

**BURKINA FASO**  
**Unité – Progrès – Justice**



**POLITIQUE NATIONALE MULTISECTORIELLE  
DE NUTRITION 2020-2029**



**Juin 2020**

## **AVANT PROPOS**

Au Burkina Faso, la situation nutritionnelle demeure préoccupante même si la tendance ces dernières années est à l'amélioration. En effet, en 2019, un enfant sur quatre de moins de cinq (05) ans souffre d'un retard de croissance (25,4%), 17,3% présentent une insuffisance pondérale et 8,1% sont émaciés. En outre, les carences en micronutriments persistent avec l'anémie qui touche près de 62% des femmes en âge de procréer, plus de huit (08) enfants de moins de cinq (05) ans sur dix (10) et près de 7% des enfants d'âge scolaire.

Parmi les stratégies mises en œuvre, les interventions spécifiques de nutrition menées par le département de la santé occupent une place de choix. Toutefois, sur la base d'évidences scientifiques, nous sommes désormais conscients que la mise en œuvre des interventions spécifiques à elles seules ne permet pas d'améliorer durablement la situation nutritionnelle de nos populations et en particulier des groupes vulnérables.

L'approche multisectorielle a donc été adoptée pour obtenir de meilleurs résultats en mettant à contribution tous les acteurs des différents secteurs concernés. La présente politique nationale de nutrition qui prend bien en compte l'approche multisectorielle, se veut être le nouveau document de référence pour tous les intervenants dans le domaine de la nutrition au Burkina Faso. Elle s'aligne sur la vision du Plan national de développement économique et social (PNDES) pour atteindre les effets attendus.

C'est le lieu pour moi de traduire ma reconnaissance à tous les acteurs qui ont contribué activement à l'élaboration de cette politique. Je remercie vivement tous les partenaires techniques et financiers qui ont soutenu le processus d'élaboration jusqu'à l'obtention de ce document de qualité.

Je lance un appel à tous les partenaires et acteurs des différents secteurs concernés pour un soutien et une mise en œuvre effective des orientations de cette politique car la nutrition est l'une des principales clés du développement durable et est donc l'affaire de tous.

**Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO**  
*Officier de l'Ordre de l'Etalon*

<b>RESUME.....</b>	<b>4</b>
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....</b>	<b>8</b>
1.1. Description du champ de la politique.....	8
1.2. Périmètre ou champ d'actions.....	8
<b>PARTIE I : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA NUTRITION .....</b>	<b>11</b>
1.1. Contexte politique et socio-économique .....	11
1.1.1. Contexte politique.....	11
1.1.2. Contexte socio-économique .....	11
1.1.3. Contexte culturel.....	12
1.2. Cadre organisationnel, institutionnel et réglementaire.....	13
1.2.1. Cadre institutionnel et organisationnel.....	13
1.2.2. Acteurs ministériels.....	13
1.2.3. Structures et institutions intervenant dans la nutrition.....	15
1.2.4. Organes de coordination.....	16
1.2.5. Cadre législatif et réglementaire.....	17
1.3. Evaluation des ressources.....	18
1.3.1. Ressources humaines.....	19
1.3.2. Ressources matérielles.....	19
1.3.3. Ressources financières.....	20
1.4. Bilan des stratégies et politiques antérieures .....	21
1.4.1 Analyse par composante des résultats des politiques passées et en cours .....	21
1.4.2. Analyse des interventions de la nutrition spécifique .....	21
1.4.3. Analyse des interventions des secteurs mettant en œuvre des interventions sensibles à la nutrition .....	24
1.5. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces .....	30
1.5.1 Forces et Faiblesses .....	30
1.5.2 Opportunités et Menaces.....	32
1.6. Grands défis à relever .....	33
2.1. Fondements de la politique nationale multisectorielle de nutrition.....	35
2.1.1. Au niveau international.....	35
2.1.2. Au niveau sous régional et africain.....	36
2.1.3. Au niveau national .....	36
2.2. VISION DE LA POLITIQUE .....	38
2.3. Principes directeurs .....	38
2.3.1. Inclusion .....	38
2.3.2. Redevabilité.....	39
2.3.3. Genre.....	39
2.3.4. Equité.....	39
2.4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	39

2.4.1. Objectif global et impact attendu.....	39
2.4.2. Axes stratégiques, Objectifs stratégiques et Effets attendus.....	40
<b>PARTIE III : DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI</b>	
<b>EVALUATION.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1. Dispositions de mise en œuvre.....</b>	<b>53</b>
3.1.1. Instruments de mise en œuvre.....	53
3.1.2. Acteurs de mise en œuvre.....	54
3.1.3. Cadre organisationnel.....	56
<b>3.2. Suivi et l'évaluation.....</b>	<b>57</b>
3.2.1. Mécanisme de suivi-évaluation.....	57
3.2.2. Outils de suivi évaluation.....	58
3.2.3. Circuit de collecte des données.....	58
<b>3.3. Mécanisme de financement.....</b>	<b>59</b>
3.3.1. Contribution du gouvernement.....	59
3.3.2. Contribution du secteur privé.....	59
3.3.3. Contribution des collectivités territoriales.....	59
3.3.4. Contribution des PTF et ONG.....	59
<b>3.4. Analyse et gestion des risques.....</b>	<b>60</b>
3.4.1. Non-adhésion des acteurs.....	60
3.4.2. Environnement économique défavorable.....	60
3.4.3. Expansion du faux et de la fraude.....	60
3.4.4. Insécurité.....	61
3.4.5. Effets des changements climatiques.....	61
3.4.6. Emergence de nouvelles maladies.....	61
<b>ANNEXE.....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 1 : Récapitulatif des axes stratégiques.....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 2 : Cadre logique.....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe 3 : Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces).....</b>	<b>83</b>

## RESUME

Cette politique multisectorielle de nutrition 2020-2029 a été élaborée dans une vision de garantir à l'horizon 2029 un meilleur état nutritionnel et un bien-être social et économique à tous les habitants du Burkina Faso pour un développement durable du pays. Au regard des causes multifactorielles et multisectorielles, la lutte contre la malnutrition requiert une synergie d'actions impliquant tous les secteurs ayant des interventions sensibles ou spécifiques à la nutrition.

L'objectif global de la politique nationale multisectorielle de nutrition est d'améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers la mise en œuvre d'interventions multisectorielles de nutrition. Les secteurs ayant des interventions sensibles retenus sont ceux qui comportent les thématiques suivantes : (i) la sécurité alimentaire; (ii) la santé; (iii) l'eau, hygiène et assainissement; (iv) l'éducation; (v) la protection sociale, et tous les secteurs favorables à la nutrition. Le **secteur « Santé »** : à travers la prise en charge de la malnutrition, la santé maternelle et infantile et la prévention de la malnutrition et des maladies non transmissibles en lien avec la nutrition ; le **secteur « Agro-sylvo-pastoral »** à travers la disponibilité, l'accessibilité des aliments aux populations et leurs utilisations ; le **secteur « Education et formation »** : par la mise à disposition d'un capital humain diversifié et compétitif pour garantir une productivité durable ; le **secteur « Environnement, eau et assainissement »** : par l'accès en eau notamment l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement pour l'amélioration du cadre de vie ; le **secteur « Travail, emploi et protection sociale »** : à travers la sécurité et l'assurance aux ménages à réduire la vulnérabilité face à la malnutrition ; le **secteur « Recherche et innovation »** : secteur transversal dont l'intervention permet de bénéficier des résultats de la recherche en matière de nutrition.

La politique nationale multisectorielle de nutrition couvre les domaines ci-après : (i) la promotion de la santé, (ii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition et des maladies non transmissibles, (iii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence, (iv) la disponibilité et l'utilisation des produits alimentaires, (v) la gestion intégrée des ressources en eau, (vi) l'assainissement du milieu et du cadre de vie, (vii) la gestion des

conditions de vie des groupes vulnérables, (viii) la couverture sanitaire universelle et (ix) l'amélioration du niveau d'instruction de la population.

La politique nationale multisectorielle de nutrition est mise en œuvre à travers des plans d'actions opérationnels quinquennaux glissants, élaborés par les secteurs mettant en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition conformément aux orientations et priorités définies dans cette politique multisectorielle. Le suivi et l'évaluation de la politique de nutrition se feront à travers le renseignement des outils suivants : (i) le cadre logique de la politique, (ii) le cadre sectoriel santé de mesure de performance, (iii) le cadre logique des plans d'actions opérationnels des différents ministères. Le financement est assuré par l'Etat, les Partenaires techniques et financiers (PTF) et les Organisations non gouvernementales (ONG). En outre, les activités sensibles à la nutrition sont financées à travers les inscriptions budgétaires des départements ministériels clés.

Le cadre institutionnel et organisationnel est basé sur le Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) qui a pour attribution d'assurer l'orientation et le suivi de la politique nationale de nutrition ainsi que sa coordination. Quant au cadre législatif et réglementaire, plus d'une dizaine de lois encadrent la nutrition mais restent insuffisantes dans leur application.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>AMU :</b>	Assurance Maladie Universelle
<b>ANJE :</b>	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>ASBC :</b>	Agents de Santé à Base Communautaire
<b>ATPC :</b>	Assainissement Total Piloté par la Communauté
<b>ATPE :</b>	Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi
<b>CAMEG :</b>	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
<b>CNCN :</b>	Conseil National de Concertation en Nutrition
<b>CNPS :</b>	Conseil National de Protection Sociale
<b>CNSA :</b>	Conseil National de Sécurité Alimentaire
<b>CPN :</b>	Consultation Périnatale
<b>CPS :</b>	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
<b>CRCN :</b>	Conseil Régional de Concertation en Nutrition
<b>CRSA :</b>	Cadre Régional de Sécurité Alimentaire
<b>ENA :</b>	Enquête Nationale sur l'Accès des ménages aux ouvrages d'assainissement familiale
<b>FASA :</b>	Fonds d'Appui à la Sécurité Alimentaire
<b>FDAL :</b>	Fin de la Défécation à l'Air Libre
<b>FFOM :</b>	Force Faiblesse Opportunité et Menace
<b>FS :</b>	Formation Sanitaire
<b>GASPA :</b>	Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE
<b>HIMO :</b>	Haute Intensité de Main-d'œuvre
<b>IDH :</b>	Indice de Développement Humain
<b>IEC/CCC :</b>	Informations, Ecoutes, Conseil/Communication pour un Changement de Comportement
<b>INSD :</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>MILDA :</b>	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action
<b>MMS :</b>	Micronutriments Multiples
<b>MNT :</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>ODD :</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>ONG :</b>	Organisme non Gouvernemental
<b>OOAS :</b>	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>PB :</b>	Périmètre Brachial
<b>PCD :</b>	Plans Communaux de Développement
<b>PCIMA :</b>	Prise en Charge Intégrée de Malnutrition Aigue

<b>PCIME :</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PCIME-REC :</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant- Registre Electronique de Consultation
<b>PCR :</b>	Polymerase Chain Reaction
<b>PDSEB :</b>	Programme de Développement Stratégique de l'Education de Base
<b>PEC :</b>	Prise en Charge
<b>PFNL :</b>	Produits Forestiers Non Ligneux
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PIDESC :</b>	Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels
<b>PNDES :</b>	Plan National de Développement Economique et Social
<b>PNIN :</b>	Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition
<b>PNMN :</b>	Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition
<b>PRD :</b>	Plans Régionaux de Développement
<b>PRSPV :</b>	Plan annuel de Réponse et de Soutien aux Populations Vulnérables
<b>PTF :</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>RGPH :</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RR :</b>	Rougeole Rubéole
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
<b>SLM :</b>	Substitut du Lait Maternel
<b>SONAGESS :</b>	Société Nationale de Gestion de Stocks de Sécurité
<b>SONU :</b>	Soins Obstétricaux et Néonatale d'Urgence
<b>STAN :</b>	Secrétariat Technique chargé de l'amélioration de l'Alimentation et de la Nutrition des mères et des enfants
<b>SUN :</b>	Scaling Up Nutrition/Renforcement de la nutrition
<b>TPI :</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>UA :</b>	Union Africaine
<b>UE :</b>	Union Européenne
<b>USAID :</b>	Agence des États-Unis pour le Développement International
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immuno- déficience Humaine



## 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1. Description du champ de la politique

Le champ d'intervention de la nutrition est défini conformément aux dispositions du décret N°2008-003/PRES/PM/MS/MAHRH/MASSN/MEF du 10 janvier 2008 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) d'une part et d'autre part, au rapport relatif à la définition des secteurs de planification du PNDES, parmi lesquels le secteur « Production agro sylvo pastoral », le secteur « Santé », le secteur « Éducation et formation », le secteur « Environnement, eau et assainissement », le secteur « Travail, emploi et protection sociale » et le secteur « Recherche et innovation »

### 1.2. Périmètre ou champ d'actions

Le champ d'actions de la nutrition porte sur (i) la sécurité alimentaire, (ii) la santé, (iii) l'eau, l'hygiène et assainissement, (iv) l'éducation et (v) la protection sociale.

La nutrition couvre les domaines ci-après : (i) la promotion de la santé, (ii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition et des maladies non transmissibles, (iii) la prévention et la prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence, (iv) la disponibilité et l'utilisation des produits alimentaires, (v) la gestion intégrée des ressources en eau, (vi) l'assainissement du milieu et du cadre de vie, (vii) la gestion des conditions de vie des groupes vulnérables, (viii) la couverture sanitaire universelle, (ix) l'amélioration du niveau d'instruction de la population et (x) la gouvernance et la coordination multisectorielle de la nutrition.

Ainsi, la nutrition est prise en compte dans plusieurs secteurs de planification :

- **Secteur « Santé »** : ce secteur aborde plusieurs thématiques dont l'amélioration de l'état nutritionnel par la prise en charge de la malnutrition, la santé maternelle et infantile, les maladies non transmissibles qui sont en lien avec la nutrition.
- **Secteur « Production agro-sylvo-pastorale »** : il intervient dans la nutrition à travers la disponibilité, l'accessibilité des populations aux aliments et leurs utilisations.

- **Secteur « Transformations industrielles et artisanales »** : il intervient dans la nutrition à travers entre autres la production de farines infantiles, l'enrichissement des huiles végétales en vitamine A et des farines de blé en fer/acide folique par les unités industrielles.
- **Secteur « Education et formation »** : il permet de disposer d'un capital humain diversifié et compétitif pour garantir une productivité durable nécessitant ainsi le développement de passerelles entre le domaine de la nutrition et le secteur « Education et formation ». Pour cette fin, l'éducation en général et celle des filles en particulier facilite l'adoption de meilleurs comportements en matière de nutrition.
- **Secteur « Environnement, eau et assainissement »** : ce secteur assure la mobilisation des ressources en eau notamment l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement pour l'amélioration du cadre de vie et la prévention des maladies liées au péril fécal.
- **Secteur « Travail, emploi et protection sociale »** : ce secteur aborde deux volets essentiels à savoir les volets « filets sociaux de sécurité » et « assurance sociale » permettant aux ménages et individus de mieux gérer les risques et réduire leur vulnérabilité face à la malnutrition. Il aborde aussi la question du genre pour l'autonomisation socio-économique de la femme.
- **Secteur « Recherche et innovation »** : les interventions de ce secteur permettront de mettre à profit les résultats de la recherche pour améliorer les stratégies de nutrition.

### **1.3. Importance de la politique nationale multisectorielle de nutrition**

Les statistiques au plan national indiquent qu'un quart (1/4) des enfants de moins de cinq (05) ans, soit environ un million d'enfants souffrent de retard de croissance. Aussi, l'insuffisance de financement en faveur de la nutrition engendre des pertes de productivité dont le coût est estimé à 409 milliards de FCFA en 2012, soit l'équivalent de 7,7% du PIB. Certes, des efforts sont consentis par le gouvernement et ses partenaires mais dans l'optique de l'atteinte des objectifs de développement durable notamment l'ODD2<sup>1</sup>, une synergie d'actions multisectorielles s'avère nécessaire.

---

<sup>1</sup> Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

En 2016, le Gouvernement a adopté le Plan national de développement économique et social (PNDES) comme référentiel national de développement économique et social à l'horizon 2020. Ce référentiel accorde une place de choix au capital humain en son axe stratégique 2 intitulé « Développement du capital humain ». Ainsi, à travers son effet attendu 2.1.2, il entend améliorer l'état nutritionnel de la population en général et en particulier les femmes et les enfants. La mise en œuvre du PNDES est donc une opportunité pour l'accroissement des financements et aussi l'atteinte des résultats en matière de nutrition selon une approche multisectorielle.

La présente politique de nutrition constitue un cadre fédérateur pour la conjugaison des efforts des secteurs intervenant dans la nutrition.

## **PARTIE I : ANALYSE DE LA SITUATION DE LA NUTRITION**

### **1.1. Contexte politique et socio-économique**

#### **1.1.1. Contexte politique**

Le contexte politique actuel est caractérisé par une forte demande sociale dans un pays à ressources limitées. Ainsi, il est à noter la récurrence des remous socio-politiques ces dernières années dont l'insurrection populaire des 30 et 31 octobre 2014 et les élections couplées (présidentielle et législative) de novembre 2015 ayant conduit au retour à l'ordre constitutionnel normal. Les populations dans ce contexte exigent de plus en plus des comptes aux autorités dans la gestion des biens et services publics d'où le principe de la redevabilité qui s'impose désormais dans la gestion des institutions. Il y a donc une nécessité de consolider les bases de la bonne gouvernance à travers des institutions solides.

Toutefois, le contexte national reste marqué par une détérioration de la situation sécuritaire due aux attaques répétées par des mouvements terroristes avec un déplacement interne massif des personnes et au grand banditisme avec des attaques à mains armées dans certaines localités. Des mesures sont prises par les autorités en collaboration avec les populations en vue d'améliorer la sécurité.

#### **1.1.2. Contexte socio-économique**

Le Burkina Faso a une population estimée à 20 244 079 habitants avec une croissance démographique forte de 3,1% par an (INSD, RGPH projeté 2018). Cette population est composée de 52% de femmes dont 24% en âge de procréer. Elle est en majorité jeune, soit 47,6% de moins de quinze (15) ans et 17,8% de moins de cinq (05) ans. L'agriculture, l'élevage et le secteur minier constituent essentiellement les secteurs moteurs de développement du pays. Le Burkina Faso occupe le 182<sup>ème</sup> rang sur 189 pays et territoires avec un Indice de développement humain<sup>2</sup> (IDH) de 0.434 en 2019. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté<sup>3</sup> est de 40,1% au niveau national.

