

REPUBLIQUE D'HAÏTI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

UNITÉ DE COORDINATION DE PROGRAMME NATIONAL

D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

UCPNANu

La nutrition au coeur du développement durable en Haïti



PLAN STRATÉGIQUE DE NUTRITION

2013-2018

Février 2013

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Contexte et Justification

Les récentes publications scientifiques ont montré que les 1000 premiers jours de la vie d'un enfant constituent la fenêtre d'opportunité qu'il faut exploiter pour lui permettre de maintenir un état de santé et de nutrition optimale. Ainsi au cours des dix dernières années, la nutrition a fait l'objet d'une attention particulière comme indice de développement durable et comme élément essentiel dans l'atteinte des Objectifs de Développement du Millenium.

Malgré tous les efforts consentis, les statistiques nationales montrent que les maladies nutritionnelles sont encore prévalentes en Haïti et contribuent de façon significative à une morbidité et une mortalité élevée chez les groupes vulnérables. La situation nutritionnelle actuelle demeure préoccupante au point que le Gouvernement d'Haïti a fait de la nutrition une priorité nationale à travers le programme ABA GRANGOU

En effet, les situations politiques, socio-économiques, démographiques, agricoles, et sanitaires étroitement liées à la situation nutritionnelle se sont dégradées. De plus, en 2004 et 2008 des ouragans désastreux ont frappé le pays, et avec le tremblement de terre de 2010, la situation environnementale du pays s'est aggravée faisant environ 1.5 millions¹ de sans-abris. Les conditions sanitaires précaires continuent à menacer la situation nutritionnelle des groupes vulnérables surtout avec l'émergence du choléra. Tous ces facteurs ont contribué à augmenter les risques de vulnérabilité de la population, ce qui ralentit les progrès visés en matière de développement durable et du capital humain ; les indicateurs de nutrition d'un pays étant les meilleurs indicateurs du niveau de pauvreté et de développement.

Le Gouvernement haïtien a travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population a adopté une approche holistique relative à la malnutrition, en abordant ses nombreux déterminants, approche qui se veut préventive et multisectorielle. Pour y arriver, il est essentiel de compléter l'approche institutionnelle par une approche communautaire afin d'assurer une meilleure couverture géographique des activités de nutrition.

Le plan stratégique de nutrition pour les 5 prochaines années (2012-2017) appuiera la politique nationale de nutrition vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont cinq (5) des 8 OMD sont liés à la nutrition. En effet, la malnutrition est l'un des obstacles les plus importants à l'atteinte des OMD et affecte le capital humain dans sa globalité à date, Haïti a réduit de moitié la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans.

¹ Document CHAP 101022, Cluster Nutrition

CHAPITRE 2: SITUATION NUTRITIONNELLE

2.1 Etat nutritionnel des groupes cibles

L'état nutritionnel des enfants est étroitement lié à celui de leur mère. La malnutrition est la cause sous-jacente d'au moins un tiers du taux de la mortalité infantile. La malnutrition peut commencer dès la conception avec des conséquences néfastes au cours des deux premières années de vie de l'enfant. En effet, la plupart des troubles physiques et cognitifs causés par la malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans sont irréversibles, réduisant la productivité et favorisant la survenue des maladies chroniques à l'âge adulte. En effet les enfants qui souffrent **d'insuffisance pondérale** modérée ont presque deux fois plus de risques de mourir et ceux avec malnutrition aiguë sévère le sont neuf fois plus que les enfants bien nourris.²

Il est connu qu'il existe un lien entre la malnutrition chronique chez l'enfant et la surcharge pondérale à l'âge adulte. La combinaison entre la malnutrition protéino-énergétique et le surpoids chez le même individu est la conséquence du double fardeau nutritionnel. **La malnutrition aiguë** est le résultat d'une carence en nutriments ou d'une maladie grave récente. **La malnutrition chronique** chez l'enfant reflète un déficit de croissance dû à une nutrition inadéquate ou à un problème de santé sur une longue période. **La surcharge pondérale**, pour laquelle les données sont limitées en Haïti, se traduit par un excès de poids par rapport à la taille.

La malnutrition chronique

La malnutrition chronique reste un défi majeur en Haïti. Le taux de malnutrition chronique en Haïti est le plus élevé de ceux observés en Amérique Latine et dans les Caraïbes après le Guatemala* Il est aussi sept fois plus élevé parmi les enfants vivant dans les familles appartenant au quintile le plus pauvre. En effet, les données nutritionnelles de l'enquête SMART Février 2012 montrent que la prévalence de la malnutrition chronique est de 23.4% avec les départements du Nord-est (32.9%), la Grande-Anse (27.6%) et le Nord (27%) ; tandis que la malnutrition chronique sévère est de 7.1%.

