l'utilisation des semences certifiées de variétés améliorées* au Burkina Faso, ont porté sur le riz, le maïs, le sorgho, le niébé, l'arachide et le sésame. Ces programmes ont permis le développement d'une filière semences qui produit chaque année, grâce à plus de 4000 producteurs semenciers, plus de 6 000 tonnes de semences qui sont certifiées par le Ministère de l'agriculture. Ce programme a permis l'augmentation notable des rendements surtout pour le riz et le maïs. Cependant, cette stratégie est confrontée à des défis notamment de vulgarisation auprès des producteurs et son extension à certaines cultures comme le mil.

Le **petit élevage** contribue d'une part à la sécurité alimentaire et nutritionnelle surtout par les revenus additionnels qu'il permet, qui permettent aux ménages d'acheter sur le marché des aliments complémentaires (huile, légumineuses poisson séché, condiments,...). Les revenus des produits animaux (surtout jeunes animaux vendus vivants pour leur viande) sont trop importants pour que se développent leur consommation directe qui reste réduites aux fêtes traditionnelles. Ainsi, au plan nutritionnel, la contribution du petit élevage à la couverture des besoins de la population demeure très faible (3,3 % pour l'énergie, 7 % pour les lipides et 10 % pour les protéines¹⁴).

¹³ Annuaire statistique 2008, Ministère de l'environnement

¹⁴ Annuaire statistique 2008 Ministère chargé des ressources animales

L'accessibilité des femmes aux ressources de productions agricole reste faible. Les déficis résident dans la capacité des organisations féminines existantes, l'inaccessibilité des femmes aux fonciers, l'appui des groupements féminins en petits matériels de transformations, l'accès des femmes aux technologies de production et transformation avec une faible pénibilité au travail.

4.2.3. Secteur de l'eau, d'hygiène et d'assainissement

L'accès à l'eau potable et à l'assainissement restent toujours limité en dépit des progrès enregistrés. Le taux d'accès à l'eau potable était de 76% au niveau national. Selon le lieu de résidence, 30,4% des ménages n'avaient pas accès à l'eau potable en milieu rural contre 6,5% en milieu urbain¹⁵.

Le taux d'accès des ménages à l'assainissement selon le milieu d'habitation en 2014 était de 32% en milieu urbain contre 9% en milieu rural¹⁶. Le taux de défécation à l'air libre était de 80,4% en 2010¹⁷ selon l'enquête nationale sur l'accès des ménages aux ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta.

Plusieurs interventions sensibles à la nutrition ont été développées par le secteur dont :

- la promotion de lavage des mains aux moments critiques ;
- l'accès aux infrastructures d'assainissement et à l'eau potable,
- la promotion des bonnes pratiques de transport, stockage, conservation et traitement de l'eau
- la promotion de la stratégie harmonisée de **l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)**.

Cette dernière stratégie (**ATPC**) adoptée en conseil de ministre en 2014 vise l'amélioration des conditions de vie des communautés en mettant fin à la défécation à l'air libre et aussi contribuer à l'atteinte de l'accès universel aux services d'assainissement d'ici 2030. Malgré les évidences scientifiques sur l'impact nutritionnel de ces interventions, des difficultés majeures subsistent quant à leur passage à l'échelle liées l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, matérielles, financières et de planification sur de long terme

4.2.4. Secteur de la protection sociale

Les programmes de protection sociale peuvent être regroupés en deux catégories : les filets sociaux et l'assurance sociale.

Les programmes de filets sociaux mis en œuvre portent principalement sur les transferts monétaires (cash transfert), les transferts en nature, les subventions et exemptions et les travaux à Haute intensité de main-d'œuvre (HIMO).

En matière de cash transfert, plusieurs expériences ont été développées dans les secteurs de l'agriculture, des ressources animales, de l'éducation et de l'action sociale et de certaines ONG. La plupart de ces interventions sont à titre pilote à l'échelle provinciale et couvre une faible partie des groupes cibles vulnérables. Avec l'appui de la Banque mondiale, le gouvernement s'est engagé dans un projet pilote de cash transfert appelé «BurkinNaongsaya» d'un coût de 25 milliards de FCFA exécuté par le Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Il existe aussi des distributions alimentaires ciblées pendant les périodes de soudures au profit des groupes vulnérables.

Des expériences pilotes d'exemption de frais de santé des enfants de moins de cinq ans et de gratuité de la prise en charge de la malnutrition sont mises en œuvre dans certains districts. Aussi, l'adoption de la loi portant sur l'assurance maladie universelle en 2015 constitue-t-elle

¹⁵INSD : Enquête multisectorielle continue 2014

¹⁶Rapport bilan du programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (PN-AEPA) 2014

¹⁷Rapport de l'enquête nationale sur l'accès des ménages aux ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta

une opportunité pour un passage à l'échelle de l'exemption des frais de santé des enfants de moins de cinq ans.

Dans le domaine de la protection sociale sensible à la nutrition, les défis actuels demeurent le passage à l'échelle de ces interventions pour couvrir le maximum de groupes vulnérables, l'élaboration d'un registre national unique de personnes vulnérables et la mobilisation des ressources.

4.2.5. Secteur de l'éducation

Au niveau de l'éducation, trois interventions sensibles sont mises en œuvre ; il s'agit de la scolarisation et le maintien des filles à l'école, la promotion d'activités de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire et les cantines scolaires avec un objectif nutritionnel.

Concernant **le maintien des filles à l'école**, le taux d'achèvement au primaire des filles est passé de 25,9% en 2004 à 59,7% en 2014, cachant d'énormes disparités entre les régions. L'écart entre les taux brut de scolarisation filles et garçons s'est réduit progressivement avec un indice de parité qui est de 1,01 au primaire et 0,92% au post-primaire en 2014.

La promotion des activités de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire reste parcellaire. Le défi actuel demeure la mise en œuvre effective du volet santé-nutrition du Programme de Développement Stratégique de l'Education de Base (PDSEB) qui prendra en compte tous les aspects essentiels liés à la santé scolaire, à la promotion de l'hygiène/assainissement dans les structures éducatives, à la nutrition scolaire avec un accent sur la vulgarisation de l'éducation nutritionnelle où il existe des modules déjà élaborés.

