



## Comprehensive Africa Agriculture Development Programme (CAADP)

### *East and Central Africa Regional CAADP Nutrition Program Development Workshop*

### **Nutrition Country Paper – République Démocratique du Congo (Congo DRC)**

**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<sup>er</sup> 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
<b>CAADP</b>	Convention signée / Plans d'investissement / Documents d'évaluation / Rapports de revues techniques si ils existent	<a href="http://www.nepad-caadp.net/library-country-status-updates.php">http://www.nepad-caadp.net/library-country-status-updates.php</a>
<b>DHS</b>	Indicateurs DHS	<a href="http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm">http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm</a>
<b>FANTA</b>	Assistance technique sur l'alimentation et la nutrition/ pays cibles sélectionnés	<a href="http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm">http://www.measuredhs.com/Where-We-Work/Country-List.cfm</a>
<b>FAO</b>	Profil Nutritionnel pays	<a href="http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_by_country_en.stm">http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_by_country_en.stm</a>
	Profil pays FAO Country	<a href="http://www.fao.org/countries/">http://www.fao.org/countries/</a>
	Profil pays FAO STAT	<a href="http://faostat.fao.org/site/666/default.aspx">http://faostat.fao.org/site/666/default.aspx</a>
	FAPDA – Outil d'analyse des décisions politiques alimentaires et agricoles	<a href="http://www.fao.org/tc/fapda-tool/Main.html">http://www.fao.org/tc/fapda-tool/Main.html</a>
	MAFAP – Suivi des politiques alimentaires et agricoles en Afrique	<a href="http://www.fao.org/mafap/pays-partenaires-du-projet-spaaa/fr/">http://www.fao.org/mafap/pays-partenaires-du-projet-spaaa/fr/</a>
<b>OMS</b>	Nutrition Landscape information system (NILS)	<a href="http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx">http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx</a>
<b>REACH</b>	Revue multisectorielle sur la situation nutritionnelle, les programmes et les politiques	<i>Si disponible (Mauritanie, Sierra Leone)</i>
<b>ReSAKKS</b>	Regional Strategic Analysis and Knowledge Support System	<a href="http://www.resakss.org/">http://www.resakss.org/</a>
<b>SUN</b>	Rapport d'activité du pays et des partenaires sur le Movement to Scale Up Nutrition (SUN)	<a href="http://www.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2011/09/compendium-of-country-fiches-ROME-VERSION.pdf">http://www.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2011/09/compendium-of-country-fiches-ROME-VERSION.pdf</a>
		<a href="http://www.scalingupnutrition.org/events/a-year-of-progress/">http://www.scalingupnutrition.org/events/a-year-of-progress/</a>
<b>UNICEF</b>	Nutrition Country Profiles	<a href="http://www.childinfo.org/profiles_974.htm">http://www.childinfo.org/profiles_974.htm</a>
	MICS: Multiple Indicators Cluster Surveys	<a href="http://www.childinfo.org/mics_available.html">http://www.childinfo.org/mics_available.html</a>
<b>PAM</b>	Rapport de sécurité alimentaire	<a href="http://www.wfp.org/food-security/reports/search">http://www.wfp.org/food-security/reports/search</a>
<b>Autres</b>		
<b>Sources nationales</b>		
<b>Ministère de la Santé Publique</b>	Plan National de développement sanitaire 2011-2015, Volet Nutrition	
<b>Ministère de l'Agriculture</b>	Programme National d'investissement agricole, 2013-2020, Juin 2012 Programme National de Sécurité Alimentaire (P.N.S.A)	

## I. Contexte - situation alimentaire et nutritionnelle

Indicateurs généraux		Sources / Année
Part de la population vivant avec moins de 1,25 \$ par jour	59.2%	PNUD, IDH, 2010
Taux de mortalité < 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	158	MICS 4, 2010
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	97	MICS 4, 2010
Principale cause de mortalité infanto-juvénile ⇒ Pourcentage de décès dû à .....		
Ratio de mortalité maternelle /100 000 naissances vivantes		
Taux net de scolarisation primaire		
Rapport filles/garçons en école primaire		
Indicateurs agro-nutritionnels		Sources/Année
Superficie agricole		
Accès durable à une source d'eau améliorée en milieu rural	31 %	MICS 4, 2010
Accès à un assainissement amélioré en milieu rural	4%	MICS 4, 2010
Disponibilités alimentaires		
Besoins énergétiques de la population per capita / jour	2300 kcal	PRONANUT, 2000
Disponibilités énergétiques alimentaires (DEA)		Non disponible
Part des protéines dans les DEA		Non disponible
Part des lipides dans les DEA		Non disponible
Consommation alimentaire		
Apport énergétique moyen per capita / jour	1469 kcal	PRONANUT, 2000
Part de protéines dans l'apport énergétique		Non disponible
Part des lipides dans l'apport énergétique		Non disponible
Quantité moyenne de fruits consommés par jour (g)		Non disponible
Quantité moyenne de légumes consommés par jour (g)		Non disponible

### Développement économique

Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, la RDC est sur la voie du redressement au regard des progrès accomplis dans les domaines politiques et économiques. En effet, durant cette période, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et les politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Sur la période 2002-08, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6 % et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, il s'observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à 2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau

cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à la santé. D'importants dépassements des crédits monétaires ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-09, malgré une bonne performance des recettes. Ce dépassement s'explique par le fait que les dépenses de financement des urgences et catastrophes sont puisées dans le budget d'investissement et de fonctionnement de services et structures de santé. Tant que le budget des urgences et catastrophes ne sera pas séparé du budget d'investissement et de fonctionnement, cette situation continuera. En ce qui concerne les recettes budgétaires, elles ont été exécutées au-delà de la programmation, avec une augmentation graduelle de 11,4 % en 2005 à 12,9 % du PIB en 2006 et 18,5% du PIB 2009 pour chuter à 17,9 % du PIB en 2010, sous l'effet de la crise financière internationale.

### Situation géographique, population & développement humain

Bien que le rapport du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) sur l'indice du développement humain (IDH/2011) classe la RDC en dernière position sur 187 pays examinés, l'IDH a connu une amélioration constante depuis 2000. Trois raisons majeures ont maintenu la RDC dans cette situation à savoir: les conflits armés des dix dernières années, le très faible accès à l'éducation et à la santé mais aussi et surtout l'absence des normes internationales en matière de comptabilité et de données économiques.

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

La RDC connaît un regain de conflits armés dans les provinces du Nord Kivu, du Sud Kivu, de la Province Orientale et du centre de la province du Katanga, avec comme conséquence une intensification de mouvements de population. Ces mouvements se sont intensifiés suite à la reprise des combats au Nord Kivu entre les FARDC et le M23, avec la prise de Goma le 20 novembre 2012. Ces mouvements de population bien que majoritairement internes à ces provinces débordent aussi dans la province du Maniema, voisine des provinces du Nord et du Sud Kivu. Bien que relativement plus stable sur le plan sécuritaire, l'ouest du pays est également confronté à une insécurité alimentaire chronique due surtout à l'enclavement, aux manques d'infrastructures sociales et aux effets de plusieurs chocs conjoncturels aggravants. Parmi ces derniers, on peut citer les problématiques des rapatriés, des expulsés d'Angola, des réfugiés centrafricains, des inondations certes localisées, mais avec des impacts négatifs sur les moyens de subsistance, des épizooties qui ont décimé le cheptel, des épidémies de choléra.

