

DECRET N° 2007-326/PRES/PM/MS/MFB/MATD du 24 mai 2007 portant adoption du document de politique nationale de nutrition

**LE PRESIDENT DU FASO,
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES,**

VU la Constitution ;

VU le décret n° 2006-002/PRES du 05 janvier 2006 portant nomination du Premier Ministre ;

VU le décret n° 2006-003/PRES/PM du 06 janvier 2006 portant composition du Gouvernement du Burkina Faso ;

VU le décret n° 2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002 portant organisation du Ministère de la santé ;

VU le décret n°2006-216/PRES/PM du 15 mai 2006 portant attributions des membres du Gouvernement ;

Sur rapport du Ministre de la santé ;

LE Conseil des Ministres entendu en sa séance du 07 février 2007 ;

D E C R E T E

ARTICLE 1 : Est adopté le document de politique nationale de nutrition dont le texte est joint en annexe.

ARTICLE 2 : Le Ministre de la santé, le Ministre des finances et du budget et le Ministre de l'administration territoriale et de la décentralisation sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Ouagadougou, le 24 mai 2007

Blaise COMPAORE

-

Le Premier Ministre

Paramanga Ernest YONLI

-

Le Ministre des finances et du budget Le Ministre de la santé

Jean-Baptiste Marie Pascal COMPAORE Bédouma Alain YODA

Le Ministre de l'administration territoriale
et de la décentralisation

Pengdwendé Clément SAWADOGO

-

POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

-

-

Avant propos

Au Burkina Faso, le caractère préoccupant des problèmes nutritionnels à l'image des pays en développement tient du fait qu'ils revêtent une ampleur et une gravité particulières surtout chez les enfants et chez les femmes en âge de procréer.

Les données épidémiologiques fournies par les différentes Enquêtes Démographiques et de Santé, montrent que la malnutrition sous toutes ses formes et à tous les stades de gravité ne cesse de progresser depuis ces dix dernières années.

En effet, malgré les actions multiples et multiformes mises en œuvre pour résorber ce fléau et les progrès enregistrés dans le domaine de la santé et de l'agriculture, les taux de malnutrition maternelle et infanto-juvénile n'ont pas atteint le niveau escompté pour permettre la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Les principaux déterminants concourant à cette situation sont la persistance des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës, du paludisme, de la rougeole qui sont responsables d'environ 70% de la mortalité infantile dans notre pays.

Ces déterminants seraient eux-mêmes influencés par l'insécurité alimentaire des ménages, les soins de santé inadaptés, le manque d'eau potable, l'insuffisance d'hygiène et d'assainissement, le faible niveau d'instruction et d'éducation des populations et la pauvreté structurelle qui sévit surtout en milieu rural.

La malnutrition étant à plus de 50% le lit de la mortalité infantile, sa prévention requiert de tous les acteurs de terrain une volonté affichée à lutter conjointement.

Les efforts consentis par le gouvernement pour organiser la lutte contre les répercussions négatives de la malnutrition en termes de morbidité et de mortalité, se sont traduits entre autres, par l'élaboration en 1995 et l'adoption en 2001 d'un Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN).

Le Plan National d'Action pour la Nutrition qui servait jusque là de cadre de référence pour les actions à entreprendre dans le domaine de la nutrition, n'a malheureusement pas bénéficié du soutien escompté pour sa mise en oeuvre.

La présente politique Nationale de Nutrition a été initiée afin de mieux organiser, renforcer, fédérer les synergies d'actions et dynamiser les interventions en faveur de la nutrition dans le secteur de la santé au Burkina Faso. Sa mise en œuvre requiert l'appui et le soutien de tous.

La Politique Nationale de Nutrition (PNN) s'inscrit d'une part, dans la dynamique du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et d'autre part, dans la perspective de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) notamment ceux relatifs à l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, et à l'amélioration de la santé maternelle.

Le Ministre de la Santé

Bédouma Alain YODA

Commandeur de l'Ordre National

-

-

I. CONTEXTE

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé qui couvre une superficie d'environ 274 200 Km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au Nord-Est par le Niger, au Sud-Est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. La majeure partie du territoire est constituée par un plateau latéritique bordé à l'Ouest et à l'Est par des formations sédimentaires.

Le Burkina Faso est relié à l'ensemble des pays voisins par un réseau routier et un chemin de fer qui le relie également à la Côte d'Ivoire. De par sa situation, le Burkina a un climat tropical de type soudanien, caractérisé par deux saisons : une saison sèche et une saison pluvieuse. La pluviométrie moyenne annuelle varie de 300 mm au nord à plus de 1200 mm au sud-ouest. La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

Les conditions agro-pédoclimatiques influencent fortement les disponibilités alimentaires et par conséquent l'état nutritionnel des populations

1.2. Données démographiques

La population burkinabé est estimée à 12 880 980 habitants en 2005 (Annuaire statistique 2005) avec un taux de croissance général de 2,4 % par an (EDS 98 / 99). Elle atteindra environ 14 718 647 habitants en l'an 2010. La densité de la population est de 38 habitants au Km² et elle est inégalement répartie avec les plus fortes densités au Centre et les plus faibles au Nord. La population est essentiellement jeune : 54,9 % a moins de 18 ans dont 47,7 % a un âge compris entre 0 et 14 ans. L'urbanisation demeure encore faible avec deux villes principales (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) qui abritent 65% de la population urbaine et possèdent plus de 70 % des infrastructures scolaires, économiques et socio sanitaires de l'ensemble du pays (EDS 2003). L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans (RGPH 96).

1.3. Données socio culturelles

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les mossis représentent 48,5% de la population. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les religions sont dominées par l'islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%) (Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, INSD, 1996).

Selon l'EDS 2003, le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible : 68% et 84% des hommes et des femmes respectivement ne savent ni lire ni écrire avec de fortes disparités entre zones urbaines et zones rurales.

Le taux brut de scolarisation était de 57,20 % en 2005, ce qui signifie qu'un nombre important d'enfants (43%) ne fréquente pas l'école.

1.4. Données économiques

Au plan économique, le Burkina Faso a enregistré au cours des cinq dernières années (2000 – 2005), une croissance économique régulière de l'ordre de 6% par an. Les effets cumulés de ces performances ont contribué à faire reculer l'incidence de la pauvreté qui est passée de 46,4% en 2003 à 42,4% en 2005.

