INTÉGRATION DE LA NUTRITION DANS LES POLITIQUES ET PROGRAMMES DES SECTEURS CONTRIBUTEURS

Rapport de Synthèse d'une Etude Régionale portant sur l'Afrique de l'Ouest

JUIN 2015

DECLARATION CONCERNANT LES DROITS D'AUTEUR

© Action Contre la Faim, Bureau Régional Afrique de l'Ouest, membre du réseau international d'ACF (ACF-IN)

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

Auteurs : Anne Bichard et Henri Leturque, IRAM (Institut de Recherches et d'Applications des Méthodes de développement)

Contributeurs : Barbara Frattaruolo, Christelle Huré, Stéphane Dufils

Conception graphique : NumElite

Photo de couverture : Sandra Calligaro, ACF-Sierra Leone.

Impression : Juin 2015

Ce document est produit par le Bureau régional d'Action contre la Faim en Afrique de l'Ouest, grâce au soutien financier de l'Agence Française de Développement (AFD).

Acronymes utilisés

ACF	Action Contre la Faim
CSA	Commissariat à la Sécurité Alimentaire (Mauritanie)
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté – cadre de politique général en Mauritanie
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté – cadre de politique générale (caduque) en Côte d'Ivoire, et en Guinée et en Mauritanie
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Secteur de l'Eau Hygiène et Assainissement - Analyse de l'économie des ménages
FAO	Organisation pour l'alimentation et l'Agriculture
HEA	Household Economic Analysis
GNR	Global Nutrition Report : http://globalnutritionreport.org/
I3N	Initiative les Nigériens Nourrissent les Nigériens
LASIP	Liberia Agriculture Sector Investment Program
MASEF	Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille en Mauritanie
MICS	Enquête multi-indicateurs par grappe.
NAIP	National Agricultural Investment Plan - Nigeria
NHSSP	Plan national de Santé - Sierra Leone
NSADP	National Sustainable Agriculture Development Plan - Sierra Leone
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAIN	Plan d'Action Intersectoriel pour la Nutrition - Mauritanie
PAINA	Plan d'Action Intersectorielle de Nutrition et d'Alimentation - Tchad
PAM	Programme alimentaire mondial
PAN/EPT	Plan d'Action National de l'Education pour Tous - Tchad
PDES	Plan de Développement Economique et Social Cadre de politique général - Niger
PDSEB	Programme de Développement Stratégique de l'Education de Base - Burkina-Faso
PIB	Produit Intérieur Brut
PND	Plan National de Développement - Cadre de politique général – Tchad et Côte d'Ivoire
PNDE	Plan national de développement de l'élevage - Tchad
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEPS	Plan National d'Extension de la Protection Sociale - Mali
PNDSE	Politique Nationale de Développement du Secteur de l'Education - Mauritanie
PNG	Politique Nationale de Genre
PNIA	Programme National d'Investissement Agricole - Côte d'Ivoire, Mali
PNISR	Programme National d'Investissement dans le secteur Rural - Tchad

PNN	Politique Nationale de Nutrition - Mali
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale - Burkina Faso
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire - Tchad
PNSR	Programme National pour le Secteur Rural - Burkina Faso
PQDAT	Plan quinquennal de développement de l'agriculture -Tchad
PS	Secteur de la Protection Sociale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
REACH	Renewed Efforts Against Child Hunger : http://www.reachpartnership.org/,
SA	Sécurité Alimentaire
SAN	Secteur de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
SCADD	Stratégie de Croissance accélérée pour le développement durable - Burkina Faso
SDSR	Stratégie de Développement du Secteur Rural - Mauritanie
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNDES	Stratégie Nationale de Développement économique et social – Cadre de Politique générale - Sénégal
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre - Sénégal
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale - Mauritanie, Tchad
STD	Services Techniques Déconcentrés
SUN	Scaling Up Nutrition
THIMO	Travail à Haute Intensité de Main d'œuvre
WARO	Bureau régional ACF pour l'Afrique de l'Ouest

Sommaire

Acronymes utilisés 2

Résumé exécutif 7

1 Introduction 12

1.1 Contexte de l'étude 12
1.2 La problématique 13
1.3 Objectifs de l'étude 14
1.4 Méthode et définitions 14
1.5 Organisation du document 16

2 Revue des engagements sectoriels pour la nutrition 17

2.1 La place de la nutrition dans l'analyse du contexte des politiques sectorielles 17
2.2 Prise en compte de la nutrition parmi les objectifs et les indicateurs des politiques sectorielles 18
2.3 Le ciblage orienté nutrition dans les politiques sectorielles 24
2.4 Les mécanismes de suivi des politiques et des interventions sensibles à la nutrition 26
2.5 Enjeux sectoriels : cas spécifiques de la santé et de l'agriculture 27

3 Mobilisation des secteurs contributeurs à travers les politiques multisectorielles pour la nutrition 33

3.1 Une démarche qui fait concensus 33
3.2 Efficacité des démarches de planification intersectorielles 35
3.3 Tirer les leçons des expériences passées 39

4 Perspectives de mise en œuvre des engagements sectoriels pour la nutrition 42

4.1 Les contraintes à l'absorption de priorités pour la nutrition par les secteurs contributeurs 42
4.2 Les démarches de planification intersectorielles : perspectives pour la mise en œuvre d'actions sensibles à la nutrition par les secteurs contributeurs ? 46

5 Conclusions et Recommendations 51

5.1 Principales conclusions 51
5.2 Recommandations 52

Annexes

ANNEXE A : Liste des politiques analysées par pays
ANNEXE B : Politiques Nutrition dans les pays du WARO
ANNEXE C : Eléments de bibliographie
ANNEXE D : Fiches pays

Figures

Figure 1: 11 pays d'intervention de ACF concernés par l'étude
Figure 2: Schéma causal de la Malnutrition – UNICEF 1997
Figure 3: Proportion de documents étudiés incluant une description de la malnutrition dans l'analyse du contexte
Figure 4: Inclusion d'objectifs et d'indicateurs spécifiques dans les documents analysés
Figure 5 : Intégration d'objectifs et d'indicateurs orientés nutrition dans les documents
Figure 6 : Nombre d'activités du plan d'action multi-sectoriel pour la nutrition portées par les differents secteurs - Mali
Figure 7 : Proposition du budget prévisionnel du plan d'action multisectoriel pour la nutrition alloué aux différents secteurs - Mali
Figure 8 : Accès à la santé - densité de médecins par rapport à la population

Liste des Encadrés

Encadré 1 : Limites de l'Etude
Encadré 2 : Position dominante du secteur de la Santé au sein du PAINA (Tchad)
Encadré 3 : Le Plan Mali - Répartition des actions et des financements prévus entre secteurs
Encadré 4 : Modèles d'appui à la déclinaison locale d'engagements nationaux - exemples envisagés au Mali

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Exemple d'objectifs et d'indicateurs spécifiques à la nutrition des politiques sectorielles analysées
Tableau 2 : Exemple d'objectifs et d'indicateurs orientés nutrition des politiques sectorielles analysées
Tableau 3 : GNR Underlying determinants - Indicateurs de suivi des causes sous-jacentes de la malnutrition
Tableau 4 : Dynamiques actuelles observées au Mali et en Mauritanie à la lumière d'enseignements des années 1980

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Action Contre la Faim intervient dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest : le Sénégal, la Mauritanie, La Guinée, La Sierra Léone, le Libéria, la Côte d'ivoire, Le Nigeria, le Niger, le Burkina Faso, le Mali et le Tchad.

Dans ces pays, plus de 18 millions d'enfants de moins de 5 ans sont touchés par la malnutrition chronique (retard de croissance) et près de 8 millions souffrent de malnutrition aiguë (maigreur)[1 et 2]. Les carences sont multiples et prononcées. L'anémie concerne 170 millions de femmes et d'enfants[3]. Par ailleurs, le phénomène de transition nutritionnelle s'installe dans les pays d'Afrique de l'Ouest : plus de 30% des femmes au Nigeria, en Côte d'Ivoire, au Sierra Leone, au Sénégal et en Mauritanie[4] sont en surpoids et exposées aux maladies chroniques qui y sont associées. La malnutrition pénalise les individus et représente une contrainte pour le développement économique de la sous-région.

Pour accélérer les progrès dans la lutte contre la malnutrition, il est désormais largement admis qu'il est pertinent de développer des stratégies qui répondent à la fois :

1. aux causes immédiates de la malnutrition : grâce à des actions **spécifiques** à la nutrition.

2. et à ses causes sous-jacentes grâce à des actions **sensibles** à la nutrition. Elles se mettent en œuvre dans des secteurs dits « **contributeurs** » comme l'agriculture, l'éducation, la protection sociale, l'eau potable et l'assainissement[5].

L'objet de cette étude est d'apprécier les engagements en termes de programmation d'actions sensibles à la nutrition formulés au niveau de chaque pays de la région où intervient ACF à travers une analyse de l'ensemble des politiques des secteurs contributeurs. L'étude s'est également efforcée d'appréhender les difficultés qui pourraient limiter la concrétisation de ces orientations afin d'identifier les besoins d'appui.

L'étude repose sur une analyse des politiques sectorielles des 11 pays de la région ainsi que sur deux études de cas (Mali et Mauritanie). Ces deux cas d'étude ont fait l'objet de visites dans les pays concernés et de rencontres avec des acteurs de chaque secteur contributeur visé.

Revue des engagements sectoriels pour la Nutrition

Pour ce qui concerne l'engagement des secteurs contributeurs, les politiques sectorielles intègrent de plus en plus souvent la malnutrition comme une problématique du contexte sectoriel. Cependant, les liens causaux entre l'intervention sectorielle et la malnutrition ne sont pas toujours maîtrisés.

Concernant les objectifs orientés nutrition des politiques sectorielles, les politiques sectorielles s'engagent plus facilement à contri-

1- Source : International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Insitute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857
2 - Le Nigéria contribue à plus de 60% de ces effectifs.
3- Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf?ua=1
4- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Insitute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857
5- Ruel, Marie T et al 2013, Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet , Volume 382 , Issue 9891 , 536 - 551

buer à la réduction de la prévalence de la malnutrition ou de la mortalité infantile (objectif et indicateur spécifiques à la nutrition) qu'à agir sur les facteurs causaux directement liés à leur champ d'intervention (objectifs et indicateurs orientés nutrition). Les indicateurs spécifiques à la nutrition sont standardisés, régulièrement collectés, ils sont aisément mobilisables. Les indicateurs orientés nutrition, moins standardisés, sont fréquemment absents. En particulier, les objectifs et les indicateurs de changements de comportement sont rarement utilisés dans les politiques des secteurs contributeurs.

Le ciblage et la prise en compte du genre sont des éléments fréquemment avancés dans les politiques sectorielles. Ces stratégies ne sont en général pas reliées à des préoccupations nutritionnelles mais justifiées par une recherche d'équité sociale et spatiale qui est potentiellement en synergie avec la lutte contre la malnutrition.

L'analyse des mécanismes de suivi des politiques demeure partielle car le volet suivi-évaluation est souvent absent des documents analysés. Cependant, les outils de pilotage nationaux sont rarement capables de répertorier l'impact des actions menées au niveau local. La nature du secteur du développement rural rend plus complexe le suivi de son impact sur la nutrition en comparaison aux secteurs sociaux.

Quelques spécificités sectorielles peuvent être soulignées. **Le secteur de la santé**, ministère de tutelle de la nutrition, porte naturellement l'essentiel des actions spécifiques à la nutrition. Il intègre également des indicateurs et objectifs sensibles à la nutrition et il est fortement sollicité par les autres secteurs pour la mise en œuvre ou le suivi d'interventions sensibles à la nutrition. Malgré les efforts engagés pour améliorer la sensibilité à la nutrition des **politiques agricoles**, elles demeurent relativement peu sensibles à la nutrition et focalisées sur l'augmentation de la productivité. L'absence de données fiables relatives à la consommation alimentaire est une contrainte qui rend difficile l'engagement de l'agriculture au sens large pour l'amélioration de l'alimentation des populations. Les **politiques de l'éducation et de l'Eau et Assainissement** proposent des actions sensibles et parfois très favorables à la nutrition sans adopter d'objectifs ni d'indicateurs orientés ou spécifiques à la nutrition. Les documents **de sécurité alimentaire et de protection sociale** intègrent des orientations sensibles mais souvent redondantes qui chevauchent également les documents intersectoriels de nutrition et d'alimentation.

Mobilisation des secteurs contributeurs à travers les politiques multisectorielles pour la nutrition

Les pays d'Afrique de l'Ouest, à travers leur engagement dans le mouvement SUN, ont entrepris de formuler des politiques et plans d'action multisectoriels pour la nutrition et de faciliter l'intégration d'action sensibles à la nutrition aux priorités sectorielles. Ceci implique de définir, pour chaque secteur, des objectifs, des actions et des « indicateurs nutritionnels », de les intégrer dans les politiques des secteurs contributeurs et de définir les mécanismes permettant d'en assurer le suivi.

Malgré leurs réels acquis en terme de mobilisation autour des enjeux de nutrition, les initiatives multisectorielles pour la nutrition n'intègrent pas toujours l'ensemble des secteurs contributeurs, ni l'ensemble des actions

favorables à la nutrition inscrites dans les documents sectoriels. Si les documents multisectoriels pour la nutrition couvrent un champ large d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, les éléments de budget disponibles associés à ces documents peuvent mettre en évidence certains déséquilibres en faveur des interventions spécifiques portées par le secteur de la santé, qui semble souvent être maintenu dans une position dominante. **Si ces déséquilibres se maintiennent ou se creusent, on peut craindre un désengagement des secteurs contributeurs autres que la santé des initiatives en faveur de la nutrition.**

La multiplication de cadres de stratégies multisectorielles (Protection Sociale, Sécurité Alimentaire, Nutrition, etc.) que l'on peut observer a été fortement soutenue par la communauté internationale. La coordination mais aussi l'opérationnalisation de ces cadres en parallèle des dispositifs institutionnels existants nécessitera d'importantes capacités de coordination au niveau central mais aussi au niveau local ce qui représente un enjeu de taille dans les pays de l'étude.

Certaines expériences de programmation multisectorielles ont déjà eu lieu par le passé. Les dynamiques observées semblent peu tenir compte des enseignements tirés de ces expériences.

Perspectives de mise en œuvre des engagements sectoriels pour la nutrition

Malgré l'inscription de la nutrition comme une priorité transversale aux secteurs contributeurs, les capacités de mise en œuvre de ces orientations restent un frein important à la concrétisation des engagements sectoriels. Les services techniques en charge de l'exécution des politiques sectorielles sont bien souvent en situation de sous capacités, en particulier aux niveaux locaux. La croissance démographique que connait la région ne fait qu'amplifier les difficultés. Ces questions de capacités sectorielles constituent un enjeu pour la nutrition à double titre : d'une part les missions sectorielles naturellement contributrices à la nutrition ne sont pas assurées ; la défaillance des services est une des causes sous-jacentes de la malnutrition ; d'autre part, les secteurs sont peu enclins à s'impliquer dans des interventions orientées nutrition, jugées en marge de leur mission première.

L'opérationnalisation des plans multisectoriels n'a pas commencé et reste une interrogation majeure pour l'avenir. La déclinaison locale des engagements nationaux pose d'importantes questions sur la capacité des services techniques déconcentrés et des collectivités territoriales à s'approprier les orientations inscrites dans les plans nationaux du fait du déséquilibre entre les capacités du niveau central et des niveaux périphériques. Les initiatives visant à encourager cette déclinaison locale existent, mais sont encore peu avancées. Les modalités de leur passage à l'échelle restent à imaginer.

CONCLUSIONS PRINCIPALES DE L'ÉTUDE, ET RECOMMANDATIONS

Conclusion 1 : Le dialogue entre la nutrition et les secteurs contributeurs reste dominé par le secteur de la santé.

Les cadres de concertation pour la nutrition qui ont été mis en place facilitent le dialogue intersectoriel. Ils représentent des outils importants pour mobiliser les secteurs contributeurs. Ces cadres sont toutefois fragiles, et l'on voit des dynamiques ralentir lorsque les appuis s'allègent.

Le risque principal pesant sur les cadres nationaux de coordination est le déséquilibre entre les secteurs au sein des dispositifs. Les cadres restent, en effet, dominés par le secteur de la santé. Si ces déséquilibres se maintiennent ou se creusent on peut craindre un désengagement des secteurs contributeurs autres que la santé des initiatives en faveur de la nutrition.

Recommandation 1 : Assurer un équilibre entre les secteurs dans les cadres intersectoriels pour la nutrition afin d'assurer une mobilisation effective et durable de l'ensemble des secteurs contributeurs.

Conclusion 2 : Les capacités opérationnelles des secteurs contributeurs constituent un facteur limitant à la mise en œuvre d'interventions sensibles à la nutrition.

La faiblesse des services techniques, chargés d'opérationnaliser les politiques publiques, constitue une contrainte forte qui limite les capacités des secteurs à contribuer à la nutrition. Dans un tel contexte, les services peuvent être peu disposés à s'impliquer dans des interventions orientées nutrition qu'ils jugent en marge de leur mission première et non prioritaires ; au contraire, ils pourront chercher à s'inscrire par opportunisme dans des initiatives auxquelles ils n'adhèrent pas nécessairement.

Recommandation 2 : Reconnaitre les priorités sectorielles et tenir compte des capacités de mise en œuvre des secteurs contributeurs.

Conclusion 3 : La coordination décentralisée actuelle est insuffisante pour assurer la déclinaison locale des plans d'actions pour la nutrition.

La déclinaison opérationnelle des plans d'actions intersectoriels pour la nutrition nécessite des mécanismes de coordination au niveau décentralisé. Le manque de ressources humaines des différents acteurs, leur manque d'intérêt pour la nutrition, le fonctionnement cloisonné et les visions sectorielles des services techniques, les représentations hétérogènes des services au niveau des territoires,etc. sont autant de contraintes qui vont peser sur les coordinations décentralisées pourtant nécessaires à

la mise en œuvre et au suivi d'actions complémentaires et concertées pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition.

Recommandation 3 : Renforcer le dialogue et la coordination entre les acteurs au niveau décentralisé.

Conclusion 4 : La nutrition peu présente dans les objectifs de développement local.

Les collectivités locales (communes) ont été peu impliquées jusqu'ici dans les programmes en faveur de la nutrition ; les élus sont peu sensibilisés à la nutrition et elle n'est pas prise en compte dans les plans de développement communaux. Les plans intersectoriels pour la nutrition proposent d'impliquer les collectivités territoriales, mais les moyens alloués pour dynamiser le niveau local sont difficiles à identifier ou très limités. Des initiatives sont développées pour encourager la déclinaison locale des plans d'actions nutrition. Elles sont encore peu nombreuses et conduites à des échelles restreintes.

Recommandation 4 : Positionner la nutrition dans les enjeux de développement local, capitaliser les expériences locales pour nourrir les dispositifs nationaux et envisager le passage à l'échelle des solutions.

Conclusion 5 : La sensibilité à la nutrition est perceptible dans les documents de politiques sectorielles, mais pourrait être renforcée.

La malnutrition est souvent présente dans les documents de politiques sectorielles : elle est mentionnée comme une contrainte qui doit être prise en considération, et certains secteurs s'engagent assez fréquemment à contribuer à la réduction de la prévalence de la malnutrition. Cependant, les liens causaux existant entre l'intervention sectorielle et la nutrition ne sont pas toujours établis ; certains objectifs et indicateurs intermédiaires qui pourraient refléter les effets directs d'une intervention sectorielle sont souvent absents. En particulier, c'est un point faible des politiques agricoles, où l'on remarque l'absence d'engagement pour l'amélioration de la qualité de l'alimentation.

Recommandations 5 : Renforcer la sensibilité à la nutrition des politiques sectorielles ainsi que les cadres de suivi des interventions.

Trois orientations spécifiques sont proposées en ce sens :

- Saisir l'opportunité des révisions des politiques pour clarifier et améliorer les outils de pilotage de la nutrition dans les politiques sectorielles
- Vulgariser les connaissances permettant d'établir des liens entre la nutrition et les secteurs contributeurs.
- Soutenir les approches institutionnelles pour la réduction des vulnérabilités

1- INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'étude

ACF est une ONG internationale dont le mandat est la lutte contre la faim et la malnutrition. Elle intervient dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest : le Sénégal, la Mauritanie, la Guinée, la Sierra Léone, le Libéria, la Côte d'ivoire, le Nigeria, le Niger, le Burkina Faso, le Mali et le Tchad.

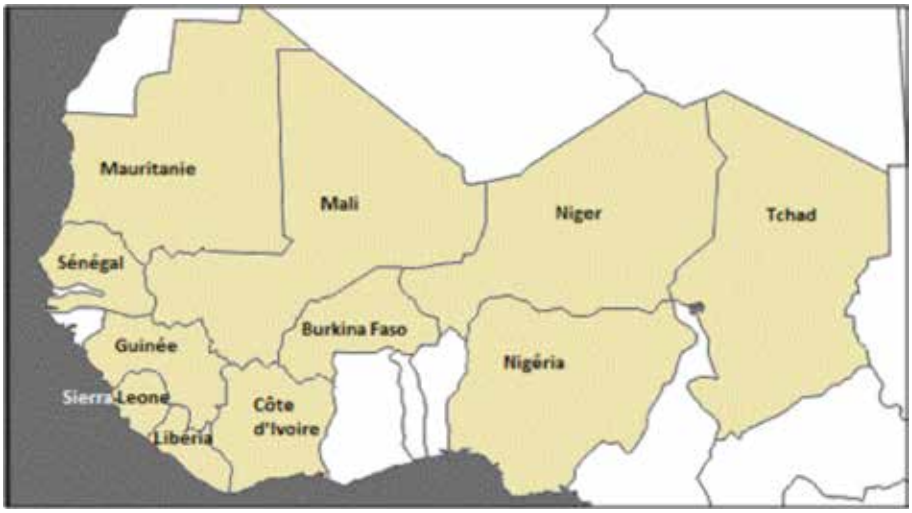
Dans ces pays, plus de 18 millions d'enfants de moins de 5 ans sont touchés par la malnutrition chronique (retard de croissance) et près de 8 millions souffrent de malnutrition aiguë (maigreur)[6 et 7]. Les carences sont multiples et prononcées. L'anémie concerne 170 millions de femmes et d'enfants[8]. Par ailleurs, le phénomène de transition nutritionnelle s'installe dans les pays d'Afrique de l'Ouest : plus de 30% des femmes au Nigeria, en Côte d'Ivoire, au Sierra Leone, au Sénégal et en Mauritanie sont en surpoids[9] et exposées aux maladies chroniques qui y sont associées. La malnutrition pénalise les individus et représente une contrainte pour le développement économique de la sous-région.

Les gouvernements d'Afrique de l'Ouest ont pris conscience de ces enjeux et affichent une volonté d'agir pour la nutrition des populations : cinq des onze pays d'intervention d'ACF[10] adhèrent à l'approche REACH ; ils sont tous membres du mouvement Scaling Up nutrition (SUN)[12].

A travers cet engagement dans le mouvement SUN, les pays doivent entreprendre la révision de leurs politiques sectorielles afin de faciliter le développement de programmes qui permettront de prévenir la malnutrition.

L'étude, dont les résultats sont présentés ici, répond à une demande du département plaidoyer du WARO (West African Regional Office), bureau régional d'ACF. Ce dernier souhaite pouvoir apprécier le niveau de sensibilité à la nutrition des politiques sectorielles des pays où ACF intervient et identifier les contraintes qui limitent leur contribution à la nutrition. L'analyse doit donner une assise à de futures actions de plaidoyer.

Figure 1 : 11 pays d'intervention de ACF concernés par l'étude



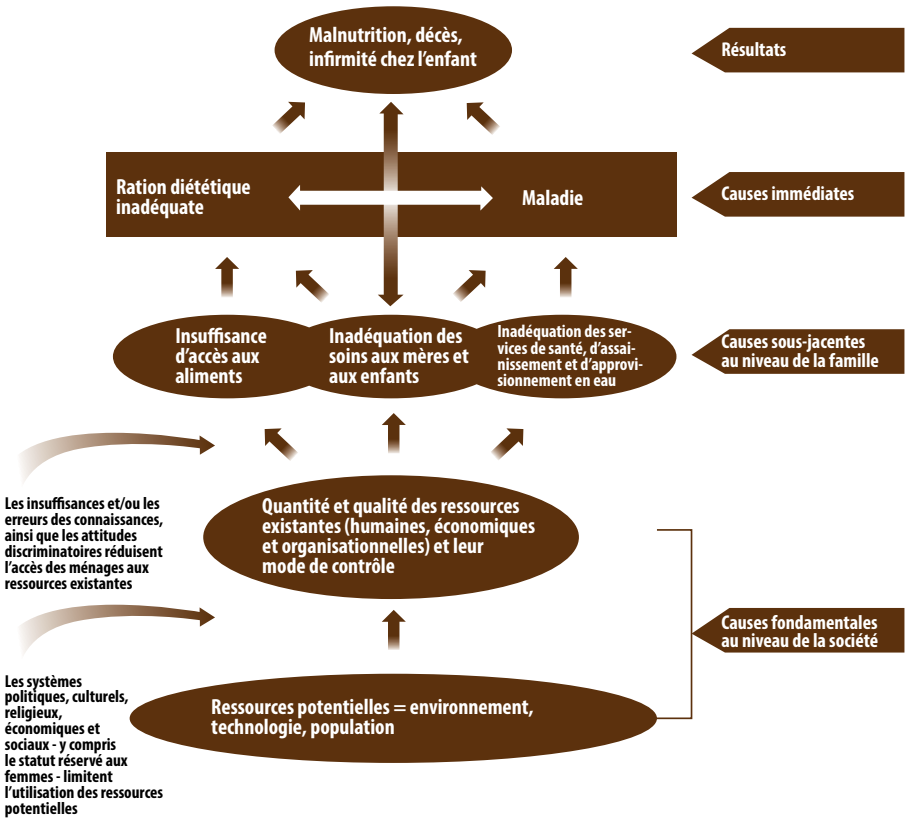
1.2 La Problématique

Le cadre conceptuel de la malnutrition (voir figure 2) met en évidence le caractère multicausal de la malnutrition. Il souligne d'une part, des causes qui interviennent à des niveaux structurels (causes fondamentales), au niveau des ménages ou des communautés (causes sous-jacentes) ou au niveau de l'individu (causes immédiates) ; et d'autre part, le caractère multifactoriel de la malnutrition qui peut résulter d'une alimentation inadaptée, de pratiques de soins et/ou d'un environnement sanitaire inadéquat.

Pour accélérer les progrès dans la lutte contre la malnutrition, les recommandations internationales préconisent de développer des stratégies qui répondent :

- aux causes immédiates de la malnutrition grâce à **des programmes spécifiques à la nutrition** qui contribuent à la réduction de la prévalence de la malnutrition et de la mortalité infantile ; il s'agit des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë, de supplémentation en micronutriments, de promotion des bonnes pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément à l'allaitement maternel ;
- et à ses causes sous-jacentes grâce à des **programmes sensibles à la nutrition** qui interviennent sur la sécurité alimentaire, les pratiques de soins au niveau maternel, familial et communautaire, l'accès à des services de santé et à un environnement sain et hygiénique. Ils sont portés par des secteurs dits contributeurs : l'agriculture, l'éducation, la protection sociale, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement[13].

