



Comprehensive Africa Agriculture Development Programme (CAADP)

East and Central Africa Regional CAADP Nutrition Program Development Workshop

Nutrition Country Paper – République Centrafricaine

DRAFT –VERSION FRANCAISE

Février 2013

Cette synthèse a été élaborée en préparation de l'atelier de travail du PDDAA sur l'intégration de la nutrition dans les plans d'investissement agricole et de sécurité alimentaire nationaux, qui se tiendra à Dar-es-Salaam, en Tanzanie, du 25 au 1^{er} mars 2013.

L'objectif de ce document sur la situation nutritionnelle par pays est de fournir un cadre pour synthétiser toutes les données et informations essentielles nécessaires pour améliorer la nutrition dans les pays participants et renforcer l'intégration de la nutrition dans les stratégies et programmes agricoles. Il présente des éléments clés sur la situation nutritionnelle actuelle ainsi que sur le rôle de la nutrition dans le contexte national de la sécurité alimentaire et de l'agriculture, notamment au niveau des stratégies, des politiques et des principaux programmes. Ce document doit aider les équipes nationales à avoir une vision commune et à jour de la situation nutritionnelle actuelle dans le pays, des principales réalisations et des défis rencontrés tant au niveau opérationnel que politique.

Ce document de travail continuera d'être complété par l'équipe pays au cours de l'atelier.

Principales sources utilisées pour réaliser ce document

Le tableau ci-dessous présente une liste des principales sources disponibles pour remplir ce document. Cette liste est complétée avec les documents spécifiques du pays (ex : politiques nationales, stratégies et plans d'action).

Sources	Information	Lien internet
CAADP	Convention signée / PNIASA / SDRASA/	http://www.nepad-caadp.net/library-country-status-updates.php
FAO	Profil Nutritionnel pays	http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_by_country_en.stm
	Profil pays FAO Country	http://www.fao.org/countries/
	Profil pays FAO STAT	http://faostat.fao.org/site/666/default.aspx
	FAPDA – Outil d'analyse des décisions politiques alimentaires et agricoles	http://www.fao.org/tc/fapda-tool/Main.html
	MAFAP – Suivi des politiques alimentaires et agricoles en Afrique	http://www.fao.org/mafap/pays-partenaires-du-projet-spaaa/fr/
	Cadre de programmation pays (CPP),	
	Rapport IPC sur l'insécurité alimentaire	
	Rapport de progrès du projet « Réduction de l'impact de la flambée des prix des denrées alimentaires en République centrafricaine, 2010	
	Rapport final du projet OSRO/CAF/804/EC «Appui à la filière Production de semences dans les pôles de Développement en République Centrafricaine, 2010	
OMS	Nutrition Landscape information system (NILS)	http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx
UNICEF	Nutrition Country Profiles	http://www.childinfo.org/profiles_974.htm
	Multiple Indicators Cluster Surveys (MICS 3 et MICS 4)	http://www.childinfo.org/mics_available.html
	Enquête SMART 2012	
	Action humanitaire pour les enfants : renforcer la résilience	http://www.unicef.org/french/hac2011/index.html
	Rapport sur l'action humanitaire 2010 : Partenariats pour les enfants dans les situations d'urgence en Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale	http://www.unicef.org/french/hac2011/index.html
PAM	Rapport de sécurité alimentaire	http://www.wfp.org/food-security/reports/search
	Etude de la Vulnérabilité à la Sécurité Alimentaire en République Centrafricaine, 2004	
	Analyse globale de la Vulnérabilité et de l'Insécurité Alimentaire, 2009	
Autres	Plan d'action nutritionnel élaboré lors de l'atelier de Brazzaville	
Sources nationales	Programme National d'Investissement agricole et de sécurité alimentaire (PNIASA 2011-2015) Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2010 Stratégie de développement Rural, de l'Agriculture et de la Sécurité alimentaire (SDRASA, 2011-2015) Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement « UNDAF » (2012-2016) ; Cadre d'Accélération des OMD (2012-2016) Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (2011-2015) Conférence internationale sur la nutrition (Document CIN+21) Politique National de Nutrition en cours de validation	

I. Contexte - situation alimentaire et nutritionnelle

Indicateurs généraux		Sources / Année
Part de la population vivant avec moins de 1,25 \$ par jour	62%	ECASEB 2009
Taux de mortalité < 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	116‰	MICS4 2010
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	105‰	MICS4 2010
Principale cause de mortalité infanto-juvénile ⇒ Pourcentage de décès dû à des causes néonatales	26%	WHO 2008
Ratio de mortalité maternelle /100 000 naissances vivantes	980	MICS 3 2006
Taux net de scolarisation primaire	51%	MICS 3 2006
Rapport filles/garçons en école primaire	0,84	MICS 3 2006
Indicateurs agro-nutritionnels		Sources/Année
Superficie agricole (ha)	15.millions	SDRASA 2011
Accès durable à une source d'eau améliorée en milieu rural	48,4%	MICS 2010
Accès à un assainissement amélioré en milieu rural	13,2%	MICS 2010
Disponibilités alimentaires		
Besoins énergétiques de la population per capita / jour	2200	FAO 2006-08
Disponibilités énergétiques alimentaires (DEA)	1960	FAO 2005-07
Part des protéines dans les DEA	9,3%	FAO 2005-07
Part des lipides dans les DEA	29,3%	FAO 2005-07
Consommation alimentaire		
Apport énergétique moyen per capita / jour		
Part de protéines dans l'apport énergétique		
Part des lipides dans l'apport énergétique		
Quantité moyenne de fruits consommés par jour (g)		
Quantité moyenne de légumes consommés par jour (g)		

Développement économique

Depuis 2004, la RCA a repris une croissance économique avec un taux de croissance du PIB de 2,4% en 2005 et 3,8% en 2006. L'économie centrafricaine est dominée par le secteur primaire, qui a représenté 50,2% du produit intérieur brut (PIB) en 2009. Les principales activités du secteur primaire sont l'agriculture vivrière (28,3% du PIB) et l'élevage (12,7% du PIB). Le secteur tertiaire (31,7%) comporte pour l'essentiel le commerce (12,2% du PIB), alors que les industries manufacturières et la construction forment l'essentiel du secteur secondaire (12,3% du PIB). Les activités agricoles comptent pour 50,3% du revenu total du ménage rural moyen contre 27,7% pour les activités rurales non agricoles (ECVR PNUD, 2005). Bien que doté d'un fort potentiel de croissance, les performances du secteur agricole demeurent très faibles. Seulement 5,3% des 15 millions d'hectares de terres arables sont cultivés chaque année et moins de 0,5 hectare exploité en moyenne par actif agricole. 9 millions d'hectares sont

exploités en terres de pâturage et de parcours sur une superficie totale estimée à 16 millions d'hectares pour un cheptel estimé à 3,7 millions de tête de bovins.

