

*MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE*



*REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL*



POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

SOMMAIRE

SOMMAIRE	I
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	II
PREFACE.....	1
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	4
I. CONTEXTE	4
A. CONTEXTE GENERAL.....	4
B. CONTEXTE SANITAIRE	6
II. ANALYSE DE LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE	7
A. SITUATION ALIMENTAIRE.....	7
B. SITUATION NUTRITIONNELLE.....	9
C. DETERMINANTS DE LA MALNUTRITION	11
III. REPONSE AUX PROBLEMES.....	11
A. AU NIVEAU GOUVERNEMENTAL.....	11
B. AU NIVEAU DU SYSTEME SANITAIRE IVOIRIEN	13
C. ANALYSE DE LA REPONSE AUX PROBLEMES	13
IV. FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES	17
A. LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE.....	17
B. LES VALEURS.....	17
C. LES PRINCIPES	18
V. VISION	18
VI. BUT	19
OBJECTIF GENERAL.....	19
VII. AXES STRATEGIQUES POUR L'AMELIORATION DE LA NUTRITION.....	19
A. N°1 : PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION (DEFICIT & EXCES)	19
B. N°2 : LUTTE CONTRE LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS (VIT A, FER, FLUOR, ZINC).....	21
C. N°3 : AMELIORATION DE LA SECURITE ALIMENTAIRE DES MENAGES	21
D. N°4 : PROMOTION DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS.....	22
E. N°5 -AMELIORATION DE LA SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DES PIAVIH ET AUTRES MALADES CHRONIQUES	22
F. N°6 : INTEGRATION DE LA NUTRITION EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE ...	23
G. N° 7 : INTEGRATION DE LA NUTRITION EN MILIEU CARCERAL.....	23
H. N°8 : DEVELOPPEMENT DU SOUTIEN NUTRITIONNEL DES PERSONNES DU TROISIEME AGE.....	23
I. N°9 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DURABLE ...	23
J. N°10 : PROMOTION DE LA RECHERCHE EN MATIERE DE NUTRITION.....	24
K. N°11 : DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES EN MATIERE DE NUTRITION	24
L. N°12 : PREPARATION A L'URGENCE ET REPONSES NUTRITIONNELLES AUX SITUATIONS D'URGENCES.....	24
VIII.CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE NUTRITION	25
A. STRUCTURES DE COORDINATION.....	25
B. STRUCTURES D'OFFRE DE SERVICE	26
IX. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE	26
X. FINANCEMENT	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES.....	30

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AEN : Actions Essentielles en Nutrition
ARV : Antirétroviraux
ASC : Agent de Santé Communautaire
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CAT : Centre Antituberculeux
CCC : Communication pour un Changement de Comportement, ,
CDC : Comité de Développement Communautaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAD : Comité National Alimentation et de Développement
CNO : Centre Nord Ouest
CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS : Centre Nutritionnel Supplémentaire
CPN : Consultation Périnatale
CSR : Centre de Santé Rural
CSU : Centre de Santé Urbain
CSUcom : Centre de Santé Urbain communautaire
DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS : Enquête de Démographie et de Santé
ENMCI : Enquête Nutrition et Mortalité en Cote d'Ivoire
ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact
EICV : Enquête Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FARN : Foyer d'Animation et de Réhabilitation Nutritionnelle
FPPI : Femme en Post Partum Immédiat
FSU : Formation Sanitaire Urbaine
FSU-com : Formation Sanitaire Urbaine communautaire
GAIN : Global Alliance for Improving Nutrition
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
HCR : Haut Commissariat pour les Réfugiés
IDH : Indice de Développement Humain
IEC : Information Education Communication
IHAB : Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IMC : Indice de Masse Corporelle
INFAS : Institut National de Formation des Agents de Santé
INFS : Institut National de Formation Sociale
INHP : Institut National d'Hygiène Publique
INS : Institut National de la Statistique
IPC : Classification Intégrée de la Sécurité Alimentaire
IRC : International Refugees Committee

LIME : Lutte Intégrée des Maladies de l'Enfance
MC: Ministère du Commerce
MICS : Multiple Indicators Cluster Survey
MIPSP : Ministère de l'Industrie et de la Promotion du Secteur Privé
MDEF : Ministère Délégué à l'Economie et Finance
MUGEFCI : Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Cote d'Ivoire
NEPAD : New Partnership for Africa Development
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH/Sida
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
P/A : Poids/Age = insuffisance pondérale
PFA : Programme de fortification alimentaire
PACN : Programme d'Appui à la Coordination de la Nutrition
PANPPV : Programme d'Appui Nutritionnel aux Personnes Vivant avec le VIH et aux autres personnes vulnérables
P/T : Poids/Taille
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PASAM : Programme d'appui à la sécurité alimentaire des ménages
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PIAVIH : Personne Infectée et Affectée par le VIH
PIB : Produit Intérieur Brut
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNSP : Programme de Nutrition Préscolaire et Scolaire
PNBC : Programme de Nutrition à base communautaire
PPLMS : Programme de Prévention et de Lutte contre les Maladies de Surcharge
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PRSP : Poverty Reduction Strategy Policy
PSMD : Programme de Supplémentation en Micronutriments et Déparasitage
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
SAP : Système d'Alerte Précoce
SSSU : Service de Santé Scolaire et Universitaire
TDCI : Troubles Dus à la Carence en Iode
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNT : Unité Nutrition Thérapeutique
UNTA : Unité Nutrition Thérapeutique Ambulatoire
UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

PREFACE

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

La situation nutritionnelle de la population, en particulier celle des enfants de moins de 5 ans et des femmes, s'est significativement détériorée durant les dernières décennies au même titre que d'autres indicateurs socio-économiques suite aux événements survenus dans les années 2000. Des efforts ont été consentis par le Gouvernement de Côte d'Ivoire à travers des interventions tant au niveau communautaire que national, pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations.

Cependant, la situation reste toujours préoccupante sur le plan national avec des prévalences de malnutrition et de carences en micronutriments toujours élevées, contribuant ainsi de manière directe ou indirecte à la forte mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle que connaît le pays. La pandémie du VIH aggrave la situation nutritionnelle déjà détériorée. .

Vu l'ampleur et la persistance des problèmes de nutrition dans le pays, leurs origines multiples et leurs impacts sur les différents secteurs de développement, la complexité de leur résolution, il est essentiel de, mettre en place une convergence et une synergie des politiques et programmes socioéconomiques (réduction de la pauvreté, sécurité alimentaire, stratégies sectorielles) pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition.

Ainsi le Gouvernement ivoirien a décidé d'élaborer une politique nationale de nutrition qui s'inscrit dans le cadre de la politique sectorielle de la Santé, en harmonie avec la politique de développement global du Gouvernement (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté). Elle contribue à l'atteinte des huit Objectifs de Développement du Millénaire engagement pris par la Côte d'Ivoire en tant que membre de la communauté internationale.

L'adoption de cette politique permet d'édicter les principes directeurs et les options stratégiques pertinents, ainsi que les mécanismes de mise en œuvre efficaces des interventions nutritionnelles. Par l'adoption et la promulgation de cette politique nationale de nutrition, le Gouvernement de Côte d'Ivoire réaffirme son engagement pour assurer une bonne nutrition à toute sa population.

« La faim et la malnutrition sont inacceptables dans un monde qui dispose à la fois des connaissances et des ressources voulues pour mettre fin à cette catastrophe humaine...Nous nous engageons à agir en commun pour que le droit d'être à l'abri de la faim devienne une réalité »¹.

Dr Allah Kouadio Rémi

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

¹ CIN Rome, 1998

RÉSUMÉ

Bien que la disponibilité alimentaire soit assurée au niveau national la Côte d'Ivoire continue de dépendre dans une certaine mesure des importations pour son alimentation et une frange de sa population reste exposée à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle du fait : (i) des aléas climatiques ; (ii) de la crise sociopolitique ayant entraîné un déplacement massif des populations et des problèmes d'accès à la terre ; (iii) de la fragilisation ou de l'insuffisance du réseau de distribution, de transformation, de conservation des aliments ; (iv) du faible pouvoir d'achat des ménages ; (v) des mauvaises pratiques nutritionnelles ...

Tous ces facteurs ont contribué à altérer tous les indicateurs nutritionnels. En effet chez les enfants de 0 à 59 mois la prévalence de la malnutrition chronique est passée de 25.4% en 2000 à 34% en 2006 ; celle de l'insuffisance pondérale est passée de 21.2% à 20.2% sur la même période tandis que pour la malnutrition aigue la prévalence est à 6.9% en 2006. Signalons que le Nord et l'Ouest connaissent de fortes prévalences dépassant les seuils d'alerte.

Pour ce qui est des carences en micronutriments, la situation est quasiment similaire. En effet de 1996 à 2007 la prévalence de la carence en fer est passée de 35%² à 51.5%³ chez les enfants de moins de 5 ans et 16% à 58,9% chez les femmes en âge de reproduction. Quant à l'hypovitaminose A, malgré une légère baisse ces dernières années, elle demeure élevée. En effet chez les enfants de 6 à 59 mois la prévalence de cette carence est passée de 50%⁴ à 42.4%³ et de 42%¹⁰ à 39.7%¹¹ chez les femmes en âge de reproduction.

Dans le cadre de la lutte contre les TDCI, le pourcentage d'accès des ménages au sel iodé est de 84.4%.

Face à la problématique nutritionnelle le gouvernement ivoirien avec l'appui de la communauté internationale et des ONG a apporté un certain nombre de réponses en vue de solutionner le problème.

Cependant, bien que ces réponses aient contribué à résoudre un certain nombre de problèmes, certaines insuffisances viennent ralentir les efforts consentis. Notamment en ce qui concerne la coordination des activités de nutrition, les expertises requises pour résoudre les problèmes de nutrition et du cadre institutionnel et réglementaire des interventions nutritionnelles.