---

<sup>2</sup> PNUD, Rapport sur le développement humain, 2019

<sup>3</sup> EMC2014

Bien que le secteur économique soit dominé par l'agriculture, le pays est non seulement loin d'assurer la sécurité alimentaire mais aussi constamment confronté à un problème de sécurité sanitaire des aliments. On note fréquemment des problèmes de disponibilité de ressources alimentaires auxquels s'ajoute une faible accessibilité financière. Cela se traduit par une importation des produits de grande consommation comme le maïs, le riz, le sel, les huiles dont le contrôle qualité suivant la réglementation en vigueur reste faible. Certains produits d'importation (bouillons, poulets de chair...) ne répondent pas aux besoins nutritifs des populations mais plutôt à leur valeur financière.

Par ailleurs, le déplacement interne massif des personnes dû à l'insécurité a entraîné un accroissement des populations en situation d'urgence alimentaire.

### **1.1.3. Contexte culturel**

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Organisés en communautés, ces groupes entretiennent entre eux des relations d'échange socioculturelles qui constituent un socle de développement d'une diversité culturelle assumée et de cohésion sociale.

Cependant, certaines pratiques traditionnelles comme les familles à grands effectifs, le lévirat, le mariage précoce et les interdits alimentaires perdurent.

Aussi, l'environnement socio-culturel constitue-t-il souvent le lit de certaines pratiques alimentaires inappropriées avec pour conséquence des apports énergétiques insuffisants. Cela se traduit par un déficit en micronutriments lié à une inadéquation de l'alimentation au sein des groupes vulnérables. Cet environnement socio-culturel se caractérise par des interdits alimentaires pour les femmes en âge de procréer et les enfants. On note ainsi une persistance de pratiques traditionnelles et de tabous alimentaires qui gênent l'efficacité de la conduite de l'allaitement maternel exclusif (AME) tels que le gavage, la purge et l'administration de tisanes à but thérapeutique. A cela s'ajoute la persistance de la perception qui remet en cause l'aptitude de l'enfant à rester sans boire de l'eau durant la période de 0 à 6 mois sous prétexte que durant cette période le lait maternel ne suffit plus avec la

croissance de l'enfant, d'où l'usage précoce d'aliments de complément. On note enfin une forte influence négative de la communauté notamment les maris, grand-mères, chefs de village, responsables coutumiers ou religieux, tradipraticiens, sur la pratique optimale de l'allaitement exclusif.

En plus, le mode alimentaire lié au contexte culturel dégrade parfois les valeurs nutritionnelles de certains aliments, avec une iniquité dans l'alimentation au sein des ménages. A cela s'ajoute la consommation du tabac et de l'alcool qui constituent des facteurs de risque des maladies non transmissibles liées à la nutrition.

## **1.2. Cadre organisationnel, institutionnel et réglementaire**

### **1.2.1. Cadre institutionnel et organisationnel**

Le cadre institutionnel et organisationnel en matière de nutrition est régi par le décret N°2008-003/PRES/PM/MS/MAHRH/MASSN/MEF du 10 janvier 2008 portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du Conseil national de concertation en nutrition (CNCN). Ce décret définit les acteurs des départements ministériels et des institutions/organismes intervenant dans le domaine de la nutrition.

### **1.2.2. Acteurs ministériels**

Au Burkina Faso, les interventions de nutrition se retrouvent dans des politiques et programmes sectoriels mis en œuvre par les départements ministériels suivants :

- **Ministère en charge de la santé**

Il assure la promotion, la prévention, le rétablissement/réhabilitation de la santé de la population notamment (i) la santé maternelle et infantile y compris celle des jeunes/adolescents (es), (ii) les maladies transmissibles et non transmissibles et (iii) l'amélioration de l'état nutritionnel par la promotion des bonnes pratiques en matière d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et, la prise en charge de la malnutrition y compris les interventions en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle.

- **Ministère en charge de l'agriculture**

Il met en œuvre les actions relatives (i) à la sécurité alimentaire à travers la réalisation d'infrastructures hydro agricoles d'irrigation et de retenues d'eau,

(ii) à l'économie agricole à travers la métrologie des produits agricoles et l'entrepreneuriat agricole, (iii) au développement durable des productions agricoles, (iv) à l'appui conseil aux acteurs et, (v) à la prévention et la gestion des crises alimentaires.

- **Ministère en charge des ressources animales**

Il s'occupe de (i) la sécurisation et la gestion durable des ressources pastorales, (ii) la productivité et la compétitivité des productions animales, (iii) le développement des productions halieutiques et aquacoles et, (iv) la santé animale et santé publique vétérinaire.

- **Ministère en charge de l'eau**

Il intervient spécifiquement dans (i) la mobilisation de l'eau, (ii) la gestion intégrée des ressources en eau, (iii) l'approvisionnement en eau potable et (iv) l'assainissement des eaux usées et excréta.

- **Ministère en charge de l'environnement**

Il intervient dans (i) l'aménagement forestier et faunique, (ii) la protection, la surveillance et la préservation des ressources forestières et fauniques, (iii) la gestion durable des terres et écosystèmes forestiers, (iv) le suivi de l'évolution du potentiel forestier et faunique, (v) la reforestation et le reboisement et, (vi) le développement des filières forestières ligneuses, non ligneuses et cynégétiques.

- **Ministère en charge de l'éducation nationale**

Il intervient en partie sur (i) la promotion de la santé-hygiène-nutrition et la prévention contre le VIH/sida dans toutes les structures d'éducation et de formation qui constituent une préoccupation majeure en ce sens qu'elles contribuent à mettre les élèves, étudiants, apprenants et enseignants dans des dispositions physiques et psychologiques favorables au travail, (ii) la formation des enseignants en santé-hygiène-nutrition, (iii) la dotation des établissements en micronutriments et en dispositifs de lave-mains, (iv) l'approvisionnement des cantines scolaires, (v) l'alphabétisation des femmes, (vi) la scolarisation et le maintien des filles à l'école.

- **Ministère en charge de l'action sociale.**

Il facilite (i) l'accès de la femme et de la jeune fille aux services de santé et de

nutrition, (ii) les actions d'IEC/CCC sur la planification familiale, (iii) la prise en charge psychosociale, (iv) l'accès des personnes vulnérables aux services de santé et (v) l'appui financier aux personnes vulnérables pour la réalisation d'activités génératrices de revenus.

- **Autres ministères contributeurs**

Il s'agit du Ministère en charge de l'administration territoriale et de la décentralisation à travers les collectivités territoriales qui mettent en œuvre des interventions de nutrition par le biais des plans locaux de développement (PCD et PRD).

Il y a aussi le Ministère en charge du commerce qui assure la mise en œuvre de la politique commerciale du Burkina Faso en matière d'importation des denrées de grande consommation et d'exportation de la production locale ainsi que la réglementation de la commercialisation des Substituts du lait maternel (SLM).

On note également la contribution du Ministère en charge de la communication à travers la sensibilisation et la promotion des meilleures pratiques nutritionnelles via les médias.

Il y a le Ministère en charge du sport qui intervient dans la lutte contre les maladies non transmissibles notamment le surpoids, l'obésité à travers la promotion de la pratique du sport aussi bien au niveau collectif qu'individuel.

Le Ministère de la sécurité qui garantit un environnement sécurisé propice aux déplacements des biens et des personnes pour la productivité et les échanges, etc.

### **1.2.3. Structures et institutions intervenant dans la nutrition**

- les organisations non gouvernementales (ONG) participent à l'appui financier et aux prestations de service en nutrition ;
- le secteur privé intervient dans les prestations de service en nutrition ;
- les collectivités locales participent aux rencontres de concertations de nutrition et mettent en œuvre des interventions sensibles à la nutrition à travers les Plans locaux de développement (PLD) ;



- les Partenaires techniques et financiers (PTF) accompagnent la mise en œuvre des activités sur le plan technique et financier.

#### **1.2.4. Organes de coordination**

Au Burkina Faso, il existe des interventions spécifiques et/ou sensibles à la nutrition définies dans des politiques, plans et programmes de différents départements ministériels et d'acteurs non étatiques. C'est pourquoi le gouvernement a créé en 2008 un Conseil national de concertation en nutrition (CNCN) avec des démembrements régionaux (CRCN) pour assurer la concertation entre tous les acteurs. L'objectif du CNCN est d'assurer l'orientation et le suivi de la politique nationale multisectorielle de nutrition ainsi que la liaison et la coordination entre les départements ministériels, les acteurs et les partenaires concernés par la mise en œuvre de cette politique.

Par ailleurs, dans le souci d'améliorer la gouvernance en nutrition ainsi que la coordination et le suivi de la politique nationale multisectorielle de nutrition, un secrétariat technique chargé de l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des mères et des enfants (STAN) a été créé en 2018. Il joue le rôle de point focal du mouvement Scaling up Nutrition (SUN) auquel le Burkina Faso a adhéré en 2011.

Outre le CNCN, il existe d'autres cadres de concertation qui prennent en compte les questions de nutrition parmi lesquels on peut citer le Conseil national de sécurité alimentaire (CNSA), le Conseil national de protection sociale (CNPS) et le Conseil national de l'eau et de l'assainissement (CN-EAU).

Par ailleurs, le STAN en sa qualité de point focal SUN assure le secrétariat technique du CNCN. Dans cette dynamique, le point focal organise les acteurs en réseaux fonctionnels (Gouvernement, Société civile, Nations Unies, Donateurs, Secteurs privé et académique) dont le but commun est d'appuyer le gouvernement à renforcer la nutrition dans l'agenda du développement à travers l'animation efficace de la plateforme multisectorielle et un plaidoyer pour un engagement politique de haut niveau et un financement durable.

Le CNCN représente la plateforme multisectorielle et multi acteurs de la nutrition au Burkina Faso. Dans cette optique, les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la nutrition ont mis en place une plateforme de concertation (PTF nutrition) avec des sous-groupes : i) Prise en

charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA), (ii) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), (iii) Sécurité alimentaire, (iv) Plaidoyer et communication.

Malgré ces progrès importants, de nombreuses difficultés réduisent l'efficacité de la coordination notamment l'absence d'une politique de nutrition multisectorielle capable de définir les bases d'une coordination nationale efficace de la nutrition, la tenue irrégulière des sessions du CNCN, la non fonctionnalité des groupes thématiques, le déphasage entre le CNCN et les CRCN, une insuffisance dans le suivi de la mise en œuvre des recommandations. En outre, il est important de définir des passerelles permettant une certaine complémentarité et une synergie entre les différentes plates-formes tout en évitant les confusions dans les mandats.

### **1.2.5. Cadre législatif et réglementaire**

Les principales lois qui encadrent la nutrition au Burkina Faso sont :

- la loi N°028-2008/AN du 13 mai 2008 portant code du travail en ses articles 1, 145 à 148 qui garantit les congés de maternité et le droit à des repos pour l'allaitement au cours de la reprise du service ;
- la loi N°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant sur la santé de la reproduction en son article 7 qui garantit la santé de l'enfant notamment les soins néonataux/surveillance de l'enfant, la vaccination, la surveillance de la croissance et l'alimentation de l'enfant ;
- la loi N°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique en ses articles 3, 9, 11 à 15, 19 à 22, 23 à 25, 33 à 43 qui met l'accent sur la protection, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

Outre ces Lois, des décrets et arrêtés interministériels en faveur de la nutrition ont été signés. Il s'agit notamment :

- du décret N°2018-0093/PRES/PM/MS du 15 février 2018 portant organisation du Ministère de la santé en son article 18 créant un secrétariat technique chargé de l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des mères et des enfants ;
- du décret N°2008-003/PRES/PM/MS/MAHRH/MASSN/MEF du 10 janvier 2008 portant création, attributions, composition, organisation et

fonctionnement du Conseil National de Concertation en Nutrition (CNCN) ;

- du décret N°2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002 portant création de la Direction de la nutrition ;
- du décret N°99-377/PRES/PM/MS du 28 octobre 1999 portant création du Laboratoire national de santé publique et son modificatif ;
- du décret N°93-279/PRES/SASF/MICM du 28 juillet 1993 portant commercialisation et pratique y afférentes des produits des Substituts du lait maternel (SLM) ;
- de l'arrêté interministériel N°2013-1033/MS/MASA/MICA/MEF du 27 septembre 2013 portant réglementation de l'importation, de la commercialisation et de l'utilisation du sel au Burkina Faso ;
- de l'arrêté interministériel N°2012-0232/MICA /MS /MEF/MAH du 30 octobre 2012 portant enrichissement obligatoire des huiles végétales raffinées en vitamine A et de la farine de blé tendre en Fer et acide folique ;
- de l'arrêté conjoint N°2011-0265/MICA /MS /MEF du 09 décembre 2011 portant fixation des caractéristiques des huiles destinées à la consommation au Burkina Faso ;
- de l'arrêté conjoint N°2003-007/MS/MEFP/MAHRH/MCPEA du 03 janvier 2003 fixant les modalités de contrôle de la qualité sanitaire des produits alimentaires et assimilés.

Nonobstant le cadre législatif et réglementaire encadrant le domaine de la nutrition, des insuffisances notables demeurent quant à leur mise en application. On note par ailleurs la faible diffusion et l'appropriation insuffisante des textes par les acteurs, le chevauchement des attributions des intervenants en nutrition d'où la nécessité de les faire évoluer pour prendre en compte les insuffisances sus citées.

### **1.3. Evaluation des ressources**

Il est difficile de faire la situation exhaustive des ressources du fait de la multisectorialité. Toutefois, la situation des ressources humaines et financières est faite sur la base des études d'évaluation.

### **1.3.1. Ressources humaines**

Plusieurs profils professionnels contribuent à la mise en œuvre des activités au niveau des secteurs ayant des interventions aussi bien spécifiques que sensibles à la nutrition.

Concernant les interventions du secteur spécifique, les activités de nutrition sont intégrées à l'organisation du système de santé. Ainsi, le niveau central représenté par la Direction de la nutrition dispose d'un effectif d'une quarantaine d'agents avec des profils différents parmi lesquels on peut noter des nutritionnistes, des attachés de santé, des médecins et pharmaciens spécialistes en santé publique.

Le niveau intermédiaire notamment les Directions régionales de la santé (DRS) assure la coordination des interventions de nutrition au niveau opérationnel mais reste confronté à un personnel insuffisant composé de médecins, de pharmaciens, des attachés de santé y compris les nutritionnistes qui ne sont présents que dans sept (7) régions.

Au niveau opérationnel, en ce qui concerne le premier et le deuxième échelon de soins, le paquet minimum d'activités y compris la prise en charge de la malnutrition est assurée par le personnel paramédical et médical. La complexité de la prise en charge de la malnutrition nécessite une qualification et un renforcement continu de compétences. Dans ce système de soins, on constate une absence de nutritionnistes et de diététiciens.

Pour les secteurs mettant en œuvre des interventions sensibles à la nutrition, il y a une insuffisance voire absence de personnel qualifié pour la mise en œuvre des interventions de nutrition<sup>4</sup>.

### **1.3.2. Ressources matérielles**

Compte tenu de la multisectorialité de la nutrition, il est difficile de faire un état des lieux des ressources matérielles. Néanmoins, dans le secteur santé, ces ressources sont essentiellement composées des produits de santé, des matériels anthropométriques, culinaires, informatiques. Toutefois, la logistique roulante existante est vétuste et insuffisante.

---

<sup>4</sup>Evaluation des besoins de renforcement des capacités en ressources humaines pour la nutrition 2017-2020, REACH, 2018

### **1.3.3. Ressources financières**

Les financements en matière de nutrition sont soutenus par l'Etat et les Partenaires techniques et financiers (PTF). Dans le secteur santé, ce financement était essentiellement supporté par les PTF jusqu'en 2014.

Pour les exercices 2014 et 2015, les allocations budgétaires en faveur de la nutrition étaient respectivement de 10 milliards 779 millions et 6 milliards 913 millions de FCFA. Cette contribution de l'Etat en faveur de la nutrition spécifique et sensible entre 2014 et 2015 était inférieure à 1% du budget total de l'ensemble des secteurs clés contributeurs à la nutrition étant entendu que la norme souhaitée par les organisations de la société civile est de 3%.

L'allocation budgétaire des PTF en faveur de la nutrition au Burkina Faso sur la période 2014-2015 a représenté en moyenne 62 milliards 836 millions de FCFA par an, soit une part contributive s'élevant à 87%.

L'insuffisance de financement en faveur de la nutrition engendre des pertes de productivité dont le coût estimé en 2012 était de 409 milliards de FCFA, soit l'équivalent de 7,7% du PIB.

La nutrition constituant une priorité du Plan national de développement économique et social (PNDES), une ligne budgétaire pour l'achat des intrants nutritionnels a été créée au sein du Ministère de la santé sur le budget de l'Etat. Cette ligne budgétaire dotée d'un montant d'un milliard en 2017, devrait s'accroître progressivement jusqu'à 2 milliards 500 millions en 2020. Pour les secteurs clés sensibles à la nutrition, le plaidoyer en faveur du financement de la nutrition et le financement des plans triennaux et quinquennaux permettront d'améliorer le niveau d'allocation budgétaire.

On note globalement une insuffisance en termes d'allocations budgétaires tant au niveau du secteur spécifique que des autres secteurs ayant des interventions sensibles à la nutrition<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup>Analyse des allocations budgétaires et des dépenses annuelles du gouvernement et des partenaires techniques et financiers en faveur des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition au Burkina Faso de 2014 à 2015, RESONUT, 2016

## **1.4. Bilan des stratégies et politiques antérieures**

### **1.4.1 Analyse par composante des résultats des politiques passées et en cours**

Plusieurs documents de politiques et stratégies contribuant à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population ont été élaborés parmi lesquels on peut citer : la politique nationale de santé, le plan national de développement sanitaire, la Politique sectorielle de l'éducation du Burkina Faso (PSE/BF), la Politique et Stratégie nationales de l'assainissement (PSNA), la Politique nationale de l'eau (PNE), la Politique nationale de nutrition (PNN) et la Stratégie nationale de sécurité alimentaire (SNSA). Ces référentiels ne prenaient pas suffisamment en compte la question de multisectorialité pour une réponse efficace contre la malnutrition.

