

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

Edition 2013

Sommaire

Acronymes	3
1. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC.....	5
2. RAISONS POUR INVESTIR DANS LA NUTRITION	6
3. ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN RDC	8
3.1. Principaux problèmes nutritionnels en RDC.....	8
3.2. Causes de la malnutrition en RDC.....	11
3.3. Interventions en cours dans le domaine de la nutrition.....	14
3.4. Défis pour l'accélération des progrès en nutrition.....	19
4. PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION	20
4.1. Vision.....	20
4.2. But	21
4.3. Objectifs.....	21
4.4. Principes directeurs.....	21
4.5. Axes stratégiques	23
4.6. Cadre institutionnel de coordination.....	32
4.7. Suivi et évaluation	35

Acronymes

AEN	: Actions Essentielles de Nutrition
ASPE	: Aliments Supplémentaires Prêts à l'Emploi
ATPE	: Aliments thérapeutiques Prêts à l'Emploi
BDOM	: Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BN-TDCI	: Bureau National de lutte contre les TDCI
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CIN	: Conférence Internationale sur la Nutrition
CSLM	: Code de commercialisation des substituts du lait maternel
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EPSP	: Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
FAO	: Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture (Nations Unies)
PFRDV	: Pays à Faible Revenu et à Déficit Vivrier
HKI	: Helen Keller International
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IHAB	: Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INS	: Institut National de la Statistique
IPC	: Cadre Intégré de classification de la Sécurité alimentaire
MAG	: Malnutrition Aiguë Globale
MAM	: Malnutrition Aiguë Modérée
MARSAVO	: Compagnie de fabrication de margarine, d'huile et de savon
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MICS	: Enquête par grappes à Indicateurs Multiples
MIDEMA	: Minoterie de Matadi
MILDA	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action
NAC	: Nutrition à Assise Communautaire
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la santé
ONG	: Organisations Non Gouvernementales
PAM	: Programme Alimentaire Mondiale
PCIMA	: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCCMA	: Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PFRDV	: Pays à Faible Revenu et à Déficit Vivrier
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	: programme National Multisectoriel de lutte contre les SIDA
PNSA	: Programme National de Sécurité Alimentaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
SADC	: Communauté pour le Développement des pays de l'Afrique Australe
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SNSAP	: Système de Surveillance Nutritionnelle, de Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
SUN	: Scaling Up Nutrition
TDCI	: Troubles dus à la Carence en Iode
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNS	: Unité de Nutrition Supplémentaire
UNTA	: Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	: Unité de Nutrition Thérapeutique Intensive

Déclaration d'engagement pour le développement de la Nutrition en République Démocratique du Congo

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo;

Considérant les engagements pris par l'État congolais pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et ceux fixés par différents Sommets internationaux visant la réduction de la malnutrition pour l'amélioration de la santé et la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle;

Considérant que la malnutrition a une origine multifactorielle, exigeant une réponse multisectorielle;

Estimant totalement inadmissibles les taux élevés de malnutrition qui caractérisent notre pays la RDC, depuis des décennies;

Conscients que la malnutrition constitue un obstacle au développement socio-économique du pays;

Reconnaissant que les dépenses pour la nutrition constituent un investissement et non une charge sociale;

Reconnaissant que la réduction de la malnutrition constitue un investissement social, ayant un bénéfice très élevé sur l'investissement économique;

Décide de faire de la nutrition une priorité pour contribuer au développement socio-économique et à l'accélération des progrès pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'autres objectifs internationaux fixés pour la réduction de la malnutrition auxquels la RDC a souscrits;

Prend l'engagement d'inscrire la composante nutritionnelle dans tous les plans de développement du pays;

Promet de soutenir la réalisation des objectifs énoncés dans le présent document de politique, par des interventions multisectorielles efficaces et durables, afin de juguler le fardeau de la malnutrition, réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile et garantir un potentiel humain valide nécessaire pour le développement national et la reconstruction du pays.

Le Premier Ministre

Augustin Matata Ponyo Mapon
Chef du Gouvernement

1. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC

La République Démocratique du Congo (RDC), pays situé en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur, a une population estimée à 80.462.000 en 2013 selon les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique (INS), croissant à un rythme de 3 % par an et répartie sur une superficie de 2.345.410 km².

La RDC possède un important potentiel en ressources naturelles. Son sous-sol regorge de nombreux métaux précieux. La pluviométrie y est abondante, avec une alternance Nord Sud; son hydrographie est dominée par le bassin du fleuve Congo, long de 4.670 km, et ses affluents ainsi que de nombreux grands lacs dont les Lacs Tanganyika et Albert, les plus poissonneux du monde ayant respectivement 32.900 km² et 4500 km² de superficie. Le barrage d'Inga, sur le fleuve Congo, à 200 km de Kinshasa, reste ainsi le plus gros potentiel hydroélectrique d'Afrique. La végétation de la RDC couvre l'immense zone de la forêt équatoriale (125 millions d'hectares) et des savanes à grande valeur pastorale, qui regorgent d'une faune abondante et variée. Le pays possède 80 millions d'hectares de terres arables dont 4 millions irrigables, un potentiel halieutique estimé à 707.000 tonnes de poissons par an et des savanes pouvant abriter 40 millions de têtes de gros bétail.

Le potentiel économique du pays est considérable. Paradoxalement, la RDC est classée parmi les Pays à Faible Revenu et à Déficit Vivrier (PFRDV). Le PIB par habitant, en dollar constant, est de 290 \$US (PNUD 2011). Environ 70% de la population de la RDC vivent en dessous du seuil de pauvreté, dont 52% sont extrêmement pauvres. L'incidence de la pauvreté reste forte tant en milieu urbain qu'en milieu rural. En 2013, le pays est classé dernier selon l'Indice de Développement Humain du PNUD. Près de 70% de la population vivent en milieu rural, essentiellement de l'agriculture de subsistance, de la chasse et de la pêche artisanale. L'emploi repose essentiellement sur le secteur informel.