Situation géographique, population & développement humain

La République Centrafricaine (RCA) s'étend sur une superficie de 623 000 km² limitée par le Tchad, le Soudan, la République Démocratique du Congo et le Cameroun. Son enclavement est double, puisqu'une grande partie de son territoire reste extrêmement difficile d'accès. La population de la RCA, estimée à 4,6 millions d'habitants en 2010, comporte 50,2% de femmes, près de 42% de moins de 15 ans, et 82 % vivant en milieu rural. Le niveau du développement humain a commencé à baisser depuis les années 90. Pendant ces deux dernières décennies, l'Indice de Développement Humain (IDH) a reculé de quelques rangs pour être parmi les 10 pays les plus pauvres passant de 154^{ème} sur 174 pays en 1990 au 179^{ème} rang sur 187 pays en 2011 (PNUD, 2011). D'après le nouveau profil de pauvreté établi sur la base de l'enquête ECASEB¹ 2009, 62% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (1,25 USD/jour), ce qui correspond à une population de 2,6 millions de personnes dont près de 70% en milieu rural. Près de la moitié de la population rurale a accès à une source d'eau améliorée, et seulement 13,2% à un assainissement. Le taux de scolarisation primaire est de 51%.

Sécurité alimentaire (disponibilités, accès, utilisation, régimes et habitudes alimentaires, stratégies d'adaptation)

Le nombre de ménages centrafricains vivant dans l'insécurité alimentaire a été estimé en 2009 à 30,2% (étude AGVSA, 2009). Les Préfectures les plus touchées par l'insécurité alimentaire sévère et modérée, en termes de proportion et d'effectifs sont: l'Ouham pende, Nana Gribizi, la Basse Kotto et l'Ouham. Les ménages en insécurité alimentaire souffrent d'un taux élevé de pauvreté (85%). Le pays est confronté à des déficits alimentaires structurels et chroniques. La RCA ne produit pas assez pour nourrir sa population et la couverture des besoins alimentaires est loin d'être satisfaisante. Les approvisionnements alimentaires du pays sont relativement dépendant des importations avec des dynamiques d'échanges fortes entre les régions frontalières et les pays voisins. Les produits alimentaires et les produits pétroliers sont les deux plus importants groupes de produits importés par le pays, d'où sa vulnérabilité aux crises alimentaires et énergétiques mondiales. La production végétale est dominée par les cultures vivrières, surtout le manioc qui constitue l'aliment de base des populations. Les productions sont destinées majoritairement à l'autoconsommation. A titre d'exemple, le niveau de production de manioc en 2010 correspond à une disponibilité par tête d'habitant de l'ordre de 163 kg/an. Il en résulte donc un déficit moyen annuel de manioc de 115 889 tonnes. Le déficit en céréales pour la même période est estimé à 195 000 tonnes. Les pratiques alimentaires des ménages centrafricains restent tributaires du contexte socio-économique et agro-pastoral national. La viande, principale source de protéines animales, est tirée essentiellement de la consommation bovine. Cette consommation est estimée à

¹ ECASEB : Enquête Centrafricaine pour le Suivi-Evaluation du Bien-être

30 kg/personne/an pour la capitale Bangui et 17 kg/personne/an pour les autres zones urbaines et rurales (MADR, 2004). La production locale du lait et produits laitiers reste très faible et elle est surtout autoconsommée par les éleveurs peuhls. Les produits de cueillette jouent un rôle important dans l'alimentation des populations. L'alimentation de la rue constitue aussi un danger par la qualité et l'hygiène des nourritures mises à la disposition des consommateurs. La composition des mets ne tient pas compte le plus souvent des besoins nutritifs journaliers. Cette situation est due au problème de la flambée des prix des denrées alimentaires sur les marchés de la place que le pays a connue depuis les crises politico-militaires des années 90 et exacerbées par celles de décembre 2012.

Caractéristiques / Principales causes de la malnutrition dans votre pays en lien avec la situation économique et la sécurité alimentaire

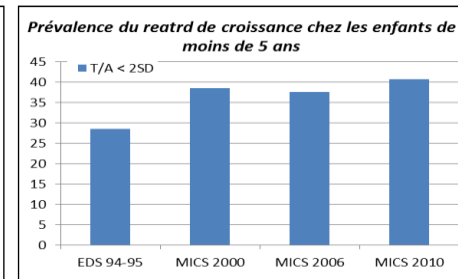
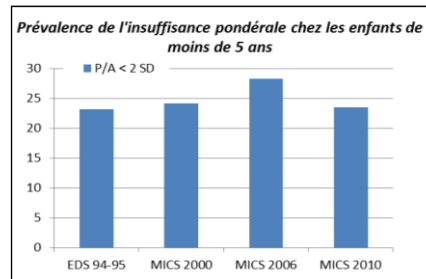
- *La pauvreté qui touche 85% des ménages en insécurité alimentaire*
- *La hausse des prix des denrées alimentaires et le faible pouvoir d'achat des ménages qui dépendent du marché pour leur alimentation ;*
- *Les longues crises et troubles politiques, économiques et sociaux et conflits armés qui ont affecté le pays pendant plus de deux décennies ; l'insécurité*
- *Les faibles performances du secteur agricole, l'insuffisance de la production alimentaire et la faiblesse des activités de promotion de l'autosuffisance alimentaire,*
- *Le choc climatique ;*
- *Les pratiques alimentaires inappropriées ; Les tabous alimentaires et la méconnaissance des besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant*

Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources / Année
Anthropométrie nutritionnelle (Standard OMS 2006)		
Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans	40,7 %	SMART 2012
Prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants < 5 ans	8,0 %	SMART 2012
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants < 5 ans	24,1%	SMART 2012
Pourcentage de femmes ayant un IMC < 18,5 kg/m ²	15%	DHS 1994-95
Prévalence de l'obésité IMC > 30 kg/m ²		
- Enfants < 5 ans	5%	MICS 3 2006 et
- Adultes	7,2%	STEPS