Les cantines scolaires ont été adoptées par l'Etat pour l'ensemble du pays. Toutefois, la couverture effective des besoins alimentaires des élèves pendant toute l'année scolaire et la diversification du panier alimentaire avec un objectif nutritionnel demeurent des défis importants à relever. Par ailleurs, les jardins scolaires qui sont censés améliorer la fourniture de repas équilibrés, ne sont fonctionnels que dans 10,06% des écoles en 2014¹⁸.

Cependant, parmi les différents groupes cibles, les adolescents non scolarisés ne sont pas suffisamment pris en compte par les interventions de nutrition.

4.3. Analyse du cadre institutionnel et organisationnel

Au Burkina Faso, les interventions de nutrition se retrouvent dans des politiques et programmes élaborés séparément dans différents départements ministériels comme par exemple le Ministère en charge de l'Agriculture de l'Hydraulique (sécurité alimentaire), le Ministère en charge de l'Education Nationale (nutrition et cantines scolaires) et le Ministère en charge de l'Action Sociale (filets sociaux). Par ailleurs, il existe une multitude d'acteurs au niveau du gouvernement ou en dehors qui participent à la mise en œuvre des interventions de nutrition.

Cette diversité de secteurs et d'intervenants non gouvernementaux rend difficile une coordination des interventions en nutrition. C'est pourquoi, le gouvernement a créé en 2008 un Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) avec des démembrements régionaux (CRCN). L'objectif du CNCN était d'assurer l'orientation et le suivi de la politique nationale de nutrition ainsi que la liaison et la coordination entre les départements ministériels, les acteurs et les partenaires concernés par la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition. Au regard des difficultés de fonctionnement, une relecture du CNCN est en cours afin de mieux assurer la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition.

¹⁸ Annuaire statistique MENA 2014

Outre le CNCN, il existe d'autres cadres de concertation qui prennent en compte les questions de nutrition. On peut citer entre autres le Conseil National de Sécurité alimentaire (CNSA), le Conseil National de Protection Sociale (CNPS), le cadre de concertation sur l'eau et l'assainissement.

Par ailleurs, suite à son adhésion au mouvement SUN en 2011, le gouvernement a désigné comme point focal SUN du pays, le premier responsable de la Direction de la Nutrition qui assure concomitamment le secrétariat technique du CNCN. Dans cette dynamique, le point focal organise les acteurs en réseaux fonctionnels (gouvernements, Société civile, Nations Unies, donateurs, Secteur privé et chercheurs) dont le but commun est d'appuyer le gouvernement à renforcer la nutrition dans l'agenda du développement à travers l'animation efficace de la plateforme multisectorielle, un plaidoyer pour un engagement politique fort et un financement durable. Le CNCN représente la plateforme multisectorielle et multi acteurs de la nutrition au Burkina Faso.

Enfin, pour une synergie d'action, les partenaires techniques et financiers de la nutrition ont mis en place une plateforme de concertation (PTF nutrition) avec des sous-groupes : i) PCIMA ; ii) ANJE, iii) sécurité alimentaire ; iv) Plaidoyer et communication.

Malgré ces progrès importants pour rassembler les acteurs autour d'une plateforme multi-acteurs et multi-secteurs, de nombreuses difficultés réduisent l'efficacité de la coordination notamment, l'insuffisance d'une politique de nutrition cohérente, l'irrégularité des sessions du CNCN, la non fonctionnalité des groupes thématiques, le déphasage entre le CNCN et les CRCN (redevabilité et agenda), un suivi insuffisant des recommandations, un faible engagement, l'insuffisance d'application d'une politique multisectoriel. En outre, il est important de définir des passerelles permettant une certaine complémentarité et une synergie entre les différentes plates formes tout en évitant les confusions dans les mandats. Voir détail annexe 2

V. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

5.1. *Niveau International et sous régional*

Le document de politique s'inspire de cadres et directives visant l'amélioration de la nutrition des populations. Au titre desquels, il peut être noté :

- **Le Scaling Up Nutrition (SUN)** qui est un mouvement mondial qui réunit les gouvernements, la société civile, les entreprises et les citoyens dans un effort mondial pour mettre fin à la sous-nutrition. Ce mouvement a pour objectifs la création d'un environnement politique favorable avec un fort leadership du pays, et un espace commun (plateformes multiacteurs) où les acteurs peuvent aligner leurs activités et prendre une responsabilité conjointe pour le renforcement de la nutrition. A l'instar de 55 autres pays, le Burkina Faso a adhéré au mouvement en juillet 2011
- **Les Objectifs de développement durable (ODD)** qui constituent un cadre de référence pour le développement humain durable. Composés de dix-sept (17) objectifs, ils contribuent à une sécurité nutritionnelle des populations à l'horizon 2030
- **Les Cibles mondiales en nutrition de l'assemblée mondiale de la santé** qui constituent un cadre d'orientation des interventions à prioriser en vue d'atteindre les résultats visés d'ici 2025. Ces cibles sont au nombre de six parmi lesquels la prévention de la sous nutrition, de l'obésité de même que la prévention de l'anémie chez les femmes en âges de procréer.
- **La stratégie régionale africaine de nutrition (ARNS)** couvre la période 2015-2025 et vise l'amélioration de la nutrition en Afrique à travers l'atteinte de cinq objectifs.

5.2. *Niveau National*

Au niveau national, plusieurs documents de politique et stratégies ont été élaborés par des secteurs sensibles à la nutrition et dont la mise en œuvre contribue de manière significative à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations. Ce sont entre autres, la Stratégie de croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD), la politique nationale de Santé (PNS), la Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN), la Politique et stratégie nationale d'assainissement (PSNA), la Politique nationale de l'eau (PNE), la Politique nationale Genre (PNG), la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), la politique nationale d'action sociale

VI. PRINCIPES DIRECTEURS

A partir des fondements et vision sus énoncés, la nouvelle Politique de nutrition est soutenue par les quatre (04) principes directeurs suivants :

- **La multi-sectorialité et l'inclusivité :**

Tous les acteurs des secteurs publics, privé, de la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers doivent être impliqués et œuvrer en synergie pour l'atteinte des résultats communs visés et l'amélioration effective de la nutrition. Dans le cadre de la multisectorialité, tous les secteurs clés concernés doivent apporter leur contribution à la mise en œuvre de la politique.