L'adoption du présent document de politique nationale de nutrition s'avère opportune et primordiale pour la Côte d'Ivoire afin de faire prendre conscience de l'ampleur de la malnutrition dans le pays, ses conséquences sur le développement humain et socio-économique et de marquer l'engagement politique ferme et définitif à combattre ce fléau à dimension multisectorielle.

2 INSP et CSRS, 1996

3 Evaluation des carences en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire. «Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés » PIPAF. Rapport final Mai 200

4 Staubli, A. F. (2000) Development of a food fortification strategy to combat iron deficiency in the the Ivory Coast. Thesis No. 13730, ETH Zürich, Switzerla

Le présent document:

- indique l'étendue et l'importance des problèmes de Nutrition –Alimentation ;
- identifie les stratégies à développer pour juguler les problèmes à court, moyen et à long terme par une approche holistique ;
- attire l'attention des hauts responsables du pays, des planificateurs, des partenaires au développement sur l'ampleur de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition en Côte d'Ivoire et ses conséquences sur le développement humain et socio-économique ;
- oriente le gouvernement et ses partenaires sur les interventions intersectorielles prioritaires à promouvoir dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition ;
- propose un cadre institutionnel pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles en Côte d'Ivoire.

Cette politique a été bâtie sur les forces, les faiblesses et les opportunités actuelles. Les axes stratégiques ont tenu largement compte des préoccupations et défis en matière de Nutrition Alimentation et de lutte contre la pauvreté.

INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement plus de 3,5 millions¹ de mères et d'enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque année pour cause sous-jacente de malnutrition et des millions d'autres sont handicapés à vie en raison des effets⁵ physiques et mentaux d'un apport nutritionnel trop pauvre durant les premiers mois de la vie.

En Côte d'Ivoire, la malnutrition aigüe et les carences en micronutriments (vitamine A, fer, iode, zinc...) constituent de part leur prévalence, un problème de santé publique. Elles contribuent de manière directe ou indirecte à la forte mortalité infantile, infantile juvénile et maternelle que connaît le pays. Elles ont également des conséquences sur le rendement scolaire et sont responsables de pertes économiques très importantes.

Jadis autosuffisante alimentaire, la Côte d'Ivoire a connu depuis 2002 une grave crise politico-militaire qui a eu des conséquences socio-économiques et sanitaires désastreuses. L'insécurité alimentaire due à la baisse de la production des denrées alimentaires dans certaines zones, la destruction des infrastructures sanitaires, les déplacements massifs des populations et les problèmes d'accès à la terre ont contribué à l'augmentation du taux de malnutrition.

L'alimentation et la nutrition constituent des droits pour tous. En effet, une nutrition adéquate est une condition essentielle pour un bon développement physique et psychique de l'enfant. Investir dans la nutrition, c'est assurer au pays des ressources humaines en bonne santé garant d'un développement durable.

Pour mieux traduire son engagement à résoudre les problèmes de nutrition, l'adoption par le gouvernement d'une politique nationale de nutrition s'avère indispensable.

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

I. CONTEXTE

A. CONTEXTE GENERAL

1. Contexte géographique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'ouest, entre le 5^e et le 10^e degré de latitude nord et le 4^e et le 8^e degré de longitude Ouest. Elle est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, au Nord par le Mali et le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique.

Elle s'étend sur une superficie de 322 462 Km². La zone de savane au nord du pays représente 53 % de cette superficie tandis que la zone forestière au Sud représente 47 %. La superficie des terres cultivables est estimée à 75% du territoire et seulement 40% de ces terres sont cultivées.

La Côte d'Ivoire est un pays tropical humide où il pleut toute l'année à l'exception du nord où la saison sèche est longue. Les pluviométries annuelles varient de 900 mm au nord à 2300 mm au sud.

⁵ The Lancet 2008

Néanmoins, du fait de la dégradation de son environnement, elle connaît des perturbations pluviométriques et une réduction du patrimoine forestier (la superficie de la forêt qui était de 16 millions en 1960 est passée à 3 millions en 2006).

2. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire est estimée en 2008 à environ 21.260.969 habitants avec 51% d'hommes et 49% de femmes dont 23,6% en âge de reproduction d'après les estimations de l'Institut National de la Statistique (INS) établies en 2000 sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce avec un taux brut de natalité de 39 pour 1000 et un taux d'accroissement annuel qui est de 3,3. La densité de la population varie entre 54 et 79 habitants / Km² dans les zones forestières et entre 11 et 18 habitants / Km² dans les zones de savanes.

La structure par âge montre que 43 % de la population à moins de 15 ans, 17,36 % de moins de 5 ans et 4 % de plus de 60 ans.

Selon le RGPH 1998, 4 millions de ressortissants étrangers vivent en CI.

La population vivant en milieu urbain est estimée à 50 %, et atteindra 60% en 2010 (FAO 2002). Ce constat serait aggravé par le déplacement massif des populations depuis la crise.

3. Contexte économique

L'économie de la Côte d'Ivoire repose essentiellement sur l'agriculture d'exportation. En 2007, l'agriculture contribuait pour 31.1% au PIB. Elle représente 68% des recettes d'exportations et engendre 60% des emplois⁶.

Le pays connaît depuis 1999 une série de crises socio politico économiques qui a pour principale conséquence une aggravation de la pauvreté ; ce taux qui était de 38.2%, juste avant la crise en 2002, est passé à 43.2% en 2006. Il serait probablement plus élevé aujourd'hui compte tenu des effets de la crise avec la perturbation des systèmes de production et de commercialisation, avec le déplacement massif des populations et la pression que cela exerce sur les familles hôtes.

Le taux de pauvreté par région est relativement élevé, plus marqué en milieu rural et touche davantage les exploitants agricoles. Selon la Banque Mondiale, la croissance économique moyenne sur la période 2000-2006 a été négative avec un taux de -0.1%, contrastant avec la croissance démographique sur les mêmes périodes (>3%) ; ce qui explique la baisse du niveau de vie de la population ivoirienne. En 2007, d'après l'estimation à 0,432 de son indice de développement humain (IDH), la Côte d'Ivoire est classée par la Banque Mondiale au 166ème rang sur 177 pays.

4. Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte plus d'une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Mandé au Nord, Nord-Ouest et Ouest, les Krou au Centre-Ouest et au Sud-Ouest, les Gur au Nord et au Nord-Est, les Kwa au Sud, à l'Est et au Centre). Le français est la langue officielle. Le taux net d'alphabétisation de la population de 15 ans et plus est de 36.3% avec 71% chez les hommes et 52% chez les femmes.

⁶ www.rezoivoire.net/cotedivoire/agriculture.php+agriculture

Le taux net de scolarisation dans le primaire est de 55% avec 59% de garçons et 41% de filles. Dans le secondaire 26% des garçons sont scolarisés contre 15% chez les filles (UNICEF 2007).

La liberté de culte est garantie par la constitution. Les principales religions sont le Christianisme (35.8%), l'Islam (38.6%) et les religions traditionnelles (28.6%).

5. Contexte sociopolitique

La Côte d'Ivoire est une république avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considéré comme un exemple de paix et de stabilité politique dans la sous-région et en Afrique, elle traverse une série de crises sociopolitiques depuis ces dernières années ayant entraîné une dégradation de la situation alimentaire et nutritionnelle des populations.

B. CONTEXTE SANITAIRE

1. Politique sanitaire

Après la conférence d'Alma Ata en 1978 et dans un contexte de crise économique et financière qui a durement touché le pays au cours des années 1980, la Côte d'Ivoire a basé sa stratégie de développement sanitaire sur les soins de santé primaires (SSP). Cette politique s'est affirmée avec la création des districts de santé en 1994 et la définition d'un PMA en 1996 conformément au plan à trois phases de Gaborone (Botswana).

2. Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien est organisé selon une pyramide à trois niveaux comportant un versant prestataire (les services de soins) et un versant gestionnaire (l'administration sanitaire) (cf. arrêté n° 28 du 8 février 2002 MSP/Cab). Au niveau du versant prestataires, le niveau primaire est constitué des ESPC (Dispensaires, Maternités, CSR, CSU, FSU, CSUS), le niveau secondaire des établissements sanitaires de recours pour la première référence (HG, CHR, CHS) et le niveau tertiaire des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, INS⁷).

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Quant aux services extérieurs, ils sont composés des directions régionales et départementales. Les services extérieurs comprennent 19 directions régionales de la santé et 72 directions départementales de la santé ou districts sanitaires. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Les services de soins sont représentés par les services de soins publics et les services de soins privés à but lucratif ou non lucratif. Le service public compte 1444 ESPC dont 1084 CSR, 245 CSU, 100 CSUS, 15 FSU, 74 établissements sanitaires de première référence dont 54 HG, 18 CHR et 2 CHS et 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 CHU, 5 INS.

⁷ Instituts Nationaux Spécialisés (ex Institut Raoul Follereau, Institut de Cardiologie d'Abidjan...)

On dénombre en 2007 pour les services de soins privés 653 officines de pharmacies, 813 cabinets de soins infirmiers, 27 CSUCOM, 175 centres et cabinets médicaux, 10 FSUCOM, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Le pays dispose de ressources humaines en santé ayant une bonne formation de base dans plusieurs domaines de compétence.

L'effectif des médecins en 2007 est estimé à 3614 pour 20 581 770 habitants soit un ratio national de 1 médecin pour 5695 habitants⁸ dont 2824 dans le secteur public et 790 dans le secteur privé. Cet effectif et ce ratio ne tiennent pas compte des effectifs de médecins dans l'armée, la police, la CNPS ou la MUGEFCI ainsi que dans divers services publics et dans les compagnies d'assurance privées. Seuls 1919 médecins sont inscrits en 2007 au tableau de l'Ordre des médecins publié avant le recrutement exceptionnel en 2007 de 953 médecins dans le secteur sanitaire public.