Malgré tout, cette incidence demeure encore élevée et décrit toute l'ampleur du déficit social. En effet, en matière de développement humain, le Burkina Faso avec un indice de 0,342 contre une moyenne en Afrique subsaharienne de 0,472 se trouve dans le peloton de pays qui devront encore consentir des efforts importants pour améliorer les conditions d'accès de leurs populations aux services sociaux essentiels.

L'économie burkinabé repose principalement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent près de 80% de la population active et contribue pour plus de 35% à la formation du produit intérieur brut (PIB). Sur le plan agricole, la production céréalière par exemple est en constante augmentation depuis la campagne 2001 / 2002. La couverture des besoins alimentaires à raison de 190 Kg/pers/an au cours des cinq dernières années, est comprise au moins entre 115% et 140%. Toutefois, au regard de la faiblesse des revenus et de l'accès encore limité à l'eau potable et à l'hygiène, la situation nutritionnelle reste un point de préoccupation.

1.5. Organisation administrative et politique

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 49 communes urbaines, 302 communes rurales et 8000 villages.

La décentralisation consacre le droit aux régions dotées d'une autonomie financière à s'administrer et à promouvoir le développement à la base. La région est dirigée administrativement par un gouverneur de région qui a autorité sur les provinces, les départements, les communes et les villages relevant de sa juridiction. Il y a un conseil régional élu en charge des questions de développement.

La communalisation intégrale du pays est effective depuis 2006.

Sur le plan politique, le Burkina Faso est une démocratie constitutionnelle avec trois pouvoirs : exécutif, législatif et judiciaire.

II. SITUATION SANITAIRE

2.1. Profil épidémiologique

La situation sanitaire du Burkina Faso est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés qui étaient respectivement de 15,8 % et de 15,2 pour mille en 1995. Ces taux s'expliquent essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile (83‰ en 2003), infanto juvénile (184‰ en 2003) et maternelle (484 pour 100.000 naissances vivantes en 1998).

La mortalité infanto juvénile est due essentiellement au paludisme, à la rougeole, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la malnutrition. S'agissant de la mortalité maternelle, les causes directes sont les infections, les hémorragies, les ruptures utérines et les rétentions placentaires.

Cette situation d'ensemble s'explique en partie, par la faible couverture sanitaire caractérisée par une insuffisance en quantité et en qualité des infrastructures, des équipements du personnel et de l'offre de soins. En effet, les ratios personnels de santé par population sont largement en dessous des normes préconisés par l'OMS pour la sous région. Il convient de souligner l'inégale répartition des infrastructures et équipements sanitaires existants, le déploiement déséquilibré du personnel et l'inaccessibilité des médicaments et consommables médicaux dans les formations sanitaires.

2.2. Analyse de la situation nutritionnelle

2.2.1. Nature et ampleur des problèmes nutritionnels au Burkina

La situation nutritionnelle au Burkina Faso est marquée par une sous-alimentation chronique qui se traduit par deux repas en moyenne par jour avec un apport énergétique en deçà de 2500 Kilocalories. Cela se traduit par une endémicité de la malnutrition proteino-énergétique (MPE), des anémies, des troubles dus à la carence en iode, et des avitaminoses. En plus de ces carences il se développe de plus en plus des maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation et au mode de vie (diabète, obésité, hypertension artérielle, goutte...). Les enfants d'âge préscolaire et les femmes en âge de procréer sont les groupes les plus vulnérables.

De plus, la sécurité sanitaire des aliments et leur qualité nutritionnelle ne sont pas suffisamment assurées pour garantir la santé des populations.

L'état nutritionnel de l'enfant et de la mère ne cesse de s'aggraver malgré l'amélioration de la plus part des indicateurs sanitaires depuis les dix dernières années (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

2. 2.1.1. Malnutrition proteino- énergétique

- **La malnutrition chronique**

La malnutrition chronique dont l'une des conséquences est le retard de croissance se traduit chez les enfants par une petite taille par rapport à leur âge.

39% des enfants Burkinabé de moins de 5 ans souffrent de cette forme de malnutrition dont 19% de la forme grave (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

- **La malnutrition aigue**

La malnutrition aigue se manifeste par l'émaciation ou maigreur qui se traduit par un poids nettement en dessous du poids normal d'un enfant de la même taille.

Au Burkina en 2003, 19 % des enfants de moins de cinq ans souffraient de cette forme de malnutrition dont 5 % de forme sévère (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

- **La malnutrition globale**

La malnutrition globale est une coexistence de la malnutrition aiguë et chronique chez le même individu. Elle se manifeste par une insuffisance pondérale qui se traduit par un faible poids par rapport à l'âge.

Au Burkina Faso 38 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de cette malnutrition dont 14% de la forme grave (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

- **Le déficit énergétique chronique**

Le déficit énergétique chronique se manifeste par une maigreur due à une sous alimentation chronique.

21% des femmes en âge de procréer sont affectées par ce déficit (Enquête Démographique et de Santé, 2003). L'une des conséquences directes est le faible poids de naissance estimé à 18% des naissances vivantes. Cela signifie que l'état nutritionnel et sanitaire de l'enfant est tributaire de celui de sa mère.

2.2.1.2. Malnutrition par carence micro-nutritionnelle

Les carences nutritionnelles spécifiques les plus courantes au Burkina Faso sont les anémies par carence en fer, les carences en vitamine A et en iode.

- **L'anémie**

L'anémie se traduit biologiquement par une baisse du taux d'hémoglobine dans le sang par rapport aux normes de l'OMS.

Elle constitue le problème le plus fréquent au Burkina Faso. En effet, 92% des enfants de 6 à 59 mois présentent une anémie nutritionnelle dont 13% de forme sévère (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

Chez les femmes, la situation est tout aussi préoccupante en particulier chez la femme enceinte. En effet, plus de la moitié des femmes présente une anémie et 68,3% des femmes enceintes présentent une anémie avec 2,3 % de forme grave.

- **L'avitaminose A**

Il n'existe pas de données d'envergure nationale sur les signes révélateurs de la carence en vitamine A. Les seules données disponibles sont celles fournies par l'Enquête Démographique et de Santé, 2003 qui estiment à 7 % le pourcentage de femmes enceintes atteintes de cécité nocturne.

Toutefois à partir des données parcellaires fournies par l'aperçu nutritionnel du Burkina Faso (FAO 2000), on admet que plus de 85 % des enfants de 1 à 3 ans et 63.3 % de femmes en âge de procréer présentent une faible rétinolémie.