### **Principaux résultats de zones les plus affectées :**

Consommation alimentaire : En moyenne, 19,5% des ménages en RD Congo ont un score de consommation alimentaire pauvre et 65% ont une consommation alimentaire pauvre et limite.

**Evolution des moyens d'existence :** Les zones rurales ont en général une vocation agricole. L'élevage de gros bétail est pratiqué sur les moyens et hauts plateaux à l'Est du pays. Ces activités subissent les effets de l'insécurité et connaissent des pertes considérables à cause des pillages, de l'abandon de champs, des maladies des plantes et des épizooties. Les perturbations climatiques affectent négativement les productions agricoles. Les marchés et autres circuits d'approvisionnement des produits sont perturbés à cause de la dégradation prononcée des infrastructures routières. Cet état de fait justifie pour une large part la hausse des prix des aliments et le faible accès des ménages à une alimentation adéquate.

Comparativement au 7<sup>ème</sup> cycle d'analyse IPC de la RDC (juin 2012), on note globalement une augmentation de 17% du nombre de personnes affectées par les crises alimentaires et de moyens de subsistance dans le pays (5,4 millions de personnes en juin 2012 contre 6,4 millions de personnes en décembre 2012). En ce qui concerne la dimension spatiale, plus de territoires sont affectés comparés au cycle de juin 2012, notamment dans les zones touchées par les conflits armés : 77 territoires sont en totalité ou en partie en phase 3 (contre 63 en juin 2012) et 8 ont des zones en phase 4 (contre 3 en juin 2012). 43% des territoires étaient classés en phase 3 en juin 2012 contre 53% en décembre 2012. 2% des territoires étaient classés en phase 4 en juin 2012 contre environ 5% en décembre 2012.

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

Parmi les facteurs favorisant la survenue des problèmes nutritionnels sont cités la pauvreté de la population et l'analphabétisme élevé chez les mères et responsables d'enfants.

La pauvreté monétaire est une des causes fondamentales de la malnutrition. Selon l'Enquête 1-2-3 en 2005, l'incidence de cette pauvreté est estimée à 71,34%. La part du 5<sup>ème</sup> la plus pauvre de la population dans la consommation nationale est de 7,8% et la profondeur de la pauvreté estimée au cours de la même année est de 32,2%.

Les différents indicateurs examinés dans MICS 2 ont établi une corrélation entre certains facteurs et l'ampleur de la malnutrition. Celle-ci varie selon la province, la zone de résidence, le niveau de richesses et le niveau d'instruction de la mère. En général, la malnutrition affecte les enfants des ménages pauvres, les enfants des zones rurales, les enfants nés des femmes sans instruction plus que toutes les autres catégories.

Bien que des données quantifiables ne soient pas toujours disponibles sur la qualité de la consommation alimentaire et le niveau de malnutrition, la plupart des ménages surtout dans les zones périurbaines de grandes agglomérations consomment souvent des aliments de faible valeur nutritionnelle. Les aliments à haute valeur nutritionnelle (viande, poisson) sont destinés à la vente pour se procurer de l'argent et des biens non-alimentaires.

La situation alimentaire des ménages reste très précaire dans plusieurs ménages surtout dans les centres urbains. En milieu urbain, les ménages vivent au jour le jour, sans réserve alimentaire. On estime que plus de la moitié des citadins en RDC vivent sans réserves alimentaires ni d'argent pour assurer leur alimentation. Actuellement, une fraction importante de ménages, même dans les provinces à vocation agricole, ne mange qu'une fois par jour entraînant des cas de malnutrition et de faible productivité.

Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources / Années <b>Error! Bookmark not defined.</b>
<i>Anthropométrie nutritionnelle (Standard OMS 2006)</i>		
Prévalence de malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans	47%	MICS 4, 2010
Prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants < 5 ans	11%	MICS 4, 2010
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants < 5 ans	24%	MICS 4, 2010
Pourcentage de femmes ayant un IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup>		Non disponible
Prévalence de l'obésité IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>		Non disponible
- Enfants < 5 ans		
- Adultes		

### Situation nutritionnelle<sup>i</sup>

La malnutrition est une importante problématique et constitue un défi à relever dans la plupart des provinces de la RDC : 24% de taux d'insuffisance pondérale, 11% de taux de malnutrition aiguë globale et 43% de taux de malnutrition chronique (MICS 2010). Les principaux problèmes de santé liés à la nutrition en RDC sont la sous nutrition, des carences en micronutriments (avitaminose A, carence en fer, TDCI), des maladies non transmissibles liées à l'alimentation (diabète, obésité et hypertension artérielle) et le Konzo. La malnutrition n'est pas seulement une cause principale et directe de décès, particulièrement parmi les enfants et les femmes, mais elle est aussi une cause sous jacente de plusieurs autres problèmes de santé qui affectent la population en RDC et aggrave l'état de morbidité de plusieurs pathologies.

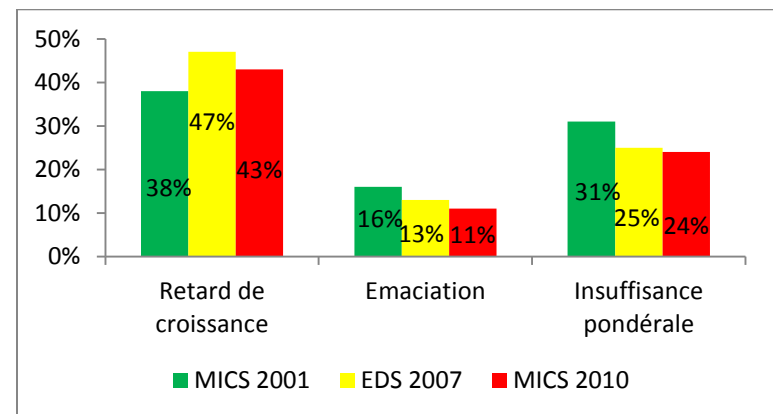
**Malnutrition chez les enfants** : selon l'enquête EDS -2007, **la malnutrition aiguë globale** (poids /taille inférieur à -2ET et ou œdèmes) touche 13% d'enfants de moins de cinq ans dont 8% de façon sévère. Les résultats préliminaires de MICS 4 Septembre 2010 confirment cette forme de malnutrition qui touche 11% des enfants de moins de 5 ans. La prévalence des œdèmes est à 2% représentant le seuil d'intervention. Les provinces les plus touchées sont les deux Kasai (16%), le Katanga (15%) et l'Equateur (15%). **Le retard de croissance ou malnutrition chronique** frappe presque un enfant sur deux. Selon l'enquête EDS 2007, la prévalence de la malnutrition chronique est de 47%, dont 24% présentent une forme sévère. Les résultats préliminaires de MICS 4, publiés en Septembre 2010, montrent que le retard de croissance reste élevé et touche 43% des enfants de moins de 5 ans. Trois provinces accusent des taux supérieurs à 50%, à savoir le Nord-Kivu, le Sud-Kivu ainsi que l'Equateur. **L'insuffisance pondérale** touche un enfant sur quatre, soit une prévalence de 24%. La figure jointe illustre la situation entre 2001 (MICS-2), 2007 (EDS) et 2010 (MICS-4). L'analyse approfondie de ces données dans l'EDS-2007 révèle des disparités importantes de la malnutrition chez les enfants entre les différentes provinces du pays.