L'évaluation des politiques et stratégies réalisée par REACH<sup>6</sup> en octobre 2015 a montré que ces documents référentiels couvrent la nutrition à divers degrés. En effet, il y a la possibilité d'intégrer davantage la nutrition dans les politiques et stratégies liées à l'eau et l'assainissement, à l'éducation, à l'agriculture, au genre et au commerce. Des actions de plaidoyer sont nécessaires lors des opportunités de révision et/ou élaboration de ces politiques sectorielles pour une meilleure prise en compte du cadre commun des résultats.

### **1.4.2. Analyse des interventions de la nutrition spécifique**

#### ***1.4.2.1. Interventions sur la Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA)***

Le Burkina Faso à l'instar des autres pays du sahel, a élaboré et met en œuvre la stratégie de Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) depuis 2011 dans tous les districts sanitaires à travers un plan de passage à l'échelle. L'intégration de la nutrition dans le paquet minimum d'activités (PMA) des formations sanitaires et la mise en œuvre du protocole national révisé en 2014 ont permis de renforcer la prise en charge de la malnutrition.

---

<sup>6</sup> Aperçu des politiques et plans liés à la nutrition BURKINA FASO, Initiative REACH 2015

L'existence de normes standards (normes SPHERE et normes nationales) dans le protocole<sup>7</sup> permet d'apprécier le niveau de performance des structures de soins au niveau national. Ainsi, en 2018, en ambulatoire, le taux de guérison, de décès et d'abandon étaient respectivement de 91,7%, de 0,5% et de 7,8%. En hospitalisation, ces taux étaient respectivement de 87,7%, de 7,4% et de 4,9%. La proportion de cas pris en charge par rapport aux cas attendus était de 36,1% pour la MAM et 63,7 % pour la MAS.

Malgré l'amélioration de la prise en charge, des défis restent à relever par les acteurs. Il s'agit notamment de l'amélioration de la couverture de la disponibilité en intrants dans toutes les régions pour la prise en charge de la MAM, l'amélioration de la couverture de la qualité de prise en charge de la malnutrition aiguë et le renforcement de la mobilisation communautaire.

#### ***1.4.2.2. Interventions de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)***

Le Burkina Faso s'est doté depuis 2013 d'un plan de passage à l'échelle des interventions d'ANJE. Ce plan comporte des activités de promotion et de préventions nutritionnelles tant dans les formations sanitaires (FS) qu'au niveau communautaire à travers les Groupes d'apprentissage et de suivi des pratiques d'ANJE (GASPA). Il indique le chronogramme de mise en œuvre progressive du paquet d'activités dans les districts sanitaires jusqu'en 2025. L'objectif est d'« augmenter le taux de pratique d'allaitement exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois de 38% en 2012 à au moins 80% en 2025 et le taux de pratique d'alimentation minimale acceptable chez les enfants âgés de 6- 23 mois de 3,5% en 2012 à au moins 30% en 2025».

A ce jour, toutes les treize (13) régions sont couvertes avec des niveaux de mise en œuvre différents notamment pour le volet communautaire. Aussi, bien que l'étude<sup>8</sup> de l'impact de la supplémentation en micronutriments multiples au cours des consultations prénatales sur la survie et la croissance de l'enfant ait montré que 20% du retard de croissance des enfants de 12 à 59 mois sont liés aux carences nutritionnelles de la femme enceinte et que la supplémentation de la femme enceinte en micronutriments multiples (MMS)

---

<sup>7</sup> Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, Ministère de la santé, 2014

<sup>8</sup> Dominique Roberfroid, and AI, Impact of prenatal multiple micronutrients on survival and growth during infancy: a randomized controlled trial, 2012

permet de réduire de 27% le retard de croissance. Cette supplémentation des femmes enceintes en MMS y compris le calcium n'a pas connu un début de mise en œuvre dans notre contexte.

En somme, la promotion de l'ANJE fait face à certains défis majeurs notamment la mobilité du personnel formé au niveau des formations sanitaires, la création d'un environnement favorable, la dynamisation du cadre juridique et réglementaire relatif à la commercialisation des substituts du lait maternel et la gestion de l'ANJE dans le contexte de l'infection à VIH et des situations d'urgence.

#### **1.4.2.3. Interventions de lutte contre les carences en micronutriments**

La situation des carences en micronutriments chez les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants est préoccupante. En effet, selon l'enquête ENIAB 2014, la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes était de 72,5% et la concentration d'iode urinaire était de 73,3µg/l pour une valeur normale comprise entre 150 et 250 µg/l chez les femmes enceintes. Chez les enfants de 6 à 59 mois et d'âges scolaires, la prévalence de l'anémie était respectivement de 83% et 68%. Quant au rétinol sérique, l'enquête de base du projet pilote de santé scolaire organisé par HKI en 2006 dans treize (13) provinces du Burkina a révélé que la prévalence de l'hyporétinolemie était estimée à 43,7%.

Plusieurs stratégies sont développées pour la lutte contre les carences en micronutriments. Des campagnes de supplémentation en vitamine A associées au déparasitage sont organisées semestriellement à l'endroit des enfants de 6-59 mois. En plus, les femmes enceintes bénéficient de supplémentation en fer et acide folique dans les formations sanitaires, de même que les enfants d'âge scolaire dans certaines provinces du pays.

Par ailleurs, le Burkina Faso s'est engagé depuis 2007 dans la fortification des aliments de grande consommation notamment les huiles végétales en vitamine A et les farines de blé tendre en fer/acide folique. Le pays s'est aussi engagé dans la stratégie d'iodation universelle du sel ayant abouti à l'adoption en 2013 d'un arrêté interministériel rendant obligatoire l'importation de sel iodé au Burkina Faso.



L'engagement tant des acteurs du secteur privé que de l'Etat et de ses partenaires a permis d'obtenir des résultats. Cependant, des défis demeurent notamment la pérennisation des campagnes de supplémentation en vitamine A au profit des cibles, la supplémentation en micronutriments multiples des adolescentes et des femmes enceintes, l'acquisition de premix pour la fortification des aliments, le renforcement en équipement des unités de production et de contrôle des aliments fortifiés, l'amélioration du contrôle qualité du sel importé tout au long de la chaîne d'approvisionnement (production, conditionnement, transport et stockage) et l'amélioration du suivi de l'efficacité des interventions de lutte contre les carences en micronutriments.

### **1.4.3. Analyse des interventions des secteurs mettant en œuvre des interventions sensibles à la nutrition**

Les interventions sensibles à la nutrition ne sont pas encore coordonnées efficacement à travers un dispositif national adapté et cohérent, d'où la nécessité de fédérer les actions de chaque secteur à travers une politique de nutrition multisectorielle et de poursuivre le plaidoyer pour l'intégration de la nutrition dans les autres politiques publiques sectorielles et les projets de développement dans tous les secteurs mettant en œuvre des interventions sensibles ou favorables à la nutrition.

#### **1.4.3.1. Secteur de la Santé**

Dans le cadre de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le Burkina Faso a mis en œuvre plusieurs stratégies telles que la subvention des Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, le plan de relance de la planification familiale, etc. Cependant, il y a une nécessité d'améliorer la planification familiale et l'assistance qualifiée à l'accouchement. Selon l'annuaire statistique 2018 du Ministère de la santé, le taux de consultation prénatale à la 4<sup>ème</sup> visite était de 39,3% et le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 83,1%. Le défi reste l'amélioration de la qualité de la Consultation prénatale (CPN) avec les conseils nutritionnels, l'utilisation du fer/acide folique, la

supplémentation en micronutriments multiples/calcium et la mise au sein précoce dès les premières heures de l'accouchement.

Au niveau du planning familial, malgré les efforts pour rendre disponibles les différentes méthodes contraceptives, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 27,3% en 2019.

La mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) à partir de 2003 constitue une belle opportunité d'intégration et d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la malnutrition. La couverture des enfants pris en charge selon l'approche PCIME était de 64,1% en 2018<sup>9</sup>. Le nouveau statut<sup>10</sup> des Agents de santé à base communautaire (ASBC) constitue une opportunité pour renforcer la PCIME communautaire et le dépistage de la malnutrition. Enfin, le passage à l'échelle de la PCIME-REC (Registre électronique de consultation) va améliorer le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau des formations sanitaires.

Dans l'optique d'éliminer la persistance des foyers d'épidémies de rougeole, le Burkina Faso a introduit dans la vaccination de routine, une deuxième dose du vaccin anti rougeoleux à partir du 15<sup>ème</sup> mois pour renforcer l'immunisation des enfants.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, plusieurs stratégies sont mises en œuvre au Burkina Faso parmi lesquelles le Traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes, les campagnes de distribution de masse de Moustiquaires imprégnés à longue durée d'action (MILDA) et celles de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois. Concernant la CPS, le niveau de couverture du 4<sup>ème</sup> passage était de 88,23% en 2017 tandis que chez les femmes enceintes, le taux<sup>11</sup> de traitement préventif intermittent (TPI<sub>3</sub>) était de 52,7%.

Quant aux pathologies chroniques liées à la nutrition notons que le développement de l'alimentation hors domicile, la déstructuration de la prise alimentaire ainsi que la simplification des repas contribuent à l'évolution de l'alimentation. Des évidences ont montré que l'alimentation et l'état nutritionnel participent au développement et à l'expression clinique des

---

<sup>9</sup> Annuaire statistique, Ministère de la Santé, 2018

<sup>10</sup> Profil de l'agent de santé à base communautaire, 2014

<sup>11</sup> Annuaire statistique, Ministère de la Santé, 2017

maladies non transmissibles (obésité, diabète, cancers, maladies cardiovasculaires). En effet, selon l'enquête STEP de 2013, la prévalence de l'hypertension artérielle au sein de la population de 25 à 64 ans était de 17,6%. Celle du diabète était de 4,9%. Concernant l'obésité abdominale, elle était de 39,4% en milieu urbain et 15,7% en milieu rural chez la femme.

#### **1.4.3.2. Secteur de l'agriculture et de la sécurité alimentaire**

*La sécurité alimentaire* : elle repose sur quatre piliers que sont la disponibilité, l'accès, la stabilité et l'utilisation. Le diagnostic est fait sur la base des interventions sensibles du cadre commun des résultats.

Les cultures maraichères de contre saison (oignons, tomates, choux, laitue...) permettent aux agriculteurs/paysans et surtout aux femmes de développer une production végétale additionnelle en dehors de la saison des pluies, dont la commercialisation leur procure des revenus monétaires complémentaires fondamentaux pour les familles. La consommation des légumes produits est généralement très faible. Cette consommation est inhérente à la période de récoltes. De plus, l'écoulement des légumes sur le marché demeure difficile. Du reste, les défis se résument à la sensibilisation des petits exploitants familiaux à l'autoconsommation, la promotion de légumes hautement nutritifs comme les feuilles de moringa, de baobab et la Patate douce à chair orange (PDCO) riches en vitamine A, la promotion de techniques innovantes de transformation et de conservation des produits agricoles.

*Des Produits forestiers non ligneux (PFNL)* : l'Organisation mondiale de la santé estime que 80% des personnes vivant dans les pays en développement les utilisent pour satisfaire leurs besoins en matière de santé et d'alimentation. La production annuelle des PFNL estimée à 863 190 tonnes<sup>12</sup>, est constituée essentiellement des amandes de karité et produits dérivés, de feuilles et fruits de baobab, de poudre et graine de *Parkia biglobosa* (nééré). Ils sont de plus en plus utilisés en milieu urbain pour leurs valeurs nutritionnelles et en milieu rural surtout en période de soudure et de crise. En effet, l'étude sur l'analyse<sup>13</sup> de l'utilisation des PFNL dans les ménages a montré que les ménages les utilisant dans leurs repas représentent 43,4% pour les graines fermentées

---

12 Annuaire statistique, Ministère en charge de l'environnement, 2008

13 Stratégie nationale de valorisation et de promotion des produits forestiers non ligneux, Ministère de l'environnement et du cadre de vie, Juin 2010

(soumbala) de *Parkia biglobosa* comme épices, 15,8% pour les feuilles fraîches de baobab (*Adansonia digitata*) en tant que légume et 15,2% pour le beurre de karité (*Vitellaria paradoxa*).

La commercialisation de ces produits contribue à la résilience des ménages.

En dépit de ces résultats fort encourageants, force est de constater que cette filière est confrontée à des difficultés de transformation, de promotion de la consommation et de commercialisation.

Des programmes de promotion de l'utilisation des semences certifiées de variétés améliorées au Burkina Faso ont porté sur le riz, le maïs, le sorgho, le niébé, l'arachide et le sésame. Ces programmes ont permis le développement d'une filière semence qui produit chaque année plus de 6 000 tonnes de semences. Ce programme a permis l'augmentation notable des rendements, surtout pour le riz et le maïs. Cependant, cette stratégie est confrontée à un défi de vulgarisation auprès des producteurs et son extension à certaines cultures comme le mil. Aussi, dans la promotion des variétés améliorées, les aspects de nutrition sont faiblement pris en compte.

Le petit élevage contribue à la sécurité alimentaire et nutritionnelle à travers les revenus additionnels qui permettent aux ménages d'acheter des aliments complémentaires (huile, légumineuses, poisson séché, condiments, etc.). De plus, il permet d'améliorer la situation nutritionnelle des ménages à travers une diversification de la consommation alimentaire. Cependant, la contribution du petit élevage à la couverture des besoins nutritionnels des ménages demeure très faible (3,3 % pour l'énergie, 7 % pour les lipides et 10 % pour les protéines<sup>14</sup>).

*L'accessibilité des femmes aux ressources de productions agricoles* : les femmes qui assurent plus de 75% de la production de subsistance ont paradoxalement un faible accès aux moyens de production<sup>15</sup>, au capital humain et aux services financiers et de vulgarisation. Les défis résident dans la capacité des organisations féminines existantes, l'accessibilité des femmes aux fonciers, l'appui des groupements féminins en petits matériels de

---

14Annuaire statistique, Ministère des ressources animales, 2008.

15 Politique nationale genre, Ministère de la promotion de la femme, 2009.

transformations, l'accès des femmes aux technologies de production et transformation avec une faible pénibilité au travail.

#### **1.4.3.3. Secteur de l'eau, d'hygiène et d'assainissement**

L'accès à l'eau potable et à l'assainissement reste toujours limité en dépit des progrès enregistrés. En 2019, le taux d'accès à l'eau potable était de 68,4% pour le milieu rural contre 92,9% en milieu urbain. Selon l'Enquête nationale sur l'accès des ménages aux ouvrages d'assainissement familial (ENA, 2010), la défécation à l'air libre était la pratique la plus répandue et concernait 62,8% des ménages dont 80,4% en milieu rural contre 12,8% en milieu urbain<sup>16</sup>. En 2019, le taux d'accès à l'assainissement est passé de 12% en 2015 à 17,6% en 2019 pour le milieu rural et de 32% à 38,4% pour le milieu urbain. Le taux national est passé de 18% en 2015 à 23,6% en 2019.

Plusieurs interventions sensibles à la nutrition ont été développées par le secteur dont :

- la promotion du lavage des mains aux moments critiques ;
- l'accès aux infrastructures d'assainissement et à l'eau potable ;
- la promotion des bonnes pratiques de transport, stockage, conservation et traitement de l'eau ;
- la promotion de la stratégie harmonisée de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC).

Cette dernière stratégie (ATPC) adoptée en conseil des ministres en 2014 vise l'amélioration des conditions de vie des communautés en mettant fin à la défécation à l'air libre et à contribuer aussi à l'atteinte de l'accès universel aux services d'assainissement d'ici 2030. Malgré les évidences scientifiques sur l'impact nutritionnel de ces interventions, des difficultés majeures subsistent quant à leur passage à l'échelle. Elles sont liées à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, de ressources matérielles et financières ainsi qu'à l'insuffisance de planification sur le long terme.

#### **1.4.3.4. Secteur de la protection sociale**

---

<sup>16</sup> Enquête ENA 2010

Les programmes de protection sociale peuvent être regroupés en deux catégories : les filets sociaux et l'assurance sociale.

*Les programmes de filets sociaux* : ils portent principalement sur les transferts monétaires (cash transfert), les transferts en nature, les subventions, les exemptions et les travaux à Haute intensité de main-d'œuvre (HIMO).

En matière de cash transfert, plusieurs expériences ont été développées dans les secteurs de l'agriculture, des ressources animales, de l'éducation, de l'action sociale et par certaines ONG. La plupart de ces interventions sont à titre pilote à l'échelle provinciale et couvrent une faible partie des groupes cibles vulnérables. Avec l'appui de la Banque mondiale, le gouvernement s'est engagé dans un projet pilote de cash transfert appelé « BurkinNaongsaya » d'un coût de 25 milliards de FCFA exécuté par le Ministère en charge de l'action sociale et de la solidarité nationale. Il existe aussi des distributions alimentaires ciblées pendant les périodes de soudure ainsi que dans le contexte de déficit sécuritaire au profit des groupes vulnérables.

*L'assurance sociale* : la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq (05) ans y compris la prise en charge de la malnutrition est mise en œuvre par toutes les formations sanitaires. Ainsi, l'adoption de la loi portant sur l'assurance maladie universelle en 2015 constitue une opportunité pour un passage à l'échelle de l'exemption des frais de soins des enfants de moins de cinq (05) ans.

Dans le domaine de la protection sociale sensible à la nutrition, les défis actuels demeurent le passage à l'échelle de ces interventions pour couvrir le maximum de groupes vulnérables, l'élaboration d'un registre national unique de personnes vulnérables et la mobilisation des ressources.

#### **1.4.3.5. Secteur de l'éducation**

Au niveau de l'éducation, trois interventions sensibles sont mises en œuvre. Il s'agit de la scolarisation et le maintien des filles à l'école, la promotion d'activités de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire et les cantines scolaires avec un objectif nutritionnel.

Concernant le maintien des filles à l'école, le taux d'achèvement au primaire des filles est passé de 59,7% en 2013 à 66,3% en 2019, au post primaire de 19,4% en 2012 à 41,7% en 2019 et au secondaire de 6,6% en 2012 à 12,9%

en 2019. Ces indicateurs cachent d'énormes disparités entre les régions d'une part et d'autre part entre les filles et garçons. Ainsi, au niveau régional, en 2019, le taux d'achèvement des filles au secondaire varie de 2% dans la région du Sahel à 29,8% dans la région du Centre. Bien que la parité fille/garçon au secondaire ait connu une amélioration, elle demeure toujours en deçà de la norme. Cette parité<sup>17</sup> est passée de 0,56 en 2012 à 0,72% en 2019.

