

UNION DES COMORES

Unité-Solidarité-Développement



**POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION ET
D'ALIMENTATION DE L'UNION DES COMORES
(PNNA 2018 - 2025)**

Janvier 2018

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	6
II. CONTEXTE & JUSTIFICATION.....	7
III. ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE ET ALIMENTAIRE...14	
IV. ANALYSE DE LA REPOSE NATIONALE.....	22
V. VISION, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	26
VI. CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE.....	34
VII. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE....	34
VIII. SUIVI –ÉVALUATION.....	35
IX. FINANCEMENT & MOBILISATION DES RESSOURCES.....	35

ABREVIATIONS & ACRONYMES

ANJE: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARNS: stratégie régionale africaine de nutrition
ASC: Agent de santé communautaire
BCC: Banque centrale des Comores
BCG: Bacille de Calmette et Guérin
CSD: Centre de Santé de District
CHN: Centre Hospitalier National
CNSSA: Comité de Concertation sur la Sécurité Sanitaire des Aliments
CRENAS: Centres de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour la Malnutrition Aigüe Sévère
CRENI: Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Intensive pour la Malnutrition Aigüe Sévère
CRDE: Centres de Recherche, de Développement et d'Encadrement
CPN: Consultation Prénatale
DISS: Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires
DRS: Direction Régionale de la Santé
EDIC: Etude Diagnostique de l'Intégration Commerciale des Comores
EDS: Enquête Démographique et de Santé
EIM: Enquête Intégrée auprès des Ménages
EDS-MICS: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EDSC-MICS: Enquête Démographique et de Santé aux Comores et à indicateurs multiples
FAO: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
HIMO: Haute Intensité de Main d'Œuvre
HTA: Hypertension Artérielle
IDH: Indice de Développement Humain
IRA: Infection Respiratoire Aigüe
ISF: Indice Synthétique de Fécondité
MSSPSPG: Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre
MTN: Maladie Non Transmissible
NEPAD: Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
ODD: Objectifs pour le Développement Durable
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG: Organisation Non Gouvernementale
PASEC : Programme d'Analyse des Système Educatif de la Francophonie
PEID: Petits États Insulaires Fragiles en Développement
PCIMA: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PDDAA: Programme Détaillé de Développement de l'Agriculture en Afrique
PIB: Produit Intérieur Brut
PME: Petite et Moyenne Entreprise
PNDSIS: Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire
PNEEG: Politique Nationale de l'Equité et de l'Egalité du Genre

PNS: Politique Nationale de la Santé

PNPS: Politique Nationale de Protection Sociale

SCA2D: Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable des Comores

SNA: Stratégie Nationale Agricole

SUN: Scaling Up Nutrition

TDCI : Troubles dus aux Carences en Iode

VIH/SIDA: Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TDCI : Troubles dus aux Carences en Iode

UNICEF: Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

AVANT-PROPOS

La nutrition est l'un des secteurs clés pour le développement durable de tout pays. Elle contribue à l'atteinte des Objectifs pour le Développement durable et à la réduction de la pauvreté. Une mauvaise nutrition chez l'individu constitue un impact négatif au bien-être ainsi qu'au développement socio-économique. La situation nutritionnelle de la population, en particulier des enfants de moins de 5 ans et des femmes, s'est significativement détériorée durant les dernières décennies au même titre que d'autres indicateurs socio-économiques. Des efforts ont été consentis par le Gouvernement de l'Union des Comores à travers des interventions tant au niveau communautaire que national, pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations.

Dans le secteur de la Santé, différentes interventions de développement de la nutrition comme le programme de nutrition à base communautaire, la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois ainsi que la généralisation de la consommation du sel iodé au niveau des ménages ont été mises en œuvre. Au niveau des secteurs agricole et de l'économie, des programmes et projets visant à assurer la sécurité alimentaire nationale sont initiés. Cependant, cette situation reste toujours préoccupante sur le plan national. L'émergence des maladies chroniques d'origine alimentaire exacerbe la situation nutritionnelle déjà détériorée. La diminution de la production alimentaire nationale, l'accroissement des importations des denrées alimentaires, la mauvaise répartition des repas au sein des ménages, l'insécurité alimentaire des ménages, la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires par la population et la réduction du pouvoir d'achat des ménages sont autant de facteurs influençant négativement l'état nutritionnel de la population. Egalement, l'absence d'un cadre d'orientation stratégique pour les actions des départements techniques du gouvernement et des partenaires ne permet pas d'harmoniser les interventions et rendre les efforts plus efficaces.

Conscient de la précarité de la situation, le Gouvernement de l'Union des Comores, a décidé de mettre un accent sur la nutrition et l'alimentation et d'en faire une priorité de développement¹, suivant une approche holistique par l'élaboration d'une Politique Nationale en la matière. Dans la mesure où la nutrition est un domaine multisectoriel et multiacteurs et où des possibilités d'interventions préventives existent, une volonté politique à la hauteur des enjeux des problèmes nutritionnels et d'alimentation bien identifiés est plus que souhaitable. Et seule, une véritable " Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA)", ambitieuse et rigoureuse sur le plan méthodologique, basée sur des objectifs précis, associant le plus grand nombre d'acteurs, disposant de moyens à la hauteur de ses ambitions et faisant l'objet d'un pilotage par une équipe techniquement compétente peut permettre une évolution significative de la situation actuelle.

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

J'invite donc toutes les parties prenantes, à savoir : les Départements ministériels concernés, les partenaires au développement opérant en Union des Comores, les ONG nationales et internationales, de collaborer efficacement en vue de la mise en œuvre de cette politique pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la SCA2D de l'Union des Comores.

Fait à Moroni, le.....2018

¹ SCA2D 2015-2019 et sa version révisée en décembre 2017

I. INTRODUCTION

L'Union des Comores, de par ses caractéristiques physiques et des conditions climatiques naturellement contrastées, connaît un changement climatique occasionnant des périodes sèches plus ou moins longues et plus rudes dans certaines régions du pays et des pluies plus ou moins fortes et concentrées dans d'autres.

En dépit des efforts de ces dernières années en matière de nutrition et d'alimentation, la situation nutritionnelle de la population reste encore préoccupante particulièrement au niveau de population vivant dans des zones défavorisées (milieux rural et périurbain), du fait de pratiques agricoles inadaptées (déforestation, dégradation des bassins versants, etc.), et l'aggravation des problèmes environnementaux, ajoutés à la vulnérabilité sociale et économique, affectant en priorité le secteur agricole du pays qui mobilise une grande partie de la population active comorienne (environ 80%), contribuant à environ 46% du PIB. Cependant, malgré la disponibilité de cette main d'œuvre agricole, la sécurité alimentaire est loin d'être assurée. Plus de 40% des produits alimentaires sont importés (les viandes, les céréales, les œufs.....) alors que l'autoconsommation est bien affichée. Pour réduire cette dépendance alimentaire, la diversification de la production s'impose et est possible compte tenu des caractéristiques agro-climatiques des îles Comores.

La paupérisation croissante, l'accès difficile de la population, notamment les groupes vulnérables, aux services sociaux de base et à une alimentation saine, équilibrée et suffisante majorent la problématique de la malnutrition dont l'ampleur des conséquences sur la santé, la mortalité et le développement est avéré. Les indicateurs de la malnutrition infantile restent ainsi préoccupants. Le taux de malnutrition chronique a atteint 30% chez les enfants de moins de 5ans dont 15 % sous sa forme sévère et celui de malnutrition aigüe à 11% dont 4 % sous sa forme sévère constituant une situation d'urgence selon la classification OMS (Supérieur à 2%). Toujours dans la même tranche de 0 à 59 mois, le taux d'insuffisance pondérale est de 15% dont 4% de sévère (EDS-MICS 2012).

En parallèle, différentes formes de malnutrition par excès dont la surcharge pondérale et l'obésité font désormais leur apparition dans le paysage épidémiologique avec des prévalences observées de 36% pour la surcharge pondérale, dont 25 % de surpoids et 12% d'obésité. Près de 4 femmes sur dix ont un Indice de Masse Corporel (IMC) anormal. Cet état de fait impactent directement sur le développement des maladies chronique non transmissibles, entre autres le Diabète, les Maladies Cardiovasculaires, l'Hypertension artérielle, etc (EDS-MICS 2012).

Cette situation a entraîné une dégradation des indicateurs sociaux et a amené l'Etat à engager diverses stratégies conformément aux orientations contenues dans la **Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable** (SCA2D 2015-2019) et aux engagements souscrit

par le pays à l'échelle internationale et sous régionale, notamment les **Objectifs de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS 2025)**, les recommandations de la 2^{ème} Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN2) tenue à Rome en novembre 2014, La **Stratégie et Feuille de Route 2016-2020 du Mouvement SUN** pour le renforcement de la nutrition, la **Décennie d'Action des Nations Unies pour la Nutrition 2016 – 2025**, les **Objectifs de développement durable (ODD)**, la **Stratégie Régionale Africaine de Nutrition (ARNS) 2015-2025** et la **Stratégie Globale d'Alimentation du Jeune Enfant OMS/UNICEF 2002 à New York**.