Situation nutritionnelleⁱ

La malnutrition est un problème de santé publique en RCA. La situation nutritionnelle est caractérisée par des taux de prévalence de malnutrition élevés tant en zone rurale qu'en milieu urbain, et dans toutes les préfectures du pays. Elle touche principalement les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Selon l'enquête SMART réalisée en juillet 2012, le taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 8,0% dont 1,9% de forme sévère. La malnutrition chronique globale est de 38,7% dont 16,0% de forme sévère. L'insuffisance pondérale globale est de 24,1% dont 7,7% de forme sévère. Entre les années 2006 à 2010, la prévalence de la malnutrition chronique des petits enfants, est passé de 38,5% à 40,7%. Quant à la malnutrition aiguë, sa prévalence est en légère baisse de 10,2% à 7,4%. Par rapport au milieu de résidence, on observe que la malnutrition chronique est plus un fardeau pour le monde rural qu'urbain (42% contre 38%), tandis que la malnutrition aiguë est plutôt l'apanage du milieu urbain (8,5% contre 7%) et le taux de malnutrition globale aiguë à Bangui est le plus élevée du pays (11 % de la forme modérée et 3 % de la forme sévère). La sous-nutrition globale frappe de façon indiscriminée aussi bien les enfants du milieu rural (24%) qu'urbain (23%).

La malnutrition joue un rôle très important dans la causalité de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, qui a augmenté durant la décennie 2000-2010. Les niveaux de la mortalité infantile de 116 pour mille et infanto-juvénile de 179 pour mille estimés demeurent parmi les plus élevés au monde. La malnutrition infantile survient très tôt et parfois touche les enfants avant leur naissance. Environ 14% des nourrissons ont un poids insuffisant à la naissance (inférieur à 2,5 kg) et de ce fait sont susceptibles de mourir durant le premier mois de vie avec une probabilité deux fois supérieure à celle des enfants de poids normal. Les garçons semblent plus exposés que les filles aux trois formes de la malnutrition (que ce soit dans sa forme modérée ou sévère). La prévalence de la malnutrition aiguë parmi les femmes est élevée dans la toute la partie occidentale du pays.



Indicateur	Total	Genre			Lieu de résidence			Quintile de richesse					
		Homme	Femme	Ratio h/f	Urbain	Rural	Ratio u/r	1 (+pauvre)	2	3	4	5 (+ Riche)	Ratio + riche / + pauvre
Prévalence de l'insuffisance pondérale (Standard OMS 2006, %)	26	27	22	1,3	22	26	0,8	25	27	26	25	17	0,7
Prévalence du retard de croissance (Standard OMS 2006, %)	43	46	39	1,2	37	46	0,8	48	45	46	42	30	0,6

Principaux liens entre la malnutrition et les maladies

- Cause sous-jacente des décès des enfants de moins de cinq ans
- Mauvais développement cognitif des enfants de moins de cinq ans ;
- Anémie, Avitaminose A (cécité, lésions oculaires, risque de mortalité et de morbidité), Obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, la goutte, l'obésité, l'alcoolisme, goitre, xérophtalmie, kératomalacie etc.

Principaux liens entre la malnutrition, les pratiques de soins et les facteurs socioculturels

- Faiblesse de l'allaitement maternel exclusif et alimentation inadéquate de l'enfant
- Les habitudes alimentaires des communautés surtout rurales ;
- Les pratiques thérapeutiques de soins à base des plantes médicinales ;
- Les tabous et coutumes qui interdisent la consommation de tel ou tel aliment.
- Mauvaises pratiques alimentaires, de soins et d'hygiène

Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources/Année
<i>Alimentation des enfants en bas âge</i>		
Taux d'allaitement maternel exclusif < 6 mois	30,6%	SMART 2012
Pourcentage d'enfants 6 à 23 mois allaités qui reçoivent une alimentation complémentaire	55%	MICS3 2006
Taux d'alimentation au biberon 0-11 mois	51%	MICS4 2010
Taux de poursuite de l'allaitement maternel à 2 ans	32%	MICS4 2010
<i>Couverture des interventions de lutte contre les carences en micronutriments</i>		
Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé (\geq 15ppm)	34,3%	SMART 2012
Couverture de la supplémentation en vit A chez les enfants < 5 ans	75,5%	SMART 2012
Couverture de la supplémentation en vit A chez les mères (\leq 2 mois après l'accouchement)		
Prévalence de l'anémie chez les jeunes enfants	77%	SMART 2012
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	40%	SMART 2012

Alimentation des enfants en bas âge

Bien que l'allaitement reste une pratique encore universelle en RCA (95 %), très peu d'enfants de 0-23 mois sont alimentés de façon adéquate : l'allaitement est souvent introduit tardivement (43,5% seulement ont été mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement) (MICS4, 2010), **30,6% seulement sont exclusivement allaités au sein durant les six premiers mois de la vie** (SMART 2012), 51% d'enfants reçoivent de façon appropriée les aliments de complément (MICS4, 2010), 32% seulement poursuivent l'allaitement jusqu'à 23 mois et 5% continuent d'être allaités au biberon. Le respect de la pratique de l'allaitement maternel précoce est plus répandu dans les préfectures de l'Ombella M'Mpoko, la Mambéré-Kadéï, la Nana Grébizi, la Kémo, la Vakaga et la Haute Kotto.

Carence en micronutriments

La malnutrition en micronutriments est l'un des problèmes majeurs de santé publique dans le pays. Selon l'enquête nationale sur les carences en micronutriments (UNICEF 2001), 68,2% des enfants âgés de 6 à 36 mois accusent une carence infra clinique en vitamine A et 16,8% des femmes enceintes. 84,2% des enfants de la même tranche d'âge souffrent d'anémie ainsi que 55,6% des femmes enceintes. Le goitre endémique dû à la carence en iode reste prévalent chez les enfants de 8 à 18ans : 62,5 % selon l'enquête sur les troubles du à la carence en iode de 1991.

