



# **UNION DES COMORES**

**Unité-Solidarité-Développement**

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE, DE LA  
COHESION SOCIALE ET DE LA PROMOTION DU GENRE**

**POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION**

Mars 2012

## Table des Matières

<b>ABREVIATIONS &amp; ACRONYMES</b> .....	3
<b>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	4
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I] INTRODUCTION</b> .....	6
<b>II] CONTEXTE &amp; JUSTIFICATION</b> .....	7
<b>2.1) CONTEXTE PHYSIQUE</b> .....	7
2.2) SITUATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE .....	7
<b>2.3) DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES</b> .....	7
2.4) SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE : .....	8
<b>2.5) AGRICULTURE – PECHE – ELEVAGE</b> .....	9
2.6) TRANSPORT ET COMMUNICATION .....	1
2.7) COMMERCE EXTERIEUR .....	1
2.8) PAUVRETE .....	1
2.9) EDUCATION .....	1
<b>2.10) SYSTEME D'INFORMATION</b> .....	2
<b>2.11) SANTE</b> .....	3
2.12) HABITAT ET SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT .....	4
<b>III] DIAGNOSTIC SITUATIONNEL</b> .....	4
<b>3.1) ANALYSE DE LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE</b> .....	5
3.1.1) LA DISPONIBILITE ALIMENTAIRE .....	5
3.1.2) LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE .....	1
3.1.3) COMMERCIALISATION ET DISTRIBUTION DES DENREES ALIMENTAIRES .....	2
3.1.4) TRANSFORMATION ET CONSERVATION ALIMENTAIRES .....	2
3.1.5) PROTECTION DES CONSOMMATEURS .....	2
a) Législation et Normalisation .....	2
b) Contrôle de qualité des denrées alimentaires .....	2
3.2) SITUATION NUTRITIONNELLE .....	3
3.2.1) LES MALNUTRITIONS PROTEINO-ENERGETIQUE : .....	3

3.2.2) LES CARENCES NUTRITIONNELLES SPECIFIQUES.....	5
a) L'Anémie par carence en Fer : .....	5
3.2.3) L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE SEVRAGE.....	5
3.2.5) L'EDUCATION NUTRITIONNELLE.....	6
3.2.6) LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES LIEES A L'ALIMENTATION.....	1
IV] ANALYSE DE LA REPOSE NATIONALE .....	1
4.1) Forces et Faiblesses de la réponse nationale .....	4
4.1.1) Les Forces.....	4
4.1.2) Faiblesses.....	5
V] POLITIQUE ET STRATEGIES NATIONALES DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION .....	7
5.1) Politique.....	7
5.1.1) Fondements de la politique .....	7
5.1.2) Principes directeurs .....	7
5.1.3) But de la Politique .....	9
5.1.4) Objectifs de la Politique.....	9
<b>5.2) Stratégies .....</b>	<b>9</b>
5.2.1) AXE STRATEGIQUE 1 : SECURITE ALIMENTAIRE DES MENAGES .....	10
5.2.2) AXE STRATEGIQUE 2 : Nutrition et Système de Santé .....	11
5.2.3) AXE STRATEGIQUE 3 : NUTRITION COMMUNAUTAIRE ET PROGRAMME DE LA PETITE ENFANCE .....	13
5.2.4) AXE STRATEGIQUE 4 : NUTRITION SCOLAIRE .....	14
5.2.5) AXE STRATEGIQUE 5 : PREPARATION A L'URGENCE ET REPONSES NUTRITIONNELLES AUX SITUATIONS D'URGENCE .....	15
5.2.6) AXE STRATEGIQUE 6 : INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION / CHANGEMENT DE COMPORTEMENT / MOBILISATION SOCIALE.....	16
5.2.7) AXE STRATEGIQUE 7 : CONTROLE DE LA QUALITE DES ALIMENTS.....	16
5.2.8) AXE STRATEGIQUE 8: AMELIORATION DES SYSTEMES DE COLLECTE, D'ANALYSE, DE DIFFUSION DES DONNEES SUR LA NUTRITION .....	18
5.2.9) AXE STRATEGIQUE 9 : RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES AUX NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE ET PROMOTION DES ETUDES ET DE LA RECHERCHE .....	18
5.2.10) AXE STRATEGIQUE 10: RENFORCEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES, LES ONG, LES ASSOCIATIONS, LES AGENCES D'EXECUTION,	

LE SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION.....	19
<b>VI] SUIVI –EVALUATION.....</b>	<b>20</b>
<b>VII] CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE.....</b>	<b>20</b>
<b>VIII] MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE .....</b>	<b>21</b>
<b>IX] FINANCEMENT &amp; MOBILISATION DES RESSOURCES .....</b>	<b>21</b>
<b>ABREVIATIONS &amp; ACRONYMES</b>	

**LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

## AVANT-PROPOS

La nutrition est un secteur clé de développement durable du pays. Elle contribue à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et à la réduction de la pauvreté. Une mauvaise nutrition chez l'individu constitue un impact négatif au bien être ainsi qu'au développement socio-économique.

La situation nutritionnelle de la population, en particulier des enfants de moins de 5 ans et des femmes, s'est significativement détériorée durant les dernières décennies au même titre que d'autres indicateurs socio-économiques.

Des efforts ont été consentis par le Gouvernement de l'Union des Comores à travers des interventions tant au niveau communautaire que national, pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations. Dans le secteur santé, différentes interventions de développement de la nutrition comme le programme de nutrition à base communautaire, la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois ainsi que la généralisation de la consommation du sel iodé au niveau des ménages ont été mises en œuvre. Au niveau des secteurs agricole et de l'économie, des programmes et projets visant à assurer la sécurité alimentaire nationale sont initiés.

Cependant, la situation reste toujours préoccupante sur le plan national. Les prévalences de malnutrition protéino-énergétique et de carences en micronutriments demeurent toujours élevées et contribuent ainsi de manière directe ou indirecte à la forte mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle que connaît le pays. L'émergence des maladies chroniques d'origine alimentaire exacerbe et la situation nutritionnelle déjà détériorée.

La diminution de la production alimentaire nationale, l'accroissement des importations des denrées alimentaires, la mauvaise répartition des repas au sein des ménages, l'insécurité alimentaire des ménages, la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires par la population et la réduction du pouvoir d'achat des ménages sont autant de facteurs influençant négativement l'état nutritionnel de la population. Egalement l'absence d'un cadre d'orientation stratégique pour les actions des départements techniques du gouvernement et des partenaires ne permet pas d'harmoniser les interventions et rentabiliser les efforts.

Conscient de la précarité de la situation, le Gouvernement de l'Union Comores, a ainsi décidé de mettre un accent sur la nutrition, suivant une approche holistique dans l'élaboration de cette politique de nutrition et d'alimentation, dans la mesure où la nutrition est un domaine multisectoriel.

Dans un domaine où des possibilités d'interventions préventives existent, une volonté politique à la hauteur des enjeux des problèmes nutritionnels bien identifiés est plus que souhaitable. Et seule, une véritable " Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation", ambitieuse et rigoureuse sur le plan méthodologique, basée sur des objectifs précis, associant le plus grand nombre d'acteurs, disposant de moyens à la hauteur de ses ambitions et faisant l'objet d'un pilotage par une équipe techniquement compétente peut permettre une évolution significative de la situation actuelle.

L'adoption et la promulgation d'une politique nationale de nutrition et d'alimentation permet d'édicter des principes directeurs et des options stratégiques pertinents, ainsi que des mécanismes de mise en œuvre efficaces et efficients des interventions nutritionnelles, pour renforcer la lutte contre les malnutritions et l'insécurité alimentaire. Elle permet aussi au Gouvernement de l'Union des Comores de réaffirmer son engagement pour réaliser le droit à une alimentation adéquate et assurer une bonne nutrition à toute sa population.

J'invite donc toutes les parties prenantes, à savoir : les cadres et acteurs de la santé et des autres départements concernés, les ONG nationales et internationales, les partenaires au développement opérant en Union des Comores de collaborer efficacement en vue de la mise en œuvre de cette politique.

Fait à Moroni, le

La Ministre de la Santé, de la Cohésion sociale, de  
la Solidarité et de la Promotion du Genre

**Dr. Moinafouraha AHMED**

## I] INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de vie de la population demeure un enjeu majeur pour les pouvoirs publics comoriens en raison des effets négatifs des politiques mises en œuvre menées depuis plus de deux décennies et qui ont contribué à un approfondissement de la demande sociale. La paupérisation croissante, l'accès difficile de la population, notamment les groupes vulnérables aux services sociaux de base et à une alimentation saine, équilibrée et suffisante restent au cœur de cette problématique dont l'ampleur des conséquences sur la santé, la mortalité et le développement est avéré.

Ainsi, la dégradation des indicateurs sociaux, a amené l'Etat à engager diverses stratégies conformément aux orientations stratégiques contenues dans le Document de Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (DSCR) et aux engagements que les Comores ont souscrits à l'échelle internationale, notamment la conférence internationale sur la nutrition de 1992, le sommet mondial de l'alimentation de 1996, la déclaration du millénaire pour le développement de 2000, etc. Mais en dépit de ces efforts, la situation nutritionnelle de la population reste encore préoccupante particulièrement au niveau de la population vivant dans des zones défavorisées (milieu rural et périurbain).

Ainsi, on relève des taux élevés de malnutrition. 27.8 % des enfants ont une malnutrition chronique, 6.4 % une malnutrition aigüe et 13,8 % une malnutrition globale. Selon EDS de 1996, 43 % des décès des enfants sont liés à la malnutrition avec des taux élevés de mortalité infantile. L'étude de l'Observatoire des Droits de l'Enfant de la Région Océan Indien (ODEROI), réalisée en 2008 indique que 12% des enfants comoriens âgés de 0 à 4 ans sont sévèrement privés de nutrition. On note des déficiences nutritionnelles spécifiques et un régime alimentaire inapproprié. On estime qu'une proportion non négligeable de femmes enceintes souffrent d'anémie.

D'autres formes de malnutrition par excès dont la surcharge pondérale et l'obésité font leur apparition dans le paysage épidémiologique avec des prévalences observées de 39% pour la surcharge pondérale et 14% pour l'obésité qui impactent directement sur le développement de certaines maladies non transmissibles, le Diabète, les Maladies Cardiovasculaires, l'HTA, etc.

Les causes de la malnutrition, de la sous alimentation et des carences spécifiques en micro - nutriments étant multi - factorielles, les stratégies destinées à les combattre doivent intégrer l'amélioration des conditions socio-économiques des groupes vulnérables. Ainsi, les mesures de lutte contre les problèmes nutritionnels feront appel à une synergie d'actions de plusieurs secteurs et acteurs, du public comme du privé.

A cet effet, il apparaît nécessaire pour l'Union des Comores de bâtir une vision nouvelle en adoptant une approche intégrative des problèmes nutritionnels afin de mettre en œuvre des stratégies appropriées en rapport avec les urgences du moment. Cette approche prendra en compte les politiques et programmes sectoriels en matière de santé, d'éducation, d'agriculture, d'économie et de commerce, d'environnement et de manière globale de lutte contre la pauvreté.

Le présent document de projet de Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation traduit un engagement du Gouvernement Comorien à s'attaquer directement et indirectement aux causes multi - factorielles de la malnutrition, à l'insécurité alimentaire et à la sécurité sanitaire des aliments par l'implication de tous les secteurs de développement. Il représente ainsi un cadre de référence pour l'application des mesures et des stratégies d'interventions qui auront un impact sur l'amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables que représentent les enfants, les femmes en âge de reproduction et les personnes âgées. Il s'agit pour l'Union des Comores de faire du statut nutritionnel des groupes vulnérables un objectif de planification et un indicateur du développement socio-économique.

Le présent projet de Politique de Développement de la Nutrition s'inspire des résultats et conclusions du processus d'évaluation des interventions en nutrition amorcé en Union des Comores depuis 2009 sous le leadership de l'OMS, des recommandations des responsables des différents secteurs de l'état impliqués, des organisations de la société civile et non gouvernementales et celles des partenaires au développement.

Il servira de cadre de référence et de cohérence pour les interventions futures dans le domaine de la nutrition à travers des mesures concertées visant à s'attaquer spécifiquement aux causes multifformes de la malnutrition et à impliquer, dans une approche participative, les différents acteurs et partenaires concernés.

## II] CONTEXTE & JUSTIFICATION

### 2.1) CONTEXTE PHYSIQUE



Situées dans l'Océan Indien, à l'entrée septentrionale du Canal de Mozambique, à mi-chemin entre la côte africaine et la pointe nord de Madagascar, les Comores sont formées de quatre îles volcaniques alignées sur 225 km le long d'un plateau sous-marin de direction sud-est/nord-ouest.

Cet archipel se trouve à 200 km au Nord de Madagascar et à 300 km à l'Est du Mozambique et s'étend sur une superficie de 2236 Km<sup>2</sup>. Il est composé de: Grande Comore ou Ngazidja avec 1148 Km<sup>2</sup>, Anjouan ou Ndzouani avec 424 Km<sup>2</sup>,

Mohéli ou Mwali avec 290 Km<sup>2</sup> et Mayotte ou Maoré avec 374 Km<sup>2</sup>.

### 2.2) SITUATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE

L'instabilité politique récurrente depuis l'indépendance en 1975, les Comores ont connu une histoire politique et institutionnelle agitée, suivie par la période de crise institutionnelle (1997-2008). Cette instabilité politique a engendré une situation économique difficile, en particulier pour les couches de la population les plus pauvres notamment les femmes et les jeunes. Selon la loi référendaire de 2009 modifiant la constitution de 2011 révisée en mai 2009, la Présidence du pays est tournante entre les îles du pays pour un mandat de 5 ans.

Au niveau des îles, le pouvoir exécutif est dévolu au Gouverneur de l'île élu aux suffrages universels pour 5 ans. Les organes chargés de la législation sont le Parlement au niveau central et les Conseils au niveau de chaque île.

### 2.3) DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

La démographie des Comores se caractérise par une densité très élevée. La population est estimée en 2012 à 724 294 habitants avec un taux de croissance démographique de 2,1 % par an, soit une densité moyenne de 389 habts/ km<sup>2</sup> dont : 322 habts/km<sup>2</sup> à Ngazidja ; 724habts/km<sup>2</sup> à Ndzouani et 165habts/km<sup>2</sup> à Mwali.

Elle est inégalement répartie entre les îles : 6,6% pour Mohéli, 42,4% pour Anjouan et 51,0% pour la Grande Comore. La population est largement rurale (72,1%) ; mais le taux de croissance des zones urbanisées est cependant très rapide, avec plus de 5% par an.

Cependant selon le genre, la population est presque également répartie avec respectivement 49,7% pour les hommes et 50,3% pour les femmes.