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

Ainsi, l'amélioration des conditions de vie de la population demeure un enjeu majeur pour les autorités publiques. A cet effet, l'Union des Comores projette une vision nouvelle en adoptant une approche multisectorielle et intégrative des interventions à visées alimentaires et nutritionnelles par la mise en œuvre de stratégies appropriées en rapport avec les objectifs du développement durable (ODD) comme libellée dans le document révisé de la SCA2D, validé en décembre 2017. Cet agenda prendra en compte les politiques et programmes sectoriels en matière de santé, d'éducation, d'agriculture, d'économie, de commerce, de communication, d'environnement et de manière globale de lutte contre la pauvreté. Parce que lutter contre la malnutrition, c'est aussi lutter contre la pauvreté.

C'est dans ce contexte que l'Union des Comores a décidé d'élaborer la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA), couvrant la période 2018 à 2025 qui servira de cadre unique de référence en matière d'orientation de toutes les actions de promotion et de développement de la nutrition et de l'alimentation et vise en priorité, l'amélioration du statut nutritionnel des groupes vulnérables que sont les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les personnes âgées. L'élaboration de ce document de politique traduit l'engagement du Gouvernement Comorien à faire de la nutrition et de l'alimentation une priorité de développement telle que stipulé dans la SCA2D.

II. CONTEXTE & JUSTIFICATION

2.1. Situation géographique



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

L'archipel des Comores est constitué de quatre îles en l'occurrence Mwali (Mohéli, 290 Km²), Ndzuwani

(Anjouan, 374 km²), Ngazidja (Grande Comore, 148 km²), et Maore (Mayotte², 424 km²), qui s'étendent sur une superficie de 2 235 Km².

2.2. Situation politique et administrative

L'Union des Comores s'est dotée d'une Constitution en 2001, révisée en 2009 qui confère aux îles une large autonomie qui se met progressivement en place. Au niveau de l'Union, est institué le principe de la Présidence tournante entre les îles et le Président est élu pour un mandat de cinq ans avec trois Vice-présidents dont un par île. L'Assemblée Nationale et les Conseils des îles sont fonctionnels.

Sur le plan religieux, la quasi-totalité de la population comorienne est musulmane. L'Islam aux Comores s'articule bien avec des croyances et des pratiques sociales liées à la coutume et à la tradition. C'est ainsi que les notables qui acquièrent leur statut suite au Grand Mariage particulièrement à Ngazidja, constituent les principaux leaders de la prise de décision au niveau communautaire.

2.3. Situation socio - démographique

La démographie des Comores se caractérise par une densité très élevée avec une moyenne de 389 habts/km² dont : 322 habts/km² à Ngazidja, 724 habts/km² à Ndzouani, 165 habts/km² à Mwali et 625 hab/km² à Maoré.

La population est caractérisée par une forte croissance, estimée à 2.1% par an avec un taux d'exode rural estimé à 5% par an. Elle était estimée pour 2017 à 828 147 habitants³ (421 884 habitants à Ngazidja, 350 859 habitants à Ndzuwani, 55 404 habitants à Mwali) et 235 132 habitants à Maoré en 2016. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4.3 enfants/femme et l'espérance de vie à la naissance est de 65,5 ans avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans).

² Cette dernière étant restée sous administration française depuis l'indépendance du pays en 1975.

³ RGPH, 2003 ; INSEE

La population comorienne est très jeune avec un âge moyen de 24,1 ans et une proportion des jeunes de moins de 20 ans représentant 51,6%. La proportion des moins de 5 ans représente 14,8% de la population et celle des 15-24 ans 22,34%. . Les femmes représentent 50,3 % de la population globale et celles en âge de procréer, 24,7%⁴.

2.4. Situation socio-économique

Les activités économiques des Comores portent essentiellement sur le secteur primaire (exportation des produits de rente : ylang-ylang, vanille, girofle) qui représente près de la moitié du PIB par tête estimé à 739,132 \$US/habitant en 2016. Le PIB national est estimé à 0,566 milliards \$US avec une croissance annuelle de 2,2% en 2016 contre 3,5% en 2013⁵.

L'Union des Comores fait partie des Petits États Insulaires en Développement (PEID). En 2016, l'Indice de Développement Humain (IDH)⁶ est estimé à 0,497 plaçant ainsi le pays au rang de 160ème sur 188 pays dans le classement mondial.

2.5. Agriculture – Pêche – Elevage

L'agriculture emploie 80% de la population active, dont 6% pour la pêche (y compris les vendeurs de poissons).

Les cultures de rentes représentées essentiellement par la vanille, le girofle et l'ylang ylang contribuent au PIB à hauteur de 31,1% en 2015 au lieu de 33,2 en 2014 et représentent environ 70% des recettes d'exportation⁷.

La production alimentaire comprenant les cultures vivrières (la banane verte, le manioc, l'igname, le taro, la patate douce, le maïs et le riz paddy), l'élevage et la pêche ne couvrent pas les besoins alimentaires de la population.

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

2.6. Transport

En 2016, le secteur du transport représente, 2,3% du PIB. Etant un élément clé de toute stratégie visant à assurer l'autosuffisance et la sécurité alimentaire de la population des Comores, il permet l'écoulement des produits agricoles des zones excédentaires vers les zones déficitaires.

2.7. Commerce extérieur

En 2015, le volume des échanges commerciaux a diminué ramenant le degré d'ouverture de l'économie à 36,3% du PIB et le taux de couverture des importations par les exportations à 9,2% contre 41,2% et 10,8% respectivement en 2014.

⁴Annuaire statistique DISS 2011-2012

⁵Rapport FMI, 2016

⁶Rapport Mondial sur le Développement Humain 2016

⁷Rapport annuel BCC 2015

Au niveau de la balance commerciale, cette situation s'est traduite par une diminution du déficit commercial de 6,3% pour se situer à 27,6% du PIB, en dépit d'un repli des exportations.

Au niveau des exportations, seule la vanille affiche une évolution positive, avec des quantités exportées en hausse de 26,6%, évaluées à 1,1 milliard FC contre 0,6 milliard FC en 2014.

Les importations de produits alimentaires ont, en revanche, augmenté de 3,8%, s'établissant à 34,6 milliards FC. (Source rapport BCC 2015)

2.8. Pauvreté

La population est affectée par le problème de la pauvreté dans diverses dimensions du phénomène. Le taux de pauvreté reste très élevé, soit 45,6% en 2012 (annuaire statistique DISS 2014-2015).

La pauvreté est essentiellement un phénomène rural, quatre ménages ruraux sur cinq étant classés comme pauvres contre seulement un sur quatre dans les zones urbaines. La pauvreté urbaine a augmenté au cours des années 1990 et au début des années 2000. Au cours des dernières années, l'exode urbain a transformé des zones précédemment rurales en banlieues à expansion rapide et fortement peuplées. Par ailleurs, avec un coefficient de Gini de 0,557, les inégalités sont fortes et une proportion importante de la population est vulnérable sans être pauvre. (SCA2D 2015-2019)

2.9. Education

En 2014-2015, le Taux Brut de Scolarisation dans le primaire (TBS) est de 103,3%, l'accès à ce niveau d'enseignement est de 100% et le taux d'achèvement du cycle est évalué à seulement 75%. La rétention s'établit autour de 69% alors que le taux de redoublement est évalué à 17% en 2015.

Toutefois, le pays enregistre une iniquité entre les garçons et les filles en matière de scolarisation primaire. L'écart entre le TBS des garçons et celui des filles est de 5 points en faveur des garçons. Cette disparité est beaucoup plus élevée à Mohéli où le TBS pour les garçons est estimé à 123% avec 30 points de moins pour leurs collègues de sexe féminin (Tableau de bord Ministère de l'éducation nationale 2014-2015).

Selon les évaluations du PASEC (Programme d'Analyse des Système Educatif de la CONFEMEN) de 2010, plus de la moitié des élèves comoriens prennent le petit déjeuner en 2e et 5e années du primaire. La majorité des enfants (plus de 80%) prennent au moins 2 repas par jour et environ 20% seulement un repas. Moins de 22% des élèves mangeraient bien en 2e année contre 27% environ en 5e année.

L'élève qui prend au moins 3 repas par jour, mange régulièrement de la viande ou du poisson, des œufs, du lait ou du yaourt ou du fromage, des fruits et des légumes est considéré comme bénéficiant d'une bonne nutrition.

D'après la même étude, la bonne nutrition aurait un impact positif sur le niveau d'acquisition des élèves en classe de CP2 (+19,3 points d'écart type ***).