La RDC connaît depuis son accession à l'indépendance des conflits armés et crises socio-politiques; le climat politique s'est relativement apaisé avec le rétablissement des institutions suite aux élections de 2006 et 2011. La situation sécuritaire s'est aussi améliorée, en dépit de la persistance de poches d'insécurité dans la partie de la RDC; des efforts sont déployés par le Gouvernement de la République sur les plans politique, diplomatique et militaire, afin de trouver une solution définitive aux conflits armés et à l'insécurité qui perdurent dans cette partie du pays. La menace d'un nouveau conflit dans la région des Grands Lacs a conduit la communauté internationale à se mobiliser en vue d'une solution politique durable, notamment avec l'Accord-cadre régional proposé par le Secrétaire général des Nations Unies signé le 24 février 2013 à Addis-Abeba entre onze Etats de la région, en présence de quatre garants : les Nations-Unies, l'Union Africaine, la SADC et la Conférence internationale de la région des Grands Lacs.

L'accès aux services sociaux de base tels que santé, éducation, eau potable, assainissement et électricité reste encore déficitaire. Environ 7 millions d'enfants en âge de scolarité ne fréquentent pas l'école (Enquête EAD 2011). Le taux net d'admission au primaire est de 51,3%, avec un taux d'achèvement qui n'est que de 14,4%, et le taux net de fréquentation du secondaire est de 31,8% (MICS-2010). Seulement 30% des populations ont accès aux soins de santé adéquats, 46,5% des ménages utilisent une source d'eau de boisson améliorée, seul un ménage sur 15 (6%) utilise des installations sanitaires améliorées et 1 % de la population a accès à l'électricité.

Toutefois, les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile, quoiqu'encore élevés, ont baissé sensiblement entre 2001 et 2010, passant respectivement de 213 à 158 décès pour 1000 naissances vivantes et de 850 à 540 pour 100.000 naissances vivantes.

2. RAISONS POUR INVESTIR DANS LA NUTRITION

Une bonne nutrition dès la vie intra-utérine est essentielle pour la bonne croissance affective, physique et cognitive de l'enfant. La nutrition est un droit fondamental pour l'enfant, que l'Etat doit lui garantir, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée Générale des Nations-Unies en novembre 1989, en son article 24 relatif au droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible notamment par la lutte contre la maladie et la malnutrition.

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant protègent les enfants contre les maladies et leur assurent un développement physique et psychoaffectif harmonieux; elles contribuent également à réduire la mortalité néonatale de 22% et la mortalité infanto-juvénile de 19% lorsqu'elles sont appliquées à grande échelle (Séries Lancet 2003). Dans les pays en développement, du fait de la sous-alimentation et de la malnutrition, des dizaines de millions d'enfants meurent chaque année ou n'arrivent pas à réaliser leur plein potentiel de développement physique et intellectuel.

La malnutrition aiguë augmente significativement le risque de mortalité au sein des enfants de moins de 5 ans. Dans les pays en développement, elle augmente de 4 à 9 fois le risque de mortalité chez les enfants qui en sont atteints.

La malnutrition chronique, responsable du retard de croissance, s'installe tôt suite à des causes qui prennent leur origine de la conception jusqu'à l'âge de deux ans (les 1000 premiers jours de la vie). Les enfants ayant souffert de malnutrition chronique gardent des séquelles pour le reste de leur vie. En effet, les atteints de retard de

croissance ont un développement cognitif compromis, réduisant leur potentiel d'apprentissage qui se manifeste par des performances inadéquates et des abandons scolaires. A l'âge adulte, le retard de croissance se traduit par une baisse de productivité qui est la résultante de faibles capacités physiques et d'apprentissage. On estime ainsi que les adultes qui ont souffert d'un retard de croissance dans leur enfance ont une baisse de productivité de 22 % comparativement à ceux qui n'en ont pas souffert.

Les carences en micronutriments augmentent le risque de maladies infectieuses et de mortalité y associée. Ces carences causées par un apport insuffisant en vitamines ou en minéraux et/ou leur mauvaise utilisation par l'organisme, ont des conséquences graves, parfois irréversibles, tels que l'anémie grave, des anomalies congénitales, la cécité, le retard mental et les difficultés d'apprentissage.

Les groupes à risque élevé de diverses formes de malnutrition sont les jeunes enfants, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les personnes déplacées, les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH et les tuberculeux.

La nutrition est étroitement liée à tous les 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et est donc centrale au développement.

Sur le plan économique, financier et humain les taux élevés de morbidité, de mortalité et la baisse de productivité, liés à la malnutrition, entraînent d'importantes pertes économiques pouvant aller jusqu'à 3% du produit intérieur brut (PIB). Le Consensus de Copenhague de 2013 a clairement établi que les dépenses effectuées dans la cadre de la nutrition constituent un investissement rentable ayant un retour sur investissement de 1 à 30, et ne représente donc en aucun cas une charge sociale.

En RDC, l'impact économique potentiel de l'investissement dans la nutrition en termes de retour sur investissement est très important, tout comme sont très élevées les pertes économiques potentielles qui résulteraient du manque d'intervention dans le domaine de nutrition. En utilisant le modèle mis au point en 2012 par le Consensus de Copenhague, il est estimé que pour un investissement total d'environ 200 millions de dollars par année pendant 5 ans dans les interventions de nutrition, le retour sur investissement ou le bénéfice économique attendu serait de plus de 15 milliards de dollars.