L'effectif national des pharmaciens en activité en 2007 dans les secteurs public et privé est estimé à 1144 dont 426 dans le secteur public et 718 dans le secteur privé.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes leur effectif national en 2007 est d'environ 410 dont 285 dans le secteur public et 125 dans le secteur privé.

Après le recrutement exceptionnel de 1287 cadres supérieurs de la santé en 2007, environ 400 médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes sont en voie de recrutement dans la fonction publique en 2008 pour le renforcement du système sanitaire.

Le personnel paramédical du secteur public est estimé en 2007 à 7407 pour les infirmiers, 2506 pour les sages-femmes, 591 pour les aides-soignantes, et 1408 pour les techniciens supérieurs (manipulateurs radio, bio technologues, préparateurs en pharmacie, biomédicaux ...).

On estime à 2420 l'effectif des personnels administratifs et sociaux et à 2579 le nombre des agents journaliers.

Dans le secteur privé, les estimations en 2006 donnent 1173 infirmiers, 184 sages-femmes et 112 techniciens supérieurs de laboratoire.

Dans les deux secteurs on estime l'effectif du personnel paramédical à 8580 infirmiers, 2690 sages-femmes et 1520 techniciens supérieurs soit des ratios respectifs de 1 infirmier pour 2331 habitants, 1 sage-femme pour 3717 femmes en âge de procréer et 1 technicien supérieur pour 13 157 habitants.

II. ANALYSE DE LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

A. Situation alimentaire

La disponibilité alimentaire est assurée à l'échelle nationale par la production locale, l'importation et l'aide alimentaire.

Cependant, la production de biens agricoles pour l'alimentation de la population est insuffisante. Cette production est essentiellement constituée par les céréales, les tubercules et les racines et couvrent 80% des besoins énergétiques. La volonté politique orientée vers la diversification des cultures n'a pas connu son élan des années 1970; créant ainsi un déficit en ce qui concerne le riz, les légumes et les produits d'élevage.

⁸ Norme de l'OMS = 1 médecin pour 10000 habitants

La Côte d'Ivoire continue donc de dépendre dans une certaine mesure des importations pour son alimentation. Elle représente plus de 20 % des importations totales. Sa population reste exposée à l'insécurité alimentaire du fait :

- de la crise alimentaire mondiale due à la flambée des prix des denrées de grande consommation ;
- de la crise sociopolitique ayant eu pour conséquences le déplacement massif des populations, le problème d'accès à la terre. Cette situation a conduit la classification de la Côte d'Ivoire, selon l'IPC⁹ en deux zones l'une en insécurité alimentaire chronique et l'autre en sécurité alimentaire en général ;
- de la fragilisation ou de l'insuffisance de son réseau de distribution, de transformation, de conservation des aliments ;
- du faible pouvoir d'achat des ménages et de la paupérisation galopante ;
- de la faiblesse de la politique agricole axée sur la production vivrière.

L'ENMCI¹⁰ 2004 a révélé que les dépenses alimentaires journalières par personne et le nombre de repas par jour ont connu une baisse significative après la survenue du conflit armé. Ainsi d'une moyenne de 242,56 f CFA par jour par personne, les dépenses sont passées à 218,90 f CFA par jour par personne. Les dépenses alimentaires sont plus de deux fois élevées en milieu urbain (283 f CFA) qu'en milieu rural (125 f CFA). Quant au nombre moyen de repas par jour il est passé de 2,79 à 2,62 depuis la survenue du conflit. La flambée des prix des denrées alimentaires et du carburant pourrait aggraver cette situation.

La consommation par habitant et par jour se situe entre 2000 et 2460 Kcal. L'apport énergétique est constitué par les féculents et les graisses végétales (huile de palme, beurre de karité). La disponibilité énergétique par habitant et par jour est de 2695 Kcal (FAO 2002). Si les disponibilités globales sont assurées au niveau énergétique, l'équilibre nutritionnel n'est pas garanti.

En effet la disponibilité en protéines est de 53 g/j/habitant (FAO 2002) la norme étant de 60 g/j/habitant.

La consommation de protéines animales est influencée par les croyances et le pouvoir d'achat des ménages. L'apport de vitamines et sels minéraux est assuré par les fruits et les légumes qui connaissent non seulement une production déficitaire (65% taux de couverture nationale) mais aussi sont consommés occasionnellement et hors des repas par les populations.

Le tissu industriel existe effectivement en Côte d'Ivoire avec de grande potentialité de transformation et d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments. Ainsi il y a possibilité d'extraire de l'huile de palme raffinée, de l'huile de coco, et des jus de fruits. Ces mêmes denrées sont produites également au niveau traditionnel.

Bien qu'il existe des textes de lois dans différents départements ministériels relatifs à l'innocuité des aliments, un effort d'harmonisation et de coordination entre les différents acteurs est indispensable.

L'insuffisance d'application des textes en vigueur et leur faible diffusion constituent d'autres facteurs à considérer dans le processus de protection des consommateurs.

La sécurité sanitaire des aliments est une préoccupation pour les producteurs et les consommateurs. L'appui du Gouvernement se traduit par la promotion de la qualité et la création des structures de contrôle de qualité. Les produits agricoles et alimentaires sont insuffisamment contrôlés à l'importation, à l'exportation et à la consommation.

La multiplicité, l'incoordination des structures intervenant dans le contrôle (Ministère de l'Agriculture, Ministère de la Production Animale et des Ressources Halieutiques, Ministère en charge de la Santé, Ministère du Commerce, Ministère de l'Industrie) et le sous

⁹ Classification intégrée de la phase humanitaire de la sécurité alimentaire

¹⁰ Enquête Nutrition et Mortalité en Côte d'Ivoire

équipement des Laboratoires de contrôle sanitaire et de salubrité des aliments constituent une contrainte à la promotion et une menace pour la qualité des produits agricoles et alimentaires. La problématique des Organismes Génétiquement Modifiés (OGM) doit être prise en compte dans la sécurité sanitaire des aliments.

B. Situation nutritionnelle

En Côte d'Ivoire, la malnutrition demeure un problème majeur de santé publique. Elle a des conséquences négatives énormes sur les trois secteurs clés de développement que sont l'économie, l'éducation et la santé. Elle doit être aujourd'hui considérée sous ses deux aspects :

- malnutrition par carence
- malnutrition par excès

1. Malnutrition par carence

La malnutrition par carence est dominée par les malnutritions chroniques ou aiguës et les carences en micronutriments (la vitamine A, le fer, l'iode et le zinc...). Les carences nutritionnelles affectent essentiellement les femmes en âge de reproduction et les enfants de moins de 5 ans, les PVVIH/OEV (Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA) et les nouveaux groupes vulnérables issus de la guerre.

2. Malnutrition aiguë et chronique

Selon MICS 2006, la malnutrition est la cause sous jacente de 54% de décès des enfants de moins de 5 ans. La forme la plus courante est représentée par le retard de croissance ou malnutrition chronique dont la prévalence est passée de 25.4% en 2000 à 34% en 2006. Cette malnutrition est fonction des régions avec des valeurs allant de 21% à 46%. Deux régions sont particulièrement touchées (Nord-Est 46.6% et Sud-ouest 41.1%). Les formes sévères atteignent 24.6% au Nord-Est et 21.1% au Sud-Ouest. Les enfants de moins de 5 ans vivant en zone rurale (17.7%) sont plus touchés que ceux vivant en zone urbaine (10.2%). Les enfants de sexe masculin (16.1%) sont les plus touchés par la malnutrition chronique sévère que ceux du sexe féminin (13.4%).

L'insuffisance pondérale des enfants de 0 à 59 mois est passée de 21.2% en 2000 à 20.2% en 2006. Cette déficience nutritionnelle est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Les 12-23 mois sont les plus vulnérables (28.8%)¹¹.

La malnutrition aiguë au niveau national chez les enfants de 0 à 59 mois est de 6.9% avec 1% de formes sévères en 2006.

Cependant la partie Nord du pays présente une prévalence qui dépasse le seuil d'urgence (10%). En effet l'enquête nutritionnelle SMART menée au Nord de la Côte d'Ivoire a révélé des chiffres alarmants avec un taux de malnutrition aiguë de 17.5% avec 4% de formes sévères, une insuffisance pondérale de 30.6%, une insuffisance chronique 39.1% et un taux d'anémie globale à 80.8% pour les enfants de 6 à 59 mois.

Par ailleurs, seulement 4% des nourrissons de 0 à 6 mois sont allaités exclusivement et 46% de ceux de 6 à 9 mois ne reçoivent pas les aliments de complément indispensables à leur croissance adéquate.

D'une manière générale, la malnutrition infantile survient très tôt et parfois touche les enfants avant leur naissance. Selon le MICS 2006, 17%¹² des enfants ont un poids insuffisant à la

¹¹ Actions humanitaires UNICEF/ Rapport 2007

naissance (inférieur à 2,5kg) et de ce fait sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie avec une probabilité deux fois supérieures à celle des enfants de poids normal.

La malnutrition maternelle est également à la base de la malnutrition de l'enfant. Environ 12% des mères ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 et sont donc malnutries.

3. Malnutrition et VIH

L'infection à VIH entraîne de profonds changements métaboliques (augmentation du métabolisme de base) avec réduction de la consommation alimentaire (malabsorption intestinale, lésions buccales, anorexie...) tout ceci entraînant une détérioration de l'état nutritionnel. Cet état est aggravé par la prise des ARV et leurs effets secondaires (anorexie, nausée, vomissements...).

Une étude réalisée à Abidjan dans la région des Lagunes en 2007 a montré un taux de prévalence de 12% de malnutrition dont 1;7% de forme sévère¹³.