2.10. Système d'information

Le Système d'information sanitaire est géré par la Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires, qui a entre autres pour missions de mettre en œuvre le Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire (PNDSIS) 2015-2019. La mise en œuvre de ce plan est effective même s'il connaît encore quelques faiblesses au niveau des ressources ainsi que de la gestion des données.

Des procédures pour la collecte et l'acheminement de l'information existent à tous les niveaux. Le niveau central se charge de l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données. Cependant les capacités nationales disponibles au niveau du secteur de la santé en matière d'épidémiologie, statistiques et planification sanitaire sont très limitées.

En matière de nutrition, on note la réalisation d'activités telles que la réactualisation des indicateurs de nutrition et l'élaboration d'outils de collecte des données au niveau communautaire permettant l'amélioration du système national de surveillance nutritionnel et alimentaire et sa performance.

Par ailleurs, le Ministère de la santé a élaboré une stratégie nationale de cyber santé dans lequel des ressources sont mobilisées pour améliorer la surveillance nutritionnelle par les agents de santé communautaire.

2.11. Santé

Les tendances générales montrent que l'état de santé de la population Comorienne s'est amélioré ces dernières années. Les indicateurs suivants illustrent cette situation : le taux de mortalité brut est de 15,1 pour 1000 aux Comores.

L'enfant comorien reste encore soumis à des risques de mortalité élevés malgré que le taux de mortalité infantile soit amélioré, passant de 59 pour 1000 en 2000 à 36 pour 1000 en 2012. Le taux de mortalité infanto-juvénile a aussi connu une amélioration en passant de 74 pour 1000 en 2000 à 50 pour 1000 en 2012. La mortalité maternelle reste encore très élevée avec 172 pour 100 000 naissances vivantes. (EDS-2012).

La couverture vaccinale en 2015 est de 72,44% pour le BCG, 73,34% pour le PENTA3 et 73,73 % pour le VAR et POLIO. Quant à VPI, elle est de 71,21% (source annuaire statistique DISS 2014-2015).

Les autres affections majeures enregistrées sont les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA) qui frappent plus particulièrement les enfants. Leur prévalence est respectivement de 39% et 38,1% (EDS-MICS 2012). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Le faciès épidémiologique des Comores s'est modifié au cours de ces dernières années. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre le paludisme vers son élimination. La prévalence actuelle est inférieure à 0,5%. Par contre il est observé une recrudescence des maladies non transmissibles : selon les résultats de l'enquête STEP WISE 2011, HTA (24%), diabète (4,8%), Obésité (36%) EDS -MICS 2012.).

En termes d'accès géographique aux structures sanitaires, 46,4% et 97,3% de la population a accès aux services de santé respectivement dans un rayon de 5 km à 15km.

Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et 8,92% à NGAZIDJA, NDZOUANI et MWALI. La moyenne nationale est de 10,25%. (Bulletin DISS 2014-2015).

En matière de financement du système de santé, la part du budget octroyé par l'Etat est passée de 4% en 2008 à 10 % en 2011. Il n'existe pas une ligne budgétaire dédiée à la nutrition.

2.12. Protection sociale

Les programmes de protection sociale sont peu développés aux Comores. Ils se résument aux prestations fournies par la Caisse nationale de retraite, la Caisse nationale de solidarité et de prévoyance sociale pour les salariés du public et du privé, les pensions de réversion et celles versées aux personnes vivantes avec un handicap ainsi que la caisse de retraite des militaires.

Les personnes qui travaillent dans l'informel et ceux qui n'ont pas cotisé dans ces structures étatiques, notamment les agriculteurs, les pêcheurs, les artisans, ne bénéficient pas d'aucune prestation sociale.

Les indigents, les handicapés et les plus vulnérables ont des difficultés d'accès aux services sociaux de base.

En 2014, le pays s'est doté d'une politique nationale de protection sociale inclusive et durable avec comme vision *«faire des Comores une nation où chaque citoyen accède durablement à la satisfaction de ses besoins fondamentaux par le biais d'une protection sociale complète et inclusive»* à travers le Développement des filets sociaux de sécurité en réponse aux besoins des groupes les plus vulnérables, l'Amélioration de l'accès aux services sociaux de base, la Promotion des stratégies novatrices de gestion des risques et le Renforcement du cadre de coordination, de gestion et de suivi-évaluation de la protection sociale aux Comores.

2.13. Habitat et Salubrité de l'Environnement

Des lois relatives au code de l'urbanisation et de l'aménagement du territoire existent, mais ne sont pas en général respectées. Ce qui empêche l'évacuation des déchets. Les conditions d'habitation sont globalement précaires. Elles sont caractérisées par une vie dans des abris ne répondant pas aux normes d'hygiène requises.

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

On peut noter aussi les ordures qui posent un problème socio-environnemental réel. On estime à 124.362 tonnes en 2000 avec une projection de 353.159 tonnes en 2020, soit une augmentation de 34%. Par ailleurs, il n'existe pas de système de drainage et d'évacuation des eaux usées dans l'ensemble du territoire.

Les risques environnementaux potentiels sont liés à la pollution marine et aux catastrophes naturelles, notamment volcaniques (Karthala), aux cyclones et aux inondations qui exposent aux catégories vulnérables à des risques élevés de la malnutrition.

2.14. Eau, Hygiène et Assainissement

La proportion de la population ayant accès à l'eau potable est estimée à 28,3% en milieu urbain contre 8,6% en milieu rural. La qualité de l'eau consommée par la population est loin d'être acceptable. En effet, à Ngazidja, plus de 75% des ménages s'approvisionnent dans les citernes traditionnelles. Dans les autres îles, la source est essentiellement l'eau de rivière, considérée comme étant peu salubre voire non potable dans sa totalité. Selon les conclusions du MICS 2000, la quasi-totalité de la population s'approvisionne en eau insalubre, source potentielle de maladies diarrhéiques, infectieuses et parasitaires.

L'assainissement est un droit humain officiellement reconnu par l'Assemblée générale des Nations-Unies en 2010. Mais ce droit n'a souvent pas bénéficié d'une attention particulière au titre des initiatives d'amélioration des conditions de vie des populations, surtout en milieu rural. A cet effet, les interventions de l'Etat dans ce domaine sont très faibles. L'insalubrité du cadre de vie des populations recommande un assainissement incluant la construction des égouts et des canalisations pour une maîtrise des eaux usées et de ruissèlement, de même que la mise en place d'un système de gestion des déchets ménagers. Une meilleure organisation des services relatifs à l'eau et à l'assainissement pourrait générer des situations d'emploi au profit de la population comorienne.

La proportion de la population ayant accès à une latrine améliorée n'a quasiment pas bougé (37,5% en 2004 contre 37,5% en 2012). Dans les communautés, *« le type d'aisance le plus répandu est la latrine, autrement dit les fosses conçues par les ménages d'une manière traditionnelle pour constituer leur lieu d'aisance »* (SCA2D, 2014).

La salubrité des aliments représente une préoccupation majeure pour les autorités. En effet, l'insuffisance de contrôle et de surveillance des aliments consommés qu'ils proviennent de l'extérieur ou de l'intérieur du pays laisse présager que les maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire restent une menace permanente.

2.15. Ressources humaines

L'Union des Comores dispose d'une Ecole de Médecine et de Santé Publique rattachée à l'Université des Comores pour la formation initiale des paramédicaux (Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages-femmes Diplômées d'Etat, etc.) et la formation continue du personnel de santé en collaboration avec d'autres Institutions d'enseignement régionales et internationales. En moyenne l'EMS forme 50 paramédicaux par an pour la formation initiale. Par contre il n'existe

pas de faculté de médecine et la formation des médecins est effectuée dans différents pays à l'étranger (France, Chine, Cuba, Russie et en Afrique surtout, etc.).

En matière de disponibilité des ressources humaines, on compte 1758 personnels de santé en 2012⁸ dont 84,5% du secteur public y compris des contractuels et des décisionnaires.

Tableau : Récapitulatif des effectifs du personnel clé de 2005-2012

Catégories	2005	2007	2009	2012
Médecins y compris les spécialistes	115	123	121	188
Pharmaciens	15	17	18	29
Dentistes	17	19	21	27
Infirmiers Diplômés d'Etat	157	189	252	338
Sage femmes d'Etat	107	168	199	238
Techniciens de laboratoire	44	72	100	60
Total	455	588	711	880

Sources : Rapports des recensements 2007, 2009 et PNDRH 2010-2014

Le problème d'insuffisance de personnel de santé persiste, et le peu qui existe se concentre beaucoup plus dans le milieu urbain qu'en milieu rural. Cette situation en défaveur du milieu rural compte certainement parmi les causes de la faible performance des structures de santé au niveau des districts en empêchant l'appropriation des programmes de santé par les équipes de santé de district.

III. ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE ET ALIMENTAIRE

3.1. Situation nutritionnelle

L'Union des Comores connaît une situation nutritionnelle préoccupante touchant particulièrement les enfants de moins de 5 ans. En effet, l'Enquête Démographique Sante 2012 révèle que 30 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition chronique, 11 % de la même tranche d'âge sont atteints de la malnutrition aiguë sévère et 16% d'insuffisance pondérale. L'EDS de 2012 a montré que la contribution de la malnutrition à la mortalité infanto-juvénile s'élevait à 43% dont 9% revenant à la malnutrition sévère.

⁸PNDRHS 2010-2014

Elle affecte le développement social et économique des communautés les plus vulnérables exacerbées par une pauvreté généralisée. Les conséquences sur les enfants sont énormes avec à long terme des retards de croissance, de mauvaises performances scolaires et un développement physique et cognitif de l'enfant affecté avec une augmentation du risque accru de contracter les maladies.

Le contexte actuel n'est pas favorable à l'amélioration de la situation nutritionnelle notamment des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés (personnes vivantes avec un handicap, personnes âgées, enfants des rues, orphelins, malades infectieux, personnes vivantes avec le VIH/SIDA).

Cette situation, compromet la santé et le développement des groupes les plus à risques. La problématique de la malnutrition chronique, l'anémie par carence en fer, la carence en iode dans une moindre mesure l'avitaminose A demeure probante. A ces problèmes de carence nutritionnelle s'ajoute l'émergence des pathologies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation.

La malnutrition occasionne des dépenses en soins supplémentaires, et cela à tous les niveaux, de la compétence cognitive et la capacité d'apprentissage à des stades ultérieurs de développement psychomoteur des enfants. Elle compromet donc le développement intellectuel et abaisse les résultats scolaires, réduisant ainsi les bénéfices des investissements lourds dans le secteur de l'éducation. La malnutrition constitue également un facteur important de morbidité et, de ce fait, entraîne une baisse du rendement et de la productivité au travail. Le coût économique de la malnutrition paraît ainsi énorme.

3.1.1. Retard de croissance

L'EDS –MICS 2012 montre que 30 % des enfants de moins de 5 ans accusent un retard de croissance ou malnutrition chronique, dont 16 % sous la forme sévère. Cet état de malnutrition chronique élevé cache des réelles disparités importantes selon les niveaux sociodémographiques. Selon l'âge, la prévalence de la malnutrition chronique est de 18 % chez les enfants de moins de 6 mois et atteint un pic de 43 % chez les enfants de 18-23 mois. On note une diminution avec 28% chez les enfants de 49-59 mois. La même enquête met aussi en évidence des disparités important entre le milieu et les Iles de résidence avec 32 % des enfants du milieu rural qui accusent un retard de croissance contre 25 % en milieu urbain. Au niveau des Iles, la prévalence du retard de croissance varie de 35 % à Ndzuwani à 23 % à Mwali et à Ngazidja.

3.1.2. Emaciation

Selon l'EDS-MICS 2012, l'émaciation ou malnutrition aigüe touche 11 % des enfants de moins de 5 ans dont 4 % sous la forme sévère. Ce niveau est considéré par l'OMS comme étant élevé et traduit une situation d'urgence (>2%). La même enquête révèle des écarts en fonction de l'âge avec une prévalence estimée à 18 % chez les enfants de moins de 1 an elle est de 7 % chez les enfants de 24 – 35 mois et de 11 % à 48-59 mois.

Il n'y a pas de grande variance entre les Iles en termes de prévalence. C'est à Ngazidja qu'on note la prévalence la plus faible estimée, 9 %. Par ailleurs les variations selon le niveau d'instruction de la mère et le quintile de bien-être économique ne sont pas très importantes.

3.1.3. Insuffisance pondérale

Selon toujours l'EDS-MICS II 2012, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 15 % chez les enfants de moins de 5 ans dont 4 % sous la forme sévère. En fonction de l'âge, elle est estimée à 12% chez les enfants de moins de 6 mois, 19 % à 9-11 mois et 17 % chez les 18-23 mois. Comme dans le retard de croissance, on note des disparités entre le milieu de résidence avec une prévalence élevée en milieu rurale (17 %) qu'en milieu urbain (12%). Elle est plus élevée à Ndzuwani que dans les deux autres îles (19 % contre 15 % à Mwali et 10 % à Ngazidja).

Tableau 5 : Evolution de la malnutrition

Situation Evolutive de la malnutrition chez les Enfants de moins de 5ans (%)						
Indicateurs	1991	1996	2000	2004	2008	2012
Proportion d'enfants accusant une insuffisance pondérale	13,9	25,8	26,3	24,9	13,8	15
Proportion d'enfants accusant une insuffisance pondérale sévère	4,6	7,9	8,7	-	4,1	4
Proportion d'enfants accusant un retard de croissance	20,6	33,8	42,3	43,1	27,8	32,1
Proportion d'enfant accusant un retard de croissance sévère	12,4	13,4	23,4	-	10,4	15
Proportion d'enfants accusant malnutrition aigüe	8,5	8,3	11,5	-	6,4	11
Proportion d'enfant accusant une émaciation sévère	1,1	2,0	3,9	-	1,8	4

Sources : MSPP- DPSP-Rapport de l'état nutritionnel des enfants de moins de 2 ans aux Comores 1991, EDS 1996, MICS 2000, EIM 2004, Rapport UNICEF 2008, EDS-MICS 2012

3.1.4. Allaitement maternel et alimentation de complément

3.1.4.1. Début de l'allaitement maternel

L'EDS-MICS 2012 révèle que la quasi-totalité des enfants (94 %) sont allaités. En ce qui concerne la mise au sein précoce, les résultats de cette enquête montrent que 76 % n'ont été allaités que le jour suivant la naissance et seuls 34 % l'ont été dans l'heure après la naissance. La même enquête révèle que près de deux enfants allaités sur cinq (38 %) ont reçu des aliments avant l'allaitement et 46 % de ces enfants appartiennent à des ménages classés dans le quintile le plus bas.

3.1.4.2. Allaitement exclusif et introduction de l'alimentation de complément

En Union des Comores, le ministère de la santé recommande que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois. Il est recommandé aussi que l'allaitement soit poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans, mais qu'à partir du 6ème mois, il soit complété par l'introduction d'aliments de complément appropriés en mesure de satisfaire les besoins alimentaires de l'enfant.

Selon les résultats de l'EDS-MICS 2012, la pratique de l'allaitement se poursuit longtemps après la naissance, 71% des enfants de la tranche d'âge de 12-17 mois et 58 % des 18-23 mois. Cependant la situation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant reste préoccupante par la persistance de pratiques néfastes à une bonne nutrition. On constate ainsi, que la pratique de l'allaitement maternel exclusif est très peu répandue car seulement 12% des enfants de moins de 6 mois, un enfant sur dix, sont nourris exclusivement au sein. Ainsi donc, une grande majorité des enfants ne sont pas allaités conformément aux recommandations en la matière. En effet, la même enquête révèle que 30% des enfants de 0-1 mois reçoivent de l'eau en plus du lait maternel, 21% d'autres types de lait et 24% des aliments de complément en plus du lait maternel. Par contre à l'opposée, 29 % des enfants de 6-9 mois n'ont pas reçu d'aliments de complément.

3.1.4.3 Type d'aliments consommés par les jeunes enfants

Les bonnes pratiques alimentaires chez les enfants doivent se reposer sur la diversification de l'alimentation. Selon l'EDS -MICS 2012, l'introduction de liquides autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi-solides dans l'alimentation des enfants a lieu très tôt, avant l'âge de 6 mois ; elle augmente rapidement avec l'âge, cela quel que soit le type d'aliments. Il résulte de la même enquête, que les enfants qui sont encore allaités ont moins fréquemment consommés les divers types d'aliments que les enfants qui ne sont pas allaités. En effet selon les normes

- Seuls 5% des enfants allaités de 6-23 mois sont nourris de manière optimale. (Ce groupe devrait recevoir au moins trois repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides provenant d'au moins quatre groupes d'aliments.)
- Seuls 9% des enfants non allaités de 6-23 mois sont nourris de manière optimale (ce groupe devrait recevoir au moins quatre repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides provenant d'au moins quatre groupes d'aliments.)

Ainsi, dans l'ensemble, seuls 7 % des enfants de 6-23 mois sont nourris de manière appropriées c'est à dire en suivant les pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant.

3.1.5. Consommation de micronutriments et prise de vermifuges par les enfants

La supplémentation régulière en micronutriment (vitamine A, fer, iode etc) est indispensable pour assurer un meilleur état nutritionnel des enfants à partir de six mois en plus d'une alimentation appropriée. Il est aussi recommandé d'administrer deux fois par an des vermifuges aux enfants de plus de 12 mois.