Selon les analyses du « Profiles» (année), 34 % des enfants âgés de 1 à 3 ans présentent une carence en vitamine A.

- **Les troubles liés à la carence en iode**

Au Burkina Faso, il n'y a jamais eu d'enquête de portée nationale sur les troubles liés à la carence en iode. La plus grande enquête qui date de 1996, a porté sur 15 des 30 provinces de l'époque. Les résultats issus de cette étude ont montré, que la prévalence du goitre atteignait 46 % dans la population enquêtée. Cette prévalence globale qui traduit une situation d'endémicité sévère du goitre dans les 15 provinces était encore plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Plus récemment, les données de l'Enquête Démographique et de Santé, 2003) montrent que seulement 47.8 % du sel consommé au Burkina Faso était convenablement iodé.

En 2004, une étude nationale conduite par la Direction de la Nutrition a montré que 93,82% des sels vendus sur les marchés étaient pourvus d'iode. Les sels

convenablement iodés représentant 56,4%. Ces résultats d'ensemble cachent de fortes disparités entre les régions.

2.2.1.3. Maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition

Bien qu'il n'existe pas de données suffisantes, on observe au Burkina Faso que les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition sont en nette progression.

L'hypertension artérielle, le diabète et les affections cardiaques représentaient respectivement 6,7%, 10% et 13,2% des consultations dans les formations sanitaires en 2005. Dans les CHR et CHU, 4307 cas d'hypertension artérielle et 2757 cas d'affections cardiaques ont été dépistés durant les consultations externes au cours de l'année 2005 (annuaire statistique 2005) ;9% de la population des femmes de 15 à 45 ans sont en surpoids (Enquête Démographique et de Santé, 2003).

En raison de la faible couverture et de l'insuffisance des méthodes de collecte des données sanitaires une forte prévalence des maladies chroniques non transmissibles est à craindre.

2.2.1.4. La problématique de la sécurité sanitaire et de la qualité

nutritionnelle des aliments.

La consommation de denrées alimentaires de qualité, est essentielle pour un bon état de santé et de nutrition. Pour cela il faut un bon mécanisme de contrôle et de promotion de la qualité des denrées alimentaires.

Au Burkina Faso, il existe une multiplicité des intervenants dans le contrôle. De plus, la coordination entre les laboratoires des différentes structures étatiques et privées se fait difficilement. La législation existante en matière de contrôle sanitaire des aliments est insuffisante et pas encore appliquée. La sous information des consommateurs et la faible allocation de ressources pour mener à bien les activités en faveur de la lutte contre l'insalubrité des aliments aggravent la situation.

2. 2.2. Facteurs influençant l'état nutritionnel

On distingue trois types de facteurs influençant l'état nutritionnel :

-
-

2.2.2.1. Les facteurs immédiats

Les facteurs immédiats sont constitués d'une part par l'alimentation inadéquate, d'autre part par une situation sanitaire et hygiénique insatisfaisante et l'infection au VIH.

- **Apport alimentaire inadéquat**

L'inadéquation de l'alimentation, tant chez les adultes que chez les nourrissons et jeunes enfants, influence directement l'état nutritionnel car les régimes sont insuffisants en quantité et en qualité : carence énergétique chronique du régime alimentaire chez l'adulte et inadéquation de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (taux de prévalence de l'allaitement non exclusif élevé pendant les six premiers mois de vie du nourrisson, mauvaise pratique du sevrage, mauvaise alimentation de complément.....)

- **Les maladies infectieuses et parasitaires**

Elles représentent la principale cause de morbidité et de mortalité dans le pays selon les données fournies par l'annuaire statistique. En effet d'après cette source, le paludisme, les infections respiratoires, la diarrhée et les parasitoses intestinales constituent depuis une trentaine d'années les trois premiers motifs de consultations.

Ces diverses maladies sont dans leur majorité la conséquence de l'insuffisance d'hygiène, de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement.

- **l'infection à VIH**

L'infection à VIH dont les conséquences directes en terme de mortalité et de morbidité ne sont plus à démontrer, a également des répercussions néfastes sur le plan socio-économique et un impact négatif direct sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes infectées et /ou affectées. Le taux de prévalence au sein de la population en générale était de 2,3 % en 2005 et celui des femmes enceintes de 2,5%.en 2004 selon le SP/CNLS

- **Hygiène et assainissement**

L'insuffisance d'hygiène et d'assainissement constitue encore dans notre pays, le principal obstacle à la résolution des problèmes de santé. En effet, parmi les dix principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires, trois pathologies sont directement liées au manque d'hygiène collective ou individuelle. Il s'agit du paludisme, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques qui représentent à elles seules plus de la moitié des motifs de consultation dans les services de santé.

D'après les données de l'analyse situationnelle faite par la Direction de Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé (DHPES) en 2004, ces problèmes de santé sont attribuables aux difficultés d'approvisionnement en eau potable, à l'insuffisance d'assainissement et aux comportements non hygiéniques des populations.

2.2.2.2. Les facteurs sous- jacents

- **Insuffisance de la sécurité alimentaire des ménages**

Selon la Banque Mondiale (BM) (Rapport 1988), la Sécurité Alimentaire se définit comme l'accès permanent de tous à une alimentation suffisante pour mener une vie productive et rester en bonne santé.

Les déterminants de la sécurité alimentaire sont liés d'une part à la disponibilité alimentaire (nationale, communautaire et familiale), d'autre part aux revenus des ménages et aux réseaux de distribution.

L'insuffisance de la sécurité alimentaire au niveau des ménages constitue un facteur intermédiaire de première importance (accessibilité physique et financière aux aliments, distribution des repas au sein de la famille, utilisation ...).

Au Burkina Faso, l'analyse des bilans céréaliers montre que la disponibilité alimentaire varie énormément d'une année à l'autre. Même si la tendance globale depuis les dix dernières années révèle des bilans céréaliers excédentaires, la disponibilité alimentaire est fortement insuffisante comme l'attestent les bilans céréaliers 1985/1986 et 2000/2001. Le nombre de repas moyen par personne est de deux et beaucoup de ménages ont des difficultés à assurer ces deux repas.