L'Union des Comores présente un taux d'analphabétisme important (50% de la population, en majorité des femmes) et des taux de chômage et de sous emploi élevés (71% de la population active exerce un emploi, 33% pour les femmes).

## 2.4) SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE :

Petit Etat Insulaire en Développement (PEID), les Comores font partie des Pays les Moins Avancés (PMA). Selon le dernier rapport sur le développement dans le monde, au taux de change courant, le revenu per capita se situe à 640 dollars. Le PIB nominal de l'Union des Comores est de 197 056 Milliards en 2010

Tableau 1 : Evolution des principaux indicateurs du secteur réel

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>PIB nominal</b>	159 264	166 229	175 97	185 625	197 056
<b>Taux d'accroissement</b>	2,6	0,8	0,4	1,9	2,2
<b>Taux d'inflation</b>	3,4	4,5	4,7	4,9	3,8

Source: Rapport annuel 2010 BCC

Le pays est classé parmi le pays les plus pauvres du monde en termes de revenu par tête et en termes d'indicateurs de bien être, il occupe le 139<sup>ème</sup> rang sur les 177 pays. L'indice de développement humain (IDH) est de 0,576 en 2007 correspondant à une espérance de vie à la naissance de 65,5ans. L'indicateur de pauvreté humaine est passé de 31,6% en 2005 à 20,4% en 2009. L'incidence de la pauvreté monétaire est passée de 54,7% en 1995 à 44,8% en 2004.

Par ailleurs, l'économie comorienne est caractérisée par une situation duale. D'un côté, un secteur agricole principalement de subsistance très peu rentable (dont la proportion par rapport au PIB est en constance baisse), et de l'autre côté, un secteur tertiaire dominé par le commerce en forte expansion et relativement rentable, représentant environ 46 à 52% du PIB.

L'économie comorienne est aussi marquée par un fort taux d'endettement. La dette extérieure des Comores est passée de 185 millions USD en 1990 à 264 millions USD en 2004. Celle-ci représente 71% du PIB et 520% des exportations des biens et services. La dette intérieure, quant à elle, était estimée en 2004 à plus de 8 milliards de FC.

En outre, l'économie comorienne est fortement dépendante de l'extérieur : les importations et exportations constituent les poumons des activités génératrices de revenus. Le taux de dépendance exprimé par 'importation + exportation' avoisine les 50% du PIB. Les transferts de la diaspora en forte croissance représentent aujourd'hui plus de 25% du PIB. Souvent oubliés, les transferts de fonds de la diaspora représentent deux à cinq fois l'Aide Publique au Développement.

Et enfin l'aide publique au développement en déclin depuis plusieurs années connaît son plus bas niveau durant la décennie 2001 2010. De 165 dollars par habitant au début des années 1990, l'Aide Publique au Développement représentait seulement de 28 dollars par habitant en 2008 ; elle correspondait à peine 5% du PIB en 2008.

Certes en 2010, l'activité économique aux Comores a évolué avec un taux de croissance du PIB de 2,2% contre 1,9% en 2009. Il y a lieu de souligner que cette croissance est soutenue par les transferts de la diaspora, l'accroissement des crédits bancaires et par les importants concours budgétaires de l'extérieur qui ont permis d'éponger les arriérés de salaires des fonctionnaires et l'évolution du programme conclu avec le FMI en septembre 2009 qui a donné un nouveau souffle à l'économie comorienne en décembre 2010.

Il est vrai que ce taux de croissance du PIB enregistré en 2010 se rapproche du taux de croissance démographique de la population (2,1%). Mais rien ne laisse présager que ce taux observé en 2010 pourra se maintenir dans les années à venir, dans la mesure où cette hausse de l'activité économique s'est réalisée dans une dynamique inflationniste, c'est-à-dire dans un contexte de hausse des prix à la consommation, au cours de ces cinq dernières années.

## **2.5) AGRICULTURE – PECHE – ELEVAGE**

L'économie comorienne est caractérisée par la prédominance de la production du secteur primaire (les produits de rente et la production alimentaire) dont sa contribution au PIB est de 41,34%. L'agriculture emploie 71% de la population active, dont 6% pour la pêche (y compris les vendeurs de poissons).

Les cultures de rentes représentées essentiellement par la vanille, le girofle et l'ylang ylang contribuent au PIB à hauteur de 13% et représentent environ 90% des recettes d'exportation.

L'agriculture comorienne est caractérisée par des techniques qui ont peu évolué au cours des trente dernières années et la quasi-absence d'intrants de production. L'exploitation agricole est familiale de petite taille, souvent inférieure à un hectare témoignage, de la forte pression humaine sur les sols. Sur une même exploitation on trouve généralement des cultures vivrières et de rente, ainsi que quelques animaux. Les rendements sont faibles. Dans de nombreuses régions, les terres sont ravagées par l'érosion et il y a une forte déforestation.

Malgré les potentiels agricoles et la multiplication des initiatives en faveur du secteur, l'agriculture comorienne continue de souffrir des difficultés récurrentes, marquées notamment par la faible mécanisation, l'absence d'irrigation des cultures, les problématiques de transport et de conservation des produits. La production alimentaire comprenant les cultures vivrières (la banane verte, le manioc, l'igname, le taro, la patate douce, le maïs et le riz paddy, l'élevage et la pêche ne couvrent pas les besoins alimentaires de la population.

Et en dépit de la prépondérance de l'agriculture dans son économie, le pays n'est pas autosuffisant en produits alimentaires.

La pêche est considérée comme un domaine prometteur pour l'avenir de l'économie comorienne. La situation de ce sous secteur est actuellement caractérisée par des techniques artisanales de pêche à la ligne sur des pirogues et embarcations en fibre de verre, au nombre de 5 323 environ et dont 1 700 seulement seraient motorisées. Pour une capacité d'exploitation potentielle durable de 33 000 tonnes par an, 15 000 à 18 000 tonnes / ans seulement constituent la prise locale, soit 45% de la capacité de production annuelle en 2005 ce secteur représente 21 % du PIB du secteur primaire.

Par ailleurs, la consommation nationale de poisson, estimée en moyenne à 68 g/personne/jour, pourrait s'accroître même si le marché national souffre de la concurrence des produits carnés importés à des prix inférieurs.

Malgré les efforts remarquables que le secteur a bénéficié en matière formation, de constructions de poissonneries, de chambres froides, et d'organisation des OP, il continue de souffrir des capacités de gestion et de planification insuffisantes et les méthodes de conservation et de transformation des produits halieutiques et la commercialisation sont limitées.

Pour les productions animales, les superficies disponibles sont limitées. L'élevage bovin et caprin constitue une source potentielle de ressource en viande et en lait. Néanmoins, le cheptel comorien a été décimé à hauteur de 75% par des pathologies liées à l'importation des bovins et caprins en particulier à la Grande Comore.

Le potentiel de croissance du cheptel est lié à l'expérience acquise par les producteurs mais aussi à un croisement de race venant de l'extérieur qui a reçu l'appui de projets.

## **2.6) TRANSPORT ET COMMUNICATION**

Ce secteur de transport et communication représente 5,14% du PIB. Ce pourcentage devrait être largement sous-estimé du fait qu'une large part de l'activité de transport est exercée dans un cadre informel et échappe de ce fait aux statistiques officielles. L'importance du transport dans l'économie comorienne s'étend bien au delà de ces pourcentages. Ce qui veut dire que sans ce secteur, lequel peu de valeur ajoutée pourrait être produite dans l'agriculture, le commerce et l'industrie dont le développement sont en effet tributaire des conditions d'acheminement des produits entre leurs zones de production et de consommation. Le secteur des transports est par ailleurs un élément clé de toute stratégie visant à assurer l'autosuffisance et la sécurité alimentaire de la population des Comores en permettant l'écoulement des productions agricoles des zones excédentaires vers les zones déficitaires.

## **2.7) COMMERCE EXTERIEUR**

En matière de commerce extérieur, les Comores exportent principalement les produits de la vanille, d'ylang-ylang et de girofle. Les exportations ont enregistré une augmentation de 24% de leur valeur s'établissant à 5,2milliards FC en 2010 contre 4,2milliards FC en 2009.

Les exportations de la vanille ont connu une baisse en quantité et en valeur et rapportent 281 millions de FC en 2010 contre 645 millions en 2009 pour un prix moyen à l'export de 20 Euros le kilogramme. Le taux de couverture des importations par les exportations s'est ainsi amélioré, s'établissant à 9,1% contre 7,1% en 2009 après 4,8% en 2008.

Les principaux produits importés sont les produits pétroliers, le riz le ciment et produits de construction. En dépit de la baisse des importations de ciment et des autres produits de construction, la valeur des importations de riz et produits pétroliers a énormément pesé sur l'accroissement de la valeur totale des importations.

## **2.8) PAUVRETE**

Faisant partie des pays les moins avancés (PMA), la pauvreté est un phénomène répandu dans le pays bien que ses manifestations soient souvent moins prononcées que dans la plupart des pays africains. Dans son rapport sur le développement humain de 2010 sur la base de l'indice de développement (IDH) qui atteint 0,576 (cf RNDH 2010) le PNUD classe les Comores au 139eme rang sur les 177 pays pris en compte. La population est affectée par le problème de la pauvreté dans les multiples dimensions du phénomène. Que ce soit en termes de pauvreté monétaire reposant sur les dépenses par tête ou de ligne de pauvreté associée à la couverture des besoins de base, les enquêtes menées en 2004 ont évalué cette ligne de pauvreté à 285 144 franc Comorien (FC) à Ngazidja, 217 287 FC à Ndzouani, et 274 725 FC à Mohéli .

La pauvreté des ménages est plus élevée dans les deux dernières îles respectivement 38,7% et 37,8% de la population contre 35,3%. La pauvreté prévaut en milieu surtout en milieu rural notamment à Anjouan où 78,8 % de la population rurale est considérée comme pauvre. La pauvreté semble baissée entre 1995 et 2004 mais il faut être prudent compte tenu des différences méthodologiques relatives à la construction des échantillons. La moyenne entre les deux dates et sur les trois îles, les ratios de pauvreté des ménages comme des individus seraient passés de 47,3% à 36,9% et de 54,6% à 44 ,8%.

## **2.9) EDUCATION**

Pour avoir une image synthétique et globale du système éducatif comorien et faire une analyse objective et pertinente afin de mieux apprécier sa performance, il convient de se fier beaucoup

plus sur les taux d'accès et de rétention au cours d'un cycle suivant le profil transversal que sur les taux brut et net de scolarisation. Bien qu'en 2009-2010, le TBS dans le cycle primaire soit de 103,3%, l'accès au primaire est évalué à 85,5% alors qu'au CM2 (Taux d'achèvement du cycle) est évalué à seulement 63,2%. Cela signifie qu'environ un enfant sur sept n'aurait pas du tout accès à l'école et qu'en 2010, plus d'un enfant sur trois n'aurait pas un cycle primaire complet.

Et si l'on considère le taux de rétention, un indicateur qui permet d'apprécier la qualité de l'enseignement, au niveau du cycle primaire, il varie entre les années 2001-2002 et 2009 – 2010 respectivement de 60,7% à 75%. Ce chiffre renseigne qu'un quart des enfants qui ont accès au CP1 ne vont pas poursuivre leur scolarité jusqu'au terme du cycle, CM2. Il y a lieu de tenir compte aussi que la fréquence des redoublements de classe est spécialement élevée dans le système éducatif comorien, avec un chiffre compris entre 25 et 30 % dans chacun des trois cycles de l'enseignement général.

En effet avec ces taux d'accès et de rétention et de fréquence de redoublements mesurés, on se situe en position éloignée de la scolarisation universelle. Ces chiffres indiquent que le système éducatif comorien est peu performant. Il demande tout de même à être significativement amélioré pour que le pays progresse effectivement vers l'objectif du millénaire d'achèvement universel du primaire. Une des mesures qui pourraient être entre autres envisagées pour le rendre performant consiste à fournir un complément alimentaire en milieu scolaire.

## **2.10) SYSTEME D'INFORMATION**

Le suivi de la performance du système d'information n'est pas assuré de manière régulière.

Certes, certains secteurs classiques comme la santé et l'éducation, des schémas directeurs pour leur système d'information sont disponibles, mais ils n'abordent pas toutes les composantes. Et au niveau du secteur santé, ce n'est qu'en 2010 qu'un plan de développement du système national d'information sanitaire qui a tenu compte de toutes les composantes a été élaboré pour améliorer la performance du système. Il s'avère que sa mise en œuvre n'est pas effective. Et en plus, pendant que tous les outils de collecte sont conçus et mis en place et remplis aux différents niveaux, la coordination d'ensemble rencontre toujours des difficultés.

Sur le plan institutionnel, les cadres organiques des services centraux du secteur de la santé y compris le service chargé du système national d'information sanitaire ne sont pas adaptés aux réalités actuelles caractérisées par une véritable décentralisation consacrée par la nouvelle constitution du pays. Les relations fonctionnelles entre le niveau central et les îles et leurs missions/attributions respectives ne sont pas encore définies.

La cellule centrale chargée du système d'information sanitaire est limitée à une personne et les capacités nationales disponibles au niveau du secteur de la santé en matière d'épidémiologie, statistiques et planification sanitaire sont très limitées. Des procédures existent pour la collecte et l'acheminement de l'information au niveau supérieur, malheureusement, il n'y a pas de directives formelles pour l'analyse et l'utilisation des données.

En matière de nutrition et/ou d'alimentation, pratiquement il n'y a pas d'instruments de collecte et d'analyse d'informations alimentaire et nutritionnelle ayant pour but de fournir des informations sur la situation alimentaire et nutritionnelle. L'utilisation des informations alimentaire et nutritionnelle est souvent disparate et isolée et faite d'une façon non optimale dans les prises de décision et dans les actions.

Il manque un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle pouvant agir comme banque de données et faire une analyse et synthèse de toutes les données disponibles en vue de

fournir des informations utiles aux responsables pour la formulation des politiques, la planification et gestion des programmes, et faire l'analyse de tendance dans le temps et l'espace. Avec l'appui de l'Unicef, un système de surveillance nutritionnelle a été initié mais n'a pas pu être poursuivi. La base de données utilisée est dépassée.

## 2.11) SANTE

Les tendances générales montrent que l'état de santé des populations de l'Union des Comores s'est amélioré ces dernières années. Les indicateurs suivants illustrent cette situation :Le taux de mortalité brut est de 15,1 pour 1000 aux Comores. L'enfant comorien reste encore soumis à des risques de mortalité élevés malgré que le taux de mortalité infantile soit amélioré passant de 86 pour 1000 en 1991 à 59 pour 1000 en 2000. Le taux de mortalité infanto-juvénile a lui aussi connu une amélioration en passant de 130 pour 1000 en 1991 à 74 pour 1000 en 2000. Bien que le taux de mortalité maternelle tende à la baisse, la mortalité maternelle reste encore très élevée. Entre les recensements généraux de la population et de l'habitat de 1991 et 2003, ce taux varie respectivement de 517 à 360 pour 100.000 naissances vivantes.