Figure 2 : schéma causal de la Malnutrition - UNICEF 1997



1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est **d'apprécier les engagements formulés au niveau de chaque pays, à travers une analyse de l'ensemble des politiques des secteurs contributeurs, et d'identifier les conditions et les difficultés de concrétisation des engagements sectoriels pour la nutrition.**

- L'objectif de l'étude n'est pas de reformuler des recommandations générales sur les actions sensibles à la nutrition à promouvoir, déjà largement diffusées. A titre d'exemple, l'Union européenne a élaboré un guide[14] qui fournit des recommandations afin d'améliorer la nutrition à travers la santé, des mesures liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, à travers l'éducation, le genre, la protection sociale, la sécurité alimentaire, l'agriculture, etc. Plus récemment le Global Nutrition Report [15](GNR) donne pour les mêmes secteurs, des conseils pour accroitre les impacts sur la nutrition.

- Il ne s'agit pas non plus d'évaluer le niveau de mise en œuvre d'une politique ou d'un programme, ou l'atteinte d'un objectif. L'engagement des pays pour la nutrition est suivi à travers des actions d'envergure : les rapports d'avancement du mouvement SUN[16], le Hunger and Nutrition Commitment Index[17], le Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Health[18], et le Global Nutrition Report déjà cité.

Les secteurs contributeurs à la nutrition passés en revue sont les secteurs de l'agriculture, de la sécurité alimentaire, de la santé, de la protection sociale, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de manière transversale, les politiques du genre[19].

1.4 Méthode et définitions

Les politiques des secteurs contributeurs n'ont pas été définies dans le but de lutter contre la malnutrition. Chacune poursuit des objectifs qui lui sont propres. Cependant, ces politiques contribuent à lutter contre les causes sous-jacentes de la malnutrition (voir cadre conceptuel ci-dessus). **Ces secteurs sont par nature sensibles à la nutrition.**

Il ne s'agit donc pas de se demander : « Est-ce que cette politique sectorielle contribue à la lutte contre la malnutrition ? » mais plutôt :

- « La politique sectorielle tient-elle compte de la situation nutritionnelle? »
- « A-t-elle été construite pour contribuer à la lutte contre la malnutrition ? »
- « Par quels mécanismes, quels choix techniques, cherche-t-elle à accroitre sa contribution ? »
- « Comment cette contribution va-t-elle être mesurée ? »

Ces quatre questions structurent une grille d'analyse utilisée pour cette étude, en particulier la phase documentaire. Le travail s'est en effet organisé en deux phases :

6- Source : International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Insitute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857
7- Le Nigéria contribue à plus de 60% de ces effectifs.
8- Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf?ua=1
9- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Insitute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857
10- Le Mali, la Mauritanie, le Tchad, la Sierra Leone, et le Niger, à noter que le Burkina Faso et le Sénégal ont également décider de s'inscrire dans cette initiative en 2015.
11- REACH : Renewed Efforts Against Child Hunger : http://www.reachpartnership.org/, une initiative internationale pour éradiquer la faim et la malnutrition chez les enfants, qui a été mise en place par quatre agences du Système de Nations Unies (OMS, PAM, UNICEF et FAO)
12- http://scalingupnutrition.org/

La première phase de l'étude a consisté en une analyse documentaire des stratégies et politiques des secteurs contributeurs à la nutrition des 11 pays de l'étude. Les documents étudiés sont des documents de politiques ou de stratégies nationales. Dans bien des cas, il existe un écart important entre ces politiques « affichées » et les politiques « effectives », c'est-à-dire qui s'accompagnent de mesures concrètement appliquées. L'étude n'a pas pour vocation d'analyser les réalisations mais bien les intentions formulées dans les documents d'orientation des secteurs.

L'étude a examiné dans les documents de politique sectorielle : la description de la situation nutritionnelle nationale et l'analyse des causes principales de la malnutrition, des zones et des populations les plus impactées par la malnutrition, analyses qui sont utilisées pour justifier les orientations des politiques. Ces éléments ont été considérés comme une première prise en compte de la problématique indispensable à l'élaboration d'une politique à forte sensibilité nutritionnelle.

L'étude a également analysé l'inscription d'objectifs nutritionnels associés à des indicateurs nutritionnels dans les politiques sectorielles. Deux types d'objectifs-indicateurs peuvent être distingués :

1. des objectifs et indicateurs « spécifiques à la nutrition », associés explicitement à la réduction de la prévalence de la malnutrition ou de la mortalité infantile,
2. des objectifs et indicateurs « orientés nutrition », associés aux facteurs causaux de la malnutrition, qui varient donc en fonction des secteurs concernés.

La deuxième phase a consisté en deux études de cas réalisées en Mauritanie et au Mali. L'objectif de cette étape était de vérifier les hypothèses élaborées lors de la première phase à travers des entretiens avec des personnes ressources au niveau central et au niveau régional.

Chacune de ces phases s'est conclue par la production d'un rapport. Le présent document constitue le rapport de synthèse de ces deux étapes, il reprend l'essentiel du rapport documentaire et des deux rapports pays.

Encadré 1 : Limites de l'étude

Etude documentaire : Certains documents de politiques sectorielles n'ont pas été trouvés ; certains documents sont des versions provisoires. D'autres sont incomplets, les annexes contenant les plans d'actions et le cadre logique étant manquantes. Par ailleurs, les documents sont de nature et de portée différente (stratégie, politique, plans d'actions) mais leur importance n'a pas été pondérée ; leurs niveaux de précision diffèrent mais ils ont été analysés avec la même grille d'analyse. Pour ces raisons, les données quantitatives présentées dans la première partie du rapport doivent être maniées avec précaution.

Etudes de cas : Seuls deux pays ont été couverts lors de la phase 2. La crise Ebola et la disponibilité des missions ACF à accueillir les consultants ont fortement influencé le choix de la Mauritanie et du Mali pour les études de cas. Ces deux pays sont francophones, de profil sahélien, tous deux inscrits dans la dynamique REACH. Ils ne représentent pas la diversité des 11 pays de l'étude documentaire.

13 - Référence : The Lancet
14- UE - Document de référence N° 13 : La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure — une approche intégrée par secteurs et modalités de l'aide 2011 —100 pp. — 21 x 29,7 cm, ISBN 978-92-79-16975-5, ISSN 1830-8228, doi : 10.2783/51980
15- International Food Policy Research Institute. 2014. Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington, DC. Voir tableau 6.3 p. 46
16- A noter que des évaluations du mouvement SUN sont en cours au niveau des pays d'Afrique de l'Ouest au moment de l'étude.
17- www.hancindex.org
18- www.countdown2015mnch.org/
19- Les documents de politiques générales ont également été analysés. Voir en annexe A la liste des politiques analysées.

1.5 Organisation du document

Les résultats de l'étude sont présentés selon la séquence suivante :

- Une première partie du rapport apprécie de manière globale la prise en compte de la nutrition dans les politiques sectorielles analysées, avec un approfondissement de la question pour les secteurs de la santé et de l'agriculture au sens large.
- Dans un deuxième temps est abordée la question des politiques multisectorielles de nutrition qui se mettent progressivement en place dans les pays, des enjeux associés en termes de cohérence avec les politiques sectorielles et des contraintes qui vont apparaitre lors de leur déclinaison opérationnelle.
- Une troisième partie aborde la question des perspectives de mise en œuvre des engagements sectoriels. Elle traite en particulier des contraintes en termes de capacités des secteurs contributeurs.
- Enfin la dernière partie présente les principales conclusions de cette étude et des recommandations formulées à l'attention des acteurs impliqués dans le développement des politiques sectorielles ou dans la nutrition, qu'il s'agisse de donateurs, d'acteurs étatiques, des agences des Nations Unies ou d'organisations de la société civile.

Burkina Faso. Démonstrations culinaires

2- REVUE DES ENGAGEMENTS SECTORIELS POUR LA NUTRITION

Ce chapitre apprécie de manière globale la prise en compte de la nutrition dans les documents de politiques sectorielles de l'éducation, du genre, de l'eau et de l'assainissement, de l'agriculture, de la santé, de la sécurité alimentaire ainsi que les politiques générales de développement de l'Etat. L'analyse concernant les secteurs du développent rural et de la santé, pour lesquels les enjeux sont particulièrement importants, est présentée de façon plus détaillée.

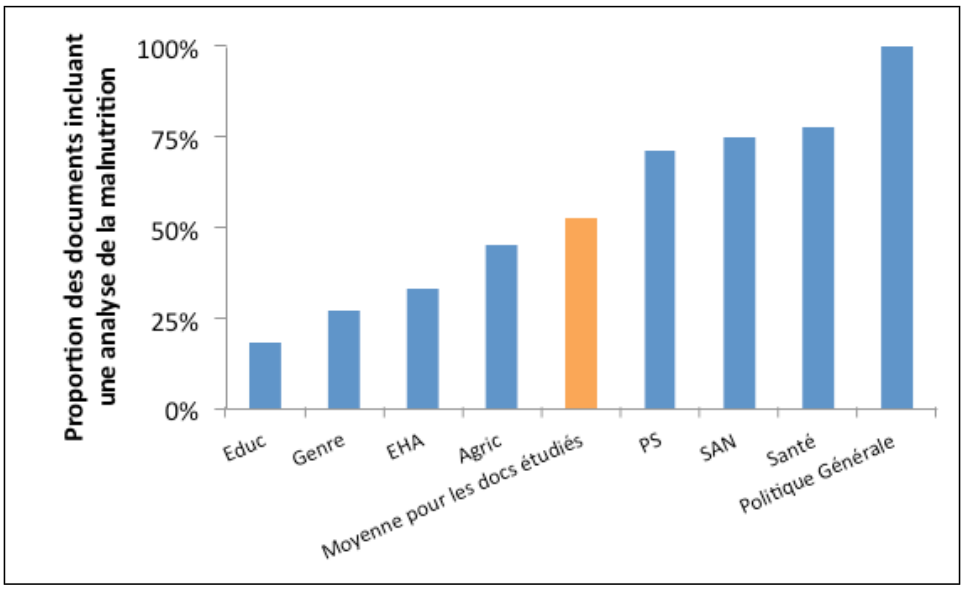
2.1 La place de la nutrition dans l'analyse du contexte des politiques sectorielles

En bref : les efforts de mobilisation pour la nutrition semblent porter leurs fruits. En effet, les politiques sectorielles intègrent de plus en plus systématiquement la malnutrition comme une problématique du contexte. Cependant, les liens causaux entre l'intervention sectorielle et la malnutrition ne sont pas toujours maîtrisés.

Plus de la moitié des politiques, stratégies et programmes étudiés présentent dans l'analyse du contexte, de manière plus ou moins détaillée, un état de la situation de la malnutrition dans le pays. Cette tendance semble se généraliser dans les documents récents ; elle est plus forte dans les pays sahéliens que dans les pays côtiers[20]. Les secteurs n'accordent cependant pas tous la même place à la nutrition dans l'analyse du contexte (voir figure 3) : les documents analysés pour les secteurs de l'eau et de l'éducation restent centrés sur leur domaine et n'abordent pas, ou peu, la question de la malnutrition. Au contraire, les documents de politique générale, les politiques de santé, de sécurité alimentaire et de protection sociale développent le plus souvent une présentation de la situation générale qui inclut une analyse de la situation nutritionnelle dans le pays.

20- à l'exception du Libéria, dont plus de 70 % des documents étudiés intègre une description de la situation nutritionnelle.

Figure 3 : Proportion de documents étudiés incluant une description de la malnutrition dans l'analyse du contexte[21]



Cette inclusion de la nutrition dans l'analyse de contexte ne signifie pas nécessairement une prise de conscience des liens existants entre le secteur contributeur et la nutrition. Une présentation détaillée de la situation nutritionnelle peut être donnée sans être connectée aux enjeux sectoriels, ou connectée de manière partielle, par exemple :

- Une politique d'éducation va essentiellement présenter la malnutrition comme une contrainte qui limite les capacités d'apprentissage et négliger le lien entre l'éducation des femmes et le statut nutritionnel de leurs enfants, qui constitue une contribution forte de l'éducation à la lutte contre la malnutrition.
- Dans le secteur du développement rural, c'est la contribution du secteur à la nutrition, à travers une amélioration des revenus des producteurs et une amélioration de la disponibilité des produits alimentaires, qui va être présentée. Par contre, les textes n'intègrent pas la malnutrition comme une contrainte qui limite les capacités de production des individus, ni les potentielles externalités négatives de l'agriculture sur la nutrition.

2.2 Prise en compte de la nutrition parmi les objectifs et les indicateurs des politiques sectorielles

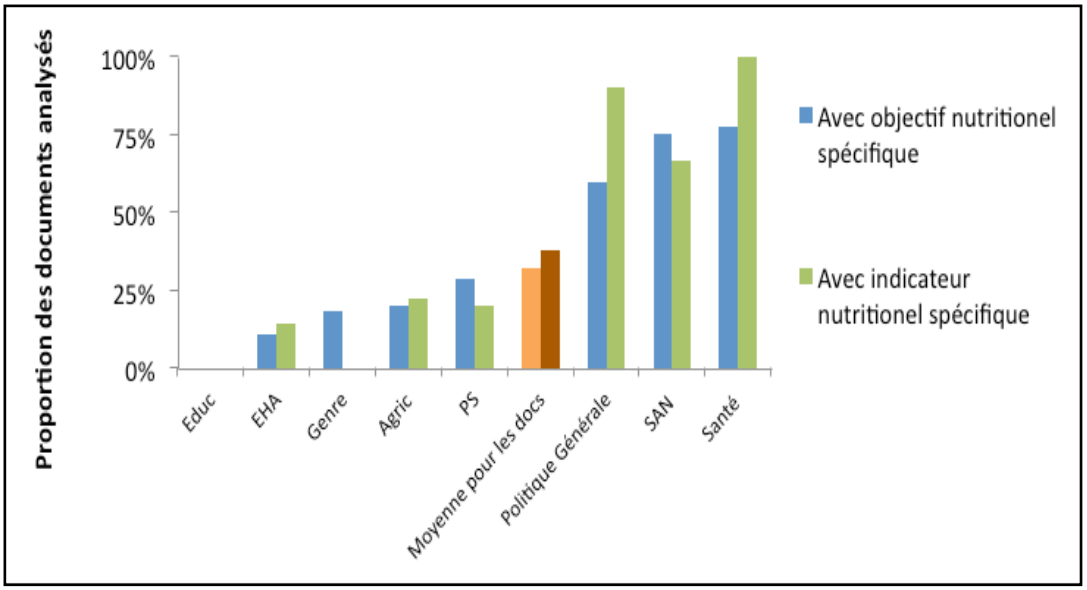
En bref : Les politiques sectorielles s'engagent plus facilement à contribuer à la réduction de la prévalence de la malnutrition ou de la mortalité infantile (objectif et indicateur spécifiques à la nutrition) qu'à agir sur les facteurs causaux directement liés à leur champ d'intervention (objectifs et indicateurs orientés nutrition). Les indicateurs spécifiques à la nutrition sont standardisés, régulièrement collectés, ils sont aisément mobilisables. Les indicateurs orientés nutrition, moins standardisés, sont fréquemment absents. En particulier, les objectifs et les indicateurs de changements de comportement sont rarement utilisés dans les politiques des secteurs contributeurs.

21- 74 documents pris en compte : 11 Education, 11 Genre, 9 EHA, 11 Agriculture développement rural, 8 Protection sociale, 4 Sécurité alimentaire, 10 Santé, 10 Politique Générale

2.2.1 Les objectifs et indicateurs « spécifiques à la nutrition » des documents sectoriels

L'étude relève qu'un indicateur spécifique à la nutrition est quasi-systématiquement intégré dans les documents de politiques de santé, les programmes ou plans de sécurité alimentaire et très fréquemment dans les cadres de politique générale (CSLP, DSRP, PND, SCADD, SNDES[22]). A noter qu'un indicateur d'impact sur la malnutrition ou la mortalité infantile peut être inclus sans qu'un objectif spécifique ne soit fixé. La baisse de prévalence de la malnutrition peut être associée à un objectif orienté nutrition, comme l'amélioration de l'état de santé de la population, ou l'amélioration de la sécurité alimentaire (Figure 4).

Figure 4 : inclusion d'objectifs et d'indicateurs spécifiques dans les documents analysés [25]



C'est l'insuffisance pondérale (poids/âge) qui est le plus souvent utilisée pour suivre l'impact nutritionnel d'une politique. Ce choix s'opère au détriment d'autres marqueurs comme les prévalences de retard de croissance (taille/âge) et de malnutrition aiguë (poids/taille) qui reflètent pourtant mieux les problématiques nutritionnelles rencontrées. Le recours à l'insuffisance pondérale découle de son inscription dans le cadre de suivi des OMD.

22- CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté; DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté; PND : Plan National de Développement ; SCADD : Stratégie de Croissance accélérée pour le développement durable ; Stratégie Nationale de Développement économique et social

Tableau 1 : Exemple d'objectifs et d'indicateurs spécifiques à la nutrition des politiques sectorielles analysées

Politique	Exemples d'Objectifs Spécifiques	Exemples d'Indicateurs Associés
SCADD Burkina Faso[23]	Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; Objectif n°4, SCADD-BF	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (52,71) Taux de mortalité infantile : 34, 5
PNDS Sénégal [24]	Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles	Taux de mortalité infantile Taux de mortalité juvénile Taux de mortalité infanto juvénile Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans

La présence d'un indicateur spécifique à la nutrition dans un document de politique ne garantit pas une orientation nutritionnelle. Il apparait souvent dans un tableau déconnecté du texte comme indicateur d'impact sans être relié à des objectifs ou interventions spécifiques. Parfois l'insuffisance pondérale est mentionnée, avec d'autres indicateurs des OMD, comme un indicateur d'impact mais complétée par les prévalences de malnutritions aiguë et/ou chronique insérées dans le cadre logique comme indicateurs d'effet.

Le plus souvent, on trouve une formulation standardisée de ces indicateurs. Cependant, des formulations imprécises demeurent, laissant présager des difficultés pour le suivi. Par exemple, dans le Plan Quinquennal de Développement de l'Agriculture au Tchad (PQDAT), le résultat « Le dispositif national de prévention et de gestion des crises alimentaires revu est opérationnel » est associé à un indicateur « mixte » couplant le suivi des intrants et un suivi d'impact nutritionnel qui n'est pas chiffré et ne précise pas le type de malnutrition (aiguë ou chronique) concerné : « Taux de malnutrition et volume de céréales distribués ».

2.2.2 Les objectifs-indicateurs « orientés nutrition » des politiques sectorielles

Si les objectifs et indicateurs spécifiques sont identifiables de manière objective, qualifier l'orientation nutrition d'un objectif ou d'un indicateur s'avère plus subjectif. Le tableau 2 présente, par secteur, des objectifs et indicateurs extraits des documents analysés qui ont été considérés comme « orientés nutrition ».

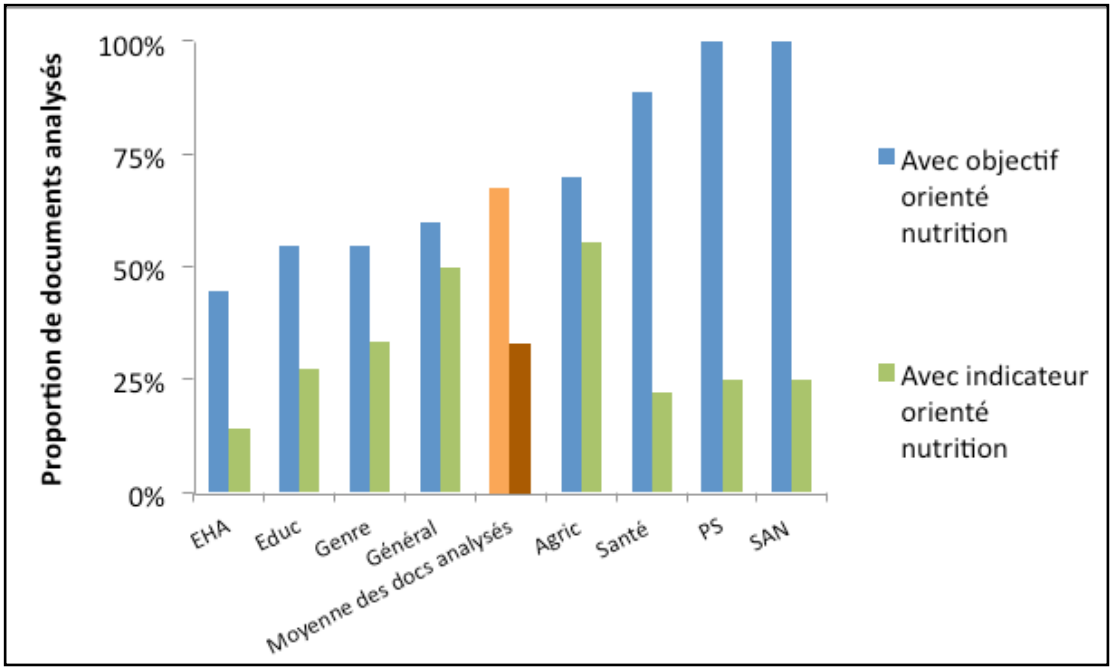
23- Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable
24- Plan National de Développement Sanitaire
25- 71 documents pris en compte : 11 Educ, 9 EHA, 11 genre, 11 Agric, 8 PS, 10 Pol Gén, 4 SAN, 10 santé ; les documents ne présentant pas d'indicateur (document incomplet, ou certaines stratégies) n'ont pas été pris en compte.

Tableau 2 : Exemples d'objectifs et d'indicateurs orientés nutrition des politiques sectorielles analysées

Secteur	Exemples d'Objectifs Orientés Nutrition	Indicateurs Orientés Nutrition
Politique Générale	Le niveau de développement social est significativement amélioré, notamment en assurant un meilleur accès des populations aux services sociaux de base et en mettant en œuvre une politique de protection sociale avec un plan d'action approprié pour les populations les plus vulnérables. (Objectif 11. De la PDES du Niger – 2013)	% de nigériens ayant une alimentation riche, saine et équilibrée (par catégorie) Taux de prévalence des carences en micronutriments (%) (PDES du Niger – 2013)
Santé	Augmenter l'utilisation des services de santé, en particulier pour les mères, les enfants, les pauvres et les autres groupes vulnérables de 0,5 contact par personne et par an à au moins 3 contacts par personnes et par an d'ici 2015. (NHSSP 2010-2015, Sierra Leone)	% de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère % des enfants avec malnutrition aigüe recevant des aliments thérapeutiques % Nouveau-nés allaités au sein dans l'heure qui suit la naissance % enfants 6 – 9 mois recevant l'alimentation complémentaire et continuant l'allaitement au sein PNDS Mauritanie 2011
Agriculture et sécurité alimentaire	Amélioration du revenu des producteurs (PNIASA, Mali 2010) Augmenter et mettre en marché les denrées alimentaires issues de la transformation des produits agro-sylvo-pastoraux et halieutiques locaux (I3N Niger 2012)	Indice de diversité alimentaire, score de résilience, part de l'alimentation dans les dépenses (LASIP, Liberia – 2010) Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) (NAIP 2010 Nigeria)
Protection Sociale	L'accès des populations démunies au service de santé, éducation et aux logements sociaux est amélioré en tenant compte de l'équité genre. (PNEPS 2010-2014 – Mali)	A l'état de stratégie, les documents nationaux ne présentent pas ou peu d'indicateurs clairement orientés nutrition.
Eau Hygiène Assainissement	Assurer un environnement sain aux populations (PNSR – Burkina Faso)	Taux de prévalence des maladies d'origine hydrique Taux d'adoption de bonnes pratiques d'hygiène (PNSR – Burkina Faso)
Education	Assurer le développement holistique de l'enfant grâce à une approche multisectorielle. (PAN/EPT – Tchad 2004)	18 000 familles formées en matière d'hygiène, de santé et de nutrition assument mieux leur responsabilité vis-à-vis de la petite enfance. (PAN/EPT – Tchad 2004)
Genre	Favoriser l'égalité d'accès, de chance, de réussite et d'achèvement à tous les niveaux du système éducatif (SNEEG – 2005 Sénégal) Participer à l'accroissement du taux d'utilisation de la PF tant en milieu rural qu'en milieu urbain (SNEEG – 2005 Sénégal)	Taux de scolarisation des garçons et des filles à tous les niveaux du système d'enseignement (SNEEG – 2005 Sénégal) % de la population rurale et urbaine ayant accès aux services de contraception ; Taux de prévalence de la PF. (SNEEG – 2005 Sénégal)

La majorité des politiques sectorielles analysées intègrent un objectif orienté nutrition (figure 5). Parmi les politiques sans objectif ni indicateur orientés nutrition (environ 30% des documents) se trouvent pourtant des programmes/politiques dont les actions sont très clairement orientées vers la nutrition : par exemple, une politique d'éducation peut proposer une révision des curricula pour inclure une formation à l'hygiène et à la nutrition mais n'intégrer aucun objectif ni indicateur orientés nutrition. **Ce sont des politiques sensibles à la nutrition qui n'affichent pas d'intention de l'être.**

Figure 5 : Intégration d'objectifs et d'indicateurs orientés nutrition dans les documents[26]



- **Besoin de standardisation des indicateurs orientés nutrition.**

Alors que les objectifs spécifiques à la nutrition sont en général associés à un indicateur spécifique à la nutrition (figure 4), c'est moins le cas des objectifs orientés nutrition (figure 5) : seul un document sectoriel analysé sur trois (33%) intègre un indicateur orienté nutrition alors que près de 70% affichent un objectif orienté nutrition.

En l'absence d'indicateur orienté nutrition, les objectifs orientés nutrition sont couplés à :

- Des indicateurs spécifiques à la nutrition. L'amélioration de la qualité de l'alimentation sera par exemple évaluée par une baisse de la prévalence de la malnutrition.
- Des indicateurs de réalisations et de résultats. Par exemple, le Programme National d'Investissement Agricole (PNIA) en Côte d'Ivoire inclut un objectif orienté nutrition : « assurer de façon durable la sécurité alimentaire et nutritionnelle de toutes les couches de la population à l'horizon 2015 » associé à des indicateurs qui mesurent les superficies cultivées, le rendement des variétés en culture, la quantité de riz importée… L'effet de l'intervention sur la couverture des besoins alimentaires des populations n'est pas suivi.
- Une absence d'indicateur. Au Tchad par exemple, le plan de développement du secteur de l'élevage (PNDE) doit permettre d'« augmenter durablement la production animale afin d'améliorer et d'accroître la contribution du secteur de l'élevage à la croissance de l'économie nationale, à la réduction de la

26- 71 documents pris en compte : 11 Educ, 9 EHA, 11 genre, 11 Agric, 8 PS, 10 Pol Gén, 4 SAN, 10 santé ; les documents ne présentant pas d'indicateur (document incomplet, ou certaines stratégies) n'ont pas été pris en compte.

pauvreté et à la sécurité alimentaire » mais aussi d'augmenter les «revenus des éleveurs par un système de commercialisation et de transformation plus efficace ». L'intention d'agir sur des causes sous-jacentes de la malnutrition est claire. Par contre, aucun indicateur n'est associé à ces objectifs.