Selon l'enquête nutritionnelle départementale de décembre 2008 – mars 2009, le taux de malnutrition chronique varie de 18% à 32%. (référence NCHS)

Les données du SMART Février 2012 révèle que la prévalence de la malnutrition chronique globale au niveau national est de 23.4% 37% des enfants âgés de 18 à 23 mois (références NCHS) présentent un retard de croissance.

² Banque Mondiale 2006.

*Banque Mondiale 2010 utilisant les normes de l'OMS

La malnutrition aigue

La prévalence de la malnutrition aigüe globale était de 8% en 1995, 5% en 2000 et 9% en 2005 (référence NCHS). Après analyse selon les standards OMS, l'EMMUS-IV de 2005-2006, la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans est de 10,3% dont 3,3 % sous forme de malnutrition aigüe sévère.

Selon l'enquête nutritionnelle départementale de 2008 –2009 (MSPP-ACF-UNICEF), le taux de malnutrition aigüe globale varie de 2,8% à 6,2% (référence NCHS) ou 2,0% à 5,2% (référence OMS). Dans les départements le taux de malnutrition aigüe sévère varie de 2.2% à 0.2%. L'enquête SMART de Février – Mars 2012 montre que la malnutrition aigue globale (MAG) touche 4.1% des enfants et la malnutrition aigue sévère (MAS) touche 1.0%. Les départements les plus touchés par la MAG sont le Nord-Est, le Sud-Est et le Nord.

L'insuffisance pondérale :

La prévalence de l'insuffisance pondérale (rapport poids / âge) était de 5% en 1995, 7% en 2000 et 9% en 2005 (référence NCHS)., 4.5% en 2008-2009 MSPP /ACF/UNICEF L'EMMUS-IV rapporte 6,0% sous forme sévère. Selon les nouveaux standards de l'OMS (2006 ou 2005 ?), 19,2% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale. Selon les données de l'enquête SMART Février - Mars 2012, la prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice Poids pour Age au niveau national est de 10.6% et celle de l'insuffisance pondérale sévère de 3.2%

L'état nutritionnel des femmes

Les données disponibles sur l'état nutritionnel des femmes (EMMUS IV-2005) indiquent que 16% des femmes de 15 à 49 ans présentent un état de malnutrition (IMC <18.5). Ce taux est plus élevé chez les femmes vivant en milieu rural (19%) comparé à celles de milieu urbain (12%).

Le surpoids chez les femmes haïtiennes est de 21% selon les données de l'EMMUS-IV de 2005, et est plus marqué dans les régions urbaines (27.8%) que les régions rurales (14.9%).

L'enquête nutritionnelle SMART Février – Mars 2012, montre que l'état nutritionnel des femmes de 15 à 49 ans a été apprécié grâce à l'indice de masse corporelle (IMC) pour les femmes non enceintes et non allaitantes. La malnutrition par carence (déficit énergétique chronique touche 11.3% des femmes en âge de procréer. Environ 30% des

femmes ont une surcharge pondérale dont 20% d'entre elles sont en surpoids et 9% sont obèses. Les plus fortes prévalences sont dans l'aire métropolitaine et le Sud tandis que les plus faibles sont au Nord-Ouest et dans la Grande-Anse.

Les carences en micronutriments

Les carences en vitamines et minéraux prévalentes en Haïti sont celles en vitamine A, fer / acide folique, iode, et zinc. Les groupes vulnérables, particulièrement les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, présentant une ou plusieurs carences en micronutriments sont à risque élevé d'infection, de morbidité, et de mortalité,.

L'élimination des carences en micronutriments a le potentiel de réduire le fardeau des maladies infantiles et d'augmenter le taux de survie des enfants. Une approche préventive contre la malnutrition centrée sur les micronutriments est reconnue comme étant une des interventions nutritionnelles les plus économiques et ayant un des impacts les plus grands sur la santé de la population et le développement socio-économique.³

L'enquête MSP/UNICEF de 2006 a indiqué une prévalence de 32% de carence en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois parmi lesquels 1.47% a été considérée comme étant sévère. Selon l'enquête nutritionnelle de 2008 - 2009, seulement deux départements ont atteint un taux de couverture (une capsule dans les six mois précédents) de supplémentation en Vitamine A de 80% (Artibonite et Sud). Dans les autres départements, la couverture variait de 40 à 65%.

