

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé



المملكة المغربية

وزارة الصحة

unicef 

La Stratégie Nationale de la Nutrition 2011-2019

unicef 

Préface



La mise en place d'une Stratégie Nationale de Nutrition (SNN) au Maroc intervient dans un contexte global caractérisé par une réelle prise de conscience collective de l'importance de la nutrition de la population comme facteur et condition nécessaires au développement humain.

Vue la multiplicité des secteurs concernés par les questions de nutrition, une approche globale est plus que jamais indispensable: Santé à l'évidence mais aussi et d'abord Agriculture, Economie, Commerce et Industrie, Législation, Environnement, Recherche et Formation etc. A cet effet, l'engagement du Gouvernement est nécessaire et doit être fondé sur des objectifs de bien-être nutritionnel.

Conscient du rôle décisif de la nutrition dans la contribution à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et en s'inscrivant dans les recommandations de l'OMS, et pour honorer les engagements inscrits dans le plan d'action 2008-2012, **Stratégie Nationale de Nutrition a été mise** en place pour améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qui est la nutrition.

Aussi, l'intervention en faveur de l'amélioration de l'état nutritionnel permet de contribuer directement ou indirectement à l'atteinte des Objectifs du Millénaire de Développement (OMD).

Elle constitue l'un des outils de concrétisation de l'**Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)**, lancée en 2005 par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI**, que Dieu L'assiste, qui vise la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et le développement des ressources humaines.

De même, cette stratégie fondée sur l'analyse approfondie de la situation nutritionnelle au Maroc, et qui prend en considération aussi bien les acquis, les opportunités et les contraintes identifiées, constituera un véritable outil d'intégration et de convergence de l'ensemble des programmes et actions sectoriels.

Il s'agit d'une approche novatrice pour répondre aux besoins émergents de la population dans le domaine de nutrition.

Madame Yasmina BADDOU
Ministre de la santé

Sommaire

_Toc271674797

<i>Introduction</i>	6
I. Constat	9
A. La transition démographique	9
B. La transition épidémiologique	10
C. La transition alimentaire	10
D. Situation nutritionnelle de la population marocaine	11
1. Chez l'enfant	11
a. L'allaitement maternel	11
b. La malnutrition foétale	12
c. La malnutrition infantile	13
d. Les carences en micronutriments	13
e. L'obésité et la surcharge pondérale	14
2. Chez l'adulte	14
a. Les carences en micronutriments	14
b. L'obésité et la surcharge pondérale	15
II. Contexte général	15
A. Les acquis	15
B. Les opportunités	16
C. Les contraintes	16
I. Composantes de la Stratégie Nationale de Nutrition	19
A. Principes directeurs	19
B. Vision	19
C. But	19

D. Objectifs spécifiques :.....	19
II. Fondements de la Stratégie Nationale de Nutrition.....	20
A. Axes stratégiques et domaines d'intervention :.....	20
1. Axe stratégique 1: Renforcement de la composante nutrition dans les programmes de santé :	20
2. Axe stratégique 2 : Renforcement de la sécurité alimentaire et sanitaire :.....	23
3. Axe stratégique 3 : Intégration de la composante nutrition dans les programmes éducatifs et dans les actions communautaires :.....	24
4. Axe stratégique 4 : Développement de mesures d'appui à la Stratégie Nationale de Nutrition :	25
B. Partenaires clés de la stratégie :.....	27
C. Cadre organisationnel de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Nutrition :.....	28
1. Organe de décision (Comité Intersectoriel de Nutrition) :	28
2. Organe de consultation et d'orientation (Comité National de Nutrition) :.....	29
3. Organe de coordination (Unité de Nutrition) :.....	29
D. Rôle de quelques partenaires institutionnels dans la mise en œuvre de la Stratégie :.....	30
III. Indicateurs de Résultats pour le suivi évaluation de la SNN.....	34
<i>Conclusion</i>	35
<i>Bibliographie</i>	36

Acronymes

- SNN : Stratégie Nationale de Nutrition.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- EMRO : Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de la Méditerranée Orientale.
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Introduction

Le droit à une nutrition adéquate est fondamental. Il exige protection, promotion, sécurité alimentaire, bonne santé et soins adéquats.

La nutrition est une condition essentielle pour la croissance physique, mentale et psychoaffective aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte.

Elle constitue un déterminant majeur de la santé et un facteur clé pour le développement d'un pays (1). Les troubles nutritionnels freinent la croissance économique et perpétuent la pauvreté par le biais de trois facteurs (2):

- a) les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique,
- b) les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé et
- c) les pertes indirectes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux échecs scolaires.

Il faut noter que les troubles nutritionnels ne résultent pas seulement de l'insécurité alimentaire puisque des enfants vivant dans de bonnes conditions sont sujet à l'anémie carencielle, à l'insuffisance ou à la surcharge pondérale voire au retard de croissance(2).

Ce constat serait lié à des mauvaises pratiques en matière d'alimentation, des soins inadéquats, de l'inaccessibilité aux services de santé et des mauvaises conditions d'hygiène(2). Par ailleurs, la mauvaise connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'alimentation complémentaire, ainsi que du rôle des micronutriments en matière d'amélioration de l'état nutritionnel sont autant des facteurs de risque qui affectent l'état nutritionnel depuis l'enfance.

Au Maroc, des améliorations certaines ont été constatées dans le domaine de la nutrition. En effet, le Ministère de la Santé a mis en place un ensemble d'interventions spécifiques visant l'amélioration de l'état nutritionnel des populations vulnérables telles que la surveillance de la croissance, la promotion de la pratique de l'allaitement maternel, la supplémentation en vitamines et en sels minéraux des enfants et des femmes durant la grossesse et en post partum ainsi que la promotion de la consommation des aliments fortifiés en micronutriments.

Cependant, la causalité complexe des problèmes nutritionnels et leurs liens très étroits avec les facteurs socio-économiques, environnementaux et la gestion des ressources, appellent à dépasser l'approche biomédicale classique et les solutions isolées(3).

Une autre approche est possible, plus globale et doit faire appel à l'harmonisation et la coordination des actions menées par tous les Départements Ministériels et les partenaires impliqués dans le domaine de la nutrition. Elle exige de placer la nutrition au cœur du

développement du pays d'où la nécessité de l'adoption d'une Stratégie Nationale de Nutrition.