- **Manque d'objectif visant un changement de comportements.**

Les politiques-programmes adoptent peu d'objectifs visant un changement de comportements alors que l'amélioration des pratiques d'alimentation, d'allaitement, d'hygiène et de soins sont des enjeux identifiés pour lutter contre la malnutrition. Quand bien même ces objectifs sont formulés, leur atteinte est rarement mesurée par un indicateur d'effet ou d'impact. Cette « réticence » à l'adoption d'objectif-indicateur de changement de comportement peut s'expliquer par :

- La difficulté à opérationnaliser des actions pour le changement de comportement. L'adoption de nouvelles pratiques à grande échelle va nécessiter un environnement favorable à ce changement (par exemple, la disponibilité en aliment diversifié, l'existence de points d'eau, etc.), des campagnes cohérentes de communication mais également la conduite dans les communautés d'activités de sensibilisation qui sont souvent difficiles à mettre en œuvre par les services techniques faute de moyens (humains en particulier).
- L'incertitude quant à l'atteinte de l'objectif : les pratiques relevant en partie de décisions individuelles, il peut sembler hasardeux lors de l'élaboration d'une politique de s'engager sur un changement de pratiques et plus « prudent » de se retrancher derrière des indicateurs d'intrants ou de résultats.
- **Les difficultés pour mesurer l'atteinte de l'objectif.** La collecte des indicateurs peut paraître complexe, nécessitant des enquêtes lourdes[27], couteuses, difficiles à mettre en œuvre et d'une fiabilité limitée. A titre d'exemple en Mauritanie, le taux d'allaitement maternel exclusif était estimé à 19 % en 2008 et 46% en 2010 (source REACH), mais à 26,9% en septembre 2014 (source Sun) ; ces variations semblent difficiles à expliquer.

- **Propositions pour des indicateurs orientés nutritions standardisés.**

Le Global Nutrition report (GNR-2014), et la base de données[28] à laquelle l'IFPRI donne accès dans le cadre de cette initiative, propose des indicateurs de suivi des causes sous-jacentes de la malnutrition (tableau n°4).

Tableau 4 : GNR Underlying determinants - Indicateurs de suivi des causes sous-jacentes de la malnutrition

Disponibilité en fruits et légumes (gramme)
Disponibilité calorique hors-staple (kCal)
Couverture des besoins caloriques (%)
Index d'inégalité de Genre
Nombre de médecins pour 1.000 habitants
Nombre d'infirmières et de sages-femmes pour 1.000 habitants
Nombre de relais communautaires pour 1.000 habitants
Taux de grossesses précoces (naissance avant 18 ans) en %
Taux de scolarisation des filles dans le secondaire (%)
Accès à l'eau (réseau %, point d'eau amélioré %, point d'eau non amélioré % et eau de surface%)
Accès à l'assainissement (Amélioré %, partagé %, non amélioré, défécation sauvage %)
Dépense du gouvernement, pour l'agriculture (%), l'éducation (%), la santé (%) la protection sociale (%).

27- les pratiques d'allaitement, l'alimentation des 6-23 mois sont pourtant déjà renseignés au niveau des pays (enquête EDS (Enquête Démographique et de Santé) ; enquête MICS (Multi Indicators Cluster Survey) mais peu mobilisés par les politiques.
28- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857

Le suivi de certains indicateurs est possible à des échelons régionaux ou provinciaux dans les pays de l'étude. Le ratio personnel de santé/population (médecin, infirmière-sage femmes) est disponible à travers les données de statistiques sanitaires nationales. Par contre, le nombre de relais communautaires/habitants n'est pas renseigné dans tous les pays de l'étude et les données disponibles sont potentiellement discutables du fait des statuts imprécis des relais communautaires.

Concernant le suivi de la consommation alimentaire, le GNR reconnait la faiblesse des indicateurs proposés. Le manque de données fiables renseignant la consommation alimentaire limite les possibilités d'apprécier l'évolution de la qualité de l'alimentation. Cette faiblesse explique certainement en partie la difficulté pour le secteur de l'agriculture et de l'élevage d'associer des indicateurs pertinents à ses objectifs orientés nutrition. (Voir également en II-2 secteur développement rural et sécurité alimentaire).

Mali. Accès aux soins de santé pour mère et enfant

2.3 Le ciblage orienté nutrition dans les politiques sectorielles

En bref : Le ciblage et la prise en compte du genre sont des éléments fréquemment avancés dans les politiques sectorielles. Ces stratégies ne sont en général pas reliées à des préoccupations nutritionnelles mais justifiées par une recherche d'équité sociale et spatiale qui est potentiellement en synergie avec la lutte contre la malnutrition.

• **Le ciblage géographique opéré dans les politiques sectorielles** vise à assurer un accès équitable aux services de base et à appuyer les zones vulnérables. Les politiques sociales analysées (éducation, santé, eau/assainissement) veulent, dans l'ensemble, assurer un accès équitable aux services. Elles proposent donc d'orienter leurs efforts dans les zones où l'offre structurelle est la plus faible (construction de centres de santé, d'infrastructures d'eau potable et d'assainissement, ouverture d'écoles, mise en place de systèmes mobiles pour couvrir les zones pastorales à faible densité humaine) ou encore de réaffecter des ressources humaines allouées des services centraux vers les périphéries (PNDS –Mauritanie). Par contre, la réduction des inégalités en termes d'accès aux services publics n'apparait pas clairement sous forme d'objectifs quantifiés dans les cadres logiques.

Des cartographies (Burkina –GPTFSN[29]) ont montré que les régions qui sont les plus touchées par la malnutrition sont souvent celles dans lesquelles l'accès aux services (santé, éducation, eau, mais également accès à l'énergie, réseau routier) est le plus faible. Un ciblage qui cherche à assurer une équité territoriale revient souvent à cibler les zones les plus exposées à la malnutrition.

Les zones d'insécurité alimentaire font l'objet d'attentions particulières. Les politiques d'éducation, par exemple, peuvent les cibler préférentiellement pour les services de cantine scolaire. Les politiques de développement du secteur rural proposent parfois un ciblage des zones chroniquement exposées à l'insécurité alimentaire, mais cela reste peu fréquent. Leurs interventions sont le plus souvent dictées par les potentialités et des contraintes propres à chaque zone agro-écologique.

• **Le ciblage selon la vulnérabilité économique permettrait une approche plus inclusive.** Les politiques, qu'elles soient sociales ou économiques, se préoccupent de l'inclusion des plus vulnérables et proposent des actions ou des pistes de réflexions pour faciliter l'accès des plus pauvres aux services ou aux programmes développés : l'éducation peut ainsi proposer la prise en charge d'une partie des frais liés à la scolarisation des plus pauvres, l'agriculture proposer l'allocation de parcelles aménagées ou de faciliter l'accès aux intrants à des ménages pauvres. Dans le secteur de la santé, la question de la barrière financière à l'accès aux soins est fréquemment posée mais les solutions ne sont pas tranchées.

Concernant les critères de ciblage des ménages économiquement vulnérables, les politiques n'expliquent pas clairement selon quels critères et quelles modalités les populations seront ciblées. Les critères définis selon la méthodologie d'analyse de l'économie des ménages, (Household Economic Analysis, HEA) ne sont pas mentionnés explicitement. Les pays apparaissent en phase de réflexion ; ils se dotent de stratégies nationales de protection sociale. Celles-ci définissent des orientations mais les avancées concrètes devront attendre l'élaboration des politiques nationales et des plans d'action ou programmes de mise en œuvre associés. Le leadership sectoriel sur cette étape reste souvent à définir.

• **Le critère de vulnérabilité nutritionnelle est peu mobilisé en dehors des actions spécifiques à la nutrition.** Il peut être adossé à d'autres critères de ciblage comme dans le Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) de Mauritanie qui propose des blankets feeding ciblant les 6-35 mois, dans les zones avec une

29- Groupe Partnaires Techniques et Financiers de la sécurité Nutritionnelle

forte prévalence de malnutrition aiguë globale, de malnutrition chronique, d'insécurité alimentaire, ainsi que les zones avec une faible couverture nutritionnelle, enclavées et d'accès difficile, dans la période de soudure. La Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) de Côte d'ivoire, utilise quatre critères dont la malnutrition pour prioriser certaines zones dans les activités de cantines scolaires : le niveau d'insécurité alimentaire, le taux brut de scolarisation primaire, le taux brut d'achèvement de l'enseignement primaire et la prévalence de la malnutrition chronique.

• **Alors que les questions de genre sont reconnues comme un enjeu pour de nombreuses politiques sectorielles, il est rare qu'un un lien soit établi entre la problématique genre et la malnutrition.** Le besoin de faciliter l'accès des femmes aux moyens de production et aux services de base est souvent reconnu. Par ailleurs, les politiques sectorielles d'éducation définissent le plus souvent des objectifs et indicateurs genrés.

Néanmoins, la charge excessive de travail des femmes est rarement évoquée dans les documents de politique. Lorsqu'elle l'est, elle apparait comme une contrainte économique. Alléger l'emploi du temps des femmes par un accès facilité à l'eau potable[30] est intéressant car il leur permet de développer une activité génératrice de revenus. Il n'est pas envisagé que ce temps gagné puisse leur permettre de consacrer plus de temps aux enfants ou de se reposer.

Par ailleurs, si l'aspect genre est souvent mentionné dans les volets opérationnels des politiques, il apparait rarement comme une préoccupation dans les volets de renforcement de capacités ou promotion des ressources humaines des ministères.

2.4 Les mécanismes de suivi des politiques et des interventions sensibles à la nutrition.

En bref : L'analyse des mécanismes de suivi des politiques demeure partielle car le volet suivi-évaluation est souvent absent des documents analysés. Cependant on peut noter que des imprécisions sont présentes dans les documents d'orientation. La cohérence d'ensemble des documents n'est pas toujours évidente à appréhender et rarement les outils de pilotage nationaux sont capables de mesurer l'impact des actions menées au niveau local. La nature du secteur du développement rural rend plus complexe le suivi de l'impact sur la nutrition se trouvent sur le secteur du développement, un des contributeurs majeurs.

30- Le genre et la recherche d'équité homme-femme sont très souvent mis en avant dans les politiques, mais il convient de noter que les documents analysés ne remettent pas en question le rôle traditionnellement assigné à la femme : l'exemple de l'accès à l'eau potable est caractéristique : une remise en question de la répartition des tâches dans les ménages ne semble pas d'actualité.

La cohérence d'ensemble des documents n'est pas toujours évidente à appréhender. Certaines activités sensibles à la nutrition peuvent être inscrites dans différents documents d'orientation, portées par des institutions différentes ; on note des chevauchements de responsabilités et de compétences, un manque de clarté dans les missions relevant de tels ou tels secteurs. Des incohérences apparaissent d'un document à l'autre et parfois à l'intérieur d'un même document : changement sur la valeur de base ou sur la valeur cible d'un indicateur, indicateur peu précis, activités décrites mais non planifiées ou non budgétisées.

Très fréquemment les actions sensibles nécessitent un partenariat intersectoriel, pour la mise en œuvre ou le suivi des effets et impacts. Malheureusement les mécanismes de collaboration sont rarement détaillés dans les sections décrivant le système de pilotage. Ces aspects peuvent nuire au suivi (et à l'opérationnalisation) des politiques.

Les outils de pilotage nationaux ne rendent pas compte des impacts d'actions locales. Les documents analysés ont une portée nationale. Cependant, certains volets ou certaines actions sont concentrés sur des zones spécifiques, du fait des potentialités existantes ou au contraire des difficultés de la zone. Pourtant, les politiques nationales proposent le plus souvent de mesurer leurs impacts à l'échelle du pays et ne précisent pas nécessairement que les indicateurs seront suivis à des niveaux décentralisés. Quelques rares documents (DSRP Guinée, PNIA Sénégal et Guinée) recommandent de suivre les impacts locaux, attribuables aux activités programmées localement sur l'économie ou le comportement des ménages ou des individus, ou sur le statut nutritionnel des populations ciblées par l'intervention. Si cette recommandation est suivie, elle permettra de tirer des enseignements précis sur la sensibilité à la nutrition de l'intervention.

Les secteurs de la santé et de l'éducation disposent de systèmes de suivi relativement rôdés. Par contre, le suivi des politiques de développement rural semble plus problématique. Cette différence repose en partie sur la nature même des secteurs. La mise en œuvre des politiques de santé et d'éducation reposent fortement sur des agents de l'état qui sont relativement nombreux sur le terrain ; ces agents renseignent des indicateurs qui, pour l'essentiel, concernent directement leur activité sans avoir recours à des informateurs extérieurs. Dans le secteur du développement rural, les agents des services techniques sont beaucoup moins nombreux et ne sont pas chargés de la mise en œuvre directe des activités. Ils jouent un rôle d'appui, de conseil, de facilitateur pour des interventions dépendantes de la capacité d'engagement d'acteurs non étatiques et des bénéficiaires. La collecte des indicateurs sera nécessairement plus complexe et moins systématique que dans les secteurs de l'éducation et de la santé.

2.5 Enjeux sectoriels : cas spécifiques de la santé et de l'agriculture.

L'analyse des documents permet d'associer chaque secteur à un « profil » de sensibilité à la nutrition. Il apparait ainsi que les politiques de genre ignorent le plus souvent la question de la nutrition. Celles de l'éducation et de l'Eau et Assainissement proposent des actions sensibles et parfois très favorables à la nutrition sans adopter d'objectifs ni d'indicateurs orientés ou spécifiques à la nutrition. Les documents de sécurité alimentaire et de protection sociale intègrent des orientations sensibles mais souvent redondantes qui chevauchent également les

documents intersectoriels de nutrition et d'alimentation. Les politiques de développement rural ont plutôt tendance à mettre en avant une intention d'impacter la malnutrition sans que les effets des actions ne soient réellement suivis. Le secteur de la santé propose des documents sensibles à la nutrition mais ne fait pas mention de sa contribution aux actions mises en œuvre par d'autres secteurs auxquelles il est sensé contribuer.

Sans détailler chaque secteur, il est intéressant de présenter une analyse plus approfondie pour les secteurs de la santé et du secteur du développement rural, particulièrement importants pour la lutte contre la malnutrition.

En bref : Le secteur de la santé, ministère de tutelle de la nutrition, porte souvent l'essentiel des actions spécifiques à la nutrition: il intègre également des indicateurs et objectifs sensibles à la nutrition et il est fortement sollicité par les autres secteurs pour la mise en œuvre ou le suivi d'interventions sensibles à la nutrition.

Le sourire d'espoir d'une mère de voir son fils guerrir de la malnutrition. Niger

2.5.1 Le secteur de la santé : « ministère de tutelle » de la nutrition

Les PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) décrivent systématiquement la situation nutritionnelle du pays et adoptent des objectifs et indicateurs spécifiques à la nutrition. Par contre, les PNDS s'engagent plus rarement à faire évoluer les indicateurs de pratique d'allaitement, d'alimentation ou d'hygiène. Les activités spécifiques à la nutrition prises en compte dans les protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition ne sont pas systématiquement détaillées dans les PNDS.

Les politiques de santé se fixent des objectifs en termes de qualité de l'offre de soin et de couverture du territoire. Elles proposent des solutions pour améliorer l'accès géographique à la santé et peuvent lister des options permettant de lever la barrière financière (mutuelle, gratuité, etc.) sans s'engager vers une voie ou une autre. Le ministère de la santé est également en charge de l'exécution des dispositions prévues par les codes de l'hygiène. Ces mesures, si elles sont appliquées, contribuent à une amélioration de la salubrité et par conséquent à la situation nutritionnelle.

Des efforts notoires ont été accomplis pour améliorer la couverture des interventions spécifiques à la nutrition. Par exemple, 7 pays d'Afrique de l'Ouest affichent des couvertures de plus de 90% pour la supplémentation en vitamine A[31]. Cependant, ces interventions dépendent largement de l'engagement de partenaires des Etats, et leur intégration dans les budgets nationaux est rarement effective. Sur le terrain, l'inclusion de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le Paquet Minimum d'Activités des centres de santé n'est pas toujours effective.

Le secteur de la santé est fortement sollicité par les autres secteurs. Les politiques des autres secteurs contributeurs mentionnent souvent l'implication du ministère de la santé sur des activités liées à la nutrition. Le secteur de la santé est sollicité pour l'introduction d'activités de sensibilisation en faveur de l'hygiène, de l'allaitement, de l'équilibre alimentaire. Malheureusement, les documents donnent peu d'information sur les mécanismes de coordination qui seront activés pour permettre ces collaborations. Les documents du secteur de la santé de leur côté ne font pas mention de ces activités connexes. Par conséquent, la mise en œuvre effective de ces engagements ne semble pas acquise.

Par ailleurs, certains documents sectoriels du secteur rural ou de la sécurité alimentaire ne s'engagent pas à orienter leurs activités pour avoir un impact sur la nutrition mais à déléguer une partie de leurs ressources à la santé ; l'inclusion de la nutrition dans le document se résume à une ligne, un intitulé « nutrition », dotée d'un budget limité, placé sous la responsabilité du ministère de la santé pour conduire des activités classiques du secteur sanitaire, comme la supplémentation en vitamine A. Ces éléments démontrent le faible niveau d'engagement du secteur pour la nutrition.

Le secteur de la santé doit également être impliqué dans le suivi des indicateurs nutritionnels mobilisés par les secteurs comme indicateur d'impact. Ceci n'apparait pas toujours clairement dans les cadres de suivi.

31- GNR 2014

Cette implication du secteur de la santé dans des cadres sectoriels d'autres ministères impliquent des capacités de coordination, alors que certains déplorent déjà une coordination verticale et horizontale défaillante au sein des ministères de la santé.

Par ailleurs, la compréhension des enjeux sanitaires que représente la prise en charge de la malnutrition aiguë, semble parfois échapper aux autres secteurs contributeurs. Par exemple, certaines politiques agricoles intègrent la prise en charge de la malnutrition aiguë (PNIA Guinée) ; des documents du secteur de la protection sociale classent la prise en charge de la malnutrition aiguë dans des interventions de « transfert en nature » (PNPS Burkina Faso) ou de sécurité alimentaire (SNPS Mauritanie). D'autres encore proposent d'accompagner la production de spiruline et d'approvisionner les centres de santé pour la prise en charge de la malnutrition (PNSA Tchad). Pourtant, des protocoles nationaux précisent que le traitement de la malnutrition aiguë sévère relève de la responsabilité du ministère de la santé et suit un protocole thérapeutique.

En bref : Malgré les efforts engagés pour améliorer la sensibilité à la nutrition des politiques agricoles, elles demeurent relativement peu sensibles à la nutrition et focalisées sur l'augmentation de la productivité. L'absence de données fiables relatives à la consommation alimentaire est une contrainte qui rend difficile l'engagement de l'agriculture au sens large pour l'amélioration de l'alimentation des populations.

Burkina Faso. Mère et enfant

2.5.2 Le secteur du développement rural : au centre de toutes les attentions

Les chemins d'impact de l'agriculture et des productions animales vers la nutrition sont multiples et relativement complexes. De manière simplifiée, le secteur peut permettre d'améliorer la nutrition de la population à travers :

1- Une amélioration quantitative et qualitative de l'alimentation grâce à la diversification de la production destinée au marché local ou à l'autoconsommation.

2- Une augmentation et une sécurisation des revenus monétaires des ménages vulnérables (petits producteurs ou employés agricoles).

3- L'autonomisation des femmes grâce aux revenus qu'elles génèrent.

4- La diminution du prix des aliments pour les consommateurs grâce à l'augmentation de la production alimentaire et de la disponibilité d'aliments.

Si l'agriculture peut contribuer à améliorer une situation nutritionnelle, des changements de mode de production, d'organisation sociale, environnementaux etc., sont également susceptibles d'avoir des conséquences négatives sur la nutrition[32]. Une prise en compte de ces externalités et la proposition de mesures d'atténuation ont pu être considérées comme témoin d'une intention de sensibilisation des politiques agricoles à la nutrition.

La contribution à la nutrition du secteur agricole au sens large a fait l'objet, en Afrique de l'Ouest, d'études spécifiques et a bénéficié d'un appui particulier de la FAO[33]. Cet appui a facilité par exemple l'introduction de la nutrition dans les cursus des techniciens de l'agriculture au Burkina Faso ; en Guinée, on note entre le PNIA et sa version révisée le PNIASA[34] une volonté d'orienter la production agricole de façon à améliorer la qualité de l'alimentation des populations, tout en limitant le recours aux importations.

Cependant, les politiques de Développement Rural restent dans l'ensemble peu sensibles à la nutrition. Certes, elles adoptent des objectifs spécifiques ou orientés nutrition mais les actions engagées pour promouvoir la production et la consommation d'aliments nutritionnellement riches sont souvent d'une portée limitée ; les effets ou les impacts des activités sur l'alimentation, sur les revenus des producteurs ciblés, ou des populations des zones ciblées ne sont en général pas suivis. L'objectif de développement économique du secteur rural prévaut et les indicateurs associés aux politiques agricoles sont majoritairement des mesures de productivité, voire même des mesures de « performances relatives », lorsque l'objectif est d'accroitre la part du secteur dans le PIB (PNDE – Tchad, NSADP - Sierra Leone).

Le ciblage des populations vulnérables demeure marginal dans les politiques agricoles. Même si ces aspects ne sont pas précisés, la réussite d'interventions nécessitant des capacités d'investissement, ou une prise de risque lié à l'adoption de techniques nouvelles implique au contraire de cibler des opérateurs en capacité, et à priori non vulnérables. Le ciblage des vulnérables est renvoyé aux documents de sécurité alimentaire qui apparaissent souvent comme des sous-programmes des politiques agricoles ; ils adoptent les mêmes objectifs d'augmentation

32- Identifier et limiter les risques des interventions agricoles sur la nutrition. Dury, 2014. Working paper Moisa – CIRAD.
33- Parmi ces initiatives : Atelier FAO à Dakar pour 17 pays d'afrique de l'ouest (www.fao.org/food/fns/ateliers/pddaa-nutrition/afrique-de-louest/fr/#c191452) ; réalisation d'étude
34- PNIA: Plan National d'Investissement pour l'Agriculture, PNIASA: Plan National d'Investissement pour l'Agricultureet la Sécurité Alimentaire

de la disponibilité alimentaire, mais incluent des interventions de soutien aux populations chroniquement vulnérables et la mise en place de systèmes de gestion des crises.

Les filières et productions qui contribuent fortement à la sécurité alimentaire des populations ne font pas l'objet d'une attention soutenue des politiques publiques. C'est le cas de l'élevage : il est essentiel à la sécurité alimentaire des ménages du fait des revenus et de la capacité d'épargne qu'il permet, mais également par sa contribution à l'alimentation qui est loin d'être négligeable dans certains pays ; il est par ailleurs fortement contributeur aux économies nationales. Pourtant, ce secteur est très faiblement soutenu par les politiques publiques[35]. Par ailleurs, les documents analysés traitant du développement de l'élevage n'accordent pas d'attention aux questions de nutrition.

La sécurité alimentaire reste largement appréciée par la couverture des besoins céréaliers. Les documents de politique agricoles et de sécurité alimentaire semblent souvent considérer que la sécurité alimentaire est atteinte dès lors que la production agricole nationale parvient à couvrir le besoin calorique (ou céréalier) global de la population. Par exemple, dans le PNSR du Burkina Faso, « la couverture des besoins alimentaires aussi bien quantitatifs que qualitatifs des populations par la production nationale » est mesurée par deux indicateurs : la « Couverture des besoins céréaliers par la production nationale » et la « Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique au niveau national (H/F) ». Cette vision « quantitative » de la sécurité alimentaire ne prend pas en compte les différentes dimensions de la sécurité alimentaire qui impliquent l'accès physique et économique de tous à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant la satisfaction des besoins énergétiques et des préférences alimentaires pour mener une vie saine et active[36]. Dans les pays sahéliens qui sont en mesure de couvrir leurs besoins céréaliers en année normale, l'insécurité alimentaire reste alors associée aux situations de crise ; son caractère chronique, révélé par la prévalence des carences alimentaires, est mal pris en compte.

Encadré 2 : Position dominante du secteur de la Santé au sein du PAINA (Tchad)

Le PAINA est le plan d'action sur 4 ans de la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (PNNA) du Tchad. Les interventions programmatiques du PAINA s'organisent autour de 4 axes sectoriels : 1) Nutrition et système de santé, 2) Nutrition et sécurité alimentaire, 3) Nutrition communautaire, eau et assainissement, et 4) Nutrition dans le système éducatif. Les budgets alloués à l'axe éducation et à l'axe communautaire sont extrêmement limités[40]. Par ailleurs, des activités programmées sur ces axes 3 et 4 lors de l'élaboration de la PNNA ont migré vers l'axe 1 placé sous la responsabilité du ministère de la santé dans le PAINA. Pour certaines activités comme le déparasitage en milieu scolaire. Cette « migration » peut être interprétée comme une rectification tenant compte du mandat du ministère de la santé. Pour d'autres, ce glissement des activités vers l'axe 1 est plus discutable : la promotion de l'assainissement total porté par les populations (ATPC) devrait logiquement rester attaché à l'axe 3 ; la mise en place de module de nutrition et d'hygiène dans les programmes d'alphabétisation, ou même l'appui alimentaire au profit des ménages défavorisés, ne relèvent pas nécessairement de l'axe « Nutrition et système de Santé ».

Entre l'élaboration de la politique et la conception de son plan d'action, le secteur de la santé semble avoir « pris la main » sur des interventions qui ne sont pas nécessairement de son ressort.

35- Le paradoxe de l'élevage au Sahel : forts enjeux, faibles soutiens. Inter-Réseaux n°16, Avril 2015. Bulletin de synthèse sécurité alimentaire
36- Définition de la Conférence Mondiale de l'Alimentation de 1996

3 - MOBILISATION DES SECTEURS CONTRIBUTEURS À TRAVERS LES POLITIQUES MULTISECTORIELLES POUR LA NUTRITION

Ce chapitre examine la dynamique récente d'élaboration de politiques et de plans d'action multisectoriels pour la nutrition. Il s'agit d'apprécier en quoi ces initiatives peuvent sécuriser les engagements des secteurs pour la nutrition et d'analyser en particulier leur valeur ajoutée sur la mise en œuvre des actions sensibles à la nutrition par les différents secteurs concernés.

3.1 Une démarche qui fait consensus

En bref : La plupart des Etats de la région se sont fermement engagés dans le mouvement SUN. Dans plusieurs pays, des politiques et plans d'action multisectoriels ont été adoptés ou sont en passe de l'être. Cette démarche, visant à renforcer les engagements des secteurs contributeurs et à favoriser la coordination intersectorielle pour la nutrition, est fortement soutenue dans la région, notamment par le processus REACH.