En Haïti, la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans représente 61%, dont 72% sont âgés de moins de 24 mois (EMMUS-IV 2005-2006), comparée à celle de certains pays de la région des Amériques (Bolivie, Honduras, Pérou et Guatemala) où elle représente un problème de sante publique mais avec des taux inférieurs à ceux de Haïti (PAM 2007). Cette anémie survenant chez de très jeunes nourrissons aurait pour origine dans la majorité des cas une carence maternelle en fer. Par ailleurs cette anémie maternelle serait un des facteurs favorisant de la mortalité maternelle, de la prématurité, et du faible poids de naissance

Chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans), la prévalence de l'anémie telle que défini par l'OMS (hémoglobine <11g/dl), atteint une moyenne de 46% avec 50% pour les femmes enceintes et 47% pour les femmes allaitantes ; pire encore elle est de 24 % chez les hommes. Les taux varient par département avec une prévalence de 50.9% dans les zones urbaines et 41.2% dans les zones rurales⁴. La prévalence de la déficience en acide folique ou des altérations du tube neural (spina bifida et autres...)

³ Horton et. al. 2008

⁴ EMMUS IV, 2006.

qui y sont associées n'est pas bien connue en Haïti. En ce qui a trait à l'iode, l'EMMUS-IV de 2005-2006 a estimé que seulement 3% des ménages haïtiens consomment du sel avec un niveau adéquat d'iode.

Selon l'enquête MSPP/IHE/UNICEF 2006, la situation s'est aggravée, car la consommation varie selon le milieu de résidence. Les données de 2000 montrent que 11% des ménages utilisaient un sel iodé à 15 PPM et seulement 71 % consommait un sel non iodé versus 88,1% lors de cette enquête.

Selon l'enquête MSPP/ACF/UNICEF de 2008-2009, 59% des enfants de 5 à 12 ans ont une déficience modérée en iode et 25% souffrent d'une carence sévère.

Par ailleurs, la prévalence de la carence en zinc n'est pas connue mais on estime qu'elle est assez répandue.

Nutrition et VIH

L'infection au VIH réduit le système immunitaire et augmente la vulnérabilité à la malnutrition. Les carences nutritionnelles peuvent favoriser une progression accélérée de la séroconversion tandis que l'état de santé des personnes vivant avec le VIH peut aussi affecter la sécurité alimentaire du ménage. Une alimentation adéquate renforce la réponse immunitaire au traitement et diminue les effets secondaires liés aux antirétroviraux.

L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois et l'introduction des aliments de compléments avec poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 12 mois réduisent les risques de transmission mère-enfant et la mortalité infantile chez les enfants nés de mères séropositives ¹⁰.

2.2 Situation Sanitaire

Plus de 80 % de la population habite à plus de trente minutes de marche d'une structure sanitaire dont 23 % d'entre eux en sont à plus de deux heures. Les statistiques suivantes (EMMUS-IV de 2005) illustrent une situation sanitaire critique, en dépit de certaines améliorations depuis l'adoption de la Politique Nationale de Nutrition en 2012 :

Les indicateurs sanitaires d'Haïti sont les plus faibles de la région de l'Amérique Latine et des Caraïbes. Ils accusent : un taux brut de mortalité estimé en 2003 - 2004 à 9.6 pour mille habitants ; le taux de 4,2% de faible poids à la naissance est rapporté tout en notant que 68% des nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance.. Pour 1000 naissances vivantes on note : un taux de mortalité néonatale (entre 0 et 1 mois) de 25 ; un taux de mortalité post-néonatale (entre 1 et 12 mois) de 32 ; un taux de mortalité infantile (entre 0 et 12 mois) de 57 contre 18,7 pour les pays de l'Amérique Latine et des

caraïbes ; un taux de mortalité infanto-juvénile (<59 mois) de 76 ; un taux de mortalité maternelle de 630/100000 en 2005.