Cette Stratégie Nationale constituera une base solide de planification et un document de référence pour toutes les interventions dans le domaine de la nutrition. Elle s'inscrit dans le cadre de la politique sectorielle de la Santé et répond aux recommandations de l'Organisation Mondiale de Santé en particulier celle de la région EMRO et qui vient compléter la Stratégie Mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant.

Le processus d'élaboration de cette stratégie s'est déroulé selon les étapes suivantes:

- Constitution d'un comité de pilotage composé de représentants des différents Départements et de personnes ressources impliqués dans le domaine de la nutrition;
- Réalisation d'une analyse de la situation nutritionnelle de la population marocaine;
- Identification des axes et actions stratégiques.

Le contenu émanant de cette démarche participative est synthétisé dans ce document et structuré selon deux parties:

- **Partie I:** Analyse de la situation nutritionnelle au Maroc;
- **Partie II:** Stratégie Nationale de Nutrition : Fondements et composantes.

Première partie

Analyse de la Situation nutritionnelle au Maroc

I. Constat :

La situation nutritionnelle de la population marocaine s'est améliorée grâce à trois facteurs : le développement économique du pays, l'amélioration des services de santé et le développement d'autres secteurs comme l'agriculture, l'éducation, l'industrie agro-alimentaire et d'autres services socio-économiques. Cependant, le Maroc connaît des problèmes nutritionnels persistants mais aussi d'autres problèmes émergents en rapport avec la mondialisation, l'urbanisation et les changements dans les modes de vie et d'alimentation.

En comparaison avec les pays de la région EMRO, le Maroc est classé parmi les pays qui connaissent une transition nutritionnelle précoce caractérisée par des niveaux modérés de surcharge pondérale et d'obésité, et des niveaux modérés de la sous-alimentation avec un niveau élevé des carences en micronutriments (16).

L'analyse de la situation nutritionnelle de la population marocaine passe par l'analyse de son évolution sociodémographique, de son profil épidémiologique, de l'évolution de sa consommation alimentaire à l'origine d'une transition alimentaire qui elle-même est à l'origine d'une transition nutritionnelle et enfin de ses indicateurs nutritionnels.

A. La transition démographique :

Le Maroc connaît une transition démographique considérable. Selon les données nationales :

- L'indice synthétique de fécondité a connu une forte diminution allant de 7 en 1962 à 2.5 enfants par femme en 2004 (4),
- L'espérance de vie à la naissance s'est allongée à 70,5 en 2004(4),
- La mortalité infantile est passée 47 à 38 pour mille naissances vivantes de 2004 à 2009 (5),
- La mortalité maternelle est passée de 227 à 132 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 et 2009 (5),
- Le taux d'accroissement démographique est passé de 2.7% en 1964 à 1.4% en 2004(4),
- Le taux d'urbanisation a augmenté passant de 29,2 % en 1960 à 55,1 % en 2004(4). L'urbanisation a certes permis le rapprochement des services de la population et d'améliorer ainsi la couverture sanitaire, elle peut aussi être à l'origine de nouveaux problèmes de santé comme la pollution, la sédentarité, les accidents et bien d'autres problèmes.

Tous ces facteurs ont entraîné une modification de la pyramide des âges marocaine avec une tendance au vieillissement de la population et donc un accroissement progressif de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives(4).

B. La transition épidémiologique :

Des changements considérables du profil des maladies sont en train de se mettre en place au Maroc. En effet le profil épidémiologique actuel se caractérise par la coexistence de trois groupes d'affections ayant de lourdes charges de morbidité et de mortalité dominées par les maladies non transmissibles qui sont responsables de 55,8% de la charge de morbidité globale⁽⁶⁾. A cet effet :

- 34% des adultes âgés de 20 ans et plus souffrent d'Hypertension artérielle. Cette prévalence augmente avec l'âge puisqu'elle est de 54% chez les plus de 40 ans⁽⁶⁾ ;
- 6,6 % des adultes âgés de 20 ans et plus présentent un diabète ⁽⁶⁾;
- 34,0% des hommes sont des fumeurs⁽⁶⁾.

Les maladies transmissibles, quant à elles et ensemble avec les maladies maternelles et périnatales représentent 33,4 % de la charge de morbidité globale⁽⁶⁾.

L'amélioration des conditions de vie et de l'assainissement ainsi que les progrès enregistrés au niveau de la couverture vaccinale ont eu pour résultats une réduction notable des maladies transmissibles voire l'éradication de certaines d'entre elles (7).

Un autre aspect des maladies d'origine alimentaire commencent à prendre de l'ampleur dans la société marocaine : se sont les allergies alimentaires.

La transition épidémiologique qui suit la transition démographique est en fait multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi économique, sociale et culturelle (22).

C. La transition alimentaire :

La transition démographique et la transition épidémiologique s'accompagnent généralement d'une modification des modes de vie, notamment les modes alimentaires et l'activité physique. Cette transition alimentaire faite habituellement d'une alimentation traditionnelle, à base de céréales et de légumineuses se transforme en une alimentation qui comprend davantage de produits d'origine animale, et tend à devenir excessive par rapport aux besoins énergétiques d'une vie sédentaire⁽⁴⁾.

L'examen de l'évolution de la consommation alimentaire permet de dégager les principales conclusions suivantes (9):

- Une augmentation globale de l'apport énergétique qui est passé de 2202 Kcal en 1970 à 3031 Kcal 2001 en milieu urbain;

- Une diversification importante de l'alimentation avec une participation des différents groupes d'aliments dans la ration journalière ;
- Une modification de la répartition des différents macronutriments dans la couverture des besoins énergétiques ;
- Une diminution de la part des glucides particulièrement complexes et augmentation de la part des sucres simples (saccharose) ;
- Un maintien d'une consommation très importante de céréales ;
- Une progression de la consommation des fruits et légumes mais qui reste insuffisante par rapport aux recommandations internationales;
- Une augmentation de la part des protéines d'origine animale surtout la viande blanche au détriment des protéines d'origine végétale ;
- Une augmentation de la part des lipides, notamment invisibles et saturés ;
- Une diminution de l'apport des fibres alimentaires.

Les niveaux de consommation alimentaire sont marqués par de fortes disparités entre le milieu urbain et rural et entre les quintiles les plus riches et les plus pauvres(9).

La pratique de l'activité physique connaît une régression car seulement 50% des jeunes déclarent pratiquer une activité physique(10).