La couverture vaccinale en 2011 est de 88% pour le BCG, 86,7% pour le PENTA3 et 79% pour le VAR. L'examen de la situation par district fait ressortir que 46,4% et 97,3% de la population a accès aux services de santé respectivement dans un rayon de 5 km et dans un rayon de 15km. Par contre Il faudrait souligner que sur la base de la liste nationale des médicaments, la disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires est environ de 45%.

Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et 8,92% en Grande Comore, à Anjouan et à Mohéli. La moyenne nationale est de 10,25%. Le taux d'accouchement dans les formations sanitaires périphériques est 29% alors qu'au niveau de l'ensemble du pays, il est estimé à 60%. Ceci s'explique par le fait que l'essentiel des accouchements se font au niveau des Centre hospitaliers Régionaux (CHR) ou du Centre Hospitalier National (CHN El-Maarouf). Ceci dénote que beaucoup d'accouchements se font à domicile avec ou sans la présence d'un personnel de santé. Le taux de planning familial dans les districts évalués est de 13%.

De façon générale, le faciès épidémiologique des Comores s'est peu modifié au cours de ces dernières années et reste dominé dans l'ensemble par le paludisme qui sévit à l'état endémo-épidémique aux Comores. Sa prévalence en l'an 2004 est de 28%. Il représente le principal problème de santé publique du pays. Les autres affections majeures enregistrées sont les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA) qui frappent plus particulièrement les enfants. Leur prévalence est respectivement de 18,3% et 14,7% en 2000. Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

La salubrité des aliments représente une préoccupation majeure de santé publique bien qu'il n'existe pas de données statistiques en la matière. En effet, le manque de contrôle et de surveillance des aliments consommés qu'ils proviennent de l'extérieur ou de l'intérieur du pays laisse présager que les maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire restent une menace permanente.

La proportion de la population ayant accès à l'eau potable est estimée à 28,3% en milieu urbain et 8,6% en milieu rural. La qualité de l'eau consommée par la population est loin d'être acceptable. En effet, en Grande-Comore, 75% des ménages s'approvisionnent dans les citernes traditionnelles et dans les autres îles l'eau est considérée comme étant peu salubre voire non potable dans sa

totalité D'après les conclusions du MICS 2000, la quasi totalité de la population s'approvisionne en eau insalubre, source potentielle de maladies diarrhéiques, infectieuses et parasitaires.

En matière de financement du système de santé, la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat est trop faible. Elle est passé de 8,6% à en 1998 à environ 4% en 2008. Ce qui revient à dire que le financement par le budget de l'Etat des activités nutritionnelles est pratiquement nul.

## **2.12) HABITAT ET SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT**

Concernant l'habitat, les constructions sont anarchiques dans l'ensemble du territoire national aussi bien dans les villes que dans les zones rurales. Des lois relatives au code de l'urbanisation et de l'aménagement du territoire existent, mais ne sont pas en général respectées alors que le morcellement des logements aggrave les problèmes d'évacuation des déchets. Les conditions d'habitation globalement sont précaires. Elles sont caractérisées par une vie dans des abris ne répondant pas aux normes d'hygiène requises.

Les problèmes environnementaux sont nombreux aux Comores. Certains perdurent tels que la permanence de gîtes larvaires constitués par les citernes d'eau de consommation humaine non couvertes et les réservoirs d'eau stagnante.

L'on peut noter aussi les déchets domestiques qui posent aussi un problème d'environnement réel. On estime que la quantité de déchets sera de 353.159 tonnes en 2020 contre 124.362 tonnes en 2000, soit une augmentation de 34%. Par ailleurs, il n'existe pas de système de drainage et d'évacuation des eaux usées dans l'ensemble du territoire.

Les risques environnementaux potentiels sont liés à la pollution marine et aux catastrophes naturelles, notamment volcaniques (Karthala), aux cyclones et aux inondations qui exposent aux catégories vulnérables à des risques élevées de sous-alimentation et au cercle vicieux de la malnutrition infection.

## **III] DIAGNOSTIC SITUATIONNEL**

Ce contexte ne peut que favoriser la dégradation de la situation nutritionnelle notamment des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés (handicapés, personnes âgées, enfants des rues, orphelins, malades infectieux, personnes portant le virus du SIDA). La malnutrition constitue aussi une des causes de la mortalité infanto-juvénile et maternelle aux Comores. L'EDS de 1996 a montré que la contribution de la malnutrition proteino-énergétique à la mortalité infanto-juvénile s'élevait à 43% dont 9% revient à la malnutrition sévère. La malnutrition contribue à la complication de certaines maladies infectieuses notamment les diarrhées, la rougeole, le paludisme, la lèpre et la tuberculose, les parasitoses intestinales ainsi que le SIDA.

Elle occasionne ainsi des dépenses de soins supplémentaires, et cela à tous les niveaux : des ménages à l'Etat en passant par les communautés. Une malnutrition précoce influe négativement sur la compétence cognitive et la capacité d'apprentissage à des stades ultérieurs des enfants. Elle compromet le développement intellectuel et abaisse les résultats scolaires, réduisant ainsi les bénéfices des investissements lourds dans le secteur de l'éducation. La malnutrition constitue également un facteur important de morbidité au niveau de la population active et, de ce fait, entraîne une baisse de rendement et de productivité au travail. Le coût économique de la malnutrition paraît énorme.

### **3.1) ANALYSE DE LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE**

En Union des Comores, la situation alimentaire et nutritionnelle s'articule autour d'une disponibilité alimentaire insuffisante, des taux non négligeables de malnutrition, de morbidité et de mortalité maternelle et infantile alarmante. Cette situation, compromet la santé et le développement des groupes les plus à risques, dont les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes, les vieillards. La problématique de la malnutrition chronique, l'anémie par carence en fer, la carence en iode dans une moindre mesure l'avitaminose A demeure probante. A ces problèmes de nutrition par carence s'ajoutent l'émergence des pathologies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation.

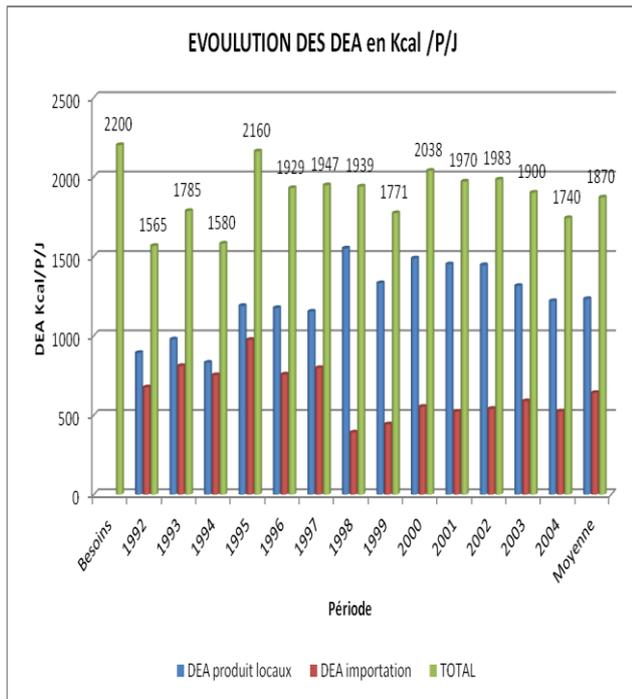
#### **3.1.1) LA DISPONIBILITE ALIMENTAIRE**

Les disponibilités alimentaires au niveau national sont insuffisantes pour couvrir les besoins de la population; elles sont par ailleurs instables dans le temps, avec un accroissement de la production nationale insuffisant pour compenser la croissance de la population. La production nationale couvre environ 60% des besoins énergétiques globaux avec la banane, les tubercules, les légumineuses et fruits tropicaux qui constituent les produits vivriers de base. La quasi-totalité du riz, qui constitue plus de la moitié des repas, est importée. Les efforts consentis pour augmenter la production nationale après l'adoption de la politique agricole et de développement rural en 1994 ne sont pas reflétés par les statistiques, malgré des progrès notoires dans la production maraîchère et la pêche. Le déficit chronique n'est pas compensé par les importations.

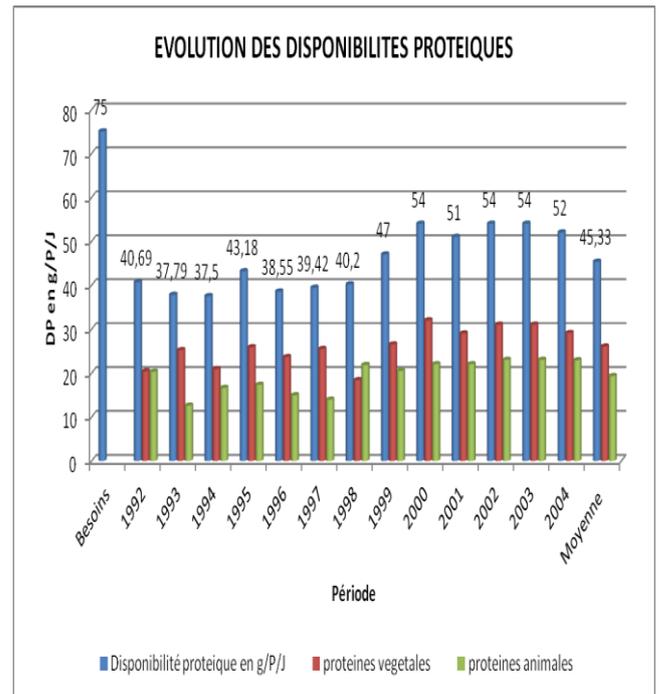
L'examen de l'évolution des disponibilités énergétiques alimentaires illustrée par les graphiques ci-dessous indique que, sauf pour 1995, elles ont été en deçà des besoins estimés à 2200 Calories par jour et par personne pour les Comores. Durant la période 1992-2004, les disponibilités énergétiques moyennes se sont situées à 82 % du niveau des normes établies.

L'accroissement rapide de la population comorienne génère des besoins additionnels en quantité et en qualité. Les disponibilités alimentaires au niveau national sont insuffisantes pour couvrir les besoins de la population; elles sont par ailleurs instables dans le temps, avec un accroissement de la production nationale insuffisant pour compenser la croissance de la population.

Figure 1 : EVOLUTION DE LA DISPONIBILITE ALIMENTAIRE PAR RAPPORT AUX BESOINS



Source : Compilation des données de la comptabilité nationale sur les importations alimentaires et de la production vivrière nationale – Direction Nationale de la Statistique



Source : Compilation des données de la comptabilité nationale sur les importations alimentaires et de la production vivrière nationale – Direction Nationale de la Statistique

Il ressort de l'examen de ces données chiffrées que le pays n'arrive plus à produire suffisamment de vivres. Il n'est pas en mesure non plus d'assurer le complément d'énergie disponible par les importations des denrées alimentaires. Les Comores vit dans l'insécurité alimentaire. Et la consommation réelle est en deçà du besoin recommandé. Selon l'enquête Budget et consommation réalisée en 1996, avec un revenu moyen mensuel par tête qui varie entre 26 000 et 85 000 francs comoriens, 45% des ménages comoriens accèdent difficilement aux produits alimentaires. Le pouvoir d'achat par personne active et par jour étant très restreint (375 à 425 Kmf) ne permet pas d'assurer un approvisionnement alimentaire adéquat ou au moins au niveau d'apport énergétique minimum requis, fixé à 2200 Kcal. Ce qui laisse supposer à fortiori que la consommation effective n'excède guère les 87% des besoins énergétiques d'approvisionnement recommandés et qu'une proportion importante de ménages est malheureusement à haut risque de sous-alimentation.

Pour couvrir les besoins de sa population, le pays doit importer 95% de sa consommation de riz (principal aliment de base) et d'énormes quantités de denrées alimentaires y compris des fruits et légumes ainsi que des produits animaux pour l'abattage pour palier son déficit, comme l'indique le tableau ci-dessous. Ce qui n'est pas facile à tenir pour un pays pauvre comme les Comores, dont les importations dépendent de trois produits de rente (vanille, girofle et ylang ylang).

Tableau 2 : Evolution des importations des Comores (2005 – 2010)

Produits	Quantités (en tonnes)					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Riz	33 499	32 137	38 281	21 840	38 362	38 338
Viande/Poisson	5 132	4 995	5 116	5 808	8 199	10 936
Farine	4 757	5 475	5 204	5 452	8 393	8 734
Sucre	4 963	5 537	4 026	3 646	6 713	8 286
Produits laitiers	1 329	1 958	1 489	1 592	2 658	2 941
Total	49 680	50 102	54 116	38 338	64 353	69 235

Source : Rapport Banque centrale des Comores 2010

Qui plus est, les conditions des approvisionnements et de l'accessibilité ne sont pas non plus satisfaisantes. Le manque d'infrastructures (stockage, transport et mise en circulation dans les marchés nationaux) et la faiblesse des circuits de distribution amplifient les irrégularités dues à la saisonnalité de certaines productions de base (poissons, fruits & légumes et tubercules).

### 3.1.2 LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Tableau 3 : Structure et composition de la consommation alimentaire

	1965/66	1983	1990
<b>Riz</b>	27%	34,9%	29,3%
<b>Noix de coco</b>	28%	10,3%	25,7%
<b>Bananes – manioc – Tubercules</b>	22,5%	16%	22,3%
<b>Apport calorique</b>	2083 Kcal/P/j	1873 Kcal/P/j	1920Kcal/P/j
<b>Apport protéique</b>	58,7g/P/j	45,7g/P/j	38g/P/j
<b>Sources</b>	Commissariat au Plan – Archipel	DG Plan – Moroni	BDPA - RFIC milieu rural

La structure de consommation provenant de l'unique enquête nationale de consommation alimentaire réalisée en 1965 dans les 4 îles, montre la dominance de la noix de coco en premier suivi du riz et les tubercules. Par ailleurs les enquêtes partielles de 1983 et 1991 réalisées respectivement à Moroni et en milieu rural ont montré une évolution de cette structure alimentaire en faveur du riz considéré actuellement comme aliment de base. On peut dire que les habitudes alimentaires ont évolué en faveur de la consommation du riz. Les féculents et la noix de coco sont relégués au second plan. Tandis que les légumes et les fruits sont moins consommés.

Autre aspect qu'il faut souligner c'est la consommation de beaucoup plus de produits à base de farine et de sucre par les femmes pendant les périodes d'accouchements et de célébrations des mariages ce qui favorise beaucoup plus la prise de poids chez ces dernières.