**Malnutrition chez les femmes** : le mauvais état nutritionnel des femmes est un des déterminants de la mortalité maternelle. Il influe aussi sur l'issue de la grossesse, soit par un accouchement prématuré, soit par une naissance de faible poids. Selon l'enquête EDS-2007, 19% de femmes de 15-49 ans sont mal nourries, soit près d'une femme sur cinq. La proportion de femmes souffrant de malnutrition est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 21% contre 16%. La situation est plus critique dans la province de Bandundu, on y rencontre 31% de femmes souffrant d'une déficience énergétique chronique.

### Maladies non transmissibles liées à l'alimentation et Konzo

Le diabète sucré et les maladies cardio-vasculaires (dont l'hypertension), ayant notamment comme facteur de risque l'obésité, constituent un autre groupe des problèmes de santé émergents en rapport avec la nutrition. En effet, actuellement en RDC, l'obésité devient de plus en plus un problème de santé publique. L'enquête EDS 2007 a noté qu'une femme sur dix (11%) a une surcharge pondérale et que 2% de femmes souffrent d'obésité. C'est dans les ménages les plus riches que le phénomène devient de plus en plus inquiétant (taux de 23% d'obésité). Parmi les maladies liées à l'alimentation en RDC aussi figure le Konzo, une forme de paralysie spastique irréversible. Cette maladie est due à la consommation du manioc non ou insuffisamment roui, associée à un régime pauvre en acides aminés soufrés. Cette paralysie d'origine alimentaire affecte toutes les provinces du pays avec une prévalence moyenne de 1%, mais dans certains villages des provinces de Bandundu, du Kasai oriental et du Kasai occidental, on note des prévalences beaucoup plus élevées, pouvant atteindre 30%, avec des pics épidémiques fréquents. Le Konzo, affection fortement associée à la malnutrition, frappe beaucoup plus les enfants et les femmes allaitantes.

*Prévalence du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5ans, selon le sexe, le lieu de résidence et le quintile de richesse*



Indicateurs agro-nutritionnels (suite)		Sources/Années
<b>Alimentation des enfants en bas âge</b>		
Taux d'allaitement maternel exclusif < 6 mois	37%	MICS 4, 2010
Pourcentage d'enfants 6 à 23 mois allaités qui reçoivent une alimentation complémentaire	54%	MICS 4, 2010
<b>Taux d'alimentation au biberon 0-11 mois</b>		
Taux de poursuite de l'allaitement maternel à 2 ans	53%	MICS 4, 2010
<b>Couverture des interventions de lutte contre les carences en micronutriments</b>		
Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé ( $\geq 15$ ppm)	59 %	MICS 4, 2010
Couverture de la supplémentation en vit A chez les enfants < 5 ans	82 %	MICS 4, 2010
Couverture de la supplémentation en vit A chez les mères ( $\leq 2$ mois après l'accouchement)		Non disponible
Prévalence de l'anémie chez les jeunes enfants	71%	EDS, 2007
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	53%	EDS, 2007

### Alimentation des enfants en bas âge

L'enquête MICS 4(2010), révèle que la quasi-totalité des enfants congolais sont allaités (98%) mais moins de la moitié des enfants (43%) est mis au sein dans l'heure qui a suivi l'accouchement et 13% des enfants ont reçu très tôt une alimentation lactée. Dans l'ensemble, moins de 2 enfants de moins de 6 mois sur cinq (37%) sont exclusivement nourris au sein et les proportions d'enfants encore allaités diminuent avec l'âge (87% entre 12 mois et 15mois et 53% entre 20-23 mois). La durée moyenne de l'allaitement au sein est de 20.8 mois. Elle est la plus courte à Kinshasa (16.6 mois) et la plus longue dans le Kasai Occidental(24.6%). 50% d'enfants de 0-23 mois peuvent être considérés comme convenablement allaités. Parmi eux ; il y a 37% d'enfants âgés de 0-5 mois qui sont exclusivement allaités au sein et les 54% de ceux âgés de 6-23 mois qui sont allaités et qui reçoivent en même temps des aliments solides, semi-solides ou mous. Par ailleurs, parmi ceux-ci, seulement 22% reçoivent une alimentation adéquate, dans la mesure où ils reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous le nombre de fois minimum ou plus requis selon leur âge.

### Carence en micronutriments

**La carence en vitamine A** : une carence très sévère en vitamine A affecte la population congolaise. L'enquête menée en 1998 a trouvé une prévalence de 61% chez les enfants de moins de trois ans avec un taux de rétinol sérique < à 20%. Bien que ces données datent de plus de dix ans et en dépit des campagnes de supplémentation de masse organisées depuis 2002, les données actuelles de morbidité et de mortalité laissent

penser à une prévalence d'hypovitaminose A assez élevée si l'on considère la dégradation de la situation sociale globale de la population.

**Les anémies :** L'anémie constitue également un problème grave de santé publique en RDC en nous référant aux normes de l'OMS. L'enquête EDS 2007 a trouvé une prévalence de 71% chez les enfants de moins de cinq ans, tandis que chez les femmes, la prévalence est de 53%. Ces résultats montrent que toutes les provinces de la RDC ont des taux d'anémie supérieurs à 40%. La figure 3 illustre la prévalence de l'anémie chez les femmes, trouvée lors de l'EDS.

Cette anémie dont la forme chronique résulte entre autre de la carence en fer, est aggravée par l'effet de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, notamment le paludisme et les parasitoses intestinales, surtout chez les enfants. Ce qui conduit à des nombreuses transfusions sanguines exposant au risque de transmission du VIH/SIDA. Une étude menée en 2005 par le PRONANUT avec l'appui de l'UNICEF, a montré que 80% d'enfants de moins de cinq ans avaient un ver intestinal ou plus. Cette étude a montré aussi que les enfants avec un parasite intestinal avaient 8 fois plus de risque de faire de l'anémie que ceux qui n'en avaient pas.

**Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) :** en dépit des conflits armés qu'a connus la RDC au cours de cette dernière décennie, les résultats des enquêtes montrent une généralisation de la consommation du sel iodé et une nette régression des troubles dus à la carence en iode. En effet, la prévalence du goitre qui était à

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

42% en 1990 est tombée à 1% en 2007. Cette diminution significative illustre mieux l'impact de la consommation du sel iodé. A l'heure actuelle, 95% des ménages en RDC consomment du sel iodé.

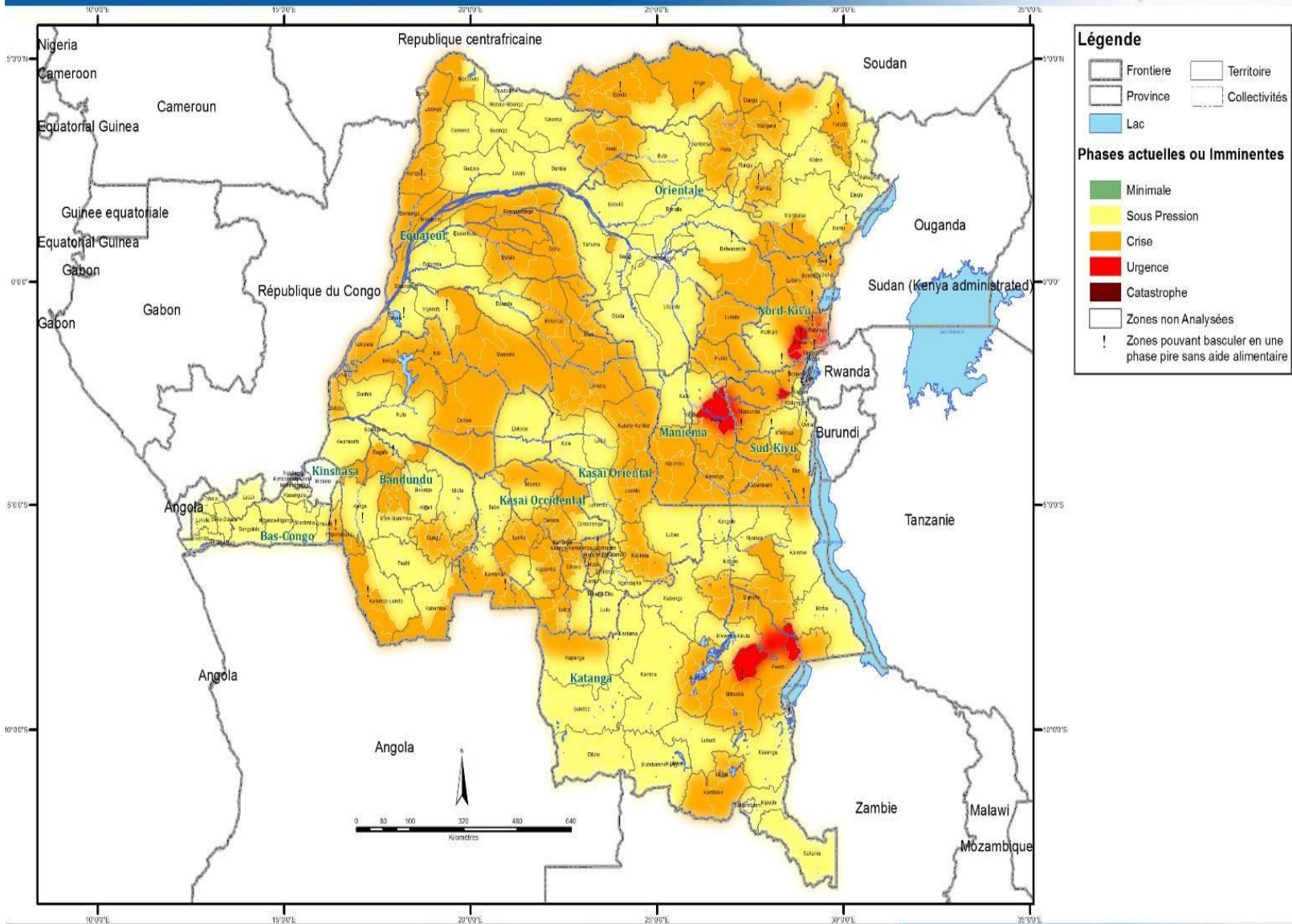
#### **Principaux liens entre la malnutrition et les maladies**

Les résultats de l'enquête EDS 2007, ont montré que 46% avaient fait la fièvre et qu'un enfant sur quatre avait fait la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Dans MICS 4, cette prévalence est de 18% pour la diarrhée. Les analyses croisées montrent que 35% d'enfants malnutris avaient eu de la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. La diarrhée est entretenue du fait que 2/3 de la population n'ont pas accès à l'eau potable.

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

La qualité inadéquate et inappropriée des soins offerts dans les formations sanitaires aux enfants malades justifie en partie la faible fréquentation des services de santé par la population. Dès lors, le recours à l'automédication, aux guérisseurs traditionnels et aux groupes de prière est de plus en plus fréquent. Ce qui compromet d'avantage la prise en charge des enfants, entraînant ainsi la malnutrition dans plusieurs cas. Par ailleurs, même à domicile, peu de mères savent comment prendre en charge les cas de maladies à domicile.





**Légende**

- Frontiere
- Territoire
- Province
- Collectivités
- Lac

**Phases actuelles ou imminentes**

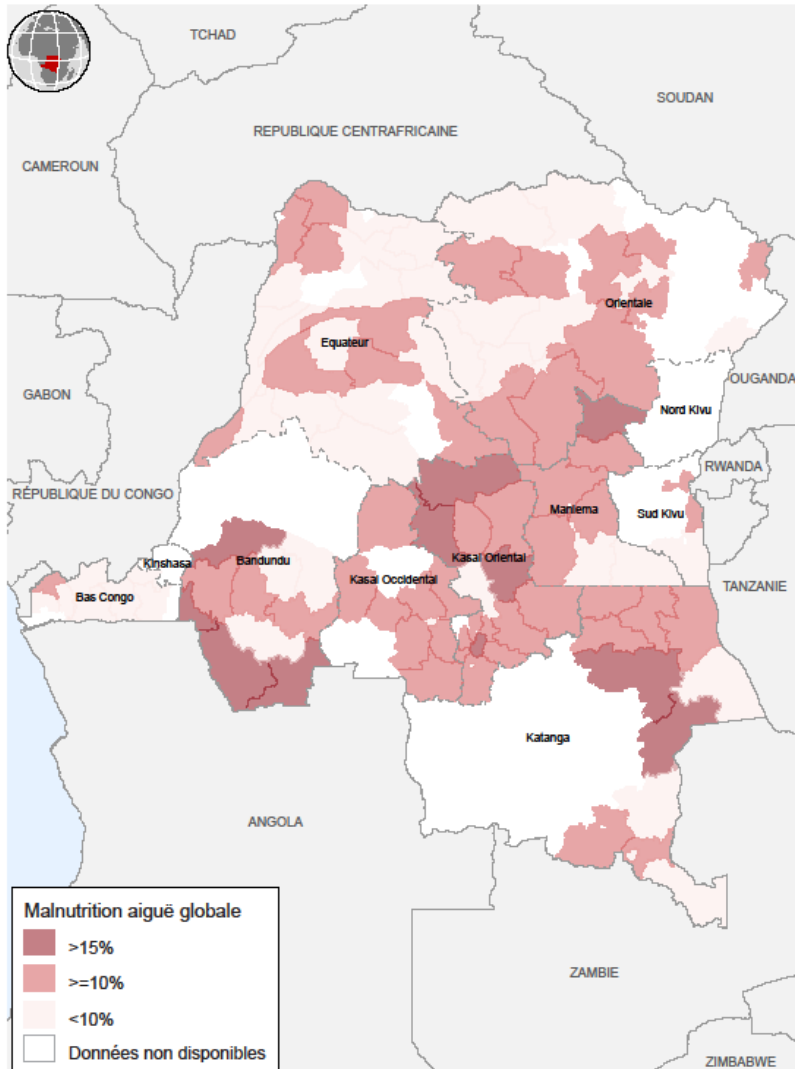
- Minimale
- Sous Pression
- Crise
- Urgence
- Catastrophe
- Zones non Analysées
- Zones pouvant basculer en une phase pire sans aide alimentaire