Les années 2000 ont vu la nutrition s'affirmer parmi les enjeux nationaux dans la plupart des pays de la région Afrique de l'Ouest. Des politiques de nutrition ont été développées et adoptées, le plus souvent entre 2005 et 2008, et des cadres de concertation pour la nutrition ont été mis en place.

Ceux-ci furent le plus souvent rattachés au niveau du Ministère de la Santé, plus rarement de la Primature (Mauritanie, Sénégal) ou du Ministère du Plan (Nigéria). Tous les pays se sont dotés d'un protocole de prise en charge de la malnutrition et les actions essentielles en nutrition s'intègrent peu à peu dans le dispositif de santé. Des enquêtes nationales sont conduites régulièrement et les données de la nutrition sont progressivement intégrées dans les systèmes d'information sanitaire.

La nutrition a, au cours des 10 dernières années, eu tendance à s'ancrer dans le périmètre de la santé, avec une attention forte portée à la prise en charge de la malnutrition aiguë[37].

Encouragés par un plaidoyer en faveur de la multisectorialité porté par le mouvement SUN, de nombreux pays de la région, soutenus par les plateformes REACH, s'orientent vers des politiques ou des plans « intersectoriels » de nutri-

37- Pourtant, dans les années 90, la nutrition pouvait être portée par des politiques très intersectorielles Voir par exemple : Politique Nationale et Plan d'action pour la Nutrition en Guinée - 1994

tion. Depuis 2011 de tels documents ont été élaborés au Mali au Tchad, en Mauritanie, au Niger et en Sierra Leone ; d'autres sont attendus par exemple au Burkina Faso, au Sénégal et en Côte d'Ivoire. L'annexe A présente les politiques et plans nationaux pour la nutrition actuellement en vigueur dans la région.

Réaffirmée par la publication du Lancet de juin 2013[38], la nécessité de mettre en œuvre une série d'actions sensibles à la nutrition portées par des secteurs contributeurs fait consensus. La récente évaluation indépendante du Mouvement SUN[39] confirme la pertinence de renforcer les mécanismes de dialogue et de coopération intersectoriels pour atteindre cet objectif. Cette approche est fortement soutenue par les agences des Nations unies et remporte l'adhésion d'un nombre croissant de pays. Aujourd'hui, en zones CILSS et CEDEAO, seul le Cap Vert n'a pas rejoint le mouvement SUN. Sept des onze pays de l'étude sont soutenus par le processus du REACH.

La coordination des actions de différents secteurs envisagée par les politiques et plans de nutrition intersectoriels peut permettre des avancées qui pourraient être difficiles à mettre en pratique en dehors de ce cadre. Les quelques exemples suivants illustrent ce potentiel :

- **Investir dans des approches de communication et de sensibilisation conjointe à plusieurs secteurs pour plus d'efficacité et d'impact.** L'implication des ministères de la communication est un point fort des stratégies développées. L'élaboration des messages, des outils de communication, de formation des agents de vulgarisation pourra être mutualisée et permettre une optimisation de la ressource, une plus grande cohérence dans les messages et par conséquent un impact plus fort.

- **Investir sur des actions pour lesquelles les responsabilités sont éclatées entre secteurs.** Des activités liées à la fortification des aliments et en particulier des aliments de compléments à l'allaitement maternel peinent à s'imposer comme une priorité sectorielle. Ces actions doivent impliquer les secteurs du commerce ou de l'industrie et associer des acteurs privés. Le PAIN en Mauritanie, le PAINA au Tchad et le PANMN au Mali intègrent ce type d'interventions même si les ressources envisagées pour ces activités demeurent limitées. La mise en place et l'activation progressive des plateformes du secteur privé dans le cadre du SUN, peut devenir un outil pour faciliter la contribution des entreprises agroalimentaires à la nutrition.

- **S'appuyer sur ces plans intersectoriels pour ancrer la nutrition dans les secteurs comme une priorité.** Au-delà des interventions programmées, l'expérience acquise lors de la mise en œuvre des plans intersectoriels pourra rendre plus facile à terme la définition d'actions sectorielles pensées pour contribuer au mieux à la lutte contre la malnutrition.

38- Ruel, Marie T et al 2013, Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet , Volume 382 , Issue 9891 , 536 - 551
39- Mokoro 2015, Independent Comprehensive Evaluation of the Scaling Up Nutrition Movement: Final Report – Main Report. Oxford: Mokoro Ltd, 15 January 2015.

3.2 Efficacité des démarches de planification intersectorielle

En bref : Malgré leurs réels acquis en terme de mobilisation autour des enjeux de nutrition, les initiatives intersectorielles pour la nutrition n'intègrent pas toujours l'ensemble des secteurs contributeurs, ni l'ensemble des actions favorables à la nutrition inscrites dans les documents sectoriels. Si les documents intersectoriels pour la nutrition couvrent un champ large d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, les éléments de budget disponibles associés à ces documents peuvent mettre en évidence certains déséquilibres en faveur des interventions spécifiques portées par le secteur de la santé, lequel est souvent maintenu dans une position dominante.

3.2.1 Le secteur de la santé souvent maintenu dans une position dominante

Le secteur de la santé est leader des initiatives multisectorielles pour la nutrition dans la plupart des pays de la région. Il joue un rôle important dans la coordination (cf. Annexe B), mais également dans la mise en œuvre d'une part importante des activités programmées. Une forte implication du Ministère de la Santé dans l'élaboration de politique intersectorielle pour la nutrition est naturelle. Mais une position trop dominante de ce secteur dans le dispositif peut se traduire par une multisectorialité « de façade ». Les orientations portées par d'autres secteurs ont tendance alors à être sous-dimensionnées, et parfois, le secteur de la santé se positionne sur des champs en dehors de sa compétence. L'exemple du PAINA au Tchad (voir encadré ci-dessous) en est une illustration.

Cette contribution de la santé à certains plans « multisectoriels » pose des questions pour la mise en œuvre effective de ces plans. La position « dominante » du secteur de la santé représente un risque politique. Si le renforcement de la cohérence de l'action au service d'un objectif commun peut être stimulant pour les différents secteurs impliqués, il est clair que chaque secteur s'efforce également de préserver son rayon d'action, ses moyens humains et financiers, ou encore son influence au sein de l'administration. Si la multisectorialité des plans nutrition se limite à une multisectorialité de façade, il faut s'attendre à ce que l'adhésion des secteurs autres que la santé soit difficile à préserver sur la durée. Aussi, la faiblesse des dispositifs de santé dans les pays (cf. section 4-1-1.) doit inciter à la prudence. L'engagement du secteur de la santé vers des domaines de compétence supplémentaires ne doit pas se faire au détriment de la qualité des services de santé primaire qui sont essentiels pour prévenir la malnutrition.

3.2.2 Une implication inégale des autres secteurs clés : l'exemple de la Mauritanie et du Mali

La nature « intersectorielle » de ces plans et leur capacité à encourager l'adoption d'actions sensibles à la nutrition par les secteurs contributeurs peuvent être handicapées par la faible implication, voire l'absence de certains acteurs de leur élaboration.

Le PAIN[41] (Plan d'Action Intersectorielle pour la Nutrition) Mauritanien en est un exemple, puisque deux secteurs contributeurs à la nutrition sont absents du Plan d'Action : l'éducation

et l'eau, assainissement et hygiène. Le PAIN prévoit des activités dans les écoles, mais il n'associe pas le Ministère de l'éducation ; ce dernier est pourtant doté d'une Direction de la Nutrition en charge de la coordination et du suivi des activités de santé et nutrition scolaire, prévoit des activités orientées nutrition dans ses orientations sectorielles[42] et était impliqué dans la PNN[43] (Politique Nationale de Nutrition) dont découle le PAIN. L'absence de l'éducation dans le dispositif est par conséquent peu logique.

Le Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA) est également absent du dispositif institutionnel. Les activités relatives à l'hygiène proposées par le PAIN n'interviennent pas sur les infrastructures et ne nécessitent pas forcément l'implication du MHA. Cependant, l'hydraulique était partenaire de la PNN (Politique Nationale de Nutrition) et il existe des collaborations sensibles à la nutrition prévues entre le MHA et la santé dans le cadre des politiques sectorielles (Politique de l'eau 2006 et PNDS 2011). Par ailleurs, les interventions prévues par le PAIN sont très similaires à celles prévues par la Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire qui prévoit, elle, l'implication du MHA.

En Mauritanie encore, la place accordée au secteur du développement rural et de la sécurité alimentaire apparait marginale. Le PAIN projette de compiler « les interventions clé en termes de nutrition et de sécurité alimentaire ». Pourtant la sécurité alimentaire, en dehors des transferts monétaires[44], ne mobilise qu'une part minime du budget global du plan (3% de l'enveloppe globale). Ce positionnement « anecdotique » peut éventuellement expliquer le faible engagement du MDR (Ministère du Développement Rural) dans le processus d'élaboration du PAIN qui a été rapporté par certains interlocuteurs.

En ce qui concerne le Mali, la politique et le plan d'action apparaissent très inclusifs. L'ensemble des secteurs clés sont représentés dans le dispositif institutionnel. Bien que la coordination soit assurée par le secteur de la santé, les secteurs du développement rural, de l'action sociale, et de l'éducation sont fortement impliqués dans le dispositif. Seule la faible implication du secteur de l'hydraulique et de l'assainissement (en dehors de l'eau à l'école, pilotée par le secteur de l'éducation) peut être regrettée.

Mauritanie. Une mère et son enfant dans un jardin maraicher

42- Voir PNDSE
43- Politique Nationale De Nutrition
44- Les transferts monétaires ne sont pas chiffrés dans la version draft disponible. A noter que les institutions responsables de ce volet transfert ne sont pas non plus définies.

Encadré 3 : Le Plan Mali - Répartition des actions et des financements prévus entre secteurs

Les actions portées par le secteur de la santé sont largement majoritaires au sein de l'éventail proposé par le plan d'action (figure 6). Aussi, les actions proposées par la santé sont souvent beaucoup plus détaillées et spécifiques que les actions portées par les autres secteurs, reflétant sans doute un niveau d'implication plus importante du secteur de la santé lors de la préparation du plan d'action.

L'analyse de la projection budgétaire (figure 7) pour le plan révèle des disparités importantes : une majorité (60%) du budget prévisionnel est allouée à l'amélioration des infrastructures hydrauliques dans les écoles ainsi qu'à la mise en place effective de la politique d'alimentation scolaire. Les actions portées par le secteur de la santé absorbent une part largement majoritaire du financement du reste du portefeuille (environ 20% du budget global, et 60% du budget hors alimentation scolaire et eau à l'école). Enfin quelques actions ; telles que les filets sociaux (Développement Social), la vulgarisation de semences améliorées (Agriculture), et les distributions gratuites de vivres (CSA), comptent pour la plus grande partie des financements restants. Cette analyse rapide ne remet pas en cause les choix prioritaires. Néanmoins, ce plan, aussi multisectoriel soit-il, reste dominé par quelques secteurs, voire quelques sous-secteurs.

Figure 6 : Nombre d'activités du plan d'action multisectoriel pour la nutrition portées par les différents secteurs

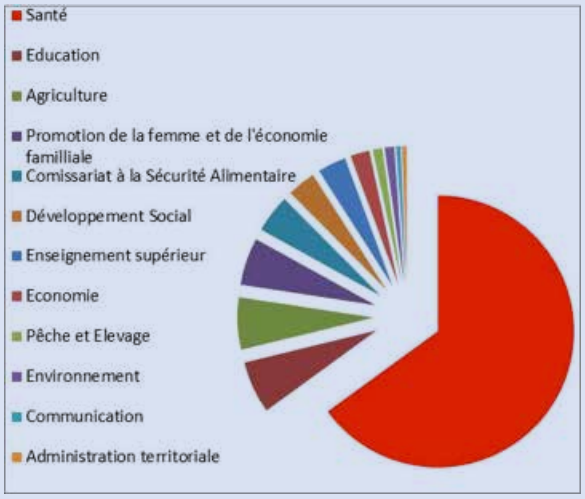
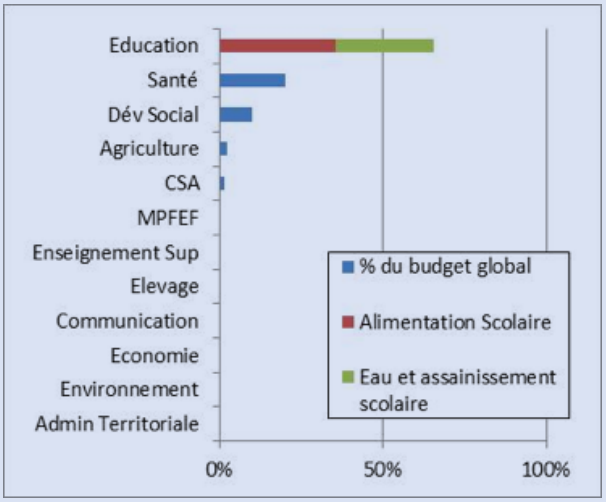


Figure 7 : Proposition du budget prévisionnel du plan d'action multisectoriel pour la nutrition alloué aux différents secteurs



Sources : Plan d'action multisectoriel pour la nutrition

Malgré un résultat équilibré issu du processus de planification, deux questions se posent au Mali :

1- Avec l'allègement du dispositif REACH dont la contribution a été décisive à la conduite du processus de planification, la cellule de coordination hébergée par le ministère de la santé sera-t-elle en mesure de faire perdurer l'adhésion des secteurs contributeurs pour l'exécution du plan ?
2- Quels seront les financements effectifs et comment seront ils répartis entre les différentes actions prévues par le plan ?

3.2.3 La prise en compte des engagements antérieurs

L' « empilement » des engagements politiques partiellement mis en oeuvre et le risque d'écart entre intentions et réalisations est d'autant plus fort lorsque les engagements concernent des enjeux au poids politique limité, et jugés périphériques par les secteurs impliqués.

Par exemple, on peut noter que le PNDS de la Mauritanie mentionne la question de la transition nutritionnelle et des problèmes de santé associés au surpoids et à la sédentarité. La Mauritanie qui est particulièrement touchée par les phénomènes d'obésité et de surpoids (plus de 50% des femmes mauritaniennes seraient en surpoids)[45], prévoit dans son PNDS des actions devant permettre d'endiguer le phénomène. Le PAIN ne reprend pas à son compte ses interventions. La stratégie adoptée est de travailler sur un plan d'actions resserrées qui ont été identifiées comme prioritaires. Cette approche semble pertinente, mais on peut dès lors s'interroger sur le devenir des engagements sectoriels qui n'ont pas été repris dans les plans d'actions.

3.2.4 Réduire les barrières entre secteurs

L'objectif associé à la conception de cadres politiques multisectoriels est clair : il s'agit de reconnaitre que certains enjeux transcendent les secteurs et que leurs actions demandent à être coordonnées pour être efficaces. Cette vision progresse et on voit émerger ces dernières années les stratégies, politiques ou plans « multisectoriels ». Au-delà de la nutrition, la protection sociale, le genre, la sécurité alimentaire, ou encore la résilience sont autant de questions devenues prioritaires dans les agendas et qui impliquent la mise en place de cadres intersectoriels qui traitent parfois de questions connexes et présentent des zones de chevauchement.

Le Niger est un cas symptomatique : l'I3N, portée par un organe indépendant mais largement inféodée au secteur de l'agriculture, cohabite avec – et chevauche largement - une politique de nutrition multisectorielle, portée par le secteur de la santé, alors qu'une politique de protection sociale - multisectorielle - vient d'être promulguée. Certaines actions sont reprises dans ces trois documents de politique.

De manière générale, certaines activités sensibles à la nutrition ont tendance à être programmées par plusieurs secteurs (transferts sociaux, éducation nutritionnelle, etc.). La multiplication dans les pays de politiques ou stratégies multisectorielles dont les champs d'activités se recoupent a tendance à accroitre le chevauchement existant (cf annexe B).

45- International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857

Si la valeur ajoutée en termes de collaboration intersectorielle, évidente sur le papier, doit encore se matérialiser, elle s'accompagne d'un risque non moins évident de dilution des responsabilités et de réduction potentielle d'efficacité opérationnelle. La clarification des rôles et responsabilités sectorielles, dans un environnement combinant plusieurs politiques multisectorielles, n'est pas hors de portée, mais elle demande des qualités de leadership et de coordination supplémentaire, alors que précisément, l'une des idées clé s de ces politiques multisectorielles est de répondre à un déficit de coordination.

3.3 Tirer les leçons des expériences passées

En bref : Certaines expériences de programmation multisectorielle ont déjà eu lieu par le passé. Les dynamiques observées semblent peu tenir compte des enseignements tirés de ces expériences antérieures.

Les initiatives politiques font souvent appel à des modèles. Les promoteurs de l'approche « multisectorielle », qui défendent l'inscription de la nutrition comme une priorité des principaux secteurs contributeurs, se réfèrent souvent au cas du Brésil. L'attachement à ce modèle, explique notamment pourquoi l'ancrage de la nutrition au niveau le plus haut de l'Etat, démarche adoptée par l'initiative Faim Zero au Brésil, est soutenu avec tant d'insistance par certains acteurs.

L'expérience brésilienne est très intéressante. Mais les modèles ne peuvent être transplantés en l'état, et demandent à être adaptés au contexte. Les moyens financiers, humains et les capacités administratives que peut mobiliser le Brésil sont sans commune mesure avec ceux des pays de la région. Dans les pays de l'étude, la mise en œuvre d'engagements nationaux reste très difficile, et pas seulement pour ce qui concerne la nutrition. Les processus de décentralisation ont partout été engagés, mais leur avancement est très inégal et rarement abouti. Les capacités de coordination entre les services techniques déconcentrés sont faibles et les capacités des administrations territoriales décentralisées à programmer puis piloter la mise en œuvre des priorités de développement sont limitées.

Au-delà des modèles récents venus d'ailleurs, il est aussi intéressant de tenir compte des expériences antérieures. Lutter contre la malnutrition de façon multisectorielle a été tenté par le passé. Le tableau suivant commente les dynamiques actuelles observées au Mali et en Mauritanie à la lumière d'enseignements des années 1980 documentés par Field[46].

Certaines leçons semblent aujourd'hui ignorées : complexité exagérée des processus de planification, faible attention apportée aux capacités de mise en œuvre, traitement de l'amélioration de la nutrition comme une condition du développement plutôt que comme un résultat, ambition parfois aveugle à vouloir placer la nutrition au sommet des préoccupations nationales. Les pays de la région ont beaucoup évolué et toutes ces leçons du passé demandent à être réinterprétées. Néanmoins, cette nouvelle lecture doit inviter à la prudence et au réalisme.

46- Field, JO, 1987. Multisectoral nutrition planning: a post-mortem. Food Policy. Feb;12(1):15-28 FOOD

Tableau 4 : Dynamiques actuelles observées au Mali et en Mauritanie à la lumière d'enseignements des années 1980

Observations de Field dans les années 1980	Observations portées sur la dynamique au Mali dans le cadre de la PNN
Trop d'importance accordée à la planification, plans trop complexes et pas assez conscients des questions de mise en œuvre.	Après des Forums régionaux et nationaux en 2010 ayant largement impliqué les acteurs au niveau décentralisé, la suite du processus de la PNN et du plan a été très fortement centralisé à Bamako. La multiplicité des actions proposées dans le plan d'action et dans le plan de communication : des priorités demandent à être dégagées, non seulement pour des raisons financières, mais aussi pour des raisons opérationnelles.
Trop d'attention apportée à la question de la coordination interministérielle, une planification complexe difficile à assumer, et pas suffisamment à l'adoption de modes d'organisation et de gestion efficaces et efficients.	Forte focalisation des acteurs de la société civile sur l'importance de l'ancrage institutionnel au niveau de la primature avançant l'argument d'une plus grande efficacité pour la coordination. La nutrition reste une priorité « ajoutée » aux secteurs contributeurs, sans réelle ambition pour une « intégration » effective.
Trop d'importance accordée aux questions techniques, et pas suffisamment aux enjeux politiques. Pas de prise en compte des contextes sociaux et des dynamiques politiques.	Certains acteurs internationaux regrettent la nature politique de certains débats liés à la conception et la mise en œuvre de la PNN. Pourtant, un portage politique solide (et pas seulement au plus haut niveau) sera sans doute une condition essentielle à une mise en œuvre de la PNN.
Attention principalement sur les symptômes et les causes immédiates de la malnutrition, et pas suffisamment sur les causes profondes (sociales, politiques, économiques, …)	Une bonne partie des orientations de la PNN porte effectivement sur les symptômes et les causes immédiates, mais il faut reconnaitre que certains actions visent d'avantages les causes profondes : changements de comportements, efforts en faveur de dispositifs de protection sociale, etc.
Prétend réorienter les efforts de développement vers les pauvres mais finalement, ignore les dynamiques de développement. Alors que les effets néfastes de la malnutrition sur le développement sont mis en avant, ses effets bénéfiques sur la nutrition sont peu soulignés.	Le diagnostic préalable à la PNN insiste essentiellement sur les conséquences de la malnutrition sur la réalisation des OMD, et beaucoup plus que sur la relation inverse.
Une ambition trop forte à vouloir placer la nutrition au cœur des enjeux a parfois conduit à des réactions parvenant finalement à la marginaliser.	Aussi importante que soit la nutrition, il n'est politiquement (et sans doute à raison) pas envisageable que les priorités de secteurs aussi importants que la santé, l'agriculture, et l'éducation lui soient subordonnées. Le risque principal n'est pas de voir les secteurs en question dévier de leurs priorités de façon trop forte, mais que leurs réactions isolent plus fortement le secteur de la nutrition.

Observations portées sur la dynamique actuelle au Mauritanie dans le cadre du PAIN (document provisoire)

Le plan d'action a été élaboré en 2011, pour couvrir la période 2011-2015. Fin 2014 le plan n'avait toujours pas été adopté et le budget devait être finalisé.

Le retard dans l'adoption du PAIN n'est pas forcément imputable à de trop longues étapes consacrées à l'élaboration de planifications complexes. Selon certains, le retard est lié aux crises qui ont mobilisé les services techniques des administrations, selon d'autres, à un manque de leadership et de volonté politique.

Le PAIN a opté pour une multisectorialité « relative » : les ministères de l'Education et de l'Hydraulique, tous deux impliqués dans la PNN, Politique Nationale de la Nutrition écrite en 2005 que le PAIN est sensé opérationnaliser, sont absents du dispositif d'intervention. On peut estimer que ce choix procède d'une volonté de simplification organisationnelle afin de faciliter l'implémentation du Plan.

Si le pays s'est engagé précocement dans les mouvements internationaux pour la nutrition (pays pilote du REACH dès 2008), le caractère prioritaire de la nutrition n'est pas évident vu le retard observé dans l'adoption du PAIN. A noter dans le PAIN une timide volonté d'impliquer les conseils municipaux sans réelle stratégie et moyens pour donner une assise locale solide au plan d'action.

Dans sa forme actuelle, le PAIN donne la priorité aux interventions spécifiques à la nutrition ; il privilégie des « approches supply » qui doivent être reconduites chaque année ; elles représentent une part importante des budgets provisoires élaborés. Une moindre attention est portée aux solutions durables pour prévenir la malnutrition.

Le PAIN propose de faire face à la malnutrition pour atteindre les OMD ; la problématique est également d'atteindre les OMD pour réduire le poids de la malnutrition.

Quatre ministères disposent d'une direction nutrition : le Ministère de la Santé, le Commissariat à la sécurité alimentaire, le Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille, le Ministère de l'éducation. Trois d'entre eux sont impliqués dans la prise en charge de la malnutrition. Si cela peut faciliter l'inclusion de la nutrition dans les approches des secteurs cela génère aussi des difficultés de coordination, un éparpillement des ressources, et un manque de leadership.

4- PERSPECTIVES DE MISE EN ŒUVRE DES ENGAGEMENTS SECTORIELS POUR LA NUTRITION

L'analyse des documents de politique sectorielle permet d'identifier dans bon nombre d'entre eux une attention portée à la nutrition et des engagements à contribuer à l'amélioration de la situation nutritionnelle. Cependant, il est possible de dégager un certain nombre de contraintes qui pourraient limiter l'impact des engagements sectoriels.

4.1 Les contraintes à l'absorption de priorités pour la nutrition par les secteurs contributeurs

En bref : Malgré l'inscription de la nutrition comme une priorité transversale aux secteurs contributeurs, les capacités de mise en œuvre de ces orientations restent un frein important à la concrétisation de leurs engagements. Les services techniques en charge de l'exécution des politiques sectorielles sont bien souvent en situation de sous capacités, en particulier aux niveaux décentralisés. La croissance démographique que connait la région ne fait qu'amplifier les difficultés. Ces questions de capacités sectorielles constituent un enjeu pour la nutrition à double titre : (1) d'une part, les missions sectorielles naturellement contributrices à la nutrition ne sont pas pleinement assurées ; la défaillance des services est l'une des causes sous-jacentes de la malnutrition ; (2) d'autre part, les secteurs sont peu enclins à s'impliquer dans des interventions orientées nutrition, jugées en marge de leur mission première et non prioritaires.

4.1.1 La santé : un sous-investissement très répandu au niveau régional

Au vu du rôle clé que doit jouer le ministère de la santé dans les interventions en faveur de la nutrition, il paraît important de s'interroger sur les capacités et moyens dont il dispose pour assurer ces responsabilités.

En ce qui concerne les budgets consacrés à la santé, en 2001, à Abuja, les pays d'Afrique se sont engagés à attribuer 15% du budget national au secteur de la santé. En 2012, parmi les pays de l'étude, seuls le Burkina Faso et le Libéria respectaient cet engagement. La Côte d'Ivoire, la Guinée, la Mauritanie, la Sierra Léone et le Tchad consacraient moins de 5% de leur budget à la santé[47].