### **3.1.3) COMMERCIALISATION ET DISTRIBUTION DES DENREES ALIMENTAIRES**

La vente des produits vivriers traditionnels constitue une source de revenus de plus en plus importante et contribue au bien être des ménages ruraux. Ces ventes, effectuées le plus souvent sans aucune transformation aussi tôt après la récolte en petites quantités visent principalement à disposer des liquidités pour couvrir les besoins de base des ménages

La commercialisation est étroitement liée au différentiel de prix entre les îles. Les prix peuvent passer du simple au double, selon que l'on se trouve à Mohéli ou à Moroni. Ce différentiel est lié à la différence du coût de la vie, du niveau de vie entre les îles, mais également à un déficit de l'offre en Grande Comore et à Anjouan où la demande est forte car la production locale est insuffisante pour satisfaire la demande en outre l'augmentation du prix des produits locaux est due aussi aux taxes prélevés à l'entrée des douanes.

Le prix d'un régime de banane acheté à 250fc revient à 500fc ou 600fc à Moroni le Kilo à cause des taxes et des transports maritimes qui sont très chers. Cette fluctuation des prix se multiplie également en fonction des intermédiaires.

Compte-tenu du prix élevé des produits vivriers locaux (banane notamment), ainsi que des habitudes alimentaires, la majorité des ménages préfèrent consommer du riz importé de qualité dite "populaire", vendu à un prix stable et fixé très bas par l'Etat Comorien.

### **3.1.4) TRANSFORMATION ET CONSERVATION ALIMENTAIRES**

Les industries de transformation des produits agricoles sont rares, en raison entre autres de l'inexpérience des opérateurs privés et de l'insuffisance des infrastructures de base et de technologie de transformation.

La conservation des récoltes en milieu rural est encore essentiellement traditionnelle et basée sur des méthodes de séchage, fumage et autres. Les pratiques modernes sont peu développées. Ainsi, une bonne partie des récoltes est détruite par les prédateurs. Il existe un grand potentiel le développement des PME spécialisées dans la transformation et la conservation des produits agro-alimentaires et l'amélioration des micro-entreprises alimentaires en milieu urbain.

### **3.1.5) PROTECTION DES CONSOMMATEURS**

#### **a) Législation et Normalisation**

Bien qu'il existe des textes de base dans différents départements ministériels relatifs à l'innocuité des aliments, un effort d'harmonisation et de coordination entre les différents acteurs est indispensable. L'insuffisance des textes d'application et le non application des textes en vigueur constituent d'autres facteurs à considérer dans le processus de protection des consommateurs.

A ce jour, la définition de normes nationales ou l'homologation des normes du Codex Alimentarius se poursuit au niveau de la commission nationale du Codex Alimentarius mise en place récemment.

#### **b) Contrôle de qualité des denrées alimentaires**

La sécurité sanitaire des aliments est une préoccupation pour les producteurs et les consommateurs. L'appui du Gouvernement se traduit par la promotion de la qualité et la création des structures de contrôle de qualité dans les départements concernés.

La contamination chimique est presque inexistante du fait de l'utilisation faible et contrôlée des pesticides et des engrais chimiques. Les produits agricoles et alimentaires sont insuffisamment contrôlés à l'importation, à l'exportation et à la consommation. Le sous équipement des laboratoires de contrôle sanitaire et de salubrité des aliments constituent une contrainte à la promotion et à la qualité des produits agricoles et alimentaires.

Les maladies d'origines alimentaires constituent des problèmes courant et croissant dans notre pays même s'ils sont moins bien documentés. La forte prévalence des affections diarrhéique dans notre pays provient de problèmes sous jacents important des salubrités des aliments.

Le choléra dans notre pays depuis plusieurs années est le signe d'un problème grave d'assainissement et d'hygiène alimentaire. D'autres épisodes d'intoxications alimentaires ont été enregistrés dans notre pays.

Il existe aux Comores des services de contrôle sanitaire des aliments. Néanmoins les difficultés rencontrées au cours de leur exercice ne sont pas les moindre. Ces difficultés sont de trois ordres : difficultés de ressources humaines - difficultés logistique - difficultés réglementaire et juridique.

### **3.2) SITUATION NUTRITIONNELLE**

La situation nutritionnelle reste préoccupante pour les mères et les enfants, on estime qu'une proportion non négligeable de femmes enceintes souffrent d'anémie et que les taux des malnutritions aigues et chroniques chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 6,4% et 27,8%.

Des analyses partielles font apparaître une situation alimentaire et nutritionnelle assez préoccupante. On observe des symptômes localisés de troubles nutritionnels (carences en iode, avitaminoses A et anémies). L'insuffisance pondérale touche 18% et un taux de retard de croissance de 33% chez les enfants de 0 à 23 mois.(sources)

Le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires, a mis en place des centres de nutrition thérapeutique au niveau des structures sanitaires à travers le pays pour la récupération des malnutritions sévères. Néanmoins il y'a une insuffisance des infrastructures et le lien avec les sites communautaires mérite d'être amélioré ainsi que le système de référence et de contre référence.

Les facteurs qui restent à l'origine de cette situation sont, en plus de des facteurs explicités ci-dessus, les pratiques alimentaires traditionnelles parfois inadéquates (notamment pour l'alimentation des très jeunes enfants et qui privilégient des aliments pauvres en protéines et en micronutriments, dont l' iode et le fer) et la hausse relativement élevée et très variable des prix des denrées alimentaires aux Comores, depuis 2008 où la crise alimentaire a commencé suite à la volatilité des prix des biocarburants dans le monde.

Parmi les troubles nutritionnels apparus et identifiés, on peut citer les malnutritions protéino-énergétiques, les carences en micronutriments et les maladies chroniques d'origine alimentaire.

#### **3.2.1) LES MALNUTRITIONS PROTEINO-ENERGETIQUE :**

Selon l'étude effectuée en décembre 2008 par l'UNICEF sur des enfants de moins de 5 ans, il a permis de mieux identifier les poches de malnutrition existantes au niveau des 3 îles. Le rapport de cette étude a mis en évidence la situation critique de la malnutrition aigue au niveau de l'ensemble du pays.3 districts sur 7 sont à risque à Ngazidja, et souffrent de malnutrition aigues sévère supérieure au seuil de 2%. En ce qui concerne Anjouan, 5 districts su 7 sont exposés à la malnutrition aigue sévère et globale. Quant à Mohéli, la situation est grave car tous les 3 districts de l'île sont touchés et présentent la malnutrition aigue sévère supérieure au seuil de 10%.

Par ailleurs, l'analyse a également permis d'évaluer la prévalence des retards de taille (stunting) et de poids (underweight) pour chaque district et pour les différentes classes d'âge d'enfants de chaque île, tel qu'il est indiqué dans le tableau ci-après.

Tableau 4 : Répartition des différents types de malnutrition par île

Iles	Poids/Âge (Insuffisance pondérale)		Taille/Âge (Retard de croissance)		Poids/Taille + œdèmes (Maigreux)	
	Globale (%)	Sévère (%)	Globale (%)	Sévère (%)	Globale (%)	Sévère (%)
Anjouan	20.1	6.9	30.8	14.6	8.7	1.6
Mohéli	12.7	3.7	24.0	7.7	7.1	3.0
Ngazidja	8.6	1.7	28.7	8.6	3.3	0.9
Moyenne Union	13.8	4.1	27.8	10.3	6.4	1.8

Source : Rapport Unicef 2008

Malgré cette situation alarmante, on note une amélioration de la situation de la malnutrition globale (13,8%) et de la malnutrition aiguë sévère (4,1%) chez les enfants de moins de 5 ans par rapport à l'étude sur l'enquête démographique et santé (EDS, 1996), qui était respectivement de 25,8% et de 7,9%. La malnutrition protéino-énergétique n'est pas l'apanage des enfants uniquement. Si la femme enceinte est malnutrie, le nouveau-né peut l'être aussi. L'état nutritionnel des mères est un des facteurs de la mortalité maternelle et infantile.

Tableau 5 : Evolution de la malnutrition

INDICATEURS DE LA MANUTRITION en %					
	1991	1996	2000	2004	2008
Proportion des enfants souffrant d'une insuffisance pondérales	13,9	25,8	26,3	24,9	13,8
Proportion des enfants accusant une insuffisance pondérale sévère	4,6	7,9	8,7		4,1
Proportion des enfants accusant un retard de croissance	20,6	33,8	42,3	43,1	27,8
Proportion d'enfant accusant un retard de croissance sévère	12,4	13,4	23,4		10,4
Proportion des enfants accusant malnutrition émaciation	8,5	8,3	11,5		6,4
Proportion d'enfant accusant une émaciation sévère	1,1	2,0	3,9		1,8

Sources : MSPP- DPSP-Rapport de l'état nutritionnel des enfants de moins de 2 ans aux Comores 1991, EDS 1996, MICS 2000, EIM 2004, Rapport UNICEF 2008

L'indicateur le plus alarmant est celui du retard de croissance qui se maintient jusqu'à l'âge de cinq ans, indiquant un état de malnutrition chronique, par rapport à l'insuffisance pondérale qui est deux fois moindre que celui du retard de croissance. Ces données laissent penser que l'état nutritionnel des enfants est loin d'être satisfaisant, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif.

Cet état de fait chez les enfants semble refléter de ce que l'on observera en général dans la population adulte. Bien que les prévalences des formes de la malnutrition tendent à la baisse, cela n'empêche pas de mettre la situation nutritionnelle et alimentaire sous surveillance rapprochée, considérant des apports insuffisants en énergie et en protéines, les coûts élevés engendrés par les importations et le pouvoir d'achat des ménages limité.

### **3.2.2) LES CARENCES NUTRITIONNELLES SPECIFIQUES**

#### **a) L'Anémie par carence en Fer :**

Des études récentes à l'échelle nationale sur l'anémie nutritionnelle n'ont pas été réalisées, ni même au niveau d'une île, permettant d'apprécier son étendue et sa gravité. Toutefois, on a enregistré une proportion importante chez la femme enceinte dans les consultations prénatales. C'est un des problèmes nutritionnels en plus de la MPE qui tend actuellement à s'aggraver. Pour l'année 2011, le nombre de personnes présentant une anémie diagnostiquées dans les CSD de Ngazidja s'élève non compris le CHN d'El-Maarouf à 596, dont plus de la moitié sont des femmes, soit (325 patientes). Les causes de la carence en fer aux Comores pourraient être liées à un apport et absorption en fer insuffisants ; aux maladies parasitaires et infectieuses, et aux grossesses rapprochées, les hémorragies.

#### **b) L'Avitaminose A :**

Malgré l'absence de données récentes, une étude a été effectuée en 1995 chez les enfants de 8 à 11 ans, la carence en vitamine A aux Comores s'avère modérée, car la prévalence mesurée est de 1,4%, c'est à dire comprise entre 1 et 5 %. Ainsi, c'est à Ngazidja qu'on a enregistré des prévalences élevées. La moyenne est de 3,2%, contre 1% à Mwali et 0,5% à Ndzuwani. A noter que dans le cadre de la campagne nationale de vaccination intégrée, la vitamine A est donné aux enfants de 6 mois à 5 ans pour palier à cette carence en vitamine A tous les ans.

#### **c) Les troubles dus à la carence en Iode (TDCI) :**

L'enquête sur la prévalence du goitre et de l'avitaminose A auprès des enfants d'âge scolaire âgés de 8 à 11 ans, réalisée en 1995, le goitre sévit de façon endémique. La prévalence mesurée est de 14,1% dans l'ensemble des 3 îles. En application des recommandations de cette étude, le pays n'importait que du sel iodé, ce qui a contribué à diminuer les cas de goitre. Ce trouble nutritionnel varie parallèlement avec l'âge et il est constaté aussi que l'altitude influe sur l'apparition de cette carence en iode chez l'enfant d'âge scolaire. Pour ce qui est du crétinisme qui est une conséquence de la carence iodée, sa prévalence dans l'ensemble du pays en 1995 était de 0,5% sur un effectif de 3119 sujets ayant fait l'objet de l'étude.

Parmi les facteurs goitrigène qui ont été mis en cause, on peut noter la consommation fréquente du manioc et de ses feuilles, sous forme de bred de manioc mais le manioc consommé est le manioc doux qui est exempté des éléments goitrigènes. On peut noter aussi la consommation et l'accessibilité faible et limitée de produits de mer et sont particulièrement surtout les populations rurales et montagnardes.

Cependant, il serait souhaitable de refaire une étude pour voir la prévalence actuelle et réorienter les interventions de lutte contre les TDCI.

### **3.2.3) L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LE SEVRAGE**

Depuis la 1<sup>ère</sup> enquête sur la pratique de l'allaitement maternel effectuée en 1990 et celle analysée à travers l'EDS en 1996, aucune autre étude d'envergure nationale n'est réalisée jusqu'à ce jour. Certes, certaines formations sanitaires ont obtenu le label « Initiative Amis des Bébé ». En plus, les données de l'enquête CAP effectuée par île par l'Unicef en 2008, illustrées par les tableaux ci-dessous, laissent dire que la pratique de l'allaitement maternel est répandue.

Tableau 6 : Proportion des enfants ayant été allaités

	Anjouan	Moheli	Ngazidja
Enfants allaités	n=599	n=662	n=661
Oui	88.3%	99.5%	93.2%
Non	11.7%	0.5%	6.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Source : Rapport de l'enquête CAP Unicef 2008

Tableau 7 : Age d'arrêt de l'allaitement maternel

Age en mois	Anjouan	Moheli	Ngazidja
	n=472	n=452	n=478
< 6 mois	18.0%	6.6%	17.2%
6 - 12 mois	25.2%	35.0%	26.8%
13 - 23 mois	26.1%	27.0%	16.3%
>=24 mois	30.7%	31.4%	39.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Source : Rapport de l'enquête CAP Unicef 2008

Toutefois, vu que plus de la moitié des accouchements se font à domicile, le manque de données récentes du phénomène sur toute l'étendue du territoire national et la commercialisation tout azimut des substituts du lait maternel, la pratique de l'allaitement maternel ainsi que les autres modes d'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant aux Comores ne suivent pas les recommandations de l'OMS.

Tableau 8 : Age d'introduction d'un aliment de complément selon les îles

Age en mois	Anjouan	Moheli	Ngazidja
	n=558	n=617	n=641
< 1 mois	7.5%	2.9%	15.3%
1 - 3 mois	30.5%	24.8%	29.8%
4 -5 mois	17.6%	24.6%	25.0%
6 mois	33.5%	38.7%	16.8%
> 6 mois	10.9%	8.9%	13.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Source : Rapport de l'enquête CAP Unicef 2008

Les nouveau-nés ne sont pas systématiquement mis au sein avant une heure après sa naissance. Selon ces études précitées, seulement 24 à 25 % des nouveau-nés sont exclusivement allaités au sein pendant les premiers 6 mois de la vie. Et l'enquête de l'Unicef de 2008 n'a pas pu renseigner combien de nouveau-nés ont été mis au sein durant l'heure de leur mise au monde. Ce n'est qu'au mois de mars 2012 que le code international des substituts du lait maternel est présenté en conseil des Ministre pour adoption.