Par ailleurs, l'indice synthétique de fécondité est de 4 enfants par femme, l'espérance de vie à la naissance de 61,5 ans contre 73,5 dans les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes. Cependant, la prévalence du VIH dans la population de 15-49 ans est de 2,2%

En ce qui concerne la morbidité infantile, l'EMMUS IV montre: une couverture vaccinale contre la rougeole de 45% chez les 12-23 mois ; un taux de 37% d'infections respiratoires aiguës (IRA) et fièvre chez les moins de 5 ans ; un taux de 24% de diarrhée chez les moins de 5 ans ; un taux de 28% de fièvre pouvant être associée au paludisme chez les moins de 5 ans

- **Prévalence des parasitoses intestinales :**

Suite à l'enquête nationale MSPP/OMS 2004-2005⁵, sur les parasitoses intestinales des activités intenses de déparasitage ont été exécutées à l'échelle nationale pour lesquelles une nouvelle évaluation permettrait d'apprécier le niveau d'infestation actuelle.

2.3 Situation alimentaire

L'offre alimentaire du pays est assurée par trois sources: la production nationale, les importations, et l'aide alimentaire.

Entre 2003 et 2008, la production alimentaire nationale est passée de 43% à 42%, les importations de 51% à 52% alors que l'aide alimentaire est demeurée à 6%. Il faut noter qu'en 1981, la part des importations dans la disponibilité alimentaire haïtienne n'atteignait pas 19%. Selon la Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire (CNSA), depuis les dix dernières années, les prix des produits alimentaires de base affichent une tendance continue à la hausse. De plus, tel qu'estimé par la CNSA et le FEWSNET, la population en insécurité alimentaire est passée de 25% à 30% entre 2007 et 2010.

L'insuffisance d'innovations techniques appropriées aux conditions agro-écologiques et socio-économiques locales, de formation et d'information des producteurs locaux et des ménages et des ressources financières affectent les capacités de diversification, de transformation, de conservation et de préparation adéquate des aliments.

De plus, les pratiques alimentaires inadéquates des ménages et l'alimentation de rue, un phénomène qui prend de l'ampleur, exigent une attention particulière afin de prévenir les risques d'intoxication et de maladies métaboliques.

L'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 6 mois représente 41% ; quand à l'initiation précoce au sein dans l'heure qui suit l'accouchement elle a été évaluée à 44% (EMMUS IV 2005-2006, MSPP/ACF/UNICEF 2008-2009, Enquête SMART 2012).

Bien que l'alimentation de complément, soit introduite chez 80% des enfants de 6-9 mois. Le retard de croissance reste élevé pour ce groupe d'âge. Ceci nous amène à questionner sur la qualité, la quantité et la fréquence de cette alimentation complémentaire chez les enfants de moins de 2ans

2.4 Causes et Déterminants de la malnutrition

En Haïti, plusieurs enquêtes sur la malnutrition ont été menées mais aucune analyse causale et/ou recherche qualitative n'a été effectuée pour en déterminer les causes spécifiques

Les causes directes sont habituellement associées à une ou plusieurs causes indirectes et se manifestent par : une insécurité alimentaire, due à un manque d'accès aux aliments ; l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité ainsi que la faiblesse des pratiques d'hygiène et de salubrité de base ; l'insuffisance dans la qualité des soins familiaux apportés à l'enfant et à la mère en lien avec les habitudes de vie.

Les causes indirectes, fondamentales, de la malnutrition incluent les aspects : Socio-économiques ; les infrastructures, le logement et l'habitat ; les aspects environnementaux ; les aspects démographiques

2.5 Conséquences de la Malnutrition en Haïti

La bonne nutrition est une composante incontournable du développement économique, social et humain en Haïti. Les corrélations les plus fortes et les mieux documentées entre la productivité et la nutrition sont celles qui ont **trait au développement du capital humain dans les premières années de la vie**. Entre autres, il est démontré que des mesures simples tel que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois peut réduire la mortalité infantile de 23%.

Les conséquences de la malnutrition sont de deux ordres à court terme on constate des conséquences directes sur la morbidité, la mortalité, et le handicap tandis qu'à long terme, on enregistre un: retard de croissance, une baisse du quotient intellectuel, de la productivité économique, de la santé de la reproduction et l'apparition des maladies cardiovasculaires et métaboliques

Tout enfant qui a une insuffisance pondérale peut avoir une diminution de quotient intellectuel (QI) de 5% et a 5-11% plus de risque de souffrir d'une malnutrition chronique. Les carences en micronutriments sont également liées à la productivité. L'anémie par carence en fer réduit systématiquement les résultats aux examens d'habiletés mentales (incluant le QI) de 8% alors que la carence en iode réduit le QI entre 10-15%. L'élimination de l'anémie et l'éradication de la carence en iode entraîne une hausse de 5-17% de la productivité des adultes.