La promotion des activités de santé, d'hygiène et de nutrition en milieu scolaire reste parcellaire. Le défi actuel demeure la mise en œuvre effective du volet santé-nutrition du Programme de développement stratégique de l'éducation de base (PDSEB) qui prendra en compte tous les aspects essentiels liés à la santé scolaire, à la promotion de l'hygiène/assainissement dans les structures éducatives, à la nutrition scolaire avec un accent sur la vulgarisation de l'éducation nutritionnelle où il existe des modules déjà élaborés.

Les cantines scolaires ont été adoptées par l'Etat pour l'ensemble du pays. Toutefois, la couverture effective des besoins alimentaires des élèves pendant toute l'année scolaire et la diversification du panier alimentaire avec un objectif nutritionnel demeurent des défis importants à relever. Par ailleurs, les jardins scolaires qui sont censés améliorer la fourniture de repas équilibrés ne sont fonctionnels que dans 9,6% des écoles pour l'année scolaire 2018/2019<sup>18</sup>.

Cependant, parmi les différents groupes cibles, les adolescents non scolarisés ne sont pas suffisamment pris en compte par les interventions de nutrition.

## **1.5. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces**

### **1.5.1 Forces et Faiblesses**

L'analyse diagnostique de la nutrition fait ressortir des forces qui peuvent constituer un levier pour son amélioration mais également quelques faiblesses qui limitent ses performances.

#### **1.5.1.1. Forces**

Il s'agit entre autres de :

---

<sup>17</sup> *Annuaire statistiques, Ministère de l'enseignement secondaire et supérieur, 2012, 2019*

<sup>18</sup> *Annuaire statistique, Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Alphabétisation, 2018/2019*

- ✓ existence d'un conseil national de concertation en nutrition (CNCN) ;
- ✓ existence d'un conseil national de sécurité alimentaire (CNSA) ;
- ✓ communalisation intégrale du territoire national ;
- ✓ intégration des intrants nutritionnels dans le système d'approvisionnement national à travers la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) ;
- ✓ existence d'un système d'information sur la nutrition (enquête SMART, collecte de données en routine, système d'alerte précoce) ;
- ✓ mise en place d'une Plateforme nationale d'information sur la nutrition (PNIN) ;
- ✓ existence d'un Plan annuel de réponse et de soutien aux populations vulnérables, à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition (PRSPV) ;
- ✓ intégration de la nutrition dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- ✓ existence de plan d'opérationnalisation de certaines interventions de nutrition (Plans ANJE et PCIMA, stratégie de lutte contre les carences en micronutriments, etc.) ;
- ✓ existence d'un dispositif national pour la gestion des stocks de sécurité alimentaire à travers la Société nationale de gestion de stocks de sécurité (SONAGESS);
- ✓ existence d'un Fonds d'appui à la sécurité alimentaire (FASA) au niveau du ministère en charge de l'agriculture ;
- ✓ existence de partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la nutrition ;
- ✓ élaboration d'un Plan national de réponse aux urgences de sécurité sanitaire des aliments (PNRUSSA) ;
- ✓ existence d'un point de contact d'urgence INFOSAN au ministère de la santé et de points focaux dans les ministères clés intervenant dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments ;
- ✓ existence d'un point focal du CODEX Alimentarius au ministère en charge de l'agriculture.

#### **1.5.1.2. Faiblesses**

Concernant les faiblesses on pourrait souligner la :



- ✓ faible participation des acteurs nationaux (Etat & Privé) au financement de la nutrition y compris des intrants ;
- ✓ faible opérationnalisation des cadres de concertation au niveau déconcentré sur la nutrition ;
- ✓ insuffisance dans la prise en compte de la nutrition dans les plans et programmes de développement régionaux et communaux ;
- ✓ insuffisance dans la lutte contre les carences en micronutriments ;
- ✓ faible niveau de mise en œuvre des activités ANJE au niveau communautaire dans les régions ;
- ✓ insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité ;
- ✓ insuffisance d'infrastructures de stockage adaptées pour les intrants nutritionnels ;
- ✓ insuffisance dans le contrôle de qualité de la production, du stockage et de l'utilisation des aliments ;
- ✓ faible disponibilité et accessibilité des produits alimentaires aux populations ;
- ✓ insuffisance dans la valorisation et la promotion de la consommation des aliments locaux ;
- ✓ faible niveau d'accès à l'eau potable et à l'assainissement ;
- ✓ faible niveau de scolarisation des filles ;
- ✓ insuffisance dans la mise en œuvre du plan de réponse aux catastrophes et crises humanitaires ;
- ✓ inégalité d'accès des femmes aux ressources de production ;
- ✓ insuffisance du cadre législatif et réglementaire en matière de nutrition ;
- ✓ insuffisance de communication en faveur de la nutrition.

### **1.5.2 Opportunités et Menaces**

Des opportunités existent et peuvent être des tremplins pour l'engagement à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations. Toutefois, des menaces pourraient aussi constituer des freins à la mise en œuvre des interventions en faveur de la nutrition.

#### **1.5.2.1. Opportunités**

Les opportunités sont les suivantes :

- ✓ existence d'un contexte international et régional favorable à la nutrition (Mouvement SUN, Stratégie des Nations Unies, Cadre USAID, cadre UE) ;
- ✓ existence d'un référentiel de développement qui priorise les questions liées à la nutrition ;
- ✓ existence d'une volonté politique affichée au plus haut niveau avec la désignation de son Excellence Monsieur le Président du Faso comme champion de l'initiative des leaders africains pour la nutrition («African leaders for nutrition », ALN) ;
- ✓ volonté politique d'améliorer l'ancrage de la nutrition à travers la création du Secrétariat technique chargé de l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des mères et des enfants.

### **1.5.2.2. Menaces**

Il peut s'agir des

- ✓ instabilité socio-politique et institutionnelle ;
- ✓ persistance des crises sécuritaires aux niveaux national, sous régional et international ;
- ✓ catastrophes naturelles, inondations, sécheresse et autres intempéries ;
- ✓ crises sanitaires internationales.

### **1.6. Grands défis à relever**

L'analyse FFOM a permis de dégager des faiblesses à partir desquelles des défis restent à relever. Il s'agit :

- ✓ du renforcement de la lutte contre les carences en micronutriments ;
- ✓ du passage à l'échelle de la promotion des pratiques de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les treize régions ;
- ✓ de l'accès universel à l'eau potable et à l'assainissement ;
- ✓ de la contribution à la gestion des catastrophes et des crises humanitaires ;
- ✓ de l'amélioration de la scolarisation et le maintien des filles durant les cycles scolaires et du statut socioéconomique et juridique de la femme ;
- ✓ de l'amélioration de la gouvernance en matière de nutrition : une structuration du cadre institutionnel et organisationnel des acteurs de la nutrition, le renforcement du cadre législatif et réglementaire dans le

domaine de la nutrition, un financement efficace et efficient en faveur de la nutrition, les ressources humaines, une communication adaptée et continue tout en assurant une redevabilité aux parties prenantes, la transparence et la lutte contre la corruption.

## **PARTIE II : ELEMENTS DE LA POLITIQUE**

### **2.1. Fondements de la politique nationale multisectorielle de nutrition**

Ce document de politique s'inspire de cadres et directives visant l'amélioration de la nutrition des populations qui sont entre autres :

#### **2.1.1. Au niveau international**

- le SUN qui est un mouvement mondial réunissant les gouvernements, la société civile, les entreprises et les citoyens dans un effort mondial pour mettre fin à la sous- nutrition. Ce mouvement a pour objectifs la création d'un environnement politique favorable avec un fort leadership du pays et un espace commun (plateformes multi acteurs) où les acteurs peuvent aligner leurs activités et prendre une responsabilité conjointe pour le renforcement de la nutrition. A l'instar de 55 autres pays, le Burkina Faso a adhéré au mouvement en juillet 2011 ;
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) du 16 décembre 1966 et qui reconnaît en son article 11, le droit à l'alimentation pour l'ensemble des populations du monde ;
- l'Agenda des Nations Unies 2030 qui constitue un cadre de référence pour le développement humain durable. Au nombre de dix-sept (17) Objectifs de développement durable (ODD), ils contribuent à une sécurité nutritionnelle des populations à l'horizon 2030. La Politique nationale multisectorielle de nutrition doit contribuer notamment à la mise en œuvre de l'ODD 2 : « éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable » ;
- les Cibles mondiales de nutrition 2025 définies par l'assemblée mondiale de la santé qui constituent un cadre d'orientation des interventions à prioriser en vue d'atteindre les résultats visés d'ici 2025. Ces cibles au nombre de six (06), se focalisent sur l'augmentation du taux d'allaitement exclusif, sur la prévention de la surcharge pondérale, de l'anémie chez les femmes en âge de procréer et de la sous nutrition (le retard de croissance, le faible poids de naissance et la malnutrition aiguë chez les enfants de moins 5 ans). La PNMN intègre l'ensemble de ces cibles ;

- la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2002 visant « à améliorer par une alimentation optimale l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé, ainsi que la survie du nourrisson et du jeune enfant » comme poursuivi dans la PNMN.

### **2.1.2. Au niveau sous régional et africain**

- l'Agenda 2063 de l'Union africaine (UA) qui se propose d'accélérer la mise en œuvre des initiatives continentales passées et présentes pour la croissance économique et le développement durable. La PNMN contribue à son aspiration pour « une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable » et l'aspiration 6 pour « une Afrique où le développement est axé sur les populations et s'appuie notamment sur le potentiel des femmes et des jeunes » ;
- la Stratégie régionale africaine de nutrition (ARNS) qui couvre la période 2015-2025 et qui vise l'amélioration de la nutrition en Afrique. L'élaboration et la mise en œuvre de la PNMN contribue à l'atteinte de cet objectif ;
- le Plan stratégique 2016 - 2020 de l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), en son axe stratégique 1, programme 2 portant sur la lutte contre les maladies met l'accent sur la lutte contre les déséquilibres nutritionnels dans une de ses composantes.

### **2.1.3. Au niveau national**

Au niveau national, la PNMN tire son fondement des documents ci-dessous :

- Plan national de développement économique et social (PNDES), en son axe 2, objectif stratégique 2.1, effet attendu 2.1.2 qui vise l'amélioration de l'état nutritionnel des populations, en particulier des femmes et des enfants ;
- Politique sectorielle santé 2017-2026, dont l'axe 2 porte sur la nutrition à travers l'amélioration de l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables ;
- Politique sectorielle Environnement, eau et assainissement 2017-2026, en ses axes 2 et 3 qui met l'accent d'une part sur la mobilisation et la gestion des ressources en eau et d'autre part sur l'assainissement et l'amélioration du cadre de vie ;

- Politique sectorielle agro-sylvo-pastorale 2016-2025 en son axe 1 portant sur la sécurité alimentaire et la résilience des populations vulnérables ;
- Politique sectorielle, recherche scientifique et innovation 2017-2026, en son Axe 2, objectif stratégique 2.1, Effet attendu 2.1.3 qui met l'accent sur la recherche et l'innovation en sciences de la santé y compris la nutrition ;
- Politique sectorielle travail, emploi et protection sociale 2018-2027 en ses axes 3 et 4 qui met l'accent d'une part sur la promotion de la protection sociale et d'autre part sur l'autonomisation socio-économique de la femme et la promotion du genre ;
- Politique sectorielle éducation et formation dans son objectif stratégique 1 portant sur l'accroissement de l'offre à tous les niveaux et la réduction des disparités met l'accent sur la santé-hygiène-nutrition et la prévention contre le VIH/sida dans toutes les structures d'éducation et de formation et le maintien dans l'éducation formelle ;
- Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN) dont l'objectif global est d'assurer une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable à l'horizon 2027 ;
- Politique et stratégie nationales d'assainissement (PSNA) dont l'objectif global est de contribuer à l'assainissement, afin d'améliorer les conditions de vie et d'habitat des populations, de préserver leur santé et de protéger les ressources naturelles ;
- Politique nationale de l'eau (PNE) dont l'objectif est de contribuer au développement durable en apportant des solutions appropriées aux problèmes liés à l'eau afin que l'eau ne devienne pas un facteur limitant du développement socio-économique ;
- Politique nationale Genre (PNG) qui est transversale et dont la finalité doit être prise en compte par l'ensemble des politiques publiques sectorielles ;
- Politique nationale de protection sociale (PNPS), dont la mise en œuvre est une condition importante d'amélioration de la nutrition ainsi que la politique nationale de l'action sociale.

## **2.2. VISION DE LA POLITIQUE**

**A l’horizon 2029, tous les habitants du Burkina Faso bénéficient d’un meilleur état nutritionnel et d’un bien-être social et économique pour un développement durable du pays.**

L’état nutritionnel adéquat est « l’état physiologique d’une personne qui résulte d’un équilibre adéquat entre la consommation, les besoins en nutriments et la capacité du corps à digérer, absorber, et à utiliser pleinement ces nutriments ». Cet état nutritionnel suppose que les conditions sont réunies pour que, d’une part, les apports en aliments à l’organisme soient convenables en quantité et en qualité et d’autre part que les maladies influençant la survenue de la malnutrition soient réduites à des prévalences quasi nulles.

Cela suppose que les facteurs sous-jacents qui contribuent à la malnutrition sous toutes ses formes soient combattus et maîtrisés dans le temps. Il s’agit des pratiques inadéquates d’alimentation du nourrisson, du jeune enfant et des mères, l’insécurité alimentaire des ménages, le faible niveau d’éducation, la pauvreté des ménages en particulier des femmes et des groupes marginalisés avec pour corollaires un environnement insalubre et un accès insuffisant aux infrastructures d’assainissement et d’eau potable, la faible fréquentation des services de santé au profit des mères et des enfants, la faible résilience de certains ménages face aux différents chocs et aléas naturels ou socioéconomiques.

### **2.3. Principes directeurs**

La politique nationale multisectorielle de nutrition est sous-tendue par quatre (04) principes directeurs :

#### **2.3.1. Inclusion**

Tous les acteurs des secteurs public, privé, de la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers doivent être impliqués et œuvrer en synergie pour l’atteinte des résultats communs visés et l’amélioration effective de la nutrition au Burkina Faso. Cette inclusion qui garantit la prise en compte de tous les acteurs sans exception garantira la réussite de cette politique dans une dynamique multisectorielle où tous les secteurs clés

concernés doivent apporter leur contribution à la mise en œuvre de la politique.

### **2.3.2. Redevabilité**

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

### **2.3.3. Genre**

Le concept genre se réfère aux relations sociales entre l'homme et la femme ainsi qu'aux différences structurelles les caractérisant en termes de rôles, de statut et de fonction socialement attribués et culturellement justifiés. Ils varient selon les sociétés et les cultures et évoluent en fonction du temps. Au Burkina Faso, par consensus national, l'analyse du Genre doit se faire « sous l'angle des inégalités et des disparités entre hommes et femmes en examinant les différentes catégories sociales dans le but d'une plus grande justice sociale et d'un développement équitable ». Ce principe suppose que l'intérêt et les contributions des femmes, des hommes et des couches vulnérables dans la société soient pris en compte dans la formulation et la mise en œuvre des actions sensibles et spécifiques en nutrition.

### **2.3.4. Equité**

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

## **2.4. ORIENTATIONS STRATEGIQUES**

### **2.4.1. Objectif global et impact attendu**

**L'objectif global** de la Politique nationale multisectorielle de nutrition (PNMN) est d'améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers la mise en œuvre d'interventions multisectorielles de nutrition.



**L'impact attendu de la PNMN** : l'état nutritionnel de la population en particulier des femmes et des enfants est amélioré.

L'atteinte de cet impact s'évaluera par la mesure des indicateurs suivants :

- ✓ la réduction des morbidités liées à la nutrition ;
- ✓ la réduction de la mortalité infanto-juvénile ;
- ✓ l'amélioration du bien-être de la population (PIB).

#### **2.4.2. Axes stratégiques, Objectifs stratégiques et Effets attendus**

Au regard des défis identifiés, cinq (05) axes stratégiques ont été définis à savoir la (i) réduction de la sous nutrition, (ii) réduction des carences en micronutriments, (iii) renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies non transmissibles liées à la nutrition, (iv) renforcement de la sécurité sanitaire des aliments et (v) amélioration de la gouvernance en matière de nutrition.

##### **2.4.2.1. Axe stratégique I : Réduction de la sous-nutrition**

La malnutrition chronique touche chaque année plus d'un million d'enfants burkinabè de moins de cinq (05) ans. Il apparaît donc indispensable de faire de sa réduction un axe à part entière dans la politique actuelle afin d'assurer aux enfants une meilleure croissance. Les actions de lutte contre le retard de croissance doivent revêtir un caractère multisectoriel pour donner des résultats. Cela nécessitera de la part des secteurs ayant des interventions sensibles et spécifiques, la mise en œuvre à grande échelle des interventions retenues dans le plan quinquennal et dans le cadre commun de résultats.

##### **Objectif stratégique 1.1 : Promouvoir les pratiques optimales d'alimentation de la population en particulier de la femme enceinte, du nourrisson et du jeune enfant**

Pour l'objectif stratégique 1.1, six (06) effets sont attendus : (i) les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont renforcées, (ii) les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition sont renforcées, les pratiques d'alimentation de la femme enceinte et allaitante sont améliorées (iii) les interventions d'eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition sont renforcées, (iv) les interventions sensibles à la nutrition en matière de protection sociale sont renforcées, (v) les interventions sensibles à

la nutrition en matière d'éducation sont renforcées, (vi) les interventions de santé sensibles à la nutrition sont renforcées.

#### **E.A.1.1.1 : Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont renforcées**

Il s'agit d'améliorer la diversité alimentaire des femmes en âge de procréer de 13,8% en 2019 à 51% en 2029, la proportion d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement de 59% en 2019 à 72% en 2029, et la proportion d'enfants ayant reçu une alimentation minimum acceptable de 17,4% en 2019 à 39% en 2029.