Les dépenses de santé par habitant sont pour la plupart des pays de l'étude très inférieures à la moyenne de l'Afrique Sub-Saharienne qui est pourtant avec l'Asie du Sud la région où cette valeur est la plus faible[48]. Au Tchad et au Niger, elles s'élèvent à 25 $US par an[49] et ne per-

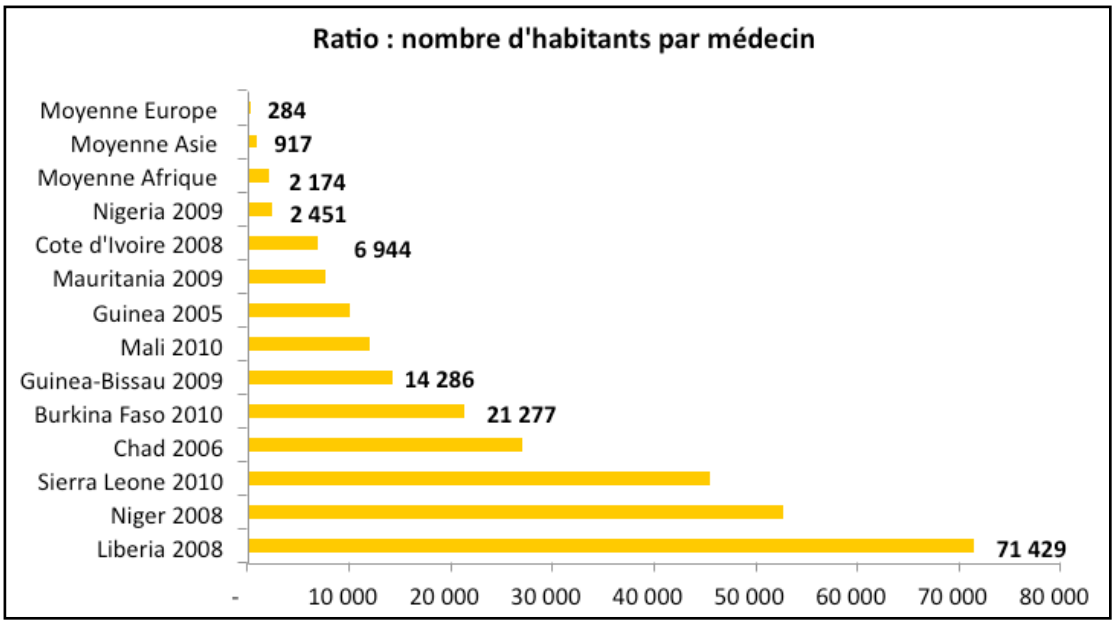
mettent pas de couvrir le paquet minimum de soins essentiels dont le coût est estimé à 34 $US par personne par an[50].

La densité de professionnels de santé est proposée par le Global Nutrition Report pour suivre l'évolution de la disponibilité des soins, déterminant sous-jacent de la malnutrition. A l'échelle mondiale, c'est l'Afrique qui compte le moins de médecins, d'infirmières et de relais communautaires par habitant. Les pays de l'étude, à l'exception du Nigéria, sont très en dessous de la moyenne du continent (voir figure 8). On sait par ailleurs qu'il existe de fortes disparités territoriales au niveau de chaque pays : les zones rurales excentrées et enclavées, dans lesquelles sévit en général la malnutrition, sont souvent les plus mal dotées en personnel de santé.

Libéria. Un enfant mange du riz, bidonville de West Point Monrovia.

47- Evaluation des progrès réalisés par les pays membres de l'UA dans la mise en œuvre de l'Appel d'Abuja de 2010 – 2012 (avril 2013)
48- Ce total englobe les dépenses publiques et privées ; il tient compte de la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), des activités de planification familiale, des activités ayant trait à la nutrition et de l'aide d'urgence réservée à la santé mais il exclut la prestation d'eau et de services d'hygiène. http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PCAP/countries?display=defult
49- Contre plus de 8.500 US$ en Amérique du Nord
50- Macroéconomie et santé OMS 2011

Figure 8 : Accès à la santé - densité de médecin par rapport à la population



La faiblesse du secteur de la santé, illustrée à travers ces indicateurs, constitue une contrainte forte qui va peser sur l'implémentation d'actions en faveur de la nutrition, qu'elles relèvent des politiques de santé ou qu'elles soient conduites en appui à d'autres secteurs contributeurs.

4.1.2 Education : un secteur mis sous tension par la démographie

L'éducation est bien entendu un secteur clé pour la nutrition. L'école est sans aucun doute le meilleur vecteur pour sensibiliser les nouvelles générations aux enjeux nutritionnels. Aussi, la qualité de l'alimentation scolaire, bien qu'elle soit moins importante que celle de l'alimentation en bas âge sur l'état nutritionnel des enfants, peut influer sur leurs habitudes alimentaires futures. La qualité de l'environnement sanitaire en milieu scolaire est également essentielle.

Mais les systèmes éducatifs régionaux ont du mal à faire face à la demande croissante pour l'éducation. Les indicateurs de l'UNESCO[52] montrent une forte progression des taux de scolarisation dans les pays de l'étude[53]. La situation de la plupart des pays de la région est difficile : les classes sont surchargées[54], les besoins d'enseignants sont énormes et la formation ne suit pas la demande ; une partie des enseignants[55] est recrutée sans formation et la qualité de l'enseignement en pâtit.

Dans ces conditions, il est difficile pour les systèmes éducatifs nationaux d'absorber des priorités qui leur demandent des efforts supplémentaires en matière de formation, de coordination et de recherche de financement alors qu'ils éprouvent des difficultés à assumer leur mission première : s'assurer que tous les enfants aient accès à une éducation de base de qualité.

51- 0,46 médecins, 1,31 infirmières et 0.7 relais communautaires /1000 habitants (GNR 2014)
52- www.stats.uis.unesco.org ; http://data.uis.unesco.org/?ReportId=4459&IF_Language=eng
53- De l'ordre de 50% de réduction des taux d'enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés au Burkina Faso, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Tchad entre 1999 et 2012. Seul le Libéria montre une dégradation de cet indicateur (de 53% en 1999, à 62% en 2014).
54- Au Tchad, en particulier, en première année de primaire, les élèves sont en moyenne 80 par classe en 2012, on compte en moyenne dans le pays un manuel de lecture pour 5 élèves de primaire, même ratio pour les ouvrages de mathématique
55- Seul 46% des enseignants recrutés en 2012 au Mali étaient formés.

4.1.3 Protection sociale : des capacités à construire

Jusqu'à présent, les systèmes de protection sociale dans la région étaient soit réservés à une minorité salariée bénéficiant de systèmes de protection sociale contributifs, soit étaient ciblés sur les indigents, ou encore correspondaient aux systèmes de gestion des catastrophes (en particulier système de gestion des crises alimentaires). Encouragés par les agences de coopération internationale, la plupart des pays de la région projette d'investir pour le développement de politiques de protection sociale. Il s'agit en particulier de couvrir une part plus importante de la population avec des systèmes de transferts non contributifs. La gestion à large échelle de ce type de programmes demande d'importantes capacités administratives. Or, les ministères des affaires sociales géraient jusqu'ici des programmes au périmètre relativement circoncis et ne disposent pas aujourd'hui des ressources humaines nécessaires pour encadrer les politiques de protection sociale d'envergure qui vont découler des stratégies élaborées.

Aujourd'hui, la priorité pour le secteur de la protection sociale dans de nombreux pays de la région semble clairement être le renforcement de ses propres capacités opérationnelles. Afficher une contribution à la poursuite d'objectifs nutritionnels est sans doute une stratégie efficace pour lever des financements. Pourtant, quels que soient les objectifs visés, les capacités sectorielles restent à construire, et la concrétisation des engagements sectoriels pour la nutrition demandera des investissements sur la durée.

4.1.4 Agriculture : les limites de l'action publique

A la différence des politiques à dimension sociale comme l'éducation et la santé, le développement rural poursuit des objectifs économiques. En effet, il accompagne le développement de secteurs d'activités déterminants pour les économies nationales. L'agriculture (au sens large) emploie 60 % de la population active d'Afrique de l'Ouest. Elle contribue fortement au Produit Intérieur Brut de tous les pays de l'étude[56]. Le caractère stratégique du secteur ne s'accompagne pas nécessairement d'un investissement conséquent de l'Etat. En 2010, seuls 4 des 11 pays de l'étude respectaient l'engagement de Maputo[57] pris par les chefs d'Etats africains d'affecter 10 % des budgets de l'État à l'agriculture.

Il est naturel que les politiques agricoles cherchent à accroitre les rendements, les niveaux de production, les filières commerciales et en particulier les filières d'export, qui représentent pour certains pays des rentrées fiscales indispensables. Le plaidoyer pour l'inclusion de la nutrition dans les politiques agricoles semble parfois s'opposer aux stratégies d'intensification ou « productivistes » des politiques agricoles, en estimant qu'elles sont conduites au détriment de la sécurité alimentaire des plus vulnérables dont bon nombre sont des actifs agricoles. On serait face à un choix binaire : le développement économique ou l'amélioration des conditions de vie des ménages, le choix de l'un excluant la possibilité d'accéder à l'autre.

L'absence d'information sur la consommation

56- Avec des différences assez marquées entre les pays : inférieure à 20% du PIB en Guinée, au Sénégal et en Mauritanie, mais cruciale au Tchad et en Sierra Léone où elle dépasse les 50% du PIB ; source : http://www.statistiques-mondiales.com/pib_agricole.htm
57- Burkina Faso, Mali, Sénégal, Niger The Maputo Commitments and the 2014 African Union Year of Agriculture October 9, 2013

alimentaire demeure handicapante pour adapter et piloter les stratégies sectorielles. Les scores de diversité alimentaire sont rarement utilisés par les politiques agricoles mais apparaissent parfois dans les cadres de suivi des stratégies de sécurité alimentaire. Ils apportent des informations sur la qualité de l'alimentation mais ne renseignent pas la nature des aliments consommés. Actuellement, les politiques peuvent souhaiter encourager la diversification de la production, la promotion de la production maraichère des productions animales pour améliorer la consommation nationale, mais elles ne disposent pas d'outils précis pour mesurer leurs résultats. Le poids de tel ou tel produit dans la consommation des populations n'est pas connu.

L'absence de données sur la consommation alimentaire des populations dans les pays de l'étude est une contrainte qui peut expliquer la faiblesse des engagements des politiques agricoles en faveur de la nutrition. Difficile en effet de fixer un objectif d'augmentation de la consommation de fruits et légumes ou de lait quand on ne dispose pas de données précises sur les niveaux actuels de consommation. Le Global Nutrition Report (GNR) propose des indicateurs de suivi de l'alimentation tel que la couverture des besoins caloriques ou la disponibilité calorique hors-staple, la disponibilité en fruits et légumes, tout en reconnaissant la faiblesse des données disponibles qui reposent sur des estimations et ne reflètent pas la réalité de la consommation. Le GNR estime que des enquêtes nationales seraient nécessaires pour améliorer l'évaluation de la diversité et de la qualité de régimes alimentaires.

4.2 Les démarches de planification intersectorielle : perspectives pour la mise en oeuvre d'actions sensibles à la nutrition par les secteurs contributeurs

En bref : L'opérationnalisation des plans multisectoriels n'a pas commencé et reste une interrogation majeure pour l'avenir. La déclinaison locale des engagements nationaux pose d'importantes questions sur la capacité des services techniques déconcentrés et des collectivités territoriales à s'approprier les orientations inscrites dans les plans nationaux du fait du déséquilibre entre les capacités du niveau central et des niveaux périphériques. Les initiatives visant à encourager cette déclinaison locale existent, mais sont encore peu avancées. Les modalités de leur passage à l'échelle restent à imaginer.

La mise en œuvre des plans intersectoriels pour la nutrition devront se confronter au manque de capacité des services techniques déconcentrés (STD). Les capacités d'action des STD est fortement dépendante de la présence de partenaires (projets, ONG), en particulier pour les programmes de nutrition. La prise en charge de la malnutrition aiguë reste par exemple fortement liée à la présence d'ONG intervenant en appui aux services sanitaires. D'une manière plus générale, la mise en œuvre d'actions spécifiques ou sensibles à la nutrition prévues dans les documents intersectoriels pour la nutrition dépend souvent de l'appui d'acteurs privés, et en particulier des ONGs. Bien souvent, une partie des ressources nécessaires aux services

techniques (logistiques par exemple) leur est fournie par les organisations dont ils suivent ou accompagnent le travail. La conséquence de cette faiblesse des services techniques est bien sûr qu'il leur est difficile d'avoir une réelle emprise sur l'introduction et le suivi de nouvelles orientations politiques.

4.2.1 Appropriation par les services techniques déconcentrés

Lors des missions réalisées au Mali et en Mauritanie, l'appropriation par les services techniques déconcentrés (STD) des documents intersectoriels n'était pas encore effective. En Mauritanie, le Plan d'Action Intersectoriel pour la Nutrition (PAIN) a été élaboré en 2011, mais sa version définitive n'est pas validée ; aucun des directeurs rencontrés dans la région du Guidimaka, fin 2014, ne le connaissait. Au Mali, plusieurs acteurs rencontrés au niveau régional ont été récemment sensibilisés à la PNN et au Plan d'action. Faute de temps écoulé depuis la validation du plan, mais aussi parce que le processus de mobilisation au niveau local n'est pas encore engagé, les interventions prévues dans le Plan ne sont pas encore inscrites dans les plans d'action de développement régionaux. Il ne s'agit donc pas ici d'apprécier comment les plans sont mis en œuvre mais de relever les difficultés qu'il faudra affronter pour les mettre en œuvre.

4.2.2 Déséquilibre de capacités entre le niveau central et le niveau local

En Mauritanie et au Mali, malgré le processus de décentralisation engagé, les compétences des services techniques demeurent concentrées au niveau central. La conception, la définition mais également le suivi des politiques sectorielles impliquent fortement les structures centrales au détriment des services régionaux.

Dans un contexte où plusieurs politiques multisectorielles se mettent en place, on risque d'observer en capitale la multiplication des conseils, comités, etc., interministériels auxquels devront participer les secteurs contributeurs. Pour être efficaces, ces cadres nationaux devraient réunir les mêmes ressources humaines (cadres techniques suffisamment influents au sein des secteurs concernés) qui risquent de ne pas pouvoir participer activement à l'ensemble des processus par manque de temps ou par lassitude. L'efficacité de tels cadres de concertation nationaux demande des ressources dédiées.

Alors que les besoins de renforcement de capacités sont les plus importants au niveau déconcentré, il est à craindre que les besoins supplémentaires demandés par la mise en place de dispositifs de coordination intersectorielle multiples n'accentuent une concentration des capacités au niveau central.

Les besoins de renforcement au niveau déconcentré sont sans commune mesure avec ceux des services centraux. L'un des plus grands défis pour la mise en œuvre des politiques nationales de nutrition et des actions sensibles inscrites dans les politiques sectorielles repose sur la coordination effective entre les différents acteurs aux échelons sous-nationaux. Les politiques de nutrition antérieures ont permis la mise en place de cadres de concertation pour la nutrition au niveau décentralisé. L'existence de ces cadres est une bonne chose, mais leur activité effective semble largement tributaire de la présence de partenaires intervenant dans le champ de la nutrition.

Les services techniques déconcentrés peuvent être habitués à la concertation en particulier quand ils ont eu à faire face à des interventions d'urgence mobilisant des ressources importantes nécessitant des échanges d'informations pour éviter les chevauchements entre les interventions. Par contre, la coordination effective, la recherche de synergie entre les STD ne constituent pas un acquis et demeurent limitées. Ceci s'explique par plusieurs facteurs :

- **Absence de cadres de concertation clairs :** Les collaborations intersectorielles mentionnées dans les politiques nationales ne définissent pas avec précision les mécanismes de collaboration entre les secteurs qui doivent être mobilisés par les STD et n'ont pas permis d'installer des habitudes de coopération.
- **Manque d'autonomie des STD :** Les acteurs locaux évoquent la domination des visions sectorielles, des approches verticales, en silo. La priorité pour une direction régionale est de rendre compte à sa tutelle de l'avancée de la mise en œuvre de son plan d'action ou de la politique sectorielle. L'inscription dans un processus local intersectoriel risque de passer au second plan.
- **Une représentation des STD hétérogènes sur les échelons périphériques :** Les ministères des secteurs contributeurs sont en général tous représentés au niveau régional, mais leur capacité et moyens d'intervention sont très inégaux ; certains ministères disposent de ressources humaines qui leur permettent de travailler à des échelles plus locales (niveau province ou commune) ; d'autres ne disposent pas de ressources suffisantes pour décliner des activités en dehors de la capitale de région sans l'aide de partenaires extérieurs. Ces différences de moyens d'intervention limitent la conduite d'interventions intersectorielles équilibrées.
- **Une part importante - parfois prépondérante - des actions mises en œuvre par des ONG** qui ne s'inscrivent pas toujours dans les dynamiques de coordination locale.
- **Des découpages sanitaires et administratifs pas toujours superposables** ; les interventions de l'agriculture et de la sécurité alimentaire travaillent parfois encore sur un découpage du territoire différent.
- **Une faible sensibilisation et un intérêt limité** pour les questions de malnutrition par les agents des STD, parfois y compris même au sein du secteur de la santé.

Cet ensemble de contraintes explique que les tentatives de mise en place de mécanismes déconcentrés de coordination se soient souvent soldées par des échecs.

4.2.3 Difficultés et modèles de coordination intersectorielle au niveau communal

Les processus de décentralisation ont été engagés dans les pays de l'étude. La décentralisation nécessite de transférer au niveau local des pouvoirs et des moyens pour assurer un développement porté par la base. Les questions d'eau et d'assainissement, mais également de santé primaire et d'éducation, questions en lien avec la nutrition peuvent faire partie des compétences des collectivités territoriales. Cependant, les collectivités sont peu demandeuses en termes de nutrition. Les plans de développement communaux n'intègrent pas d'actions de lutte contre la malnutrition.

Les programmes de nutrition s'inscrivent généralement peu dans les dynamiques de développement local. Les acteurs de l'eau ou du déve-

loppement rural sont souvent plus aguerris à la collaboration avec les collectivités territoriales. La collaboration intersectorielle peut être un moyen de faciliter l'installation des questions de nutrition à l'échelon des communes.

On note dans les plans nutrition une volonté d'impliquer les communes dans l'opérationnalisation des actions en faveur de la nutrition. Ce canal d'intervention, s'il est identifié dans les plans intersectoriels pour la nutrition, reste peu mis en avant. Par exemple dans le PAIN en Mauritanie, elles ne sont mentionnées que pour décliner une intervention du plan. Les moyens alloués pour dynamiser le niveau local sont difficiles à identifier.

Aujourd'hui, les collectivités et en particulier les communes rurales, qui sont les plus nombreuses, manquent de capacité. Les services techniques sont en difficulté pour appuyer les collectivités jusqu'à cet échelon. Les transferts de moyens de l'Etat vers les collectivités sont limités, et le niveau de prélèvement fiscal au niveau des territoires est restreint. Par conséquent, les collectivités disposent de peu de ressources financières, de moyens humains et d'appui technique. Leurs capacités d'action en général et de soutien à des interventions en faveur de la nutrition en particulier sont limitées.

Plusieurs initiatives observées sur le terrain encouragent l'ensemble des acteurs locaux à considérer la nutrition comme un enjeu prioritaire et à lui allouer une partie plus importante de leurs moyens.

Traitement de la malnutrition par la prise de lait thérapeutique

Encadré 4 : Modèles d'appui à la déclinaison locale d'engagements nationaux - exemples envisagés au Mali

Trois modèles complémentaires ont été présentés par les interlocuteurs rencontrés :

1. Appui au niveau communautaire (cas du programme SPRING : Care, SCF, HKI et Asdap). Il s'agit d'approches combinant fourniture d'appui technique concernant différents secteurs (Hygiène + Nutrition, ou Agriculture + Nutrition, etc.), tout en poursuivant des objectifs de renforcement des capacités au niveau communal (information sur les causes multiples de la malnutrition, encourager les communes à ajouter la lutte contre la malnutrition dans leurs priorités de développement local, etc.).

2. Mobiliser les administrations territoriales (cas du projet ASNP : Asdap et Unicef). L'idée est ici d'encourager les administrations territoriales, et en particulier les préfectures, à accorder une plus grande priorité à la nutrition, à inciter les services techniques décentralisés à renforcer leurs actions spécifiques ou sensibles à la nutrition et à faciliter une plus grande coordination entre les différents services techniques.

3. Fournir des services multisectoriels, tout en informant les populations de leurs droits (cas par exemple de l'approche ACF dans le cercle de Kita). Certaines ONG travaillent essentiellement en appui aux services techniques comme fournisseurs de services. Sans objectifs formalisés vis-à-vis de l'inscription de la nutrition dans les priorités de développement local par les communes ou les préfectures, ces projets encouragent parfois les populations à solliciter de meilleurs services auprès des administrations territoriales et des services techniques en les informant des règlementations en vigueur.

Sierra Leone. Le lavage des mains dans la lutte contre la sous nutrition.

5- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Depuis quelques années, on observe une attention plus forte portée à la nutrition dans les pays de l'étude. Les intentions nutritionnelles s'observent dans les documents de politiques sectorielles. Les cadres de concertation intersectoriels pour la nutrition existent et des plans d'actions intersectoriels sont définis dans plusieurs pays.

Sans réduire l'importance de ces acquis, il est possible de formuler des constats dont découlent des recommandations qui pourront permettre d'accroitre l'impact sur la nutrition des politiques et des interventions des secteurs contributeurs.

5.1 Principales conclusions

Constat 1 : Le dialogue entre la nutrition et les secteurs contributeurs reste dominé par le secteur de la santé ; il ne prend pas suffisamment en compte les enjeux sectoriels des ministères contributeurs.

Les cadres de concertation pour la nutrition qui ont été mis en place facilitent le dialogue intersectoriel. Ils représentent des outils importants pour mobiliser les secteurs contributeurs. Ces cadres sont toutefois fragiles, et l'on voit des dynamiques ralentir lorsque les appuis s'allègent.

Le risque principal pesant sur les cadres nationaux de coordination est le déséquilibre entre les secteurs au sein des dispositifs. Les cadres restent, en effet, dominés par le secteur de la santé. Bien que les politiques de nutrition insistent sur le caractère multifactoriel de la malnutrition et la nécessité d'agir avec une approche intersectorielle, les interventions proposées restent majoritairement portées par le secteur de la santé.

Si ces déséquilibres se maintiennent ou se creusent, on peut craindre un désengagement des secteurs contributeurs autres que la santé des initiatives en faveur de la nutrition.

Constat 2 : les capacités opérationnelles des secteurs contributeurs constituent un facteur limitant à la mise en œuvre d'interventions sensibles à la nutrition.

La faiblesse des services techniques chargés d'opérationnaliser les politiques publiques constitue une contrainte forte qui limite les capacités des secteurs à contribuer à la nutrition :

En manque de capacité, les services techniques déconcentrés des secteurs contributeurs à la nutrition ne peuvent assurer leurs missions sectorielles sur l'ensemble des territoires. Cette défaillance des services est une des causes profondes de la malnutrition.

Dans un tel contexte, les services peuvent être peu disposés à s'impliquer dans des interventions orientées nutrition qu'ils jugent en marge de leur mission première et non prioritaires ; au contraire, ils pourront chercher à s'inscrire par opportunisme dans des initiatives auxquelles ils n'adhèrent pas nécessairement.

Dans les deux cas, ils ne contribueront pas pleinement à consolider les initiatives intersectorielles pour la nutrition.

Constat 3 : La coordination décentralisée actuelle est insuffisante pour assurer la déclinaison locale des plans d'actions pour la nutrition.

La déclinaison opérationnelle des plans d'actions intersectoriels pour la nutrition nécessite des mécanismes de coordination au niveau décentralisé. Des cadres de coordination, dont les formats diffèrent en fonction des pays, doivent être mobilisés. L'efficacité de ces cadres à coordonner la mise en œuvre des politiques intersectorielles pour la nutrition est limitée. Le manque de ressources humaines des différents acteurs, leur manque d'intérêt pour la nutrition, le fonctionnement cloisonné et les visions sectorielles des services techniques, les représentations hétérogènes des services au niveau des territoires, etc., sont autant de contraintes qui vont peser sur les coordinations décentralisées, lesquelles sont pourtant nécessaires à la mise en œuvre et au suivi d'actions complémentaires et concertées pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition.

Constat 4 : La nutrition est peu présente dans les objectifs de développement local.

Les collectivités locales (communes) ont été peu impliquées jusqu'ici dans les programmes en faveur de la nutrition ; les élus sont peu sensibilisés à la nutrition qui n'est pas prise en compte dans les plans de développement communaux. Pourtant, certaines compétences connectées aux questions de nutrition (eau, éducation, santé) ont été transférées aux collectivités, sans être toutefois accompagnées d'un transfert de ressources humaines et financières suffisantes. Les plans intersectoriels pour la nutrition proposent d'impliquer les collectivités territoriales, mais les moyens alloués pour dynamiser le niveau local sont difficiles à identifier ou très limités. Des initiatives sont développées pour encourager la déclinaison locale des plans d'actions nutrition. Elles sont encore peu nombreuses et conduites à des échelles restreintes.

Constat 5 : La sensibilité à la nutrition est perceptible dans les documents de politiques sectorielles, mais pourrait être renforcée.

La malnutrition est souvent présente dans les documents de politiques sectorielles : elle est mentionnée comme une contrainte qui doit être prise en considération, et certains secteurs s'engagent assez fréquemment à contribuer à la réduction de la prévalence de la malnutrition.

Cependant, les liens causaux existant entre l'intervention sectorielle et la nutrition ne sont pas toujours établis ; certains objectifs et indicateurs intermédiaires qui pourraient refléter les effets directs d'une intervention sectorielle sont souvent absents. En particulier, c'est un point faible des politiques agricoles où l'on remarque l'absence d'engagement pour l'amélioration de la qualité de l'alimentation.

Par ailleurs, les critères et modalités à respecter pour assurer le ciblage des populations vulnérables restent à définir.

5.2 Recommandations

Recommandation 1 : Assurer un équilibre entre les secteurs dans les cadres intersectoriels pour la nutrition afin d'assurer une mobilisation effective et durable de l'ensemble des secteurs contributeurs.

Le rôle de la santé doit être réaffirmé dans les interventions de prise en charge de la malnutrition aiguë, mais il ne doit pas s'imposer sur les interventions de prévention.

Une implication équilibrée des secteurs contributeurs est en effet nécessaire pour assurer leur

mobilisation, accroître la sensibilité des politiques et interventions sectorielles et amplifier leur impact sur la malnutrition.

Si les secteurs sont invités à venir contribuer à la nutrition, il est nécessaire de leur réserver un espace, d'adopter un langage audible et de soutenir, notamment financièrement, plus fortement les interventions sortant du mandat de la santé.

Recommandation 2 : Reconnaitre les priorités sectorielles et tenir compte des capacités de mise en œuvre des secteurs contributeurs.

Le dialogue intersectoriel serait facilité si les priorités et les besoins des secteurs contributeurs étaient mieux reconnus. Accroitre la contribution des politiques sectorielles à la lutte contre la malnutrition implique bien souvent de rendre effective l'atteinte des objectifs propres à chacun des secteurs. Le manque de ressources humaines et financières qui pénalise l'opérationnalisation des politiques sectorielles limite la contribution des secteurs à la nutrition.

Solliciter les secteurs contributeurs, leur demander de développer des interventions en marge de leur mandat premier ou de consacrer des ressources à des mécanismes de coordination, sans renforcer leur capacité d'intervention peut s'avérer contreproductif pour la nutrition.

Les actions de plaidoyer en faveur de la nutrition doivent inclure la nécessité de renforcer les capacités des services techniques des secteurs contributeurs et rappeler les engagements des Etats en termes d'allocation de ressource aux différents secteurs.

Recommandation 3 : Renforcer le dialogue et la coordination entre les acteurs au niveau décentralisé.