Investir dans la nutrition, c'est donc assurer des ressources humaines productives, garantes d'un développement socio-économique durable. La prise en compte de la nutrition dans les plans d'action des différents secteurs nationaux augmenterait fortement le succès des efforts de la RDC pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

3. ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN RDC

3.1. Principaux problèmes nutritionnels en RDC

La malnutrition impose un double fardeau à la population en RDC : d'abord la sous-nutrition, qui affecte un grand nombre d'enfants de moins de 5 ans et d'autres populations vulnérables, et ensuite la surnutrition, qui touche de plus en plus, les populations les moins fortunées aussi.

3.1.1. Sous-Nutrition

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC; elle inclut la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments (minéraux et vitamines). Les diverses formes de malnutrition touchent surtout les jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, les PVVIH, les tuberculeux, les personnes de troisième âge et les déplacés internes.

a. Malnutrition chronique (retard de croissance)

La malnutrition chronique se manifeste par une petite taille pour l'âge (retard de croissance), suite généralement à une alimentation déficitaire en macronutriments et micronutriments, et/ou à de maladies, survenues pendant une période longue. En RDC, selon l'enquête MICS-2010, près de la moitié des enfants de moins de cinq ans (43%), soit 6.539.149 enfants, souffrent de malnutrition chronique. Le retard de croissance compromet le développement physique et intellectuel des enfants.

b. Malnutrition aiguë (émaciation)

La malnutrition aiguë entraîne la maigreur (émaciation); elle est la conséquence d'une alimentation déficitaire en macronutriments et micronutriments, et/ou de maladies survenues à court terme, provoquant une perte de poids. L'Enquête MICS-2010 a montré que la malnutrition aiguë globale (MAG) affecte plus d'un enfant sur 10 (10,7%) au sein des enfants âgés de 6 à 59 mois, dont près de la moitié (5,2%) sous sa forme sévère y compris 2,5% d'enfants souffrant de la forme œdémateuse, associée à un risque très élevé de mortalité. Suivant ce taux de prévalence, rapportée à la population estimée pour 2013, environ 1.627.183 enfants souffrent de malnutrition aiguë en RDC dont 836.402 enfants (5,5%) affectés de malnutrition aiguë modérée. Sur une période d'une année, le nombre attendu de cas de malnutrition aiguë sévère est estimé à environ 2.000.000 d'enfants. La moyenne nationale cache d'importantes disparités régionales; en effet, il existe plusieurs territoires où le taux de malnutrition aiguë globale dépasse le seuil d'urgence (15%).

c. Insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale reflète les deux précédentes formes de malnutrition (chronique et aiguë). En RDC, un enfant sur quatre (24,2 %) souffre d'insuffisance pondérale, soit 3.680.171 enfants, rapporté à la population estimée en 2013 en RDC, et 10% des nouveau-nés ont un faible poids (< 2500 g) à la naissance (MICS, 2010).

d. Sous-nutrition chez les femmes

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Selon l'EDS-2007, 18,5% des femmes de 15 à 49 ans souffrent de sous-nutrition en RDC, soit 2.832.900 femmes fragilisées et aux capacités physiques diminuées. La malnutrition de la mère affecte notamment l'évolution du fœtus, le poids et la santé du nouveau-né, et compromet le développement et la croissance ultérieurs de l'enfant.

e. Sous-nutrition chez les personnes vivant avec le VIH

L'étude publiée en 2013 sur la prise en charge nutritionnelle par le PNLS a montré que 51,9% des PVVIH sont malnutris à leur admission sous traitement antirétroviral; seulement 9,2% des PVVIH reçoivent un soutien nutritionnel. L'étude montre également l'impact positif du soutien nutritionnel chez tous les PVVIH assistés, que ce soit sur le plan clinique par le gain de poids ou sur le plan biologique par la réduction du taux d'anémie. L'accès des PVVIH à l'alimentation reste difficile; plus de la moitié développent des stratégies de survie sur le plan alimentaire.

f. Carences en micronutriments

- Anémie

L'anémie par carence en fer (ferriprive) est le type d'anémie le plus fréquent. L'Enquête EDS avait montré que 71,4% des enfants de moins de 5 ans, soit 9.446.220 enfants, souffraient d'anémie en RDC en 2007, et que 52,9% (7.776.300) des femmes en âge de procréer souffraient d'anémie. Elle entraîne la fatigue, diminue les capacités d'apprentissage et la productivité, et peut dans sa forme grave entraîner la mort. Elle résulte aussi des maladies infectieuses et parasitaires telles que le paludisme et les verminoses. Une étude conduite en 2005 par le PRONANUT avait montré que 83% des enfants de 12 à 59 mois, soit 10.980.900 enfants, étaient infestés par de vers intestinaux.

- Carence en vitamine A

Selon l'enquête réalisée en 1998 par le Ministère de la Santé Publique, 61% des enfants de 6 à 36 mois présentaient une hypovitaminose A. La carence en vitamine A

diminue l'immunité, augmente le risque de maladies infectieuses et accroît de 23 % le taux de mortalité liée aux diarrhées, à la rougeole, à la malaria et à la pneumonie.

- Carence en iode

La carence en iode réduit les capacités cognitives et physiques de l'enfant et est la principale cause évitable de retard mental dans le monde. La RDC était affectée par une carence très sévère en iode, illustrée en 1990 par un taux de prévalence du goitre de 42% (BN-TDCI, 1990). La mise en oeuvre réussie de la stratégie d'iodation du sel, avec 97,5 % des ménages disposant du sel iodé en 2007, s'est traduite par une réduction de la prévalence du goitre jusqu'à 1% (PRONANUT, 2007). Cet acquis est actuellement menacé par la résurgence de la production artisanale locale du sel et le relâchement du contrôle de qualité du sel importé.