Selon des rapports d'activités de l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) et du Service des Maladies Infectieuses (SMIT), 25% des patients vivants avec le VIH sont malnutris et la moitié l'est sévèrement.

Aussi, les enfants infectés ou affectés par le VIH ont un risque plus élevé de malnutrition.

4. Malnutrition et troisième âge

La malnutrition des personnes âgées en Côte d'Ivoire est un problème préoccupant. En effet, une étude menée en 2005 chez les personnes âgées porteuses de prothèse dentaire montre qu'en Côte d'Ivoire l'alimentation des personnes du troisième âge est insuffisante et mal diversifiée¹⁴.

Il apparaît donc important de mettre l'accent sur le rôle de la nutrition dans la prévention du vieillissement afin de permettre au plus grand nombre de vieillir en bonne santé.

5. Malnutrition et activité physique

L'absence d'activité physique et la sédentarité sont incriminées dans la malnutrition par excès (surpoids et obésité). Le surpoids et l'obésité sont souvent liés à une faible activité physique.

Par ailleurs, l'importance de la nutrition pour le sportif n'est plus à démontrer. En effet selon une étude menée par SAMBA et col, la nutrition est un facteur déterminant des performances sportives.

Une alimentation bien équilibrée et une réhydratation avant ou pendant l'exercice musculaire de longue durée, présentent de réels avantages dans le maintien de l'homéostasie thermique et cardiovasculaire et peuvent améliorer les performances sportives.

6. Les carences en micronutriments

La carence en fer augmente le risque d'anémie et d'insuffisance pondérale à la naissance favorisant ainsi la malnutrition et le décès.

12 MICS 3

13 KOUAME KL : Analyse de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH dans la région des Lagunes en Côte d'Ivoire, Mémoire du Diplôme Supérieur de Gestion des Programmes de Santé communautaire orientés vers la lutte Contre les IST-VIH/sida, Université Cheick Anta Diop, 2007.

14 AMANI SR, N'DINDIA C, GUINAN JC. Et al. Etude épidémiologique de l'état nutritionnel protéino-énergétique des personnes âgées édentées appareillées de Côte d'Ivoire. Med Afr noire, vol 52, n°3, pp 155-160, 2005.

En Côte d'Ivoire, la prévalence de la carence en fer est en hausse au cours de ces dernières années. En effet de 1996 à 2007 la prévalence de la carence en fer est passée de 35%² à 51.5%³ chez les enfants de moins de 5 ans et de 16%² à 58.9%³ chez les femmes en âge de reproduction.

La carence en vitamine A est due soit à un déficit d'apport alimentaire (consommation insuffisante des aliments riches en vitamine A), soit à une augmentation des pertes liées aux maladies infectieuses (rougeole, infections respiratoires aiguës, diarrhée...).

En Côte d'Ivoire, les enquêtes réalisées en 1996 et en 2007 montrent une tendance à la baisse des hypovitaminoses A. En effet chez les enfants de 6 à 59 mois la prévalence de cette carence est passée de 50%⁴ à 26.4%³

Concernant la carence en iode, la Côte d'Ivoire a adopté la stratégie d'iodation universelle du sel, qui a significativement réduit la prévalence des Troubles Dues à la Carence en Iode (TDCI), tel que constaté par EDS 2004 de 40% en 1994 à 4.8% en 2003. L'enquête sur l'évaluation de la lutte contre les TDCI (UNICEF, 2004), a révélé que la prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 12 ans est de 4.8% au niveau national, et que le pourcentage d'accès des ménages au sel iodé est de 84.4%.

Concernant les autres micronutriments (zinc, calcium ...) nous ne disposons pas de données nationales.

7. La malnutrition par excès

Selon l'ENMCI¹⁰ 2004, 22.8 % des femmes en âge de procréer non enceintes avaient un excès de poids (IMC > 25), en particulier en milieu urbain avec 28.2 % contre 13.6 % en milieu rural. Abidjan présente la plus forte proportion des femmes en surpoids avec un taux de 34.1%. En outre près d'une femme sur dix (7.4%) est obèse. La surcharge pondérale ou obésité est un grand facteur de risque des maladies telles que le diabète, la goutte, les maladies cardiovasculaires, etc.

L'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles en 2005 chez les individus de 15 à 64 ans dans la région des lagunes a révélé :

- pour l'obésité (IMC \geq 30) : 5.7% chez les hommes et 11.6% chez les femmes ;
- pour le surpoids (25 \leq IMC< 30) : 24.6% chez les hommes et 37.6% chez les femmes.

C. Déterminants de la malnutrition

La réduction du pouvoir d'achat, les difficultés d'accès des ménages aux aliments, la mauvaise répartition des disponibilités alimentaires au sein des ménages, la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires par les populations et la prise en charge inadéquate de certaines maladies (diarrhée, rougeole, VIH/sida...) et les soins inappropriés de la femme enceinte sont autant de déterminants qui influencent négativement l'état nutritionnel des populations en particulier des groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants.

III. REPONSE AUX PROBLEMES

A. Au niveau gouvernemental

Face à la problématique nutritionnelle le Gouvernement a marqué son engagement à travers les actions suivantes avec l'appui de la communauté internationale :

- Création en 1989 du projet santé/nutrition financé par l'UNICEF ;

- Elaboration d'un plan directeur de développement agricole pour l'aboutissement à l'autosuffisance alimentaire 1992 ;
- Participation à la conférence internationale (FAO, OMS) à Rome en 1992 sur la nutrition et la santé ;
- Participation au sommet des chefs d'Etats africains (OUA) à Dakar en 1992 pour la ratification des résolutions du sommet mondial sur l'enfance ;
- Création du projet "Initiative Hôpitaux Amis des Bébé" (IHAB) financé par l'UNICEF (1993) ;
- Création du projet de lutte contre les carences en micronutriments, financée par l'UNICEF (1993) ;
- Participation aux sommets d'Addis-Abeba (OUA, 1994) et d'Abuja (CEDEAO, 1994) respectivement pour l'adoption d'une stratégie d'iodation du sel dans la lutte contre les carences en iode pour l'établissement d'une législation sur la consommation humaine et animale du sel iodé ;
- Prise du décret N° 94-303 du 1er Juin 1994, autorisant l'utilisation du sel comme support de lutte contre la carence en iode ;
- Réalisation de diverses études d'appui à la nutrition à savoir :
 - l'étude de la prévalence de la carence en iode en milieu scolaire, financée par l'OMS (1996) ;
 - l'étude de l'influence des causes non nutritionnelles dans la survenue de l'anémie par carence en fer financée par le Centre Suisse de la Recherche Scientifique (1996).
- Prise en compte de la lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments comme l'un des axes prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1996) ;
- Prise de l'arrêté interministériel N°018/MSP/MC du 3 Avril 1996, rendant obligatoire l'iodation du sel destiné à la consommation humaine et animale en Côte d'Ivoire ;
- Tenue par le Comité National d'Alimentation et de Développement (CNAD) en Juillet 1997 d'un séminaire de validation et d'adoption du Plan National d'Actions pour la Nutrition ;
- Approbation en Octobre 1997 par le Gouvernement, de la déclaration de politique nationale pour la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel en Côte d'Ivoire ;
- Prise du décret N° 98-676 du 25 novembre 1998 portant création de la direction des cantines scolaires ;
- Allocation d'une ligne budgétaire au programme de lutte contre les carences en micronutriments basés à l'INSP (1998) ;
- Prise de l'arrêté N°410 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement de la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition ;
- Prise de l'arrêté interministériel N°027/MSHP/MC/MIPSP/MDEF du 18 janvier 2007 rendant obligatoire la fortification en fer et en acide folique de la farine de blé panifiable en Côte d'Ivoire ;
- Prise de l'arrêter interministériel N°028/MSHP/MC/MIPSP/MDEF du 18 janvier 2007 rendant obligatoire la fortification en vitamine A des huiles alimentaires destinées à la consommation humaine et animale en Côte d'Ivoire ;
- Mise en place en 2007 d'un système d'alerte précoce au niveau du ministère de l'agriculture ;
- Participation au sommet mondiale de l'alimentation et la faim à Rome en 2008.

B. Au niveau du système sanitaire ivoirien

La création de la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC-PNN) constitue une réponse du système sanitaire aux problèmes nutritionnels. L'objectif général était de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux problèmes nutritionnels de la population ivoirienne et en particulier des groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de reproduction.

La lutte contre la malnutrition a toujours fait partie des missions des services de santé (primaire, secondaire et tertiaire) à travers les activités suivantes :

- Les interventions de nutrition à base communautaire
- L'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)
- Le suivi et promotion de la croissance des enfants et le suivi du gain pondéral des femmes enceintes
- La supplémentation en vitamine A et en fer.
- La fortification des aliments en micronutriments
- La prise en charge des cas de malnutrition
- Les activités de nutrition scolaire
- Nutrition et VIH/Sida

C. ANALYSE DE LA REPONSE AUX PROBLEMES

Bien que les réponses au niveau national aient contribué à résoudre un certain nombre de problèmes, certaines insuffisances viennent ralentir les efforts consentis notamment : le manque d'efficacité, de synergie et la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis une réduction tangible de la malnutrition au niveau national.

Ce chapitre analyse les programmes et actions existants en vue de dégager les bonnes stratégies sur lesquelles peut se construire la Politique Nationale de Nutrition et accélérer la réduction de la malnutrition durant les prochaines années.

- *Coordination des activités de nutrition*

Plusieurs acteurs de différents secteurs interviennent dans le domaine de la nutrition en Côte d'Ivoire. Ces interventions sont dispersées, disparates et peu efficaces par manque de mécanisme de coordination avec des résultats mitigés. D'où la nécessité de mettre en place des organes de coordination en vue d'obtenir les résultats escomptés.