Associés à l'insécurité alimentaire, les facteurs ci-après contribuent à aggraver la situation: le faible taux de scolarisation en particulier celui des femmes, les habitudes alimentaires marquées par une série d'interdits et de mauvaises pratiques, les restrictions alimentaires chez des enfants malades.

- **Soins de santé inadéquats**

-

Différentes caractéristiques du service de santé conditionnent son utilisation par la population : le service doit d'abord être accessible physiquement et financièrement à la population ; ensuite il doit être accepté et perçu par la population comme un moyen de solution de ses problèmes de santé.

Ces conditions sont loin d'être satisfaisants dans notre pays ; il en résulte une sous utilisation chronique des formations sanitaires par les personnes les plus démunies ou celles ayant un faible pouvoir de décision, en particulier les femmes et les enfants. Le premier recours en cas de maladie demeure la médecine et la pharmacopée traditionnelles.

2.2.2.3. Les facteurs fondamentaux

Les facteurs fondamentaux sont représentés par la désintégration de la cellule familiale, des mécanismes de solidarité et d'assistance mutuelle, le faible niveau de développement économique, la forte croissance démographique et la pauvreté générale de la population.

2. 2.3. Cadre institutionnel de la nutrition

Le Ministère de la santé a en charge les questions de nutrition au Burkina Faso. Pour accorder plus d'importance à ces questions, les autorités gouvernementales ont érigé en 2002 le Centre National pour la Nutrition (CNN) en Direction de la Nutrition (DN) rattachée à la Direction Générale de la Santé (DGS) par le décret N° 2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002.

Les attributions de la DN sont :

- d'assurer la planification stratégique dans le cadre de la politique sanitaire nationale ;
- d'assurer la coordination intra et inter sectorielle en matière de nutrition ;
- de définir les normes et standards nutritionnels nationaux ;
- d'assurer l'appui conseil pour le développement des activités de nutrition dans les services de santé et au niveau communautaire,
- de participer à l'évaluation des programmes de nutrition et d'alimentation ;
- de participer à la gestion du système national de surveillance nutritionnelle et alimentaire ;
- de participer à la recherche opérationnelle.

La Direction de la Nutrition comprend trois services :

- Le service de l'épidémiologie et de la surveillance nutritionnelle ;
- Le service de diététique et de promotion des régimes alimentaires et modes de vie sains ;
- Le service de la qualité et innocuité des aliments.

Il existe une Antenne Régionale fonctionnelle à Bobo Dioulasso qui couvre les Régions Sanitaires de l'Ouest.

Le Laboratoire National de Santé Publique à travers la Direction du contrôle des Aliments et de la Nutrition Appliquée est la structure de référence du ministère de la santé en matière de contrôle et de l'expertise des produits alimentaires.

Les Directions Régionales de la Santé et les Districts Sanitaires se chargent de mettre en œuvre les orientations en matières de nutrition.

Le Ministère de la Santé collabore avec plusieurs organismes, ONG et Associations oeuvrant dans le domaine de la Nutrition. Les principaux sont : le Programme Alimentaire Mondial (PAM), L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la fondation Helen Keler Internationale (HKI), l'ONG AFRICARE, l'ONG AES, IBFAN, FDC , l'Association Pour l'Alimentation Infantile au Burkina (APAIB). Ils apportent un appui technique et financier au ministère de la santé notamment dans les domaines du renforcement des capacités techniques, de la récupération nutritionnelle, de l'allaitement, de la lutte contre les carences en micronutriments et de la surveillance nutritionnelle.

2.2.4. Actions entreprises

2.2.4.1. Offre de soins

Elle concerne les soins de base assurés par les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et les soins de référence assurés par les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Chaque CSPS offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) standard qui contient un volet nutrition. Les activités de nutrition du PMA sont promotionnelles, préventives et curatives. Elles comprennent l'éducation nutritionnelle, la supplémentation en micronutriments, le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans, les prestations nutritionnelles offertes dans le cadre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et la récupération nutritionnelle des malnutris. La récupération nutritionnelle des malnutris sévères se fait dans les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN) intégrés aux formations sanitaires. Celle des malnutris modérés et légers devrait se faire dans les communautés sous l'encadrement des agents de santé et dans les formations sanitaires.

L'offre de soins en nutrition est caractérisée par une insuffisance quantitative et qualitative des soins et la faible implication des populations bénéficiaires.

2.2.4.2. Les programmes spécifiques

Plusieurs programmes et projets existent ou ont été exécutés pour la plupart à titre pilote. Ce sont par exemple:

- Le projet de surveillance nutritionnelle et interventions dans les provinces du Houet, du Passoré et du Soum (1988) ;
- Le projet pilote de supplementation en vitamine A (Yatenga, Passoré, Bam, Sanmatenga) ;
- Le projet pilote de lutte contre les carences en iode (Namentenga, Passoré) ;
- Le PDSN composante lutte contre les carences en micro nutriments (1995-2001) ;
- Le projet d'alimentation complémentaire des groupes vulnérables (1996 à nos jours) : Projet BKF 4951 et 6129 ;
- Le projet d'iodation universelle du sel (2001 à nos jours) ;
- Le projet spiruline Nyalgué (2005) ;
- Le programme de renforcement de l'efficacité de la récupération nutritionnelle (Biennium OMS) ;
- Le programme Initiative Micronutriments (MI) ;
- Le projet de supplementation en vitamine A pour la survie et le développement de l'enfant au sahel (2005 à nos jours).

Les programmes et projets intégrant la participation communautaire sont insuffisants.

2.2.4.3. Activités de soutien et de promotion

Certaines activités de soutien et de promotion permettent d'améliorer l'offre des soins en nutrition.

Ce sont essentiellement :

- Le plaidoyer en faveur de la nutrition (en direction de l'Assemblée Nationale, les Directions Régionales de la Santé, les Organisations Non Gouvernementales et Associations intervenant dans le domaine de la nutrition) ;
- les activités de promotion de la nutrition dans la plupart des projets et programmes mis en œuvre ;
- la promotion de la production de farines de sevrage à base d'aliments locaux ;
- les activités de recherche menées dans le cadre de certains programmes ;
- les activités du laboratoire de la Direction de la Nutrition.

Ces activités demeurent à l'état embryonnaire. Les causes de cet état sont entre autres, l'absence d'orientation claire et l'insuffisance de personnel pour développer les activités de soutien.