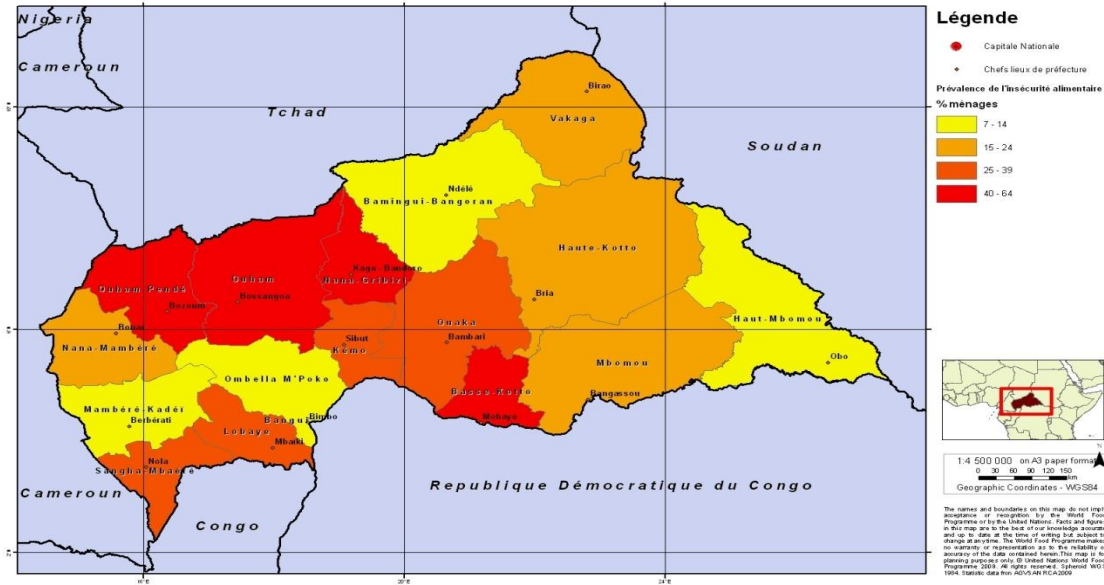
Mise en perspective des situations de malnutrition et d'insécurité alimentaire

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

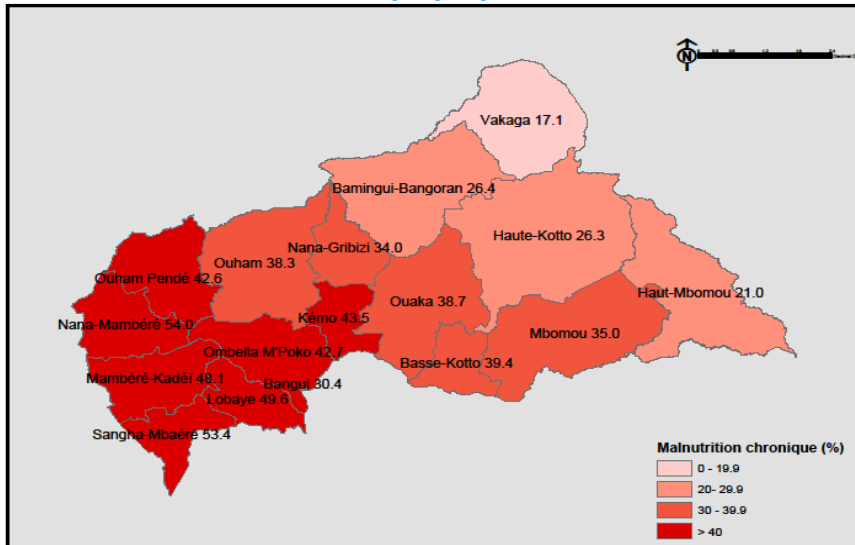
Carte réalisée par : Moïse Ballou

PREVALENCE DE L'INSECURITE ALIMENTAIRE

Novembre 2009

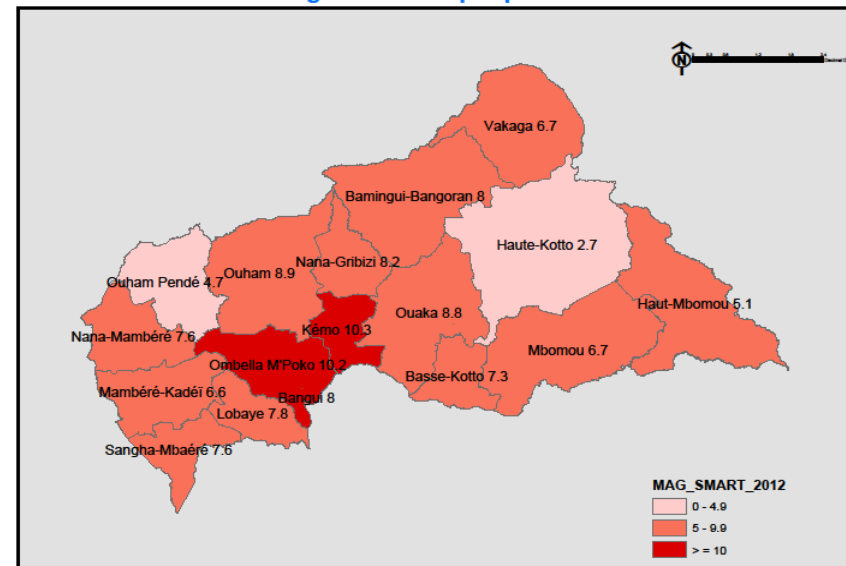


Malnutrition Chronique par prefecture en RCA



Source: SMART 2012

Malnutrition Aigue Globale par prefecture en RCA



Source: SMART 2012

II. Cadre politique et programmatique pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle




Stratégies, politiques et principaux programmes spécifiques sur l'alimentation et l'agriculture mis en place pour améliorer la nutrition





Quelles sont les politiques, stratégies et programmes les plus pertinentes sur la sécurité alimentaire et la nutrition (ex. politiques, stratégies et plans d'action sur la nutrition et la sécurité alimentaire, le développement agricole et durable, etc.) ? Comment l'alimentation et la nutrition sont-elles traitées ? Ces documents sont-ils opérationnels ?







Objectifs et principales activités : Quelles activités phares de lutte contre la malnutrition sont intégrées dans les différents cadres politiques ?





Budget : Quels sont les budgets correspondants ? La composante nutrition est-elle spécifiquement financée ?

Points clés : La composante nutrition est-elle incluse comme un objectif des politiques et plans d'action (notamment agricoles) ? A quel point les politiques agricoles sont-elles liées aux politiques et programmes nutrition ? Pour chaque document, préciser : la criticité, l'intégration ou non de la nutrition, le lien agriculture-nutrition, la mise en place effective des recommandations, les éventuels impacts...