Les mécanismes de coordination, notamment le cadre de concertation régulière avec les partenaires de nutrition, sont peu développés.

Par ailleurs, le suivi des activités de nutrition n'est pas basé sur des indicateurs appropriés dans le système national d'information sanitaire.

- *Expertise requise pour résoudre les problèmes de nutrition*

Les interventions de nutrition exigent des compétences diverses. Cependant, le dispositif de gestion et de mise en œuvre des activités de nutrition souffre d'une insuffisance de ces personnes ressources tant au niveau central qu'opérationnel. Au niveau du système de santé, cela se traduit par l'insuffisance de personnel compétent en matière de prise en charge nutritionnelle. Ce phénomène s'observe aussi bien dans le domaine de la formation que de la recherche. Cette situation est liée à l'absence de structure de formation qualifiante en nutrition en Côte d'Ivoire.

- *Cadre institutionnel et réglementaire*

Les missions du programme national de nutrition se chevauchent avec celles de certains programmes de santé.

On note une insuffisance dans la réglementation et l'application des textes existants.

- ***Prise en charge de la malnutrition***

La composante nutrition du Paquet Minimum d'Activités (PMA), n'est pas correctement mise en œuvre du fait d'une insuffisance de compétence ou une négligence des tâches de nutrition qui ne sont pas considérées comme des actes médicalisés (prendre le poids, la taille, supplémenter, etc.).

La prise en charge de la malnutrition reste assez spécialisée et limitée à quelques structures sanitaires.

Par contre avec la crise sociopolitique les organisations humanitaires internationales ont mis en place des Centres de Nutrition Thérapeutique (CNT) dans les zones Centre Nord Ouest (CNO). Leur départ pose le problème de la gestion continue de la prise en charge des malnutris et de la gratuité des soins.

- ***Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB)***

L'IHAB est restée à la phase pilote. Les mauvaises pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément à partir de 6 mois jusqu'à 24 mois sont parmi les facteurs qui affectent la mortalité infantile. Les enfants de 0 à 6 mois qui ne sont pas allaités ont respectivement 7 et 5 fois plus de risque de mourir de diarrhée et de pneumonie. La pratique de l'allaitement maternel et l'alimentation de complément constituent respectivement la première et la 3ème intervention préventive les plus efficaces.

- ***Le suivi et promotion de la croissance des enfants et le suivi du gain pondéral des femmes enceintes***

Ils sont faits par des pesées irrégulières au niveau des Centres de Santé. Pour les enfants, le suivi de la croissance continue généralement après 9 mois (fin du calendrier vaccinal) car les mères suspendent souvent la fréquentation régulière des services de santé après cette période. Le suivi du gain pondéral des femmes enceintes n'est pas fait systématiquement dans les services de santé.

- ***La supplémentation en vitamine A***

Elle n'est pas faite systématiquement dans les centres de santé. Deux cibles sont actuellement difficiles à atteindre par le système sanitaire : les femmes en post-partum immédiat ne sont pas correctement supplémentées à cause de la sortie précoce de la maternité et les enfants de plus de 12 mois qui sortent de la cible du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine ne bénéficiant d'aucune opportunité systématique de soins préventifs. Aucune stratégie nationale n'a encore été adoptée. La supplémentation en vitamine A des enfants (6-59 mois) est faite parfois lors de campagne de masse.

- ***La supplémentation en fer***

Chez les femmes enceintes, elle ne les couvre pas toutes à cause de la faible fréquentation des services de Consultation Pré Natales (CPN), des ruptures fréquentes et du coût des médicaments.

- ***Le déparasitage systématique chez les enfants***

Il reste limité à cause du recouvrement des coûts, du manque de stratégie efficace pour les atteindre.

- ***La fortification,***

Cette stratégie est récente. Pour l'instant seule l'huile, la farine et le sel sont enrichis respectivement en vitamine A, en fer/acide folique et iode. Elle doit être étendue à d'autres véhicules et à d'autres micronutriments.

- ***La communication et habilitation des communautés***

Les interventions de nutrition à base communautaires ont été développées dans certaines localités avec des résultats appréciables. Ces interventions n'ont pas pu continuer et être

portées à échelle par manque de leur appropriation par les communautés et l'insuffisance de financement.

- ***La prévention des maladies de surcharge***

Elle est quasi inexistante. L'analyse de la situation a montré qu'une proportion non négligeable de la population présente un excès de poids, qui est un grand facteur de risque d'obésité et des maladies de surcharge, en particulier en milieu urbain. Cependant, la promotion de régimes et pratiques alimentaires adéquats et des modes de vie sains contre les excès alimentaires, n'est pas encore assurée par les services préventifs de santé ou de nutrition. Par ailleurs, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies rénales et autres maladies de surcharge sont fréquemment rencontrés en milieu hospitalier. En outre, il n'existe pas encore de protocole de prise en charge nutritionnelle pour ces cas.

- ***Nutrition et VIH/Sida***

L'intégration de la prise en charge nutritionnelle dans la lutte contre le VIH/Sida est faible. L'absence de directives opérationnelles limite l'intégration des soins et soutien nutritionnel des PVVIH.

- ***Les activités de nutrition scolaire et universitaire***

Elles ont une très faible couverture sur le territoire national. Actuellement, quelques activités de jardins potagers, de cantines et nutrition scolaires sont initiées par certains partenaires.

- ***La communication pour le changement de comportement durable***

Elle reste faible.

- ***Le système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle***

Il n'existe pas de dispositif intégré de la surveillance alimentaire et nutritionnelle et incluant les maladies chroniques liées à l'alimentation.

- ***La sécurité sanitaire des aliments***

Il existe une absence de coordination, une insuffisance du système de contrôle, d'inspection et de répression.

Il y a des lacunes au niveau de la réglementation sur les normes, la qualité et l'innocuité des aliments cuits mis en vente, surtout les aliments vendus sur les voies publiques.

- ***La recherche opérationnelle et suivi/évaluation***

Les projets de recherche opérationnelle en matière de nutrition sont très peu développés et très peu soutenus financièrement. De même les équipements appropriés pour la recherche ne sont pas disponibles dans leur intégralité. Ce qui limite les actions de recherche en faveur de la nutrition.

Les concepts de suivi et les outils nécessaires sont très peu maîtrisés dans le contexte de l'intégration des activités dans le système de santé. Ceci a pour résultat les insuffisances dans la collecte et l'analyse des données des activités de nutrition.

En plus le service de suivi et évaluation est très récent au sein du programme et ne dispose pas de cadre formel en suivi et évaluation. Un renforcement des capacités est nécessaire pour assurer la performance de ce service et garantir la collecte et l'analyse des données nutritionnelles.

IV. FONDEMENTS, VALEURS ET PRINCIPES

A. *Les fondements de la politique*

La politique nationale de nutrition se fonde sur la ratification et l'adoption de diverses stratégies, déclarations et résolutions prises au niveau international notamment :

- l'adoption d'une déclaration et un plan appelant à l'élimination virtuelle et à la réduction des conséquences de la carence en iode, en vitamine A chez l'enfant et en fer chez la femme en âge de reproduction au sommet mondial de l'enfance en 1990 à New York (ONU) ;
- la ratification des résolutions du sommet mondial sur l'enfance de 1990 par les chefs d'Etats africains lors du sommet de l'OUA à Dakar en 1992 ;
- l'adoption d'une stratégie d'iodation du sel dans la lutte contre les carences en iode et pour l'établissement d'une législation sur la consommation humaine et animale du sel iodé respectivement aux sommets d'Addis-Abeba (OUA, 1994) et d'Abuja (CEDEAO, 1994) ;
- les objectifs du millénaire pour le développement (OMD 1) ;
- la stratégie globale d'alimentation du jeune enfant OMS/UNICEF 2002 à New York ;
- le sommet mondial de la FAO sur l'alimentation et la faim à Rome en 2008.

Au plan national la politique se fonde sur :

- le discours de programme gouvernemental (1995), du Président de la République ayant souligné l'importance de la prise en compte des problèmes nutritionnels et de sécurité alimentaire du pays ;
- la prise en compte de la lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments comme l'un des axes prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1996-2005) ;
- le Plan National d'Actions pour la Nutrition adopté lors d'un séminaire organisé par le CNAD en juillet 1997 ;
- la déclaration de politique nationale pour la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel en Côte d'Ivoire en Octobre 1997 par le Gouvernement ;
- le risque de survenue en 2007 d'une crise alimentaire d'envergure dans les zones CNO ;
- la création en 2008 du comité de pilotage pour la préparation du Programme National de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PNSAN) dirigé par la primature.

B. *LES VALEURS*

- *Droit à l'alimentation et à la nutrition*

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

- *Equité*

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

- ***Ethique***

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

- ***Bonne gouvernance***

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

C. LES PRINCIPES

Pour garantir une bonne nutrition sur toute l'étendue du pays, la politique nationale de nutrition s'appuie sur les principes directeurs ci-après :

- ***La décentralisation***

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

- ***La permanence des services et la continuité des soins***

Les populations doivent avoir accès aux services nutritionnels en tout temps et en tout lieu.

- ***La qualité des services et des soins offerts***

L'ensemble des services nutritionnels et sanitaires doit tenir compte des normes de qualité requises et prendre en compte la globalité, l'intégration et la continuité des soins.

- ***La coordination des interventions nutritionnelles***

La Côte d'Ivoire a adopté la stratégie des soins de santé primaires. Les actions essentielles en nutrition doivent intégrer le PMA au niveau de tous les services de santé, D'autres programmes et stratégies de santé et de développement (PEV, PNSI, PNPEC, PNSSU, PNSR, PNPMT, SASDE...) doivent aussi intégrer ou renforcer la composante nutritionnelle dans leurs interventions et cela selon les directives de la DC-PNN.