Les principales actions porteront sur le renforcement de la qualité et la couverture des interventions de promotion des pratiques optimales d'ANJE tant au niveau des FS qu'au niveau communautaire, la création au niveau communautaire d'un environnement favorable à la promotion des pratiques optimales d'ANJE, l'appui à la protection et la promotion des pratiques optimales d'ANJE au niveau des structures sanitaires.

#### **E.A.1.1.2 : Les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition sont renforcées**

Il s'agit d'améliorer la proportion de ménages ayant un score de consommation alimentaire acceptable de 62,5% en 2019 à au moins 80% en 2029.

Les principales actions porteront sur le développement du maraichage des produits riches en micronutriments, la promotion du petit élevage amélioré et de l'élevage non conventionnel, la promotion de la transformation, de l'utilisation et de la commercialisation des PFNL, la promotion de l'utilisation des semences améliorées et/ou bio fortifiées (patate douce à chair orange, maïs jaune et niébé), le développement de la fortification des aliments de grande consommation en vitamines et minéraux, l'amélioration de l'accessibilité des femmes aux ressources de productions.

#### **E.A.1.1.3 : Les interventions d'eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition sont renforcées**

Il s'agit d'améliorer le taux d'accès à l'eau potable de 75,4% en 2019 à plus de 88% en 2029, le taux d'accès à l'assainissement de 23,6% en 2019 à plus de

55% 2029 et la proportion de villages et secteurs certifiés "Fin de la défécation à l'air libre (FDAL)" de 14,2% en 2019 à plus de 45% en 2029.

Les principales actions porteront sur la promotion de l'approche ATPC, la promotion des bonnes pratiques du lavage des mains au savon/cendre, à l'eau propre, l'amélioration de l'accès aux infrastructures et équipement d'hygiène/assainissement et l'accès aux sources d'eau potable.

#### **E.A.1.1.4 : Les interventions en matière de protection sociale sensibles à la nutrition sont renforcées**

Il s'agit d'assurer la couverture des populations à 80% en assurance maladie universelle (AMU), de porter le taux de couverture des populations vulnérables en matière de l'AMU à 100%, de porter la proportion des ménages sortant du registre unique des personnes vulnérables à 25% en 2029.

Les principales actions porteront sur la mise en œuvre du plan de réponse national aux urgences et catastrophes humanitaires à travers la disponibilité des Aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE), des aliments de supplémentation prêt à l'emploi, des médicaments et du matériel anthropométrique, le renforcement des compétences des agents de santé à la prise charge nutritionnelle en situation d'urgence et la prise en charge psychosociale des enfants malnutris. La poursuite de la mise en œuvre de la gratuité des soins aux femmes et enfants de moins de cinq (05) ans à travers la couverture sanitaire universelle, la promotion des stratégies de Cash transfert au profit des groupes vulnérables, la promotion des transferts en nature au profit des couches vulnérables et la vente des vivres à prix social seront également prises en compte.

#### **E.A.1.1.5 : Les interventions en matière d'éducation sensibles à la nutrition sont renforcées**

Il s'agit entre 2020 et 2029, d'améliorer les taux d'achèvement des filles au primaire, au post primaire et au secondaire respectivement de 64,3% à 91,4%, de 35,3% à 47,6% et de 8,8% à 20%, l'indice de parité fille/garçon au secondaire de 0,65 en 2016 à 1 en 2029, la proportion des écoles primaires disposant de jardins scolaires à visée nutritionnelle de 10% en 2014 à au moins 30% en 2029.

Les principales actions porteront sur la promotion de la scolarisation et du maintien des filles à l'école, la promotion de l'alphabétisation des femmes, la promotion de l'éducation nutritionnelle (parents, enfants, enseignants, moniteurs...), l'intégration des modules de vulgarisation sur la nutrition dans les universités, les écoles de formation professionnelle, la promotion des cantines scolaires et endogènes avec un objectif nutritionnel, la promotion des jardins/vergers scolaires et la promotion des activités de santé-hygiène-nutrition en milieu scolaire.

#### **E.A.1.1.6 : Les interventions de santé sensibles à la nutrition sont renforcées**

Il s'agit d'améliorer le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 83,1% en 2018 à au moins 95% en 2029, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives de 24,9% en 2018 à 60% en 2029, la proportion d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME de 58,5% en 2017 à plus de 60% d'ici à 2029, le taux de couverture des enfants de 3- 59 mois en CPS 4 de 88,23% à 100% d'ici à 2029, d'augmenter la proportion d'enfant vacciné en RR2 de 75,3% en 2017 à 100% en 2029, de réduire la proportion d'enfants testés positifs à la PCR de 8,5% à moins de 2% d'ici à fin 2029 et de réduire la proportion des adolescentes (15-19 ans) ayant commencé leur vie féconde de 23,6% en 2010 à moins de 10% en 2029.

Les actions vont essentiellement concerner l'amélioration de la santé maternelle et néo natale (accouchement assisté, supplémentation en micronutriments multiples, en calcium et en fer/acide folique des femmes enceintes, TPI chez la femme enceinte, planification familiale, consultations prénatales de qualité), le renforcement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), le traitement de la diarrhée par le SRO/Zinc, la prévention du paludisme (promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action, CPS des enfants de 3-59 mois), la lutte contre les maladies évitables par la vaccination (PEV chez les enfants et la femme enceinte), l'élimination de la transmission mère/enfant du VIH (eTME) ainsi que la nutrition et la santé des adolescentes.

#### **Objectif stratégique 1.2 : Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë**

Pour l'objectif stratégique 1.2, trois (03) effets sont attendus : (i) la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë est améliorée, (ii) la qualité de la prise en charge de la malnutrition est renforcée, (iii) la prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence est assurée.

#### **E.A.1.2.1 : La couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë est améliorée**

Il s'agit d'augmenter le taux de dépistage de la malnutrition aiguë modérée de 36,2% en 2017 à au moins 70% d'ici à 2029, le taux de dépistage de la malnutrition aiguë sévère de 72,3% en 2017 à plus de 85% d'ici à 2029.

Les actions vont essentiellement porter sur la disponibilité du matériel anthropométrique, des outils et du matériel de PEC nutritionnelle dans les FS, le renforcement des compétences des agents de santé et des ASBC sur la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA), le renforcement du dépistage de la malnutrition au niveau communautaire (dépistage intégré de la malnutrition à la CPS, PB mère, dépistage actif de la malnutrition), le renforcement des connaissances des étudiants des Universités et Instituts de formation en santé sur le protocole de la PCIMA.

#### **E.A.1.2.2 : La qualité de la prise en charge de la malnutrition est renforcée**

Il s'agit de renforcer les performances de la prise en charge de la malnutrition notamment de maintenir le taux de guérison à au moins 80%, le taux de décès en dessous de 3% et le taux d'abandon à moins de 10% d'ici à 2029.

Les actions vont essentiellement porter sur la disponibilité des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), des laits thérapeutiques (F75 et F100), des aliments de supplément et des autres médicaments qui constituent le paquet de la prise en charge systématique de la nutrition, des outils et du matériel de PEC nutritionnelle dans les FS, le renforcement des compétences des agents de santé et des ASBC sur la prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA) et le renforcement des connaissances des étudiants des Universités et Instituts de formation en santé sur le protocole de la PCIMA.

#### **2.4.2.2. Axe stratégique II : Réduction des carences en micronutriments**

La lutte contre les carences en micronutriments est essentielle pour vaincre la malnutrition. Il s'agit de mettre l'accent sur la supplémentation en vitamine A, en fer/acide folique des femmes enceintes, le passage à l'échelle de la stratégie d'utilisation des poudres de micronutriments, la promotion de la consommation des aliments riches en micronutriments, le déparasitage des enfants, la réalisation d'activités de communication à l'endroit des acteurs et des populations en faveur de la consommation de sel iodé et l'appui à l'acquisition des équipements et intrants pour la fortification des aliments de grande consommation.

Cet axe stratégique comprend deux objectifs stratégiques :

##### **Objectif stratégique 2.1 : Réduire les carences en vitamine A, en iode et en calcium**

Pour l'objectif stratégique 2.1, deux (02) effets sont attendus :(i) les carences en vitamine A et Calcium au sein des groupes vulnérables sont réduites, (ii) les troubles pathologiques dus à la carence en iode sont éliminés.

##### **E.A.2.1.1 : Les carences en vitamine A et calcium au sein des groupes vulnérables sont réduites**

Il s'agit de maintenir la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois à au moins 90%, de porter à 90% au moins la couverture de la supplémentation en calcium chez les femmes enceintes, et le taux de rétinol sérique à 0,35  $\mu\text{mol/l}$  au moins chez les moins de cinq ans tout comme chez les femmes allaitantes d'ici à 2029.

Les actions vont essentiellement porter sur la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, des femmes en post partum et des enfants d'âge scolaire, la supplémentation en calcium des femmes enceintes, la promotion des actions de production et de consommation des aliments riches en vitamine A et en calcium, le renforcement des capacités des unités de transformation et de production d'aliments fortifiés.

##### **E.A.2.1.2 : les troubles dus à la carence en iode sont éliminés**

Il s'agit d'améliorer la proportion de femmes enceintes présentant un taux de concentration d'iode urinaire dans la fourchette des valeurs normales (150-

250 µg/l) soit à au moins 50% d'ici à 2029 et à 70% des enfants d'âge scolaire avec un taux de concentration d'iode urinaire dans la fourchette des valeurs normales (100-299 µg/l).

Les actions vont essentiellement porter sur la promotion de la consommation du sel adéquatement iodé dans les ménages, le renforcement des capacités des structures de contrôle et, la création d'un environnement favorable à l'importation et à la commercialisation du sel iodé.

**Objectif stratégique 2.2 : Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, les adolescentes, les enfants de moins de cinq (05) ans et d'âge scolaire :**

Pour cet objectif stratégique, trois (03) effets sont attendus : (i) les femmes enceintes et les adolescentes sont supplémentées en fer/acide folique/MMS et, les enfants de moins de cinq (05) ans et d'âge scolaire en poudres de micronutriments, (ii) les enfants de 12 à 59 mois et d'âge scolaire sont déparasités, (iii) la consommation des aliments riches en fer est promue.

**E.A.2.2.1 : les femmes enceintes, les adolescentes sont supplémentés en fer/acide folique/Micronutriments multiples et les enfants de moins de cinq (05) ans et d'âge scolaire en poudres de micronutriments**

Il s'agit de réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes de 72,5% en 2014 à 36% en 2029, chez les enfants d'âge scolaire de 68% en 2014 à 34% en 2029 et chez les enfants de 6-59 mois de 83% à 42% en 2029.

Les actions essentielles porteront sur la supplémentation des femmes enceintes et en fer/acide folique ou MMS au cours des consultations prénatales de même que les adolescentes, la supplémentation des enfants de moins de cinq (05) ans et d'âge scolaire en poudres de micronutriments et la promotion de la consommation d'aliments riches en fer.

**E.A.2.2.2 : les enfants de 12 à 59 mois, d'âge scolaire et adolescentes sont déparasités**

Il s'agit de maintenir à au moins 90% la proportion des enfants de 12 à 59 mois déparasités d'ici à 2029, la proportion des enfants d'âge scolaire déparasités à au moins 90% d'ici à 2029.

Les actions vont essentiellement porter sur le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois, des enfants d'âge scolaire ainsi que les actions d'IEC/CCC en matière d'hygiène et d'assainissement.

#### **2.4.2.3. Axe stratégique III : Renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition.**

Le renforcement de la lutte contre la surnutrition et les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition devra permettre de prévenir les facteurs de risque de certaines maladies (diabète, hypertension artérielle etc..) à travers la promotion des pratiques nutritionnelles adéquates et l'amélioration de l'offre de soins de qualité.

#### **Objectif stratégique 3.1 : Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains**

Deux (02) effets sont attendus pour cet objectif : les connaissances des populations sur les Maladies non transmissibles (MNT) sont augmentées et les pratiques des populations en matière de prévention des MNT améliorées.

##### **E.A 3.1.1 : Les connaissances des populations sur les MNT sont augmentées**

Il s'agit d'améliorer la proportion de la population qui connaît les facteurs de risque cardio-vasculaire de 15,6% en 2013 à au moins 50% d'ici à 2029.

Les actions essentielles porteront sur le développement d'activités d'IEC/CCC à l'endroit des populations, la promotion et la vulgarisation des mets locaux, l'élaboration et la diffusion de documents portant sur les MNT.

##### **E.A 3.1.2 : Les pratiques des populations en matière de prévention des MNT sont améliorées**

Il s'agit de réduire la consommation abusive d'alcool chez les 25-64 ans de 27,3% en 2013 à 20% en 2029, de réduire la prévalence de la consommation du tabac de 11,3% en 2013 à moins de 9% en 2029 chez les 25-64 ans, d'augmenter la proportion de la population consommant au moins 5 portions de fruits et légumes/jour de 5% en 2013 à 35% en 2029 et, la proportion



d'adultes pratiquant une activité physique modérée ou intense de 82,2% à au moins 91%.

Les actions essentielles porteront sur l'adoption de mode de vie sains notamment la réduction de l'usage nocif d'alcool et de tabac, l'adoption systématique de la pratique de l'exercice physique par tous, la vulgarisation et la consommation des mets locaux, des fruits et légumes et, le dépistage systématique des maladies chroniques dans les structures de soins et la promotion du dépistage dans les communautés.

### **Objectif stratégique 3.2 : Améliorer l'offre de soins de qualité dans la prise en charge des maladies non transmissibles liées à la nutrition**

Pour l'objectif stratégique 3.2, deux (02) effets sont attendus : (i) les capacités opérationnelles des formations sanitaires en matière de ressources humaines sont renforcées, (ii) les infrastructures et équipements des FS sont renforcés.

#### **E.A.3.2.1 : Les capacités opérationnelles des formations sanitaires en matière de ressources humaines sont renforcées**

Il s'agit d'ici à fin 2029, de renforcer les capacités opérationnelles de toutes les formations sanitaires avec 90% d'elles ayant un personnel qualifié pour offrir des soins appropriés aux MNT.

Les actions vont porter sur le renforcement des structures de santé en personnel qualifié à travers le recrutement et la formation continue des agents, l'élaboration de documents techniques de référence pour la prise en charge des maladies non transmissibles.

#### **E.A.3.2.2 : Les infrastructures et équipements des FS sont renforcés**

Il s'agit de doter au moins 80% des formations sanitaires en kit WHO PEN d'ici à fin 2029.

Les actions consisteront à l'intégration d'un paquet minimum de soins au niveau des formations sanitaires de base (WHO PEN : tensiomètre, glucomètre etc.), la réhabilitation des infrastructures existantes ou la construction de nouvelles infrastructures pour améliorer la disponibilité en soins spécialisés, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments génériques de qualité pour la prise en charge des MNT.

#### **2.4.2.4. Axe stratégique IV : Renforcement de la sécurité sanitaire des aliments**

Les contaminations biologiques, chimiques ou physiques des aliments constituent aujourd'hui une sérieuse menace pour la santé et pour l'économie des pays en développement<sup>19</sup>. Que cela soit à l'échelle des industries agroalimentaires, des ménages ou des cuisines collectives, les conséquences des contaminations alimentaires sont toujours dramatiques. En effet, les maladies d'origine alimentaire et particulièrement les maladies diarrhéiques constituent une importante cause de la morbi-mortalité dans les pays en développement. Environ 70% des diarrhées sont liées à une consommation d'aliments contaminés<sup>20</sup>.

Face au risque de contamination des aliments, un bon système de surveillance et de prise en charge des cas de contamination est indispensable pour que les efforts de lutte contre la malnutrition ne soient pas compromis.

Cet axe stratégique relatif à la sécurité sanitaire des aliments vise à garantir des aliments propres à la consommation en intervenant tout le long de la chaîne alimentaire et à travers des actions coordonnées faisant intervenir plusieurs secteurs. Ces actions devront s'appuyer sur le Plan national de réponse aux urgences de sécurité sanitaire des aliments (PNRUSSA). Cet axe stratégique comporte deux (02) objectifs stratégiques.

#### **Objectif stratégique 4.1 : Renforcer le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments**

Pour l'objectif stratégique 4.1, deux (02) effets sont attendus : (i) le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments est renforcé, (ii) les capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sont renforcées.

#### **E.A.4.1.1. Le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments est renforcé**

---

<sup>19</sup>WHO. (2002) Global surveillance of foodborne disease: Developing a strategy and its interaction with risk analysis. Report of a WHO consultation, pp.26–29, Switzerland, Geneva [Nov. 2001].

<sup>20</sup>Food Safety and Inspection Service. Contamination with microorganisms, pathogen (FSIS). Washington DC; 1998.

Il s'agit de relire au moins trois textes normatifs d'ici à 2029, d'élaborer au moins un décret ou arrêté conjoint sur la sécurité sanitaire des aliments d'ici à 2029.

Les actions essentielles porteront sur l'élaboration/révision des textes, des normes et des directives en matière de sécurité sanitaire des aliments et de commercialisation, l'actualisation ou le développement des codes de pratique relatifs à la production, transformation, fabrication, transport et stockage des aliments et la mise en place d'un mécanisme de coordination fonctionnel entre les différents acteurs.

#### **E.A.4.1.2. Les capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sont renforcées**

Il s'agit du nombre d'agents des services de contrôle formés d'ici à 2029 et du nombre d'appareils de contrôle acquis.

Les actions essentielles porteront sur le renforcement du cadre juridique de la sécurité sanitaire des aliments, le renforcement du système de surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire et, le renforcement des capacités des services d'inspection et de contrôle.

#### **Objectif stratégique 4.2 : Favoriser la mise en application de bonnes pratiques en matière de sécurité sanitaire des aliments**

Pour l'objectif stratégique 4.2, trois (03) effets sont attendus : (i) des systèmes de gestion de la démarche qualité sont intégrés à tous les niveaux de la chaîne alimentaire, (ii) les populations sont sensibilisées en matière de sécurité sanitaire des aliments et (iii) des associations des consommateurs assurent une veille citoyenne en matière de sécurité sanitaire des aliments.

#### **E.A.4.2.1. Des systèmes de gestion de la démarche qualité sont intégrés à tous les niveaux de la chaîne alimentaire**

Il s'agit d'assurer la mise en application d'un système de gestion de la démarche qualité dans au moins 90% des unités agro-alimentaires en 2029.

Les actions essentielles porteront sur le renforcement de l'éducation de proximité et le renforcement des capacités des acteurs de l'agroalimentaire sur les bonnes pratiques de sécurité sanitaire des aliments.