Ce manque de dispositif légal demeure un handicap et compromet la santé de bons nombres de nouveau-nés et d'enfants en bas âge. Et partant, des commerçants continuent toujours à vendre des produits non conformes à la législation internationale.

### 3.2.5) L'EDUCATION NUTRITIONNELLE

L'éducation nutritionnelle est un moyen incontournable à la prévention de la malnutrition et d'une bonne hygiène alimentaire. Cette éducation nutritionnelle a le rôle non seulement de faire prendre conscience aux populations des relations étroites entre une alimentation équilibrée et la santé ou le bien être. Actuellement les Comores ne disposent pas de programme d'éducation et de promotion de la nutrition. Ce n'est qu'à partir des années 80 que des activités disparates et ponctuelles s'insèrent tout d'abord dans deux départements dont les ministères de l'Agriculture et celui de la santé. Il n'existe pas de stratégie d'alimentation du nouveau-né, de l'enfant et du jeune enfant, et l'on observe une insuffisance d'IEC dans les consultations.

### **3.2.6) LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES LIEES A L'ALIMENTATION**

Malgré que les Comores est un pays pauvre, ce pays est en pleine mutation sur les habitudes alimentaire. Ceci est dû aux conditions économiques qui obligent les gens à consommer gras et farineux. En outre plusieurs denrées alimentaires notamment, la viande de troisième catégorie ainsi que des ailes de poulets sont importées. Par ailleurs les fruits et légumes produits sont chères et non accessibles aux familles pauvres, la mode de préparation en majeure partie sous forme des frits est en pleine croissance. Il y a aussi la précarité et la méconnaissance des produits nutritifs en milieu rural.

Une proportion importante de la population comorienne ne consomme pas suffisamment de légumes et des fruits, autrement dit leur consommation ne fait pas partie de nos habitudes alimentaire. Par contre ils sont réservés dans les grandes cérémonies festives. Selon l'évolution actuelle du mode alimentaire dans le pays, la tendance évolue vers la consommation d'une alimentation basée sur des féculents raffinés, des viandes grasses (particulièrement les ailles de poulet, poissons frit et tubercules à base de coco), des aliments sucrés/salés (pâtisseries, viennoiseries, boissons sucrés). D'où, l'émergence et l'exposition de la population à la surcharge pondérale surpoids et à l'obésité depuis le bas âge.

#### **IV] ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE**

Un ensemble de programmes et actions ont été mis en œuvre durant les deux dernières décennies en vue de lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire. Ces interventions se résument comme ci-après.

Au niveau du secteur finances et économie

Le Gouvernement a élaboré avec l'appui des partenaires le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) dont la version finale est en cours. Des orientations en matière de finances publiques ont été retenues pour la période 2008 – 2011. Il s'agit entre autres de la mise en place d'une politique budgétaire et fiscale rigoureuse, de la conduite des réformes des politiques fiscales et douanières (réforme sur le perfectionnement ; la simplification ; l'harmonisation et la transparence du système douanier et fiscale).

Réponse à la crise alimentaire de 2008

En 2008, l'Union des Comores n'a pas été épargnée par la crise financière qui a mis en branle les économies des grands pays du monde, assortie d'une crise alimentaire liée à la volatilité des prix des denrées bioénergétiques et alimentaires dans presque tous les pays. Et ce sont les pays en voie de développement qui en ont souffert le plus dans la mesure où pour l'Union des Comores, la crise alimentaire a engendré ainsi une augmentation de près de 60% des prix des produits alimentaires de première nécessité.

Face à cette situation, le Gouvernement a pris certaines mesures destinées à soutenir la population. Le but visé est de contenir l'inflation galopante pour éviter une situation de crise, des manifestations et /ou des troubles sociaux. A cet effet, un comité interministériel de suivi de la crise alimentaire a été mis en place (voir décret présidentiel N°08-052/PR du 22 mai 2008). Les missions de cet organe de coordination ont été définies, avec un plan d'actions budgétisé figurant dans le rapport de consultation de la crise alimentaire élaboré à l'époque par le Gouvernement avec l'appui de la FAO. Le contenu de ce rapport consistait à :

1. Analyser au niveau du pays les causes et les effets de l'inflation sur la population ;
2. Identifier les mesures à prendre à court terme afin de limiter les impacts négatifs sur la population ;
3. Chiffrer le coût de ces différentes mesures et l'impact sur les finances publiques, et proposer par la suite des pistes de financement ;

4. Identifier des mesures structurelles visant à améliorer la sécurité alimentaire de la population en impulsant la production alimentaire nationale.

En plus le Gouvernement a négocié, avec les partenaires au développement opérant dans le pays, un soutien financier pour endiguer la crise alimentaire et ses effets.

Au niveau du secteur agricole

Au regard des distorsions macroéconomiques persistantes qui ont été identifiées à la fin des années '80, les autorités comoriennes se trouvaient dans l'obligation de reconsidérer la définition de la politique agricole et sa mise en œuvre en harmonie avec les réformes macroéconomiques. Ce qui a abouti ainsi dès 1989 à l'élaboration d'un document de stratégie du secteur rural, dont les cinq axes majeurs sont le/la:

1. Doublement de la production agricole au cours des vingt dernières années ;
2. Protection des ressources naturelles ;
3. Organisation des producteurs et la promotion des organisations paysannes autonomes et des organisations professionnelles et inter professionnelles ayant les capacités de gérer efficacement les principales filières ;
4. Réorganisation des structures publiques d'appui au développement agricole ;
5. Amélioration de l'environnement économique de la production agricole à travers des mesures d'accompagnement appropriées.

Cette stratégie était accompagnée d'un programme d'action définissant les orientations stratégiques et les mesures à mettre en place. Parallèlement à ces mesures, le Gouvernement a négocié un certain nombre de projets en cours d'exécution avec les partenaires au développement des Comores dans le secteur agricole résumé dans le tableau qui suit.

Tableau 9 : Programmes et projets mis en œuvre et en cours d'exécution

Titre	Durée	Montant programmé	Partenaires
Programme d'Appui au développement de l'Elevage(PADEC) en Euro	2003 - 2007	485000 Euro	Coopération Belge
Projet de Renforcement de la Diversification des filières Agricoles en Euro	2006 - 2012	3750000 Euro	AFD
Maison des Epices + Route Sidjou - Idjikoundzi EN Euro	2003 - 2007	5632833 Euro	8ème FED
Programme régional de Protection des végétaux en Euro	Démarré en 2003	6600 Euro	8ème FED
Station de recherche agricole de Bandasamlini en \$US		500000 \$US	Autorité Arabe
Mise en place d'un laboratoire in vitro des bananes(CEFADER) en \$US		100000 \$US	Autorité Arabe
Mise à disposition d'intrants agricoles et d'autres matériels agricoles en Euro		75000 Euro	Autorité Arabe
Programme National de Développement Humain Durable (PNDHD) en \$US		5960000 \$US	FIDA
Programme régional de marquage du thon en Euro	2005 -2009	14000000 Euro	Union Européenne
Projet régional COI de suivi, contrôle et surveillance des pêches en Euro	2005 - 2008	5400000 Euro	Union Européenne
Projet de Pêche du Sud Ouest de l'Océan Indien en \$US	2006 - 2011	12000000 \$US	Banque Mondiale
PROGECO	2007 - 2012	18000000 Euro	Union Européenne
Appui à l'élevage des caprins	2007 – 2010	90000 \$US	Autorité Arabe

Source : Direction nationale des stratégies agricoles

Plusieurs programmes et actions ont été entrepris pour assurer la sécurité alimentaire des ménages, mais les résultats obtenus sont en deçà des résultats escomptés.

Au niveau de la santé

Le Gouvernement a mis en place avec l'appui de l'Unicef, des programmes de nutrition à base communautaire à Anjouan et à la Grande-Comore, dont leur exécution est assurée par des ONGs nationales (CAP à Anjouan et CAP d'Afrique à la Grande – Comore) et internationales (Caritas). Car ces interventions nutritionnelles à base communautaire ont une vocation prioritairement préventive.

Toutes ces interventions menées avec la participation de la communauté poursuivent une stratégie plus ou moins commune avec la mise en place des structures communautaires et leur encadrement par des facilitateurs pour la conduite des activités de surveillance et promotion de la croissance des enfants et de communication pour le changement de comportement en matière de santé, d'alimentation et de nutrition, visant particulièrement les groupes les plus vulnérables que sont les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes. Ces interventions encouragent aussi une meilleure utilisation des services de santé. Cependant ces interventions n'ont pas pu être généralisées dans l'ensemble du pays, considérant certaines contraintes d'ordre structurelles et financières. D'ailleurs, la base de données servant au système de surveillance nutritionnelle est dépassée. Il faudrait la réactualiser. Elles se limitent à leur phase pilote.

Le Ministère de la santé a initié depuis longtemps l'approche : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), mais ces activités s'opèrent au niveau clinique. La promotion de l'allaitement maternel et l'éducation nutritionnelle font partie des stratégies de la politique nationale de santé. Mais très peu de structures sanitaires qui répondent aux critères d'adhésion à l' « Initiative Amis des Bébé ». Toutefois, il n'y a pas d'approche multimédia pour faire l'éducation nutritionnelle de la population, qui comprend des messages sur la surveillance et promotion de la croissance des enfants, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation de la femme enceinte et allaitante, et la prévention des carences en micronutriments (fer, iode, vitamine A).

L'accès universel aux soins de santé primaires est primordial dans la lutte contre la malnutrition, notamment : la santé maternelle et infantile comprenant la vaccination des maladies prioritaires, la prise en charge précoce des maladies courantes des enfants, les consultations pré et postnatales, et le planning familial. Egalement, la gratuité de certaines prestations contribue à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants comme la surveillance et promotion de la croissance, la supplémentation en vitamine A. Néanmoins la fréquentation des centres de soins de santé reste encore limitée même si la stratégie avancée a aidé à améliorer la couverture de certaines interventions. Et l'utilisation actuelle de la contraception reste encore faible (19.4%) au niveau national, par manque d'information et d'accès à un service adéquat de planning familial.

#### **4.1) Forces et Faiblesses de la réponse nationale**

L'analyse permet de dégager les forces et les faiblesses de ce qui est entrepris en nutrition, au niveau de tous les secteurs concernés.

##### **4.1.1) Les Forces**

Les forces constatées se basent sur les actions entreprises dans certains secteurs qui contribuent à l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition de la population en général et les plus vulnérables en particulier (la mère et l'enfant). Elles consistent à la volonté manifeste de :

- Etre parmi les sept premiers pays à avoir organisé le Landscape Analysis en collaboration avec l'OMS ;
- Elaborer des stratégies d'interventions en nutrition qui figurent dans le document de Plan National d'Actions sur la Nutrition (PNAN) avec l'appui de toutes les agences des nations unies opérant aux Comores ;
- Améliorer la sécurité alimentaire à travers des dispositions prises dans différents départements notamment celui du commerce extérieur par l'homologation des prix de certaines denrées alimentaires de première nécessité importées, celui de la production avec l'adhésion de notre pays au Codex Alimentarius, la mise en place d'un laboratoire pour vérifier la qualité des aliments et l'encadrement des agriculteurs ;

- Contribuer à l'amélioration de la nutrition à travers beaucoup d'actions dont l'offre des services de santé et de nutrition à la mère et à l'enfant avec les stratégies de distribution des micronutriments (Fer/Acide folique et Vit A) ;
  - Concourir à l'amélioration de la nutrition à travers des perspectives qui sont inscrites dans les priorités des décideurs, entres autres :
    - ✓ Le relèvement du programme de nutrition à un niveau décisionnel en vue d'une planification et d'une coordination efficace des interventions de tous les secteurs concernés. Ceci marquera un engagement considérable de la part des autorités
    - ✓ La création de comité de coordination multisectorielle en vue d'harmoniser les actions ;
  - Impliquer aussi les partenaires multilatéraux pour soutenir les autorités nationales à la réalisation des actions. Ce qui est une force indéniable pour l'amélioration de la nutrition ;
  - La formation du personnel sur la prise en charge de la malnutrition ;
  - La mise en place de comités d'animation villageois encadrés par des équipes relevant des ministères de l'agriculture et de la santé ;
  - La mise en place d'un réseau de surveillance nutritionnelle pour une prise en charge rapide et efficace des cas de malnutrition ;
  - L'équipement des structures en matériels de surveillance de la croissance ;
  - L'approvisionnement régulier des structures de santé en micronutriments (Fer/Acide folique et Vit A) ;
  - La nomination de point focal nutrition pour chaque district en vue de superviser et coordonner les activités des agents communautaires ;
- L'existence d'ONG qui interviennent au niveau communautaire dans le cadre des programmes de la nutrition appuyés par des partenaires internationaux. Celles-ci assurent l'encadrement des agents de santé communautaires ainsi que la coordination de leurs activités basées sur le dépistage, l'évacuation des cas de malnutrition pour une prise charge dans les structures de santé et le suivi à domicile des enfants après un séjour dans un centre de récupération nutritionnelle

#### 4.1.2) Faiblesses

Malgré les engagements pris dans le pays, on note :

- Une insuffisance de ressources financières. En effet jusqu'à présent aucun budget spécifique n'est alloué à la nutrition ;
- Une insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité qui ne favorise pas l'efficacité escomptée vis-à-vis des efforts déployés. En effet le pays souffre d'une carence en spécialistes dans le domaine et il manque un encadrement du personnel de santé, toute catégorie confondue. Selon, des informations recueillies, il existerait 5 nutritionnistes enregistrés, au niveau du pays, mais employés ailleurs dans des services qui ne sont pas impliqués directement dans la lutte contre la malnutrition ;
- Une absence d'une politique nationale de nutrition qui tiendrait compte de toutes les stratégies en faveur de la nutrition développées dans les départements concernés ;
- Une absence d'une stratégie de communication pour éveiller une prise de conscience, et chez les décideurs, et chez la population en général;
- Une léthargie a été constatée au niveau du programme national de nutrition qui se caractérise par un faible leadership à même d'assurer la coordination des interventions en matière de nutrition menées dans le pays ;
- Une absence de cadre de concertation entre les responsables des secteurs concernés ;
- Une absence de mécanismes de coordination des interventions dans ce domaine que déplorent la quasi-totalité des acteurs enquêtés;

- Un manque de supports IEC qui faciliteraient la sensibilisation lors des séances de causeries conduites dans les structures sanitaires ;
- Une quasi-inexistence de centres spécialisés pour la prise en charge des enfants malnutris. En effet sur 4 centres de récupération nutritionnelle que comptaient le pays, un seul est, actuellement, fonctionnel. Il s'agit de celui dirigé par Caritas. Ceux de Domoni à Anjouan, de Fomboni Mohéli et de Oichili à Ngazidja ont suspendu leurs activités, il y a environ un an et demi ;
- Un pouvoir d'achat limité des ménages engendré par une situation économique déplorable qui saperait, quelque part, les efforts consentis par les décideurs pour améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ;

Il s'avère en effet que les résultats sont assez faibles. Et la revue de ces quelques interventions dans le domaine de la nutrition et de l'alimentation aux Comores fait ressortir un besoin de synergie, de coordination et d'harmonisation des actions, en vue de pouvoir relever les principaux défis pour le pays qui sont entre autres : l'amélioration des techniques culturales pour rehausser la productivité et la mise en place d'une politique de prix des produits alimentaires pour les rendre accessibles aux populations vulnérables ; l'orientation de la production vers une alimentation nutritive et propice à la croissance de l'enfant sur la base des produits locaux et l'élaboration d'un programme d'éducation nutritionnel ainsi que la vulgarisation d'un encadrement nutritionnel en faveur de la petite enfance.