3.1.5.1. Vitamine A

En Union des Comores, la principale stratégie de lutte contre la cécité est la supplémentation en capsule de vitamine A. L'EDS-MICS 2012 révèle que 71% des enfants de 6-23 mois consomment des aliments riches en vitamine A. le niveau d'instruction joue un rôle important puisque la proportion de ceux qui en ont consommé varie de 67 % parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction à 78 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire. Par ailleurs,

les résultats de la même enquête montrent que la proportion d'enfants qui ont consommé des aliments riches en vitamine A est plus élevée qu'en milieu rural (74 % contre 70 %).

En ce qui concerne la supplémentation systématique en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois, l'EDS-MICS 2012 révèle que 49 % avaient reçu des suppléments de vitamine A. Le niveau d'instruction de la mère influence beaucoup selon que la mère n'ait aucun niveau d'instruction (42% des enfants supplémentés en vitamine A) ou quand elle a un niveau secondaire ou plus (57 % des enfants supplémentés en vitamine A). Il existe aussi des disparités entre les Iles de résidence qui montrent un écart important entre Mwali et Ngazidja où 56 % des enfants reçoivent des suppléments de vitamine A et Ndzuwani où cette proportion n'est que de 42 %.

3.1.5.2. Consommation d'aliments riches en fer et supplémentation en fer

Le fer est essentiel au bon fonctionnement de l'organisme et la lutte contre l'anémie. Les résultats de l'EDS -MICS 2012 montrent que 60 % des enfants de 6-23 mois consomment des aliments riches en fer. Globalement les variations sont celles observées pour la consommation d'aliments riches en vitamine A.

En ce qui concerne la supplémentation en fer, seuls 25 % des enfants de 6-23 mois reçoivent des suppléments en fer. Ce taux est de seulement 15% à Moroni et 18% à Ngazidja.

3.1.5.3. Sel iodé

Selon l'EDS-MICS 2012, 91 % des ménages comoriens utilisaient du sel iodé. Cette proportion ne varie que très peu et la disponibilité de sel iodé est assez homogène. On peut seulement souligner que le pourcentage de ménages disposant de sel iodé diminue des ménages du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 97 % à 87 %.

3.1.5.4. Vermifuges

En Union de Comores, le ministère de la sante recommande l'administration des vermifuges chez les enfants de 6-59 mois pour éliminer les vers intestinaux présent ans l'organisme. Selon l'EDS-MICS 2012, 56 % des enfants de 6-59 mois ont reçu des vermifuges. L'administration de vermifuges a davantage concerné les enfants dont la mère étaient dans la tranche d'âge de 40-49 ans à la naissance de l'enfant, 61% et ceux qui appartiennent à des ménages classés dans le quintile le plus élevé, 64 %.

3.1.6. Etat nutritionnel des femmes en âge de procréer et consommation en micronutriments

3.1.6.1. État nutritionnel des femmes de 15-49 ans

L'EDS-MIC 2012 a évalué l'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans à partir de deux indices anthropométriques, la taille et l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Il ressort qu'environ 3%

d'entre elles ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme seuil critique (une taille inférieure à 145 centimètres est considérée comme un facteur de risque obstétrical⁹).

Plus de la moitié des femmes, 57%, ont un IMC normal (entre 18,5 et 24,9 kg/m²). Tandis que, 7% présentaient un IMC <18,5 kg/m², dénotant un état de déficience énergétique chronique. La même enquête précise que cet état de déficience énergétique chronique était plus fréquent chez la tranche d'âge 15-19 ans, 13%, chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire, 9% et celles vivant dans un ménage classé dans le second quintile, 10.

Le surpoids et l'obésité sont causes de nombreuses maladies comme l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires ou le diabète et contribuent à la mortalité et la morbidité chez les femmes comme la déficience énergétique. Selon l'EDS-MICS 2012, 36% des femmes ont un IMC supérieur ou égal à 25,0 kg/m² et donc en état de surcharge pondérale. Tandis que, 25% sont considérées comme étant en surpoids (IMC de 25,0-29,9 kg/m²) et 12% sont obèses (IMC de 30,0 kg/m² ou plus).

Il existe des variances sociodémographiques puisque cette tendance à l'obésité au surpoids est plus accentuée chez les femmes âgées de 40 ans ou plus, 53%, en milieu urbain, 43%, et dans la région de Mwali, 43%.

3.1.6.2. Supplémentation en vitamine A en post-partum

En matière de supplémentation en vitamine A en post-partum, l'EDS -MICS 2012 montre que seules 32% des femmes ont reçu une dose de vitamine A lors de la naissance de leur dernier enfant. On observe des disparités selon le milieu et la région de résidence. En milieu rural, ce taux est de 29% contre 40 % en milieu urbain. Dans les îles, ce taux est de 25% à Ngazidja contre 37% dans les deux autres.

3.1.7. Education nutritionnelle

L'éducation nutritionnelle constitue un élément clé dans la prévention de la malnutrition, l'adoption de bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles et l'amélioration de l'état nutritionnel.

Le Gouvernement considère l'éducation nutritionnelle comme étant un axe stratégique dans ses efforts de lutte contre la malnutrition. Cet engagement s'est matérialisé à travers des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'élaboration d'une Stratégie de Communication à base communautaire axée sur des thématiques de nutrition.

3.1.8. Les maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation

Le Ministère de la Santé a réalisé en 2011 une enquête STEP Wise portant sur les maladies non transmissibles. Les données montrent que 25,9% des adultes sont en surcharge pondérale et 13,5% sont obèses. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, les taux de prévalence

⁹ WFPHA, 1983

pour l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont estimés respectivement à 25,4% et 25,9%. La prévalence nationale du diabète est de 4,8%.

Une proportion importante de la population comorienne ne consomme pas suffisamment de légumes et des fruits. Selon l'évolution actuelle du mode alimentaire dans le pays, la tendance évolue vers la consommation d'une alimentation basée sur des farines de blé raffinées, des matières grasses (les ailes de poulet, poissons frite et tubercules à base de coco...), des aliments sucrés/salés (pâtisseries, viennoiseries, boissons sucrés). D'où, l'émergence et l'exposition de la population à la surcharge pondérale et à l'obésité depuis le bas âge.

3.2. Situation alimentaire

La disponibilité alimentaire au niveau national est insuffisante par rapport au taux de croissance agricole pour couvrir les besoins de la population. Elle est par ailleurs instable dans le temps, avec un accroissement de la production nationale insuffisante pour compenser la croissance de la population. La production nationale couvre environ 60% des besoins énergétiques globaux avec la banane, les tubercules, les légumineuses et fruits tropicaux qui constituent les produits vivriers de base. 75% des besoins alimentaires de la population sont satisfait par des importations (EDIC 2015).

3.2.1. La consommation alimentaire

Depuis plusieurs années, les habitudes alimentaires de la population ont évolué en faveur de la consommation du riz et des produits importés. Ces derniers sont plus accessibles financièrement que les produits locaux en particuliers les fruits et légumes. En effet, compte-tenu du prix élevé des produits vivriers locaux (banane notamment), la majorité des ménages préfèrent consommer du riz importé de qualité dite "populaire", vendu à un prix stable.

Par ailleurs, les produits riches en sucres et graisses sont fortement consommés par les populations et favorisent la prise de poids et les maladies non transmissibles.

3.2.2. Transformation et Conservation alimentaires

Les industries de transformation des produits agricoles sont rares, en raison entre autres de l'instabilité des produits et de l'insuffisance des infrastructures de base et de technologie de transformation. La conservation des récoltes en milieu rural est essentiellement traditionnelle et basée sur des méthodes de séchage, fumage et autres. Les pratiques modernes sont peu développées. Ainsi, une bonne partie des récoltes est détruite par les prédateurs. Il existe un grand potentiel sur le développement des petites et moyennes entreprises (PME) spécialisées dans la transformation et la conservation des produits agro-alimentaires.

3.2.3. La Protection des consommateurs

3.2.3.1. Législation et Normalisation

Bien qu'il existe des textes de base, entre autres la Loi alimentaire, la Loi Phytosanitaire, le Code de la Pêche, le Code de la santé et le Code de commercialisation des substituts du lait maternel, les textes d'application ne sont pas élaborés. Cependant, des dispositions sont prises pour la coordination de l'ensemble des activités sur la sécurité sanitaire des aliments en

particulier la mise en place d'un Comité de concertation sur la sécurité sanitaire des aliments (CNSSA).

3.2.3.2. Contrôle de qualité des denrées alimentaires

Le manque de système de contrôle de qualité des denrées alimentaire performant est l'un des handicaps qui freinent la compétitivité de nos produits autant sur le marché national qu'international. Les Services chargés de ce contrôle souffrent d'un manque d'équipements notamment au niveau des laboratoires et d'une véritable politique de sécurité sanitaire des aliments. Pourtant, une série de normes (82 normes) a été adopté par le comité national du Codex ainsi que d'autres arrêtés ministériels. Une proposition de réforme de la Politique Nationale de Qualité existe au niveau du Service de Normalisation. Les produits alimentaires sont insuffisamment contrôlés autant à l'importation, à l'exportation qu'au niveau de la consommation.