Par exemple, en Haïti, il est estimé que les carences en micronutriments sont responsables d'une perte annuelle d'environ 56 millions de dollars Américains (Source Banque Mondiale 2010).

Impact sur le développement durable

Certaines publications ont démontré que **la taille à l'âge adulte est liée à la productivité physique**. Une diminution de la taille de 1% à l'âge adulte causée par la malnutrition chronique durant l'enfance est corrélée à une perte de productivité de 1,4%.

La malnutrition empêche la croissance économique et perpétue la pauvreté, par le jeu de trois facteurs :

- . Les pertes directes de productivité liées à un état physique faible ; Les pertes indirectes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation ; Les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé favorisant l'inaccessibilité aux soins des plus vulnérables ;

Par conséquent, les coûts économiques de la malnutrition sont considérables. Les pertes de productivité sont estimées à plus de 10 % des gains de toute une vie et les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3%. En d'autres termes, améliorer la nutrition entraîne une augmentation de la productivité et de la croissance économique. Ne pas s'attaquer à la malnutrition implique des coûts élevés en termes de dépenses de santé et d'éducation, et une réduction de la capacité d'apprendre et de réussir résultants en d'importantes pertes de PIB.

Selon l'étude « Cout de la Faim 2009 » (MSPP/CEPAL/PAM), la malnutrition aurait causé une **perte de productivité** de 727 millions d'heures de travail, équivalent à un coût de 6,428 millions de gourdes ou USD \$263 millions. La malnutrition affecte la **fréquentation scolaire** : les enfants de 0-4 ans qui souffrent de malnutrition auront 1,3 années de scolarité de moins que les enfants qui ne seront pas malnourris, soit l'équivalent de 2,105 millions de gourdes (USD \$ 86 millions).

La population qui a souffert de malnutrition présente 1,5 année de moins que la population normale ; ceci coûterait l'équivalent de 6,408 millions de gourdes ou

USD \$ 262 millions.

De plus le total (USD \$263 millions + USD \$262 millions = USD \$ 525,3 millions) en perte de productivité représente 14% du PIB du pays, soit la plus grande proportion relative de tous les pays étudiés en Amérique latine et Amérique centrale. D'autre part d'après **la dimension prospective**, chez les enfants de 0-4 ans, la malnutrition représente un coût potentiel en productivité de 3,273 millions d'heures de travail ou 1,453 millions de gourdes (USD \$ 60 millions). Selon la **dimension rétrospective** les données d'Haïti relatives à la productivité sont comparables à celles de certains pays de la région de l'Amérique Latine et des Caraïbes (République Dominicaine ou Bolivie) alors qu'en termes de coût absolu lié à la mortalité, Haïti est plus près de pays comme le Honduras ou le Guatemala

But de la Politique

La politique nationale de nutrition vise d'une part à améliorer l'état de nutrition et de santé de la population haïtienne particulièrement ceux des groupes vulnérables que sont les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans et d'autre part à renforcer les stratégies pour lutter contre le double fardeau de la malnutrition et les carences en micronutriments

3.2 Objectifs du plan stratégique

Le présent plan stratégique de nutrition met l'emphasis sur l'importance des actions préventives pendant les 1000 premiers jours qui ont un impact à long terme sur le développement et la productivité, tout en maintenant l'engagement pour une prise en charge de qualité des maladies nutritionnelles selon le protocole national..

Pour les cinq prochaines années (2012-2017), les axes stratégiques sont les suivants :

- 1- Prévention de la malnutrition
- 2- Prise en charge nutritionnelle
- 3- Protection nutritionnelle en situation d'urgence
- 4- Amélioration des systèmes d'information en matière de nutrition
- 5- Coordination Intra et Interministérielle et Inter Sectorielle
- 6- Recherche appliquée et Formation en nutrition

Axe Stratégique 1: Prévention de la Malnutrition

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir une alimentation convenable durant le cycle de vie
- Améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Renforcer la lutte contre les carences en micronutriments
- Renforcer la surveillance de la croissance
- Prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation par la promotion d'un mode de vie sain
- Prévenir des maladies d'intérêt nutritionnel par la promotion d'un environnement salubre

Axe Stratégique 1.1 : Promotion d'une alimentation convenable durant le cycle de vie

Pour mettre en exergue la prévention de la malnutrition durant le cycle de vie l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPPP a choisi d'exécuter les activités relatives à :