Les efforts de coordination intersectorielle pour la nutrition se sont jusqu'à présent concentrés sur le niveau national. Des efforts similaires doivent être consentis aux niveaux périphériques pour renforcer les cadres de coordination chargés d'assurer la mise en œuvre et le suivi des plans pour la nutrition. Ils sont essentiels pour valoriser la complémentarité des secteurs à travers des programmations concertées. L'intégration effective de la nutrition dans l'action publique dépend de la qualité et de l'intensité du dialogue entre les acteurs.

Les enjeux et les besoins de renforcement des échelons sub-nationaux doivent être pris en compte ; Il est indispensable de veiller à une juste répartition, entre le niveau central et les niveaux périphériques, des moyens prévus par les plans intersectoriels pour la coordination et le suivi.

Des outils et conseils fixant le dispositif général doivent accompagner l'activation des cadres de coordination décentralisés, mais il est important également de laisser une certaine latitude aux acteurs locaux pour organiser des mécanismes fonctionnels : les possibilités de collaboration intersectorielle peuvent varier en fonction des régions en fonction des potentialités et des contraintes pesant sur chacune (présence des acteurs, couverture des services techniques déconcentrés, programmes antérieurs, exposition à des risques, potentiel économique, etc.).

Le système de suivi des plans nutrition devrait documenter les mécanismes de coordination aux niveaux décentralisés, diffuser les bonnes pratiques et proposer des solutions en cas de blocage.

Recommandation 4 : Positionner la nutrition dans les enjeux de développement local, capitaliser les expériences locales pour nourrir les dispositifs nationaux et envisager le passage à l'échelle des solutions.

Donner une assise et une légitimité aux actions en faveur de la nutrition implique de les inscrire dans les enjeux de développement local ; la nutrition doit pouvoir sortir de la sphère de l'expertise technique et être appréhendée par d'autres acteurs. Il semble essentiel d'investir l'échelon local ou communal, d'accroitre la sensibilité des élus et leaders locaux à la nutrition, pour faciliter la prise en compte de la nutrition dans les plans de développement locaux. Pour réussir dans cette voie, il conviendra d'impliquer les acteurs maîtrisant l'appui aux collectivités mais également d'éviter les approches trop dogmatiques pour pouvoir stimuler les propositions locales.

Les initiatives qui cherchent à inscrire la nutrition dans le développement local apparaissent ; elles doivent être suivies ; la recherche d'approches transposables et efficientes doit être encouragée pour envisager un passage à l'échelle.

Recommandations 5 : Renforcer la sensibilité à la nutrition des politiques sectorielles ainsi que les cadres de suivi des interventions. Saisir l'opportunité de révision des politiques pour clarifier et améliorer les outils de pilotage de la nutrition dans les politiques sectorielles.

Il ne semble pas pertinent de plaider pour une révision anticipée des politiques peu sensibles afin de leur conférer un « affichage nutritionnel », opération couteuse en temps et en ressources. Il est préférable de se concentrer sur la valorisation des opportunités que représentent les engagements déjà pris par les gouvernements dans les documents sectoriels et dans les politiques intersectorielles pour la nutrition et de s'inscrire dans les calendriers de révision préétablis pour améliorer l'inclusion de la nutrition dans les cadres sectoriels. A noter que plusieurs pays doivent en 2015 réviser leur cadre de politique générale : les versions révisées devront inclure les plans d'action intersectoriels pour la nutrition qui ont été finalisés.

Recommandations pour l'élaboration de futures politiques sectorielles :

- Veiller à ce que les indicateurs spécifiques à la nutrition inclus dans les politiques sectorielles soient formulés de manière standardisée ; intégrer des indicateurs orientés nutrition, en suivant les modèles qui pourront être proposés à l'international comme les indicateurs proposés par le GNR ; encourager l'adoption d'indicateurs de pratiques.

- Développer l'expertise technique nationale pour faciliter la définition, l'adoption et le suivi d'objectifs et d'indicateurs reflétant la qualité des régimes alimentaires. Il s'agit de permettre le pilotage de stratégies nationales cohérentes pour l'alimentation qui valorisent au mieux les ressources locales, limitent la dépendance alimentaire des pays tout en proposant des modèles favorables à la santé des populations.

- Veiller à la clarification des mandats sectoriels et à la cohérence entre les différents documents d'orientation.

- Inscrire dans chaque politique sectorielle, lors de sa révision, les engagements pris par le secteur dans la politique intersectorielle de nutrition.

- Vulgariser les connaissances permettant d'établir des liens entre nutrition et les secteurs contributeurs :

    - Continuer à vulgariser les schémas conceptuels de la malnutrition, simplifiés, adaptés à chaque secteur, pour une diffusion large au-delà d'un cercle d'initiés en capitale.

    - Assurer la diffusion des résultats des enquêtes nationales de nutrition. Etablir les liens entre les disparités d'accès aux services de base à l'échelle locale et la prévalence de la malnutrition afin d'assoir un plaidoyer pour favoriser l'allocation de ressources sur les zones à risques accrus.

- Soutenir les approches institutionnelles pour la réduction des vulnérabilités :

    - Suivre l'élaboration des politiques de protection sociale et des plans d'action qui en découlent

    - Plaider pour la prise en compte des critères nutritionnels dans les critères de vulnérabilité

    - Plaider pour une prise en compte des enjeux sociaux et sanitaires associés à la prise en compte du genre.

Mali. L'engagement des gouvernements dans la lutte contre la malnutrition

ANNEXE A : LISTE DES POLITIQUES ANALYSÉES PAR PAYS

Pays	Cadre général	SECTEURS CONTRIBUTEURS							Nutrition
		Agriculture	Sécurité Alimentaire	Santé	Protection Sociale	Education	EHA	Genre	
Burkina Faso	SCADD 2011-2015	PNSR VF 2012	PNSAN 2013	PNDS 2011-2020 Code d'Hygiène = JO 30 Novembre 2010, Loi 2010 - 042 du 21 Juillet 2010	PNPS 2013-20022	PSEF 2013 Programme sectoriel de l'Education et de la Formation	PSSE 2006 = Déclaration de Politique Sectorielle du Secteur de l'Eau	PNG 2009	PNN 2007
Côte d'Ivoire	DRSP 2009-2013	PNIA 2010-15 Consulté PDDA 1992-2015		PNDS 2012-15	Stratégie nationale de protection sociale 2013	PAMT Plan d'Actions A Moyen Terme Secteur Education/Formation 2012-2014	Non trouvé	Genre Résume politique	Non trouvé
Guinée	DSRP III (2013-2015)	PNIASA 2012-2016		PNDS 2005 –2014	Non trouvé	PSE 2008 – 2015 Programme sectoriel de l'Education	Stratégie Nationale pour le développement du Service Public de l'Eau en milieu rural et semi-urbain 2012	PNG 2011	Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition (2005) Politique Alimentation et Nutrition - Draft décembre 2013
Liberia	PRSP 2008	LASIP 2010 Food and Agriculture Policy and Strategy 2009	National Food Security and Nutrition Strategy - 2008	National Health and Social Welfare Policy and Plan 2011–2021	Social Welfare policy 2009	The Education Sector Plan of Liberia 2010	Water Supply, sanitation and Hygiene – Sector Strategy Plan 2011-2017	National Gender Policy - 2009	NNP 2008

Pays	Cadre général	SECTEURS CONTRIBUTEURS							Nutrition
		Agriculture	Sécurité Alimentaire	Santé	Protection Sociale	Education	EHA	Genre	
Mali	Cadre Stratégique pour le Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2012-2017	Plan National d'Investissement Prioritaire dans le secteur Agricole 2011-2015	Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) 2006-2015	Plan décennal de développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023	Plan National d'extension de la protection sociale 2010 2014 au Mali	Programme d'Investissement Secteur de l'Education Descriptif de la 3ème Phase (2010_2012)	Plan national d'accès à l'eau potable 2004-2015	PNG	PNN 2013 Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition 2014
Mauritanie	CSLP 2011-2015	SDSR 2013 Stratégie de développement du secteur rural Horizon 2025 Rapport définitif (112 pages)	Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire horizon 2015 et vision 2030 (2012)	PNDS (2011) 2012-2020	Stratégie Nationale de Protection Sociale V 2013	PNDSE II 2011-2020 Plan d'action triennal (2012-2014)	Déclaration de Politique Sectorielle du Secteur de l'Eau 2006	Plan d'Action National pour la femme rurale 2009-2012	Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) 2012-2015 Et PNDN 2005.
Niger	DSRP Economic and Social Development Plan 2012-15	IA SDR 2010	SAN Strat 3N_2012	PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PDS) 2011 – 2015	Social protection 2011	Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE) 3ème phase : 2011-2013	Programme National d'Alimentation en Eau Potable et d'Assainissement PN-AEPA 2011-2015	PNG 2007	Niger Nutrition PNN 2011-2021
Nigeria	DSLP _ 2004 ;	NATIONAL AGRICULTURAL RESILIENCE FRAMEWORK 2014 PNIA 2010-13		National Strategic Health Development Plan Framework (2009-2015)	Non trouvée	Education School health policy 2006 Education Roadmap 2009	National Water and Sanitation Policy 2004	NGP 2009	National Plan of Action on Food and Nutrition 2005

Pays	Cadre général	SECTEURS CONTRIBUTEURS							Nutrition
		Agriculture	Sécurité Alimentaire	Santé	Protection Sociale	Education	EHA	Genre	
Sénégal	SNDES 2013-2017 DPES 2011-2015	PNIA 2011-2015	Non trouvée	PNDS 2009-2018	Non trouvée	Prog. d'Amélioration de la Qualité, de l'Equité et de la Transparence (PAQUET) Secteur Education Formation 2013-2025	AEPA LPSEA 2005	Stratégie nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre 2005	Lettre de Politique de Nutrition, 2008-2012
Sierra Leone	PRSP III 2013-2018	National Sustainable Agriculture Development Plan 2010-2030	National Food and Nutrition Security Policy 2012 – 2016 Food & Nutrition Security Plan 2013-17	National Health Sector Strategic Plan - 2009	National Policy for Social Protection Draft 2009	Education Sector Plan 2007-2015	WASH Policy Sept 2010	Summary National Gender Strategic Plan 2010-2013	Nutrition Policy 2012
Tchad	Plan national de Développement 2013 PND 2013-2015	Plan quinquennal de développement de l'agriculture (2013) PND-Elevage 2009-2016 Plan national d'investissement dans le secteur rural du Tchad PNISR 2014	PNSA Février 2014	PNDS 2 2013-2015 Code de l'hygiène 2011	SNPS Stratégie Nationale de Protection Sociale (2014-2018) Juin 2014	Stratégie intérimaire pour l'Education et l'alphabétisation. 2013-2015 Plan d'Action National de l'Education pour tous (2014)	Schéma directeur de l'eau et de l'Assainissement 2003-2020	PNG 2011	PNNA 2013 PAINA 2014-2018

ANNEXE B : Politiques Nutrition dans les pays du Bureau Régional Afrique de l'Ouest - ACF

PAYS	Ministère en charge	Document de référence	date	Autres / Commentaire	Chevauchement avec Politique de sécurité alimentaire	Chevauchement avec Politique de Protection Sociale	Implication des secteurs contributeurs						Multi-sectorialité	Cellule de coordination
							SANTE	AGRI-SAN	EDUCA-TION	EHA	PS	Autre		
Burkina Faso	SANTE	Politique Nationale de Nutrition	2007	Est prévue l'élaboration prochaine d'un plan intersectoriel pour la nutrition. Positionnement institutionnel de la CNCN au niveau de la santé fait débat.	PNSA intègre les programmes nutritionnels dans les "transferts en nature" sans partenariat sur ce thème avec le MS. PNPS et PNSA se chevauchent sur plusieurs axes ; PNPS intègre aussi les cantines scolaires,	PNSAN sur son axe 4 Amélioration de l'état nutritionnel des populations, se superpose à la PNN.	Oui	non	non	non	non		NON	A permis la mise en place de la CNCN en 2008. Placée au niveau du MS, inclut les secteurs contributeurs
Côte d'Ivoire	-	néant	-	pas de politique nutrition identifiée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guinée	SANTE	Politique Nationale d'Alimentation Nutrition	2005	Clarification du rôle et responsabilité de la santé et de l'agriculture est nécessaire. Fin 201, lancement des travaux pour 'élaboration d'une nouvelle politique Nutrition et Alimentation multisectorielle impliquant outre la SA également EHA et l'éducation.	La PNAN (nutrition) (2005) est reprise, dans le PNIASA (agriculture) en 2011. Le PNIASA précise que la PNAN n'a pas été mise en œuvre et intègre l'essentiel des actions proposées par la PNAN y compris celles qui relèvent clairement de la santé (comme la prise en charge des MAS)	pas de politique de protection identifiée	Oui leadership	oui	non	non	oui	Ministère du Commerce industrie et PME	Oui	Comité de Coordination de la Nutrition pour le suivi - sous tutelle du MS NB : Comité National de Nutrition présidé par le MS
Libéria	SANTE	National Nutrition Policy	2008		Le chevauchement quasi-total entre la "politique nutrition" du MS, et la "stratégie pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle" de l'agriculture ; les questions relevant de l'un ou l'autre étant d'avantage développées dans leur documents respectifs.	Filets de sécurité sociaux s'adressant aux populations vulnérables.	Oui de façon quasi exclusive.	oui	non	non	non		Oui avec un focus **sur les actions susceptibles d'être portées par le MS**. Volet SA apparait "cosmétique"	Comité interministériel est prévu, coordonné par le dept Nutrition du MS

Cellule de coordination	Multi-sectorialité	SANTE	AGRI-SAN	EDUCA-TION	EHA	PS	Autre	Chevauchement avec Politique de Protection Sociale	Chevauchement avec Politique de sécurité alimentaire	Autres / Commentaire	date	Document de référence	Ministère en charge	PAYS
		Implication des secteurs contributeurs												
CNN : Conseil National de Nutrition sera créé et placé sous la présidence du Ministre de la Santé.	Oui	**Oui, dominant**	Oui	oui	oui			Chevauchements importants concernant (i) les objectifs (ce qui peut être vu comme positif, car la politique de PS se préoccupe de la nutrition), (ii) certaines actions - en particulier le volet concernant les transferts sociaux (chevauchant également avec la PNSA)	Oui : certains éléments relevant du secteur de l'agriculture et la sécurité alimentaire sont repris dans la PNN, tandis que le PNSA ne traite pas des questions relevant prioritairement du secteur de la santé en particulier la prise en charge.	Positionnement institutionnel de la CNN au niveau de la santé fait débat.	**2011 (Plan d'Actions en 2013)**	**Politique Nationale de Nutrition**	**SANTE**	**Mali**
Conseil National de Développement de la Nutrition	Oui Nutrition et SA En terme de budget = % important alloué à des activités "Santé" comme la PEC et la lutte contre carence. SA marginal	**Oui dominant**	Oui	non	non	oui	Ministère du Commerce de l'industrie + Ministère de la Communication	La SNPS est très inclusive et reprend l'ensemble des activités nutrition du PAIN sur un volet sécurité alimentaire. Ainsi la PEC de la MA n'est pas inscrite dans le volet santé. Transferts monétaires Liés à la nutrition des femmes et des enfants dans SNPS (comme dans PAIN).	SNSA ne développe pas les aspects nutrition ; il est précisé que ces aspects sont traités par le PAIN (qui intègre la SA de manière marginale)	Le PAIN s'inscrit dans la Politique Nationale de Nutrition (2005) qui incluait l'éducation et l'hydraulique. PEC de la MA : implique 3 acteurs institutionnels, (MS, CSA et MASEF) ce qui génère des difficultés sur le terrain.	**draft provisoire 2012**	**Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition (PAIN) 2012-2015**	**PRIMATURE**	**Mauritanie**
Comité interministériel CIN appuyé par un Comité Technique Permanent de nutrition (CTPN) rattaché au Ministère de la santé.	Oui, mais couverture partielle des prérogatives de certains secteurs. L'initiative I3N fait figure de cadre multisectorielle de lutte pour la SAN	**Oui dominant**	oui	oui	non.	non			Oui, chevauchement avec l'I3N qui couvre également la plupart de prérogatives du secteur de la nutrition. La place accordée à la nutrition dans l'initiative I3N est relativement secondaire, et traité de façon relativement superficielle.		**2011**	**Politique Nationale de Nutrition 2012-2021**	**SANTE**	**Niger**

Cellule de coordination	Multi-sectorialité	SANTE	AGRI-SAN	EDUCA-TION	EHA	PS	Autre	Chevauchement avec Politique de Protection Sociale	Chevauchement avec Politique de sécurité alimentaire	Autres / Commentaire	date	Document de référence	Ministère en charge	PAYS
		Implication des secteurs contributeurs												
Comité National pour l'Alimentation et la nutrition hébergé par le Commissariat au Plan	Oui	**Oui**	Oui	oui	oui	non		Politique Fédérale de protection sociale encore en cours de définition.	Les champs couverts par le NPAFN et le NAIP se recouvrent (volet sécurité alimentaire dans les deux documents), mais les actions formulées pas toujours alignées et cohérentes d'un plan à l'autre.		**2005**	**National Plan of Action on Food and Nutrition 2005-2015**	**PLAN**	**Nigéria**
Cellule de Lutte Contre la Malnutrition placée sous la responsabilité de la primature.	Oui : La CLM s'assure de l'inscription de la nutrition dans les budgets des minis-tères clés ou dans les plans de développement.	au même titre que les autres ministères			non mentionné			pas de politique de protection sociale identifiée au Sénégal	pas de politique de sécurité alimentaire identifiée au Sénégal	pas d'enjeu de chevauchement ou de cohérence au Sénégal mais la LPDN est un document très succinct.. Est prévue l'élaboration prochaine d'un plan intersectoriel pour la nutrition.	2006 **2006**	**Lettre de politique de développement de la nutrition**	**PRIMATURE**	**Sénégal**
Comité Technique pour la Nutrition hébergé par le **MS**	Oui, Mais le secteur de la santé domine, les autres secteurs relégués aux rangs de "partenaires", alors que des pans entiers de la politique relèvent clairement de leur responsabilité.	**Oui leadership**	Oui	oui	non	non		De nombreux chevauchements, en particulier en ce qui concerne les soutiens aux populations les plus vulnérables.	La sécurité alimentaire était jusqu'à présent traitée comme un sous-programme du plan national de développement agricole. Les chevauchements avec la politique nutrition concernent essentiellement les appuis aux populations agricoles vulnérables.		**2012**	**Sierra Leone National Food And Nutrition Security Policy**	**SANTE**	Sierra Leone
Comité Technique multisectoriel présidé par la Santé, (coprésidé par l'agriculture) sous tutelle du CNNA	Oui organisée autour de 4 axes « sectoriels » : SA, Système de santé, Communautaire, EHA, Système Educatif. **Chevauchements entre les différents axes.**	**Oui dominant**	Oui	oui	oui	oui		Actuellement, la SNPS prévoit des actions programmées par le PAINA (supplémentation, transfert) ; SNPS tout juste élaborée n'est pas opérationnalisée ; le rôle de l'action sociale vis-à-vis des autres ministères sectoriels doit être clarifié.	Chevauchement PNSA-PAIN avec des actions nutrition pour lutter contre les carences. Mais : budget nutrition de la PNSA est très marginal Chevauchement avec le PNISR : qui prévoit des transferts monétaires aux vulnérables gérés par le MAI.	Chevauchements entre secteurs et à l'intérieur de la PNNA-PAINA. MS : mission élargie dans le PAINA. risque de dispersion des agents de santé et dégradation des soins ? Transferts sociaux : actuellement gérées par le MAI : quelles interventions en zones urbaines ; quel ciblage des éleveurs et des ruraux qui ne sont pas identifiés par les STD comme des producteurs.	**2014**	**PAINA Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition et d'alimentation 2014-2018**	**SANTE**	**Tchad**

ANNEXE C : Eléments de bibliographie

ACF – Gret – Cirad : SEMER LES GRAINES D'UNE BONNE NUTRITION Mobiliser l'agriculture au service de la nutrition www.actioncontrelafaim.org/fr/content/graines-bonne-nutrition

Alpha, A ; Bricas, N ; Fouuilleux, E. La difficile mise en œuvre d'une action publique intersectorielle en matière de sécurité alimentaire et de nutrition en Afrique. Communication présentée au Séminaire sécurité alimentaire de MOISA, Montpellier, 20 juin 2013

Banque Mondiale, Janvier 2013. Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles

Banque Mondiale : Learning from Intersectoral Actions for Implementing Health in All Policies: a compilation of case studies ; Executive summaries of in-depth case studies from the WHO Regions of Africa, South-East Asia, and the Western Pacific, Draft 2013

Bricas N. et Aspe C., 2013. Prendre en compte la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les projets de développement. Guide d'auto-évaluation ex ante à l'usage de concepteurs de projets. Montpellier et Paris, Cirad, AFD, MAE. 22 p.

Dolf J.H et al. June 2014 Measuring the Political Commitment to Reduce Hunger and Undernutrition in Developing Countries

Field, JO; Multisectoral nutrition planning: a post-mortem. FOOD POLICY February 1987

IDS, 2012: Fighting Maternal and Child Malnutrition: Analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries A synthesis paper 1

IDS 2012: Accelerating Reductions in Undernutrition What can nutrition governance tell us? ISSUE 22 APRIL 2012

IDS 2014: State of Global Nutrition: Progress Report Recommendations for Draft Outline January 2014

IFPRI International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2014. 2014 Global Nutrition Report Dataset. Washington, DC: International Food Policy Research Insitute (IFPRI). http://dx.doi.org/10.7910/DVN/27857

Mokoro 2015, Independent Comprehensive Evaluation of the Scaling Up Nutrition Movement: Final Report – Main Report. Oxford: Mokoro Ltd, 15 January 2015.

OMS, 2012 : Analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition OUTILS POUR LES ÉVALUATIONS DE PAYS

OMS 2013 : Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action?

SUN, 2014 : Planning and costing for the acceleration of actions for nutrition: experiences of countries in the Movement for Scaling Up Nutrition May 2014

SUN 2013 : État du Mouvement SUN Rapport d'avancement Septembre 2013

SUN 2014 : Réseau des points focaux de gouvernement du Mouvement SUN : Rapport de la 15e réunion, du 16 au 23 juin 2014

UE - 2011 La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure Une approche intégrée par secteurs et modalités de l'aide. Document de référence N° 13 Septembre 2011

UE : Des actions multisectorielles pour améliorer la nutrition : Vers une approche intégrée de l'action de l'UE ROSA Newsletter No. 32

ANNEXE D : Fiches pays

Burkina Faso

Le Burkina Faso a adhéré au mouvement SUN en 2011. La nutrition est portée par la Direction de la Nutrition et demeure une politique centrée sur la Santé. On observe un chevauchement entre les politiques de protection sociale, de sécurité alimentaire et des politiques sectorielles pour des sujets contributeurs à la nutrition.

Cadre général : la **SCADD**, Stratégie de Croissance accélérée et de développement durable (2011), s'inscrit dans le prolongement des CSLP (cadre stratégique de lutte contre la pauvreté) et encadre les politiques de développement économique et les politiques à caractère «social». La SCADD adopte des objectifs spécifiques à la nutrition (OMD) et associe la lutte contre la malnutrition au secteur de la santé. Le développement du secteur rural sur l'axe économique se fixe des objectifs d'intensification et de diversification de la production ; aucune action ne s'attache spécifiquement à améliorer la qualité de l'alimentation. Ce point est renvoyé à l'axe « social » dans le chapitre nutrition-santé qui parle de « augmenter le niveau de la production alimentaire nationale et sa valeur ajoutée », ce qui semble pourtant relevé du mandat de l'agriculture.

Agriculture et Sécurité Alimentaire : les axes 1 et 2 du **PNSR**, Programme National du Secteur Rural (2012), constituent la politique sectorielle agricole. Le PNSR inclut également un axe eau, assainissement et Hygiène. Sur le volet agricole, le PNSR affiche des objectifs nutritionnels : un objectif spécifique à la nutrition (modèle OMD) et un objectif orienté nutrition qui intègre la dimension qualitative de l'alimentation. L'indicateur associé est imparfait car il demeure centré sur la satisfaction des besoins quantitatifs (calorique, disponibilité céréalière). La diversification de la production ne s'accompagne pas de promotion de bonnes pratiques alimentaires. Des actions concernent spécifiquement les populations vulnérables sur le sous-programme « Prévention et gestion des crises alimentaires et nutritionnelles ». La **PNSAN**, Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (2013) dresse un tableau précis des disponibilités alimentaires sans se limiter au bilan céréalier et décrit dans le détail la situation de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire (quantitative et qualitative). Le PNSAN propose des interventions pertinentes pour la nutrition ; le système de suivi évaluation n'étant pas disponible, la sensibilité à la nutrition des indicateurs n'est pas analysée. A noter que le 1er axe d'intervention de la PNSAN, qui concerne l'intensification de la production afin d'assurer la souveraineté alimentaire, mériterait d'être renvoyé au PNSR. Les interventions proposées par le PNSAN sont parfois redondantes avec celles d'autres politiques (PDSEB ou PNPS par exemple).

Santé : **Le PNDS, Plan national de développement sanitaire** (2011) prend en compte la malnutrition dans son analyse de contexte et adopte des objectifs spécifiques à la nutrition dont celui de faire baisser la prévalence de la malnutrition chronique. La nutrition est intégrée dans le Paquet Minimum d'Activités. L'accessibilité financière des populations aux soins essentiels de santé est identifiée comme un enjeu, sans pour autant que le PNDS ne s'engage clairement sur un système d'accompagnement. Le plan souhaite renforcer les attitudes et les pratiques individuelles, familiales et communautaires favorables à la santé et programme des actions pour améliorer la prise en charge sanitaire en cas d'urgence.

Education : le PDSEB, Plan de Développement Stratégique de l'Education de Base (2012), couvre le champ de l'éducation de base. La malnutrition est brièvement évoquée dans l'analyse du contexte comme une des contraintes auxquelles l'éducation doit faire face. Le PDSEB a un objectif nutritionnel qui propose d'améliorer les conditions de santé-hygiène-nutrition en milieu scolaire afin d' « améliorer l'état nutritionnel des enfants ». Cependant, l'indicateur associé (taux de couverture en cantine scolaire) est peu sensible à la nutrition.

Genre : la PNG, Politique Nationale du Genre (2009), n'intègre pas la dimension nutrition. La charge de travail des femmes est une contrainte identifiée. La PNG propose de promouvoir des technologies adaptées aux femmes (rurales et vulnérables en priorité) qui leur permettent d'alléger la surcharge de travail. L'enjeu affiché est d'accroître les performances des femmes.

Protection sociale : la **PNPS**, Politique Nationale de Protection Sociale (2012), adopte des objectifs et des indicateurs orientés nutrition ; elle programme sur ses axes non-contributifs des actions ciblées pour les populations vulnérables. La définition de critère de ciblage est un objectif à part entière de la PNPS (et de la PNSAN) qui n'évoque pas la méthode HEA, pourtant opérationnelle. Multisectorielle, la PNPS implique l'ensemble des secteurs contributeurs à la nutrition. La mise en œuvre et le suivi-évaluation de la PNPS nécessiteront des mécanismes de coordination efficaces qui doivent être détaillés. A noter des superpositions entre PNPS, PNSAN, PNDS et PNSR. Une clarification des mandats de chaque institution serait utile.