Le contrôle des pesticides reste insuffisant, malgré l'existence d'un projet de Loi sur le contrôle et la gestion des pesticides.

IV. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE

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

4.1.Au niveau du secteur financier et économique

Le Gouvernement a élaboré avec l'appui des partenaires la Stratégie de Croissance Accélérée et de développement durable (SCA2D 2015 – 2019) qui a été révisée en 2017 (SCA2D 2018-2021).

Des orientations en matière de finances publiques ont été retenues sur la loi de finance 2017. Il s'agit entre autres de la mise en place d'une politique budgétaire et fiscale rigoureuse, de la conduite des réformes des politiques fiscales et douanières (réforme sur le perfectionnement, la simplification, l'harmonisation et la transparence du système douanier et fiscal).

4.2.Au niveau du secteur agricole

L'Union des Comores est engagée dans plusieurs processus de planification au cours de l'année 2014. L'actualisation de la Stratégie Nationale Agricole (SNA) va s'intégrer dans la nouvelle Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D). Elle s'appuie sur le Plan de Développement Durable de l'Agriculture Africaine (PDDAA du NEPAD) pour les axes la concernant.

Le PDDAA, volet agricole du NEPAD (Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique) est organisé sur la base de quatre piliers considérés comme les meilleurs secteurs d'investissements pour l'agriculture :

- La Gestion durable des terres et des eaux
- L'accès aux marchés

- L'approvisionnement alimentaire
- La recherche agricole

4.3. Au niveau de la santé

4.3.1. En matière de gouvernance

- Adhésion de l'Union des Comores au mouvement SUN en 2013 ;
- Adoption du Décret de mise en place de la Plateforme Multisectorielle de Nutrition et d'Alimentation en novembre 2017
- Mobilisation des ressources financières et humaines auprès des partenaires
- Adoption du code de commercialisation des substituts du lait maternel en 2012

4.3.2. En matière d'élaboration de politiques et Stratégies

- Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation 2018-2025
- Stratégie de communication sur la sécurité sanitaire des aliments en 2013
- Stratégie nationale de communication communautaire en nutrition en 2017
- Stratégie nationale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant /Nutrition de la femme (ANJE) en 2017
- Stratégie nationale de la santé communautaire en 2018

4.3.3. En matière de prise en charge

- Elaboration du protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe (PCIMA) en 2014
- Ouverture de 30 CRENAS et CRENI au niveau des 3 Iles
- Renforcement des capacités des prestataires de santé sur la PCIMA
- Organisation des campagnes de dépistage de la malnutrition aigüe (MA)
- Organisation des campagnes de promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Suivi de la croissance des enfants de 0 à 5ans au niveau communautaire
- Approvisionnement régulier des centres de prise en charge (CRENI et CRENAS) en intrants nutritionnels

4.3.4. Au niveau de la Santé Maternelle et Infantile

L'accès universel aux soins de santé primaires est primordial dans la lutte contre la malnutrition notamment, la santé maternelle et infantile, comprenant la vaccination contre les maladies prioritaires, la prise en charge précoce des maladies courantes des enfants (PCIME), les consultations pré et postnatales et le planning familial. L'utilisation actuelle de la contraception reste encore faible (19.4%) au niveau national, par insuffisance d'information et d'accès à un service adéquat de planning familial.

Egalement, la gratuité de certaines prestations contribue à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants comme la surveillance de la croissance et la supplémentation en vitamine A.

Néanmoins, la fréquentation des centres de soins de santé reste encore limitée même si la stratégie avancée a aidé à améliorer la couverture de certaines interventions.

4.4. Au niveau de l'éducation

Le Ministère de l'Education a intégré dans son programme d'enseignement des notions relatives à la nutrition telles que : l'hygiène alimentaire, les types et la composition des aliments, les conséquences d'une mauvaise mastication, la notion d'une alimentation équilibrée et son importance pour l'Homme, la croissance de l'enfant et les régimes alimentaires, etc.,

4.5. Au niveau de la Protection Sociale

Il existe une aide sociale de l'Etat dont l'objectif est de subvenir aux besoins des personnes vivant avec un handicap. Depuis 2014, avec l'appui des partenaires, 2 programmes sont mis en œuvres pour soutenir les populations pauvres et vulnérables à faire face à leurs besoins quotidiens au niveau national sous 2 formes : transfert monétaire inconditionnel qui compte 7 localités (2 à Mwali, 3 à Ndzuwani et 2 Ngazidja) et transfert monétaire contre travail avec 69 localités.

Après son adoption par le Gouvernement en janvier 2016, un plan d'action de mise en œuvre couvrant la période 2017-2021 a été élaboré mais sa mise en œuvre n'est pas encore effective. Une loi sur la Protection Sociale et une autre sur l'Assurance Maladie Universelle ont été adoptées et attendent leurs promulgations pour leurs mises en œuvre.

4.6. Forces et Faiblesses de la réponse nationale

L'analyse permet de dégager les forces et les faiblesses de ce qui est entrepris en nutrition.

4.6.1. Les Forces

- Priorisation de la nutrition dans le SCA2D 2018-2021
- Adhésion de l'Union des Comores au mouvement SUN
- Adoption du Décret de mise en place de la Plateforme Multisectorielle de Nutrition et d'Alimentation
- Implication des Partenaires au Développement
- Existence d'un code de commercialisation des substituts du lait maternel
- Disponibilité du Protocole national de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA)
- Existence d'un pool de formateurs sur la PCIMA
- Création des 30 Centres de Récupération et Education Nutritionnelle pour la malnutrition Aigüe Sévère sans complications (CRENAS) et Centre de Récupération et Education Nutritionnelle Intensive pour la malnutrition Sévère avec complication (CRENI)
- Homologation des prix de certaines denrées alimentaires de première nécessité importées.
- Adhésion du pays au Codex Alimentarius

- Distribution et approvisionnement régulier des micronutriments et intrants nutritionnels (Fer/Acide folique, zinc et Vit A) dans les structures sanitaires;
- Existence des Centres de Recherche, de Développement et d'Encadrement (CRDE)
- Mise en place d'un réseau de surveillance nutritionnelle pour une prise en charge rapide et efficace des cas de malnutrition ;
- Existence d'une Politique Nationale de Protection Sociale
- Existence d'une Stratégie de Santé Communautaire

4.6.2. Faiblesses

- Absence de ligne budgétaire pour la nutrition ;
- Absence d'un Service dédié à la nutrition au niveau du cadre organique du MSSPSPG ;
- Absence d'enquête nationale sur la consommation alimentaire ;
- Absence d'enquête sur les micronutriments ;
- Insuffisance de ressources humaines ;
- Faible capacité de leadership pour assurer la coordination des interventions en matière de nutrition menées dans le pays ;
- Comité national multisectoriel non fonctionnel
- Faible intégration de la nutrition dans le paquet minimum d'activités dans les districts sanitaires ;
- Insuffisance de coordination des activités de nutrition
- Faible implication des bénéficiaires, notamment des communautés de base

Même si l'on peut noter une approche plutôt préventive dans la majorité des interventions mises en œuvre par les différents secteurs, il ressort de l'analyse de toutes ces interventions menées que la réponse nationale en matière de nutrition et de sécurité alimentaire a encore besoin de plus de coordination et d'efficacité. Ainsi, le manque de synergie et la faible couverture de ces interventions n'ont pas permis une réduction tangible de la malnutrition au niveau national. Même si, au niveau institutionnel, la nutrition et l'alimentation sont prises en compte à travers des programmes et projets mis en œuvre séparément par le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre et celui en charge de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche. En effet, l'efficacité des interventions ne serait probante que si la coordination multisectorielle, autant stratégique qu'opérationnelle, est effective, que des évaluations/enquêtes sur les interventions mises en œuvre sont réalisées de façon périodique et que des mesures appropriées sont prises pour contenir les barrières qui pourraient être révélées.

La mise en place de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA), qui implique tous les secteurs concernés devra tenir compte des stratégies programmatiques et transversales, dont celles portant sur le plaidoyer pour la mobilisation de ressources, la formation de toutes les catégories d'acteurs dans le domaine de la nutrition et l'alimentation, la communication pour sensibiliser la population aux problèmes de nutrition et d'alimentation, et le suivi-évaluation pour une bonne coordination et une orientation concertée de toutes les

actions qui contribueront à la réduction de la malnutrition chez les groupes vulnérables, en particulier la mère et l'enfant.

V. VISION, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

5.1. Vision

Faire des Comores, un pays émergent où chaque citoyen jouit d'un état nutritionnel adéquat par l'adoption de bons comportement et pratiques favorables à une alimentation saine, équilibrée et diversifiée pour assurer le développement, la résilience et le bien-être.