Le Maroc, donc, à l'égard des pays en voie de développement est entrain de subir les conséquences d'une déviation du modèle alimentaire méditerranéen(11).

En effet, le profil alimentaire Marocain connaît des changements profonds et rapides résultant de la croissance de la production de l'industrie alimentaire et de la présence des médias qui encouragent la consommation de produits favorisant l'apparition de l'obésité et d'autres désordres métaboliques et ainsi l'installation d'une transition nutritionnelle .

Cette transition est caractérisée par la coexistence au sein des mêmes segments sociaux voire des mêmes familles, de pathologies différentes : obésité des adultes et malnutrition des jeunes enfants (11). Laquelle obésité est responsable de l'apparition du diabète, des maladies cardio et cérébro-vasculaires ou de certains cancers, concourant au phénomène de transition épidémiologique précédemment décrite.

D. Situation nutritionnelle de la population marocaine :

1. Chez l'enfant

a. L'allaitement maternel :

Le lait maternel est le premier aliment naturel pour les nourrissons: il fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les premiers mois de la vie et

continue de couvrir la moitié ou plus des besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie, et jusqu'à un tiers de ces besoins pendant la deuxième année. Il favorise le développement sensoriel et cognitif et protège le nourrisson contre les maladies infectieuses et chroniques. L'allaitement exclusif au sein diminue la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance, comme les diarrhées ou les pneumonies, et il accélère la guérison en cas de maladie.

Il contribue à la santé et au bien-être des mères, réduit le risque de cancer ovarien ou mammaire. C'est un moyen sûr et écologique pour alimenter l'enfant⁽¹³⁾. Il permet d'avoir un bon départ dans la vie.

Au Maroc, l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers six mois est passé de 62% en 1992⁽¹⁴⁾, à 32% en 2004⁽¹⁴⁾. En 2006, ce taux n'est plus que de 15%,⁽⁹⁾. La durée moyenne de l'allaitement maternel a aussi baissé durant la même période passant de 15,5 mois à 13,9 mois⁽¹⁴⁾.

Au niveau de la région EMRO l'allaitement maternel exclusif varie entre 53,2 % en Egypte et 1,3% en Djibouti.

b. La malnutrition fœtale :

L'état nutritionnel de la femme a un impact direct sur le taux de mortalité aussi bien infantile que maternel. Les conséquences d'un mauvais état nutritionnel et l'apport nutritionnel insuffisant des femmes pendant la grossesse, affecte directement l'état de santé des femmes, mais aussi a un impact négatif sur le poids de naissance et le développement précoce de l'enfant.

Le faible poids à la naissance a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le poids à la naissance de moins de 2500 grammes. C'est un déterminant majeur de mortalité, de morbidité et d'incapacité dans la petite enfance et l'enfance et a également un impact à long terme sur la santé dans la vie adulte.

Souvent, la malnutrition démarre pendant la vie fœtale et peut se prolonger tout au long de la vie, particulièrement chez les filles et les femmes, celles ci donnant à leur tour naissance à des enfants qui présentent un retard de croissance intra-utérin⁽³⁾.

De plus, des études scientifiques ont montré que la malnutrition pendant la vie fœtale et la petite enfance accroît la susceptibilité de développer des maladies non transmissibles liées à l'alimentation à l'âge adulte. Cette susceptibilité est exacerbée lors des modifications des modes de vie et de consommation alimentaire liées au développement économique et à l'urbanisation⁽³⁾.

Au Maroc, 5,9% des enfants nés à terme ont un faible poids à la naissance⁽¹⁵⁾.

Par conséquent, la période propice pour améliorer la nutrition va de l'avant-grossesse aux deux premières années de vie pour prévenir le préjudice à la croissance physique, au développement du cerveau et à la formation du capital humain qui se produit pendant cette période et qui est jugé irréparable.

c. La malnutrition infantile

La malnutrition reste fréquente chez les enfants de moins de cinq ans et nécessite le renforcement des stratégies déjà mises en place et l'implantation d'autres interventions plus spécifiques. Car la malnutrition entretient les infections en entraînant un affaiblissement de l'immunité, une sensibilité accrue aux maladies, un retard de développement physique et mental et une baisse de productivité (16). Ainsi le cercle vicieux malnutrition-infection s'installe.

L'analyse des indicateurs anthropométriques des enfants(15) révèle que :

- 9 % souffrent d'une malnutrition aigue conséquence d'une alimentation insuffisante et/ou d'une morbidité accrue (diarrhée...);
- 18 % sont atteints malnutrition chronique qui révèle la qualité de l'environnement et du développement socioéconomique d'une population ;
- 10,2 % présentent une insuffisance pondérale : taux qui reste inférieur par rapport à La proportion globale de l'insuffisance pondérale de la région EMRO ,qui a augmenté de 14% en 1990 à 17% en 2004.

Au Maroc, la malnutrition affecte plus les enfants du milieu rural et ceux issues de couches sociales les plus démunies(15).

d. Les carences en micronutriments :

Les carences en micronutriments comme le fer, la vitamine A et l'iode sont des causes sous-jacentes qui contribuent à la mortalité maternelle et infantile.

Les enquêtes réalisées par le Ministère de la Santé, ont montré que :

- 31.6 % des enfants âgés de 6 mois à 5 ans, présentent une anémie par carence en fer(18) ; taux inférieur à celui enregistré au niveau de la région EMRO(63%)
- 40.90 % des enfants de 6 à 72 mois souffrent d'une carence en vitamine A dont 3.1 % ont une carence sévère (19) ;
- 63% des enfants âgés de 6 à 12 ans ont une carence en iode dont 22% présentent un goitre (20);
- 2.5 % des enfants de moins de 2 ans présentent un rachitisme radiologique (20);
- La carence en acide folique touche environ un tiers des enfants âgés de moins de 5 ans (21).

Les Instances Internationales (17) sont unanimes que la correction des problèmes nutritionnels permet d'améliorer le quotient intellectuel de la population car :

- L'anémie ferriprive réduit le QI de 9 points approximativement,
- les carences modérées en iode réduisent le QI de 13 points approximativement,
- un retard de croissance sévère est associé à une baisse de QI de 5 à 10 points,
- Les enfants avec un petit poids à la naissance perdent 5 points de QI.

e. L'obésité et la surcharge pondérale :

Le phénomène de surpoids et d'obésité infantile est en nette augmentation dans la société marocaine. Il est en rapport avec le changement du mode de vie à l'origine de la transition épidémiologique et nutritionnelle. Ainsi chez les enfants de moins de 5 ans on observe que (15):

- 14 % ont un surpoids ;
- 5,4% sont obèses.