Source: Données nationales, FAO, WFP, OCHA, UNICEF, UNHCR, Oxfam, CARE, ACTRICE, Save the Children, JRC, FEWS NET, European Commission, October 2012.





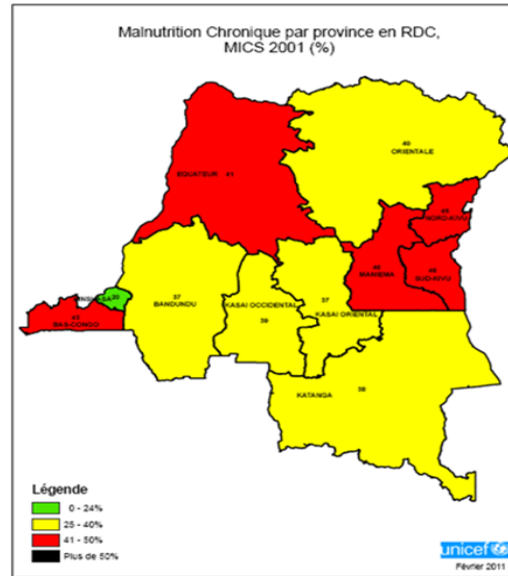
RD Congo: Zones de malnutrition aiguë (Octobre 2012)



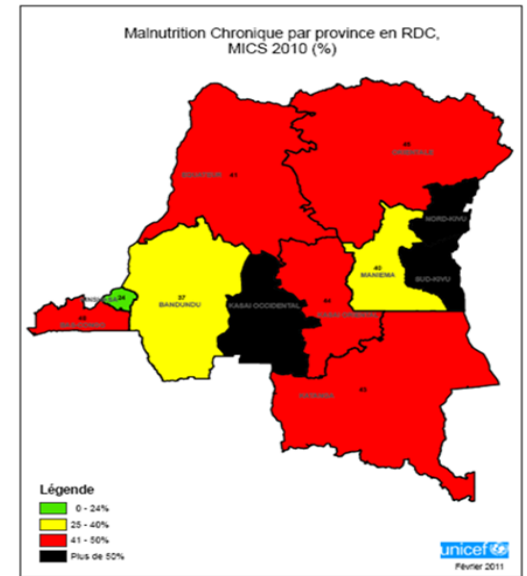
Les Nations Unies ne seraient pas tenues responsables de la qualité des limites, des noms et des désignations utilisés sur cette carte.

Date de création: 05 Novembre 2012 Sources: RDC, UNICEF.

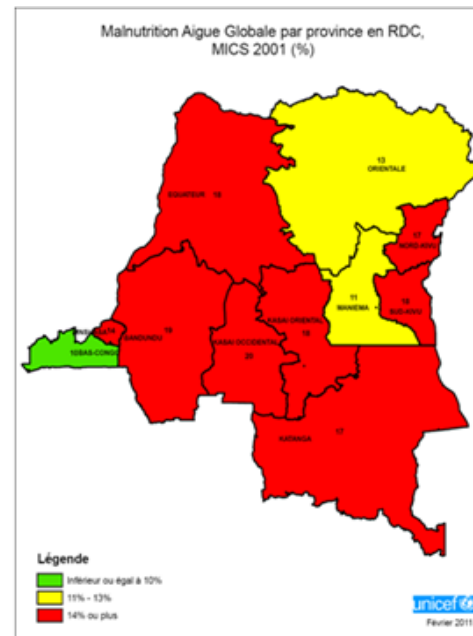
Carte produite par: OCHA



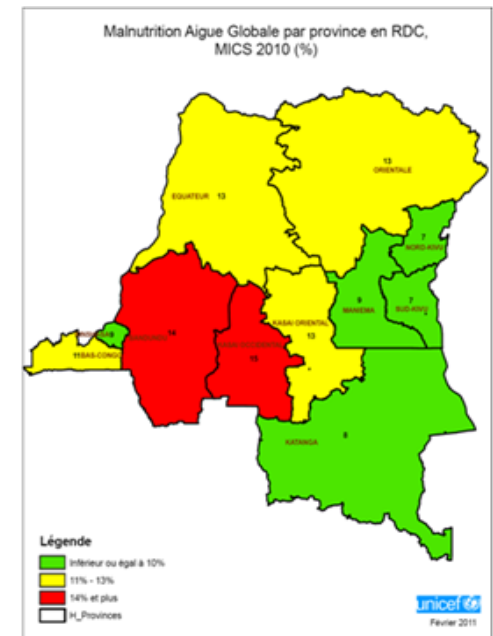
Niveau national 43%



43%



Niveau national 16%



11%

## 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
<b>CADRE STRATÉGIQUE GLOBAL</b>						
<b>Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (Seconde Génération)</b>	2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ramener d'ici 2015 l'incidence de la pauvreté à 60%</li> <li>-Réduire la proportion d'enfant de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale à 16,3%</li> <li>-Augmenter le taux de couverture vaccinale des enfants à 80%</li> <li>-Accroître le taux de couverture en Alimentation et en Eau Potable : urbain 50% et rural 30%</li> <li>-Accroître le taux de couverture en eau potable à 38% contre 26% actuellement</li> </ul>		Etat, à travers le Ministère du Plan et les Ministères sectoriels, ainsi que des PTF		<p>Point de vue des pays : à compléter avec l'un des symboles suivants:</p> 
<b>Système de surveillance nutritionnelle sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP)</b>		<p>Alerter en temps utile les crises nutritionnelles et alimentaires, assurer une riposte rapide et faire le plaidoyer, la mobilisation de l'opinion publique et des décideurs sur les problèmes de nutrition</p> <p><b>Principales activités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte de données en routine : prix hebdomadaire de 4 produits de base (manioc, maïs, riz et haricot) et données sanitaires mensuelles (poids de naissance, nombre enfants mal nourris, nombre décès)</li> <li>- collecte trimestrielle des données auprès des ménages (périmètre brachial, œdèmes nutritionnels, consommation alimentaire et stratégies de survie)</li> </ul>	UNICEF,	4 Provinces du pays (Katanga, Kasai-occidentale, Kasai-Orientale)	Surveillance nutritionnelle et alimentaire ; Alerte	