Même si l'on peut noter une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par plusieurs secteurs, il ressort de l'analyse de toutes ces interventions menées que la réponse nationale en matière de nutrition et de sécurité alimentaire est encore mal coordonnée et inefficace. Qui plus est, le manque de synergie et la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis une réduction tangible de la malnutrition au niveau national.

Au niveau institutionnel, la nutrition et l'alimentation sont prises en compte à travers des programmes et projets mis en œuvre séparément par les ministères de la santé et de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. Aucune structure chargée de définir une politique et des stratégies appropriées pour la mise en œuvre des programmes de nutrition-alimentation et d'assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs n'est créée aux Comores.

En effet, l'efficacité des interventions ne serait probante que si des mesures soient prises pour contenir les barrières révélées par l'évaluation des interventions mises œuvre. La plus urgente étant la mise en place d'une politique nationale de nutrition qui implique tous les secteurs concernés. Cette politique devra tenir compte des stratégies programmatiques, ainsi que des stratégies transversales, dont celles portant sur le plaidoyer pour la mobilisation de ressources, sur la formation de toutes les catégories d'acteurs dans le domaine de la nutrition et l'alimentation, sur la communication pour sensibiliser la population aux problèmes d'alimentation et de nutrition, et sur le suivi et l'évaluation pour une coordination et une orientation concertée de toutes les actions qui contribueront à la réduction de la sous-alimentation chez les groupes vulnérables, en particulier la mère et l'enfant .

## VJ POLITIQUE ET STRATEGIES NATIONALES DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION

### 5.1) Politique

#### 5.1.1) Fondements de la politique

La politique nationale de nutrition et d'alimentation trouve ses fondements dans la Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté qui présente, entre autres, comme objectifs de : - réduire de moitié les taux de pauvreté ; de malnutrition, et le nombre des personnes sous-alimentées.

Elle se fonde sur les Objectifs de Développement du Millénaire auxquels a souscrits le Gouvernement comorien en septembre 2000 afin d'assurer un développement humain et durable.

Elle tient compte également de la politique de développement sanitaire plus particulièrement sur les volets ci-après :

1. le droit à une nutrition adéquate ;
2. la priorité à accorder à la définition d'une politique intégrant bien-être nutritionnel de la population, préoccupation environnementales et justice sociale.

Elle repose enfin sur les recommandations formulées dans le rapport d'évaluation des interventions en nutrition aux Comores effectuées en 2009, du sommet mondial de l'alimentation tenu à Rome en 1996 et de la Conférence Internationale sur la Nutrition tenue également à Rome en 1992.

#### 5.1.2) Principes directeurs

Le développement de la politique nationale de nutrition et d'alimentation a pour base les principes directeurs suivants :

##### a. Equité

L'accès à des conditions d'alimentation satisfaisante est une garantie à l'épanouissement des individus par l'amélioration de leur santé. Pour ce faire, l'Etat accordera une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements défavorisés par la mise en œuvre d'interventions appropriées et ciblées, afin de créer les conditions nécessaires à l'élimination des situations handicapantes, en favorisant la valorisation des capacités des individus et en leur offrant des opportunités de participer au développement.

##### b. Décentralisation

Dans le contexte de renforcement et d'approfondissement de la décentralisation, l'exercice plein et entier par les collectivités locales des compétences transférées est devenu incontournable en tant qu'expression d'une option politique qui traduit une volonté de responsabiliser les acteurs à la base dans leurs choix et leurs options en matière de développement. L'Etat renforcera les moyens et les conditions de la prise en charge par les collectivités locales des questions relatives à l'amélioration du statut nutritionnel à travers l'identification, la mise en œuvre et le suivi des stratégies adaptées à l'environnement socio-économique et culturel.

Cette décentralisation s'articulera au niveau intermédiaire et périphérique par le biais de la participation de tous les niveaux de la société : consommateurs, producteurs, industrie

agro-alimentaire, distributeurs, professionnels de la santé et de l'éducation, chercheurs (équipes pluridisciplinaires) ;

c. Partenariat

Le caractère intersectoriel des stratégies à mettre en œuvre pour garantir une harmonisation des interventions et développer une synergie entre les acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition nécessite la mise en place de cadres de gestion et de concertation aux divers échelons, central, régional, local. L'Etat garantira les conditions du développement d'un partenariat large, efficace et organisé conforme aux attentes des différents partenaires et aux exigences de l'amélioration effective de l'état nutritionnel des populations bénéficiaires. Les relations avec le secteur privé seront à cet égard renforcées.

d. Le faire – faire/Contractualisation

Le faire - faire en tant que stratégie permettant d'assurer des interventions efficaces et rationnelles sera renforcé en vue d'accroître la performance des programmes et de favoriser l'atteinte des objectifs prioritaires.

e. Appropriation par les communautés

L'internalisation et l'appropriation des expériences par les populations sont une exigence pour la pérennisation des activités. Ainsi, l'approche participative à différents niveaux constituera la trame de toutes les interventions.

f. Transparence dans la gestion

Des procédures et mécanismes de mise en œuvre d'une gestion transparente adoptés par tous les acteurs sous-tendront la responsabilisation des différents niveaux hiérarchiques dans la gestion des programmes et la mise en œuvre des activités. Cette option signifie une obligation de résultats, appréciés aussi bien en termes de coût /efficacité que d'efficience à travers un suivi régulier et permanent.

g. Durabilité

L'implication des bénéficiaires à toutes les étapes du processus de formulation des programmes et de mise en œuvre des activités ainsi que l'adoption de mécanismes de financement fiables et pérennes constituent un gage de durabilité des programmes.

h. Ethique

L'ensemble des interventions nutritionnelles et sanitaires qui seront menées ainsi que leur évaluation doivent être guidées par la morale. L'éthique médicale regroupe un ensemble de règles de conduite qui permettent de garantir la morale et la dignité humaine dans les actions à entreprendre.

i. Concertation

Celle-ci s'impose en raison du cadre multisectoriel nécessaire pour la résolution des problèmes nutritionnels et est basée sur la complémentarité des interventions.

Ainsi, ce document de politique nationale :

1. Identifie les mesures susceptibles de juguler ces problèmes à court, moyen et à long terme.
2. Attire l'attention des hauts responsables du pays, des planificateurs, des partenaires au développement sur l'ampleur de l'insécurité alimentaire et des malnutritions en Union des Comores et ses conséquences sur le développement humain.

3. Oriente le gouvernement et ses partenaires sur les interventions intersectorielles prioritaires à promouvoir dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition en Union des Comores.
4. Propose un cadre institutionnel pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles.

#### 5.1.3) But de la Politique

Assurer le droit de la population comorienne toute entière à une alimentation et à une nutrition adéquates, en vue d'améliorer la survie des enfants, et de leur permettre un développement optimal de leurs potentialités physiques et intellectuelles, ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des groupes vulnérables et la population toute entière.

#### 5.1.4) Objectifs de la Politique

Dans sa stratégie globale de lutte contre la pauvreté le Gouvernement de l'Union des Comores s'engage à faire du développement de la nutrition une priorité nationale pour contribuer à l'amélioration des conditions socio-économiques des populations, en particulier les plus vulnérables (enfants, adolescents, femmes en âge de procréer, personnes âgées, etc.) dans le cadre des actions menées pour l'atteinte des objectifs de développement du millénaire.

Les objectifs généraux de cette Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation consistent à contribuer à l' (la):

- amélioration de la la disponibilité et l'accessibilité au niveau des ménages comoriens, des produits alimentaires en quantité et en qualité,
- amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées,
- réduction des incidences des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et les conséquences qui en découlent (surcharge pondérale, obésité, diabète, maladies cardiovasculaire), de la mortalité et la morbidité liées aux problèmes de nutrition et de la promotion des comportements alimentaires et nutritionnels adéquats.

## 5.2) Stratégies

La Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation s'articule autour de 5 axes stratégiques programmatiques d'intervention :

1. Sécurité alimentaire dans les ménages
2. Nutrition dans les services de santé
3. Nutrition Communautaire et programme de la petite enfance
4. Nutrition scolaire
5. Préparation à l'urgence et réponses nutritionnelles aux situations d'urgence

Dans le cadre de la mise en œuvre ces 5 axes seront appuyés par 5 axes transversaux :

1. IEC en matière de nutrition et alimentation
2. Contrôle de qualité des aliments
3. Système d'information
4. Promotion de la Recherche Appliquée et la Formation en Nutrition
5. Renforcement du Partenariat avec les acteurs

Ces axes constituent les grandes lignes d'orientation et déterminent les domaines d'actions prioritaires à mener.

### 5.2.1) AXE STRATEGIQUE 1 : SECURITE ALIMENTAIRE DES MENAGES

La sous-alimentation est une conséquence des problèmes liés à la pauvreté et au développement. Il en découle que la disponibilité de nourriture et l'accès à cette dernière, fonction de facteurs structurels, de l'évolution des revenus, de la production agricole et des échanges auxquels elle donne lieu, ont une incidence sur les mesures sanitaires et sur le contexte de santé en général, mais aussi sur le comportement et les connaissances de la population et du développement en général.

Aux Comores, la malnutrition apparaît comme la première conséquence d'une insécurité alimentaire. L'instabilité et les pénuries saisonnières de certaines denrées stratégiques qui sévissent dans le pays induisent souvent des tensions sur le marché et rendent par ricochet les produits inaccessibles aux plus démunis. Parmi les obstacles à une bonne nutrition et une alimentation adéquate aux Comores, on peut noter d'abord : le manque de revenu dans le ménage, avec pour conséquence, un manque de nourriture. Il y a également l'absence d'un programme d'éducation nutritionnel, la non vulgarisation d'un encadrement nutritionnel en faveur de tous les acteurs concernés, le caractère parfois archaïque des techniques culturelles qui limite la productivité et l'absence d'une politique de prix des produits alimentaires pour les rendre accessibles aux populations vulnérables.

Objectifs opérationnels d'ici 2015 :

1. Accroître la productivité et la production en milieu rural et périurbain
2. Améliorer l'accessibilité des produits alimentaires de première nécessité au niveau national, régional et au niveau ménage (en quantité et en qualité)

Stratégies prioritaires :

Pour atteindre les objectifs précités, les stratégies d'approche pour garantir la sécurité alimentaire dans les ménages consistent à :

1. l'amélioration des techniques culturelles pour rehausser la productivité ;
2. la conservation des récoltes des aliments ;
3. la mise en place d'une politique de prix des produits alimentaires pour les rendre accessibles aux populations vulnérables ;
4. l'orientation de la production vers une alimentation nutritive de qualité sur la base des produits locaux,
5. Accroissement de l'offre et de la disponibilité des biens et services publics nécessaires
6. Renforcement des capacités de production au niveau des groupements et des petits producteurs
7. Valorisation des sous-produits de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche
8. Développement de l'industrie de transformation des produits primaires de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche
9. Renforcement des mécanismes de contrôle de la qualité et de l'innocuité des aliments
10. Réduction de la pauvreté au niveau des ménages ruraux et urbains

Actions prioritaires :

1. Assurer que l'appui des services de vulgarisation agricole/élevage/pêche soit accessible à tous les aux catégories des groupes de population concernés ;
2. Renforcer l'encadrement des agents communautaire par les agents de vulgarisation agricole/élevage/pêche, en vulgarisant les « Guides Référentielles » en matière de petite production, transformation et stockage ;
3. Faciliter l'accès des populations vivant de l'agriculture, de la pêche et de l'élevage aux programmes et projets visant à accroître la disponibilité énergétique. Ce qui permettra de

lutter contre l'insécurité alimentaire et réduire l'impact de la pauvreté qui affecte beaucoup plus ces tranches de la population.

4. Promouvoir la diversification de la petite production familiale (jardin potager/fruitier, pisciculture, petit élevage avec utilisation des guides référentielles.
5. Diversifier et améliorer l'utilisation des aliments au niveau des ménages,
6. Promouvoir les activités génératrices de revenu, surtout aux femmes,
7. Promouvoir les petits investissements en zones rurales et le partenariat entre groupements de producteurs et le secteur privé,
8. Faciliter l'accès des producteurs aux facteurs de production (terre, intrants agricoles, crédits...),
9. Promouvoir les mutuelles d'épargne et de crédit en facilitant et en encourageant l'octroi de crédits aux paysans, éleveurs et pêcheurs,
10. Créer un mécanisme d'évaluation précoce de l'insécurité alimentaire
11. Dynamiser le dispositif permanent de secours d'urgence déjà existant en mettant à sa disposition les moyens d'intervention (stock de sécurité et fonds d'action humanitaire)
12. Réactualiser et vulgariser le code de l'hygiène publique
13. Appliquer les textes réglementaires relatifs à l'iodation du sel et au contrôle de qualité du sel iodé produit, commercialisé et consommé localement
14. Mettre en place un système de contrôle et de vérification des instruments de mesure,
15. Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la gestion des crises naturelles, et
16. Elaborer un programme d'éducation nutritionnelle et de vulgarisation d'encadrement nutritionnel au profit des groupes vulnérables.

#### 5.2.2) AXE STRATEGIQUE 2 : Nutrition et Système de Santé

Les malnutritions protéino-énergétiques sont associées à 43% de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans, dont 9% des décès sont attribués à la malnutrition sévère, selon l'EDSC de 1996. Les acteurs du système de soins occupent donc une place privilégiée et leur soutien est essentiel pour lutte contre ce fléau. Ils doivent relayer avec d'autres partenaires auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, appliquer les recommandations et directives nationales. Ils assurent la prise en charge précoce des problèmes nutritionnels.