- La pratique optimale d'allaitement maternel (initiation dans l'heure qui suit la naissance, allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, allaitement continu jusqu'à 24 mois)
- La pratique optimale d'alimentation de complément du nourrisson et du jeune enfant (introduction d'aliments appropriés en consistance, en fréquence et en densité à partir de 6 mois)
- La pratique optimale d'alimentation de l'enfant né de mère séropositive selon les normes nationales
- L'utilisation contrôlée des laits artificiels pour nourrissons
- La promotion d'une nutrition convenable pour les femmes enceintes / allaitantes
- La promotion de l'éducation en matière de nutrition et d'hygiène et la prise en charge intégrée de la nutrition de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire
- La promotion d'une alimentation saine et équilibrée a travers le plaidoyer en faveur de :
 - Une agriculture de santé publique fondée sur la promotion des plantes à haute valeur nutritive connues de toute la population et faciles à cultiver dans n'importe quel climat.
 - Le petit élevage permettant d'obtenir des aliments de haute valeur nutritive et de faible coût

- L'amélioration de la valeur nutritionnelle des produits locaux
- La mise en valeur de l'utilisation des produits locaux
- Les pratiques d'hygiène, de préparation et de conservation des aliments
- L'encouragement de la pratique d'activité physique régulière pour la prévention de la malnutrition par excès
- Le contrôle qualité et l'assurance qualité systématiques des aliments produits localement ou importés
- Le plaidoyer pour l'atteinte systématique des objectifs de salubrité alimentaire et la définition de ces objectifs (Codex Alimentarius)

Axe Stratégique 1.2: Prévention et Lutte Contre les Carences en Micronutriments

La supplémentation de vitamine A, en iode, en fer et acide folique pour les groupes vulnérables et la fortification des aliments en multi-micronutriments font partie des cinq solutions les plus efficaces et efficientes que l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP met en oeuvre pour lutter contre les carences en micronutriments identifiées comme problèmes de santé publique. Les activités retenues sont:

- La promotion intensifiée de l'importance d'une alimentation diversifiée dans les groupes vulnérables
- La promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments surtout les fruits et les légumes particulièrement chez les mères et les jeunes enfants
- L'organisation de campagne de lutte contre les maladies parasitaires liées aux carences en micronutriments par le déparasitage, la promotion de l'hygiène et l'utilisation de moustiquaires imprégnées
- Le renforcement des services de routine dans le cadre de la supplémentation en micronutriments
- Le renforcement de la stratégie nationale de fortification des aliments en micronutriments

Axe Stratégique 1.3 : Prévention des maladies d'intérêt nutritionnel par la promotion d'un environnement salubre

Certaines maladies infectieuses affectent le statut nutritionnel de la population. La lutte contre ces maladies dépend en grande partie de l'utilisation de l'eau potable, de la gestion des déchets et des pratiques d'hygiène, de l'utilisation de moustiquaires imprégnées aussi bien que de l'accès aux soins de santé essentiels. Ainsi l'Unité de

Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP a retenu les activités suivantes :

- La promotion de comportements sains en lien avec l'utilisation de l'eau potable, la gestion des déchets, et les bonnes pratiques d'hygiène
- Le renforcement de la participation active des communautés dans la promotion d'un environnement salubre
- L'utilisation des tablettes de zinc en combinaison avec les sels de réhydratation orale (SRO) dans le traitement contre les maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 15 ans et favoriser la prévention des épisodes récurrents

Axe Stratégique 2 : Prise en Charge des maladies nutritionnelles

Objectifs spécifiques

- Assurer la prise en charge effective des cas de malnutrition aigue.
- Mettre en œuvre un soutien nutritionnel adapté à la malnutrition aigue en milieux communautaire et institutionnel.
- Renforcer la promotion de la connaissance et la pratique des principes de l'alimentation optimale des nourrissons et jeunes enfants nés de mères séropositives au VIH
- Mettre en œuvre une prise en charge alimentaire et nutritionnelle adaptée en milieu hospitalier.