2.2.4.3. Développement des capacités nationales en nutrition

Les infrastructures de la Direction de la Nutrition sont constituées d'un local qui lui sert de siège et d'un laboratoire. Ces locaux sont inadaptés. Les équipements de son laboratoire sont insuffisants et vétustes.

Le personnel de la Direction de la Nutrition est composé de 9 nutritionnistes dont 4 en disponibilité, 1 médecin, 1 attaché, 1 biochimiste et le personnel de soutien. Ce personnel reste insuffisant.

Il y a absence de compétences aux niveaux des Districts Sanitaires, des Directions Régionales de la Santé et des Hôpitaux.

Les principales sources de financement des activités de nutrition sont : l'Etat, l'Organisation Mondiale Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme Alimentaire Mondial (PAM), Helen Keller International (HKI), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Associations intervenant dans le domaine de la nutrition. Ce financement demeure cependant insuffisant.

2.2.4.5. Collaboration intra et intersectorielle

Le Ministère de l'Education de Base et de l'Alphabétisation (MEBA), le Ministère de l'Agriculture de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH), le

Ministère des Ressources Animales (MRA) mènent aussi des activités de nutrition. Cependant la collaboration entre ces différents secteurs et celui de la santé demeure insuffisante.

Il existe un comité de pilotage interministériel de projets et programmes d'enrichissement en micro nutriments. Ce comité connaît des difficultés en raison de son enclavement interministériel.

Au sein du ministère de la santé, la collaboration entre la Direction de la Nutrition (DN), la Direction de la Prévention par la Vaccination (DPV), la Direction de la Santé de la Famille (DSF), la Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Éducation pour la Santé (DHPES), la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML) mérite d'être améliorée.

2.2.4.6. La coordination des actions de nutrition

Il existe un cadre informel de concertation réunissant ONG, institutions de recherche et certains départements ministériels sous l'égide de la Direction de la Nutrition pour discuter des questions de nutrition. La Direction de la Nutrition dans ses attributions a en charge la coordination des activités de nutrition à l'échelle nationale.

III. PROBLEMES PRIORITAIRES

3.1. Les maladies et carences nutritionnelles persistent

La prévalence de la malnutrition proteino énergétique et des carences spécifiques (fer, iode et vitamine A) est très élevée dans la population générale. Les groupes vulnérables sont constitués par les enfants de moins de 5 ans et d'âge scolaire et les femmes de 15 à 45 ans.

Les principales causes de cette situation sont les pratiques inadéquates en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pesanteurs socioculturelles (interdits alimentaires), les maladies infectieuses et parasitaires, l'infection à VIH ainsi que les conditions de vie précaires.

Il faut aussi noter l'augmentation du nombre de certaines maladies chroniques non transmissibles (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, goutte...) dues à des comportements nutritionnels néfastes (alcoolisme, tabagisme, alimentation trop riche en graisses et /ou en sucre, et pauvre en micronutriments) ainsi que la tendance à la sédentarité.

Les conséquences qui en découlent sont la mortalité élevée chez les enfants de moins de 5 ans, la baisse du système immunitaire et de la performance intellectuelle, la baisse de la productivité ainsi qu'une charge de mortalité, de morbidité et d'incapacité imputable aux maladies non transmissibles de plus en plus importante.

3.2. L'offre de services en matière de nutrition est insuffisante

L'offre de services en matière de nutrition est insuffisante en quantité et en qualité. Les activités de nutrition ne sont pas suffisamment exécutées dans le cadre de la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans toutes les formations sanitaires des districts et dans les hôpitaux.

Les soins de nutrition offerts aux populations ne répondent pas toujours aux normes prescrites. Par exemple, des paramètres indispensables à l'évaluation de l'état nutritionnel des populations cibles, comme la mesure de la taille, ne sont pas pris

en compte et les protocoles de prise en charge nutritionnelle des malades ne sont pas disponibles.

Les services de santé n'encadrent pas suffisamment les communautés pour la prise en charge de la malnutrition légère ou modérée et pour la surveillance de l'état nutritionnel.

Ces insuffisances s'expliquent par :

- la prise en compte insuffisante des activités de nutrition dans les plans d'action des districts,
- l'insuffisance de personnel qualifié, de locaux adaptés et d'équipements techniques,
- la modicité du financement consacré au domaine de la nutrition,
- le non fonctionnement des Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelles (CREN).

La conséquence de tout ce qui précède est que les cas de malnutrition ne sont pas pris en charge de façon adéquate dans les formations sanitaires et par la communauté ; aussi, les activités de surveillance et d'éducation nutritionnelles sont délaissées.

3.3. La participation communautaire aux activités de nutrition est insuffisante

La communauté n'est pas suffisamment impliquée dans la mise en œuvre des interventions en matière de nutrition en dehors de certaines activités spécifiques (exemple : supplémentation de la vitamine A).

Les raisons essentielles qui expliquent cette situation sont l'insuffisance d'encadrement du niveau communautaire, la prise en compte insuffisante des activités de nutrition dans les plans d'action des formations sanitaires.

Il découle de ces difficultés une insuffisance de prévention de la malnutrition par la surveillance nutritionnelle, l'Information Education Communication (IEC) en matière de nutrition et la non prise en charge des cas de malnutrition modérés au niveau communautaire.

3.4. La sécurisation sanitaire des aliments est insuffisante

La sécurité sanitaire des denrées alimentaires n'est pas convenablement assurée au Burkina Faso. Les textes législatifs existants pour le contrôle, l'inspection, l'expertise et la promotion de la qualité des aliments ne sont pas appliqués. Les ressources allouées pour assurer la sécurité sanitaire des aliments sont insuffisantes.

Il y a une multitude d'intervenants (étatiques et privés) dans le contrôle des aliments. Les instances de concertation et de coordination dans ce domaine n'existent pas.

Les consommateurs sont sous informés sur la qualité des denrées de grande consommation alors que l'alimentation de rue prend de l'ampleur, toute chose qui expose les populations à des risques divers (intoxication, infections, parasitoses).

3.5. La coordination et la collaboration intra et intersectorielles en matière de nutrition sont insuffisantes

La coordination des actions ainsi que la collaboration en matière de nutrition sont faibles. En effet, les organes de coordination existants sont insuffisants et peu fonctionnels. Il n'existe pas de cadres de concertations formels et dynamiques entre les acteurs intervenants dans le domaine de la nutrition.

Les ONG/Associations agissent de façon isolée et en dehors des orientations nationales et leurs interventions sont faites souvent à l'insu des autorités sanitaires.