Pour remédier à ceci, des mesures s'avèrent nécessaires et urgentes entre autres développer un environnement favorable à l'activité physique et renforcer le contrôle du contenu de la publicité alimentaire, en particulier celle qui s'adresse aux enfants.

2. Chez l'adulte :

a. Les carences en micronutriments

La carence en fer est la principale cause d'anémie. Elle est source de complications pendant la grossesse et peut être à l'origine de décès maternels par aggravation de l'hémorragie du postpartum.

Au Maroc, l'hémorragie du post partum constitue la première cause de décès maternel dans 30% des cas en milieu hospitalier. Or, un tiers des femmes enceintes ou en âge de procréer souffrent de carence en fer (18). L'UNICEF, estime que l'anémie à elle seule peut être responsable de 20 % des décès maternels du monde entier.

En plus, une consommation insuffisante des autres micronutriments : vitamine A, iode, acide folique, zinc a également un impact profond tant sur la santé de la mère que sur celle du fœtus pendant la grossesse. La carence en vitamine A est liée aux décès maternels car elle augmente la résistance aux infections et aggrave l'anémie.

Une carence en acide folique pendant les premiers mois de la grossesse peut provoquer à la naissance, des malformations du tube neural, comme la spina bifida et accroît aussi le risque d'insuffisance pondérale et de décès de la mère, or 10 % des femmes en âge de procréer ont une carence en acide folique(21).

La carence en iode accroît le risque de mortalité et de fausses couches, et elle peut être à l'origine de graves problèmes d'apprentissage chez les enfants.

La carence en zinc peut prolonger le travail chez la mère, accroissant ainsi les risques de décès chez la mère et de retard du développement chez le fœtus (17).

Il faut noter que 18.00% des hommes présentent une anémie par carence en fer(18).

b. L'obésité et la surcharge pondérale :

L'évolution de la consommation alimentaire en plus du changement du mode de vie en rapport avec la sédentarité a fait que le Maroc et comme tous les autres pays en voie de développement, connaît une ascension rapide de cette pathologie qui est à l'origine des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et qui ont un coût social très élevé.

Ainsi, chez les adultes âgés de 20 ans (7), il a été constaté que :

- 16,1% sont obèses dont 21% de femmes et 8% des hommes ;
- 28% ont un surpoids dont 30% de femmes et 25,5% des hommes.

Il est clair qu'une stratégie de nutrition, une surveillance alimentaire et nutritionnelle ainsi qu'une plus grande mobilisation sociale s'impose. D'ailleurs, l'OMS n'a pas cessé de réclamer à tous ses pays membres d'adopter des stratégies de nutrition pour pallier à tous ces problèmes.

II. Contexte général :

L'analyse de la situation a aussi permis de recenser certains acquis qu'il faudra renforcer, des opportunités à saisir et des contraintes à surmonter pour la réussite de la Stratégie Nationale de Nutrition.

A. Les acquis :

Les stratégies et programmes mis en œuvre par le Ministère de la Santé en faveur de la promotion d'une alimentation saine et de la lutte contre les carences en micronutriments ont permis d'améliorer la situation nutritionnelle et sanitaire de la population. Il s'agit notamment de :

- Programme national de lutte contre les carences en micronutriments ;
- prise en charge intégrée de la santé de l'enfant ;
- Programme national de prévention et de lutte contre le diabète ;
- Programme de prévention et lutte contre les maladies cardiovasculaires ;
- Programme national de la santé scolaire et universitaire ;
- Programme de lutte contre les troubles dus à la carence en iode ;
- Programme de lutte contre les maladies épidémiques et les zoonoses ;

- Programme de l'hygiène alimentaire ;
- Plan national de prévention et de contrôle du cancer.

B. Les opportunités :

Les différentes politiques sectorielles développées ces dernières années constituent des opportunités pour la mise en œuvre de la SNN. Il s'agit notamment de :

- Initiative Nationale pour le Développement Humain ;
- Plan Maroc Vert ;
- Plan Halieutis ;
- Plan d'urgence pour l'éducation nationale ;
- Programme de lutte contre l'analphabétisme ;
- Mise en place d'un Office National de la Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires (ONSSA), relevant du Ministère de l'Agriculture et des pêches maritimes, afin d'assurer une meilleure gestion des risques liés aux aliments
- **Engagements Internationaux**
 - ✓ Sommet Mondial pour l'Enfance (New-York, 1990);
 - ✓ Recommandations de la Conférence Internationale sur la nutrition (Rome, 1992) ;
 - ✓ Sommet Mondial de l'Alimentation (Rome, 1996) ;
 - ✓ Stratégie globale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (OMS-UNICEF ; 2002) ;
 - ✓ Objectifs du Millénaire pour le Développement (Genève ; 2000).
- **Engagements Nationaux**
 - ✓ Vision du secteur de la Santé à l'horizon 2020 (2007) ;
 - ✓ Plan d'Action National de l'Enfant (PANE 2006-2015) ;
 - ✓ Plan d'Action du Ministère de la Santé 2008-2012.

C. Les contraintes :

Pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Nutrition, un certain nombre de contraintes devraient être surmontées, en particulier

- La disparité dans l'accessibilité par milieu et par niveau socio-économique aux produits alimentaires en quantité et en qualité ;
- La mondialisation et la globalisation;
- L'insuffisance de l'information de la population en matière de nutrition et d'alimentation saine;

- L'absence d'un système de surveillance nutritionnel ;
- L'insuffisance en ressources humaines spécialisées en nutrition ;
- L'insuffisance de coordination entre les différents partenaires;
- La faible implication des associations de protection de la santé des consommateurs;
- L'insuffisance des ONG thématiques.

A l'issue de cette analyse qui a mis en exergue les grandes tendances de l'évolution de la santé de la population marocaine durant les dernières années et qui a identifié la nutrition comme l'un des déterminants majeur aussi bien de l'état de santé que du développement humain, les principaux axes de la Stratégie Nationale de Nutrition ont été identifiés et sont décrits dans le chapitre ci-après.