La nutrition doit intégrer les plans de développement d'autres secteurs (agriculture, éducation, commerce, économie et finances, communication, etc.).

La collaboration de différents secteurs basée sur la complémentarité des diverses interventions, est essentielle pour répondre efficacement aux besoins alimentaires et nutritionnels de la population. L'ancrage de la direction de coordination devrait se situer à un niveau supérieur : en faire soit une direction générale soit une direction autonome.

- ***La contractualisation et le partenariat***

La contractualisation (avec les ONG et le secteur privé) et le partenariat (mobilisation des ressources) permettent d'assurer des interventions efficaces et rationnelles. Ils seront développés en vue d'accroître la performance du Programme National de Nutrition et favoriser l'atteinte des objectifs.

V. VISION

Toute la population, en particulier les plus vulnérables et défavorisés sont en sécurité alimentaire. Ils ont accès à des services nutritionnels de qualité satisfaisante et présentent un état nutritionnel et sanitaire leur permettant de contribuer efficacement au développement du pays.

VI. BUT

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en lui assurant un bon état nutritionnel à travers une meilleure adéquation entre l'offre de soins et la couverture des besoins nutritionnels.

OBJECTIF GENERAL

Améliorer l'état nutritionnel de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables notamment les enfants, les femmes en âge de reproduction, les PVVIH, les OEV et ceux issus des situations de crise, d'urgence et des catastrophes naturelles.

VII. AXES STRATEGIQUES POUR L'AMELIORATION DE LA NUTRITION

La stratégie globale vise à :

1. Promouvoir l'habilitation des populations cibles à améliorer leur situation nutritionnelle et de santé ;
2. Renforcer les systèmes de coordination à tous les niveaux ;
3. Promouvoir l'engagement des autorités nationales, régionales, locales et traditionnelles ;
4. Accorder la priorité aux stratégies préventives dans la lutte contre la malnutrition, notamment du nourrisson et du jeune enfant ;
5. Renforcer l'accès aux services de base (santé, social, agriculture...) ;
6. Faciliter la convergence des programmes socio-économiques (surtout DSRP, PNDS et PNSAN)
7. accélérer la mise en œuvre en assurant le financement des programmes sectoriels qui vont découler de la politique nationale

Cette stratégie globale se décompose en plusieurs axes stratégiques opérationnels basés sur l'approche «Actions Essentielles en Nutrition»

A. N°1 : Prise en charge de la malnutrition (Déficit & Excès)

1. Au niveau des structures de santé

- Promotion de l'extension des Unités Nutritionnelles (UNT, UNTA, UNS) pour la prise en charge des cas de malnutrition sévère, modérée, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire ;
- Suivi des enfants sortis des UNTA/CNS au niveau des sites communautaires;
- Mise en place d'un système de référence et de contre référence ;
- Organisation des stratégies avancées pour le dépistage et le traitement ;
- Introduction de la supplémentation en zinc dans le schéma de prise en charge de la diarrhée chez les enfants;
- Promotion du suivi et de la croissance des enfants de 0-5 ans dans les centres de santé et centres sociaux;
- Renforcement de l'intégration des interventions nutritionnelles aux autres programmes de santé maternelle et infantile (déparasitage, Prévention de la Transmission Parents Enfant (PTPE), supplémentation en fer et acide folique, traitement présomptif intensif

du paludisme des femmes enceintes, vitamine A, PEV, PF, ...) en adoptant l'approche « Actions Essentielles en Nutrition » ;

- Promotion l'utilisation des aliments fortifiés localement pour la récupération des enfants modérément malnutris ;
- Mise en œuvre du protocole national de prise en charge de la malnutrition
- Promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) : Promotion et protection de l'allaitement exclusif des nourrissons de la naissance jusqu'à six mois, y compris les nourrissons nés de mères séropositives qui ne peuvent pas remplir les conditions à moindre risque d'alimentation de remplacement ; Promotion de l'allaitement continu jusqu'à vingt-quatre mois ou plus, avec une alimentation de complément appropriée à l'âge de l'enfant à partir de six mois ;
- Promotion de l'allaitement Maternel par la redynamisation des « Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) » en vu de décerner un label ;
- Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- Promotion de l'exercice physique ;
- Promotion de régimes et pratiques alimentaires adéquats et des modes de vie sains contre les excès alimentaires.

2. Au niveau communautaire

- Adoption de l'approche de la participation communautaire à toutes les étapes de planification ;
- Prise en charge et suivre au niveau des sites communautaires les enfants sortis des UNTA/CNS ;
- Mise en œuvre, suivi et évaluation des activités ;
- Institutionnalisation de la semaine d'intensification des activités de nutrition au niveau communautaire couplée à des campagnes de dépistage de la malnutrition en stratégie avancée dans les zones à forte prévalence ;
- Mise en œuvre de l'approche FARN (Foyer d'Animation et de Réhabilitation nutritionnelle qui utilise la « Déviance Positive » pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prestations au niveau communautaire ;
- Intensification de la prévention de la malnutrition saisonnière (soudure) due à l'insécurité alimentaire et aux maladies infectieuses (maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, rougeole et paludisme).
- Soutien des suppléments alimentaires aux groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes et allaitantes) ;
- Renforcement du lien entre les sites de nutrition communautaire et les centres de santé, ainsi que l'utilisation des soins de santé primaires par la communauté (PEV, PCIME, CPN, etc.).
- Promotion de l'utilisation des aliments fortifiés localement pour la récupération des enfants modérément malnutris ;
- Promotion du suivi et promotion de la croissance des enfants de 0-5 ans ;
- Promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ;
- Promotion de l'allaitement Maternel par la redynamisation des groupes de soutien
- Mise en place des Communautés Amis de la nutrition des bébé en vu de décerner un label ;
- Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- Promotion de l'exercice physique ;
- Promotion de régimes et pratiques alimentaires adéquats et des modes de vie sains contre les excès alimentaires.

B. N2 : lutte contre les carences en micronutriments (vit A, fer, fluor, zinc ...)

- Promotion de l'allaitement Maternel ;
- Institutionnalisation de la supplémentation en vitamine A chez les enfants à partir du 6ème mois jusqu'à 59 mois tous les 6 mois en routine ou en campagne et des femmes dans le post partum immédiat ;
- Supplémentation en fer/ acide folique chez la femme enceinte et allaitante;
- Supplémentation en zinc dans le traitement de la diarrhée ;
- Supplémentation en Fluor dès 6 mois;
- Fluoruration de l'eau de consommation publique en vue de la prévention des caries dentaires ;
- Promotion de la consommation des aliments locaux riches ou enrichis en micronutriments
- Promotion de la fortification alimentaire en micronutriments (fer/acide folique, vitamines du groupe B, vitamine A...) :
- Mise en place d'une politique pour faciliter l'accès de la population aux denrées alimentaires fortifiées en micronutriments ;
- Promotion de la consommation du sel iodé comme stratégie pour éliminer les TDCI
- Renforcement des activités des structures de contrôle du sel iodé et autres aliments fortifiés notamment les sites sentinelles ;
- Déparasitage : développement des approches intégrées de lutte contre l'anémie (supplémentation en FAF, déparasitage et distribution de moustiquaire) chez les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire (1-5ans) et scolaire dans les formations sanitaires, dans les écoles et au niveau communautaire ;
- Dépistage et prise en charge des cas.

C. N3 : Amélioration de la sécurité alimentaire des ménages

- Promotion de la production vivrière, surtout dans les zones d'insécurité alimentaire ;
- Promotion de petites productions au niveau familial, des sites de nutrition communautaire et des centres de réhabilitation nutritionnel (jardins potagers, petit élevage, pisciculture, fruitier...) ;
- Promotion de la diversification de la petite production familiale (jardin potager/fruitier, pisciculture, petit élevage ;
- Diversification et amélioration de l'utilisation des aliments au niveau des ménages.
- Promotion des cultures de contre saison ;
- Promotion des bonnes techniques de transformation, de conservation et de stockage des aliments après récolte;
- Promotion des aliments locaux ;
- Promotion des activités génératrices de revenus pour l'amélioration du pouvoir d'achat de la population;
- Convergence des programmes agricoles/élevages en vue d'améliorer la sécurité alimentaire des ménages surtout pendant la période de soudure ;
- Développement de stratégies pour la promotion d'une bonne distribution inter régionale et intrafamiliale des aliments ;
- Mise en œuvre de politiques pertinentes pour la promotion de la production telles que la réforme agraire et celles qui favorisent la responsabilité de la femme, spécialement dans l'accès et le contrôle des ressources familiales.

D. N°4 : Promotion de la sécurité sanitaire des aliments

- Renforcement du cadre réglementaire en matière de sécurité sanitaire des aliments ;
- Renforcement du contrôle qualité ;
- Etablissement des normes nationales sur les produits alimentaires en se basant sur le Codex Alimentarius de la FAO et OMS ;
- Renforcement de l'application de la législation sur le sel iodé ;
- Mise en place du code réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel ;
- Mise en place du code réglementant la commercialisation des produits alimentaires et des boissons non alcoolisées auprès des enfants ;
- Réglementation et encadrement du commerce informel des aliments vendus sur les voies publiques pour améliorer leur qualité hygiénique et nutritionnelle ;
- Mise en place et faire appliquer une législation sur la qualité et l'innocuité des produits alimentaires produits localement ou importés – pour la protection des consommateurs ;
- Promotion des normes et standards des aliments ainsi que des mesures d'hygiène de l'eau et des aliments;
- Renforcement du code du travail en vue de protéger la santé et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que la nutrition et la santé des mères et des travailleurs en général (congés de maternité payés, prolongation de congés de maternité, création d'espace d'allaitement maternel dans les lieux de travail et lieux publics (des crèches « amis des bébés »...)) ;
- Sensibilisation à l'utilisation adéquate des produits phytosanitaires, OGM, aliments pour bétail... ;
- Renforcement du réseau des laboratoires de contrôle alimentaire – hygiène alimentaire, fortification alimentaire.
- Elaboration et promulgation des réglementations/normes nationales sur la fortification des aliments locaux ou importés.