Cette situation a pour conséquences le faible niveau d'atteinte des résultats, la mauvaise utilisation des ressources et la non visibilité des efforts consentis en matière de lutte contre les problèmes nutritionnels.

IV. POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION (PNN)

4.1. Fondements

Le Gouvernement a adopté en 2000, une Politique Sanitaire Nationale (PSN) assortie d'un Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) indiquant les orientations stratégiques et les actions prioritaires en matière de santé. Par ailleurs, dans le domaine particulier de la nutrition, le Gouvernement burkinabé a souscrit aux différentes résolutions issues de la conférence internationale sur la nutrition et du sommet mondial sur la nutrition et l'alimentation ainsi qu'aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le Gouvernement burkinabé en décidant d'élaborer une politique nationale de nutrition a voulu doter

le pays d'un cadre de référence pour les différentes interventions en la matière et contribuer ainsi à rendre plus efficace l'opérationnalisation du programme national de développement sanitaire (PNDS) dans la perspective de mise en oeuvre des objectifs de réduction de l'extrême pauvreté et de la faim et d'amélioration de la santé maternelle.

4.2. But de la politique

La politique nationale de nutrition a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

4.3. Objectifs de la politique

4.3.1. Objectif général

Améliorer l'état nutritionnel des populations

4.3.2. Objectifs spécifiques

4.3.2.1. Réduire la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition protéino

énergétique et aux carences spécifiques

4.3.2.2. Réduire la prévalence des maladies chroniques non

transmissibles liées à la nutrition ;

4.3.2.3. Améliorer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires ;

4.3.2.4. Renforcer la participation communautaire aux activités de nutrition ;

4.3.2.5. Assurer la sécurité sanitaire et la qualité nutritionnelle des aliments ;

4.3.2.6. Renforcer la coordination et la collaboration intra et intersectorielles en matière de nutrition.

4.4. Stratégies par objectif

4.4.1. Réduire la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition proteino- énergétique et aux carences spécifiques

- *Surveillance nutritionnelle*

Il s'agira de renforcer les activités de suivi de la grossesse, le déparasitage systématique des femmes enceintes, la surveillance de la croissance du nourrisson et du jeune enfant et la surveillance nutritionnelle des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH).

- *Prise en charge nutritionnelle*

Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle, un accent sera mis à tous les niveaux du système de santé pour la prise en charge des malnutris, des malades et des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH).

- Les activités de récupération nutritionnelle des enfants malnutris dans les formations sanitaires et la communauté sont minées par plusieurs difficultés :
- La mauvaise organisation des Centres de Réhabilitation et d'Education Nutritionnelles (CREN),
- le manque de coordination des activités tant du secteur public, privé que des associations de la société civile,
- et l'absence d'un personnel qualifié,

Sont autant de facteurs qui minent le bon fonctionnement de ces structures.

Il y a donc nécessité de renforcer les activités de récupération et d'éducation nutritionnelles dans les formations sanitaires.

Les activités de renforcement vont consister à :

- dynamiser les CREN existants ;
- mettre en place de nouveaux CREN dans certaines formations sanitaires ;
- définir les modalités, les conditions d'ouverture et de gestion des CREN ;
- organiser les services de santé actuels d'un point de vue équipement et capacité du personnel pour la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère ;
- créer des sites sentinelles pour la surveillance nutritionnelle ;
- harmoniser les protocoles de récupération nutritionnelle par l'élaboration d'un protocole national ;
- mettre en place un mécanisme de coordination et de suivi des activités des CREN.

- ***Communication sociale en matière de nutrition***

Il s'agira de susciter dans la population, une motivation en faveur de changement de comportements alimentaires pour la promotion et la protection de la santé.

- ***Promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant***

Les activités de soutien et de promotion de l'allaitement exclusif, les bonnes pratiques de sevrage se feront à travers certaines activités :

- le soutien aux initiatives hôpitaux et communautés amis des bébés ;
- l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- le plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel ;
- la promotion de la consommation d'aliments de complément appropriés à base de produits locaux ;
- l'encouragement de la production et la vulgarisation d'aliments de compléments de qualité à base de produits locaux...

- ***Promotion de la consommation d'aliments enrichis en micronutriments***

L'enrichissement des produits de grande consommation permettra à la population d'accéder à des aliments riches en micronutriments à tout moment et en tout lieu. La promotion de leur consommation pourrait se faire par le canal des structures sanitaires et de la communauté, par le marketing social dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments.

- ***Supplémentation en micronutriments***

La supplémentation en micronutriments initiée à travers les campagnes de masse (Journées nationales micronutriments et Journées nationales de vaccination) devra se poursuivre en l'intégrant dans les activités de routine des formations sanitaires. La supplémentation au niveau communautaire sera renforcée.

- ***Promotion de la collaboration interministérielle en faveur de la nutrition scolaire***

L'association entre école et nutrition constitue une synergie efficace. L'apprentissage scolaire est influencé par l'état nutritionnel. Le cadre scolaire représente un canal pour l'acquisition et la promotion de comportements alimentaires sains.

L'association entre école et nutrition permettra donc de toucher une frange de la population quelque peu négligée par les précédents programmes de nutrition. Le déparasitage des enfants d'âge préscolaire et scolaire permettra d'activer l'adhésion aux programmes de nutrition à l'endroit de ces groupes vulnérables.

4.4.2. Réduire la prévalence des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition

- ***Amélioration de la surveillance, du dépistage et de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition***

Les données épidémiologiques actuelles ne permettent pas de se faire une idée exacte de l'ampleur des maladies chroniques liées à la nutrition. Il sera nécessaire

de renforcer la surveillance par la collecte des données, le dépistage et la prise en charge nutritionnelle des malades à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- ***Promotion de bonnes habitudes alimentaires et de modes de vie sains***

L'ampleur actuelle des maladies chroniques non transmissibles doit conduire le Ministère de la Santé à mener différentes activités. La promotion des modes de vie sains consistera à:

- élaborer une stratégie nationale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;
- élaborer une stratégie d'IEC à l'endroit du grand public en vue de promouvoir des habitudes alimentaires et des modes de vie sains ;
- éditer et vulgariser une table de composition des principaux aliments consommés au Burkina Faso ;
- contribuer à l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles liés à la nutrition au Burkina Faso ;
- Elaborer un document guide pour la prise en charge diététique des maladies chroniques non transmissibles basés sur l'utilisation d'aliments locaux et de techniques culinaires adaptées ;
- mettre au point un système d'équivalence entre le poids des aliments et leur volume afin de faciliter la prescription et la pratique diététique...