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleur	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
CADRE STRATÉGIQUE GLOBAL						
Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2)	2011-2015	Promouvoir une croissance forte favorable aux pauvres, aux personnes vulnérables et au développement humain durable.		Ministère du Plan et de l'Economie	Dans le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du DSRP 2, le Gouvernement prévoit allouer 25% des ressources qui seront mobilisées au financement des actions en faveur de la santé, de l'éducation et des affaires sociales	
Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF)	2012-2016	UNDAF se base sur un bilan commun de pays et permet de dresser une analyse commune complète et récente de la situation pays, y compris une analyse de conflit, et d'identifier les causes profondes de ses problèmes de développement.		Toutes les agences du système des nations unies	Axe de coopération 2 : investissement dans le capital humain, y compris la lutte contre le VIH et le SIDA plus particulièrement l'Effet 2.1 : les populations centrafricaines, et particulièrement les plus vulnérables participent à la formulation et à la mise en œuvre des programmes sociaux, utilisent les services de base, saisissent et valorisent au mieux les opportunités	
SECURITE ALIMENTAIRE / AGRICULTURE						
Stratégie de Développement Rural, de l'Agriculture et de la Sécurité Alimentaire (SDRASA)	2011-2015	(i) atteindre une croissance moyenne annuelle de l'activité agricole en terme réels de 6% (Base line: 2%) ; (ii) réduire le taux d'insécurité alimentaire à 15% (Base line: 30,2%)		MADR	- Atteindre les objectifs de l'autosuffisance alimentaire des populations rurales et de la sécurité alimentaire de la Nation - Améliorer les revenus de la population rurale et contribuer à la relance durable de la croissance économique nationale	

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleur</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA)	2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer de manière durable à la satisfaction des besoins alimentaires de la population, au développement économique et social et à la réduction de la pauvreté, ainsi que des inégalités entre les populations. - Le champ d'action couvre les domaines agro-sylvo-pastoraux et halieutiques, le système de financement du secteur et les infrastructures socioéconomiques, ainsi que les questions émergentes liées à l'environnement, la biodiversité, les énergies renouvelables et le changement climatique 		MADR	La nutrition est prise en compte dans le programme 6, renforcement institutionnel et coordination sectorielle et plus particulièrement son sous-programme 6.5, amélioration de la nutrition des populations.	
Cadre Intégré de Classification de la sécurité alimentaire (IPC)	2011-2013	<ul style="list-style-type: none"> - outil destiné à améliorer l'analyse et la prise de décision en matière de sécurité alimentaire 	213 814 USD	MADR/FAO	Analyse de la sécurité alimentaire et nutritionnelle pour une prise de décision	
Cadre de Programmation par Pays (CPP)	2012-2016	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer l'efficacité des interventions de l'organisation et leur cohérence avec les efforts qu'elle déploie pour concourir à la réalisation des objectifs d'aide au développement nationaux, sous-régionaux, régionaux et internationaux. - Basé sur l'approche axée sur les résultats régie par les besoins à long terme. 		FAO/MADR	Domaine de coopération 2 : développement, promotion, valorisation et viabilisation du secteur rural et de la sécurité alimentaire et nutritionnelle	
NUTRITION						
Plan Stratégique de Surveillance Nutritionnelle et de Suivi de Croissance des enfants	2010-2015	<ul style="list-style-type: none"> - contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans. - renforcement des capacités, développement de la surveillance nutritionnelle à assise communautaire, promotion de la nutrition, développement d'un système d'alerte précoce pour la notification des cas de malnutrition 		MSPPLS		

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleur</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Politique Nationale de Nutrition	En cours de validation	Réduire la prévalence de la malnutrition sous toutes ses formes et ses conséquences, afin d'assurer à chaque centrafricain un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national du pays		MSPPLS/UNICEF		
Protocole National de la prise en charge de la malnutrition aiguë		Evaluation nutritionnelle, mobilisation communautaire, prise en charge de la malnutrition aiguë sévère		MSPPLS		
Stratégie de supplémentation en micronutriments (Vitamine A)		Réduire la prévalence des carences en vitamine A, en Fer chez les femmes enceintes, enfant 0 - 5 ans.		MSPPLS		
Programme Troubles dus à Carence en d'Iode (TDCI)		Identifier les priorités, concevoir et veiller à la mise en œuvre des stratégies TDCI.		MSPPLS		
Programme de Prévention de la Transmission Parent Enfant (PTPE)		Le Programme PTME a été transformé en Programme Prévention de la Transmission Parent Enfant (PTPE) pour impliquer les hommes dans cette prévention. 41,33% des FOSA ont intégré la PTME dans les CPN.		MSPPLS		
Stratégie d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)	2004-2015	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile imputables à la malnutrition - Comme axes interventions : Promotion d'une bonne alimentation de la jeune fille, de la femme enceinte et allaitante, du nourrisson et du jeune enfant, lutte contre les carences en micronutriments, protection juridique en faveur de l'allaitement maternel, renforcement des capacités, amélioration de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant dans le contexte du VIH. 		MSPPLS		

<i>Stratégie / Politique / Programmes</i>	<i>Période de référence</i>	<i>Objectifs et principales activités</i>	<i>Budget / Bailleur</i>	<i>Entités clés impliquées</i>	<i>Points clés</i>	<i>Prise en compte de la nutrition</i>
Plan stratégique national pour la survie du couple Mère-Enfant 2011-2015	2011-2015			MSPPLS		
SANTÉ & PROTECTION SOCIALE						
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)	2006-2015	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre performant le système national de santé ; - Réduire le taux de mortalité maternelle de 1355 en 2003 à 339 pour 100.000 naissances vivantes en 2015 ; - Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 220 en 2003 à 73 pour 1000 naissances vivantes en 2015 ; - Réduire les taux de morbidité et de mortalité chez les jeunes et les adolescents ; - Contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH ; - Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies transmissibles (paludisme : de 38% en 2000 à 20% en 2015 ; Tuberculose : de 9016 nouveaux cas en 2004 à moins de 5000 nouveaux cas en 2015) et les autres maladies non transmissibles, y compris ceux des situations d'urgence. 		MSPPLS		
Programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)		Améliorer les pratiques familiales appropriées devant les maladies de l'enfant. La couverture en soins intégrés au niveau national atteint 50 %.		MSPPLS		
Programme de Santé Familiale et de la Population		Promotion des soins curatifs et des actions préventives, sur l'information et l'éducation sanitaires en direction de la famille et de la communauté (enfants, femmes, hommes et adolescents). Tout le pays est couvert par ce programme		MSPPLS		

Cadre d'exécution institutionnelle en lien avec la sécurité alimentaire et la nutrition

Principaux organes d'exécution de la politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle

Plusieurs institutions nationales et internationales interviennent dans le cadre des politiques de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Institutions nationales