- **La redevabilité :**

L'obligation de rendre compte doit animer tous les acteurs du dispositif afin d'instaurer la confiance entre l'Etat et les partenaires au développement d'une part, et d'autre part entre les acteurs du dispositif et les populations bénéficiaires.

- **Le genre :**

Ce principe suppose que l'intérêt et les contributions des femmes, des hommes et des couches vulnérables dans la société sont pris en compte dans la formulation et la mise en œuvre des actions sensibles et spécifiques en nutrition.

- **L'équité :**

L'équité vise à corriger les inégalités que subissent les personnes ou les groupes défavorisés. Ainsi, les différences de genre, les inégalités sociales, régionales et locales doivent être prises en compte en veillant à ce qu'aucun groupe vulnérable ou défavorisé ne soit victime de stigmatisation et d'exclusion.

VII. VISION DE LA POLITIQUE

Tous les individus vivant au Burkina Faso ont un état nutritionnel adéquat pour leur bien-être et leur pleine participation au développement durable.

VIII. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

8.1. OBJECTIF GENERAL DE LA POLITIQUE

Améliorer l'état nutritionnel des populations à travers la mise en œuvre d'interventions multisectorielles

IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET OBJECTIFS SPECIFIQUES

9.1. Orientations stratégiques

L'atteinte de l'objectif général visé par la politique nationale de nutrition se fera à travers les quatre orientations stratégiques ci-dessous :

- Réduction de la sous nutrition ;
- Réduction des carences en micronutriments ;
- Renforcement de la lutte contre la sur-nutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition ;
- Renforcer la sécurité sanitaire des aliments liée à la nutrition
- Amélioration de la gouvernance en matière de nutrition.

9.2. Objectifs spécifiques par orientation stratégique

Chaque orientation stratégique est déclinée en objectif spécifique.

9.2.1. Orientation stratégique 1 : Réduction de la sous nutrition

La malnutrition chronique touche chaque année plus d'un million d'enfants burkinabés de moins de cinq ans, il apparaît donc indispensable de faire de sa réduction un axe stratégique dans la politique actuelle afin d'assurer aux enfants une meilleure croissance. Les actions de lutte contre le retard de croissance doivent revêtir un caractère multisectoriel pour donner des résultats. Cela nécessitera de la part des secteurs sensibles et directs, la mise en œuvre à grande échelle des interventions retenues dans le cadre commun de résultats multisectoriel. Pour ce faire, au regard de chaque orientation stratégique les interventions prioritaire sont définies.

- **Objectif spécifique 1:** Promouvoir les pratiques optimales d’Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant ;
 - **Intervention 1 :** renforcement de la qualité et la couverture des interventions communautaires de promotion des pratiques optimales d’ANJE ;
 - **Intervention 2 :** création au niveau communautaire d’un environnement favorable à la protection et à la promotion des pratiques optimales d’ANJE ;
 - **Intervention 3 :** mise en œuvre au niveau national d’un plan de communication d’appui aux activités communautaires ;
 - **Intervention 4 :** appui à la protection et la promotion des pratiques optimales d’ANJE au niveau des structures sanitaires ;
 - **Intervention 5 :** renforcement de l’application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel par une adoption du texte réglementaire relu et la mise en place d’un système de surveillance.

- **Objectif spécifique 2:** Renforcer les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition ;
 - **Intervention 1 :** Développement du maraichage des produits riches en nutriments ;
 - **Intervention 2:** Promotion du petit élevage ;
 - **Intervention3:** Promotion de la transformation, l’utilisation et la commercialisation des produits forestiers non ligneux (PFNL) ;
 - **Intervention 4:** Promotion de l’utilisation des semences améliorées et/ou bio fortifiées (patate douce à chair orange, maïs jaune et niébé)
 - **Intervention 5:**Développement de la fortification des aliments de grande consommation en vitamines et minéraux
 - **Intervention 6:**Amélioration de l’accessibilité des femmes aux ressources de productions

- **Objectif spécifique 3:**Renforcer les interventions d’eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition ;
 - **Intervention 1:** Promotion de l’approche ATPC (Assainissement Total Piloté par la Communauté) ;
 - **Intervention 2 :** promotion des bonnes pratiques du lavage des mains au savon, à l’eau propre/cendre

- **Intervention 3:** Amélioration de l'accès aux infrastructures et équipement d'hygiène/assainissement ;
 - **Intervention 4:** Amélioration de l'accès aux sources d'eau potable
 - **Intervention 5:** Promotion des bonnes pratiques de transport, de stockage, de conservation et traitement de l'eau à domicile ;
- **Objectif spécifique 4:** Renforcer les interventions en matière de protection sociale sensibles à la nutrition ;
 - **Intervention 1:** Promotion des stratégies de Cash transfert conditionnel et non conditionnel (filets sociaux, vente à prix social, distribution gratuite des vivres, etc.);
 - **Intervention 2:** Plaidoyer pour l'exemption des frais de santé des enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes;
 - **Intervention 3:** mise en œuvre de la loi sur la stratégie d'assurance maladie universelle.
 - **Objectif spécifique 5:** Renforcer les interventions en matière d'éducation sensibles à la nutrition ;
 - **Intervention 1:** Promotion de la scolarisation et du maintien des filles à l'école
 - **Intervention 2:** Promotion de l'alphabétisation des femmes ;
 - **Intervention 3:** Promotion de l'éducation nutritionnelle (parents, enfants, enseignants, moniteurs...);
 - **Intervention 4:** Intégration des modules de vulgarisation sur la nutrition dans les universités, les écoles de formation ;
 - **Intervention 5:** Promotion des cantines scolaires et endogènes avec un objectif nutritionnel;
 - **Intervention 6:** Promotion des jardins/vergers scolaires ;
 - **Intervention 7:** Promotion des activités de santé-hygiène-nutrition en milieu scolaire.