5.2. Fondements de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA 2018-2025)

5.2.1. Niveau International et Sous-régional

La PNNA 2018-2025 se fonde sur la ratification et l'adoption de diverses stratégies, déclarations et résolutions prises au niveau international et national notamment :

- **Les Cibles mondiales en Nutrition de l'Assemblée Mondiale de la Santé** qui constituent un cadre d'orientation des interventions à prioriser en vue d'atteindre les résultats visés d'ici 2025. Ces cibles sont au nombre de six parmi lesquels l'allaitement maternel, la prévention de la sous nutrition, de l'obésité de même que la prévention de l'anémie chez les femmes en âges de procréer;
- La **Stratégie globale d'alimentation du jeune enfant** OMS/UNICEF 2002 à New York;
- Les recommandations du **Sommet Mondial de la FAO** sur l'alimentation et la faim à Rome en 2008;
- La feuille de route du **Mouvement Scaling Up Nutrition (SUN)** qui est un mouvement mondial qui réunit les gouvernements, la société civile, les entreprises et les citoyens dans un effort mondial pour mettre fin à la sous-nutrition. Ce mouvement qui a pour principal objectif la création d'un environnement politique favorable avec un fort leadership du pays est un espace commun (Plateforme Multisectorielle) où les acteurs peuvent aligner et coordonner leurs activités et prendre une responsabilité conjointe pour le renforcement de la nutrition. A l'instar des 57 autres pays, les Comores ont adhéré au mouvement en décembre 2013;
- Les conclusions et recommandations de la **2^{eme} Conférence Internationale de Nutrition (CIN2)**, tenue à Rome en novembre 2014
- **Les Objectifs de Développement Durable (ODD)** qui constituent un cadre de référence pour le développement humain durable. Composés de dix-sept (17) objectifs, ils contribuent à une sécurité nutritionnelle des populations à l'horizon 2030 (référence aux ODD 2 et 3);
- La **Décennie d'Action des Nations Unies pour la Nutrition 2016 – 2025** qui vient en appui à la réalisation des cibles mondiales en matière de nutrition et des objectifs de développement durable (ODD) et vise le renforcement du leadership des Gouvernement en matière de développement de la Nutrition

- **La Stratégie Régionale Africaine de Nutrition (ARNS)** qui couvre la période 2015-2025 et qui vise l'amélioration de la nutrition en Afrique à travers l'atteinte de cinq objectifs

5.2.2. Niveau National

Au niveau national, plusieurs documents réglementaires et législatifs de politiques et stratégies ont été élaborés par des secteurs sensibles et spécifiques à la nutrition et dont la mise en œuvre contribue de manière significative à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations.

Ce sont entre autres, la Loi Alimentaire, le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel, la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D 2018-2021), la Stratégie Agricole, la Politique Nationale de Santé (PNS), la Politique Nationale d'Égalité et d'Équité et Genre (PNEEG), la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), le Plan Intérimaire de l'Éducation (PIE), La Stratégie Nationale de Santé Communautaire 2018-2022, etc.

5.3. Principes directeurs

La Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation, PNNA 2018-2025, est sous-tendue par les cinq (07) principes directeurs suivants :

- **Le Droit à l'Alimentation et à la Nutrition**

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

- **La Multisectorialité**

La multitude des déterminants de la nutrition, fait de la multisectorialité un des piliers de la performance. Tous les secteurs doivent être impliqués et œuvrer en synergie pour l'atteinte des résultats communs, chacun agissant selon ses prérogatives et sa spécificité.

- **L'Équité**

L'équité vise à corriger les inégalités que subissent les personnes ou les groupes défavorisés. Ainsi, les différences de genre, les inégalités sociales, régionales et locales doivent être prises en compte en veillant à ce qu'aucun groupe vulnérable ou défavorisé ne soit victime de stigmatisation et d'exclusion.

- **La Redevabilité**

L'obligation de rendre compte doit animer tous les acteurs du dispositif afin d'instaurer la confiance entre l'État et les partenaires au développement d'une part, et d'autre part entre les acteurs du dispositif et les populations bénéficiaires.

- **Le Genre**

Ce principe suppose que l'intérêt et les contributions des femmes, des hommes et des couches vulnérables dans la société sont pris en compte dans la formulation et la mise en œuvre des actions sensibles et spécifiques en nutrition.

- **La Pérennisation/Appropriation**

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

▪ **La Décentralisation des interventions au niveau communautaire**

Les Comores se sont engagées dans une politique de décentralisation des structures politiques et administratives. Les autorités locales et la communauté sont les acteurs clés en matière de développement y compris les activités de nutrition.

5.4. But de la Politique

Assurer le droit de la population comorienne toute entière à une alimentation et à une nutrition adéquates.

5.5. Objectifs de la Politique

Dans le cadre de sa Stratégie de Croissance accélérée, **SCA2D 2018-2021**, le Gouvernement de l'Union des Comores s'engage à faire du développement de la Nutrition une priorité nationale pour contribuer à l'amélioration des conditions socio-économiques des populations, en particulier les plus vulnérables (enfants, adolescents, femmes en âge de procréer et personnes âgées) dans le cadre des actions menées pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables 2030.

L'Objectif Général de la PNNA 2018-2025 est d'Améliorer le statut nutritionnel de la population comorienne et contribuer de façon significative et durable à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux problèmes d'alimentation et de nutrition, en particulier chez les plus vulnérables

Les objectifs intermédiaires de cette Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation consistent à :

- Prévenir et Prendre correctement en charge la malnutrition sous toutes ses formes
- Contribuer à la réduction de l'incidence des maladies non transmissibles à déterminants nutritionnels et les conséquences qui en découlent (surcharge pondérale, obésité, diabète, maladies cardio-vasculaire, cancers),
- Promouvoir de bons comportements d'alimentation et de nutrition adéquats et de pratiques favorables à la bonne nutrition.
- Contribuer à l'amélioration de la disponibilité et à l'accessibilité au niveau des ménages comoriens, de produits alimentaires en quantité et en qualité,
- Contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables, notamment les enfants, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées et les PVVIH

5.6. Orientations Stratégiques

La Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation 2018-2025 s'articule sur 5 axes stratégiques programmatiques et 2 axes transversaux :

- **Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes y compris les carences en micronutriments et Promotion de comportements et pratiques favorables à l'ANJE**
- **Contribution à la réduction de l'incidence des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition et l'alimentation**
- **Contribution au renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation de produits alimentaires de qualité au niveau ménage de façon durable;**
- **Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments**
- **Amélioration de la gouvernance et des dispositions législatives en matière de nutrition**
- **Renforcement de la communication et du partenariat avec la Société civile en matière de développement de la nutrition**
- **Promotion de la Recherche Appliquée et la Formation en Nutrition**

5.6.1. AXE STRATEGIQUE 1 : REDUCTION DE LA MALNUTRITION SOUS TOUTES SES FORMES Y COMPRIS LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS (ANEMIE, CARENCES EN VITAMINE A, TDCI) ET PROMOTION DE COMPORTEMENTS ET PRATIQUES FAVORABLES A L'ANJE

Cet axe va s'appuyer sur des interventions tant au niveau hospitalier que communautaire. Ainsi, une synergie d'action des différents acteurs contribuera à atteindre avec efficacité les objectifs.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025 :

1. Réduire la prévalence du retard de croissance ou malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5ans de 30% (2012) à 22% en 2021 et moins de 15% en 2025
2. Réduire la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans de 11,1% en 2012 à 8% en 2021 et moins de 5% en 2025
3. Réduire la prévalence d'anémie chez les femmes en âge de procréer de 30% en 2012 à 25% en 2021 et 20% en 2025 et augmenter le taux de couverture en fer chez les enfants de 6 à 23 mois de 25% en 2012 à 50% en 2021 et à 60% en 2025
4. Augmenter le taux de couverture en vitamine A chez les enfants de 6 à 59mois de 49% en 2012 à 70% en 2021 et à 85% en 2025
5. Amener le taux d'utilisation du sel iodé par les ménages, de 91% en 2012 à 100% en 2021
6. Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois de 12% en 2012 à 20% en 2021 et 30% en 2025

Stratégies prioritaires :

- ❖ **Prévention et Prise en charge correcte de la malnutrition sous toutes ses formes et sur toute la pyramide sanitaire et au niveau communautaire avec accent sur la fenêtre des 1000 premiers jours de l'enfant**

- ❖ Promotion de l'ANJE (0-23 mois et 24 à 59mois) et d'une alimentation saine au sein de la population, notamment chez les adolescentes, les femmes enceintes et allaitantes;
- ❖ Prévention et prise en charge correcte des carences en micronutriments notamment l'anémie, la carence en vitamine A et les troubles dus aux carences en iode TDCI;
- ❖ Renforcement de la surveillance épidémiologique de la malnutrition
- ❖ Renforcement de la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires (Diarrhée, Paludisme, Rougeole, etc.) à incidence nutritionnelle chez les moins de 5ans
- ❖ Renforcement de la prise en charge nutritionnelle de la femme enceinte, du post-partum et de la femme allaitante