Objectifs opérationnels d'ici 2015 :

1. Réduire l'insuffisance pondérale de 60% chez les enfants de 0 à 5 ans
2. Réduire les prévalences du déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer et du faible poids à la naissance de 50%
3. Réduire de 60% la prévalence de l'anémie chez la femmes enceinte et chez les enfants d'âge préscolaire
4. Eliminer la carence en iode et l'avitaminose A au sein de la population
5. Augmenter le taux de consommation du sel iodé de 2% à 70%
6. Introduire un Paquet Minimum d'Activités en Nutrition (PMA/Nut) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
7. Améliorer la qualité des prestations de nutrition dans les services de santé sur toute la pyramide sanitaire

Stratégies prioritaires

Ces objectifs seront réalisés au travers des stratégies prioritaires suivantes :

1. Amélioration de la prise en charge de la malnutrition : curative (prestation de soins) et préventive (suivi nutritionnel, surveillance de la croissance) des enfants de moins de 5 ans et en situation d'urgence
2. Prévention et prise en charge des carences en micronutriments notamment l'anémie, la carence en vitamine A et les TDC

3. Prévention et prise en charge des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité féminine, diabète et maladies cardio-vasculaires)
4. Amélioration de la couverture sanitaire notamment au niveau rural par l'équipement, conformément aux normes nationales et la formation continue du personnel
5. Redynamisation du programme allaitement maternel et promotion de l'allaitement maternel exclusif
6. Promotion d'une alimentation de complément de qualité
7. Prévention du faible poids à la naissance et lutte contre le déficit chronique énergétique chez les femmes enceintes
8. Recyclage et formation des agents de santé communautaires en nutrition, pour améliorer l'accessibilité géographique en milieu rural
9. Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des groupes vulnérables (Femmes enceintes et allaitantes indigentes, sidéens, tuberculeux et lépreux) et redynamiser la prise en charge alimentaire des malades hospitalisés

Actions prioritaires :

1. Elaborer et intégrer le PMA/Nutrition incluant la composante nutrition de la PCIME comme activité de routine dans toutes les structures sanitaires
2. Prendre en charge et récupérer nutritionnellement des enfants souffrant de malnutrition grave et en situation d'urgence
3. Créer des structures de récupération nutritionnelle dans toutes les zones et redynamiser celles existantes au niveau décentralisé
4. Développer des approches stratégiques de lutte novatrice des maladies chroniques liées à l'alimentation (obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires)
5. Mettre en place un programme de promotion des régimes alimentaires adéquats et de prise en charge des maladies chroniques d'origine nutritionnelle
6. Encourager la consommation des fruits et légumes
7. Elaborer et faire appliquer un programme de promotion des activités sportives et de l'hygiène de vie en milieu scolaire et dans les organisations de la société civile
8. Renforcer les capacités du personnel de santé en matière de prise en charge de la malnutrition et des autres maladies liées à la nutrition (Anémie, TDCI, Avitaminose A, obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires)
9. Equiper toutes les structures sanitaires en matériels de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel du couple mère – enfant
10. Renforcer les capacités de prise en charge nutritionnelle en milieu hospitalier
11. Intégrer la distribution gratuite de la vitamine A dans le PEV de routine et lors des campagnes de masse
12. Systématiser le suivi nutritionnel des femmes enceintes en SR
13. Intégrer la supplémentation systématique en vitamine A et en fer/folate des femmes en post-partum dans le forfait obstétrical et dans les services de santé
14. Impliquer les agents de santé communautaire (ASC) dans le suivi de la nutrition, distribution des micronutriments (Fer, Iode et Vitamine A) et dans la Communication pour le Changement de Comportements (CCC)
15. Appliquer le code international de commercialisation des substituts au lait maternel
16. Mettre en place et appliquer des directives adéquates en matière d'alimentation des nourrissons des mères VIH+
17. Développer la stratégie de l'alimentation des groupes vulnérables
18. Organiser un atelier national pour l'adoption d'une stratégie nationale de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes pauvres, les personnes âgées, les hospitalisés de longue durée, les malades en post-traumatique, les tuberculeux et lépreux, les personnes vivant avec le VIH.

### 5.2.3) AXE STRATEGIQUE 3 : NUTRITION COMMUNAUTAIRE ET PROGRAMME DE LA PETITE ENFANCE

De même pour améliorer la couverture des besoins d'intervention en nutrition, l'approche de la nutrition communautaire se pose comme l'alternative la plus appropriée. Et en plus, le processus d'élaboration et d'adoption d'une stratégie de survie de l'enfant et celle de l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant offrent l'opportunité de développer une composante de nutrition accès sur cette tranche d'âge suivant une approche communautaire.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

1. Améliorer les interventions de nutrition communautaire et le statut nutritionnel de la petite enfance
2. Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux carences en micronutriments
3. Promouvoir de bonnes habitudes et comportements alimentaires

Stratégies prioritaires :

Pour réaliser ces objectifs, les stratégies d'approche sont :

1. Généralisation des acquis positifs de l'approche du projet de nutrition à base communautaire aux autres CDS nécessitez
2. Développement des composantes du Paquet Minimum d'Activités Intégrées de nutrition pour la petite enfance (0 à 9ans)
3. Amélioration de la situation nutritionnelle des groupes vulnérables comme les personnes âgées, les enfants de rue et les très indigents, les femmes enceintes, allaitantes et les orphelins
4. Création d'une structure spécialisée en formation et perfectionnement en matière de nutrition communautaire
5. Appui à la production, la conservation et la commercialisation d'aliments locaux riches

Actions prioritaires :

1. Evaluer et capitaliser les acquis positifs du projet de nutrition à base communautaire pour aller à une plus grande échelle
2. Développer la composante communautaire de la PCIME,
3. Renforcer la composante nutrition de la politique du développement de la petite enfance à travers les garderies communautaires
4. Promouvoir des styles de vie sains (activité physique)
5. Promouvoir au niveau communautaire la production, la conservation et la consommation des aliments locaux et en particulier les fruits et légumes
6. Promouvoir la consommation du sel iodé
7. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et l'utilisation des farines de compléments
8. Développer des interventions pilotes de nutrition en faveur des enfants de rue, des orphelins, des indigents, des femmes enceintes et allaitantes
9. Créer des marchés municipaux pour la commercialisation des produits alimentaires
10. Vulgariser des recettes culinaires équilibrées à base de produits locaux
11. Développer la composante IEC au niveau communautaire
12. Développer le partenariat avec la communauté
13. Renforcer les capacités des ressources humaines locales en matière de nutrition communautaire

#### 5.2.4) AXE STRATEGIQUE 4 : NUTRITION SCOLAIRE

Une situation nutritionnelle et sanitaire précaire compromet le développement cognitif des enfants et leur chance d'avoir une bonne éducation. Un programme de nutrition scolaire approprié et appliqué, contribue à l'amélioration de la qualité de l'enseignement et les performances scolaires, et partant le développement du capital humain.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

1. Améliorer les conditions de vie en milieu scolaire et universitaire par :
2. Assurer une alimentation suffisante et saine en milieu scolaire et universitaire
3. Assurer progressivement par le gouvernement le financement du volet alimentation en milieu scolaire comme activité de routine du département de l'éducation
4. Assurer la prise en charge intégrée de la nutrition de l'enfant et de l'adolescent scolarisé
5. Promouvoir l'éducation en matière de nutrition et d'hygiène en milieu scolaire
6. Mettre en place une infrastructure adéquate pour les cantines et restaurants universitaires
7. Améliorer les conditions de santé en milieu scolaire et universitaire

Stratégies prioritaires :

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies d'approche consistent à :

1. Création des cantines et restaurants en milieu scolaire (écoles d'enseignement de base, université et les écoles professionnelles),
2. Prévention des carences en micronutriments à travers les cantines scolaires et les restaurants universitaires (supplémentation en fer, vitamine A, sel iodé) et le déparasitage,
3. Vulgarisation et promotion des jardins scolaires à proximité de chaque cantine,
4. Intégration de l'enseignement de la composante nutrition dans les programmes du primaire et du secondaire,
5. Renforcement l'enseignement de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires et formation continue,
6. Généralisation des infrastructures d'eau potable, de l'assainissement et de dispensaire de soins infirmiers en milieu scolaire,

Actions prioritaires :

1. Construire des cantines scolaires et restaurants universitaires,
2. Mettre en place des outils de collecte de données sur le statut nutritionnel des élèves
3. Sensibiliser la communauté et les parents d'élève sur l'intérêt des cantines et leur rôle dans la gestion,
4. Former en matière d'hygiène alimentaire les responsables de cuisine dans les cantines,
5. Utiliser les cantines pour la promotion de bonnes habitudes et comportements en matière de nutrition, alimentation et d'hygiène au sein des communautés,
6. Mettre en place un système opérationnel de suivi et contrôle des cantines et restaurants universitaires,
7. Elaborer des modules de nutrition pour les programmes d'enseignement primaire et secondaire,
8. Promouvoir des styles de vie sains (activité physique) en milieux scolaire et universitaire,
9. Promouvoir des infirmeries scolaires et universitaires, et
10. Instaurer une pause repas sur le lieu de travail publique et privé.

## 5.2.5) AXE STRATEGIQUE 5 : PREPARATION A L'URGENCE ET REPONSES NUTRITIONNELLES AUX SITUATIONS D'URGENCE

Les îles de l'Union des Comores ont connu de nombreuses éruptions volcaniques qui par la coulée des laves ravagent tout au long de leur passage et effacent de la carte de nombreuses localités. Ces derniers temps avec les changements climatiques, on enregistre sans cesse des secousses sismiques, de fortes tempêtes et des inondations qui occasionnent parfois des déplacements de population des localités et de dégâts matériels importants. Le Gouvernement dispose d'un dispositif et d'une stratégie de gestion des risques et des catastrophes à travers le COSEP, mais la coordination entre les intervenants concernés ne se fait pas de manière aisée.

Objectif stratégique d'ici 2015 :

1. Atténuer les effets des crises alimentaires et des situations d'urgence

Stratégies :

Les stratégies d'approche consistent au :

1. Renforcement des capacités de prévention et de gestion de crises alimentaires et des situations d'urgence
2. Création d'un fond national pour l'action humanitaire et la réhabilitation des capacités et moyens de production en cas de catastrophe naturelle ou choc climatique,
3. Renforcement des cellules d'urgence dans les Îles pour l'évaluation des situations d'urgence pour une alerte et une réponse rapide et l'organisation des secours d'urgence

Actions prioritaires :

1. Mettre à la disposition des acteurs impliqués dans les crises alimentaires et de situations d'urgence des stocks de sécurité,
2. Travailler avec le COSEP et les ONG du Croissant Rouge/Croix rouge dans le cadre de la Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes (SNGRC) pour les actions de préparation et réponse aux urgences relatives aux risques nutritionnelles,
3. Former les intervenants dans les situations de crise et d'urgence à la mise en œuvre du plan de contingence,
4. Planifier et réaliser des enquêtes nutritionnelles rapides pour le dépistage des zones et groupes vulnérables, et la planification des secours nutritionnels en complémentarité avec les secours dans les autres domaines (santé, eau et assainissement, etc.). Les enquêtes de suivi évalueront régulièrement l'évolution de la situation nutritionnelle et détermineront l'arrêt progressif des opérations,
5. Assurer une aide alimentaire (surtout dans les zones affectées par des pénuries alimentaires) et la distribution des micronutriments en priorisant les enfants, les femmes enceintes et allaitantes,
6. Intensifier et étendre les activités de nutrition communautaire dans les zones exposées aux catastrophes naturelles avant une catastrophe pour assurer une bonne préparation à l'urgence et aussi après la catastrophe pour assurer une réhabilitation plus rapide des communautés affectées.

#### 5.2.6) AXE STRATEGIQUE 6 : INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION / CHANGEMENT DE COMPORTEMENT / MOBILISATION SOCIALE.

L'accès à la nourriture et aux soins de santé n'est pas une fin en soi pour une amélioration palpable du statut nutritionnel des populations. Il se doit d'être accompagné par une stratégie d'IEC techniquement correcte, ciblée et coordonnée. Ainsi la mise en place de programmes en matière d'IEC doit assurer l'implication et l'engagement des populations, ainsi que leur appropriation et favoriser les changements de comportement nécessaires à leur épanouissement.

Les programmes doivent travailler étroitement avec les associations et organisations de la société civile et les réseaux qui exercent un leadership social. Des méthodes novatrices de communication (utilisation des supports multimédia) seront à cet effet expérimentées. Une attention particulière sera portée aux besoins des femmes, des enfants et des personnes âgées.

Objectif stratégique d'ici 2015 :

1. Renforcer les Programmes IEC et Changement de Comportement

Stratégies prioritaires :

1. Information Education Communication en matière de nutrition et alimentation
2. Mobilisation Sociale
3. Plaidoyer

Actions prioritaires :

- 1) Elaborer une stratégie nationale d'information, éducation et communication dans le domaine de la nutrition, avec des approches différenciées selon les publics cibles ; et ce en étroite collaboration avec les leaders communautaires, les élus, les associations, les ONG, les medias formels et informels et les réseaux qui exercent un leadership social
- 2) Mettre en place des programmes IEC assurant l'implication et l'engagement des populations, particulièrement des femmes, des jeunes, pour favoriser les changements de comportement
- 3) Préparer et utiliser l'outil profile pour assurer le plaidoyer
- 4) Intégrer des modules en matière nutrition dans les programmes universitaires
- 5) Développer des Programmes IEC adaptés au milieu scolaire et au système de santé
- 6) Développer des mécanismes de coordination des activités d'IEC en matière de nutrition
- 7) Intégrer l'IEC nutrition dans le curriculum d'enseignement des structures de formation des personnels de la santé, de l'éducation et du développement rural.

#### 5.2.7) AXE STRATEGIQUE 7 : CONTROLE DE LA QUALITE DES ALIMENTS

La consommation des denrées alimentaires saines est essentielle pour la santé des populations. Un système de contrôle de la qualité de la production/importation à la consommation est nécessaire pour protéger les consommateurs. Il est donc nécessaire qu'une importance particulière soit accordée à la qualité et à la sécurité des aliments.

Les opérateurs économiques mettent sur le marché un grand éventail des produits alimentaires et nutritionnels, ainsi que des services relatifs à la nutrition et à l'alimentation. Des législations concernant la production et la vente du sel iodé sont déjà appliquées d'une façon plutôt satisfaisante. Il y a des lacunes au niveau de la réglementation sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments cuits mis en vente surtout les aliments vendus sur les voies publiques et dans les restaurations collectives.