- **Objectif spécifique 6:** Renforcer les interventions de santé sensibles à la nutrition ;
 - **Intervention 1 :** Amélioration de la santé maternelle et néo natale (Accouchement assisté Supplémentation en fer/acide folique des femmes enceintes ; Planification familiale, TPI chez la femme enceinte, Consultations prénatales de qualité)
 - **Intervention 2 :** Renforcement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (Traitement de la diarrhée par le SRO/Zinc Traitement de la pneumonie Traitement du paludisme)
 - **Intervention 3 :** Prévention (Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, Chimio prévention saisonnière (CPS) du paludisme des enfants de 3-59 mois, lutte contre les maladies infectieuses évitable par la vaccination (PEV chez les enfants et la femme enceinte), Prévention de la transmission mère/enfant du VIH (PTME) et santé et nutrition des adolescentes

- **Objectif spécifique 7 :** Renforcer la qualité de la prise en charge de la malnutrition aigüe en milieu hospitalier et en ambulatoire ;
 - **Intervention 1 :** Assurer la disponibilité des intrants, des médicaments, des outils et du matériel de PEC nutritionnelle dans les FS;
 - **Intervention 2 :** Renforcement des compétences des agents de santé et des ASBC sur le dépistage, la PCIMA et la gestion des intrants ;
 - **Intervention 3 :** Renforcement du dépistage de la malnutrition au niveau communautaire
 - **Intervention 4:** Renforcement au niveau des ENSP de la formation initiale sur la PCIMA
- **Objectif spécifique 8 :** Améliorer la couverture et l'accessibilité à la prise en charge intégrée de la malnutrition ;

9.2.2. Orientation stratégique 2 : Réduction des carences en micronutriments

La lutte contre les carences en micronutriments est essentielle pour vaincre la malnutrition. Il s'agira pour cette orientation, de mettre l'accent sur la supplémentation en vitamine A, en

fer/acide folique des femmes enceintes, le passage à l'échelle de la stratégie d'utilisation des poudres de micronutriments, la réalisation d'activités de communication à l'endroit des acteurs et des populations en faveur de la consommation de sel iodé et pour l'adoption des bonnes pratiques de commercialisation et de conservation et l'appui à l'acquisition des équipements et intrants pour la fortification.

A cette orientation stratégique se rattachent les objectifs spécifiques suivants :

- **Objectif spécifique 1 :** Réduire la carence en vitamine A au sein des groupes vulnérables ;
 - **Intervention 1 :** supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, des femmes en post partum et des enfants d'âge scolaire ;
 - **Intervention 2 :** Déparasitage des enfants de 12 à 59 mois et des enfants d'âge scolaire
 - **Intervention 3 :** Promotion de la consommation d'aliments riches/fortifiés en micronutriments
 - **Intervention 4 :** Soutien de la supplémentation en routine de la vitamine A
- **Objectif spécifique 2 :** Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âges de procréer, les enfants de moins de cinq ans et d'âge scolaire ;
 - **Intervention 1 :** supplémentation en fer/acide folique des femmes enceintes et des enfants d'âge scolaire ;
 - **Intervention 2 :** passage à l'échelle de la stratégie d'utilisation des poudres de micronutriments ;
 - Intervention 3 :** Promouvoir la consommation d'aliments locaux riches/fortifiés en fer.
- **Objectif spécifique 3 :** Eliminer les troubles dus aux carences en iode ;
 - **Intervention 1 :** renforcement des capacités des structures de contrôle;
 - **Intervention 2 :** création d'un environnement favorable à l'importation et à la commercialisation du sel iodé à travers un plaidoyer auprès des décideurs ;
 - **Intervention 3 :** réalisation des activités de communication à l'endroit des acteurs et des populations en faveur de la consommation de sel iodé et pour l'adoption des bonnes pratiques de commercialisation et de conservation.

- **Objectif spécifique 4 : Renforcer l'enrichissement des aliments**
 - **Intervention 1 :** Appui à l'acquisition des équipements et intrants pour la fortification ;
 - **Intervention 2 :** Renforcement des capacités des unités de productions d'aliments fortifiés ;
 - **Intervention 3 :** Appui au respect des normes en matière de productiony compris les unités de production de farines infantiles enrichies.
 - **Intervention 4:** Développement des activités de communication en faveur de la consommation des aliments fortifiés.

9.2.3. Orientation stratégique 3 : Renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition.

Le renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition devra permettre de prévenir la survenue de l'obésité et par conséquent réduire certaines maladies telles le diabète, l'hypertension artérielle etc.. Il s'agira pour cette orientation, de mettre l'accent sur la prévention du surpoids, la sensibilisation des populations sur les bonnes pratiques nutritionnelles, la valorisation des produits locaux.

A cette orientation stratégique se rattachent les objectifs spécifiques suivants :

- **Objectif spécifique 1:** Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition ;
 - **Intervention 1:** Prévention du surpoids/obésité chez les enfants
- **Objectif spécifique 2 :** Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains;
 - **Intervention 1 :** Réalisation des activités de sensibilisation à l'endroit des populations sur les bonnes pratiques nutritionnelles
 - **Intervention 2 :** Réalisation des activités de sensibilisation à l'endroit des populations sur les modes de vie sains ;
 - **Interventions 3 :** Valorisation des produits locaux et promotion de l'éducation nutritionnelle pour améliorer la nutrition ;

9.2.4. Orientation stratégique 4 : Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments

Les aliments impropres à la consommation créent un cercle vicieux de diarrhées et de malnutrition menaçant l'état nutritionnel des plus vulnérables. En effet, lorsque l'approvisionnement alimentaire est précaire, la population a tendance à s'orienter vers une alimentation moins saine, exposant les communautés à des risques sanitaires considérables dont les zoonoses et les contaminations chimiques et microbiologiques. Cet axe stratégique relatif à la sécurité sanitaire des aliments ambitionne de garantir des aliments sains à la consommation humaine en intervenant tout le long de la chaîne alimentaire et à travers des actions coordonnées faisant intervenir plusieurs secteurs.