Renforcement des capacités opérationnelles des structures de mise en œuvre

Un renforcement des ressources humaines, financières et matérielles sera nécessaire pour améliorer la promotion des habitudes alimentaires et modes de vie sains.

- ***Plaidoyer pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments destinés à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition***

L'accès aux médicaments et consommables médicaux destinés à la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition permettra une meilleure prise en charge nutritionnelle de ces pathologies.

- ***Promotion de la recherche et de la formation en matière de nutrition***

Les activités de recherche en nutrition restent très timides et se développent lentement au niveau national pour des raisons diverses dont celles d'ordre financier. En outre, les thèmes abordés par les principaux instituts de recherche ne sont pas toujours en adéquation avec les préoccupations du Ministère de la Santé.

La promotion de la recherche en nutrition et la diffusion de ses résultats contribueront à la résolution des problèmes de nutrition des populations.

4.4.3. Améliorer l'offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires

- ***Intégration effective des activités essentielles de nutrition dans le PMA des formations sanitaires***

Le PMA standard des formations sanitaires comporte un volet nutrition. Cependant il n'est pas suffisamment mis en œuvre et ne comporte pas toutes les actions essentielles de nutrition au vu des orientations nationales et internationales.

Il est donc indispensable de permettre une intégration effective des actions essentielles de nutrition dans le PMA des formations sanitaires.

- ***Renforcement des capacités opérationnelles des structures d'offre de soins***

Le principal facteur limitant des programmes de nutrition reste l'insuffisance du personnel en nombre, en qualité et en compétence dans toutes les structures du système de santé notamment celle d'offre de soin.

Un renforcement des ressources humaines, financières, techniques et matérielles sera nécessaire pour améliorer l'offre des soins en nutrition.

- ***Renforcement des capacités opérationnelles des différents niveaux de la pyramide sanitaire***

La planification et la conduite des activités de nutrition sur le terrain incombent aux services techniques intermédiaires et décentralisés du Ministère de la santé.

La présence de compétences à ces différents niveaux de la pyramide sanitaire est un impératif pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition.

- ***Renforcement de la mise en œuvre de PCIME Clinique***

La PCIME clinique comporte un volet nutrition de la mère et de l'enfant. L'extension de ce programme à tous les districts sanitaires constituera un atout important pour la prise en compte de l'aspect nutrition dans la prise en charge de l'enfant malade.

4.4.4. Renforcer la participation communautaire aux activités de nutrition

- ***Développement des activités à base communautaire par les formations sanitaires***

Les interventions nutritionnelles à base communautaire permettent de pallier la faiblesse du système de santé en termes de couverture géographique.

L'approche communautaire est une alternative appropriée et bien indiquée pour assurer et faciliter la mise en œuvre d'un minimum d'actions essentielles en nutrition à l'échelle nationale.

Il faudra donc renforcer la mise en œuvre des activités essentielles de nutrition/volet communautaire et de la PCIME communautaire.

- ***Renforcement des capacités techniques, financières et matérielles des communautés***

Il s'agira de doter les communautés d'un bagage minimum leur permettant d'exécuter au mieux les activités de nutrition.

4.4.5. Assurer la sécurité sanitaire et la qualité nutritionnelle des aliments

- ***Mise en place d'un mécanisme de coordination et de collaboration entre les structures de contrôle, d'inspection et d'expertise de la qualité des denrées alimentaires***

La principale faiblesse du dispositif actuel est l'absence d'un système, en tant que organisation unique et conçue pour assurer le contrôle des aliments. Sur le terrain, il y a des structures désarticulées qui travaillent individuellement. En outre, ces structures n'ont pas les moyens humains et financiers pour mener à bien les tâches qui leur sont confiées.

Il importe de trouver un mécanisme de coordination et de collaboration entre ces structures afin de permettre une synergie d'actions.

- ***Renforcement des capacités opérationnelles des structures chargées du contrôle, de l'inspection et l'expertise de la qualité des denrées alimentaires.***

Le renforcement des capacités opérationnelles des structures chargées du contrôle, de l'inspection et l'expertise de la qualité des denrées alimentaires est le préalable pour une meilleure visibilité des activités de contrôle des aliments.

Cette stratégie visera à renforcer les capacités matérielles, financières des structures et à former leur personnel.

- ***Renforcement des activités de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité nutritionnelle des aliments***

Les activités de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité nutritionnelle des aliments doivent être renforcées afin de permettre aux différents intervenants dans le domaine de l'agro industrie, du commerce et la l'entreprise de se conformer à la législation.

- ***Communication sociale sur la qualité et l'hygiène des aliments.***

La communication sociale sur la qualité et l'hygiène des aliments est primordiale pour que les consommateurs soient au devant de la lutte contre la fraude des

produits alimentaires, la promotion des aliments de bonne qualité nutritionnelle et l'appropriation des règles d'hygiène alimentaire.

- ***Renforcement des mesures législatives et réglementaires***

Ce renforcement devrait se traduire par la mise en place de textes législatifs et réglementaires permettant d'organiser une surveillance constante de la qualité hygiénique et nutritionnelle des produits alimentaires disponibles sur le marché. Il s'agira essentiellement d'apporter des améliorations, de compléter et d'uniformiser les textes relatifs à l'inspection et au contrôle des aliments actuellement en vigueur et de veiller à leur application.

L'élaboration d'une législation alimentaire propre au Burkina Faso serait un atout important.

4.4.6. Renforcer la coordination et la collaboration intersectorielle en matière de nutrition

- ***Dynamisation des cadres de concertation en matière de nutrition aux niveaux central, régional et district***

L'amélioration de la collaboration intersectorielle se fera par le renforcement, la dynamisation et la formalisation du cadre de concertation mis en place par le Ministère de la Santé autour des questions de nutrition.

La contribution des partenaires à la résolution des problèmes de nutrition exige que les interventions des uns et des autres puissent parfaitement s'intégrer dans les priorités définies par la présente politique.

- ***Suivi des activités des ONG/Associations par le niveau central à travers les structures déconcentrées***

Le suivi des activités des ONG/Associations intervenant en nutrition par le niveau central à travers les structures déconcentrées permettra de mieux intégrer ces activités à celles des formations sanitaires. De plus il y aura une optimisation de l'utilisation des ressources financières pour les activités de nutrition.