#### **E.A.4.2.2. Les populations sont sensibilisées en matière de sécurité sanitaire des aliments**

Il s'agit d'au moins trois (03) alertes par an de la part des associations des consommateurs jusqu'en 2029.

Les actions essentielles porteront sur le renforcement des capacités des associations de consommateurs en matière de promotion de la sécurité sanitaire des aliments, la veille citoyenne en matière de sécurité sanitaire des aliments, les activités de communication pour le changement de comportement dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments.

#### **2.4.2.5. Axe stratégique V : Amélioration de la gouvernance en matière de nutrition**

La mise en œuvre de cet axe se fera à travers les cadres de concertation à tous les niveaux, le renforcement du système de surveillance nutritionnelle, le suivi du cadre commun des résultats, le plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire sécurisée en faveur de la nutrition et pour un meilleur financement domestique de la nutrition.

#### **Objectif stratégique 5.1 : Améliorer le pilotage du dispositif institutionnel et organisationnel en matière de nutrition**

Pour l'objectif stratégique 5.1., quatre (04) effets sont attendus : (i) le pilotage institutionnel et organisationnel est fonctionnel, (ii) le système de suivi évaluation sur la nutrition est performant, (iii) la communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en matière de nutrition est renforcée et, (iv) la transparence et la lutte contre la corruption en matière de nutrition sont améliorées.

#### **E.A.5.1.1. Le pilotage institutionnel et organisationnel est fonctionnel**

Il s'agit de la tenue d'au moins deux (02) sessions des cadres de concertations en nutrition par an à tous les niveaux (niveau national et déconcentré) d'ici à 2029, la nomination d'un point focal par secteur clé et la fonctionnalité d'une cellule de coordination multisectorielle.

Les actions essentielles porteront sur l'amélioration du fonctionnement des cadres de concertation et de coordination sur la nutrition à tous les niveaux, le renforcement des capacités opérationnelles des différents acteurs des

secteurs clés de nutrition et le relèvement de l’ancrage institutionnel de la nutrition à un niveau supra-ministériel.

#### **E.A.5.1.2. Le système de suivi évaluation sur la nutrition est performant**

Il s’agit de réaliser au moins une enquête sur les marqueurs biologiques en 2020 et 2025, une enquête nutritionnelle anthropométrique annuellement et, deux (02) évaluations de la mise en œuvre de la PNMN en 2024 et 2028.

Les actions essentielles porteront sur le renforcement du système de surveillance nutritionnelle, le suivi du cadre commun des résultats, l’évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale multisectorielle de nutrition, le renforcement des capacités des acteurs des secteurs clés intervenant dans la nutrition et, la mise en place et le fonctionnement de la PNIN.

#### **E.A.5.1.3. La communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en matière de nutrition sont renforcés**

Il s’agit d’apprécier le niveau de mise en œuvre du plan de communication et de plaidoyer.

Les actions porteront essentiellement sur la mise en œuvre du plan national de communication et de plaidoyer en faveur de la nutrition.

#### **E.A.5.1.4. La transparence et la lutte contre la corruption en matière de nutrition sont améliorées**

Il s’agit de la réduction du nombre de procès sur l’agro-alimentaire d’ici à 2029, de l’augmentation du nombre d’agents de l’agro-alimentaire ayant bénéficié d’une formation et du nombre de publications du laboratoire national de santé publique sur le contrôle de qualité.

Les actions essentielles porteront sur le renforcement des capacités des associations des consommateurs et des représentants des partenaires sociaux et, la sensibilisation des promoteurs d’unités de production.

### **Objectif stratégique 5.2 : Renforcer les programmes de recherche pour l’atteinte des objectifs de développement en matière de nutrition**

Pour l’objectif stratégique 5.2, deux (02) effets sont attendus : (i) les résultats de la recherche en matière de nutrition sont vulgarisés et (ii) les innovations en matière de nutrition sont réalisées.

### **EA.5.2.1. Les résultats de la recherche en matière de nutrition sont vulgarisés**

Il s'agit de mener au moins trois (03) projets de recherche sur la nutrition d'ici à 2029.

Les actions essentielles porteront sur la publication des résultats de la recherche dans les colloques scientifiques sur la nutrition au plan national et international, la vulgarisation des résultats de recherche au profit des parties prenantes et le plaidoyer pour susciter le financement de recherches/ études spécifiques sur la nutrition.

### **EA.5.2.2. Les innovations en matière de nutrition sont réalisées**

Il s'agit de mettre en œuvre au moins trois (03) résultats de recherche sur la nutrition jusqu'en 2029.

Une des actions consistera à la vulgarisation des innovations issues des résultats de la recherche sur la nutrition.

## **PARTIE III : DISPOSITIONS DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI EVALUATION**

### **3.1. Dispositions de mise en œuvre**

#### **3.1.1. Instruments de mise en œuvre**

La politique nationale multisectorielle de nutrition est mise en œuvre à travers des plans d'actions opérationnels quinquennaux glissants élaborés par l'ensemble des parties prenantes conformément aux orientations et priorités définies dans cette politique. Ces plans d'actions opérationnels sont déclinés en plans de travail annuel (PTA) et en projets et programmes élaborés de façon participative.

Au niveau régional, la mise en œuvre de la politique par les collectivités territoriales se fera à travers les Plans régionaux de développement (PRD) et les Plans communaux de développement (PCD).

Dans l'optique d'une plus grande appropriation de la politique par les acteurs et pour une meilleure visibilité de la nutrition, un plan intégré de communication et de plaidoyer sera élaboré. Au niveau des différents secteurs, les activités de communication et d'information seront intégrées dans les

différents plans d'actions. Les actions de communication se feront à travers des campagnes de communication, des capsules et spots publicitaires, des vidéo conférences, des caravanes de presse, des émissions radiophoniques et télévisuelles, des théâtres fora et la diffusion du document de politique multisectorielle de nutrition.

### **3.1.2. Acteurs de mise en œuvre**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale multisectorielle de nutrition, il est attendu que les parties prenantes jouent les rôles ci- après :

- **Etat**

Il assumera ses fonctions régaliennes qui portent essentiellement sur la création des conditions favorables aux activités des acteurs publics et privés.

De façon spécifique, il est attendu de l'Etat, les actions suivantes :

- la poursuite des concertations avec les différents acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition ;
- le maintien d'un environnement favorable par l'amélioration du cadre juridique et institutionnel et par la promotion des activités nutritionnelles ;
- la mobilisation des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires à la réalisation des programmes opérationnels ;
- la capitalisation des données statistiques relatives à la nutrition ;
- le suivi/évaluation du processus ;
- la recherche en nutrition.

- **Collectivités territoriales**

Le rôle des collectivités territoriales devra être axé sur :

- la prise en compte de la nutrition dans les plans locaux de développement ;
- la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies opérationnelles spécifiques dans le domaine de la nutrition ;
- la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à la mise en œuvre de ces plans ;
- l'animation des cadres de concertation des acteurs intervenant dans le domaine de la nutrition au niveau régional ;
- la participation au suivi/évaluation du processus.

- **Secteur privé**

Le secteur privé joue un rôle prépondérant dans la production, la transformation, la commercialisation des produits locaux, l'offre de services de qualité à travers l'enrichissement de certains aliments. Il cofinancera certaines réalisations et participera aux mécanismes de concertation et au suivi évaluation des réalisations des programmes opérationnels, à la formation-appui-conseil en collaboration avec les services techniques concernés.

- **Organisations de la société civile**

Ce groupe d'acteurs comprend les organisations professionnelles des différentes filières et les ONG/Associations. Le rôle de ce groupe d'acteurs dans la mise œuvre de la stratégie devra porter sur :

- la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies opérationnelles spécifiques dans le domaine de la nutrition ;
- la participation à la formulation et à la mise en œuvre des programmes opérationnels ;
- la participation au financement de certains projets sur la nutrition ;
- la participation à la formation et à l'appui/conseil des différents acteurs ;
- la participation à la concertation des différents acteurs ;
- l'appui aux activités de recherches sur la nutrition ;
- la participation au suivi/évaluation du processus.

- **Partenaires techniques et financiers**

Ce groupe comprend les agences de coopération bilatérale et multilatérale, les Organisations Intergouvernementales (OIG) et régionales. Le rôle de ce groupe d'acteurs devra porter sur :

- l'implication à la concertation avec les différents acteurs ;
- l'appui à la formulation et à la mise en œuvre des programmes opérationnels et des programmes d'investissement ;
- la mise à disposition d'une assistance technique compétente pour le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles des acteurs ;
- l'implication à la mobilisation des ressources nécessaires pour la formulation, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des programmes et projets de nutrition.



- **Bénéficiaires**

Le rôle des bénéficiaires est de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes opérationnels au niveau régional, provincial et communal à travers les plans locaux de développement.

### **3.1.3. Cadre organisationnel**

La politique nationale multisectorielle de nutrition constitue le référentiel national d'orientation stratégique en matière de nutrition pour les secteurs mettant en œuvre des interventions sensibles et les acteurs de développement. Ainsi, le cadre organisationnel proposé vise à garantir un leadership national et une plus large participation des secteurs ministériels intervenant dans le domaine de la nutrition. Il prévoit trois types d'organes : (i) l'organe d'orientation (CNCN), (ii) l'organe de pilotage (Equipe fonctionnelle), (iii) l'organe d'exécution (STAN).

- **Organe d'orientation (CNCN)**

Le conseil national de concertation en nutrition placé sous l'égide du Ministère de la santé avec une volonté de relèvement supra-ministériel, est un organe qui valide les décisions et fait des recommandations sur la mise en œuvre de la politique multisectorielle de nutrition.

Au niveau déconcentré, le conseil régional de concertation en nutrition, délibère sur les questions de nutrition dans la région. Outre ce cadre, les autres cadres de concertation des secteurs ayant des interventions sensibles à la nutrition tels que le cadre régional de sécurité alimentaire (CRSA), le cadre de concertation régional sur l'eau et l'assainissement et le cadre régional sur la protection sociale devront servir également d'instances de partage et de suivi des résultats de la mise en œuvre de la politique nationale multisectorielle de nutrition.

Enfin, en plus du CNCN, le cadre sectoriel de dialogue du secteur « santé » constitue aussi un cadre d'analyse des performances et de prise de décisions en matière de nutrition, dans l'optique de la contribution de l'atteinte aux objectifs du PNDES.

- **Comité technique (Equipe fonctionnelle)**

Le Comité technique ou Equipe fonctionnelle « gestion multisectorielle de la nutrition » est chargé d'organiser la coordination multisectorielle de la nutrition par le Ministère de la santé autour de la PNMN. Elle répond au

groupe « prestation des services de santé » du Cadre sectoriel de dialogue (CSD) dans le cadre du PNDES. Il est aussi chargé du pilotage, de l'animation et de l'organisation du CNCN.

Ce comité technique a été mis en place par l'arrêté n°2017-958/MS/CAB portant création, composition, attributions et fonctionnement de l'équipe fonctionnelle « gestion multisectorielle de la nutrition ».

- **Organe d'exécution (STAN)**

Le Ministère de la santé assure actuellement la coordination multisectorielle de la nutrition. Cette coordination est effective à travers le secrétariat technique chargé de l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des mères et des enfants. A cet effet, cette structure joue le rôle de l'organe d'exécution.

Il a pour mission principale d'assurer la coordination du plan stratégique multisectorielle de nutrition notamment de développer des stratégies de mobilisation de ressources et de plaider pour la mise en œuvre des interventions sensibles et spécifiques de nutrition au profit des secteurs concernés.

## **3.2. Suivi et l'évaluation**

### **3.2.1. Mécanisme de suivi-évaluation**

Le mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la PNMN sera basé sur les rapports périodiques des sessions semestrielles des CNCN et CRCN en utilisant le circuit et outils de collecte définis à cet effet. Ce dispositif de suivi et d'évaluation tiendra aussi compte de celui inscrit dans le PNDES pour collecter les données et informations qui sont au-delà du secteur santé défini dans le PNDES.

Le dispositif implique l'ensemble des principaux acteurs concernés et contribuant à la mise en œuvre de la politique et prévoit un système d'évaluation à trois (03) niveaux :

- **au niveau stratégique**, il est piloté par le STAN et implique tous les acteurs concernés (secteurs ayant des interventions sensibles, organisations professionnelles, opérateurs privés, ONG, partenaires techniques et financiers) à travers la plateforme nationale d'information sur la nutrition (PNIN);

- **au niveau régional**, le suivi-évaluation est assuré par les directions régionales à travers le CRCN et les cadres des secteurs ayant des interventions sensibles.

### **3.2.2. Outils de suivi évaluation**

Le suivi et l'évaluation de la PNMN se feront à travers le renseignement des outils suivants : (i) le cadre logique de la politique, (ii) le cadre sectoriel santé de mesure de performance, (iii) le cadre logique des plans d'actions opérationnels des différents ministères.

La production de rapports trimestriels, semestriels et annuels permettra de renseigner l'ensemble de ces outils.

L'ensemble des outils de suivi-évaluation élaborés dans le cadre de la mise en œuvre de la PNMN pourra se baser sur les systèmes de suivi-évaluation existants dans les secteurs clés, notamment :

- ✓ le dispositif intégré de suivi évaluation des secteurs clés concernés ;
- ✓ la Plateforme nationale d'information pour la nutrition (PNIN) ;
- ✓ le Système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- ✓ le système d'information des autres secteurs clés (système d'information sur la sécurité alimentaire, système d'information sur les marchés agricoles, éducation, eau, protection sociale).

### **3.2.3. Circuit de collecte des données**

Le secrétariat technique chargé de l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des mères et des enfants assurera la coordination et le suivi de la politique nationale multisectorielle de nutrition. Le circuit et la périodicité de la collecte des données seront consignés dans le plan de suivi évaluation de nutrition.

A cet effet, la transmission des données et informations vers les structures de pilotage et de coordination sera assurée par les points focaux des secteurs clés sensibles à la nutrition.

Au niveau régional, les différents cadres des secteurs clés assureront le suivi participatif et l'évaluation locale de la mise en œuvre du Plan quinquennal et stratégique de nutrition à travers la tenue des différents cadres.

### **3.3. Mécanisme de financement**

#### **3.3.1. Contribution du gouvernement**

La volonté politique de soutenir le domaine de la nutrition s'est matérialisée par la création d'une ligne budgétaire en faveur de la nutrition « spécifique ». En outre, des activités sensibles à la nutrition sont financées à travers les inscriptions budgétaires des départements ministériels clés.

Cette contribution de l'Etat est explicitée dans la loi N° 040-2016/AN portant loi de finances pour l'exécution du budget de l'Etat, exercice 2017. Ainsi, l'allocation budgétaire en faveur de la nutrition est prise en compte chaque année dans la loi de finances.

Chaque secteur ministériel met en œuvre les activités de nutrition en fonction des allocations budgétaires mises à sa disposition.

#### **3.3.2. Contribution du secteur privé**

Outre le financement public, le domaine de la nutrition bénéficie des financements du privé. Intervenant dans plusieurs domaines, le secteur privé participe au financement de la nutrition à travers l'enrichissement des huiles en vitamine A, la fortification des farines en Fer/Acide folique et la production de farine infantile enrichie, la transformation agroalimentaire.

#### **3.3.3. Contribution des collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales mettent l'accent sur une approche globale de développement. A cet effet, le développement local est un processus de mobilisation d'acteurs qui se décident à élaborer des stratégies d'adaptation aux contraintes externes (ou internes) sur la base d'une identification culturelle diversifiée. Ainsi, à travers des actions de communication et de sensibilisation, les populations vont s'approprier de la problématique de la nutrition par une contribution à tous les niveaux (conseils régionaux, Conseils municipaux, associations et les bénéficiaires) et de toute nature pour l'amélioration de la situation nutritionnelle.

#### **3.3.4. Contribution des PTF et ONG**

La contribution des partenaires techniques et financiers et des ONG sera indispensable à la mise en œuvre de la PNMN. Les interventions se feront sous forme d'appui budgétaire de financement de projets et programmes.

### **3.4. Analyse et gestion des risques**

Seront considérés comme risques les événements susceptibles d'influencer négativement l'atteinte des résultats de la politique nationale multisectorielle de nutrition. Il s'agit ici de la non adhésion des acteurs, de l'environnement socio-économique défavorable, de l'expansion du faux, de la fraude, de l'insécurité, des effets du changement climatique et de la survenue de nouvelles maladies comme la pandémie de la maladie à coronavirus.

#### **3.4.1. Non-adhésion des acteurs**

La réalisation des objectifs déclinés dans la PNMN nécessite la participation d'autres acteurs à la mise en œuvre de celle-ci, notamment les autres secteurs clés, le secteur privé, la société civile et les partenaires. Leur non adhésion à la mise en œuvre de la politique peut compromettre l'atteinte des effets escomptés. Pour atténuer ce risque, des actions de communication, de sensibilisation et d'appropriation seront menées autour de la politique multisectorielle de nutrition afin de faciliter leur adhésion.

#### **3.4.2. Environnement économique défavorable**

La mobilisation des ressources conséquentes pour la mise en œuvre de la présente politique dépend de la santé des économies nationale et internationale. Un environnement économique défavorable constituera un risque pour l'atteinte des résultats escomptés de la politique. Pour minimiser ce risque, une gestion efficiente et transparente des ressources sera appliquée avec un nouveau type de partenariat développé.

#### **3.4.3. Expansion du faux et de la fraude**

Le domaine de la nutrition peut être confronté à l'expansion du faux et de la fraude pouvant compromettre la qualité des services de nutrition offerts. Pour atténuer ce risque, les actions de contrôle seront entreprises en collaboration avec les structures habilitées pour s'assurer de la qualité des denrées alimentaires, des compléments alimentaires et la chaîne de production des aliments enrichis. Tout cela doit se faire dans une transparence totale en adéquation avec une bonne gouvernance basée sur des actions de communication, de sensibilisation voire de répression.

#### **3.4.4. Insécurité**

Le Burkina Faso est en proie à des attaques terroristes depuis 2015 avec une escalade du phénomène ces dernières années. Cette situation qui entraîne un déplacement massif interne de personnes pourrait réduire l'offre de service de qualité aux populations. Pour faire face à cette situation, des actions de sensibilisation des populations seront développées en collaboration avec les services compétents.