A cette orientation stratégique se rattachent les objectifs spécifiques suivants :

- **Objectif spécifique 1:** Renforcer le cadre juridique et institutionnel relatif à la sécurité sanitaire des aliments.
 - **Intervention 1 :** Élaboration/révision ou mise à niveau des lois, des règlements, des normes et des directives alimentaires et adaptation de ces textes aux exigences internationales telles que celles de la Commission du Codex Alimentarius et l'OIE ;
 - **Intervention 2:** Actualisation ou développement des codes de pratique relatifs à la production, transformation, fabrication, transport, et stockage des aliments;
 - **Intervention 3:** Mise en place d'un mécanisme de coordination ou de cadre de concertation fonctionnel entre les différents acteurs;

- **Objectif spécifique 2:** Renforcer les capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments;
 - **Intervention 1 :** Création et fonctionnalité du système national de veille et d'alerte rapide en matière de sécurité sanitaire des aliments;
 - **Intervention 2 :** Renforcement de système de surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire;
 - **Intervention 3:** Renforcement des effectifs et des capacités analytiques des laboratoires d'analyses;
 - **Intervention 4:** Renforcement des effectifs et mise à niveau du personnel des services d'inspection;
 - **Intervention 5:** Promotion de la recherche en matière de la sécurité sanitaire des aliments en incluant la recherche sur des technologies

innovantes pour la production, la transformation, le stockage et le transport des aliments;

- **Objectif spécifique 3:** Favoriser la mise en application de bonnes pratiques en matière de sécurité sanitaire des aliments par tous les acteurs de la chaîne alimentaire afin de maintenir un haut niveau de sécurité des aliments.
 - **Intervention 1 :** *Élaboration d'un plan d'information, d'éducation et de communication en matière de sécurité sanitaire des aliments;*
 - **Intervention 2 :** *Mise en œuvre des programmes de sensibilisation et d'éducation sanitaire de proximité.*
 - **Intervention 3 :** *Renforcement des capacités des associations de consommateurs en matière de promotion de la sécurité sanitaire des aliments;*
 - **Intervention 4:** *Renforcement des capacités des industries agroalimentaires/opérateurs économiques (producteurs, opérateurs intervenant dans la transformation, les détaillants, les préparateurs, les traiteurs ;) sur les bonnes pratiques de sécurité alimentaire en incluant le système d'assurance qualité ;*

9.2.5. Orientation stratégique 5 : Amélioration de la gouvernance et les dispositions législatives en matière de nutrition

Cette orientation, de par son rôle de coordination, doit bénéficier d'une attention particulière. Sa mise en œuvre se fera à travers, la mise en place de cadre de concertation à tous les niveaux, le renforcement du système de surveillance nutritionnelle, le suivi du cadre commun des résultats, le plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire sécurisée en faveur de la nutrition.

A cette orientation stratégique se rattachent les objectifs spécifiques suivants :

Objectif spécifique1 : *Améliorer la gouvernance institutionnelle en matière de nutrition ;*

- **Intervention 1 :** *Amélioration du fonctionnement des cadres de concertation et de coordination sur la nutrition à tous les niveaux ;*
- **Intervention 2 :** *Mise en place des cadres multisectoriels au niveau déconcentré*
- **Intervention 3 :** *Participation à des rencontres et fora internationaux ;*
- **Intervention 4 :** *Renforcement du plaidoyer en faveur de la nutrition pour l'adhésion de tous les acteurs et bénéficiaires.*

Objectif spécifique2 : *Améliorer le système de suivi évaluation sur la nutrition ;*

- **Intervention 1 :** *Renforcement du système de surveillance nutritionnelle;*
- **Intervention 2 :** *Renforcement du suivi – évaluation du cadre commun des résultats et plans d'action multisectoriels sur la nutrition ;*
- **Intervention 3 :** *Amélioration de la redevabilité.*

- **Objectif spécifique3** : Améliorer la gouvernance financière en matière de nutrition
 - **Intervention 1** : Renforcement du plaidoyer pour la création / augmentation des lignes budgétaires de l'Etat allouées à la nutrition dans les différents secteurs (Sensibles et spécifiques) ;
 - **Intervention2** : Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
 - **Intervention 3**: Suivi des investissements en faveur de la nutrition.
- **Objectif spécifique4** : Renforcer la recherche en matière de nutrition
 - **Intervention 1** : Appui à la recherche en matière de nutrition ;
 - **Intervention 2**: Capitalisation et valorisation des résultats des recherches ;
 - **Intervention 3**: Amélioration de la collaboration entre chercheurs et acteurs opérationnels ;
 - **Intervention 4** : Prise en compte des politiques nutritionnelles dans les priorités de la recherche.
- **Objectif spécifique 5** : Renforcer les compétences des acteurs
 - **Intervention 1** : Renforcement des compétences des acteurs des différents secteurs sur la nutrition ;
 - **Intervention 2**: renforcement des compétences sur la nutrition en situations d'urgences ;
 - **Intervention3** : Renforcement de l'offre de formation en nutrition.
- **Objectif spécifique6**:Renforcer la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en matière de nutrition
 - **Intervention 1** : Mise en place d'un plan intégré de communication ;
 - **Intervention 2** : Mobilisation sociale en faveur de la nutrition ;
- **Objectif spécifique7** : Renforcer l'autonomisation des femmes
 - **Intervention 1** : Appui aux activités génératrices de revenus pour les femmes ;
 - **Intervention 2** : Renforcement du plaidoyer pour une meilleure application des lois en faveur de la femme ;
 - **Intervention 3** : Renforcement du plaidoyer pour l'amélioration du pouvoir de décision de la femme.
- **Objectif spécifique8** : Renforcer la prévention et la gestion des situations d'urgence en matière de nutrition
 - **Intervention 1** : Elaboration des plans d'urgences ;
 - **Intervention 2** : Mise en œuvre des plans d'urgences ;
 - **Intervention 3** : Evaluation des plans d'urgences.

X. ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique nationale de nutrition, il est attendu que les parties prenantes jouent les rôles ci-après :

10.1. L'Etat

Il assumera ses fonctions régaliennes, lesquelles portent essentiellement sur la création des conditions favorables aux activités des acteurs publics et privés. De façon spécifique, il est attendu de l'Etat, les rôles suivants :

- La poursuite des concertations avec les différents acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition ;
- Le maintien d'un environnement favorable, par l'amélioration du cadre juridique et institutionnel et la promotion des activités nutritionnelles ;
- La mobilisation des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires à la réalisation des programmes opérationnels ;
- La capitalisation des données statistiques relatives à la nutrition ;
- Le suivi/évaluation du processus ;
- La recherche en nutrition

10.2. Les collectivités territoriales

Les rôles des collectivités territoriales devront être axés sur :

- La prise en compte de la nutrition dans les plans de développement local ;
- La mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à la mise en œuvre de ces plans ;
- L'animation des cadres de concertation des acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition ;
- La participation au suivi/évaluation du processus.
- La création d'un cadre communal de concertation de nutrition

10.3. Le secteur privé

Le secteur privé jouera un rôle prépondérant dans la production, la transformation, la commercialisation des produits agricoles, l'offre de services de qualité à travers l'enrichissement de certains aliments. Ils cofinanceront certaines réalisations et participeront aux mécanismes de concertation et au suivi évaluation des réalisations des programmes opérationnels.