La promulgation des normes et législations est nécessaire afin d'assurer la qualité de ces produit et de protéger la santé de la population.

Objectif Stratégique d'ici 2015 :

1. Assurer de façon permanente l'innocuité des aliments consommés aux Comores.

Stratégies prioritaires :

Les approches stratégiques consistent à l'(le):

1. Adoption ou renforcement des textes normatifs et législatifs pour le contrôle de la qualité des aliments,
2. Renforcement des capacités des services de contrôle et de suivi de la qualité des aliments
3. Formation du personnel intervenant dans les activités de contrôle de qualité et d'innocuité des aliments,
4. Renforcement de la collaboration avec les partenaires au niveau national, régional et international sur le contrôle de qualité des aliments (secteur public, privé et associations des producteurs et consommateurs),
5. Promotion de la création des groupes de producteurs et de consommateurs sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments.

Actions prioritaires :

1. Mettre en place une stratégie intégrée et actualisée de contrôle des aliments par les différentes administrations (au niveau local et au niveau des portes d'entrées du pays),
2. Définir et adopter un cadre réglementaire et les mesures d'accompagnement nécessaires pour inciter la mise en place de laboratoires de contrôle de qualité (Service Codex),
3. Assurer l'accès de la population aux denrées alimentaires fortifiées en micronutriments (y compris fer et vitamine A),
4. Réglementer et Encadrer le commerce informel des aliments vendus sur les voies publiques pour améliorer leur qualité hygiénique et nutritionnelle,
5. Faire une large information/formation des consommateurs sur les législations alimentaires et leur rôle à les respecter et à les faire respecter,
6. Intégrer dans les lois du travail des textes, en vue de protéger la santé et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que la nutrition et la santé des mères et des travailleurs en général, et demander aux employeurs de mettre en place des crèches « amis des bébés » à la disposition des travailleuses ayant des jeunes enfants,
7. Sensibiliser régulièrement tous les intervenants sur la qualité hygiénique des aliments tout au long de la chaîne alimentaire,
8. Mettre en place un laboratoire de référence en matière de contrôle de qualité des aliments,
9. Engager une réflexion sur l'usage des Organismes Génétiquement Modifiables (OGM) dans l'agriculture et l'alimentation humaine,
10. Mettre en place un cadre réglementaire (sécurité biologique des aliments, contrôle de la publicité alimentaire, taxe des produits alimentaires de faible intérêt nutritionnel, étiquetage etc.) pour préserver les droits des populations à l'alimentation et à la nutrition (cas de la réglementation sur le sel iodé et des substituts du lait maternel),
11. Encadrer les associations des consommateurs engagées dans les activités portant sur la qualité et l'innocuité des aliments.

#### 5.2.8) AXE STRATEGIQUE 8: AMELIORATION DES SYSTEMES DE COLLECTE, D'ANALYSE, DE DIFFUSION DES DONNEES SUR LA NUTRITION

Des systèmes d'information performants sont indispensables pour détecter les évolutions anormales de la situation nutritionnelle et alimentaire et pour renseigner adéquatement la décision en conséquence. Ils permettent d'optimiser la qualité des interventions.

En effet, la mise en place d'un système d'information performant sur la nutrition et le renforcement du système de surveillance nutritionnel au niveau national devront permettre la mise en œuvre d'interventions ciblées. Ce système permet de détenir périodiquement des données fiables et d'apprécier les progrès et les régressions enregistrés. La photographie de la situation réelle des structures qu'elle donne, offre l'opportunité d'apporter les correctifs nécessaires à tout moment.

Un ensemble d'indicateurs relatifs à la situation nutritionnelle seront définis pour apprécier les progrès réalisés et les insuffisances et dysfonctionnement dans la mise en œuvre des programmes. Il sera utile dans le cadre des analyses d'utiliser les résultats des recherches initiées déjà dans d'autres pays de la région.

Objectifs stratégiques d'ici 2015 :

1. Disposer d'un système opérationnel de collecte, d'analyse et de diffusion des données en matière de nutrition

Stratégies prioritaires

1. Renforcement et développement des capacités de collecte sur la nutrition,
2. Renforcement du cadre de centralisation de l'analyse et de la diffusion de l'information,

Actions prioritaires :

1. Renforcer les systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques sur la nutrition des services chargés de la nutrition et de l'alimentation des secteurs concernés,
2. Réaliser des études spécifiques sur la nutrition via la direction de la statistique et l'Université des Comores,
3. Procéder à des analyses situationnelles périodiques et études sur les connaissances et attitudes des cibles de la Santé de la reproduction,
4. Définir des indicateurs relatifs à la Nutrition,
5. Renforcer la composante nutrition du système national d'information sanitaire,
6. Mettre en place un système de contrôle de la fiabilité des informations sur le terrain,
7. Créer une base de données sur la nutrition au sein du service chargé de la nutrition au Ministère de la santé

#### 5.2.9) AXE STRATEGIQUE 9: RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES AUX NIVEAU NATIONAL ET COMMUNAUTAIRE ET PROMOTION DES ETUDES ET DE LA RECHERCHE

L'amélioration de la qualité du processus d'identification et de mise en œuvre des interventions passe par l'existence de ressources humaines bien formées et expérimentées et la disponibilité de données de référence.

La mise en place de programmes spécifiques en faveur des acteurs communautaires (leaders communautaires, agents de santé, relais communautaires, personnel éducateurs et enseignants, ONG) constitue une garantie pour une durabilité dans la résolution des problèmes de nutrition des populations. Il s'agira de mettre en place des sections de formation souples et appropriées qui permettront aux communautés d'identifier des problèmes prioritaires et de proposer des

interventions nutritionnelles dont elles auront la responsabilité de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Au niveau central, il faut assurer la mise en place de capacités à partir de la formation initiale et au niveau Universitaire pour qu'existe aux Comores une masse critique de nutritionnistes qui seront impliqués dans l'exécution des programmes de nutrition. Les réformes pédagogiques à entreprendre doivent prendre en compte cette préoccupation.

Objectif Stratégique d'ici 2015 :

1. Promouvoir la Formation et la Recherche en matière de Nutrition

Stratégies prioritaires :

L'approche stratégique consiste au :

1. Renforcement des capacités des ressources humaines aux niveaux national et communautaire en nutrition,
2. Réalisation d'études de faisabilité et enquête de référence en matière de nutrition et alimentation,
3. Développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation.

Actions prioritaires:

- 1) Réaliser des études spécifiques sur la nutrition et des enquêtes nationales de référence sur le statut nutritionnel des populations
- 2) Mener des études/recherches d'identification des besoins spécifiques des groupes cibles
- 3) Répertorier l'ensemble des produits locaux et estimation de leur composition
- 4) Mettre place une table de composition des aliments locaux
- 5) Elaborer un cadre stratégique pour le développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation,
- 6) Encourager la recherche sur la qualité et l'innocuité des aliments,
- 7) Disponibiliser les moyens humains et matériels pour le développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation,
- 8) Impliquer d'avantage l'Université dans le cadre de la formation et de la recherche,
- 9) Accorder des bourses de formation initiale a l'étranger,
- 10) Mettre en place des plans de formation initiale et continue au niveau national et communautaire,
- 11) Renforcer les programmes d'enseignement en nutrition au niveau des écoles de formation et au niveau universitaire,
- 12) Elaborer des sessions de formations en faveur des acteurs communautaires et des jeunes enfants pour installer des comportements durables en faveur de la nutrition.

#### 5.2.10) AXE STRATEGIQUE 10: RENFORCEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES, LES ONG, LES ASSOCIATIONS, LES AGENCES D'EXECUTION, LE SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

La société civile a un rôle important à jouer dans le développement de la nutrition. Elle doit servir de relais pour le changement des comportements et l'adoption de style de vie en faveur d'une bonne nutrition. Elle doit en conséquence être encadrée, renforcée, organisée pour mener à bien sa nouvelle mission.

Des formes de partenariat diverses seront développées pour créer une dynamique, favoriser des interrelations et des interactions entre les différents partenaires. En outre, cette approche facilitera une rationalisation des moyens et des ressources des sous programmes de nutrition. Il s'agit de

tenir compte des nouvelles dynamiques autos organisationnelles, et préconiser, dans un souci d'efficacité, la politique du faire-faire. Elle signe des protocoles ou des conventions avec des ONG ou d'autres acteurs, dans le cadre de la réalisation de certaines interventions. Une plus grande implication des collectivités locales devrait favoriser l'émergence des initiatives locales limitées jusqu'ici par un manque d'informations, l'absence de moyens (équipement matériel et logistique) et de motivation des acteurs.

Objectif stratégique d'ici 2015 :

1. Développer un partenariat constructif avec les collectivités locales, les ONGs, les Associations et le secteur privé dans la mise en œuvre de programmes de lutte contre la malnutrition

Stratégie prioritaire :

1. Développement de l'approche du Faire-Faire (contractualisation)
2. Appui à la création et à la dynamisation de ligues fortes et organisées des consommateurs

Actions prioritaires:

1. Elaborer un cahier de charge pour les interventions des acteurs locaux ou nationaux dans la lutte contre la malnutrition,
2. Renforcer les capacités d'intervention des ONG et des autres organisations de la société civile,
3. Développer une politique de contractualisation pour le développement d'interventions pilotes,
4. Créer un réseau Comorien des intervenants en nutrition.

## **VI] SUIVI –EVALUATION**

Le suivi de la mise en œuvre s'effectuera selon les méthodes classiques de monitoring. Chaque département sectoriel devra produire un rapport semestriel d'activités. La structure de coordination nationale, élaborera un rapport annuel de suivi des activités. Ces différents rapports seront complétés par un rapport de synthèse annuel que tous les départements devront rédiger au plus tard dans le mois qui suit la période écoulée.

Les informations sur la situation nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de rapports périodiques sous forme de bulletin d'information à diffuser auprès des acteurs de la mise en œuvre et des partenaires au développement.

Annuellement il sera procédé à une revue interne sur la base des rapports de synthèse annuelle des secteurs, suivie de la reprogrammation des interventions. Divers mécanismes de suivi seront mis en œuvre selon le cas :

- Supervision par les responsables hiérarchiques
- Suivi interne
- Suivi par le comité de coordination

Une évaluation externe sera réalisée, tous les 5 ans et le processus démarrera 6mois avant la fin du cycle de 5 ans. Un canevas incluant les indicateurs de suivi et évaluation sera produit et diffusé auprès de tous les intervenants et des partenaires pour application.

## **VII] CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE**

Dans un souci de créer un cadre organisationnel qui assure l'impulsion et la convergence des efforts des différentes parties concernées pour un développement réel et durable de la nutrition, une unité de coordination nationale sera mise en place. Elle sera appuyée par un Conseil National

de Développement de la Nutrition chargé de la planification et de la coordination de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation dans le pays.

#### Au niveau national

Les orientations stratégiques et l'approbation des programmes de développement de la nutrition relève du Conseil National dont la composition sera représentative de l'ensemble des secteurs impliqués dans le domaine de la nutrition au plus haut niveau (public, privé, communauté et société civile). Les partenaires au développement (bilatéraux et multilatéraux) sont représentés dans le Conseil National.

#### Au niveau régional/Île

Au niveau régional, le CNDN est représenté par une Commission Régionale pour le Développement de la Nutrition (CRDN). Elle est créée au sein du Comité Régional de Développement (CDR). Elle est l'organe d'orientation et de suivi des activités au niveau régional.

### **VIII] MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE**

Chaque ministère est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de son programme d'action en rapport avec son mandat et ses responsabilités et en fonction des besoins des populations cibles. L'organe de coordination encouragera le partenariat entre les ministères, afin de mener les actions les plus efficaces possibles. Compte tenu de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire de la nutrition, les départements ministériels ci-après seront impliqués / agriculture et pêche, santé, éducation, jeunesse et sport, commissariat général au plan, université des Comores, économie et commerce, le MIREX, tourisme ainsi que les organisations de la société civile et les partenaires au développement.

Ces ministères devront être, de ce fait responsables de la mise en œuvre des programmes d'actions sectoriels, élaborés selon les orientations définies dans la Politique Nationale. Ces programmes d'action des services, des projets et des programmes devront tenir compte des axes stratégiques et objectifs spécifiques aux différents secteurs selon leurs mandats respectifs.

Les programmes sectoriels d'action seront mis en œuvre par les structures du ministère au niveau national et régional, ainsi qu'en collaboration avec les projets et les organisations de la société civile existant à ces niveaux.

### **IX] FINANCEMENT & MOBILISATION DES RESSOURCES**

Les programmes qui permettront l'opérationnalisation de cette politique seront financés à travers divers mécanismes prenant en compte l'apport de l'Etat au titre de la contrepartie, la participation des partenaires au développement, les ressources des ONG, des collectivités locales et des populations. Le schéma de financement devra intégrer des procédures facilitant une mobilisation rapide des ressources et une gestion financière transparente et décentralisée.

Toutes les possibilités de financement devront être explorées. Cependant, le Gouvernement de l'Union des Comores s'engage, dans le cadre de l'approche appui budgétaire en matière de nutrition, à assurer une partie importante du financement des programmes annuels d'action sectoriel et de mobiliser aux niveaux des partenaires au développement les financements complémentaires. Le Ministère des Finances budgétisera les interventions par secteur de manière à ce qu'elles soient programmées dans le budget national.

## Références bibliographiques

1. M.A. Mohamed Ali (Consultant National), Education Nutritionnelle dans le cadre de l'élaboration du PANAN, République Fédérale Islamique des Comores, Unicef, Janvier 2000.
2. Ahmed Mohamed Ahmed (Consultant National), Diagnostic des Problèmes Alimentaires et Nutritionnels, République Fédérale Islamique des Comores, Décembre 1999.
3. Ministère de la production et de l'environnement, Ministère de la Santé Publique de la Population et de la Condition Féminine, avec le soutien FAO, OMS et UNICEF, Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN), 2000
4. Aboubacar ALLAOUI, Ahmed MOHAME AHMED, Rapport de consultation sur la crise alimentaire, Union des Comores, Octobre 2008
5. Nailane M'HADJI (Consultant national), Sécurité Alimentaire et Nutrition, République Fédérale Islamique des Comores, UNICEF, décembre 1999 ;
6. ODEROI, Rapport sur la pauvreté des enfants de la région Océan indien, 2008
7. Raphaël IKAMA (Consultant), Union des Comores, UNICEF, décembre 2008
8. PNUD : analyse commune de la situation de développement de l'Union des Comores 2002 :
9. Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002.
10. Enquête à indicateurs multiples -MICS 2000. – Moroni : DGP 2000
11. Enquête Démographie Santé – EDSC 1996
12. Rapports de la Banque Centrale des Comores, 2005 – 2006 – 2007 – 2008 – 2009 - 2010