- Ministère en charge de l'agriculture et du Développement Rural (MADR) ;
- Ministère des Eaux et Forêts, Chasse et Pêche à travers la valorisation des PFNL ;
- Ministère de la Santé, de la Population et de la lutte contre le SIDA ;
- Ministère de l'Energie et de l'Hydraulique ;
- Ministère de l'Education nationale ;
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ;
- Secteur privé dans le cadre de la transformation et conservation des denrées alimentaires ;
- Société civile.
- Clusters nutrition et sécurité alimentaire

Programmes/Plan

- Programme Nutrition : Créé depuis 1981, comprend : Section Nutrition, Section Hygiène Alimentaire, Sous projet PAM/Santé.
- Programme TDCI : Chargé d'identifier les priorités, concevoir et veiller à la mise en œuvre des stratégies TDCI.
- PEV : les interventions en vaccination aujourd'hui ont intégré les suppléments en micronutriments.
- PCIME : les interventions de la PCIME visent à améliorer les pratiques familiales appropriées devant les maladies de l'enfant. La couverture en soins intégrés au niveau national atteint 50 %.
- Programme de Santé Familiale et de la Population
- Cadre Intégré de Classification de la sécurité alimentaire (IPC) qui est un outil destiné à améliorer l'analyse et la prise de décision en matière de sécurité alimentaire ;

Principaux partenaires techniques et financiers

Les principaux partenaires techniques et financiers dans le cadre des interventions concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle en Centrafrique sont :

- les Agences du Système des Nations Unies (FAO, FIDA, UNICEF, OMS, PAM, PNUD, UNFPA)
- Les ONG nationales et internationales (ACF, DRC, IRC, MERLIN, MSF, ACTED)
- Les partenaires bilatéraux et multilatéraux (Union Européenne, la Banque Mondiale)
- Le secteur privé

Structures pour la Prévention / Gestion des désastres

Il n'existe pas une structure en charge de la prévention des désastres qui est mise en place de façon formelle. La RCA ne dispose pas d'un système d'alerte précoce pour la prévention et la gestion des désastres. Néanmoins les interventions dans le cadre de la prévention et gestion des risques sont sectorisées et dépendent de l'ampleur du risque.

Adhésion aux Initiatives globales / régionales en lien avec la nutrition

La RCA n'a pas adhéré aux initiatives globales ou régionales sus mentionnées pour promouvoir la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Mais des éclaircissements ont été donnés quant aux procédures d'adhésion à ces initiatives lors de l'atelier de planification et de programmation tenu à Brazzaville du 29 octobre au 1^{er} novembre 2012. Toutefois, Il convient de préciser que lors de cet atelier l'équipe pays a rédigé son plan d'action détaillé prenant en compte le caractère multisectoriel dans une perspective de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes.

Analyse de l'état d'avancement des initiatives régionales / internationales autour de la nutrition

(Ex : REACH, SUN, PDDAA...)

- *Actuellement pas d'adhésion aux initiatives globales ou régionales SUN ou REACH*
- ...

III. Analyse des actions pays menées, en cours et prochaines perspectives dans le domaine de la nutrition

Cadre institutionnel & financement

Jusqu'à présent, les projets et programmes de nutrition n'ont été financés que sur des ressources externes assez conséquentes. Mais, vu le rôle important de la nutrition pour atteindre les OMD et pour des questions de pérennisation, il est indispensable d'augmenter la part du financement interne à tous les niveaux. Pour cela, le Gouvernement s'engagera à assurer le fonctionnement des structures de coordination et le financement du plan d'action intersectoriel à travers les plans opérationnels annuels des principaux secteurs et des régions. En outre le gouvernement prendra les dispositions pour constituer un fonds pour la réponse aux situations d'urgence nutritionnelle.

La contribution de l'Etat proviendra du Budget de l'Etat, notamment les lois de finances pour les investissements et le fonctionnement des ministères techniques et les services d'appui au secteur de la santé. Dans le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du DSRP 2, le Gouvernement prévoit allouer 25% des ressources qui seront mobilisées au financement des actions en faveur de la santé, de l'éducation et des affaires sociales.

Prise en compte des objectifs nutritionnels dans les programmes/activités liés à l'agriculture et à l'alimentation

Le gouvernement a engagé des réformes au niveau national pour améliorer la situation nutritionnelle des populations cibles en République centrafricaine. Le DSRP 2 qui est un document de référence macroéconomique pour la relance de l'économie nationale a mis l'accent sur la situation nutritionnelle dans la rubrique santé. Il faut préciser que la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans, le dépistage actif et la prise en charge des cas de malnutrition dans le pays restent embryonnaire et que cette malnutrition est connue dans toutes les régions du pays en particulier dans les zones de conflits et des zones d'extraction minière où les activités agricoles et d'élevage sont au ralenti.

La nutrition est prise en compte également dans le PNIASA dans son programme 6, renforcement institutionnel et coordination sectorielle et plus particulièrement son sous-programme 6.5, amélioration de la nutrition des populations. Il faut souligner que les interventions dans le cadre de la sécurité alimentaire et nutritionnelle sont faites de façon sectorielle, ce qui ne présente pas de façon perceptible l'impact de ces interventions sur les groupes bénéficiaires.

Le Cadre de programmation pays (CPP) qui est un cadre de coopération entre la FAO et le gouvernement a pris en compte le volet nutrition dans son domaine prioritaire 2 : Le développement du secteur rural et l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Analyse des activités phares mises en place pour améliorer la nutrition dans les différents secteurs (santé, agriculture, sécurité alimentaire, ...)

Les activités phares qui ont été menées dans le pays concernent les actions des partenaires au développement tels la FAO à travers la mise en œuvre des projets sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Malgré le fait que le secteur agricole est mis dans les priorités nationales, on constate une faible performance du secteur au regard des conditions agro écologiques très favorables. Il est important de mener des enquêtes sur les habitudes alimentaires et la diversité alimentaire pour comprendre la part de l'agriculture dans cette question de nutrition afin de cibler les vraies interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, de mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation efficace des initiatives amorcées en termes de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes.

Dans le domaine de la santé, on relève entre autres interventions :

- L'Initiative Hôpitaux Amis des bébés adoptée, mise en œuvre avec attribution de Labels à onze (11) FOSA sur 27 ciblées pour devenir « Amies des bébés ».
- L'organisation des Semaines Mondiales de l'Allaitement Maternel depuis 1994 au cours de la première semaine d'août de chaque année jusqu'à l'an 2005 ;
- La création du Comité National de Soutien à l'allaitement Maternel le 10 novembre 1995 ;
- L'organisation d'une journée de sensibilisation des parlementaires sur les bienfaits de l'Allaitement Maternel et le Code de commercialisation des substituts du lait maternel le 17 avril 2001 à Bangui ;
- La mise en place de groupes de soutien à l'allaitement maternel dans toutes les formations sanitaires. Cependant, depuis 2006 les hôpitaux labélisés et les groupes de soutien à l'allaitement ne sont plus fonctionnels.