10.4. Les organisations de la société civile

Ce groupe d'acteurs comprend les organisations professionnelles des différentes filières et les ONG/Associations. Le rôle de ce groupe d'acteurs dans la mise œuvre de la politique devra porter sur :

- La participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies opérationnelles spécifiques dans le domaine de la nutrition ;
- La participation à la formulation et à la mise en œuvre des programmes opérationnels ;
- La participation au financement de certains projets ;
- La participation à la formation et à l'appui/conseil des différents acteurs
- La participation à la concertation des différents acteurs;

- L'exécution des programmes et projets;
- La production de données statistiques sur la nutrition ;
- Appui aux activités de recherches sur la nutrition ;
- La participation au suivi/évaluation du processus.

10.5. Les partenaires techniques et financiers

Ce groupe comprend les agences de coopération bilatérale et multilatérale, les Organisations Intergouvernementales (OIG) Régionales. Le rôle de ce groupe d'acteurs devra porter sur :

- L'implication à la concertation avec les différents acteurs ;
- L'appui à l'élaboration des stratégies opérationnelles spécifiques dans le domaine de la nutrition ;
- L'appui à la formulation et à la mise en œuvre des programmes opérationnels et des programmes d'investissement ;
- La mise à disposition d'une assistance technique compétente pour le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles des acteurs ;
- L'implication à la mobilisation des ressources nécessaires pour la formulation, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des programmes et projets de nutrition ;
- L'implication au suivi/évaluation du processus.

10.6. Les bénéficiaires

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de nutrition, les rôles des bénéficiaires devront être axés sur :

- La participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes opérationnels au niveau régional à travers les plans de développement local.

XI. DISPOSITIF DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION.

11.1. Le dispositif institutionnel de coordination

Le dispositif institutionnel de coordination sera assuré par le CNCN. Ce dispositif proposé vise une plus large participation et un partenariat dynamique entre tous les acteurs au développement. Le dispositif institutionnel prévoit trois types d'organes : (i) l'organe de pilotage (ii) le comité technique (iii) l'organe d'exécution. Les attributions et la composition de ces organes seront précisés dans un arrêté.

Au niveau déconcentré, les conseils régionaux de nutrition (CRN) seront chargés de la coordination au niveau régional. Outre ces cadres, les autres cadres de concertations ministériels impliqués dans les questions de nutrition, tels que le conseil national de sécurité alimentaire (CNSA), le cadre de concertation sur l'eau et l'assainissement, devront également servir de cadre de partage et de suivi des résultats de la mise en œuvre de la politique multisectorielle de nutrition.

11.2. *Le mécanisme de financement de la politique*

Le financement de la politique multisectorielle de nutrition se fera à travers le budget de l'Etat, les partenaires techniques et financiers, les collectivités territoriales et le secteur privé.

Chaque ministère mettra en œuvre les activités de nutrition en fonction des allocations budgétaires mises à sa disposition

Ajouter comment la société civile, les ménages vont y contribuer

11.3. *Le dispositif de suivi et d'évaluation*

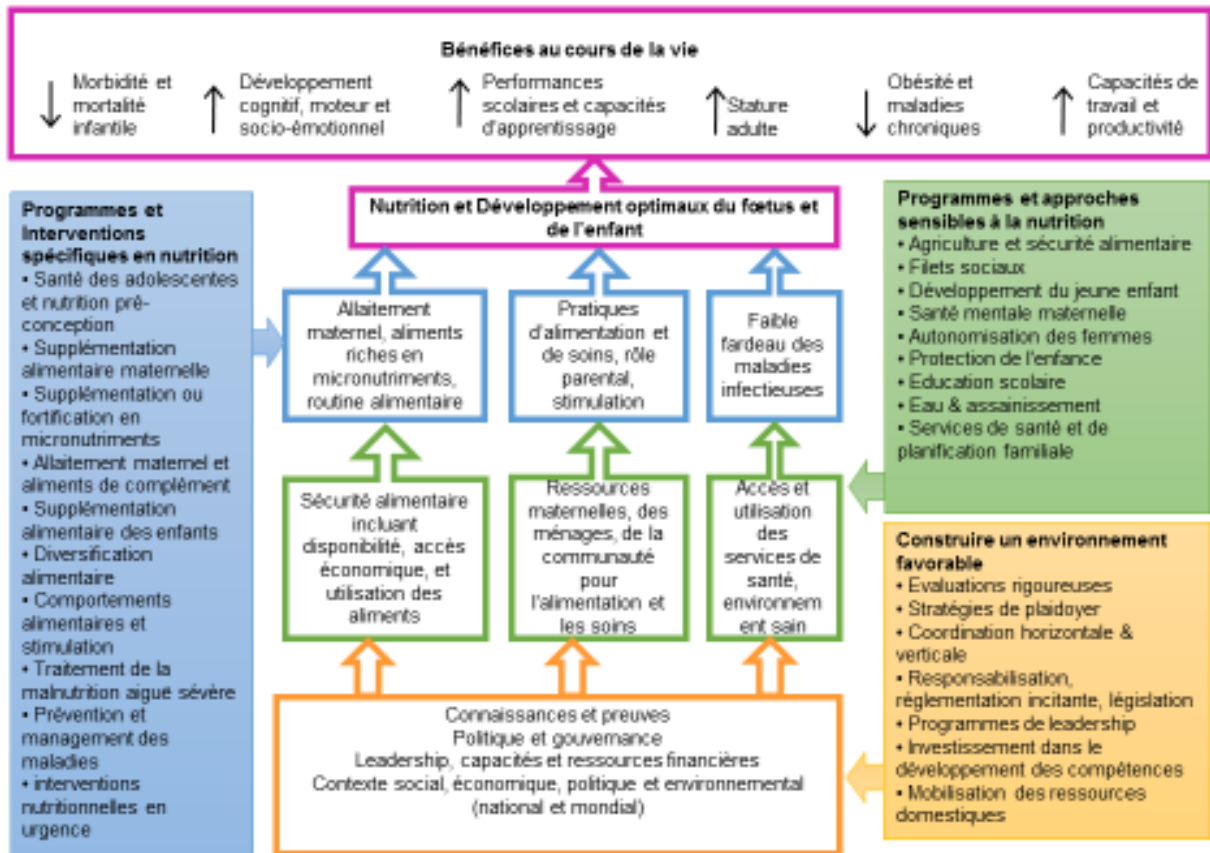
Le Conseil National de Nutrition (CNN) assurera la coordination et le suivi de la politique de nutrition à travers une large participation. Le mécanisme et les indicateurs de suivi évaluation et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans le plan stratégique de nutrition qui sera issu de cette politique.