#### **3.4.5. Effets des changements climatiques**

Le secteur agricole occupe encore près de 80% de la population active et est fortement dépendant des aléas climatiques que sont les inondations, les sécheresses, les vents violents, etc.

La gestion des risques tiendra compte des domaines suivants :

- le soutien à la recherche/développement permettra de diffuser des technologies améliorées adaptées aux aléas climatiques des zones sèches ;
- la maîtrise de l'eau permettra d'accroître les surfaces irriguées et d'augmenter la productivité ;
- l'accès à une eau potable en quantité et en qualité ;
- la prise en compte de semences améliorées et adaptées aux contextes climatiques est une alternative qui devrait être vulgarisé dans toutes les régions du pays pour y faire face.

#### **3.4.6. Emergence de nouvelles maladies**

L'émergence de nouvelles pathologies comme l'épidémie au Ebola et plus récemment la pandémie à coronavirus a mis en évidence la fragilité de nos systèmes de santé. Il est nécessaire dans un tel contexte d'adapter les stratégies actuelles sur la prise en charge nutritionnelle dans les situations d'urgence en mettant en place un mécanisme de résilience.

## ANNEXE

### Annexe 1 : Récapitulatif des axes stratégiques

Tableau I : Récapitulatif des axes stratégiques, objectifs stratégiques, effets attendus et lien avec les politiques sectorielles

Axes stratégiques	Objectifs stratégiques	Effets attendus	Politiques sectorielles
<b>Axe stratégique 1 : Réduire la sous-nutrition</b>	<b>OS 1</b> : Promouvoir les pratiques optimales d’Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant	E.A.1.1.1. Les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont renforcées	<b>Axe 2</b> de la politique sectorielle santé : Améliorer l’état nutritionnel des populations en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers les pratiques d’allaitement, d’alimentation et d’hygiène
		E.A.1.1.2 les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition sont renforcées	<b>Axe 1</b> de la politique sectorielle Agro sylvo - pastorale : Sécurité alimentaire et résilience des populations vulnérables
		E.A.1.1.3 les interventions d’eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition sont renforcées	<b>Axe 2 et 3</b> de la politique sectorielle Environnement, eau et assainissement : Mobilisation et gestion des ressources en eau ; Assainissement et amélioration du cadre de vie
		E.A.1.1.4 les interventions en matière de protection sociale sensibles à la nutrition sont renforcées	<b>Axe 3 et 4</b> de la politique sectorielle Travail, emploi et protection sociale : Promotion de la protection sociale ; Autonomisation socio-économique de la femme et promotion du genre
		E.A.1.1.5 les interventions en matière d’éducation sensibles à la nutrition sont renforcées	Objectif stratégique 1 de la politique sectorielle Education et formation : Accroissement de l’offre à tous les niveaux et réduction des disparités en particulier la santé hygiène, nutrition et le maintien dans l’éducation formelle
		E.A.1.1.6 les interventions de santé sensibles à la nutrition sont renforcées	<b>Axe 1</b> de la politique sectorielle santé : Accès aux services de santé notamment en faveur de la femme et de l’enfant <b>Axe 3</b> de la politique sectorielle santé : Transition démographique à travers l’espacement des naissances
		E.A.1.2.1 la couverture de la prise en charge de la	<b>Axe 2</b> de la politique sectorielle santé : Améliorer l’état

Axes stratégiques	Objectifs stratégiques	Effets attendus	Politiques sectorielles
	<b>OS 2</b> : Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë	malnutrition aiguë est améliorée E.A.1.2.2 la qualité de la prise en charge de la malnutrition est renforcée	nutritionnel des populations en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers l'efficacité de la prise en charge de la malnutrition et des maladies de l'enfant
<b>Axe 2 : Réduire les carences en micronutriments</b>	<b>OS 2.1</b> : Réduire les carences en vitamine A et en iode	E.A.2.1.1. Les carences en vitamine A au sein des groupes vulnérables sont réduites E.A.2.1.2 les troubles dus à la carence en iode sont éliminés	<b>Axe 1</b> de la politique sectorielle Agro sylvo-pastorale : Sécurité alimentaire et résilience des populations vulnérables  <b>Axe1</b> de la politique sectorielle santé : Accès aux services de santé adéquats pour les maladies transmissibles  <b>Axe 2</b> de la politique sectorielle santé : Améliorer l'état nutritionnel des populations en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers l'accès aux micronutriments
<b>Axe 3</b> : Renforcer la lutte contre la surnutrition et les	<b>OS 3.1</b> : Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains	E.A.3.1.1 les connaissances des populations sur les MNT sont améliorées E.A.3.1.2 les pratiques des populations en matière de	<b>Axe1</b> de la politique sectorielle santé : Accès aux services de santé adéquats pour les maladies non-transmissibles



Axe stratégiques	Objectifs stratégiques	Effets attendus	Politiques sectorielles	
maladies non transmissibles liées à la nutrition.	<b>OS 3.2 :</b> Améliorer l'offre de soins de qualité dans la prise en charge des maladies non transmissibles liées à la nutrition	prévention des MNT sont améliorées		
		E.A.3.2.1 les capacités opérationnelles des formations sanitaires en matière de ressources humaines sont renforcées E.A.3.2.2 les infrastructures et équipements des FS sont renforcés		
<b>Axe 4 :</b> <b>Renforcer la sécurité sanitaire des aliments</b>	<b>OS 4.1 :</b> Renforcer le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments	E.A.4.1.1 le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments est renforcé	<b>Axe 4</b> de la politique sectorielle santé : La promotion de la bonne gouvernance	
	<b>OS 4.2 :</b> Favoriser la mise en application de bonnes pratiques en matière de sécurité sanitaire des aliments	E.A.4.1.2 les capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sont renforcées		
		E.A.4.2.1 des systèmes de gestion de qualité sont intégrés au sein des unités agro-alimentaires E.A.4.2.2 les populations sont sensibilisées en matière de sécurité sanitaire des aliments		

Axes stratégiques	Objectifs stratégiques	Effets attendus	Politiques sectorielles
<b>Axe 5 : Améliorer la gouvernance en matière de nutrition</b>	<b>OS 5.1 :</b> Améliorer le pilotage du dispositif institutionnel et organisationnel en matière de nutrition	E.A.5.1.1 le pilotage institutionnel et organisationnel est fonctionnel	<b>Axe 4</b> de la politique sectorielle santé : La promotion de la bonne gouvernance
		E.A.5.1.2 le système de suivi évaluation sur la nutrition est performant	
		E.A.5.1.3. La communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en matière de nutrition est renforcée	
		E.A.5.1.4 la transparence et la lutte contre la corruption en matière de nutrition sont améliorées	
	<b>OS 5.2 :</b> Renforcer les programmes de recherche pour l'atteinte des objectifs de développement en matière de nutrition	E.A.5.2.1 Les résultats de la recherche en matière de nutrition sont vulgarisés	
		E.A.5.2.2 les innovations en matière de nutrition sont réalisées	

## Annexe 2 : Cadre logique

Intitulé du référentiel	<b>Politique nationale multisectorielle de nutrition (PNMN)</b>
<b>Impact escompté (référentiel national)</b>	L'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré
<b>Impact escompté (référentiels sectoriels) : SANTE</b>	SANTE (i) Réduction des morbidités ; (ii) Réduction de la mortalité infanto-juvénile ; (iii) Amélioration du bien-être de la population
<b>Contribution de la politique aux impacts (Objectif général de la politique)</b>	Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables à travers la mise en œuvre d'interventions multisectorielles de nutrition
<b>Impact escompté de la politique</b>	<p><b>Impact :</b> L'état nutritionnel de la population, en particulier des femmes et des enfants, est amélioré à travers la :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de la malnutrition de 25,4% à 13%</li> <li>• Réduction de la malnutrition aiguë de 8,1% à &lt; 5%</li> </ul>

**Objectif général de la politique nationale multisectorielle de nutrition** : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN** : Promouvoir les pratiques optimales d'Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1. 1 de la PNMN : Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont améliorées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cible 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses/Risques
1.1.1.1	Proportion d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement	59%	72%	Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale	Ministère de la santé	Abandon des croyances et pratiques culturelles néfastes à la nutrition
1.1.1.2	Proportion d'enfants ayant une alimentation minimum acceptable	17,4%	39%	Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale	Ministère de la santé	Disponibilité et accessibilité des produits alimentaires

**Effet attendu 1.1.2 de la PNMN : Les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition sont renforcées**

1.1.2.1	Score de diversité alimentaire des femmes en âge de procréer	13,8%	51%	Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale	Ministère de l'agriculture	Disponibilité financière Disponibilité et accessibilité des produits alimentaires
1.1.2.2	Score de consommation alimentaire des ménages	78,3%	>80%	Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale/Enquête permanente Agricole	Ministère de l'agriculture	Stabilité socio-politique

**Objectif général de la politique nationale multisectorielle de nutrition** : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN:** Promouvoir les pratiques optimales d’Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1.3 de la PNMN: Les interventions d’eau, hygiène et assainissement sensibles à la nutrition sont renforcées**

Code	Indicateurs d’effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales PS 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
1.1.3.1	Taux d’accès à l’eau potable en milieu urbain	92,9%	95%	Rapport de performance du PN-AEP	MEA/ONEA	Conditions hydrogéologiques, faible capacité des prestataires, mise en œuvre insuffisantes des principes et des dispositions de la réforme de système de gestion des infrastructures hydrauliques par les communes, les associations des usagers d’eau et les fermiers
1.1.3.2	Taux d’accès à l’eau potable en milieu rural	68,4%	88%	Rapport de performance du PN-AEP	MEA/DGEP	
1.1.3.3	Taux d’accès à l’assainissement en milieu urbain	38,4%	>80%	Rapport de performance du PN-AEUE	MEA/DGA	Abandon des pesanteurs socio-culturelles Adhésion des acteurs Disponibilité des ressources financières
1.1.3.4	Taux d’accès à l’assainissement en milieu rural	17,6%	>75%	Rapport de performance du PN-AEUE	MEA/DGA	
1.1.3.5	Proportion de villages et secteurs certifiés "fin de la défécation à l’air libre (FDAL)"	14,2%	>45%	Rapport de performance du PN-AEUE	MEA/DGA	

**Objectif général de la politique nationale multisectorielle de nutrition:** Améliorer l’état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN:** Promouvoir les pratiques optimales d’Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1.4 de la PNMN: Les interventions en matière de protection sociale sensibles à la nutrition sont renforcées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses/Risques
1.1.4.1	Le taux de couverture de l'AMU	0%	79%	Rapport CSD-Travail		Engagement politique conséquent Adhésion des ménages à la mobilisation des ressources
1.1.4.2	Le taux de couverture des personnes vulnérables ayant bénéficié de l'AMU	0%	100%	Rapport SP/CNPS	SP/CNPS CNAMU	
1.1.4.3	Proportion de ménages sortant du registre unique des personnes vulnérables	0%		Rapport SP/CNPS	SP/CNPS	Système de registre unique des personnes vulnérables fonctionnel

**Objectif général de la politique nationale multisectorielle de nutrition :** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN:** Promouvoir les pratiques optimales d'Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1.5 de la PNMN: Les interventions en matière d'éducation sensibles à la nutrition sont renforcées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence en 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
1.1.5.1	Taux d'achèvement au primaire des filles	66,3%	91,4%	Annuaire statistique MENAPLN	MENAPLN	Abandon des pratiques culturelles défavorables à la scolarisation des filles
1.1.5.2	Taux d'achèvement au post primaire des filles		47,6%	Annuaire statistique MENAPLN	MENAPLN	

		41,7%				Existence de la promotion de la scolarisation des filles
1.1.5.3	Taux d'achèvement au secondaire des filles	12,9%	20%	Annuaire statistique MENAPLN	MENAPLN	
1.1.5.4	Taux d'alphabétisation	29,5% (2015)	>35%	EMC	INSD	
1.1.5.5	Proportion d'établissements d'enseignement primaire couverts en cantine toute l'année scolaire	9,6%	50%	Annuaire statistique MENAPLN	MENAPLN	
1.1.5.6	Proportion d'écoles disposant d'un jardin potager fonctionnel	13,8%	30%	Annuaire statistique MENAPLN	MENAPLN	

**Objectif général de la PNMN:** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN:** Promouvoir les pratiques optimales d'Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1.6 de la PNMN: Les interventions de santé sensibles à la nutrition sont renforcées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
1.1.6.1	Prévalence contraceptive moderne	27,3%	>32%	EDS PMA2020	INSD	Effectivité de la Politique de gratuité de la PF Bonne adhésion des communautés en matière de PF

1.1.6.2	Proportion d'enfants testés positifs à la PCR	8,5% (2017)	<2%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	Disponibilité constante des intrants  Accessibilité en offre de soins et de services  Connaissance de la population sur l'intérêt de demande de soins
1.1.6.3	Proportion des femmes ayant bénéficié d'un TPI3	52,7% (2018)	100%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.1.6.4	Proportion des enfants de 3 à 59 mois couverte par la campagne de chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme lors du quatrième passage	88,23% (2017)	100%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.1.6.5	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MIILDA la nuit précédant l'enquête	75,3% (2014)	100%	Rapport d'enquête MIS 2014	INSD	

**Objectif général de la PNMN :** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1 de PNMN :** Promouvoir les pratiques optimales d'Alimentation de la population, en particulier du Nourrisson et du Jeune Enfant

**Effet attendu 1.1.6 de la PNMN: Les interventions de santé sensibles à la nutrition sont renforcées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses/Risques
1.1.6.6	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit	77,1% (2014)	100%	Rapport d'enquête MIS 2014	INSD	Disponibilité constante des intrants  Accessibilité en offre de soins et de services
1.1.6.7	Proportion (%) d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME	58,5% (2017)	60%	Annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	



1.1.6.8	Accouchement assisté par un personnel qualifié	83,1% (2018)	95%	Annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	Connaissance de la population sur l'intérêt de demande de soins
1.1.6.9	Couverture en CPN4	39,3% (2018)	>80%	Annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.1.6.10	Couverture des enfants vaccinés à l'antigène RR2	75,3%	100%	Annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	

**Objectif général de la PNMN:** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1.2 de PNMN :** Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire et en interne

**Effet attendu 1.2.1 de la PNMN: La couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est améliorée**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
1.2.1.1.	Proportion des cas de malnutrition aiguës sévères pris en charge par rapport aux cas attendus	78,1% (2018)	95%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	Connaissance de la population sur l'intérêt de demande de soins Dépistage actif par les ASBC
1.2.1.2	Proportion des cas de malnutrition aiguë modérée pris en charge par rapport aux cas attendus	30,5% (2018)	70%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	

**Effet attendu 1.2.2. de la PNMN: La qualité de la prise en charge de la malnutrition est renforcée**

1.2.2.1	Taux de guérison de la MAS	90,75%	≥ 90%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	Disponibilité permanente des intrants/ protocoles
---------	----------------------------	--------	-------	----------------------------	-----------------------	---

1.2.2.2	Taux de guérison de la MAM	93,0%	≥ 90%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	de PEC/ ressources humaines formées
1.2.2.3	Taux d'abandon de la MAS	7,8%	<10%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.2.2.4	Taux d'abandon de la MAM	6,8%	<10%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.2.2.5	Taux décès de la MAS	1,36%	<5%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	
1.2.2.6	Taux décès de la MAM	0,2%	<3%	annuaire statistique du MS	Ministère de la Santé	

**Objectif général de la PNMN:** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 1.2 de PNMN :** Renforcer la couverture et la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë en ambulatoire et en interne

**Effet attendu 1.2.3 de la PNMN: La prise en charge de la malnutrition en situation d'urgence est assurée**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses/Risques
1.2.3.1	Couverture de malnutris aigus sévères pris en charge en situation d'urgence	ND	95%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	Réactivité en cas de situation d'urgence
1.2.3.2	Couverture de malnutris aigus modérés pris en charge en situation d'urgence	ND	95%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	Existence de ressources financières suffisantes

1.2.3.3	Taux de guérison de la MAS	ND	95%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	
1.2.3.4	Taux de guérison de la MAM	ND	95%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	
1.2.3.5	Taux décès de la MAS	ND	<5%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	
1.2.3.6	Taux décès de la MAM	ND	<3%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	
1.2.3.7	Proportion de mères d'enfants de 0-6 mois bénéficiant de counseling sur l'allaitement maternel exclusif dans le contexte d'urgence	ND	100%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	
1.2.3.8	Proportion de mères d'enfants de 6-23 mois bénéficiant de counseling sur l'Alimentation de complément dans le contexte d'urgence	ND	100%	Rapport de mise en œuvre du plan	CONASUR	

**Objectif général de la PNMN:** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 2.1 de PNMN: Réduire les carences en vitamine A, en iode et en calcium**

**Effet attendu 2.1.1 de la PNMN : Les carences en vitamine A au sein des groupes vulnérables sont réduites**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
2.1.1.1	Proportion d'enfants de 6-59 mois supplémentés en Vitamine A	ND 100,9% (2018)	>90%	Annuaire statistique/MS	Ministère de la santé	Disponibilité de ressources financières suffisantes

2.1.1.2	Proportion d'enfants de moins de 5 ayant un taux de rétinol sérique normal ( $\geq 0,35\mu\text{mol/l}$ )	ND	$\geq 80\%$	Enquête nationale	Ministère de la santé	Adoption de pratiques alimentaires adéquates
2.1.1.3.	Proportion de femmes enceintes ayant un taux de rétinol sérique normal ( $\geq 0,35\mu\text{mol/l}$ )	ND	$\geq 80\%$	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.1.1.4	Proportion de femmes allaitantes ayant un taux de rétinol sérique normal ( $\geq 0,35\mu\text{mol/l}$ )	ND	$\geq 80\%$	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.1.1.5	Proportion d'enfants d'âge scolaire ayant un taux de rétinol sérique normal ( $\geq 0,35\mu\text{mol/l}$ )	ND	$\geq 80\%$	Enquête nationale	Ministère de la santé	
<b>Effet attendu 2.1.2 de la PNMN: Les troubles dus à la carence en iode et en calcium sont éliminés</b>						
2.1.2.1	Proportion de ménage consommant du sel adéquatement iodé	23%	80%	Enquête nationale	Ministère de la santé	Création d'un environnement favorable à la promotion et à la consommation du sel adéquatement iodé Existence d'une stratégie efficace de communication grand public pour la consommation d'aliments riches en iode/ calcium Forte implication de la ligue des consommateurs sur la disponibilité des aliments fortifiés en iode et calcium
2.1.2.2	Concentration d'iode urinaire (CIU) chez les femmes enceintes	ND	100-150 $\mu\text{g/l}$	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.1.2.3	Concentration d'iode urinaire (CIU) chez les enfants d'âge scolaire	ND	100-299 $\mu\text{g/l}$	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.1.2.4	Proportion de femmes enceintes supplémentées en calcium	ND	>90%	Enquête nationale	Ministère de la santé	
<b>Objectif général de la PNMN:</b> Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						