- Carence en zinc

Quoique des statistiques ne soient pas disponibles sur l'ampleur de la carence en zinc en RDC, il est reconnu que quand le taux de prévalence de la malnutrition chronique est supérieur à 30% dans une population, la carence en zinc y constitue un problème de santé publique.

g. Etat nutritionnel des personnes en situation difficile

La sous-nutrition, sous ces diverses formes est très présente chez des personnes en situation d'urgence, notamment les déplacés internes dont le nombre était estimé en décembre 2012 à 2,7 millions dans le pays, ainsi que les réfugiés, les sinistrés des catastrophes naturelles et autres calamités. Elle est également présente chez des personnes âgées et d'autres catégories sociales vulnérables sur le plan économique.

3.1.2. Surnutrition et maladies non transmissibles liées à l'alimentation

a. Maladies chroniques liées à l'alimentation et aux modes de vie

Selon l'EDS-2007, 11,3% des femmes en âge de procréer en RDC ont un surpoids et 2,4% sont obèses.

L'obésité est la porte d'entrée de diverses maladies non transmissibles liées à l'alimentation, tels que le diabète non insulino-dépendant, l'infarctus du myocarde, l'hypertension artérielle, l'accident vasculaire cérébral, les maladies rénales; ces maladies non transmissibles, liés souvent aux modes de vie, figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité répertoriées en milieu hospitalier en RDC.

b. Paralysie spastique (konzo)

Parmi les maladies liées à l'alimentation en RDC figure aussi le konzo, une forme de paralysie spastique irréversible, liée à la consommation du manioc non ou insuffisamment roui, fortement associée à la malnutrition et à un régime pauvre en acides aminés soufrés. Cette paralysie affecte en moyenne 1% de la population, et atteint des taux plus élevés dans certains villages du Bandundu et des deux Kasai.

3.2. Causes de la malnutrition en RDC

3.2.1. Causes de la sous-nutrition

Suivant le cadre conceptuel de la malnutrition (sous-nutrition), on distingue trois types de causes influençant l'état nutritionnel des populations : les causes immédiates, les causes sous-jacentes et les causes fondamentales.

a. Causes immédiates

- Consommation alimentaire inadéquate

L'alimentation de la population en RDC est insuffisante en quantité et en qualité, surtout pour les groupes vulnérables : jeunes enfants, femmes enceintes, femmes allaitantes, personnes âgées. Selon les résultats de l'enquête MICS-2010, plus de la moitié des nouveau-nés (58%) ne sont pas mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance, et 63 % des enfants de moins de 6 mois ne bénéficient pas des bienfaits de l'allaitement exclusif et ne jouissent pas ainsi de leur droit à un bon départ dans la vie.

La qualité et la quantité des aliments de complément ainsi que la fréquence des repas donnés aux enfants de 6 à 24 mois sont généralement inadéquates; 40% des enfants reçoivent des bouillies préparés à base de farine de manioc, de riz ou de maïs, et que 82% des enfants ne reçoivent pas des bouillies enrichies avec des sources de protéines. La consommation de fruits, riches en vitamines et minéraux, est rare, et seulement 30% des mères ajoutent de l'huile ou du lait aux bouillies de leurs enfants (enquêtes PRONANUT, 2004-2009).

A l'instar des jeunes enfants, les adultes en RDC sont également confrontés à des apports alimentaires déficitaires. Selon les Bilans alimentaires 2009 du Ministère de l'Agriculture, l'apport calorique est en moyenne de 1836 kcal/personne/jour en RDC, contre le minimum requis qui est de 2500 kcal. Le régime alimentaire est basé essentiellement sur la consommation de féculents et de céréales, et intègre peu les légumineuses, les oléagineux, le lait et les produits laitiers lesquels constituent d'importantes sources de protéines; l'accès aux protéines animales est faible (18,6%

de la consommation globale en protéines qui est de 34,5 gr/personne/jour (Bilans alimentaires 2009, Ministère de l'Agriculture).

- *Maladies*

Les maladies, augmentent les besoins physiologiques, entraînent la perte d'appétit, la malabsorption intestinale, et conduisent à la malnutrition. Les maladies infectieuses et parasitaires, notamment le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires, sont les principales causes de mortalité des enfants en RDC (MICS-2010). Selon cette enquête, la proportion des enfants ayant eu la fièvre (suspicion de paludisme) était de 27%, celle des enfants ayant eu la diarrhée était de 18% et celle de la pneumonie présumée était de 6%.

La prévalence du VIH/SIDA demeure encore élevée (2,57%) en RDC (PNMLS, 2012). Le VIH/SIDA fragilise rapidement l'état nutritionnel des personnes infectées et affectées. La tuberculose est devenue la première cause de mortalité parmi les PVVIH; elle est nettement en expansion, avec 118.636 cas dépistés en 2010 contre 61.024 cas en 2000. De plus, il y a de nombreux cas de tuberculose multi-résistante en RDC, pour lesquels une assistance nutritionnelle et alimentaire est impérieuse. Avec la détérioration des conditions socio-sanitaires, des maladies jadis presque éradiquées telles que l'onchocercose et la trypanosomiase ont resurgi de façon inquiétante.

b. Causes sous-jacentes

- Insécurité alimentaire des ménages

Les analyses de la Classification Intégrée de la Sécurité Alimentaire (IPC) amorcées depuis 2008 indiquent que la situation de l'insécurité alimentaire en RDC est récurrente. Selon le 9^e cycle IPC (Juin 2013), 6,35 millions de personnes sont en insécurité alimentaire, soit environ 15% de la population rurale.