A cet effet, le reporting et la remontée des informations vers les structures de pilotage et de coordination seront assurés par les points focaux des secteurs concernés.

Au niveau déconcentré, les Conseils régionaux de nutrition (CRN), assurent le suivi participatif et l'évaluation locale de la mise en œuvre du Plan stratégique de nutrition à travers la tenue des différents cadres.

ANNEXE

Annexe : 1 Analyse des causes et des interventions en nutrition



Source: traduit de Black, 2013. The Lancet 2013 382, 427-451 DOI: (10.1016/S0140-6736(13)60937-X)

Annexe : 2 Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces)

Le tableau d'analyse SWOT, résume ci-dessous, les forces, faiblesses, opportunités et menaces en matière de nutrition au Burkina Faso.

	FORCES	FAIBLESSES
1.	<p>Niveau institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une tradition de planification normative sur la nutrition (politique nationale de nutrition, plan stratégique de nutrition); - Existence de cadres de coordination ; - Existence d'un réseau SUN fonctionnel ; - Existence d'un système adéquat de détection et de prise en charge de la malnutrition (intégration de la prise en charge dans le paquet minimum d'activités, activités communautaires avec les ONG/Associations, ASBC, etc.) ; - Existence d'un Système d'information sur la malnutrition (enquête SMART, collecte de données en routine); - Accompagnement permanent des partenaires techniques et financiers ; - Existence d'un cadre commun de résultats ; - Existence de l'outil PROFILES pour le plaidoyer auprès des décideurs politiques ; - Existence de structures de formation et de recherche (IRSS, INERA, IRSAT, Universités, etc.) - Accroissement continue du nombre de partenaires techniques et financiers dans le domaine de la nutrition ; - Existence d'une direction en charge des questions d'alimentation et de nutrition au sein du ministère de l'agriculture ; - Prise en compte de la distribution des Intrants nutritionnels dans le circuit de la CAMEG ; - Reconnaissance formelle par les autres acteurs du rôle prépondérant du Ministère de la Santé sur les questions de nutrition. 	<p>Niveau institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible participation des acteurs nationaux (Etat & Privés) au financement de la nutrition ; - Prise en compte insuffisante des questions de nutrition dans certains programmes et politiques de développement ; - Difficultés de coordination intersectorielle ; - Prise en compte insuffisante de la nutrition dans les plans et programmes de développement régionaux et communaux ; - Faible capacité d'analyse (moyens humains et financiers) ; - Non fonctionnalité des commissions thématiques du CNCN; - Absence de connexion entre les CRCN et le CNCN ; - Absence d'une stratégie nationale appropriée de plaidoyer et de communication en nutrition ; - Faible prise en compte des indicateurs liés aux interventions sensibles dans le système d'information nutritionnelle ; - Faiblesse du mécanisme de redevabilité à tous les niveaux; - Absence d'un cadre de donateurs pour le développement de la nutrition ; - Insuffisance de mécanismes de financement multisectoriel de la nutrition ; - Faible coordination interne des acteurs du même secteur menant des interventions sensibles de nutrition ; - Faible intérêt des structures de recherche pour les thématiques de recherche opérationnelle liées directement à la politique et au plan stratégique de nutrition ; - Non à jour des textes portant commercialisation des substituts du lait maternel au Burkina Faso.
2.	<p>Niveau politique</p>	<p>Niveau politique</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - volonté et engagement affirmée de l'Etat (signature des engagements internationaux) ; - reconnaissance de la nutrition comme une priorité par l'état Burkinabè - Prise en compte de la nutrition dans les politiques nationales de développement de plusieurs secteurs - Engagement des PTF et augmentation des investissements ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation du financement alloué par le budget national à la nutrition avec l'engagement gouvernemental - Faible intégration des interventions sensibles à la nutrition dans certaines politiques et stratégies sectorielles.
3.	<p>Niveau capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentation du personnel nutritionniste du ministère de la santé ; - création d'une direction en charge des questions d'alimentation et de nutrition au sein du ministère de l'agriculture et augmentation du nombre de nutritionnistes dans ce secteur clé ; - Existence de points focaux nutrition dans toutes les régions et tous les districts ; - renforcement de la nutrition dans les curricula des professionnels de la santé et du secteur agricole; - Existence de documents d'opérationnalisation de certaines interventions de nutrition (Plans ANJE et PCIMA, protocole de prise en charge, stratégie de lutte contre les micronutriments, etc.); 	<p>Niveau capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> - concentration du personnel nutritionniste cadre au niveau central et capacités insuffisantes à répondre aux besoins des régions et des acteurs opérationnels ; - insuffisance de l'offre de soins en nutrition. - faiblesse de l'offre nationale en matière d'intrants relatifs à la prise en charge ; - capacités insuffisantes des secteurs sensibles à répondre aux nouveaux défis de leur implication dans la nutrition ; - - faible couverture (géographiques et cibles) des interventions spécifiques préventives et des interventions sensibles - opportunités de formation continue/recyclage des cadres techniques limitées - faiblesse de données contextuelles sur les principaux déterminants de la malnutrition pour orienter les actions de prévention - faible intérêt des structures nationales de recherche pour les thématiques liées à la politique nationale de nutrition.
4.	<p>Niveau économique</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentation du nombre de partenaires investissant dans les projets et programmes mis en œuvre dans le domaine de la nutrition et donc nouvelles opportunités de mobilisation des ressources ; - augmentation de l'appui financier des partenaires traditionnels pour la nutrition; - adhésion et soutien effectif des politiques et des PTF aux projets et programmes ; 	<p>Niveau économique</p> <ul style="list-style-type: none"> - inaccessibilité des populations vulnérables aux services sociaux de base notamment les services de santé, de protection sociale, d'eau potable et assainissement, sécurité alimentaire, etc. ; - faible pouvoir d'achat des ménages ; - faible capacité de résilience des ménages vulnérables; - insuffisance de la stratégie de mobilisation de ressources endogènes pour la nutrition ;