Une plateforme REACH s'installe au Burkina Faso en 2015. Un plan d'action intersectoriel pour la nutrition devrait être élaboré prochainement.

Enjeux :

- *Révision de la SCADD : renforcer l'engagement du secteur du développement rural dans la production et la promotion de produits nutritifs.*
- *Veiller à la cohérence entre les politiques et clarifier les chevauchements en particulier entre la PNPS, la PNSAN, le PNSR.*
- *Suivi de l'élaboration, du cadre de suivi de la PNSAN (sensibilité à la nutrition des indicateurs)*

Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire a adhéré au SUN en 2013. Certains documents sectoriels analysés tiennent compte des besoins de reconstruction et de relance liées aux crises successives Plusieurs documents de politiques n'ont pas été trouvés : Eau et Assainissement – Nutrition Sécurité alimentaire.

Cadre Général : Le **PND**, Plan National de Développement (2012-2015), est un document sans cadre logique formel. Le DSRP, Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (2009-2013), aujourd'hui caduque, mais dans lequel s'inscrivent plusieurs politiques sectorielles, a été analysé. Sans se fixer d' « objectifs spécifiques ou orientés nutrition », le DSRP adoptait des indicateurs d'impact spécifiques à la nutrition que ce soit sur son axe social (insuffisance pondérale), mais également sur l'axe développement économique avec un indicateur spécifique mais imprécis intitulé «taux de malnutrition» et accolé au domaine «Nutrition». Le volet agriculture du DSRP est essentiellement tourné vers la performance économique du secteur. Il propose cependant des actions qui peuvent avoir des impacts positifs en terme d'amélioration de l'alimentation des ivoiriens (diversification des productions, promotion de la production d'aliments riches en nutriments, amélioration de la disponibilité toute l'année par une amélioration du stockage et de la transformation).

Agriculture : Le **PNIA**, Programme National d'Investissement Agricole (juillet 2010), est inscrit dans le DSRP. Les enjeux sont la modernisation, la valorisation des potentiels de l'agriculture, avec une volonté d'améliorer la qualité des produits (transformation, conservation). Cet objectif qui peut améliorer la disponibilité régulière de produits de qualité sur le marché national et donc conforter la sécurité alimentaire des populations s'inscrit cependant plutôt dans une logique d'amélioration des potentialités commerciales du secteur. Un sous-programme d'appui à l'élevage doit renforcer la sécurité alimentaire en matière de protéines animales. L'objectif est en réalité de réduire un déficit commercial et non les carences alimentaires. Logiquement la mise en œuvre est suivie par des indicateurs de production et d'intensification, et non par des indicateurs de consommation. Le PNIA (comme le DSRP) espère impacter positivement les revenus des producteurs mais aucun indicateur n'est mobilisé pour suivre cet impact. A noter que le PNIA vise la transformation des exploitations familiales agricoles de subsistance en exploitations modernes dont l'essentiel de la production serait destiné au marché. Ce type de mutation peut exposer les producteurs vulnérables à des risques importants en termes de sécurité alimentaire. Dans sa formulation, le PNIA envisage des actions pour les plus vulnérables (producteurs ou consommateurs) mais sans beaucoup de détails et sans indicateur de suivi.

Education : Le PAMT, Programme d'Action à Moyen terme (2011), s'inscrit dans une dynamique de reconstruction post-crise et ne fait aucune mention de la malnutrition. La SNPS pallie à ce manque. Il faut noter dans le PAMT un focus très fort sur la scolarisation des filles, avec des indicateurs genrés sur tous les échelons de l'éducation du préscolaire au supérieur. A noter cependant des mesures incitatives pour la scolarisation des filles limitées à l'échelon primaire.

Genre (non daté) : la nutrition n'est évoquée qu'à travers une ligne de contexte. Le lien entre la nutrition et le genre n'est pas traité dans ce document très succinct.

Santé : Le PNDS (2012) donne une bonne place à la nutrition en termes de budget et en termes

d'activités, que ce soit pour la prise en charge ou la prévention. Le PNDS affiche une volonté d'améliorer l'accès de tous à la santé (voir SNPS) et d'améliorer les pratiques sanitaires par des actions de prévention. On peut regretter que le PNDS n'inclue pas d'indicateurs de prévalence spécifiques à la nutrition.

Protection sociale : La SNPS, Stratégie Nationale de Protection Sociale (2013). La protection sociale non contributive, qui concerne les populations vulnérables, tient une place importante dans la SNPS. La SNPS est orientée nutrition sans inclure d'objectif-indicateur spécifiques à la nutrition. La SNPS prévoit un impact sur la nutrition à travers l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base (éducation et santé) ; mais il est précisé que les activités d'amélioration du niveau de vie des plus pauvres (THIMO) contribueront aussi à la nutrition à travers une meilleure sécurité alimentaire et l'accès aux services sociaux (par ses effets de revenu). Beaucoup d'actions proposées par la SNPS pourront avoir un impact sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle : THIMO, Transferts sociaux prévisibles, gratuité des soins pour les femmes enceintes et les moins de 5 ans, cantines scolaires et gratuité de la scolarisation, accompagnement à la scolarisation des filles, etc. Il faut souligner une réflexion engagée sur le ciblage qui devrait être mobilisée pour l'ensemble des activités prévues. Cette stratégie est portée par les affaires sociales mais avec des mécanismes de coordination, impliquant certains ministères contributeurs (santé et éducation). A noter : l'absence de l'agriculture.

Enjeu :

- *SNPS - Suivre l'élaboration des plans opérationnels de la SNPS, pour veiller à l'adoption d'objectifs et d'indicateurs nutritionnels ; s'assurer que les aspects transferts sociaux soient budgétisés à hauteur des objectifs. Suivre la stratégie de ciblage des vulnérables. A terme : Développer un plaidoyer pour la mobilisation de ces critères pour des actions inclusives des vulnérables dans les secteurs productifs. Inclusion de la SNPS dans le cadre de politique générale.*
- *Révision du PND (2015) : veiller à l'inclusion des enjeux de protection sociale dans le cadre global.*

Guinée

La Guinée a adhéré au SUN en 2013. En fin d'année 2013, le pays initiait l'élaboration d'une politique intersectorielle de nutrition. Les enjeux liés à la crise Ebola ont sans doute mis un coup d'arrêt au processus.

Cadre général : le DSRP, Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (2013). La nutrition apparaît comme un enjeu majeur dans la partie narrative du document : parallèlement aux objectifs de développement de filières exportatrices (palme, café, etc.), la composante agricole du DSRP intègre bien la question de sécurité alimentaire en prenant en compte les enjeux de revenus pour les producteurs mais aussi des aspects de consommation alimentaire. La nutrition est également bien positionnée sur la composante sociale. Malheureusement, au niveau du plan d'actions prioritaires, l'orientation nutrition portée par la partie narrative est considérablement réduite. On remarque en particulier une absence totale d'indicateur nutrition pour les activités liées à l'intensification de l'agriculture et la mobilisation d'indicateurs dont la pertinence est discutable (Valeur Ajoutée du secteur primaire dans le PIB (%). Le DSRP prévoit que chaque secteur mette en place un système de suivi pour identifier les changements intervenus dans le bien-être des individus d'une population spécifique, et qui peuvent être attribués à un programme ou à une politique donnée. Il serait bon de suivre l'application de cette recommandation.

Agriculture : le PNIASA, Programme National d'Investissements Agricoles et de Sécurité Alimentaire (2011), est une version révisée du PNIA qui avait été élaboré avant (2010). L'enjeu de de la révision était en particulier d'améliorer « l'articulation avec la sécurité alimentaire notamment par rapport aux questions relatives à la gestion et la prévention des crises alimentaires et à l'amélioration de la nutrition ». On note dans le PNIASA une volonté d'orienter la production agricole de façon à améliorer la qualité de l'alimentation des populations (tout en limitant le recours aux importations). L'intégration dans le PNIASA d'un sous-programme nutrition prévoyant pour l'essentiel des activités (comme la prise en charge de la malnutrition aiguë) qui ne relèvent pas à priori du champ de compétence du secteur agricole et représente moins de 0,5% du budget global semble par contre être une démarche assez maladroite. Le système de suivi évaluation n'a pas été défini lors de l'élaboration du document mais il devrait inclure des analyses spatiales et temporelles relatives à l'impact des investissements sur la pauvreté, la consommation alimentaire et la nutrition du couple mère enfant au niveau national et local.

Education : La Description du Programme Sectoriel d'Education (2008) est un document peu approprié pour notre étude car manquant de détail. Il mentionne sans aucun détail des interventions nutritionnelles et sanitaires pour l'éducation préscolaire. Il existe à priori en Guinée une politique de l'alimentation scolaire, non trouvée.

Genre : La PNG (2011) décrit les contraintes qui pèsent sur les femmes guinéennes en incluant la malnutrition et se fixe un objectif d'assurer des services de santé de la reproduction de qualité, aptes à réduire, de façon significative, la mortalité maternelle et infantile (…). Cependant, aucun indicateur n'est inclus dans le document analysé.

Santé : seul le **PNDS** (2005-2014) a été identifié. Ecrit en 2004, ce document a été élaboré

avant l'élaboration des protocoles de prise en charge de la malnutrition aiguë. Il évoque les carences nutritionnelles et alimentaires comme maladies prioritaires. La malnutrition n'a pas dans ce document la place qu'elle peut trouver dans les PNDS plus récents des autres pays.

Alimentation et Nutrition : Une politique de Nutrition et d'Alimentation élaborée en 1994, 20 ans pratiquement avant l'adhésion au SUN, a été consultée. Elle se révèle être très multisectorielle. La politique élaborée en 2008 a été étudiée ainsi que le draft d'une politique intersectorielle en cours d'élaboration qui sera portée par le secteur de la santé.

Enjeux

- *Révision du DSRP : veiller à ce que les enjeux nutritionnels soient pris en compte jusque dans les plans d'actions.*
- *Suivre les enseignements du PNIASA, et en particulier son impact sur la pauvreté et l'alimentation locale.*
- *Veiller à ce que la politique intersectorielle de nutrition en cours d'élaboration intègre les enjeux sectoriels sensibles ou orientés nutrition.*

Liberia

Général : Le PSRP, document de Stratégie contre la Pauvreté (2008), présente la lutte contre la malnutrition comme un enjeu important. Néanmoins, la nécessité de mobiliser des actions complémentaires et coordonnées entre différents secteurs n'est pas clairement affirmée. Comme souvent, les indicateurs nutritionnels sont réservés au suivi des actions spécifiques à la nutrition, reflétant une domination du secteur de la santé, y compris les questions de prévention.

Agriculture. Deux documents relatifs au secteur de l'agriculture ont été examinés : **le Liberia Agriculture Sector Investment Program (LASIP, 2010) et la Food And Agriculture Policy and Strategy (2009)**. Réduire la malnutrition apparaît bien comme un objectif spécifique et un volume financier important est orienté vers des objectifs spécifiques à la nutrition. Pourtant, le cadre logique n'est pas vraiment cohérent avec les objectifs énoncés dans le narratif. Les indicateurs de suivi et le système de suivi ne sont pas clairs, ou leur administration ne semble pas encore maitrisée par les services de l'Etat. On peut douter de la sensibilité effective des actions proposées, celles-ci n'étant ni ciblés géographiquement, ni en fonction des catégories de populations vulnérables. Le dispositif de coordination intersectoriel n'apparait pas, et la faible capacité de coordination du MOA est d'ailleurs soulignée. Le document de stratégie agricole antérieur au processus CAADP est beaucoup moins «orienté nutrition». Cela pose la question de l'appropriation effective par le MOA des éléments sensibles à la nutrition présentés dans le LASIP.

Santé : National Health and Social Welfare Policy and Plan (2011-2021). Le plan sanitaire national est globalement faible en ce qui concerne la nutrition : le diagnostic est peu détaillé, la lutte contre la malnutrition n'apparait pas comme un objectif, certaines orientations vont à priori dans la mauvaise direction (absence de ciblage, arrêt de la politique de gratuité des soins, pas de référence à la formation du personnel de santé aux question nutritionnelles...), le dispositif de coordination intersectoriel n'est pas mentionné (inexistant ?) et les indicateurs de suivi sont peu cohérents. Ceci témoigne également de la faible capacité du secteur de la santé à assumer le leadership et la coordination intersectorielle en lien avec la lutte contre la malnutrition.

Education : Mission and Vision for Education in Liberia (2010). Dans ce document, la nutrition est plutôt vue comme un frein à la scolarisation plutôt que comme un problème que le secteur de l'éduction peut contribuer à faire reculer. Logiquement, le système de suivi ne comporte pas d'objectif nutritionnel. Les enjeux de coordination intersectoriels, en particulier avec les secteurs de l'eau et assainissement, n'apparaissent pas.

Eau et assainissement : WASH Sector Strategic Plan For Liberia (2011-2017). Il n'y a pas de lien explicite entre les orientations portées par la politique WASH et la nutrition, en dehors de quelques actions sensibles mais qui ne sont pas présentées – au moins en partie - comme moyen de lutte contre la malnutrition. D'ailleurs, aucun indicateur nutritionnel ne figure dans le système de suivi. Enfin, la politique de l'eau et assainissement est récente (il n'existait pas de politique réservée à ce secteur avant cette version), et au niveau institutionnel elle est rattachée au ministère en charge de la gestion des ressources foncières, des mines et de l'énergie. Cet arrimage institutionnel ne facilite pas l'insertion du secteur de l'eau dans une dynamique intersectorielle impliquant d'autres secteurs.

Genre : La politique de genre (2009) n'identifie pas la lutte contre malnutrition comme un enjeu dans lequel s'inscrire.

Protection Sociale : Social welfare Policy (2009). La politique de protection sociale est encore balbutiante et peu opérationnelle, ce qui explique un grand nombre de faiblesses (engagements peu précis, critères et mécanismes de ciblage encore flous, rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués encore à préciser). Cela dit, les défis liés à la malnutrition sont très faiblement identifiés alors qu'une politique de protection sociale pourrait naturellement contribuer à les relever. L'intégration de la problématique nutritionnelle dans la politique de protection sociale et les actions qui en découleront est un enjeu évident.

La politique de nutrition (2008), portée par le ministère de la santé, n'est pas construite comme une politique multisectorielle.

Enjeux :

- *La sensibilité à la nutrition dans les politiques sectorielles est faible en comparaison avec d'autres pays de la région. La plupart des documents examinés (politiques ou plans) datent de 2008/2009 et vont probablement être remis à jour dans les années qui viennent, offrant une opportunité de les faire évoluer conjointement vers une meilleure intégration de la nutrition.*
- *La mise en place d'un système national et conjoint de collecte et d'analyse de données sur la nutrition et l'alimentation semble être un enjeu important, certaines politiques nationales se référant à des systèmes d'information portés par des institutions internationales pour leur suivi.*
- *La politique de protection sociale émergente, doit, en particulier, s'inscrite dans des objectifs de lutte contre la malnutrition, en veillant à une bonne complémentarité et coordination avec la politique nutritionnelle.*

Mali

Général : le **CSLP**, Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté (2012-2017) fait de la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle l'une de ses priorités. Le ciblage des populations les plus pauvres et la question du genre, deux orientations à laquelle la nutrition est « sensible » sont traitée comme des questions transversales prioritaires, tandis que les enjeux de gouvernance et de coordination spécifiques à la nutrition sont particulièrement soulignés. Néanmoins, alors que des actions et sous objectifs sensibles à la nutrition sont largement présents dans la logique programmatique de la CSRP, seules quelques actions spécifiques à la nutrition sont suivies par des indicateurs nutritionnels ou en lien direct avec la malnutrition. Comme souvent, la compréhension d'une multiplicité des causes en enjeux liés à la malnutrition ne se traduit pas par un système de suivi permettant de retracer les effets relatifs et immédiats sur la prévention de la malnutrition.

Agriculture : Le PNIA, Plan National d'Investissements Agricoles (2010), présente la lutte contre la malnutrition comme l'un de ses principaux objectifs. Pourtant, le document ne présente aucune analyse des causes de la malnutrition dans le contexte Malien. L'approche proposée est articulée autour de plusieurs orientations « sensibles » à la nutrition : augmentation de la disponibilité en produits vivriers (y compris protéinés), appui spécifique aux femmes impliquées dans l'agriculture, et sensibilisation à l'alimentation. Néanmoins, une majorité des budgets prévus reste allouée au développement de filières céréalières avec des objectifs orientés vers l'augmentation de la souveraineté alimentaire plus que vers la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Le dispositif et les mécanismes de coordination avec le secteur de la nutrition ne sont pas abordés, et l'usage d'indicateurs de suivi nutritionnels ou sensibles à la malnutrition non maitrisé.

Sécurité alimentaire : L'un des axes du PNSA, Programme National de Sécurité Alimentaire (2005-2015) traite spécifiquement de la prévention de la malnutrition, tandis que d'autres couvrent des actions sensibles à la malnutrition (gestion et prévention des crises alimentaires), sécurisation, augmentation et diversification de la production alimentaire… Néanmoins, le PNSA est imprécis sur la stratégie de ciblage de ses interventions, et en dehors des interventions de gestion des crises alimentaires, le ciblage ne s'appuie pas sur l'information disponible sur les risques d'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Enfin, le système de suivi et évaluation mélange objectifs et indicateurs et ne permet pas de hiérarchiser effets immédiats et intermédiaires des différentes actions et impacts attendus sur la malnutrition.

Santé : Le **PDDSS**, Plan Décennal De Développement Sanitaire Et Social (2014-2023) propose de traiter de la nutrition et de la santé de la mère et de l'enfant de façon prioritaire. Du fait d'un traitement prioritaire de la question du genre, d'un ciblage prioritaire des régions les plus pauvres et enclavées, et de tentatives (jusqu'à lors non efficaces) de faciliter l'accès aux populations les plus démunies par un dispositif de gratuité, l'engagement vers des orientations « sensibles » à la nutrition est clair. Le système de suivi est cohérent avec le cadre stratégique du plan.

Education : Le Programme d'Investissement pour le Secteur de l'Education n'affiche pas la nutrition comme une question prioritaire. Les cantines scolaires sont préférentiellement ciblées sur les zones en insécurité alimentaire, mais sans objectif nutritionnel spécifique. Les enjeux de coordination avec le secteur de la nutrition ne sont pas évoqués.

Eau, Assainissement et Hygiène : La Politique Nationale de l'Eau (2006) ne met en avant aucun lien avec des objectifs de réduction de la malnutrition. Les enjeux de coordination avec le secteur de la nutrition ne sont pas discutés. Néanmoins, comme souvent, la politique de l'eau propose des orientations « sensibles » à la nutrition sans pour autant afficher ou suivre sa contribution.

Genre : La Politique Nationale du Genre est dans un cas de figure similaire : la problématique nutritionnelle n'est pas traitée, alors que plusieurs orientations sensibles sont poursuivies. On note un déficit d'analyse et de propositions sur les enjeux liés au travail des femmes pendant la période périnatale.

Protection Sociale : Le **PNEPS**, Plan National d'Extension de la Protection Sociale (2010-2014), affiche la lutte contre la malnutrition comme l'un de ses principaux objectifs, en présentant un lien explicite avec la lutte contre la pauvreté extrême. Néanmoins, le plan proposé ne permet pas d'établir des engagements sur des actions précises. Si l'enjeu de la coordination intersectorielle est bien souligné, son traitement n'apparaît pas clairement. Enfin, le système de suivi et évaluation est faible et les indicateurs « nutritionnels » sont mal formulés.

Enjeux :

- *Alors qu'une politique « multisectorielle » de nutrition a été récemment promulguée et déclinée en plan d'action, l'un des chantiers prioritaires est clairement le renforcement de la coordination intersectorielle pour traiter des enjeux liées à la malnutrition alors que plusieurs politiques sectorielles s'y attachent de façon relativement autonome et semble-t-il peu coordonnée. Le leadership de la direction de la nutrition, dépendante du ministère de la santé dont le plan témoigne d'une faible propension à la coordination sectorielle, pourrait avoir besoin d'être renforcé à cet effet.*
- *S'assurer que les systèmes de S&E incorporent des indicateurs de prévalence de la malnutrition quand cela est justifié, et d'autres à même de mesurer les effets intermédiaires des différentes approches pour prévenir la malnutrition chronique et aigue.*
- *S'assurer d'un dialogue effectif entre le secteur de la nutrition et ceux de l'éducation, de l'eau et assainissement, et en charge de la politique de genre.*

Mauritanie

La Mauritanie a été un pays pilote de l'initiative REACH qu'elle a rejoint dès 2008. Elle a adhéré au mouvement SUN en 2011. Elle a récemment élaboré un Plan d'Action Intersectoriel pour la Nutrition (PAIN 2012). Le rattachement sectoriel de la nutrition en Mauritanie est complexe. Le MASEF, le CSA et le MS sont impliqués dans la Prise en charge de la malnutrition aiguë. Le ministère de l'éducation est doté d'une direction nutrition. Dans les documents intersectoriels, la nutrition est tantôt rattachée à la santé (dans le CLPS), tantôt à la sécurité alimentaire (dans la SNPS). La mise en place de structures de coordination et l'adoption du PAIN devraient permettre de clarifier les rôles et les mandats de chaque intervenant.

Général : Le **CSLP**, Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (2011-2015) prend en compte la malnutrition et propose des activités spécifiques sur son axe social « Développement des Ressources Humaines et des Services de Base ». Aucun indicateur autre que les indicateurs OMD n'est mobilisé pour le suivi de la situation nutritionnelle. Aucun budget spécifique n'est associé à la nutrition dans le CSLP.

Santé : Le **PNDS** (2011) prend en compte la malnutrition en particulier à travers son axe 2, « Lutte contre la mortalité infanto-juvénile ». Le PNDS s'engage sur des changements de comportement (indicateur de pratique d'allaitement et d'hygiène par exemple), ce qui implique une forte mobilisation de l'échelon communautaire, pourtant estimé non fonctionnel lors de l'écriture du PNDS. Les actions à l'échelle communautaire gagneraient à être coordonnées avec d'autres acteurs (MASEF, CSA, MDR, Associations locales), ce qui est proposé par le PAIN. Le suivi des pratiques d'alimentation de complément à l'allaitement maternel proposé dans le narratif est abandonné dans le cadre logique. Un ciblage géographique doit permettre d'améliorer l'accès à la santé de zones actuellement sous dotées ; des pistes pour lever la barrière financière de l'accès aux soins sont mentionnées sans qu'aucune ne soit privilégiée. Concernant la prise en charge de la malnutrition aiguë, le PNDS n'aborde pas la nécessaire collaboration avec le CSA-PAM et le MASEF.

Eau et Assainissement : La politique de l'eau (2006) est un document relativement ancien, peu détaillé qui n'aborde pas la question de la malnutrition mais propose des actions locales à conduire avec les structures de santé et les communes pour la promotion de l'hygiène.

Développement rural : la SDSR, Stratégie de Développement du Secteur Rural, écrite en 2013 apparait peu sensible à la nutrition. La recherche de synergie avec la SNSA demeure une option à investiguer pour établir des ponts entre les activités de l'agriculture et de l'élevage et l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. L'opérationnalisation de la SDSR risque d'être retardée du fait des changements institutionnels et la scission du MDR en un Ministère de l'élevage et un Ministère de l'agriculture.

Education : Le PNDSE, Programme national de développement du secteur de l'éducation (2011), propose des actions sensibles à la nutrition, en faveur d'un changement de pratiques d'hygiène et d'alimentation, qui ne sont pas suivies par des indicateurs d'effet ou d'impact. D'un point de vue institutionnel, la mise en œuvre du PNDSE implique 5 entités ministérielles dont le MASEF, en charge de la petite enfance. Le narratif propose dans le cadre de l'éducation préscolaire (0-3 ans) une collaboration avec les centres de santé et le centres de nutrition. Cet élément n'est pas repris dans le plan d'action du PNDS, ni dans le PAIN.

Genre : la Mauritanie n'a pas encore développé de politique nationale du genre. C'est à l'agenda du MASEF pour 2015.

Protection sociale : La **SNPS**, Stratégie Nationale de Protection Sociale (2013) est un document très inclusif ; elle reprend des éléments présentés dans d'autres stratégies ou politiques, en particulier les interventions du secteur de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Cela engendre des chevauchements avec d'autres documents d'orientation et rendra complexe la déclinaison opérationnelle de cette stratégie. A noter que la nutrition (y compris la prise en charge de la malnutrition aiguë) n'est pas rattachée à la section santé, mais à la sécurité alimentaire. Les mécanismes de pilotage de la SNPS ne sont pas finalisés. Un des engagements de la SNPS à suivre est la définition de critères de ciblage de la vulnérabilité et l'élaboration d'une base de données nationale des bénéficiaires des actions d'assistance sociale, activités qui doivent être portées par le Ministère des Affaires Economiques et du Développement et le MASEF.

Sécurité alimentaire : La SNSA, Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire (2012), est un document d'orientation générale. Elle prend en compte les orientations nationales de santé, d'action sociale et de nutrition. Elle adopte un objectif nutritionnel et intègre des interventions nutrition en partie liées à l'intégration des activités du CSA dans les CRENAM. Les indicateurs nutritionnels sont proposés, sans que des objectifs cibles ne soient mentionnés. La SNSA ne s'engage pas sur l'amélioration de la qualité de l'alimentation. Parmi la cinquantaine d'indicateurs retenus, on ne retrouve pas le score de diversité alimentaire.

La SNSA et la SNPS sont des stratégies sans budget détaillé, ce qui limite les appréciations de l'attention portée aux interventions orientées vers la nutrition.

Nutrition : Le PAIN, Plan d'Action Intersectoriel pour la Nutrition (draft provisoire de 2012) est en cours de validation. Ce plan se concentre sur les actions spécifiques à la nutrition. Les ministères de l'éducation et de l'hydraulique ne sont pas impliqués. Les interventions de sécurité alimentaire prévoient des transferts monétaires, mais le budget de ces interventions n'est pas mentionné. La promotion de la diversification de la production et de la consommation des ménages est dotée d'un budget marginal. On trouve dans ces documents des éléments communs sensibles à la nutrition qui sont également portés par les politiques sectorielles tels que les programmes de cantines scolaires, pris en compte dans le PNDSE, la SNSA et la SNPS. La compréhension de la stratégie globale de mise en œuvre serait facilitée si les documents mentionnaient les programmes existants et expliquaient la complémentarité envisagée entre les différentes initiatives et l'éventuelle mutualisation des systèmes de suivi. On peut regretter que certains enjeux nutritionnels décrits dans les politiques sectorielles ne soient pas repris dans le PAIN ; par exemple, il n'intègre pas du tout la question du surpoids et de l'obésité qui concernerait 54% (PNDS) de la population adulte et fait l'objet d'une attention particulière dans le PNDS.