<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>
<b>Classification de la sécurité alimentaire (IPC)</b>		L'IPC est un ensemble de protocoles (outils et procédures) qui permet de classer la sévérité de l'insécurité alimentaire) Cadre intégré de	FAO, PAM ;  Minimum de un minimum de 100.000 USd pour la réalisation d'un cycle IPC	Gouvernement, Agences des Nations Unies ONG internationales Quelques bailleurs	Quel est le degré de sévérité de la situation ? Quelles sont les zones touchées par l'insécurité alimentaire ? Combien de personnes sont en 'insécurité alimentaire ? Qui sont ces personnes en termes de caractéristiques socio-économiques ?	
<b>Comité CODEX ALIMENTARIUS</b>		Protection des consommateurs par l'élaboration des normes et principes d'hygiènes alimentaires	CODEX TRUST FUND	Ministère de l'agriculture et Développement rural Ministère de la Santé	Hygiène alimentaire	
<b>AGRICULTURE</b>						
<b>Programme National d'investissement agricole (PNIA)</b>	2013-2020	Le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) de la RDC a pour objectif primordial de stimuler une croissance soutenue du secteur agricole (au moins 6%) nécessaire et suffisante à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la sécurité alimentaire. Il s'agira de promouvoir les filières stratégiques génératrices de croissance et basées sur les priorités définies par la RDC en vue d'intensifier la production vivrière végétale, animale et halieutique et de promouvoir les spéculations de rente.	Etat Partenaires Techniques et Financiers	Ministère de l'agriculture et Développement rural		
<b>SECURITE ALIMENTAIRE</b>						
<b>Programme National de Sécurité alimentaire (PNSA)</b>		L'objectif global du PNSA est de contribuer de façon durable à lutter contre l'insécurité alimentaire et à améliorer les conditions de vie des populations par l'augmentation des productions et des revenus des ménages.  Le PNSA comprend 3 axes stratégiques d'intervention, déclinés en 6 sous-programmes,	Budget global sur 5 ans est évalué à 945 435 336 \$EU, y compris les imprévus physiques et	Ministère de l'agriculture et Développement rural	Le PNSA a l'ambition de constituer un cadre de mise en cohérence et d'intégration des actions qui seront menées par les différents Ministères techniques en vue de la pleine réalisation des quatre dimensions principales de la sécurité alimentaire <sup>1</sup> : la disponibilité physique des aliments,	

<sup>1</sup> Document Introduction aux concepts de la sécurité alimentaire FAO 2008 publié par le Programme CE-FAO « Sécurité alimentaire l'information pour l'action »

Stratégie / Politique / Programmes	Période de référence	Objectifs et principales activités	Budget / Bailleur	Entités clés impliquées	Points clés	Prise en compte de la nutrition
		<p>21 composantes et 59 volets/résultats, qui visent à répondre aux contraintes identifiées lors des concertations provinciales et à atteindre les objectifs du programme.</p> <p>Il s'agit des axes suivants :  <u>Axe stratégique N°1</u> : Amélioration de la productivité et accroissement des productions  <u>Axe stratégique N°2</u> : Amélioration de l'état nutritionnel de la population et suivi/gestion de la vulnérabilité  <u>Axe stratégique N°3</u> : Renforcement institutionnel</p> <p>Et, des sous-programmes qui suivent :  <u>Sous-programme 1</u> : Intensification durable de la production des cultures vivrières  <u>Sous-programme 2</u> : Diversification des sources d'alimentation et de revenus  Sous-programme 3 : Développement de l'agriculture urbaine et périurbaine  <u>Sous-programme 4</u> : Réduction des pertes et Valorisation des produits agricoles  <u>Sous-programme 5</u> : Gestion de la vulnérabilité alimentaire  <u>Sous-programme 6</u> : Renforcement institutionnel</p>	financiers.		l'accessibilité économique et physique des aliments, l'utilisation des aliments et la stabilité des trois autres dimensions dans le temps.	
<b>NUTRITION</b>						
Plan de développement Sanitaire, PNDS, Volet Nutrition, 2011-2015	2011-2015	<p>Objectif Général du PNDS contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté</p> <p>Objectif sectoriel du PNDS assurer des soins de santé primaire de qualité et à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles.</p>	<p>679,755,106 USD</p> <p>Trésor public : 31% Partenaires Techniques et Financiers : 69 %</p>	<p>Ministère de la Santé</p> <p>Ministères de : *la Santé Publique *l'Agriculture, de Développement Rural, *l'Enseignement Supérieur et</p>		●

<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>
		<p>Objectif sous sectoriel de la nutrition Assurer les soins nutritionnels de qualité à toute la population, en particulier aux enfants, aux femmes, y compris les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Principales activités Intégration du paquet d'intervention de la nutrition dans le développement des zones de santé, amélioration de la qualité des services et des prestations relative à la nutrition, renforcement du leadership, de la gouvernance ainsi que de la collaboration intra et intersectorielles dans le domaine de la nutrition.</p>		Universitaire, *l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, *du Plan, *de la *Communication et Médias, *du Commerce, de l'Industrie, des Petites et Moyennes Entreprises, * du Genre, de la Femme et Enfant des Affaires Sociales *de la Recherche Scientifique, Action Humanitaire et Solidarité Nationale		
<b>SANTÉ &amp; PROTECTION SOCIALE</b>						



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

La mise en œuvre et le développement de la Politique Nationale de Nutrition pour la prise en charge des problèmes nutritionnels en RDC est coordonnée par le Programme National de Nutrition (PRONANUT) conformément à l'arrêté n° 1250/CAB/MIN/S/AJ/CK/09/2000 du 20 octobre 2000 du Ministre de la Santé Publique.

Pour réaliser ce mandat, le PRONANUT exerce les missions suivantes :

1. Promouvoir les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles de la population
2. Promouvoir l'hygiène alimentaire et la prévention des intoxications alimentaires
3. Contrôler la qualité des aliments
4. Lutter contre les carences en micronutriments
5. Assurer la prise en charge des cas des maladies nutritionnelles
6. Assurer la surveillance nutritionnelle
7. Contribuer à l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages

La mise en œuvre de ce plan stratégique se veut participative avec l'appui de tous les acteurs qui sont le MSP, les PTF, les Ministères et services connexes, les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition, les Organisations à Assise Communautaire et la communauté.

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

Le PRONANUT, structure du Ministère de la Santé Publique chargée de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition.