E. N°5 -Amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des PIAVIH et autres malades chroniques

- Evaluation de l'ampleur des maladies chroniques non transmissibles liée à l'alimentation (diabète, goutte, maladies cardiovasculaires (MCV), Surpoids/obésité et cancer) ;
- Prévention et gestion des carences nutritionnelles et des maladies de surcharge
- Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- Promotion de l'activité physique ;
- Promotion des styles de vie sains ;
- Intégration de la nutrition dans la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA – concernant l'allaitement maternel et substituts au lait maternel, l'alimentation de complément du jeune enfant, l'alimentation des personnes vivant avec le virus de sida tant au niveau sanitaire qu'au niveau des sites de nutrition communautaire ;
- Promotion du suivi du statut nutritionnel ;
- Prise en charge des cas de malnutrition ;
- Elaboration, adoption ainsi que la diffusion d'une stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/Sida ;
- Intégration de l'alimentation du jeune enfant dans les guides et protocoles nationaux pour le conseil et le dépistage volontaire, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que la prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA.

F. N°6 : Intégration de la nutrition en milieu scolaire et universitaire

- Supplémentation en micronutriments ;
- Promotion d'une collation fortifiée ;
- Déparasitage;
- Promotion des jardins potagers ;
- Promotion des services de restauration dont les cantines scolaires ;
- Promotion de l'éducation nutritionnelle (promotion de la nutrition et de l'hygiène) ;
- Promotion des « écoles amies de la nutrition ».

G. N°7 : Intégration de la nutrition en milieu carcéral

- Supplémentation en micronutriments ;
- Déparasitage ;
- Promotion du suivi du statut nutritionnel ;
- Promotion des jardins potagers ;
- Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles (promotion de la nutrition et de l'hygiène alimentaire) ;
- Prise en charge des cas de malnutrition.

H. N°8 : Développement du soutien nutritionnel des personnes du troisième âge

- Mise en place d'un système d'identification des personnes âgées (65ans et plus) ;
- Définition d'une politique de suivi et de prise en charge nutritionnelle;
- Promotion de la consommation des fruits, des légumes et autres aliments riches en micronutriments ;
- Promotion de l'exercice physique.

I. N°9 : Communication pour le changement de comportement durable

- ***Intensification du plaidoyer à tous les niveaux pour :***
 - Promotion du droit à une alimentation et à une nutrition adéquate (quantité et qualité) ;
 - Promotion de la notion de nutrition et de sécurité alimentaire des ménages auprès des décideurs ;
 - Intégration de la lutte contre la malnutrition dans tous les programmes de développement ;
 - Intégration des indicateurs de nutrition parmi les indicateurs de développement et de pauvreté.
- ***Sensibilisation***
 - Promotion du changement de comportement durable de la population en matière de nutrition et santé (IEC, éducation nutritionnelle, ...) à tous les niveaux ;
 - Promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) ;
 - Développement d'un système de communication qui prend en compte la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et la lutte contre les tabous et autres interdits alimentaires.

➤ **Mobilisation sociale**

- Adoption d'une approche améliorée et uniforme en matière de communication ;
- Adoption d'une approche multimédia avec l'implication des médias à tous les niveaux ;
- Mise en place d'un partenariat avec les services de communication des ministères sectoriels et des médias ;
- Élaboration de la stratégie de communication à tous les niveaux : national, régional, préfectoral et communautaire, et tous les secteurs publics, privé, ONG et société civile...
- Valorisation du statut des femmes et promouvoir l'approche genre pour favoriser les comportements favorables à la sécurité alimentaire et à une meilleure nutrition ;
- Mobilisation de la communauté pour les activités de santé /nutrition (supplémentation en micronutriments, suivi promotion de la croissance, dépistage communautaire de la malnutrition....).

J. N°10 : Promotion de la recherche en matière de nutrition

- Recherche opérationnelle
- Recherche fondamentale
- Recherche appliquée

K. N°11 : Développement des compétences en matière de nutrition

- Développement des connaissances des prestataires de services en matière de nutrition
- Amélioration des conditions des prestataires à la pratique des activités de la malnutrition (locaux, matériels, intrants, médicaments, personnel qualifié) ;
- Intégration des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) notamment la prise en charge de la malnutrition, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant... dans le curriculum des écoles de formation médicale et paramédicale ;
- Renforcement des capacités des établissements sanitaires dans la prise en charge nutritionnelle selon les protocoles mis en place.

L. N°12 : Préparation à l'urgence et réponses nutritionnelles aux situations d'urgences

- Planification et réalisation des enquêtes nutritionnelles rapides pour le dépistage des zones et groupes vulnérables et la planification des secours nutritionnels en complémentarité avec les secours dans les autres domaines (santé, eau et assainissement, etc.) ;
- Collaboration avec le Système d'Alerte Précoce (SAP) dans le cadre de la Gestion des Risques et des Catastrophes pour les actions de préparation et réponse aux urgences relatives aux risques nutritionnelles ;
- Promotion de l'allaitement maternel ;
- Soutien alimentaire (surtout dans les zones affectés par des pénuries alimentaires) et supplémentation en micronutriments en priorisant les enfants, les femmes enceintes et allaitantes ;
- Renforcement des capacités des structures de prise en charge des cas de malnutrition ;

- Intensification et extension des activités de nutrition communautaire dans les zones exposées aux catastrophes naturelles avant une catastrophe pour assurer une bonne préparation à l'urgence et aussi après la catastrophe pour assurer une réhabilitation plus rapide des communautés affectées ;
- Intégration d'une dimension nutritionnelle dans les activités de réhabilitation, (ex. vivre contre travail (VCT), activités agricoles, etc)

VIII. CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE NUTRITION

A. Structures de coordination

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

1. Niveau National

La DC-PNN, placée sous la tutelle du Ministère en charge de la Santé, sera appuyée dans son fonctionnement un par le Comité National de Nutrition (CNN) et le Groupe Scientifique d'Appui (GSA). Au sein de son ministère de tutelle, l'ancrage de la DC-PNN doit être élevé. Pour permettre l'harmonisation, l'échange de point de vue, la synergie des efforts pour la promotion de la nutrition ainsi que la gestion intégrée des programmes de développement de la nutrition, le CNN devra être composée des représentants de :

- Ministère d'Etat Ministère du Plan et du Développement
- Ministère de l'Intérieur
- Ministère de l'Agriculture
- Ministère de la Production Animale et des Ressources Halieutiques
- Ministère de la Famille de la Femme et des Affaires Sociales
- Ministère de l'Education Nationale
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Ministère de l'Industrie et de la Promotion du Secteur Privé
- Ministère de l'Economie et des Finances
- Ministère de la Jeunesse, des Sports
- Ministère du Commerce
- Ministère du Transport
- Ministère des Infrastructures Economiques
- Ministère de l'Environnement
- Ministère de la Communication,
- Association des consommateurs
- Secteur Privé
- Tout autre partenaire ou structure identifié par le Comité.

Le CNN est une plate-forme d'échanges et de décisions qui apportera à la DC-PNN l'appui nécessaire pour la coordination et le suivi de toutes les interventions relatives à la nutrition en vue d'assurer une meilleure synergie entre elles, et optimiser leur impact sur l'état nutritionnel de la population en général et des enfants et des femmes en particulier.

Le GSA appuie la mise en œuvre du Programme National de Nutrition, la finalisation des outils de gestion élaborés par la Direction de Coordination du Programme.

La DC-PNN a pour mission d'améliorer l'état nutritionnel de la population ivoirienne (cf. arrêté portant organisation, attribution et fonctionnement du programme national de nutrition).

Les outils suivants seront élaborés par la DC-PNN et utilisés pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition :

- Un Plan National Stratégique et un plan d'action résultant de la consolidation des programmes/projets sectoriels de nutrition.
- Des procédures, directives et protocoles en matière de nutrition.

2. Au niveau décentralisé

➤ Au niveau régional

Un Comité Régional de Nutrition (CRN) sera mis en place avec les DR des ministères représentés dans le CNN.

La Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique assure le secrétariat du CRN et veille à l'application de la Politique Nationale de Nutrition.

➤ Au niveau départemental

Le District Sanitaire est chargé d'assurer la mise en œuvre opérationnelle de la Politique Nationale de Nutrition.

B. Structures d'offre de service

1. Au niveau des structures de santé et sociales

L'offre de service se fera aux différents niveaux de la pyramide sanitaire selon leur Paquet Minimum d'Activités respectifs.

2. Au niveau communautaire

La surveillance nutritionnelle dans la communauté nécessite l'implication des relais communautaires (ASC, des leaders locaux et des enseignants...). Des agents ou des organisations de proximité vont servir d'interface entre les communautés et les services techniques (santé, sociale, agriculture) ou des programmes en vue d'améliorer l'accès aux prestations de service ou bénéfiques (dons alimentaires, intrants agricoles, petits crédits, ...).

IX. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

Pour assurer une mise en œuvre efficace des activités planifiées le suivi et l'évaluation est essentielle dans tous les programmes de développement. En plus, des évaluations périodiques sont nécessaires pour s'assurer du niveau global d'atteinte des objectifs.

Pour mieux suivre la mise en œuvre des programmes de nutrition, des données nutritionnelles seront collectées de manière routinière au niveau des formations sanitaires, sociales et des communautés.

En outre, toutes les opportunités d'enquêtes nationales de suivi, d'évaluation et de recensement (MICS, EDS, EIS, etc.) seront identifiées et exploitées.