Les évidences disponibles montrent que les principaux déterminants de l'insécurité alimentaire en RDC sont d'abord structurels :

- le faible pouvoir d'achat, limitant l'accès des ménages à l'aliment; la vente de la quasi-totalité de la production agricole pour l'acquisition de biens non alimentaires;
- l'insuffisance des superficies cultivées, ne permettant pas d'avoir assez de récolte pour faire des stocks suffisants et vendre le surplus;
- des techniques de production restées traditionnelles, avec un matériel de production rudimentaire, limitant la productivité du travail;
- la faible fertilité des terres fortement acidifiées et la mauvaise qualité des semences;

- la quasi inexistence de crédit et financement pour la promotion des activités agricoles;
- le déficit d'infrastructures socio-économiques de base (pistes rurales, voies navigables, réseau ferroviaire, marchés, moyens de transport) pour assurer une disponibilité constante, un accès physique adéquat et une stabilité de l'offre alimentaire.

L'insécurité alimentaire a également des causes conjoncturelles, dues principalement aux conflits armés et à l'insécurité permanente qui entraînent fréquemment des tueries, des pillages, des violences sexuelles, des déplacements de populations, des pertes de moyens de production et l'inaccessibilité aux infrastructures socio-économiques de base (marchés, centres de santé, écoles, etc.).

- Inadéquation des soins aux mères et aux enfants

Les pratiques d'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants et des mères ne sont pas conformes aux recommandations internationales et sont inadéquates pour couvrir les besoins nutritionnels des jeunes enfants..

La mauvaise pratique de l'allaitement maternel et l'inadéquation de l'alimentation de complément expliquent les fortes prévalences de malnutrition chez les enfants de moins de 59 mois. Les aliments de complément au lait maternel sont non seulement introduits trop tôt mais plus de deux tiers des enfants de moins de 24 mois reçoivent une alimentation de complément insuffisante en qualité et en quantité.

De plus, l'organisation sociale, le statut de la femme dans les communautés rurales en particulier, les interdits alimentaires et autres normes sociales, privent les groupes vulnérables des soins propices à un bon état nutritionnel.

- Services de santé inadéquats et environnement insalubre

En RDC, les groupes vulnérables sont confrontés à de fortes prévalences de maladies (diarrhées, paludisme, infections respiratoires aiguës, rougeole, maladies de personnes de 3ème âge, etc.) favorisant l'installation ou l'aggravation de la malnutrition. Malheureusement l'accès et l'utilisation des services de santé sont limités par des barrières physiques, financières et sociales; aussi, la qualité de service de santé est dans bien des cas inadéquate par manque de ressources humaines qualifiées et/ou d'un plateau technique performant. En RDC, le taux de fréquentation des structures de santé est actuellement très bas (environ 30 %).

La couverture en eau et assainissement n'est pas proportionnelle à la croissance de la population. L'enquête MICS-2010 rapporte que 47 % des ménages ont accès à une source d'eau améliorée et cette situation n'a pas évolué significativement depuis 1990 où ce taux d'accès était de 45%. Seul un ménage sur 15 utilise des installations

sanitaires améliorées. L'évacuation adéquate des ordures ménagères n'est que de 2%; le taux d'évacuation des eaux usées par de moyens hygiéniques est de 9,1 %.

En plus de l'accès aux infrastructures, les pratiques d'hygiène demeurent inadéquates dans la plupart des ménages. En effet, selon l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), conduite en 2009 par le PRONANUT, seulement 57% des mères lavent leurs mains et celles de leurs enfants avant de les alimenter et 37% rapportent se laver les mains après être allées aux toilettes. La conjugaison de ces facteurs contribue à maintenir élevée la fréquence des maladies infectieuses et parasitaires et la survenue de la malnutrition en RDC.

c. Causes fondamentales

En plus des causes immédiates et sous-jacentes précitées, les facteurs fondamentaux suivants font de la malnutrition un problème structurel en RDC :

- la pauvreté généralisée (70%) de la population (PNUD);
- l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des mères;
- l'insuffisance d'infrastructures socio-économiques indispensables au développement local;
- l'insuffisance des capitaux financiers, humains, physiques et sociaux
- le contexte social, économique et politique.

3.2.2. Causes de la surnutrition et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation/modes de vie

La part plus importante d'aliments riches en sucres et en graisses dans le régime alimentaire, auxquelles s'ajoutent des comportements sédentaires, couplés à la consommation en progression du tabac et de l'alcool, sont les principaux facteurs expliquant l'émergence de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et aux modes de vie comme problème de santé publique en RDC.

3.3. Interventions en cours dans le domaine de la nutrition

La mise en œuvre des interventions multisectorielles de nutrition en RDC résulte d'une volonté politique, exprimée notamment à travers les engagements suivants :

- La garantie dans la Constitution de la RDC, en son article 47, du droit à la santé et à la sécurité alimentaire;
- L'adoption en 2000 d'une Politique Nationale de Nutrition et la création du Programme National de Nutrition au sein du Ministère de la Santé Publique;
- L'adoption de 2 plans directeurs de Nutrition (2001-2005) et (2006-2008) qui ont été mis en œuvre;

- L'adoption du Plan Stratégique de Nutrition (PNDS-Volet Nutrition) pour la période 2011-2015 en vue de l'atteinte des OMD, s'inscrivant dans le contexte du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et du Plan Quinquennal National 2011-2015, visant la croissance et la réduction de la pauvreté;
- Le lancement en 2006 de l'Initiative "Ecole Assainie" dans des écoles ciblées;
- La création du programme de l'Education pour la Santé et l'Environnement à l'Ecole, en 1993, comprenant la Nutrition parmi ses 4 composantes;
- L'adoption en 2011 du Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA)
- L'adoption du Plan National d'Investissement Agricole (PNIA) en 2013;
- L'adhésion au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) en mai 2013;
- La mise en place du Programme national d'alimentation scolaire (cantines scolaires) dans de zones à faibles taux de scolarisation et malnutrition élevée.