Axe Stratégique 2.1 : Prise en Charge de la Malnutrition aigue globale

En adoptant le Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigue Globale en 2010, Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP a choisi de mettre l'emphasis sur :

- L'importance de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe globale en favorisant le dépistage précoce une meilleure couverture et la référence vers les structures de soins pour la prise en charge adéquate des enfants malnutris aigus
- La nécessité de renforcer les institutions sanitaires au niveau national pour assurer la délivrance des services aux femmes et aux enfants suivant leur statut nutritionnel à travers :
 - Le Programme Nutritionnel de Supplémentation (PNS) pour la malnutrition aigue modérée

- Le Programme de Traitement Ambulatoire (PTA) pour la malnutrition aigue sévère avec appétit et sans complications médicales
- L'Unité de Stabilisation Nutritionnelle (USN) pour la malnutrition aigue sévère sans appétit et/ou avec complications médicales

Axe stratégique 2.2 Prise en charge nutritionnelle des PVVIH /TB

La prise en charge nutritionnelle est primordiale dans l'amélioration et le maintien de l'état de santé de la personne vivant avec le VIH, d'où le dicton : « **ARV d'accord, Nutrition d'Abord** » parce que le VIH augmente les besoins nutritionnels et cause l'anorexie. Cette combinaison conduit souvent à un apport alimentaire réduit et éventuellement à la malnutrition.

Le MSPP à travers son programme de lutte contre le VIH et la TB et l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu), travaille depuis plusieurs années à :

- A l'amélioration des connaissances de la population sur le lien entre la nutrition et le VIH/TB.
- Au renforcement des capacités des réseaux communautaires et institutionnelles en matières de prévention, de traitement, de référence, de soutien et de communication pour le changement de comportement axée sur l'alimentation adaptée, les soins appropriés et l'hygiène adéquate d'une PVVIH/TB.
- A la promotion de l'alimentation optimale du nourrisson tel que décrite dans les Normes Nationales d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant sain et ceux nés de mères séropositives, lequel introduit entre autres l'importance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et l'allaitement continu jusqu'à 1 an chez les enfants de mères séropositives sous ARV.

Axe Stratégique 2.3 : Prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé

Un bon état nutritionnel est une des premières démarches pour atteindre la guérison quelle que soit la cause de l'hospitalisation. L'unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP s'engage à la mise en place d'un soutien nutritionnel adapté pour tous les individus malades en milieu hospitalier. Pour ce faire, il doit travailler à :

- La mise en œuvre des normes et protocoles nationaux d'alimentation et nutrition selon l'état clinique du patient de son entrée à l'institution jusqu'à la fin de sa prise en charge.

- La définition d'un code de déontologie professionnel entourant la pratique de la nutrition en milieu hospitalier.

Axe Stratégique 3 : Protection Nutritionnelle en Situation d'Urgence

Objectifs spécifiques

- Travailler pour l'existence d'une stratégie opérationnelle de nutrition en situation d'urgence qui cible et protège les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans
- Renforcer la collaboration inter- et intra-sectorielle pour l'exécution de la stratégie de prise en charge nutritionnelle durant les situations d'urgence
- Prévenir la morbidité et la mortalité des groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, en favorisant un environnement salubre et un accès aux besoins primaires d'alimentation et de santé

Axe Stratégique 3.1: Préparation aux Situations d'Urgence

En matière de préparation aux urgences, L'unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP recommande que :

- Un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel soit mis en place afin de recueillir les données sur la situation, son évolution pour permettre une réaction rapide
- La nutrition fasse partie du plan national de contingence incluant un plan opérationnel spécifique de nutrition préparé en collaboration avec les partenaires et que les intrants et matériel nécessaires soient prépositionnés
- Le personnel de santé à tous les niveaux ait des capacités renforcées d'analyse de situation, d'évaluation rapide et de mise en place des soins appropriés avant le début de l'urgence

Axe Stratégique 3.2 : Prise en Charge Nutritionnelle Pendant les Situations d'Urgence

La protection de l'état nutritionnel pour la prévention de la morbidité et de la mortalité des groupes vulnérables affectés par les urgences est un droit humain.

En réponse à l'urgence, l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP élabore le volet nutrition du plan de contingence et participe à sa mise en œuvre en favorisant :

- L'organisation d'évaluation nutritionnelles rapides systématiques le plus tôt possible et si nécessaire des enquêtes nutritionnelles complètes

- Les interventions nutritionnelles dictées par les standards et les protocoles seront adoptés par Haïti en fonction des seuils de la Malnutrition Aigue Globale
- L'accès aux soins sanitaires pour les enfants malades ou malnutris afin de renforcer leur état de santé et de nutrition.
- La création et le maintien d'un environnement favorisant une alimentation optimale du nourrisson, du jeune enfant et le renforcement des capacités des mères et de la famille par l'établissement des Points de Conseils de Nutrition pour Bébé
- Limitation et le contrôle de la quantité, distribution, et utilisation de Laits Artificiels pour Nourrisson Prêts à l'Emploi (LANPE) pendant les urgences
- La révision régulière des activités de nutrition afin de s'assurer du respect des normes d'intervention et de prise en charge
- La participation de l'UCPNANu dans la gestion des crises et les réponses à l'urgence.