**Objectif stratégique 2.2 de PNMN :** Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans et d'âge scolaire

**Effet attendu 2.2.1 de la PNMN : les femmes enceintes, les adolescentes sont supplémentées en Fer/Acide folique, MMS**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
2.2.1.1	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	72,5 % (2014)	36%	Enquête nationale	Ministère de la santé	Création d'un environnement favorable à la promotion et à la consommation aliments riches en Fer Existence d'une stratégie efficace de communication grand public pour la consommation d'aliments riches en Fer
2.2.1.2	Prévalence de l'anémie chez les adolescentes	ND	36%	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.2.1.3	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans	83% (2014)	42%	Enquête nationale	Ministère de la santé	
2.2.1.4	Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge scolaire	68% (2014)	34%	Enquête nationale	Ministère de la santé	

**Effet attendu 2.2.2 de la PNMN : les enfants de 12 à 59 mois et d'âges scolaires sont déparasités**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
2.2.2.1	Couverture en déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois	102,3%	≥90%	Annuaire statistique du Ministère de la Santé	Ministère de la Santé	Disponibilité des intrants
2.2.2.2	couverture en déparasitage chez les enfants d'âge scolaire déparasités en milieu scolaire	ND	≥90%	Annuaire statistique du MENA	Ministère de la Santé	

**Objectif général de la PNMN :** Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables

**Objectif stratégique 3.1 de la PNMN :** Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains

**Effet 3.1.1 : les connaissances des populations sur les MNT sont améliorées**

Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
3.1.1.1	Proportion de la population connaissant les facteurs de risque cardio-vasculaire	15.6% (2013)	≥ 50%	Rapport de l'enquête STEPS/MS	Ministère de la Santé	
<b>Effet 3.1.2 : les pratiques des populations en matière de prévention des MNT sont améliorées</b>						
3.1.2.1	Prévalence de l'activité physique	70,5% (2013)	90%	Rapport de l'enquête STEPS/MS	Ministère de la Santé	Existence d'une stratégie efficace de communication grand public pour un mode de vie sain
3.1.2.2	Prévalence de la consommation du tabac	11,3% (2013)	9%	Rapport de l'enquête STEP/MS	Ministère de la Santé	
3.1.2.3	Proportion de la population consommant au moins 5 portions de fruits et légumes/jour	5% (2013)	35%	Rapport de l'enquête STEP/MS	Ministère de la Santé	
3.1.2.4	Prévalence de la consommation abusive d'alcool	27% (2013)	20%	Rapport de l'enquête STEP/MS	Ministère de la Santé	
<b>Objectif stratégique 3.2 de la PNMN : Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition</b>						
<b>Effet 3.2.1 : Les capacités opérationnelles des formations sanitaires en matière de ressources (humaine, protocole, intrants) sont renforcées</b>						
3.2.1.1	Capacité opérationnelle à dispenser des services spécifiques pour les MNT	ND	90%	Rapport de l'enquête SARA/MS	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires

3.2.1.2	Proportion de FS disposant d'un personnel formé sur les MNT	ND	90%	Annuaire statistiques/M S	Ministère de la Santé	
<b>Objectif général de la PNMN:</b> Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						
<b>Objectif stratégique 3.2 de la PNMN:</b> Améliorer l'offre de soins dans la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition						
<b>Effet 3.2.2 : Les infrastructures et équipements des formations sanitaires sont renforcés</b>						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
3.2.2.1	Proportion des formations sanitaires équipées en KIT WHO PEN	0%	80%	Annuaire statistiques/M S	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
3.2.2.2	Proportion d'infrastructures sanitaires (Hôpitaux) disposant d'une unité de gériatrie/MNT	ND	50%	Annuaire statistiques/M S	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
<b>Objectif stratégique 4.1 de la PNMN : Renforcer le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments</b>						
<b>Effet 4.1.1 : le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments est renforcé</b>						
4.1.1.1	Nombre de textes réglementaires relatifs à la SSA relus	ND	≥ 3	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires

4.1.1.2	Nombre de décrets mettant en place un système coordonné de prévention, de surveillance, d'alerte / intervention prenant en compte la totalité de la chaîne alimentaire dans toutes ses dimensions pour la SSA	0	≥ 1	Journal officiel	Ministère de la Santé	
<b>Objectif général de la PNMN:</b> Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						
<b>Objectif stratégique 4.1 de la PNMN: Renforcer le cadre juridique relatif à la sécurité sanitaire des aliments</b>						
Effet 4.1.2 : les capacités des services d'inspection et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments sont renforcées						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
4.1.2.1	Proportion de services d'inspection dotés en matériel et équipement pour le contrôle qualité des aliments	ND	50%	Rapports d'activités (Bordereau de livraison)	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
4.1.2.2	Disponibilité de plan d'intervention multisectoriel et multidisciplinaire de riposte aux événements de santé publique d'origine alimentaire (contaminations hydriques, rappels de produits)	0	1	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	



<b>Objectif stratégique 4.2 de la PNMN. Favoriser la mise en application de bonnes pratiques en matière de sécurité sanitaire des aliments</b>						
<b>Effet 4.2.1. Des systèmes de gestion de qualité sont intégrés au sein des unités agro-alimentaires</b>						
4.2.1.1	Proportion d'unités agro-alimentaires disposant d'un système de démarche qualité	ND	90%	Rapports de supervision	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
4.2.1.2	Proportion d'unités agro-alimentaires mettant en œuvre un système de démarche qualité	ND	50%	Rapports de supervision	Ministère de la Santé	
4.2.1.3.	Proportion de ménages ayant une connaissance sur la SSA	ND	50%	Enquête	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
4.2.1.4	Nombre d'alertes de la part des associations de consommateurs	ND	≥ 30	Rapport de la ligue des consommateurs	Société Civile	
<b>Objectif général de la PNMN : Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables</b>						
<b>Objectif stratégique 5.1. de la PNMN : Améliorer le pilotage du dispositif institutionnel et organisationnel en matière de nutrition</b>						
<b>Effet 5.1.1. Le pilotage institutionnel et organisationnel est fonctionnel</b>						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
5.1.1.1	Nombre de cadres de concertations en nutrition tenus au niveau central	2	20	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
5.1.1.2	Proportion de cadres de concertations en nutrition tenus au niveau déconcentré	ND	100%	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	

<b>Effet 5.1.2 le système de suivi évaluation sur la nutrition est performant</b>						
5.1.2.1	Nombre d'enquêtes sur les marqueurs biologiques	0	≥ 2	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
5.1.2.2	Nombre d'enquêtes nutritionnelles anthropométriques	1	10	Rapport SMART	Ministère de la Santé	
5.1.2.3	Nombre d'évaluations réalisées sur la PNMN	0	2	Rapports d'évaluation	Ministère de la Santé	
Objectif général de la PNMN: Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						
<b>Effet 5.1.3 La communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale en matière de nutrition est renforcée</b>						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
5.1.3.1	Disponibilité de plan de communication et de plaidoyer en faveur de la nutrition	01	1	Rapports d'activités (Bordereau de livraison)	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
5.1.3.2	Pourcentage des activités du plan de communication et de plaidoyer en faveur de la nutrition mises en œuvre	ND	90%	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	
<b>Effet 5.1.4. La transparence et la lutte contre la corruption en matière de nutrition sont améliorées</b>						
5.1.4.1	Proportion des responsables d'unités agro-alimentaires formés sur les textes réglementaires relatifs à la commercialisation	ND	50%	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires

5.1.4.2	Nombre de publications du laboratoire national de santé publique sur le contrôle de qualité	ND	90%	Rapports de supervision	Ministère de la Santé	
<b>Objectif général de la PNMN:</b> Améliorer l'état nutritionnel des populations, en particulier les femmes, les enfants et les groupes vulnérables						
<b>Objectif stratégique 5.2 de la PNMN : Renforcer les programmes de recherche pour l'atteinte des objectifs de développement en matière de nutrition</b>						
<b>Effet 5.2.1. Les résultats de la recherche en matière de nutrition sont vulgarisés</b>						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
4.2.2.1	Nombre de recherches sur la nutrition réalisé	ND	≥ 3	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
4.2.2.2	Nombre de résultats de recherches vulgarisés au profit des parties prenantes	ND	≥ 1	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	
<b>Effet 5.2.2 : Les innovations en matière de nutrition sont réalisées</b>						
Code	Indicateurs d'effet	Valeurs de référence 2019	Cibles finales 2029	Source de vérification	Responsables	Hypothèses / Risques
5.1.1.1	Nombre d'innovations sur la nutrition réalisé	ND	≥ 3	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	Disponibilité de ressources nécessaires
5.1.1.2	Nombre de résultats d'innovations vulgarisé au profit des parties prenantes	ND	≥ 1	Rapports d'activités	Ministère de la Santé	

### Annexe 3 : Analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces)

Le tableau d'analyse SWOT résume ci-dessous, les forces, faiblesses, opportunités et menaces en matière de nutrition au Burkina Faso.

	<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
1.	<p><b>Niveau institutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- communalisation intégrale du territoire national</li> <li>- existence d'une tradition de planification normative sur la nutrition (politique nationale de nutrition, plan stratégique de nutrition)</li> <li>- existence de cadres de coordination</li> <li>- existence d'un réseau SUN fonctionnel</li> <li>- existence d'un système adéquat de détection et de prise en charge de la malnutrition (intégration de la prise en charge dans le paquet minimum d'activités, activités communautaires avec les ONG/Associations, ASBC, etc.)</li> <li>- existence d'un Système d'information sur la malnutrition (enquête SMART, collecte de données de routine)</li> </ul>	<p><b>Niveau institutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faible participation des acteurs nationaux (Etat &amp; Privés) au financement de la nutrition</li> <li>- incertitudes liées au financement ;</li> <li>- prise en compte insuffisante des questions de nutrition dans certains programmes et politiques de développement</li> <li>- difficultés de coordination intersectorielle</li> <li>- prise en compte insuffisante de la nutrition dans les plans et programmes de développement régionaux et communaux</li> <li>- faible capacité d'analyse (moyens humains et financiers)</li> <li>- non fonctionnalité des commissions thématiques du CNCN</li> <li>- absence de connexion entre les CRCN et le CNCN</li> <li>- absence d'une stratégie nationale appropriée de plaidoyer et de communication en nutrition</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accompagnement permanent des partenaires techniques et financiers</li> <li>- existence d'un cadre commun de résultats</li> <li>- existence de l'outil PROFILES pour le plaidoyer auprès des décideurs politiques</li> <li>- existence de structures de formation et de recherche (IRSS, INERA, IRSAT, Universités, etc.) ;</li> <li>- accroissement continu du nombre de partenaires techniques et financiers dans le domaine de la nutrition</li> <li>- existence d'une direction en charge des questions d'alimentation et de nutrition au sein du ministère de l'agriculture</li> <li>- Prise en compte de la distribution des Intrants nutritionnels dans le circuit de la CAMEG</li> <li>- reconnaissance formelle par les autres acteurs du rôle prépondérant du Ministère de la santé sur les questions de nutrition</li> <li>- élaboration d'un Plan national de réponse aux urgences de sécurité sanitaire des aliments (PNRUSSA)</li> <li>- existence d'un point de contact d'urgence INFOSAN au ministère de la santé et de points focaux dans les ministères clés intervenant dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faible prise en compte des indicateurs liés aux interventions sensibles dans le système d'information nutritionnelle</li> <li>- faiblesse du mécanisme de redevabilité à tous les niveaux</li> <li>- absence d'un cadre de donateurs pour le développement de la nutrition</li> <li>- insuffisance de mécanismes de financement multisectoriel de la nutrition</li> <li>- faible coordination interne des acteurs du même secteur menant des interventions sensibles de nutrition</li> <li>- faible intérêt des structures de recherche pour les thématiques de recherche opérationnelle liées directement à la politique et au plan stratégique de nutrition</li> <li>- non mise à jour des textes portant commercialisation des substituts du lait maternel au Burkina Faso</li> </ul>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- existence d'un point focal du CODEX Alimentarius au ministère en charge de l'agriculture</li> </ul>	
2.	<p><b>Niveau politique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volonté et engagement affirmés de l'Etat (signature des engagements internationaux)</li> <li>- reconnaissance de la nutrition comme une priorité par l'Etat Burkinabè</li> <li>- prise en compte de la nutrition dans les politiques nationales de développement de plusieurs secteurs</li> <li>- engagement des PTF et augmentation des investissements</li> </ul>	<p><b>Niveau politique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inadéquation du financement alloué par le budget national à la nutrition avec l'engagement gouvernemental</li> <li>- faible intégration des interventions sensibles à la nutrition dans certaines politiques et stratégies sectorielles</li> </ul>
3.	<p><b>Niveau capacités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation du nombre de nutritionnistes du ministère de la santé</li> <li>- création d'une direction en charge des questions d'alimentation et de nutrition au sein du ministère de l'agriculture et augmentation du nombre de nutritionnistes dans ce secteur clé</li> <li>- existence de points focaux nutrition dans toutes les régions, tous les districts et dans les secteurs clés</li> <li>- renforcement de la nutrition dans les curricula des professionnels de la santé, du secteur agricole et de l'éducation</li> </ul>	<p><b>Niveau capacités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concentration du personnel nutritionniste cadre au niveau central et capacités insuffisantes à répondre aux besoins des régions et des acteurs opérationnels</li> <li>- insuffisance de l'offre de soins en nutrition</li> <li>- faiblesse de l'offre nationale en matière d'intrants relatifs à la prise en charge</li> <li>- capacités insuffisantes des secteurs ayant des interventions sensibles à répondre aux nouveaux défis de leur implication dans la nutrition</li> <li>- faible couverture (géographique et cibles) des interventions spécifiques préventives et des interventions sensibles</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- existence de documents d'opérationnalisation de certaines interventions de nutrition (Plans ANJE et PCIMA, protocole de prise en charge, stratégie de lutte contre les micronutriments, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opportunités de formation continue/recyclage des cadres techniques limitées</li> <li>- faiblesse de données contextuelles sur les principaux déterminants de la malnutrition pour orienter les actions de prévention</li> <li>- faible intérêt des structures nationales de recherche pour les thématiques liées à la politique nationale de nutrition</li> </ul>
4.	<p><b>Niveau économique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation du nombre de partenaires investissant dans les projets et programmes mis en œuvre dans le domaine de la nutrition et donc de nouvelles opportunités de mobilisation des ressources</li> <li>- augmentation de l'appui financier des partenaires traditionnels pour la nutrition</li> <li>- adhésion et soutien effectif des politiques et des PTF aux projets et programmes</li> </ul>	<p><b>Niveau économique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inaccessibilité des populations vulnérables aux services sociaux de base notamment les services de santé, de protection sociale, d'eau potable et assainissement, sécurité alimentaire, etc.</li> <li>- faible pouvoir d'achat des ménages</li> <li>- faible capacité de résilience des ménages vulnérables</li> <li>- insuffisance de la stratégie de mobilisation de ressources endogènes pour la nutrition</li> <li>- insuffisance du mécanisme de financement multisectoriel de la nutrition</li> <li>- disparités et multiplicité des procédures de financement au niveau des PTF</li> </ul>

	<b>Opportunités</b>	<b>MENACES</b>
5.	<p><b>Niveau institutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- existence d'institutions internationales favorables à la nutrition (Mouvement SUN, Stratégie des Nations Unies, Cadre USAID, cadre UE) et sous régional (SRAN, CEDEAO, UEMOA)</li> <li>- bonne mobilisation et engagement des partenaires techniques et financiers pour la nutrition</li> <li>- réformes institutionnelles en cours</li> <li>- forte collaboration et implications avec d'autres initiatives multisectorielles qui ont un impact sur la nutrition (sécurité alimentaire, protection sociale, résilience, eau, éducation)</li> </ul>	<p><b>Niveau institutionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- instabilité institutionnelle (réorganisation ministérielle, etc.)</li> <li>- fréquences des crises nationales et régionales</li> <li>- non appropriation de la politique nationale par les acteurs</li> </ul>
6.	<p><b>Niveau politique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- existence d'un contexte international et régional favorable</li> <li>- inscription de la lutte contre la malnutrition dans les objectifs de développements durables (ODD2)</li> </ul>	<p><b>Niveau politique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- instabilités sociopolitiques nationale et régionale</li> </ul>
7.	<p><b>Niveau capacités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmentation du nombre de partenaires et subséquemment des professionnels intervenant sur les questions de nutrition</li> </ul>	<p><b>Niveau capacités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faible appropriation de la vision et de la démarche multisectorielles par les acteurs</li> <li>- augmentation vertigineuse des populations et donc des besoins</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participation communautaire de plus en plus marquée dans les programmes de développement</li> <li>- augmentations des opportunités de formation et de diversification de profil du personnel en nutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- persistance des conflits d'intérêts partisans au sein des secteurs clés</li> <li>- persistance de l'inaccessibilité des populations aux services sociaux de base</li> </ul>
8.	<p><b>Niveau économique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tracking financier en cours</li> <li>- existence d'une volonté politique affirmée de la part du gouvernement pour le développement des échanges et la réalisation des réformes nécessaires</li> <li>- existence d'un contexte institutionnel favorable au développement des échanges</li> </ul>	<p><b>Niveau économique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance au financement extérieur</li> <li>- non alignement de certains donateurs à assurer un financement multisectoriel</li> <li>- persistance de la pauvreté structurelle</li> <li>- sous financement des plans d'action issus de la politique</li> <li>- crises économiques et financières</li> <li>- épidémies et autres menaces sanitaires potentielles comme Ebola et la COVID-19</li> <li>- conflits extérieurs dans le mstré-onde</li> </ul>