Deuxième partie

**Stratégie Nationale de
Nutrition**

I. Composantes de la Stratégie Nationale de Nutrition

A. Principes directeurs :

Les principes directeurs ci-dessous sont essentiels pour la réussite de la Stratégie Nationale de Nutrition (SNN) :

- Une approche intégrée et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents partenaires et la coordination à tous les niveaux ;
- Un engagement et une mobilisation de la communauté ;
- Un partage de l'information entre les différents intervenants afin d'aider à une prise de décision éclairée ;
- Un renforcement du partenariat public-privé.

B. Vision:

La Stratégie Nationale de Nutrition vise à promouvoir un bon état nutritionnel pour l'ensemble de la population marocaine afin de contribuer à l'amélioration de son état de santé.

Cette stratégie fondée sur l'analyse approfondie de la situation nutritionnelle au Maroc, sur les acquis, les opportunités et prenant en considération les contraintes identifiées, constituera une plateforme pour la planification et la mise en œuvre de toute intervention dans le domaine de la nutrition.

C. But :

La Stratégie Nationale de Nutrition (2011-2019) a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qui est **la nutrition**.

D. Objectifs spécifiques :

1. Améliorer les indicateurs de l'état nutritionnel de la population tout au long du cycle de la vie ;
2. Promouvoir un mode de vie sain afin de prévenir les troubles nutritionnels et les maladies chroniques liées à la nutrition ;
3. Améliorer l'accessibilité des ménages aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante ;
4. Renforcer les compétences institutionnelles et professionnelles en nutrition ;
5. Renforcer les mécanismes de coordination entre les différents intervenants en Nutrition ;
6. Développer la recherche et l'expertise en nutrition.

II. Fondements de la Stratégie Nationale de Nutrition

A. Axes stratégiques et domaines d'intervention :

La Stratégie Nationale de Nutrition s'articule autour de quatre axes stratégiques complémentaires regroupant neuf domaines d'intervention :

- **Axe stratégique 1:** Renforcement de la composante nutrition dans les programmes de santé ;
- **Axe stratégique 2 :** Renforcement de la sécurité alimentaire et sanitaire ;
- **Axe stratégique 3 :** Intégration de la composante nutrition dans les programmes éducatifs et dans les actions communautaires ;
- **Axe stratégique 4 :** Développement de mesures d'appui à la Stratégie Nationale de Nutrition.

1. Axe stratégique 1: Renforcement de la composante nutrition dans les programmes de santé :

Plusieurs programmes de santé intégrant la composante nutrition doivent être renforcés afin de contribuer à l'amélioration du statut nutritionnel de la population marocaine. Ainsi, trois domaines d'intervention ont été retenus.

Domaines d'intervention	Objectifs	Actions
1. Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	1) Assurer la promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	1) Développement d'un plan de mobilisation sociale en faveur de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
		2) Mise en place de réseaux de promotion et de soutien à base communautaire.
		3) Institutionnalisation de la semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel.
	2) Assurer le soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant dans les structures de santé	4) Renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de nutrition de l'enfant
		5) Equipement des structures sanitaires en matériel pour le dépistage et le suivi de l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant.
		6) Accompagnement des structures de santé dans la mise en œuvre des activités promotionnels en faveur de l'alimentation de l'enfant
		7) Renforcement de la prise en charge nutritionnelle des nourrissons et jeunes enfants atteints de maladies aiguës et ceux à besoins spécifiques.
	3) Créer un environnement favorable pour les bonnes pratiques de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant	8) Révision de la législation protégeant l'allaitement maternel.
		9) Mise en application du code national de commercialisation des préparations pour enfants.
	2. Prévention et prise en charge des troubles nutritionnels durant le	4) Réduire la prévalence des troubles nutritionnels et des maladies chroniques ayant

cycle de vie	comme facteur de risque une alimentation déséquilibrée	11) Plaidoyer pour le développement d'un environnement favorable et d'infrastructures adaptées à l'activité physique.
	5) Améliorer le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des maladies chroniques et des troubles nutritionnels	12) Elaboration des référentiels pour le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des maladies chroniques et des troubles nutritionnels.
		13) Renforcement des compétences des professionnels de santé
		14) Renforcement du plateau technique des structures de santé
3.Prévention et lutte contre les carences en micronutriments.	6) Renforcer la stratégie nationale de supplémentation en micronutriments	15) Actualisation et harmonisation du calendrier national de la supplémentation en micronutriments.
		16) Amélioration des modalités de gestion et d'approvisionnement en micronutriments.
	7) Renforcer la stratégie nationale de fortification des aliments	17) Renforcement du partenariat multisectoriel en matière de fortification des aliments
		18) Promotion de la consommation des aliments enrichis en micronutriments.
		19) Promotion d'une alimentation diversifiée garantissant un apport adéquat en micronutriments.
		20) Renforcement du suivi et évaluation de la stratégie nationale de fortification des aliments.
		21) Renforcement du contrôle de la qualité des aliments fortifiés.

2. Axe stratégique 2 : Renforcement de la sécurité alimentaire et sanitaire :

La sécurité sanitaire des aliments constitue une priorité. Elle doit être accompagnée de mesures réglementaires pour assurer l'accessibilité, l'hygiène et l'innocuité des aliments.

Domaines d'intervention	Objectifs	Actions
4. Renforcement d'un approvisionnement durable en aliments surs et sains	8) Améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière aux produits alimentaires	22) Renforcement du dispositif de régulation des prix des produits agricoles et de la pêche
		23) Amélioration des compétences des petits agriculteurs pour améliorer la production
		24) Valorisation des produits locaux agricoles et de la pêche et promotion de leur consommation
	9) Assurer la qualité et la sécurité sanitaire des aliments consommés	25) Renforcement de la législation régissant le domaine du contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments
		26) Renforcement des capacités des laboratoires d'analyses et des services chargés du contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments
		27) Renforcement de la collaboration avec les différents intervenants dans le domaine de la qualité des aliments
		28) Renforcement du contrôle de la publicité relative aux produits alimentaires

3. Axe stratégique 3 : Intégration de la composante nutrition dans les programmes éducatifs et dans les actions communautaires :

Les politiques et programmes scolaires et universitaires devraient favoriser l'adoption d'une alimentation saine et une pratique de l'exercice physique. Aussi, la participation communautaire s'avère utile pour modifier les normes sociales en matière d'alimentation.