Tous les acteurs représentés aux différents niveaux du système de santé, des partenaires techniques et financiers, des secteurs connexes ainsi que la communauté bénéficiaire, sous le leadership du Ministère de la Santé Publique à travers ses organes de coordination notamment le Comité National de Pilotage (CNP), les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) et les conseils d'administration des zones de santé (CA).

Les ministères connexes du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la nutrition sont les ministères de l'Agriculture, de Développement Rural, de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, du Plan, de la Communication et Médias, du Commerce, de l'Industrie, des Petites et Moyennes Entreprises, du Genre, de la Femme et Enfant des Affaires Sociales de la Recherche Scientifique, Action Humanitaire et Solidarité Nationale etc.

### Principaux partenaires techniques et financiers

Les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition sont :

Les agences du système des Nations-Unies ci-après : l'UNICEF, l'OMS, le PAM, la FAO, le PNUD...

Les Agences de coopérations multi et bilatérales : ECHO, l'USAID, la Commission Européenne, le DFID, le Coopération Canadienne, la Coopération Italienne, la Coopération Belge, la Coopération Japonaise, la Coopération Française, etc.

Les ONG nationales et internationales : ACF, HKI, World Vision, Save the Children, Memisa, COOPI, MSF, CORDAID, MERLIN, CARITAS, CROIX ROUGE, CRS, BDOM, 8ème CEPAC, IFPRI, Harvest Plus, IITA, IDEA, Médecins d'Afrique, CEMUBAC, LWF, CPK, ADRA, CONCERN, CRAFTOD, APEE, Armée du Salut et AAP...

Leur apport est capital dans la mobilisation des ressources et l'accompagnement de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de la nutrition sur terrain.

### Structures pour la Prévention / Gestion des désastres

*Quels sont les structures en charge de la prévention et de la gestion des désastres aux niveaux central et local ? Fonctionnent-elles de manière efficace ? Que peut-il être fait de plus ?*

### Adhésion aux Initiatives globales / régionales en lien avec la nutrition

La RDC a adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) initié par les Nations Unies. Elle a aussi ratifié les accords de Maputo en juillet 2003, qui recommandent à chaque Etat de consacrer au moins 10% de ses allocations budgétaires aux investissements dans le secteur agricole et rural. Cela entraînera son adhésion au Programme Détaillé pour le Développement de l'Agriculture en Afrique (PDDAA) en juin 2010, avec comme objectifs principal la réduction de moitié des personnes souffrant de la faim (OMD-1) à travers la réalisation d'une croissance agricole annuelle d'au moins 6%. La RDC a également adhéré au Programme Régional de Sécurité Alimentaire élaboré pour les pays membres de l'espace CEEAC (Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale).

*En quoi cela favoris-t-il la mise en œuvre du plan d'investissement ?*

L'adhésion du pays à ses différentes initiatives traduit la volonté des dirigeants à prioriser la relance agricole, notamment par une allocation conséquente des ressources financières et une amélioration du cadre légal et juridique. La réalisation de ces deux conditions favorisera la mise en œuvre des plans d'investissement.

*Quelles institutions existent au niveau régional qui pourraient appuyer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et favoriser la mise en œuvre des plans d'investissement ?* COMESA, CEEAC, NEPAD, SADC, FAO, ASARECA, CORAF-WECARD, etc.

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

**PDDAA : Etapes parcourues : Lancement du PDDAA, Désignation Point Focal, Mise en place d'une équipe pays, Réalisation des analyses sur les options stratégiques de croissance agricole, Organisation de la Table Ronde pour la signature de la Charte, Elaboration du Plan National d'Investissement Agricole, Revue technique et Organisation du Business Meeting prévues respectivement pour avril et mai 2013**

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

#### Cadre institutionnel & financement

*Principales évolutions du cadre institutionnel en lien avec la nutrition et principales tendances en termes de financement*

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

*Analyse de la prise en compte de la nutrition dans les différents secteurs au niveau institutionnel*

Au niveau des programmes élaborés au sein du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural, les questions nutritionnelles n'étaient pas très bien prises en compte. Dans les programmes, la priorité était accordée aux actions d'appui à la production agricole pour rendre disponible la nourriture. Mais depuis la formulation du Programme National de Sécurité Alimentaire par le Gouvernement en 2010 avec l'appui technique et financier de la FAO, les questions nutritionnelles sont ressorties clairement. Malheureusement le PNSA n'a pas encore vu l'ombre d'une mise en œuvre. Avec le Plan National d'Investissement Agricole (PNIA), le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural a repris l'essentiel des composantes nutritionnelles du PNSA. Ainsi, le Gouvernement espère que la mise en œuvre du PNA aidera à améliorer sensiblement la situation nutritionnelle de nos populations.

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

*Description et analyse des activités clés (principalement celles mentionnées précédemment dans le cadre institutionnel). Mettre en avant les initiatives intersectorielles. A classer en fonction des principaux axes de lutte contre la malnutrition.*

DSCR II :

- Ramener d'ici 2015 l'incidence de la pauvreté à 60%
- Réduire la proportion d'enfant de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale à 16,3%
- Augmenter le taux de couverture vaccinale des enfants à 80%
- Accroître le taux de couverture en Alimentation et en Eau Potable : urbain 50% et rural 30%
- Accroître le taux de couverture en eau potable à 38% contre 26% actuellement

PNIA :

- Mettre en place un système d'informations sur les marchés et les productions agricoles
- Mettre en place un système d'alerte précoce sur la sécurité alimentaire et pour prévenir les risques climatiques
- Renforcer le degré de prise de conscience des parties prenantes sur l'importance d'une bonne nutrition dans la préservation de la santé
- Promouvoir les actions visant l'amélioration de la nutrition
- Renforcer les systèmes nationaux de suivi et de gestion de la vulnérabilité
- Appuyer la mise en adéquation de l'aide alimentaire d'urgence et Organiser les réserves stratégiques

## Principaux groupes de population ciblés & localisation

*Analyse des mécanismes de ciblage / A quelle échelle ces différents programmes et interventions sont-ils mis en œuvre au niveau national, provincial ou du district ?*

La nutrition est l'un des domaines où interviennent plusieurs secteurs. L'insuffisance d'harmonisation des outils de gestion avec les autres programmes et partenaires travaillant sur les mêmes cibles, le manque de collaboration intra et intersectorielle.

Dans le cadre de la **collaboration intra-sectorielle**, le PRONANUT participe déjà aux activités de la Commission lutte contre les maladies coordonnées par la Direction de Lutte contre la Maladie et au « cluster promotion de la santé » avec d'autres intervenants de nutrition. Dans le cadre de la lutte contre les maladies, Il devra harmoniser avec le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) pour le volet nutritionnel de la prise en charge des PVV, avec la division des maladies non transmissibles pour le protocole nutritionnel des maladies non transmissibles dues à la nutrition (diabète, HTA, Obésité) et avec le Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour la gestion des interventions offertes lors des CPS. En ce qui concerne la promotion de la santé, avec le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) les stratégies de lutte contre les anémies chez les femmes à la CPN, avec le Programme National de Lutte contre la Diarrhée (PNLD) pour l'alimentation des enfants présentant la diarrhée, Programme National de santé scolaire (PNSS) pour le suivi de l'état nutritionnel des élèves. .