- ***Elaboration d'un cahier de charge à l'intention des intervenants dans le domaine de la nutrition***

L'élaboration d'un cahier de charge à l'intention des intervenants en nutrition va permettre de mieux organiser et renforcer la coordination de toutes les interventions en vue de favoriser des synergies d'actions.

V. MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre de la politique de nutrition se fera à travers des plans qui vont traduire en actions concrètes les orientations du ministère de la santé en matière de nutrition à travers la Direction Générale de la Santé.

Par ailleurs un accent particulier sera mis sur la mobilisation des ressources, la communication sociale, la coordination, la collaboration intersectorielles et la participation communautaire.

5.1. Forces, Faiblesses, Opportunités et contraintes

5.1.1. Forces

- a. Existence d'un plan national de développement sanitaire ;
- b. Existence d'une politique nationale en matière d'hygiène publique ;
- c. Existence d'une stratégie nationale d'Information Education Communication ;
- d. Développement de la couverture sanitaire ;
- e. Développement de la nutrition scolaire ;
- f. Existence d'un cadre de concertation des intervenants en matière de nutrition ;
- g. Existence d'un cadre de concertation en nutrition non formel,
- h. Existence d'une stratégie nationale de sécurité alimentaire.

5.1.2. Faiblesses

- a. Insuffisance de ressources humaines qualifiées en matière de nutrition à tous les niveaux ;
- b. Faiblesse du système d'information sur la nutrition ;
- c. Manque de synergie d'actions ;
- d. Faible implication communautaire ;
- e. Insuffisance de l'offre de soins en nutrition.

5.1.3. Opportunités

- a. Volonté politique en faveur de la nutrition ;
- b. Regain d'intérêt au niveau des partenaires financiers et techniques pour la nutrition ;
- c. Reconnaissance formelle de la tutelle du ministère de la santé sur les questions de nutrition ;

- d. Amélioration de la disponibilité en eau potable.

5.1.4. Contraintes

Les contraintes suivantes ont été identifiées

- a. Pauvreté structurelle ;
- b. Conditions agro-pédo-climatiques difficiles ;
- c. Faible niveau d’instruction et d’alphabétisation des populations ;
- d. Persistance des pesanteurs socioculturelles.

5.2. Dispositif de suivi et évaluation

5.2.1. Dispositif institutionnel

La création de la Direction de la Nutrition en lieu et place du Centre National de Nutrition au sein du Ministère de la santé depuis octobre 2002, témoigne de la volonté du Gouvernement de faire de la nutrition une priorité nationale.

La Direction de la Nutrition de par ses attributions, travaillera à la mise en oeuvre de la politique nationale de nutrition à travers des programmes d'actions de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes et de promotion des bonnes pratiques nutritionnelles.

Ce dispositif institutionnel sera complété d'un cadre de concertation composé de membres issus de différents départements ministériels et de la société civile pour mieux répondre à cette exigence institutionnelle que requiert la mise en oeuvre d'une telle politique.

En effet, la malnutrition est un problème global, transversal et multisectoriel dont la résolution dépasse le seul cadre du Ministère de la Santé et qui nécessite l'implication de plusieurs autres institutions gouvernementales et organisations non gouvernementales

5.2.2. Revues / périodicité

Les revues de la mise en oeuvre de la politique nationale de nutrition se feront annuellement et tous les trois ans. Les revues annuelles sont des évaluations internes basées sur la planification et l'exécution des activités de nutrition programmées par les directions centrales et ou les programmes nationaux et par les districts sanitaires.

Les revues triennales à la fois internes et externes prendront en compte aussi bien des indicateurs de résultats que des indicateurs d'impacts en rapports avec les interventions programmées dans les plans issus de la politique de nutrition.

Il est également envisagé une évaluation externe à l'orée de 2015 avec les partenaires au développement pour apprécier l'impact de la mise en oeuvre de la politique de nutrition sur l'atteinte des objectifs du millénaire pour le

développement, notamment ceux en rapport avec l'amélioration de la nutrition et de la santé maternelle et infantile.

5.2.3. Indicateurs

En vue de mieux apprécier les effets imputables à la mise en oeuvre de la politique de nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur l'état nutritionnel des populations, des indicateurs seront définis dans les plans qui découleront de la présente politique. Il s'agira essentiellement d'indicateurs de :

- résultats en rapport avec les interventions programmées ;
- couverture en rapport avec des activités à haut impact comme la supplémentation en vitamine A ; l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge de la malnutrition aiguë etc. ;
- impact en rapport avec la morbidité et la mortalité due à la malnutrition.

LISTE DES ABREVIATIONS

AES : Association pour l'Enfance et la Santé au Burkina Faso ;

APAIB : Association Pour l'Alimentation Infantile au Burkina ;

BM : Banque Mondiale ;

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale ;

CHR : Centre Hospitalier Régional ;

CHU : Centre Hospitalier Universitaire ;

CIN : Conférence Internationale sur la Nutrition ;

CNN : Centre National pour Nutrition ;

CREN : Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle ;

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale ;

DGS : Direction Générale de la Santé ;

DGPML : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires ;

DHPES : Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé ;

DN : Direction de la Nutrition ;

DPV : Direction de la Prévention par la Vaccination ;

DSF : Direction de la Santé de la Famille ;

EDS : Enquête démographique et de Santé ;

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

HKI : Helen Keller Internationale ;

IBFAN : International, Baby Food Action Network;

IDH : Indice de Développement Humain ;

IEC : Information, Education, Communication ;

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie ;

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique ;

MAHRH : Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques ;

MEBA : Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation ;

MPE : Malnutrition Proteino Energetique ;

MRA : Ministère des Ressources Animales ;

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement ;

OMS : Organisation Mondiale de la santé ;

ONG : Organisations Non Gouvernementales ;

PAM : Programme Alimentaire Mondiale ;

PCIME ; Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant ;

PDSN : Projet de Développement Santé et Nutrition ;

PIB : Produit Intérieur Brut ;

PMA : Paquet Minimum d'Activités ;

PNAN : Plan National d'Action pour la Nutrition ;

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire ;

PNN : Politique Nationale de Nutrition ;

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PSN : Politique Sanitaire Nationale ;

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine ;

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.