Principaux groupes de population ciblés & localisation

Les populations cibles de la nutrition dans le pays sont les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes vulnérables (VIH/SIDA, catastrophes...), les réfugiés. Les actions actuelles ne couvrent pas toutes les populations cibles. Il y a une amélioration par rapport au passé mais cela n'est pas encore suffisant vu les nombreux défis auxquels le pays est confronté.

Mécanismes de suivi et évaluation

- Enquêtes de population (EDS, MICS) MICS 3 MICS4 ;
- Enquêtes nutritionnelles spécifiques (SMART);
- Enquête HEA (Household Economic Assessment) ;
- Enquêtes de sécurité alimentaire ;
- Système d'information sanitaire avec des indicateurs nutritionnels ;
- Système d'alerte précoce avec des indicateurs nutritionnels ;
- Système de surveillance nutritionnelle ;
- Cadre de suivi et évaluation basé sur le cadre commun des résultats ;
- Recherche formative pour soutenir les activités de communication pour le développement (croyances, pratiques, normes sociales) ;

Il n'existe pas un cadre de concertation multisectoriel, ni un mécanisme de suivi-évaluation formel. Le document de politique sur la nutrition au niveau national a défini un mécanisme de suivi-évaluation qui n'est pas opérationnel compte tenu du fait que le document n'est pas encore validé pour être mis en application. Néanmoins, les partenaires se mobilisent et se réunissent en cas de crise pour la collecte des données sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle et le suivi évaluation.

Mécanismes de coordination (public-public, public-privé, partenaires techniques et financiers)

La mise en place d'un cadre de concertation multisectorielle a été l'une des recommandations fortes de l'atelier de Brazzaville au Congo sur l'approche programmatique et de planification organisé du 29 Octobre au 1^{er} Novembre 2012 au regard des interventions isolées des partenaires dans le cadre de la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes en RCA.

La RCA dispose d'un document de politique nationale sur la nutrition mais qui est en cours de validation. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation se mettront en place une fois que le document sera validé. Les seules coordinations qui fonctionnent normalement sont le cluster nutrition et le cluster sécurité alimentaire où toutes les questions relatives à l'insécurité alimentaire et à la nutrition sont débattues. Ses réunions se tiennent régulièrement au sein de la FAO quant à ce qui concerne le cluster sécurité alimentaire et à l'UNICEF quant à ce qui concerne le cluster nutrition. L'absence d'un cadre de coordination multisectorielle dans le domaine de la nutrition où toutes les parties prenantes sont représentées rend fragile les actions sur le terrain.

Capacités managériales et techniques au niveau institutionnel

Les capacités managériales et techniques au niveau national, provinciale et des communes restent en deçà des attentes. Une analyse approfondie de la situation nutritionnelle ainsi que des réponses qui y sont apportées ont permis d'identifier les contraintes majeures suivantes :

- L'insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines allouées à l'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle de la population ;
- La faible disponibilité des aliments de complément répondant aux normes recommandées par l'OMS ;
- La faiblesse de la coordination des différents partenaires impliqués sur les actions menées pour lutter contre la malnutrition (Gouvernement, partenaires au développement, société civile, communautés) ;
- L'insuffisance et le sous-équipement des structures sanitaires pour la prise en charge nutritionnelle et médicale adéquate ;
- L'insuffisance des agents de santé formés à l'utilisation du Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë ;
- L'absence de curricula adéquats sur la nutrition et la sécurité alimentaire dans les cycles de formation des agents de santé et autres techniciens ;
- L'absence d'un mécanisme régulier de recrutement des étudiants formés dans les structures nationales et internationales spécialisées dans la nutrition et les questions alimentaires ;
- L'insuffisance d'informations de la population sur les questions relatives à l'alimentation et la nutrition (Education nutritionnelle);
- La faible intégration des actions essentielles en nutrition dans le PMA des services de santé à tous les niveaux ;
- L'absence d'un guide sur les directives et instructions concernant le paquet essentiel des interventions en nutrition ;
- La faible accessibilité aux soins et services en rapport avec la nutrition ;
- L'absence d'un plan de suivi et évaluation efficace des actions mises en œuvre ;
- L'absence de coordination multisectorielle dans le domaine de la nutrition ;
- L'absence d'une Politique Nationale de Nutrition.

Il est nécessaire de mettre en place un système de renforcement des capacités techniques des différentes institutions en charge de la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle afin de faire face aux problèmes de la malnutrition sous toutes ses formes.

Principaux enjeux / Perspectives pour améliorer l'intégration et la prise en compte durable de la nutrition au niveau national et régional/international

Facteurs de succès, défis, priorités

- *Mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle conformément aux recommandations de l'atelier de Brazzaville sur la malnutrition chronique ;*
- *Elaboration d'un cadre commun des résultats tirant des éléments clés des stratégies sectorielles ;*
- *Appui à la diversification de la production et des moyens d'existence pour améliorer l'accès à la nourriture et à la diversification alimentaire ;*
- *Renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes ;*
- *Promouvoir l'éducation nutritionnelle dans les établissements scolaires et universitaires ;*
- *Intégration des modules de nutrition dans les formations de base des agents agricoles, santé, éducation et affaires sociales ;*
- *le développement des infrastructures de stockage et de conservation des aliments pour garantir la stabilité de la disponibilité ;*
- *la promotion d'activités génératrices de revenus qui constituent un moyen par lequel les ménages pourront diversifier leurs sources de revenus et améliorer l'alimentation des enfants ;*
- *L'adhésion de la RCA aux initiatives REACH et SUN, une opportunité pour permettre à ce pays meurtri de guerre fratricide de mener des actions multisectorielles pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes ;*
- *La mobilisation des partenaires techniques et financiers pour voler au secours de ce pays frappé par les crises politico-militaires ;*