		<ul style="list-style-type: none">- insuffisance du mécanisme de financement multisectoriel de la nutrition- disparités et multiplicité des procédures de financement au niveau des PTF.
5.		

	Opportunités	MENACES
6.	<p>Niveau institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'institutions internationales favorables à la nutrition (Mouvement SUN, Stratégie des Nations Unies, Cadre USAID, cadre UE) et sous régional (SRAN, CEDEAO, UEMOA); - bonne mobilisation et engagement des partenaires techniques et financiers pour la nutrition ; - réformes institutionnelles en cours ; - forte collaboration et implications avec d'autres initiatives multisectorielles qui ont un impact sur la nutrition (sécurité alimentaire, protection sociale, résilience; eau; éducation; 	<p>Niveau institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - instabilité institutionnelle (réorganisation ministérielle, etc.); - fréquences des crises nationales et régionales ; - non appropriation de la politique nationale par les acteurs.
7.	<p>Niveau politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un contexte international et régional favorable ; - Décentralisation intégrale du territoire national ; - Inscription de la lutte contre la malnutrition dans les objectifs de développements durables (ODD2) 	<p>Niveau politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - instabilités sociopolitiques nationale et régionale
8.	<p>Niveau capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de partenaires et subséquemment des professionnels intervenant sur les questions de nutrition ; - participation communautaire dans les programmes de développement de plus en plus marquée; <p>augmentations des opportunités de formation et de diversification de profil du personnel en nutrition.</p>	<p>Niveau capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> - faible appropriation de la vision et de la démarche multisectorielles par les acteurs ; - augmentation vertigineuse des populations et donc des besoins ; - persistance des conflits d'intérêts partisans au sein des secteurs clés. - persistance de l'inaccessibilité des populations aux services sociaux de base.

9.	<p>Niveau économique</p> <ul style="list-style-type: none"> - tracking financier en cours ; - existence d'une volonté politique affirmée de la part du gouvernement pour le développement des échanges et la réalisation des réformes nécessaires ; - Existence d'un contexte institutionnel favorable au développement des échanges ; 	<p>Niveau économique</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépendance du financement extérieur ; - non alignement de certains donateurs à assurer un financement multisectoriel; - persistance de la pauvreté structurelle ; - sous financement des plans d'action issus de la politique ; - crises économiques et financières ; - Epidémies et autres menaces sanitaires potentielles comme Ebola - Conflits extérieurs dans le monde.
----	--	--

Annexe 3 : TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	3
I. CONTEXTE GENERAL DU BURKINA FASO	6
II. SITUATION NUTRITIONNELLE	7
III- ANALYSE DES CAUSES DE LA MALNUTRITION AU BURKINA FASO	8
IV. PRINCIPALES INTERVENTIONS	8
4.1. Analyses des interventions spécifiques	8
4.1.1. <i>Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA)</i>	8
4.1.2. <i>Interventions promotionnelles d’Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)</i>	9
4.1.3. <i>Intervention de lutte contre les carences en micronutriments</i>	9
4.2. Analyses des interventions sensibles à la nutrition par secteur	10
4.2.1. <i>Secteur de la Santé</i>	10
4.2.2. <i>Secteur de l’agriculture et de la sécurité alimentaire</i>	11
4.2.3. <i>Secteur de l’eau, d’hygiène et d’assainissement</i>	12
4.2.4. <i>Secteur de la protection sociale</i>	12
4.2.5. <i>Secteur de l’éducation</i>	13
4.3. Analyse du cadre institutionnel et organisationnel	13
V. FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION	15
5.1. <i>Niveau International et sous régional</i>	15
5.2. <i>Niveau National</i>	15
VI. PRINCIPES DIRECTEURS	16
VII. VISION DE LA POLITIQUE	17
VIII. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION	17
8.1. <i>OBJECTIF GENERAL DE LA POLITIQUE</i>	17
IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET OBJECTIFS SPECIFIQUES	17
9.1. <i>Orientations stratégiques</i>	17
9.2. <i>Objectifs spécifiques par orientation stratégique</i>	17
9.2.1. <i>Orientation stratégique 1 : Réduction de la sous nutrition</i>	17
9.2.2. <i>Orientation stratégique 2 : Réduction des carences en micronutriments</i>	20
9.2.3. <i>Orientation stratégique 3 : Renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition.</i>	22
9.2.4. <i>Orientation stratégique 4 : Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments</i>	23
9.2.5. <i>Orientation stratégique 5 : Amélioration de la gouvernance et les dispositions législatives en matière de nutrition</i>	24
X. ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS	26
10.1. <i>L’Etat</i>	26

10.2.	Les collectivités territoriales _____	26
10.3.	Le secteur privé _____	26
10.4.	<i>Les organisations de la société civile</i> _____	26
10.5.	<i>Les partenaires techniques et financiers</i> _____	27
10.6.	<i>Les bénéficiaires</i> _____	27
XI.	DISPOSITIF DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI EVALUATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION. _____	27
11.1.	<i>Le dispositif institutionnel de coordination</i> _____	27
11.2.	<i>Le mécanisme de financement de la politique</i> _____	28
11.3.	<i>Le dispositif de suivi et d'évaluation</i> _____	28
ANNEXE	_____	29
Annexe : 1	Analyse des causes et des interventions en nutrition _____	29
Annexe : 2	Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces) _____	30
Annexe 3	TABLE DES MATIERES _____	35