Axe Stratégique 3.3: Interventions nutritionnelles post-urgence

Afin de consolider les acquis pendant l'urgence, l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP préconise :

- Le maintien du système de surveillance nutritionnelle
- Le maintien de la prise en charge nutritionnelle adaptée à la situation de la population selon les seuils d'intervention définis
- La planification et la révision des stratégies d'intervention d'urgence afin d'initier une meilleure préparation à la prochaine urgence
- Le maintien des activités des différents comités techniques afin d'assurer et renforcer la collaboration avec les partenaires
- Le renforcement de la dissémination des lignes directrices ou standards d'intervention afin d'assurer une meilleure préparation et réponse à la prochaine urgence

Axe Stratégique 4 : Amélioration des systèmes d'information en matière de 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 permettant d'optimiser la qualité des interventions.

Objectifs spécifiques

- Opérationnaliser un système de collecte, d'analyse et de diffusion des données en matières de nutrition
- Renforcer les capacités en suivi-évaluation sur la nutrition
- Renforcer le cadre d'analyse et de diffusion de l'information

Le MSPP, a travers, l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) travaille :

- Au renforcement de l'Unité de Planification et Evaluation (UPE) sur le développement de systèmes de collecte et d'exploitation des statistiques de nutrition
- Au renforcement de la composante nutrition du Système d'Information Sanitaire (SIS)
- A la mise en place d'un système de contrôle de la qualité des informations relatives à la nutrition à tous les niveaux
- A la création d'une base de données sur la nutrition au sein de l'UCPNANu
- A la diffusion et la retro-alimentation périodique des informations en nutrition

Axe Stratégique 5 : Coordination Intra et Inter Sectorielle

Objectifs spécifiques

Renforcer la capacité du MSPP à tous les niveaux (central, départemental, communal) dans la coordination des stratégies et des activités visant à impliquer les autres secteurs de développement du pays qui influencent l'état nutritionnel de la population

Afin de rendre les secteurs publics et privés sensibles à la thématique de la nutrition, les stratégies retenues par l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du MSPP sont les suivantes :

- La recherche de la participation active de toutes les directions du MSPP, en tant qu'acteurs essentiels pour la nutrition en Haïti.
- La recherche de la participation des autres Ministères comme composante essentielle à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population haïtienne et du développement économique et social durable..
- Le renforcement de la collaboration inter-sectorielle pour le développement d'un partenariat constructif avec la société civile, les ONG, les agences internationales, les universités et le secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de prévention et de lutte contre les problèmes nutritionnels.

Axe Stratégique 6 : Formation en nutrition et Recherche appliquée

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

Objectifs spécifiques

- Promouvoir la formation professionnelle en matière de nutrition
- Renforcer les capacités des ressources humaines en nutrition tant au niveau central départemental que communautaire
- Réaliser des études / enquêtes de référence en matière de nutrition et alimentation
- Développer la recherche en matière de nutrition et d'alimentation
- Renforcer le contrôle-qualité et l'assurance-qualité des produits nutritionnels

L'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (CPNANu) du MSPP s'engage :

- Au développement des programmes d'enseignement professionnel en nutrition au niveau des écoles de formation et au niveau universitaire
- A l'intégration de l'enseignement de la nutrition dans les curricula d'enseignement à tous les niveaux
- Au plaidoyer pour l'octroi des bourses de formation initiale et spécialisée en nutrition à l'étranger
- A la mise en place des plans de formation initiale et continue au niveau national et communautaire
- A l'élaboration d'un cadre stratégique pour le développement de la recherche en matière de nutrition et alimentation
- A la réalisation d'études spécifiques sur la nutrition et d'enquêtes nationales de référence sur le statut nutritionnel des populations
- A la réalisations d'études/recherches d'identification des besoins spécifiques des groupes vulnérables
- A la révision et l'établissement d'un répertoire des produits locaux
- A l'actualisation de la table de composition des aliments
- A la conduite de recherche sur la qualité et l'innocuité des aliments
- A l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines qualifiées et matérielles pour exécuter les recherches en matière de nutrition et d'alimentation