Définitions

Anémie	Diminution anormale de la quantité d'hémoglobine dans le sang, entraînant une diminution du transport de l'oxygène par le sang, pouvant être due à une malabsorption du fer Source : www.Medterms.com	Malnutrition	Condition physiologique anormale causée par une malabsorption ou des apports inadaptés, excessifs ou déséquilibrés, en macronutriments – glucides, protéines, lipides-, en micronutriments ou en eau. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Approche pluri disciplinaire	En travaillant ensemble, les intervenants peuvent tirer parti de leurs avantages respectifs, catalyser efficacement les actions menées par les pays et harmoniser leur soutien aux efforts nationaux visant à réduire la faim et la sous-nutrition. Les intervenants proviennent d'autorités nationales, d'organismes donateurs, des Nations Unies, de la société civile et des ONG, du secteur privé et des institutions de recherche.	Malnutrition Chronique	La malnutrition chronique se définit comme un retard du développement de l'enfant, notamment un retard de croissance en taille. La malnutrition chronique est due à des carences nutritionnelles persistantes dans le temps <i>Source : UNICEF</i>
Carence	Absence ou insuffisance d'un ou plusieurs nutriments essentiels pour le métabolisme et le développement de l'organisme <i>Source : www.Medterms.com</i>	Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 1)	Eradiquer la pauvreté extrême et la faim – deux indicateurs existent pour la faim : 1) la prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5ans mesure la sous nutrition à un niveau individuel 2) La proportion de la population en dessous d'un niveau minimum de consommation alimentaire énergétique est une mesure de la faim et de la sécurité alimentaire, portant uniquement sur un niveau national <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Diversification alimentaire	Maximiser le nombre d'aliments ou groupe d'aliment consommés par un individu, et particulièrement les aliments autres que les céréales, considérées comme des aliments de base du régime alimentaire. Plus diverse est l'alimentation, plus l'individu a de bons apports en micro et macronutriment <i>Source : FAO</i>	Retard de croissance	Reflète la petite taille par rapport à l'âge; indicateur de malnutrition chronique, calculé en comparant la taille pour âge d'un enfant à celle d'une population de référence d'enfants en bonne santé. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Faim Aiguë	La faim aiguë signifie un manque de nourriture à court terme, elle est souvent causée par des chocs comme la sécheresse ou la guerre sur des populations vulnérables.	Sécurité alimentaire	La sécurité alimentaire est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Faim Chronique	La faim chronique est un manque constant ou récurrent de nourriture ayant pour conséquence chez les enfants un poids insuffisant et une mortalité élevée.	Sécurité Nutritionnelle	Atteint lorsque l'accès sécurisé à une alimentation nutritionnelle et appropriée est couplé à un environnement sain, à des services de santé et à des soins adéquats, et ce afin d'assurer une vie saine et active pour tous les membres du ménage. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Emaciation	Reflète un processus récent et grave qui a conduit à une perte de poids importante, généralement associée à une famine/maladie. L'émaciation est calculée en comparant le poids / taille d'un enfant à celui d'une population de référence d'enfants en bonne santé. Souvent utilisé pour évaluer la gravité des urgences car elle est fortement liée à la mortalité <i>Source : SUN Progress report 2011</i>	Sous Nutrition	Lorsque le corps ne reçoit pas une quantité adéquate d'un ou plusieurs nutriments, tel que l'indique des tests biochimiques, des indicateurs anthropométriques tels que le retard de croissance et/ou des signes cliniques. <i>Source : SUN Progress report 2011</i>
Insuffisance pondérale	Mesure comparant le poids pour âge d'un enfant à une population de référence d'enfants en bonne santé <i>Source : SUN Progress report 2011</i>		
Interventions nutritionnelles et stratégies nutrition sensibles	Stratégies multisectorielles combinant des interventions nutritionnelles directes et des stratégies nutrition sensibles. Les interventions directes incluent améliorer l'accès à une alimentation nutritive toute l'année et améliorer l'état nutritionnel des personnes les plus à risque (femmes, jeunes enfants, personnes handicapées, ceux qui sont atteints de maladies chroniques).		

Acronymes

ANJE	Stratégie nationale d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	PNIASA	Programme National D'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire
CFSAM	Crop and Food Security Assessment Mission	PNLP	Plan National de Lutte contre la Pauvreté
CFSVA	Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis	PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
CILSS	Comité Inter Etats de lutte contre la sécheresse au Sahel	PSAIA	Projet de Sécurité Alimentaire par l'Intensification Agricole
CSCR	Cadre Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté	PSDAN	Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition
DHS	Etudes de mesures sur la Démographie et la Santé (<i>Demography and Health Survey</i>)	PSRSA	Plan Stratégique de Relance du Secteur Agricole
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté	PTF	Partenaires techniques et financiers
ECOWAS	Communauté Economique d'Afrique de l'Ouest (<i>Economic Community of West African States</i>)	REACH	Initiative de lutte contre la faim et la malnutrition chez les enfants adoptée par la FAO, l'OMS, le PAM, et l'UNICEF en 2008 (<i>Renewed Efforts Against Child Hunger</i>)
EFSA	Emergency Food Security Assessment	REC	Communauté Economique Régionale (<i>Regional Economic Community</i>)
ENSA	Enquête Nationale de Sécurité Alimentaire	SAP	Système d'Alerte Précoce
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (<i>Food and Agriculture Organization for the United Nations</i>)	SCR	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
FSMS	Food Security Monitoring System	SUN	Mouvement de renforcement de la Nutrition (<i>Scaling-up Nutrition</i>)
IFAD	Fond International pour le Développement Agricole (<i>International Fund for Agricultural Development</i>)	TDCI	Troubles dus à la carence en Iode
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (<i>International Food Policy Research Institute</i>)	UNDP	Programme de Développement des Nations Unies (<i>United Nations Development Program</i>)
IMC	Indice de Masse Corporelle	UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance (<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>)
JAM	Joint Assessment Mission	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)
MAG	Malnutrition Aigüe Globale		
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère		
MICS	Enquête indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>)		
NCHS	Centre National des Statistiques Sanitaires (<i>National Center for Health Statistics</i>)		
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (<i>New Partnership for Africa's Development</i>)		
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé		
OSD	Orientations Stratégiques de Développement		
PAM (WFP)	Programme Alimentaire Mondial		
PAN	Politique Agricole Nationales		
PAP	Programme d'Actions Prioritaires		
PDDAA (CAADP)	Programme Détaillé du Développement de l'Agriculture Africaine		
PIDR	Plan d'Intervention pour le Développement Rural		
PNAN	Programme National d'Alimentation et de Nutrition		
PNDS	Plans Nationaux de Développement Sanitaire		
PNIA	Plan National D'Investissement Agricole		

¹ En 2006, les normes de références pour les mesure anthropométriques ont été modifiées : passage des normes référence NCHS aux normes référence OMS. Ainsi, pour comparer les évolutions entre avant et après 2006, il est nécessaire de comparer des données selon les normes de référence NCHS.