Enjeu :

- *Révision du CSLP (en 2015 ?) - veiller à l'inclusion des stratégies spécifiques et sensibles à la nutrition développées depuis 2011, à leur chiffrage et à la mobilisation d'indicateurs nationaux dépassant les indicateurs des OMD. Clarification de l'articulation entre le PAIN et les politiques sectorielles.*
- *Mise en Œuvre du PNDS - Enjeux : Suivre le développement de la stratégie communautaire ; Faciliter la coordination les autres acteurs communautaires (cohérence PAIN-PNDS) ; Suivre les engagements en terme d'accès aux soins.*
- *Suivre la déclinaison opérationnelle de la SNSA et de la SNPS.*

Niger

Général : Le **PDES**, Plan de Développement Economique et Social (2012-2015), traite la lutte contre la malnutrition comme un enjeu majeur. Il s'appuie sur un diagnostic détaillé, et reconnait la multiplicité des facteurs impliqués et des secteurs à mobiliser. Enfin, le PDES propose un portefeuille d'actions globalement cohérentes entre elles et avec les enjeux soulevés, et attribuées à différents secteurs. Néanmoins, le système de pilotage et de suivi des résultats escomptés s'écarte de ce schéma : seuls les objectifs et actions spécifiques à la nutrition sont suivis avec des indicateurs nutritionnels ou directement reliés à la nutrition, si bien que la mesure de leurs contributions à d'éventuels progrès semble difficile.

L'Initiative 3N pour la Sécurité Alimentaire et le Développement Agricole Durable est une réponse politique à l'urgence et à la nécessité de traiter la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle sur une perspective de long terme. La lutte contre la malnutrition est bien entendu au cœur de la problématique, et figure parmi les objectifs prioritaires. L'I3N est pilotée par un dispositif spécifique et directement relié à la présidence (HC I3N). Là aussi, le portefeuille d'actions proposées est cohérent ; les actions sont ciblées vers les zones à forte prévalence lorsque cela se justifie et combinent prévention et prise en charge des formes aiguës de malnutrition. Le ciblage des « vulnérables » est érigé en principe pour une majorité d'actions. Néanmoins, les critères et les modalités de ce ciblage ne sont pas clairement présentés. Aussi, comme pour le PDES, le système de suivi n'est pas à la hauteur du programme envisagé, mobilisant par exemple des indicateurs de prévalence pour suivre des actions de prise en charge, alors que l'efficacité d'actions de prévention n'est suivie par aucun indicateur nutritionnel.

Santé : le **PDS**, Plan de Développement Sanitaire (2011 – 2015), est cohérent avec ses objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile en mettant l'accent sur l'efficacité et la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Il intègre également plusieurs actions de prévention et l'orientation générale du PNDS est sensible à la nutrition (amélioration de l'accès aux soins par les populations vulnérables et priorité donnée à la santé maternelle et infantile). La prévalence de la malnutrition ne figure pas parmi les indicateurs de suivi de la performance du PDS.

L'Education : le PSEF, Programme Sectoriel de l'Education et de la Formation (2014-2024) n'identifie pas la malnutrition comme une problématique d'intérêt. Plusieurs orientations (formation des enseignants, sensibilisations à la nutrition ou au planning familial dans le secondaire, amélioration de l'environnement sanitaire à l'école) ne sont pas mises en avant par le plan. Néanmoins, le choix des zones ciblées par les programmes d'alimentation scolaire est effectué sur la base de la prévalence de la malnutrition.

Eau et Assainissement : La malnutrition n'est pas identifiée comme une problématique d'intérêt pour le PN-AEPA, Programme National d'Alimentation en Eau Potable et d'Assainissement (2011-2015). Bien que certaines actions favorables à la nutrition soient inclues dans les plan (comme la sensibilisation à l'hygiène), celles-ci ne sont pas explicitement reliées à des objectifs nutritionnels. Par ailleurs, la question du genre est traitée de façon superficielle par le PN-AEPA.

Genre : La problématique de la nutrition est absente de la Politique Nationale du Genre, formulée en 2007.

Protection sociale : Le draft de politique de protection sociale, formulé en 2011 avec l'appui de l'UNICEF place la lutte contre la malnutrition au cœur de ses préoccupations. Un des axes stratégiques est d'ailleurs consacré à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, tandis que d'autres actions spécifiques ou sensibles à la nutrition se trouvent rattachées à d'autres axes. Le principe de ciblage des actions vers les populations « vulnérables » est fortement mis en avant, et propose que la nutrition soit davantage prise en compte dans les critères d'identification des groupes cibles. Les documents de protection sociale, la politique de nutrition et l'initiative I3N se chevauchent très largement sans que la hiérarchie de ces 3 documents ainsi que le leadership des différents dispositifs de coordination intersectoriels ne soit précisé.

Enjeux :

- *S'assurer que les systèmes de S&E incorporent des indicateurs de prévalence de la malnutrition quand cela est justifié, et à même de mesurer les effets intermédiaires des différentes approches pour prévenir la malnutrition chronique et aigue.*
- *Traiter la malnutrition comme un enjeu plus clairement prioritaire dans les politiques éducative, de l'eau et assainissement et de genre.*
- *Clarifier la hiérarchie et coordonner les différentes politiques ou approches multisectorielles pertinentes pour le traitement et la prévention de la malnutrition (I3N, Nutrition, protection sociale).*

Nigeria

Général : Le document de lutte contre la pauvreté le plus récent ayant pu être identifié date de 2004. N'étant aujourd'hui plus pertinent, il n'a pas été analysé. Aucun document de politique fédérale de protection sociale n'a pu être identifié.

Agriculture : le National Agricultural Investment Plan (NAIP 2010-2013), élaboré avec l'appui du processus CAADP, a été analysé. L'analyse de la situation nutritionnelle, de ses causes et du potentiel du secteur agricole pour l'améliorer est faible. Pourtant, le plan d'investissement agricole s'investit clairement et fortement dans des objectifs de sécurité alimentaire, et propose de mesurer sa performance, non seulement au regard de l'augmentation de la productivité agricole, mais aussi de la baisse de la sous-alimentation et de l'augmentation d'indices de consommation alimentaire (combinant quantité et diversité). Le NAIP érige un certain nombre de principes et de groupes cibles privilégiés sur des critères de genre et de vulnérabilité. La définition précise de ces critères et le processus de ciblage relèvent bien sûr de la responsabilité des agences étatiques et non fédérales.

Santé : Le plan stratégique national pour le développement de la santé propose une analyse détaillée de la malnutrition. Des objectifs de lutte contre la malnutrition sont bien entendu inscrits dans le plan, qui combine actions de prise en charge et de prévention. Les groupes cibles sont identifiés et certains mécanismes pour les atteindre sont proposés (risk pooling mecanism). Le principe de priorité donnée aux états les plus fortement touchés par la malnutrition est avancé ; néanmoins, le mécanisme de transfert de ressources n'est pas précisé.

Education : Comme ailleurs dans la région, le plan d'action pour l'éducation (Road map for the Nigerian Education sector 2009) ne traite pas la question de la nutrition comme un enjeu auquel répondre mais comme une contrainte pour atteindre des objectifs éducatifs. On retrouve bien entendu des orientations portées par le secteur de l'éducation favorable à la lutte contre la malnutrition. Néanmoins, dans le cas du Nigeria, plusieurs orientations sensibles ne sont pas mises en avant dans ce plan fédéral : accès aux jeunes filles dans le secondaire, ciblage des programmes d'alimentation scolaire sur base des niveaux d'insécurité alimentaire et nutritionnelle, éducation à la santé et à la nutrition - en particulier pour les jeunes filles dans le secondaire.

Eau et Assainissement : Pour le secteur de l'eau et assainissement, seule une politique fédérale d'assainissement a pu être identifiée (National Water Sanitation Policy 2004). Elle ne traite pas de la malnutrition et certaines actions favorables à la nutrition (par exemple assainissement en milieu scolaire), ne sont pas mises en avant par ce plan. Les critères et modalités de ciblage des actions ne sont pas précisés.

Genre : Le Plan d'action fédéral Genre (National Gender Policy Strategic Framework 2008 – 2013) ne traite pas de la problématique de la malnutrition.

Le Nigeria dispose d'un plan d'action multisectoriel pour la malnutrition (2005-2015), hébergé par le commissariat au Plan.

Le Nigeria est un cas à part : les documents examinés sont des documents de politique fédérale, et la plupart des services publics sont rendus par des administrations relevant des Etats. Il est donc délicat d'interpréter la pertinence des politiques publiques à la lumière de ces documents. Aussi, les disparités géographiques (notamment entre le nord et le sud) sont très fortes, et si celles-ci sont bien identifiées comme un enjeu pour le niveau fédéral, il reste difficile d'apprécier la cohérence des politiques sectorielles relevant du niveau fédéral alors que les difficultés se concentrent dans une partie du pays. Enfin, plusieurs documents n'ont pas pu être identifiés pour le Nigeria. En somme, si l'analyse de certains documents a été utile pour renseigner l'étude dans son ensemble, il semblerait hasardeux de formuler des conclusions spécifiques au Nigeria sur la base de l'information analysée.

Sénégal

La nutrition est pilotée au Sénégal par une structure interministérielle (Santé, Education, Economie, Décentralisation, Commerce, Industrie et Agriculture), la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM). La CLM a été créée en 2001 et est placée sous l'autorité du premier ministre. Le Sénégal a adhéré au SUN en 2011.

Cadre général : La malnutrition est présentée dans l'analyse de contexte de la SNDES, Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (2013). Elle constitue un enjeu associé à la sécurité alimentaire et à la santé. Des actions de promotion d'une alimentation diversifiée sont programmées sur le volet nutrition et sur le volet sécurité alimentaire, mais aucun indicateur ne permettra de mesurer l'impact de ces promotions. Aucun indicateur spécifique à la nutrition (prévalence de la malnutrition ou mortalité) ne permet de suivre l'impact de la SNDES. Un indicateur nutritionnel est associé aux activités santé-nutrition, mais il est mal formulé (« Pourcentage d'enfant 0 – 5 ans bénéficiant de service de nutrition ») ; les activités de développement rural sont suivies par des indicateurs de productivité ; aucun indicateur n'est associé au suivi des activités de sécurité alimentaire.

Agriculture : L'enjeu majeur du **PNIA**, Programme National d'Investissement Agricole (2011), est d'améliorer les capacités de production de l'agriculture sénégalaise pour assurer un développement économique qui doit s'accompagner d'une réduction de la pauvreté et d'une amélioration de la sécurité alimentaire. A noter que l'élevage qui contribue très fortement à la lutte contre la pauvreté est relativement peu soutenu. Le cadre logique déjà établi fixe des objectifs de réduction de l'incidence de la pauvreté en zone rurale et urbaine. Des indicateurs de sécurité alimentaire sont mentionnés dans le texte (comme par exemple taux de couverture des besoins céréaliers, en lait et en viande) mais non repris dans le cadre logique. Le PNIA propose, comme en Guinée, d'analyser à l'échelle nationale et locale, l'impact des investissements sur la pauvreté, la consommation alimentaire et la nutrition de l'enfant.

Sécurité alimentaire : Le PNASA, Programme National d'Appui à la Sécurité Alimentaire, qui opérationnalisait une stratégie nationale pour la sécurité alimentaire est terminé. Le Sénégal ne dispose pas de politique ou plan pour la sécurité alimentaire.

Genre : La SEEG, Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre au Sénégal (2005), est un document très complet et bien construit. La malnutrition est brièvement évoquée comme une contrainte affectant la santé des femmes. Sans prendre en compte les questions de nutrition, la SNEEG adopte des objectifs que l'on peut qualifier d'orientés nutrition : favoriser l'égalité d'accès, de chance, de réussite et d'achèvement à tous les niveaux du système éducatif ; participer à l'accroissement du taux d'utilisation de la planification familiale tant en milieu rural qu'en milieu urbain. La SNEEG couvre la période 2005-2015. Son évaluation et sa révision méritent d'être suivies.

Santé : Le PNDS (2009) s'engage à réduire la mortalité infantile, ce qui est un objectif que l'on qualifie de sensible à la nutrition. Cependant le PNDS est très peu axé sur la malnutrition ; le plan ne présente pas dans son analyse de la situation de données spécifiques au contexte sénégalais. La prévalence de la malnutrition n'est pas mentionnée dans les indicateurs clé du Sénégal. Il ne mentionne pas l'existence de la CLM. La matrice d'actions prioritaires ne fait pas référence à des actions spécifiques à la nutrition. A noter que la question de la barrière financière à l'accès aux soins est évoquée dans le PNDS. Le

Sénégal envisage la mise en place d'une CMU. Ce processus en cours mérite d'être suivi. Le PNDS est un document relativement ancien, ce qui peut expliquer le faible focus nutritionnel ; il couvre la période 2009-2018. Les acteurs de la nutrition peuvent anticiper sa révision pour veiller à une meilleure prise en compte de la malnutrition à l'avenir.

Education : Le Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Equité et de la Transparence (PAQUET) du Secteur de l'Education et de la Formation (2013) est un document qui encadre tous les champs de l'éducation, de la petite enfance à l'enseignement supérieur. Les mécanismes de coordination avec les autres secteurs contributeurs qui peuvent être associés aux actions (santé, agriculture, hydraulique) ne sont pas détaillés. Le Paquet n'avance pas formellement d'objectifs nutritionnels mais proposent plusieurs actions très sensibles à la nutrition : Suivi pondéral, de la croissance, de l'état sanitaire, etc., sur le volet Développement intégré de la petite enfance, avec un indicateur intitulé « Etat nutritionnel des enfants améliorés » ; la formation des personnels du niveau central et déconcentré en santé nutrition, protection ; la confection de guides en santé nutrition environnement pour les écoles ; la formation des volontaires relais, des facilitateurs relais et des volontaires communautaires à la nutrition ; le développement des cantines scolaires ; l'installation de latrines et points d'eau dans les écoles.

Enjeux :

- *Suivre les analyses d'impact du PNIA.*
- *Hors Secteur contributeur : Mise à jour de la politique de Nutrition. La Lettre de politique de développement de la nutrition date de 2006.*

Sierra Leone

Général : L'analyse de la politique générale porte sur : Sierra Leone's Third Generation Poverty Reduction Strategy Paper (2013 – 2018). La problématique de la malnutrition est très présente dans l'analyse diagnostic et dans les engagements politiques avancés. Les orientations proposées insistent sur la question de la prise en charge et de l'assistance aux personnes vulnérables à l'aide d'instruments de protection sociale. Par contre, les liens avec les pratiques alimentaires, la disponibilité diversité et la qualité des produits alimentaires sont très peu évoqués et traités. La prévalence des différentes formes de malnutrition n'est pas utilisée comme indicateur de suivi.

Agriculture : Le National Sustainable Agriculture Development Plan (2009), issu du processus CAADP, a été analysé. La lutte contre la malnutrition n'est pas présentée comme un enjeu auquel répond la politique agricole. Si certaines actions s'adressent particulièrement aux populations pauvres, la politique s'inscrit essentiellement dans des objectifs d'augmentation de la productivité – qui peuvent éventuellement avoir des impacts positifs sur la nutrition – sans traiter de la question de la consommation alimentaire (diversité, qualité, pratiques, etc.). Le rôle des différents acteurs n'est pas précisément présenté, et les acteurs de la santé, de la protection sociale, et de l'eau ne semblent pas avoir été consultés. Dans ces conditions, le système de S&E (par ailleurs très peu détaillé) ne permet pas de suivre la contribution du secteur à l'amélioration de nutrition.

Santé : Le Plan Stratégique National pour le Secteur de la Santé (2010-2015) ne présente pas d'analyse de la situation nutritionnelle. Si la prise en charge et la prévention de la nutrition font bien partie du paquet minimum de services dont la politique se propose de favoriser l'accès au plus grand nombre, et en particulier les pauvres par des mesures de gratuité, les actions concernant spécifiquement la nutrition sont peu détaillées. Les mesures de gratuité, visant l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins de base, sont ciblées sur certaines zones géographiques (rurales et péri-urbaines).

Education : Le Plan sectoriel d'Eduction 2007-2015 ne s'inscrit pas dans un objectif de lutte contre la malnutrition (ni analysé, ni suivi). Néanmoins, un certain nombre d'orientations, visant des objectifs sectoriels, sont favorables à une réduction de la malnutrition.

Eau et Assainissement : La politique de l'eau et assainissement (National Water And Sanitation Policy, 2010) ne s'inscrit pas explicitement dans un objectif de lutte contre la malnutrition. Si ce secteur est « naturellement » porteur d'orientations sensibles à la nutrition, la politique nationale n'est pas clairement proactive sur les questions d'accès aux plus pauvres (l'accent est d'avantage mis sur le recouvrement des coûts que sur l'équité) et sur l'implication des femmes, deux orientations importantes dans le cadre d'une stratégie intégrée de lutte contre la malnutrition.

Genre : La politique nationale de genre n'a pas pu être identifiée, et le document « Ministry Of Social Welfare, Gender And Children's Affairs Strategic Plan 2014-2018 » a été examiné. La problématique de la malnutrition n'est pas traitée dans ce document, par ailleurs essentiellement tourné vers le renforcement des capacités du Ministère.

Protection sociale : Le document examiné (National Draft Policy Framework for Social Protection in Sierra Leone, 2009) est un document provisoire. Le plan d'action n'est pas encore développé donc les objectifs précis et le dispo-

sitif de suivi et évaluation n'y sont pas présentés. Bien que la réduction de la malnutrition ne soit pas clairement identifiée comme un enjeu auquel la politique apporte une série de réponses, les chevauchements avec la politique et le plan d'action nutrition (intersectoriel) sont nombreux. Pour ce qui concerne la protection sociale, le rôle et les responsabilités des différents ministères sectoriels ne sont pas précisément définis. L'un des points intéressants de ce document de politique est que chaque action identifie - plus ou moins précisément, mais systématiquement - un groupe cible. Malgré cela, les mécanismes de ciblage ne sont pas vraiment explicités, reconnaissant d'ailleurs que l'information nécessaire n'est pas souvent disponible.

Nutrition : Une politique nutritionnelle multisectorielle a été récemment adoptée (2009). A ce stade, de nombreuses actions inscrites dans la politique nutritionnelle ne se retrouvent pas inscrites dans le politiques sectorielles.

Enjeux :

Un des enjeux est de s'appuyer sur cette politique multisectorielle pour encourager l'adoption de mesures sensibles par les politiques sectorielles. Il serait pour cela important d'adapter le rythme et la séquence des actions de plaidoyer aux agendas prévisionnels de révision des politiques sectorielles. Malheureusement, le PSPR 3 vient d'être publié et semble représenter une occasion manquée pour initier un mouvement dans ce sens.

Le dispositif institutionnel actuel et la conception de la collaboration intersectorielle présentée dans le document de politique nutritionnelles (qui présente les autre secteurs comme des « partenaires opérationnels » alors que certains pan relève clairement de leur mandat) demande peut être d'avantage d'ouverture de la part du secteur de la santé.

Il se pose, comme partout ailleurs, la question du chevauchement et de la coordination entre politiques nutritionnelle multisectorielle, et politique de protection sociale émergente.

Tchad

Le Tchad est membre du REACH depuis 2012 et du SUN en depuis 2013. La plateforme multisectorielle REACH a facilité le développement en novembre 2013 de la PNNA, Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation (2014-2025), qui a été déclinée en 2014 en PAINA, Plan d'Action Intersectorielle de Nutrition et d'Alimentation. Le PAINA n'était pas encore adopté en novembre 2014.

Cadre général : Le PND, Plan National de Développement (2013-2015), identifie la malnutrition comme une contrainte pesant sur le contexte tchadien et se fixe des objectifs nutritionnels. Les interventions en faveur de la nutrition programmées sont peu détaillées dans ce document général. Les interventions du développement rural poursuivent des objectifs de production. Le PND ne présente pas de forte orientation nutrition ni de volonté d'intervenir de manière intersectorielle.

Secteur rural : Le PNSIR, Plan National d'Investissement du secteur rural (2014-2020), tient compte de la malnutrition dans l'analyse du contexte et se fixe des objectifs de réduction de la prévalence de la malnutrition chronique, de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté à l'échelle nationale. La nutrition est présentée comme une thématique transversale. Cependant, les actions « nutritionnelles » spécifiques ou sensibles sont cantonnées sur un des cinq programmes du Plan. Elles apparaissent marginales d'un point de vue budgétaire. L'essentiel des ressources sont allouées au développement des infrastructures rurales et des filières, pour des interventions dont on évalue la contribution à la production nationale sans mesurer leurs impacts spécifiques sur les revenus des producteurs ciblés, ou sur l'alimentation et le statut nutritionnel des producteurs et des ménages des zones d'intervention.

Santé - PNDS (2013) : La nutrition est très présente dans le PNDS2, mentionnée sur 4 des 7 axes d'intervention sans que le détail des activités ne soit forcément donné. Les activités et réflexions engagées pour la mise en place de la couverture universelle de santé et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes doit être suivie car une telle mesure de protection sociale peut contribuer à une amélioration de la situation nutritionnelle. On peut noter que le PNDS ne détaille pas le volet communautaire des interventions et ne mentionne pas de réelles intentions d'améliorer les comportements en termes d'allaitement, d'alimentation ou de soins. Le PNDS a été élaboré en même temps que le PNNA mais n'évoque pas les interventions que lui confie le PNNA. Le PNDS ne mentionne pas les activités liées à l'hygiène et à l'assainissement qui relèvent de sa responsabilité, ni les investissements nécessaires pour doter les formations sanitaires en latrines et points d'eau conformément au code de l'hygiène de 2011.

Agriculture : Le PQDAT, Plan Quinquennal de Développement de l'Agriculture Tchadienne (2013), intègre une analyse rapide de la situation nutritionnelle et ambitionne d'impacter positivement la sécurité alimentaire et la situation nutritionnelle. Certaines composantes de l'axe 2 semblent pertinentes pour améliorer l'alimentation des populations mais le PQDAT ne proposent pas d'indicateurs permettant de mesurer les effets de ces interventions sur les revenus et l'alimentation ni leur impact réel sur la malnutrition. Le volume budgétaire de ces interventions est par ailleurs marginal.

Le Plan National de Développement de l'Elevage ne valorise pas la capacité du secteur de l'élevage à contribuer à la santé et à la lutte contre la malnutrition. Des éléments en faveur des femmes et des enfants énoncés dans le narratif (école et centre de santé pour nomades,

formation de matrones, etc.) n'apparaissent pas de manière claire dans les plans d'action détaillés. Le PNDE cible un impact sur la pauvreté à l'échelle nationale sans chercher à mesurer l'impact de son intervention propre.

Sécurité Alimentaire : Le PNSA, Programme National de Sécurité Alimentaire (2014-2018), prend en compte la malnutrition dans l'analyse du contexte et se fixe des objectifs nutritionnels. L'essentiel du programme cherche à accroitre la disponibilité alimentaire dans un objectif de souveraineté alimentaire. Il promeut la diversification des productions sans l'associer à la promotion d'une alimentation diversifiée. Les populations vulnérables ne sont réellement prises en compte que dans le sous-programme gestion des crises. La nutrition est cantonnée à un volet associé à la prévention des crises, dotée d'un budget très limité. Les interventions orientées nutrition proposées intègrent des actions de supplémentation (fer, vitamine A et iode) et des actions de sensibilisation qui seraient associées aux sensibilisations à l'hygiène.

Protection sociale : La SNPS, Stratégie Nationale de Protection sociale (2014-2018), envisage d'institutionnaliser des transferts monétaires vers les plus vulnérables, de faciliter l'accès à la santé et à l'école, en particulier des filles, et de soutenir des interventions spécifiques à la nutrition. Des points restent à clarifier : en particulier, les critères de ciblages de populations vulnérables ne sont pas définis. Les enjeux liés à la gratuité des soins semblent en cours d'étude et doivent être suivis avec attention. Le positionnement des services de l'actions sociale qui interviendraient en appui à des ministères sectoriels chargés de la sécurité alimentaire, de l'éducation, de la nutrition et de la santé, représente également un défi.

Eau et Assainissement : Dans le SDEA, Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement (2003-2020), la malnutrition est évoquée dans l'analyse de contexte. Le SDEA prévoit des actions de sensibilisation pilotées par la MSP et propose de suivre les impacts des interventions sur l'évolution des maladies hydriques.

Genre : La PNG, Politique Nationale de Genre (2009), n'aborde pas du tout la question de la nutrition.

Education : La Stratégie intérimaire pour l'Education et l'Alphabétisation (2013-2015) est un document assez succinct qui n'aborde pas la question de la nutrition. Par contre, le Plan d'Action National de l'Education pour tous, plus ancien (2004), intègre des actions orientées nutrition sur son volet petite enfance. La scolarisation des filles est un objectif suivi par des indicateurs genrés, avec des actions pour faciliter l'accès à l'école et la rétention (exonération de cotisation, réglementation de l'âge de mariage).

Nutrition : La PNNA, la Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation et son plan d'action pour 4 ans, le PAINA, en cours de validation, constituent une nouvelle étape de la lutte contre la malnutrition au Tchad ; cette politique multisectorielle doit permettre la mobilisation de l'ensemble des secteurs contributeurs dans la lutte contre la malnutrition. La PNNA se veut multisectorielle mais reste dominée par le secteur de la santé (qui est en responsabilité sur des activités de promotion de l'ATPC) et, dans une moindre mesure, par la sécurité alimentaire. Certaines activités proposées par la PNNA sont déjà mentionnées dans d'autres politiques ou programmes mais les liens entre la PNNA et les initiatives sectorielles existantes ne sont pas mis en avant. Par ailleurs, une organisation des interventions de la PNNA sur des « axes secto-

riels » risque de limiter la recherche de convergence entre les secteurs. L'axe Nutrition et sécurité alimentaire de la PNNA ne propose pas formellement de sensibilisation aux bonnes pratiques d'alimentation ; l'amélioration de l'accès à l'alimentation des plus vulnérables par des mesures de protection sociale est un axe d'intervention proposé, mais non budgétisé. Les interventions de sécurité alimentaire de la PNNA doivent par conséquent être suivies pour que les financements de la nutrition ne soient pas réaffectés à un soutien à la production sans engagement pour l'alimentation et la nutrition des populations.

Enjeux :

- *Appuyer l'adoption de la PNNA.*
- *En 2015 : Révision du PND, du PNDS et du PNA/EPT : veiller à l'inclusion des stratégies nutrition développées dans le cadre de la PNNA et à la mobilisation d'indicateurs nationaux sensibles à la nutrition dans les documents sectoriels et les documents cadres.*
- *Suivre les travaux engagés pour réduire les barrières financières d'accès aux soins (PNDS, SNSPS).*
- *Clarifier la coordination des programmes de transferts monétaires actuellement conduits par le Ministère de l'agriculture.*
- *Rechercher des synergies entre programmes de protection sociale, de nutrition et les programmes de développement des capacités de production animales et végétales.*

ACTION
CONTRE LA
FAIM
ACF INTERNATIONAL

afd
AGENCE FRANÇAISE
DE DÉVELOPPEMENT

ACF
INTERNATIONAL