Pour traduire en actes ses engagements, plusieurs interventions sont en cours en RDC grâce aux moyens fournis par le Gouvernement et ses partenaires :

3.3.1. Interventions pour l'amélioration de l'alimentation de la population

Les interventions suivantes sont mises en œuvre en RDC pour l'amélioration de l'état nutritionnel de la population :

- a. Promotion de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), consistant en un paquet de counseling à base communautaire adopté en 2011 et utilisé pour accélérer la promotion des pratiques adéquates d'allaitement maternel et d'alimentation de complément.
- b. Promotion des Actions Essentielles en Nutrition (AEN), qui constituent un paquet d'interventions à haut impact sur l'état nutritionnel de la femme, du nourrisson et du jeune enfant.
- c. Promotion de l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), qui encourage les mères à la pratique de l'allaitement exclusif pendant 6 mois en insistant sur la mise au sein du nouveau-né dans l'heure qui suit l'accouchement.
- d. Promotion de la Nutrition à Assise Communautaire (NAC), stratégie qui consiste à identifier les problèmes de nutrition au niveau de la communauté et y trouver des solutions locales à travers une approche participative. La mise à l'échelle de cette approche reste malheureusement très limitée.

3.3.2. Prévention des carences en micronutriments

La supplémentation en vitamine A et le déparasitage : Depuis 2003, des campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage sont organisées deux fois par an par le ministère de la santé. Cette intervention permet de toucher après chaque campagne environ 12 millions d'enfants de 6 à 59 mois, soit une couverture d'environ 80%. Cependant le défi majeur reste de pérenniser ces actions à travers les activités de routine en mettant l'accent sur leur institutionnalisation.

La lutte contre les Troubles Dus à la carence en Iode : La stratégie d'iodation universelle du sel pour la prévention des troubles dus à la carence en iode est mise en oeuvre en RDC depuis 1988. Entre 2001 et 2007, la proportion des ménages disposant du sel iodé a atteint le seuil de 95 %; elle s'est traduite par une correction généralisée de la carence en iode (médiane d'iode urinaire > 200 µg/L en 2001 et en 2007), et par une régression considérable de la prévalence du goitre (1%) en 2007 contre 42 % en 1990 (PRONANUT, 2007). Cependant, des évidences récentes indiquent un recul qui se manifeste par une baisse significative de la proportion des ménages consommant du sel iodé.

La fortification alimentaire : Depuis 2006, des efforts sont faits par le gouvernement et le secteur privé pour la fortification industrielle des aliments de grande consommation. Ainsi, la farine de froment produite par la Minoterie de Matadi (Midema), la plus grande minoterie du pays, est fortifiée en fer et en acide folique; l'huile végétale et la margarine produites par Marsavco sont fortifiées en vitamine A. En attendant que les produits de l'industrie alimentaire soient consommés par une large frange de la population, la fortification à domicile est fortement recommandée et déjà mise en oeuvre à une échelle réduite.

3.3.3. Prise en charge de la malnutrition aiguë

Afin de réduire la morbidité et la mortalité dues à la malnutrition aiguë, la RDC s'est dotée depuis 2002 d'un protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, qui a été révisé en 2008 et 2011 pour y intégrer la dimension communautaire et les autres nouvelles approches. Cette approche a permis d'augmenter la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère qui est passée de 5% en 2007 à 24% en 2012. Au total, 756 Unités de Nutrition Supplémentaire (UNS), 1794 Unités de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire (UNTA) et 329 Unités de Nutrition Thérapeutique Intensive (UNTI) étaient fonctionnelles en RDC en 2012.

Dans des zones où la prévalence de la malnutrition aiguë globale dépasse le seuil d'urgence (MAG \geq 15%), un programme d'alimentation de couverture (blanket feeding) a été mis en place et cible les enfants de 6 à 35 mois quel que soit leur statut

nutritionnel ainsi que les femmes enceintes et l'allaitantes, afin de prévenir la détérioration de leur état nutritionnel.

3.3.4. Interventions dans la lutte contre le konzo

En vue de lutter contre le konzo dans les 3 provinces touchées (Bandundu, Kasai Oriental et Kasai Occidental), des actions sont entreprises dans le cadre de la sensibilisation, la notification des cas et la détoxification de manioc par la méthode d'humidification avant préparation. La lutte contre le konzo est également assurée à travers la recherche et la diffusion des variétés de manioc à faible teneur en glucosides cyanogènes.

3.3.5. Autres interventions dans le Secteur de la Santé Publique

Dans le cadre de la prévention du paludisme, le gouvernement de la RDC a mis en route une initiative qui vise à assurer un accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) et cela à travers plusieurs campagnes de distribution de masse débutées en 2009 et qui, en fin 2012 avaient permis de distribuer plus de 37 millions de moustiquaires à plus de 9 millions de ménages dans toutes les provinces du pays. Pour augmenter l'accès au traitement, l'approche des sites communautaires a été adoptée en 2005 pour le traitement de la diarrhée et de la pneumonie.

L'utilisation du zinc et des sels de réhydratation orale (SRO) pour le traitement de la diarrhée a été adoptée par le ministère de la santé en 2008 et fait partie de la politique nationale de santé mais sa mise en œuvre reste encore très limitée.

Dans le cadre de la stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité, le Ministère de la Santé Publique a récemment adoptée la distribution de kits familiaux incluant notamment des médicaments et des micronutriments multiples en pouce comme prioritaire.