Domaines d'intervention	Objectifs	Actions
5.Promotion de la nutrition dans le milieu scolaire et universitaire.	10) Promouvoir une alimentation équilibrée et un mode de vie sain en milieu scolaire et universitaire	29) Elaboration et diffusion des directives relatives aux préparations des menus au niveau des cantines scolaires et des restaurants universitaires
		30) Application et renforcement des normes de qualité au niveau des cantines scolaires et des restaurants universitaires
		31) Promotion de la consommation des aliments riches et/ou enrichis en micronutriments
		32) Promotion de la pratique de l'activité physique
	11) Promouvoir l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire et universitaire	33) Amélioration de la couverture en eau potable, en électricité et au branchement au réseau d'assainissement en milieu scolaire
		34) Renforcement de la formation de base et continue des enseignants en matière de nutrition
		35) Renforcement de la composante nutrition dans le cursus de l'enseignement primaire, secondaire et universitaire
		36) Introduction des modules

		de nutrition dans les programmes d’alphabétisation
6.Promotion de la nutrition au niveau communautaire.	12) Améliorer au niveau communautaire les interventions relatives au domaine de la nutrition	37) Elaboration d’un référentiel relatif aux interventions communautaires en matière de nutrition
		38) Développement des interventions spécifiques à la nutrition au niveau communautaire
		39) Définition d’un cadre de partenariat avec les collectivités locales et la société civile en matière de nutrition
		40) Promotion des expériences communautaires réussies qui intègrent la composante nutrition
		41) Renforcement des compétences des acteurs communautaires en matière de nutrition
		42) Développement des programmes IEC en nutrition spécifiques au milieu rural

4. Axe stratégique 4 : Développement de mesures d’appui à la Stratégie Nationale de Nutrition :

Des mesures d’accompagnement en rapport avec l’Information, Education et Sensibilisation, la surveillance nutritionnelle, le développement de la recherche et de l’expertise sont la clé du succès de la stratégie.

Domaines d'intervention	Objectifs	Actions
7. Mise en place d'un plan d'Information, Education et Sensibilisation en matière de nutrition	13) Développer un plan de mobilisation sociale pour la promotion de la nutrition	43) Elaboration et mise en œuvre d'un plaidoyer avec un appui institutionnel
		44) Institutionnalisation des évènements en faveur de la nutrition
	14) Développer des actions d'information, d'éducation et de communication en matière de nutrition au grand public	45) Elaboration et mise en œuvre d'un plan national d'information, d'éducation et de communication dans le domaine de la nutrition
		46) Renforcement des compétences en IEC en matière de nutrition des professionnels de santé, de l'éducation et du développement rural
8. Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle	15) Renforcer la surveillance nutritionnelle	47) Mise en place d'une unité nationale de surveillance nutritionnelle
		48) Elaboration et mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle
		49) Révision de la composante nutrition dans le Système National d'Information Sanitaire
		50) Renforcement de la capacité de gestion et d'analyse des données nutritionnelles
	16) Mettre en place un dispositif de suivi et évaluation	51) Harmonisation des normes et des méthodes des enquêtes liées à la nutrition
52) Définition d'indicateurs de nutrition comme moyen de suivi des différentes actions de la Stratégie Nationale de		

		Nutrition
9. Développement de la recherche et de l'expertise en matière de nutrition	17) Développer l'expertise nationale en matière de nutrition	53) Promotion de la formation diplômante en matière de nutrition
		54) Renforcement de la coopération internationale dans le domaine de la nutrition
	18) Développer la recherche en matière de nutrition	55) Elaboration d'un cadre stratégique pour le développement de la recherche en matière de nutrition
		56) Mise en place d'un mécanisme de diffusion et d'utilisation de l'information des données issues de la recherche

B. Partenaires clés de la stratégie :

Aussi, et compte tenu de la dimension multisectorielle et multidisciplinaire de la nutrition, les partenaires clés de cette stratégie sont :

1. Le gouvernement :

L'engagement du gouvernement tout entier est nécessaire pour la mise en œuvre de cette stratégie selon le principe de l'intégration de la santé dans toutes les politiques ; il faut aussi allouer des ressources et attribuer une bonne combinaison de ressources humaines, financières et temporelles pour une mise en œuvre réussie, le tout accompagné d'un cadre législatif et réglementaire.

2. La société civile et les Associations Professionnelles :

Les associations et les organisations de défense des consommateurs ont un rôle important dans la communication des informations aux consommateurs. Les organisations sportives en plein air pourraient contribuer à diffuser une culture axée sur les loisirs actifs et soutenir la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures de sport pour tous.

3. La Recherche Universitaire :

Les sociétés savantes ont pour rôle de développer une épidémiologie nutritionnelle pour mieux comprendre le rôle de la nutrition et des modes de vie dans l'apparition des maladies et communiquer sur les facteurs de risque et des déterminants tout au long de la chaîne alimentaire et renforcer les informations factuelles disponibles pour définir les interventions et politiques nutritionnelles.

4. Les Opérateurs Economiques :

Les entreprises alimentaires, les producteurs primaires, les fabricants d'aliments sont responsables de la qualité nutritionnelle et de la sécurité sanitaire de leurs produits. Les restaurateurs et les médias ont aussi un rôle important à jouer en améliorant les connaissances de leurs publics et en soutenant les campagnes de sensibilisation à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et au droit de consommateur.

5. Les Organismes Internationaux :

Les institutions des nations Unies et d'autres Organisations Internationales doivent également jouer des rôles très importants dans la mise en œuvre de cette stratégie. Ils mèneront une action de sensibilisation et en favoriseront un engagement politique qui permette de faire face aux problèmes de santé liés à l'alimentation et à la nutrition dans les états membres et en fournissant une assistance technique. Ils ont pour rôle aussi, de faciliter les échanges des différentes expériences entre les pays.

C. Cadre organisationnel de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Nutrition :

Dans le souci d'assurer la convergence des efforts des différentes parties concernées pour un développement réel et durable de la nutrition au Maroc, une instance multidisciplinaire doit être mise en place afin de gérer et coordonner l'ensemble des actions liées à la Stratégie Nationale de la Nutrition.

Cette instance doit être représentative de l'ensemble des intervenants dans le domaine de la nutrition.