Des enquêtes nutritionnelles et des surveillances épidémiologiques seront périodiquement conduites, suivant des indicateurs adéquats, pour apprécier l'état d'avancement et l'impact des interventions nutritionnelles ainsi que le niveau d'atteinte des objectifs.

Des recherches opérationnelles seront également menées pour résoudre des problèmes spécifiques identifiés dans la mise en œuvre des activités de nutrition.

En vue de prévenir les urgences nutritionnelles, la DC-PNN renforcera la collaboration avec tous les systèmes existants de collecte et d'analyse des données bioclimatiques, environnementales, démographiques, agricoles, etc., en vue de détecter précocement les catastrophes pouvant affecter l'état nutritionnel des populations et de prendre à temps les mesures d'intervention rapide appropriées.

La DC-PNN déposera à sa tutelle un rapport annuel analytique sur la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire, ainsi que sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Politique Nationale.

X. FINANCEMENT

Tous les programmes de nutrition nécessitent diverses ressources humaines et matérielles. Les fonds devront provenir de diverses sources : secteur public, secteur privé, ONGs, partenaires au développement, organisations humanitaires etc.

Les districts devront allouer un certain pourcentage de leur budget annuel total aux programmes de nutrition, incluant les activités génératrices de revenu pour les communautés, motivation des animateurs communautaires impliqués dans la mise en œuvre des programmes.

Quant à la communauté, elle contribuera dans les programmes de nutrition en termes de ressources humaines, matériels ou intrants en nature, provision des aliments pour les enfants, contribution pour la motivation des animateurs communautaires impliqués dans la mise en œuvre des activités.

Le secteur privé contribuera à donner des services de nutrition de qualité.

Les partenaires au développement fourniront leur appui technique et financier pour le renforcement des capacités des professionnels, la mise en œuvre des programmes, la recherche, la dissémination des expériences réussies etc.

BIBLIOGRAPHIE

- ✚ AMANI SR, N'DINDIA C, GUINAN JC. Et col. Etude épidémiologique de l'état nutritionnel protéino-énergétique des personnes âgées édentées appareillées de Côte d'Ivoire. Med Afr noire, vol 52, n°3, pp 155-160, 2005.
- ✚ Actions Essentielles en Nutrition : Guide pour les responsables des activités de santé. OMS/UNICEF/ BASICS ; 1999.
- ✚ Actions humanitaires UNICEF/ Rapport 2007
- ✚ Banque Mondiale. Fiche pays. 2007
- ✚ Enquêtes sur les Conditions de Vies des Ménages. INS ; 2003.
- ✚ Enquête Nutrition et Mortalité en Côte d'Ivoire 2004
- ✚ Evaluation des carences en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire. "Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés » PIPAF. Rapport final Mai 2008
- ✚ KOUAME KL. Analyse de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH dans la région des Lagunes en Côte d'Ivoire, Mémoire du Diplôme Supérieur de Gestion des Programmes de Santé communautaire orientés vers la lutte Contre les IST-VIH/sida, Université Cheick Anta Diop, 2007.
- ✚ MICS 2006 UNICEF
- ✚ Ministère d'Etat Ministère de la santé et de la Population/ UNICEF. Côte d'Ivoire. Enquête Nutrition et Mortalité en Côte d'Ivoire ; 2004.
- ✚ Ministère de la Santé Publique. Côte d'Ivoire. Déclaration de politique de nutrition ; 1999.
- ✚ Ministère de la santé. République de la Guinée. Document de Politique Nationale d'Alimentation-Nutrition ; décembre 2005.
- ✚ Ministère de la santé. République du Niger. Document de Politique Nationale de Nutrition ; octobre 2005.
- ✚ Ministère de la santé. République du Rwanda. Document de Politique Nationale de Nutrition ; octobre 2005.
- ✚ Ministère de la santé. République du Sénégal. Document de Politique Nationale de Nutrition ; octobre 2005.
- ✚ SAMBA, CISSE F, MARTINEAUD J.P. Nutrition et performances sportives en climat chaud. Le pharmacien d'Afrique n° 206, pp 23-27 Déc 2007
- ✚ STAUBLI A F, (2000) Development of a food fortification strategy to combat iron deficiency in the Ivory Coast. Thesis No. 13730, ETH Zürich, Switzerland

 www.ins.ci

 www.rezoivoire.net/cotedivoire/agriculture.php+agriculture

ANNEXES

ANNEXES 1 : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPER A L'ELABORATION DU DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	EMAIL
DR. FATIMATA Sabo	ACF	esalvih@ci.mission-acf.org
RICARD Sylvain	ACF	cdm@ci.missions-acf.org
ADOM AKOUA Agnès	CDC/PEPFAR Assistante en nutrition	adom@ci.cdc.gov
Dr BONI Gnamien Marie-Claire	Chef de service coordination programme DSC	gbm_claire@yahoo.fr
Dr DOUHE Georges	Conseiller technique PATH	gdouhe@yahoo.fr
Dr SANOGO Mamadou	DC-PNLMM	sanmamadou@yahoo.fr
DR. DERBE Augustin	DC-PNLMM	augustin_derbe@yahoo.fr
Dr GOORE BI Gooré	DC-PNLT	bigaurhet@yahoo.fr
Dr ASSEMIEN Jeanne-d'Arc	DC-PNN	Jassemien06@yahoo.fr
Dr M'BAHIA-YAO	DC-PNN	ykaham@yahoo.com
Dr N'GORAN	DC-PNN	patricianty@yahoo.fr
N'GOUAN Alida	DC-PNN	algefr@yahoo.fr
Dr BAMBA Iba	DC-PNN	debambix@yahoo.fr
Dr GBANE Mory	DC-PNN	morydoc@yahoo.fr
Dr MIAN	DC-PNN	mianstanislas@yahoo.fr
DR. OUATTARA Sanga	DC-PNN	ouatsanga@voila.fr
KOUAME KOUADIO Lambert	DC-PNN	Kouadio_lambert@yahoo.fr
M'BAN Lavry	DC-PNN	
DR. ESSOUIN A. Yvette	DC-PNPEC	essyvet@yahoo.fr
DR. DOUA Kouamelan	DC-PNPMNT	spubli@yahoo.fr

ADOI KOFFI	DC-PNSI	adouako@yahoo.fr
AHIBA AKE Léon	DC-PNSR /PF	Ahiba_leon@yahoo.fr
DR. DIANGO N. Claudine	DC-PNSSU	ndiango-claudine@yahoo.fr
DR. BROU K. Pierre	DC-PNSSU	brou-kpierre@yahoo.fr
DR. KONAN AHOUE	DDS BOUAKE EST	Kajos2404@yahoo.fr
DR. Serge EKONG	DGS	ekhong007@yahoo.fr
Dr IRIE BI Gala Maxime	DGS/ MSHP	galamaxime@yahoo.fr
Dr NDOLLI Kouakou	DGS/DGA MSHP	ndolkouakou@yahoo.fr
Dr ALLOU Kippré Vincent	DNAA/MIPARH	kippry@yahoo.fr
FOKOUO Kouadio	DNCS	fokouo_g@yahoo.fr
N'DRI APIA Edmond	DPAD/MINAGRI	ndriapie@yahoo.fr
DR. ETEKOU AKPA Valentin	DRS BAS SASSANDRA	etekouakpavalentin@yahoo.fr
ANGAMAN N'GUETTA	DRSHP AFNEBY	angamanguetta@yahoo.fr
TRAORE Seydou	DSC	t_saint5@yahoo.fr
DR. HAMIEN David	DSC / MS HP	davehamien2@yahoo.fr
Dr ASSAOLE N'dri David	DSC MSHP	davidassaole@yahoo.fr
BROU OGOU Landry	FAO	fao.landry.brou@yahoo.fr
COULIBALY Mamadou KIGBAFORÉ	FAO	Kigbafory.coulibaly@fao.org
KOUAKOU KAN Sylvain	FAO/UCU	fao.sylvain-kouakou@wfp.org
N'DABIAN Denise	HKI	dndabian@hki.org
DR. DOUMBIA Mamadou	IBFANCI	madoubia2005@yahoo.fr
DR. AKA BROU	INSP	akabrouserge@yahoo.fr
Dr KOUROUMA Aïsséta	LNSP	sakinalamtou@yahoo.fr
SIDE Claude	MEMPD	ensaodongo2005@yahoo.fr
ADOPO Yapo Achille	MFFAS	achilleadopo@yahoo.fr

SORO Mariam	MINAGRI/CODEX ALIM	mariam_soro@yahoo.fr
HIEPLO Gerald	Ministère de la communication	hieplogerald@yahoo.fr
Dr BAHLOU KOPHY Alexandre	MLS	kbahlou@yahoo.fr
DR. N'GBO Marie Louise	MLS	ngbomarie@yahoo.fr
Pr LOUKOU	MSHP/ CAB	gylouk@africaonline.co.ci
Dr BASSALIA	MSHP/SASED	dbassalia2@yahoo.fr
DR. SAKI NEKOURSSI	OMS	sakin@ci.afro.who.int
Ellen KRAMER	PAM	Ellen.kramer@wfp.org
DOUMBIA Emile	PRIMATURE	demfak@yahoo.fr
OUFFOUE KOFFI	SASDE	koffiuffoue175@hotmail.com
ORSOT TETCHI Brigitte	SECRETARIAT	orsotbrigitte@yahoo.fr
KPANGNI Kracou	SID-MINAGRI	kpangny@yahoo.fr
GILLES Maurice	SPIRUCI	gilles.maurice@spiruci.org
DR. CASSY Marius	UNICEF-CI	mcassy@unicef.org
DR. Pierre ADOU	UNICEF-CI	adoupier@hotmail.com