5.6.2. AXE STRATEGIQUE 2 : CONTRIBUTION A LA REDUCTION DE L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES LIEES A LA NUTRITION ET A L'ALIMENTATION

Le renforcement de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (MNT) liées à la nutrition consistera à mettre l'accent sur la prévention du surpoids, la sensibilisation des populations sur les comportements et pratiques favorables à une bonne nutrition.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025:

1. Réduire la prévalence du surpoids chez les femmes de 25% en 2012 à 20% en 2021 et 17% en 2025 ;
2. Réduire le taux d'obésité chez l'adulte de 36% en 2012 à 26% en 2021 et 20% en 2025
3. Promouvoir le sport et les bons comportements en matière d'alimentation

Stratégies prioritaires :

- ❖ Contribution à la prévention des MNT liées à la nutrition (surpoids/obésité)
- ❖ Prise en charge nutritionnelle correcte des MNT liées à la nutrition (diabète/HTA)

5.6.3. AXE STRATEGIQUE 3 : CONTRIBUTION AU RENFORCEMENT DE LA DISPONIBILITE, DE L'ACCESSIBILITE ET DE L'UTILISATION DE PRODUITS ALIMENTAIRES DE QUALITE AU NIVEAU MENAGE DE FAÇON DURABLE

Dans un contexte de détérioration continue des conditions de vie et de l'environnement d'une grande partie de la population de notre pays et en particulier des groupes vulnérables, la mise en place de stratégie permettant l'amélioration de la sécurité alimentaire au niveau ménage est un impératif pour les différents acteurs et parties prenantes intervenant dans le domaine.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025:

1. Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité des produits alimentaires de première nécessité au niveau des ménages
2. Contribuer à l'amélioration et au renforcement de l'accès aux intrants agricoles et de pêche et à l'élevage de proximité dans les zones pauvres et vulnérables

Stratégies prioritaires :

- ❖ Promotion de la production maraîchère, vivrière, de légumineuses et fruitière
- ❖ Promotion de la basse-cour villageoise et du potager familial
- ❖ Promotion de la cuniculture et de l'apiculture
- ❖ Promotion des technologies de transformation des produits primaires de l'agriculture et de l'élevage pour augmenter leur valeur ajoutée
- ❖ Contribuer au développement de programmes de Filets sociaux à visée sécurité nutritionnelle

5.6.4. AXE STRATEGIQUE 4. RENFORCEMENT DE LA SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS

La finalité de cet axe stratégique est de garantir une sécurité sanitaire des aliments et une sécurité des approvisionnements alimentaires. Pour y parvenir, le gouvernement doit impliquer l'ensemble des parties prenantes entre autres les organisations commerciales, la société civile et les bénéficiaires eux-mêmes.

Objectifs: stratégiques d'ici 2025 :

1. Mettre en place un comité de coordination nationale du système de sécurité sanitaire des aliments pour tous les secteurs impliqués.
2. Organiser les structures de sécurité sanitaires des aliments
3. Vulgariser et mettre en application les textes réglementaires en faveur de la sécurité sanitaire des aliments
4. Créer et opérationnaliser une Agence de Sécurité Sanitaire des Aliments

Stratégies prioritaires :

- ❖ Adoption ou renforcement des textes normatifs et législatifs pour le contrôle de la qualité des aliments
- ❖ Renforcement des capacités des services de contrôle et de suivi de la qualité des aliments
- ❖ Formation du personnel intervenant dans les activités de contrôle de qualité et d'innocuité des aliments ;

- ❖ Promotion de l'application des textes réglementaires relatifs à la sécurité sanitaire des aliments
- ❖ Renforcement des structures de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments en infrastructure, ressources humaine, équipements et logistique

5.6.5. AXE STRATEGIQUE 5 : AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE ET DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES EN MATIERE DE NUTRITION

Cet axe stratégique a pour but d'harmoniser les structures impliquées dans le processus de nutrition et d'alimentation et d'en assurer la coordination de façon plus efficiente de même que, l'application des textes réglementaires nationaux et internationaux en matière de nutrition.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025 :

1. Opérationnaliser la plateforme multisectorielle de Nutrition et d'Alimentation ;
2. Opérationnaliser la PNNA 2018-2025 à travers son Plan d'Action Multisectoriel
3. Renforcer le cadre réglementaire en faveur de la nutrition et de l'alimentation
4. Mettre en place un système opérationnel de collecte, d'analyse et de diffusion des données en matière de nutrition

Stratégies prioritaires :

- ❖ Opérationnalisation de la plate-forme multisectorielle de Nutrition et d'Alimentation;
- ❖ Elaboration, validation et adoption du Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition et d'Alimentation 2018-2021;
- ❖ Plaidoyer auprès des hautes autorités pour le rehaussement institutionnel de la Nutrition pour plus de leadership et de visibilité
- ❖ Elaboration/Renforcement du cadre réglementaire en matière de développement de la Nutrition
- ❖ Renforcement et développement des capacités de collecte sur la nutrition;
- ❖ Renforcement du cadre de centralisation de l'analyse et de la diffusion de l'information axée sur la nutrition

5.6.6. AXE TRANSVERSAL 1 : RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION ET LE PARTENARIAT AVEC LA SOCIETE CIVILE EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DE LA NUTRITION

Cet axe stratégique a pour finalité le renforcement de la visibilité des programmes et des activités développées entre autres les activités d'information, de communication, de plaidoyer et de sensibilisation vers les Elus, les leaders d'opinion, les partenaires de la Société civile et le

mouvement associatif autour de cette politique en vue d'une meilleure intégration de la dimension nutrition dans l'approche stratégique de développement des Comores.

Objectifs Stratégiques d'ici 2025:

1. Elaborer et assurer le suivi du plan de mise en œuvre de la stratégie de communication en faveur de la nutrition ainsi que son plan opérationnel budgétisé.
2. Elaborer et produire des supports de communication en faveur de la nutrition
3. Assurer un processus continu de communication pour le changement de comportement en faveur des communautés et des populations;
4. Renforcer la composante nutrition du SNIS
5. Elaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de l'alphabétisation fonctionnelle ;
6. Développer un partenariat constructif avec les Collectivités locales, les ONGs, les Mouvements associatifs et le Secteur privé dans la mise en œuvre de programmes de lutte contre la malnutrition

Stratégies prioritaires :

- ❖ Organisation d'actions de sensibilisation en partenariat avec les médias
- ❖ Organisation de rencontres pour la validation des supports et outils de communications adaptés;
- ❖ Appui à la création et à la dynamisation de ligues fortes et organisées des consommateurs
- ❖ Organisation d'actions de sensibilisations en faveur les coopératives agricoles et en collaboration avec les CRDE ;
- ❖ Mutualisation des plans de communication budgétisée entre les structures impliquées à la nutrition (Production, Santé, Protection Sociale, Education, etc.)

5.6.7- AXE TRANSVERSAL 2 : RECHERCHE APPLIQUEE ET FORMATION EN NUTRITION

Objectifs stratégiques d'ici 2025 :

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

Stratégies prioritaires

- ❖ Développement de la recherche en matière de nutrition et d'alimentation
- ❖ Impliquer d'avantage l'Université dans le cadre de la formation et de la recherche

- ❖ Développer des formations diplômante en Nutrition au sein de l'Université et les Ecoles de Formation Infirmière et Sage-Femme

VI. CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE

La coordination institutionnelle de la nutrition en Union des Comores est placée sous l'autorité directe du Comité de pilotage de la Plateforme Multisectorielle de Nutrition et d'Alimentation en collaboration étroite avec le département ministériel en charge de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, le Ministère en charge de la Production, de l'Elevage et de la Pêche. Tenant compte du fait que les causes de la malnutrition sont multifactorielles et que la lutte contre ce fléau de santé publique est multisectorielle, toutes les structures ayant mandat seront parties prenantes, conformément aux niveaux de fonctionnement des services administratifs de l'Union des Comores.

Cette coordination institutionnelle assurera l'impulsion et la convergence des efforts des différentes parties concernées pour un développement réel et durable de la nutrition.

Elle sera chargée de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation dans le pays.

Au niveau national

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

Au niveau régional/île

La plateforme multisectorielle sera représentée au niveau régional. Elle est l'organe d'orientation et de suivi des activités.

VII. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE

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

VIII. SUIVI –EVALUATION

Un système de suivi et d'évaluation de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation s'effectuera de façon périodique.

Il s'agira d'élaborer un plan de suivi, de tenir des réunions périodiques (mensuelles, trimestrielles), d'organiser des revues biannuelles pilotées par la Plateforme Multisectorielle. Des rapports trimestriels sectoriels des activités de suivi de toutes les parties prenantes selon les plans d'action annuels seront produits.

Une évaluation à mi-parcours des activités serait programmée en 2020.

IX. FINANCEMENT & MOBILISATION DES RESSOURCES

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

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