1. Organe de décision (Comité Intersectoriel de Nutrition) :

Les orientations stratégiques et l'approbation de la Stratégie Nationale de Nutrition relève du Comité intersectoriel de Nutrition (CIN). La composition du CIN est représentative de l'ensemble des secteurs impliqués (public, privé, communauté et société civile) dans le domaine de la nutrition.

Attributions du CIN

- Approuver la Stratégie Nationale de Nutrition et les plans d'actions sectoriels de la Nutrition ;
- Faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale pour la nutrition ;
- Veiller à la multisectorialité ;
- Assurer la coopération avec les partenaires pour la mobilisation des ressources nécessaires au développement de la Nutrition.

2. Organe de consultation et d'orientation (Comité National de Nutrition) :

La Stratégie Nationale de Nutrition sera pilotée par un Comité National de Nutrition (CNN). La composition du CNN doit être 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) seront représentés.

Attributions du CNN

- Étudier et donner son avis sur les questions d'ordre technique et scientifique ayant trait à la nutrition ;
- Donner son avis sur les programmes de formation en nutrition qui lui sont soumis par les partenaires institutionnels de la Stratégie Nationale de Nutrition ;
- Donner son avis sur les enquêtes et les études nutritionnelles à entreprendre.

3. Organe de coordination (Unité de Nutrition) :

La structure de coordination intersectorielle de la stratégie nationale de nutrition est le Ministère de la Santé/ Direction de la Population/Unité de coordination de la stratégie nationale de nutrition, dont les attributions sont :

- Assurer le secrétariat du CNN ;
- Coordonner la mise en œuvre de la SNN ;
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de la SNN.

D. Rôle de quelques partenaires institutionnels dans la mise en œuvre de la Stratégie :

1. Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé assure la mise en œuvre de la SNN et veille notamment à la réalisation des actions suivantes:

- le plaidoyer en faveur de la nutrition;
- la coordination multisectorielle des activités de la SNN;
- l'intégration de la composante nutrition dans les programmes de santé;
- le renforcement des compétences des professionnels de santé en matière de nutrition;
- l'élaboration du système de suivi, évaluation et de la surveillance nutritionnelle le renforcement des infrastructures du système de santé pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels et des maladies chroniques liées à la nutrition;
- la promotion de l'IEC dans le domaine de nutrition.

2. Ministère de l'Agriculture et de la Pêche Maritime :

Le Ministère de l'agriculture et de la pêche maritime; à travers le Plan Maroc Vert ; va contribuer à améliorer l'accessibilité des ménages et particulièrement ceux qui vivent dans des conditions difficiles aux produits alimentaires de qualité et en quantité suffisante, à savoir:

- Assurer la promotion de la nutrition dans le milieu rural par la formation des travailleurs agricoles en nutrition, en sécurité sanitaire des aliments et en matière de conservation des aliments;
- Renforcer les compétences des agriculteurs sur les bonnes pratiques agricoles afin d'améliorer la production;
- Valoriser les produits locaux de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche ;
- Renforcer les mesures de la sécurité alimentaire tout au long de la chaîne alimentaire via l'Office National de Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires (ONSSA);
- Contrôler les prix et veiller à l'approvisionnement du marché national en produits alimentaires de qualité;
- Contribuer aux activités IEC sur la sensibilisation à l'hygiène et à la qualité des aliments;
- Contribuer à la promotion de la formation et de la recherche dans le cadre des priorités de la SNN.

3. Ministère de l'Éducation Nationale; de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique :

Le programme d'urgence 2009 – 2012, du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Formation des cadres et de la Recherche scientifique contribuera à la mise en œuvre de la SNN à travers l'intégration de certaines actions en faveur de la promotion d'un mode de vie sain, en particulier:

- Veiller à l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles au niveau des cantines scolaires et universitaires;
- Renforcer l'enseignement de la nutrition dans le primaire; le secondaire et l'universitaire;
- Renforcer la formation initiale et continue en nutrition du personnel enseignant;
- Développer la recherche en matière de nutrition;
- Développer l'expertise nationale et la formation en matière de nutrition;
- Contribuer aux actions d'IEC en matière de nutrition en milieu scolaire et universitaire;
- Encourager l'activité physique dans le système éducatif;
- Intégrer les modules de nutrition dans les programmes d'alphabétisation et dans les programmes de formation des éducateurs.

4. Ministère de la Jeunesse et des Sports :

Le Ministère de la Jeunesse et des Sports contribue à la mise en œuvre de la SNN à travers le projet de loi relatif à l'éducation physique et aux sports notamment par la:

- Promotion de l'activité physique chez les jeunes;
- Promotion de l'IEC en matière de nutrition dans les espaces dédiés aux jeunes y compris les camps et colonies de vacances et aux activités sportives et aux foyers féminins.

5. Ministère de l'Intérieur :

Les collectivités locales apportent le soutien aux interventions communautaires en matière de nutrition notamment à travers les actions suivantes :

- Mise en place des espaces publics pour promouvoir l'activité physique;
- Sensibilisation de la population à l'adoption d'un mode de vie sain;
- Intégration de la nutrition dans le plan d'action des collectivités locales.

6. Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité :

Dans son programme concernant le développement social et de lutte contre la pauvreté et la précarité, le Ministère du Développement Sociale, de la Famille et de la Solidarité contribue à la mise en œuvre de la SNN à travers :

- La mobilisation de la société civile et d'autres acteurs sociaux pour la promotion de la nutrition et particulièrement la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation du jeune enfant et des enfants dans des situations difficiles ainsi que la nutrition des adolescents et des personnes âgées;
- La promotion l'IEC en matière de nutrition dans les espaces socio-éducatifs dédiés aux différentes catégories de la population.

7. Ministère de l'Industrie, du Commerce et des Nouvelles Technologies, chargé du Département des Investissements Extérieurs :

De part son rôle, le Ministère de l'Industrie, du Commerce et des nouvelles technologies, chargé du département des investissements extérieurs, intervient dans la mise en œuvre de la SNN à travers les actions suivantes :

- Le renforcement des mesures d'application de la réglementation industrielle et commerciale des produits alimentaires;
- La promotion de la normalisation et de la certification des produits alimentaires de qualité.