Sur le **plan intersectoriel**, le PRONANUT devra renforcer sa collaboration avec les autres secteurs sur certaines questions et aspects précis de la nutrition. Il devra, au niveau national, mener des négociations avec les firmes alimentaires pour la fortification et l'enrichissement des aliments, maintenir la collaboration avec les laboratoires agréés pour le contrôle de qualité des aliments et définir les normes d'enrichissement et de fortification des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Dans cette logique, il sera utile de maintenir une collaboration étroite avec le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural pour améliorer l'état de sécurité alimentaire et pour l'organisation des enquêtes sur l'hygiène et salubrité des aliments et boissons vendus sur la place publique (HACCP) dans le pays. Cette collaboration pourra s'étendre aux autres Ministères et Services spécialisés, tel les ministères de l'Intérieur, de l'Economie, de l'Industrie, du Commerce, des Petites et Moyennes Entreprises ainsi que les Entités Territoriales Décentralisées (ETD) en ce qui concerne la mercuriale des prix des produits alimentaires.

Autres ministères connexes nous avons l'Enseignement Supérieur et Universitaire, de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, du Plan, de la Communication et Médias, du Commerce, de l'Industrie, des Petites et Moyennes Entreprises, du

Genre , de la Femme et Enfant des Affaires Sociales de la Recherche Scientifique , Action Humanitaire et Solidarité Nationale etc

Une sous commission de nutrition sera mise en place au sein de la Commission chargée de la lutte contre la Maladie du Comité National de Pilotage du Système de Santé. Cette sous commission servira de cadre pour discuter avec les partenaires, les intervenants, les Ministères et les services connexes sur les questions de nutrition et orienter les actions à mener.

## Mécanismes de suivi et évaluation

*Description des mécanismes de suivi & évaluation en place, principaux indicateurs collectés et utilisés pour mesurer la situation nutritionnelle et l'impact des différents secteurs sur cette situation (indicateurs multisectoriels)*

Le mécanisme de suivi et d'évaluation, se fera à tous les niveaux en suivant les exigences du système de santé et les principes et obligations de partenariat intra et intersectoriels.

Trois grands mécanismes de suivi des interventions de nutrition seront mis à contribution pour le suivi des activités et l'évaluation des interventions planifiées dans le domaine de la nutrition en rapport avec le PNDS. Il s'agit du suivi continu à travers le système d'informations sanitaires de routine, du suivi sélectif par le biais des sites sentinelles ainsi que des enquêtes transversales portant sur les problèmes et l'offre des services de nutrition, ainsi que sur l'appropriation des actions de lutte dans la communauté.

Le système national d'informations sanitaires sera mis à profit pour renseigner le système de santé sur les prestations des services et soins relatifs à la nutrition. Dans cette optique, le PRONANUT participera au processus de la révision des indicateurs minimaux à remonter à travers les rapports SNIS. Les missions de supervision seront réalisées du niveau central vers le niveau provincial (à raison de 2 supervisions par province et par an) et des coordinations provinciales vers les zones de santé (à raison de 4 supervisions par ZS et par an) pour suivre les activités de nutrition. Dans les zones de santé, les actions essentielles de nutrition feront l'objet des supervisions intégrées des membres des ECZ.

Les aspects nutritionnels seront intégrés dans les forums d'évaluation des performances du secteur en l'occurrence les monitorages des activités au niveau des zones de santé, les revues des activités au niveau des Districts et Provinces, ainsi que dans les revues provinciales et nationale du secteur de la santé. Dans la mesure du possible, au niveau central, un comité technique dirigé par le Secrétaire Général à la Santé, évaluera chaque année le niveau de réalisation du plan et validera le plan opérationnel en vue d'atteindre les objectifs fixés. Cette réunion devra réunir tous les secteurs impliqués dans l'amélioration de l'état nutritionnel de la population.

Les sites de surveillance sentinelle permettront de suivre la tendance des problèmes nutritionnels dans les milieux où ils sévissent. C'est le cas de Konzo dans le Bandundu, la circulation du sel non iodé dans la province du Katanga (dans les Districts de Kolwezi, de Tanganyika et de Haut Katanga) ainsi que la prise en charge de la malnutrition dans les zones éligibles. L'évaluation de la situation nutritionnelle profitera des enquêtes ponctuelles.

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

*Analyse des mécanismes de coordination et suggestions de points d'amélioration*

Actuellement il n'existe pas un cadre national de concertation qui réunisse tous les acteurs intervenant dans le domaine de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Néanmoins, au niveau des Ministères sectoriels, il existe des Groupe Thématiques, qui sont des cadres de concertations réunissant toutes les parties prenantes au développement du secteur agricole et rural. On trouve là dedans : Le Gouvernement, les Partenaires Techniques et Financiers, le Secteur Privé, les Organisations Paysannes, et les Organisations de la Société Civile.

Toutes les questions relatives au développement agricole et rural sont abordées au cours des réunions du Groupe Thématique.

## Capacités managériales et techniques au niveau institutionnel

*Quelles capacités managériales des ministères au niveau national, provincial et du district ?*

*Au niveau certains Ministères sectoriels tels que l'Agriculture et Développement Rural, que ce soit au niveau central ou provincial, les capacités de gestion des questions nutritionnelles font cruellement défaut. Un renforcement des capacités s'imposent*

*Quelles capacités techniques au niveau du personnel des ministères, des organisations impliquées dans l'agriculture, et du secteur R&D ?*

*Les capacités techniques font également défaut.*

### **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*

## Définitions

<b>Anémie</b>	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 : <a href="http://www.Medterms.com">www.Medterms.com</a>	<b>Malnutrition</b>	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>
<b>Approche pluri disciplinaire</b>	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.	<b>Malnutrition Chronique</b>	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>
<b>Carence</b>	Absence ou insuffisance d'un ou plusieurs nutriments essentiels pour le métabolisme et le développement de l'organisme <i>Source : www.Medterms.com</i>	<b>Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 1)</b>	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>
<b>Diversification alimentaire</b>	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>	<b>Retard de croissance</b>	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>
<b>Faim Aiguë</b>	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.	<b>Sécurité alimentaire</b>	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>
<b>Faim Chronique</b>	La faim chronique est un manque constant ou récurrent de nourriture ayant pour conséquence chez les enfants un poids insuffisant et une mortalité élevée.	<b>Sécurité Nutritionnelle</b>	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>
<b>Emaciation</b>	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>	<b>Sous Nutrition</b>	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>
<b>Insuffisance pondérale</b>	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>		
<b>Interventions nutritionnelles et stratégies nutrition sensibles</b>	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

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

<sup>1</sup> 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.