8. Ministère de la Communication :

Le Ministère de la Communication a un rôle stratégique dans la mise en œuvre des actions de la SNN à travers les masses média (télévision, radio, presse,...), à travers notamment les actions suivantes :

- La contribution au développement des actions IEC en matière de nutrition;
- Le développement des émissions et de programmes sur l'éducation nutritionnelle;
- Le contrôle de la publicité relative aux produits alimentaires.

9. Ministère des Habous et des Affaires Islamiques

Le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, de part sa proximité avec la population, participe à la mise en œuvre des actions de la SNN, à travers ses programmes et les causeries religieuses organisées à travers le royaume. Il s'agit notamment de:

- La sensibilisation de la population aux bonnes pratiques alimentaires;
- La promotion de l'allaitement maternel;
- La promotion de l'activité physique.

10. Haut Commissariat au Plan (HCP) :

Le HCP contribue, dans le cadre de l'axe stratégique suivi et évaluation de la situation nutritionnelle de la population, par son expertise à travers les études et les enquêtes nationales, en particulier sur :

- La consommation alimentaire des différentes catégories de la population ;
- Les dépenses alimentaires des ménages.

D'autres partenaires trouveront leurs places dans cette stratégie puisqu'elle s'insère dans une approche globale et intégrée.

III. Indicateurs de Résultats pour le suivi évaluation de la SNN

L'évaluation à mi-parcours et l'atteinte des objectifs fixés par la SNN nécessite la mise en place des indicateurs de résultats tels que recommandés par l'OMS et dictés par le plan d'Action du Ministère de la Santé.

Indicateurs	Valeur actuelle	Valeur 2012	Valeur 2019
Taux de pratique de la mise au sein précoce	52%	80%	90%
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	10%	8%	5%
Allaitement maternel exclusif (0-6mois)	15%	50%	60%
Pourcentage des femmes qui donnent une alimentation de complément adéquate	20%	30 %	50%
Prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants <5 ans	41%	10%	Élimination
Incidence de l'hypothyroïdie congénitale	1/1952 ⁽¹⁸⁾		Élimination
Prévalence d'anémie ferriprive			
- Femmes enceintes	37.2%	25%	20%
- Enfants de moins de 5 ans	31.5%	21%	18 %
- Hommes	18 %	16%	12 %
La prévalence des malformations du tube neural	3.3/1000 naissances vivantes	3/1000 naissances vivantes	1.5/1000 naissances vivantes
Prévalence de surpoids chez les enfants < 5 ans	14%.	9%	7%
Prévalence de la surcharge pondérale chez les adultes de plus de 20 ans.	44%	40%	30%
Pratique de l'activité physique chez la population marocaine.	50%	55%	70%
Pratique de l'activité physique chez les enfants en milieu scolaire.	50%-	55%	80%

Conclusion

Le Maroc est un pays en pleine transition épidémiologique, démographique, alimentaire et nutritionnelle d'où l'utilité d'adopter une Stratégie Nationale de Nutrition. Elle constitue une feuille de route pour tous les programmes et plans sectoriels d'intervention car la nutrition est au cœur du développement du pays. Elle vise l'amélioration de l'état nutritionnel de la population et lutte contre l'exclusion et la précarité.

La mise en œuvre de cette Stratégie suscite :

- L'engagement à l'échelle Nationale, en vue de renforcer la capacité d'investir dans la nutrition ;
- L'Intégration de la nutrition aux stratégies nationales de développement ;
- La réorientation des programmes de nutrition, afin d'en optimiser l'impact ;
- Le renforcement de la coordination des actions menées par les différents Départements Ministériels et les autres intervenants tels que les Sociétés Savantes et les partenaires du secteur privé impliqués dans le domaine de la nutrition afin d'avoir la synergie nécessaire pour rentabiliser les efforts ;
- La mobilisation sociale, car chacun de nous est concerné;
- La mobilisation des ressources humaines et financières.

Bibliographie

Documents consultés par ordre d'apparition:

1. Nutrition clinique et métabolisme, vol 23, issue 3, sept 2009 :
[http// www.science direct.com](http://www.science-direct.com)
2. Rapport de la Banque Mondiale : Replacer la nutrition au Cœur du développement, Stratégie d'intervention à grande échelle, 2006;
<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/>
3. Geneviève Le Bihan, Francis Delpeuch, Bernard Maire.
Cahier de propositions pour le 21ème siècle : Alimentation, nutrition, politiques publiques, Version finale, mars 2002 .
<http://www.alliance21.org>
4. Situation et perspectives démographiques. RGPH de 1960, 1971, 1982,1994 et 2004. HCP, CERED.;
Résultats provisoires du 1er passage de l'Enquête Nationale Démographique (END) 2009/2010 réalisé par le HCP.
5. Enquête du Ministère de la Santé sur les facteurs de risque cardiovasculaire, 2000
Plan d'action santé 2008-2012
6. Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages du HCP, 2000/2001 :
7. Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes (ENIMSJ), 2006-07
Soualem, A., Ahami, AOT. Aboussaleh, Y., Elbouhali, B., Bonthoux, F, 2008,
Le comportement alimentaire des préadolescents en milieu urbain au nord-ouest du Maroc.
Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive. Vol XIII, N° 4: 39-46
8. Aboussaleh Y, Farsi M, El Hioui M, Ahami
Transition nutritionnelle au Maroc: Coexistence de l'anémie et de l'obésité chez les femmes au Nord Ouest Marocain.
www.didac.ehu.es/antropo .
9. Allaitement maternel.
www.who.int/topics/breastfeeding

10. Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) ,2003 /2004 .
11. UNICEF vaccination
www.unicef.org/french/immunization
12. Enquête du Ministère de la Santé sur l'anémie, 2000.
13. Enquête du Ministère de la Santé sur la carence en vitamine A, 1996.
14. Enquête sur la carence en iode, 1993,(20).
15. Système de surveillance suivi-évaluation de la fortification, CHU Rabat, 2008
H . Ben Romdhane, R .Khaldi , A. Oueslati H. Skhiri
Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie
Options Méditerranéennes, Sér. B / n°41, 2002 - La surveillance alimentaire et nutritionnelle en Tunisie.
16. Draft nutrition strategy and plan of action for the Eastern Mediterranean Region 2010–2019, 13 December 2009 ;
17. Deuxième Plan d'Action Européen de l'OMS pour une Politique Alimentaire et Nutritionnelle 2007-2012 ;
18. Etude sur l'hypothyroïdie congénitale de Fès .