Dans le domaine de la nutrition des personnes vivant avec le VIH, les avancées suivantes ont été accomplies : enquêtes nutritionnelles, élaboration d'un guide de prise en charge nutritionnelle, élaboration d'un Protocole de prise en charge nutritionnelle (non encore diffusé) et appui nutritionnel à des PVVIH. Des efforts sont également assurés pour la prise en charge nutritionnelle de tuberculeux malnutris.

3.3.6. Interventions dans le Secteur de la Sécurité alimentaire

Un plan national d'investissement agricole est en cours de développement et inclut certaines actions du (PNSA) adopté en 2011.

Pour l'instant, la plupart des interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire se limitent à l'augmentation du disponible alimentaire à travers le développement de l'agriculture et l'incitation à la production agricole par le biais des mécanismes tels que l'initiative « Achats pour le Progrès (P4P) » et la création de débouchés commerciaux sûrs pour les produits agricoles.

Un volet important d'activités porte sur la protection du petit bétail dans le district du Kwilu province de Bandundu

On compte également la promotion de l'aviculture et des activités de pêche dans les zones à forte prévalence de la malnutrition comme à Lomela et Katako-Kombe ainsi que dans les zones d'accueil des déplacés à l'Est du pays et de retournés à l'Equateur.

Les jardins et la basse-cour scolaires sont également promus dans certaines écoles de Bandundu et de l'Equateur.

Enfin, il convient de signaler au niveau de la recherche dynamique, la recherche et la mise au point des variétés de manioc bio-fortifiées, riches en provitamine A.

3.3.7. Appui à la surveillance nutritionnelle

Pour mieux apprécier la situation nutritionnelle au sein des groupes vulnérables, un système d'information nutritionnelle a été mis en place. Les axes clés de ce système sont : les enquêtes nutritionnelles, le système de Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) et les données des interventions notamment celles provenant des activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë. Le SNSAP a été mis sur pied depuis 2010 pour alerter à temps sur la dégradation de la situation nutritionnelle afin de permettre une riposte rapide, adéquate et efficace. Le suivi de la croissance dans le cadre des Consultations Préscolaire (CPS) est aussi à mentionner

3.3.8. Interventions dans le secteur de l'Eau-Hygiène-Assainissement

Le programme à base communautaire 'Village Assaini' lancé par le Gouvernement en 2006 a contribué à accroître l'accès des populations à l'eau potable et à l'assainissement. Ainsi, en fin 2011. Dans les provinces où ce programme a été mis en œuvre, 230.500 personnes ont pu bénéficier de l'accès à l'eau potable et 1.117.945 personnes ont eu l'accès à un assainissement de base.

3.3.9. Interventions dans le secteur de l'Education

La Direction de l'Education à la vie familiale et en matière de population à l'école du Ministère de l'EPSP a intégré des notions de nutrition dans les programmes de l'enseignement primaire.

La prise en charge de l'alimentation des enfants des ménages vulnérables pendant leur séjour à l'école (Cantines scolaires) est mise en œuvre depuis plusieurs années au bénéfice des enfants des écoles de zones du pays caractérisées par une grande vulnérabilité. Le développement de la politique nationale d'alimentation scolaire a été récemment initié.

3.3.10. Interventions dans le Secteur de la Protection sociale

Les interventions de protection sociale sont surtout menées dans le cadre de l'aide humanitaire d'urgence, suite aux différents conflits ou catastrophes naturelles. Le développement et la mise en place des programmes étatiques de protection sociale pour les couches les plus démunies de la population de la RDC, y compris pour prévenir et combattre la malnutrition, sont encore à une phase embryonnaire. Toutefois, depuis la crise financière mondiale de 2008 et la croissance des prix des produits alimentaires, qui a affecté gravement les familles les plus pauvres et leurs enfants, on note un intérêt croissant des partenaires du gouvernement congolais, pour des approches plus efficaces pour répondre aux besoins des populations affectées.

Des initiatives utilisant le transfert monétaire ou le voucher sont en cours, de même que la distribution de kits alimentaires au titre de filets sociaux. Le soutien des partenaires du Secteur social est actuellement plus orienté vers la provision des transferts monétaires. L'année 2010 a vu un début de transition de l'assistance en nature vers les approches d'assistance financière et de coupons dans le secteur des biens alimentaires et non alimentaires en RDC. Plus de 60 % des biens non alimentaires sont maintenant délivrés à travers des foires et des marchés ouverts, en utilisant les coupons.

3.4. Défis pour l'accélération des progrès en nutrition

L'intérêt des décideurs au niveau mondial n'a jamais été aussi fort pour la nutrition. Pour la première fois, les bailleurs des fonds, les institutions financières, les agences des Nations-Unies, les ONG ainsi que les institutions de formation et de recherche accordent une importance jamais égalée à la nutrition. Ceci est le fruit d'importants travaux de recherche et d'analyses, soutenus par les différentes Séries du Lancet (2003, 2008 et 2013) sur la survie de l'enfant (et sur la nutrition maternelle et infantile qui ont démontré que la malnutrition, plus qu'un problème de santé publique, représente un problème de développement national.

Aussi, les Consensus de Copenhague qui se sont succédés ont établi les dépenses en faveur de la nutrition, comme un investissement rentable et non une charge sociale.

Le momentum est fort, d'importantes ressources sont disponibles sur le plan international; c'est le moment ou jamais de faire la différence et de contribuer à l'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD d'une part et apporter une contribution notable au développement socio-économique du pays.

En dépit de ces évidences et de cette mobilisation pour la nutrition, le passage à l'échelle des interventions de nutrition à haut impact en RDC reste confronté à de sérieux défis qui peuvent se résumer comme suit :

- la malnutrition perçue comme un problème qui résulterait exclusivement d'une alimentation inadéquate,
- la perception de la lutte contre la malnutrition comme une préoccupation du secteur de la santé,
- la forte incidence des maladies infectieuses et parasitaires qui contribue à l'émergence et/ou la complication des cas de malnutrition,
- le faible accès aux services sociaux de base (eau, hygiène, assainissement),
- l'état des infrastructures de communication (routes de desserte agricole, réseau ferroviaire...), qui limite l'offre de services,
- le faible niveau d'éducation de la grande majorité de la population congolaise,
- la forte proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté.

4. PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION

La Politique Nationale de Nutrition adoptée en 2000 avait mis un accent particulier sur des interventions directes de nutrition pour le développement de la Santé. Des évidences montrent qu'à elles seules les interventions directes de nutrition, ne pourront contribuer que partiellement à la réduction globale de la malnutrition, et de la malnutrition chronique en particulier.

La révision actuelle de la Politique Nationale de Nutrition permet d'adopter une approche multisectorielle en vue d'apporter une solution globale à la malnutrition selon une démarche holistique basée sur le renforcement de la synergie des interventions sectorielles contre la malnutrition en RDC.

4.1. Vision

La Politique Nationale de Nutrition vise à assurer à tous les habitants de la RDC, et en particulier aux personnes vulnérables, un bon état nutritionnel leur permettant de jouir des

capacités physiques, intellectuelles et psychoaffectives optimales et de mener une vie active et productive.

4.2. But

Le but de la Politique Nationale de Nutrition est de garantir un capital humain productif, par une bonne nutrition de la population, pour le développement du pays.

4.3. Objectifs

4.3.1. Objectif général

L'objectif général de la politique nationale de nutrition est d'améliorer l'état nutritionnel de la population en RDC par la synergie des interventions directes de nutrition et celles de tous les secteurs sensibles à la nutrition.

4.3.2. Objectifs spécifiques

La Politique Nationale de Nutrition vise les objectifs spécifiques suivants d'ici 2023 :

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 23 mois ;
- Ramener la prévalence de la malnutrition aiguë globale en dessous du seuil d'alerte (10%) au niveau national et dans toutes les provinces ;
- Réduire d'un tiers la prévalence du surpoids chez les femmes ;
- Réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie chez les enfants de 0 à 23 mois, les adolescentes et les femmes en âge de procréer ;
- Eliminer les troubles dus à la carence en vitamine A ;
- Eliminer les troubles de la carence en iode ;
- Eliminer la paralysie spastique due au konzo.

4.4. Principes directeurs

Pour garantir une nutrition optimale dans tout le pays, la Politique Nationale de Nutrition s'appuie sur les principes directeurs ci-après :

- *Le leadership de l'Etat*

L'Etat congolais reste maître d'œuvre de la mise en œuvre de cette politique nationale de nutrition. A cet effet, un cadre de coordination multisectoriel sera mis en place et aura pour attribution : i) donner des orientations stratégiques, ii) coordonner l'élaboration des plans d'action multisectoriels, iii) créer un cadre macro-économique et réglementaire favorable à la nutrition, iv) allouer un budget important et mobiliser

des partenaires pour l'appui à la nutrition et v) coordonner la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités multisectorielles de nutrition.

- *La décentralisation*

La décentralisation est une des principales voies pour garantir l'accès équitable de toutes les composantes du pays aux services nutritionnels appropriés. Les autorités administratives doivent être impliquées et responsabilisées pour coordonner la mise en œuvre des plans sectoriels pour le passage à l'échelle des interventions à haut impact de nutrition dans leurs entités respectives.

- *L'intégration*

L'intégration des interventions spécifiques de nutrition et des actions sensibles à la nutrition doit être une réalité pour maximiser l'impact de la mise en œuvre des plans et programmes découlant de la présente Politique nationale de Nutrition

- *La responsabilisation des communautés de base*

Le passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact sur l'état nutritionnel des populations exige la responsabilisation accrue des collectivités locales, qui doivent recevoir l'accompagnement nécessaire pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans le cadre du développement de la nutrition.

La participation communautaire est la trame de toutes interventions. Des approches à base communautaire qui ont fait preuve d'efficacité, tels que la Nutrition à Assise Communautaire (NAC), la Déviance positive, la formation par des pairs-éducateurs, les clubs d'écoute, l'école des maris, etc., doivent être développées et pérennisées. L'existence d'un dispositif important de relais communautaires dans les Zones de Santé est un acquis à capitaliser et à promouvoir.

- *La collaboration intersectorielle*

La lutte contre la malnutrition est multisectorielle et exige l'implication effective de tous. Les mesures à prendre pour résoudre les problèmes nutritionnels sont de la responsabilité de tous, chacun dans son domaine de compétence.

- *L'équité*

La Politique Nationale de Nutrition accorde une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements les plus défavorisés.

- *L'éthique*

L'ensemble des interventions nutritionnelles et sanitaires qui seront menées ainsi que leur évaluation seront guidées par la morale et le respect de la dignité humaine.

- *La considération du genre*

La dimension du genre sera prise en compte pour promouvoir les égalités basées sur le sexe. Les considérations relatives au statut de la femme et sa participation effective au processus de décision feront l'objet d'une attention particulière.

- *La transparence dans la gestion*

La transparence dans la gestion sera exigée de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités de nutrition, avec une obligation de résultats et de reddition des comptes.

- *Le partenariat*

Les différents partenaires multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux doivent travailler en partenariat entre eux et avec les secteurs publics impliqués dans la lutte contre la malnutrition. Le secteur privé, les Communautés de base et la Société Civile doivent être mis à contribution pour le développement de la nutrition.

- *La coordination*

Pour renforcer l'efficacité des actions de plusieurs secteurs et divers partenaires, la coordination des activités nutritionnelles doit être assurée tant au niveau central qu'aux niveaux intermédiaire et périphérique.

- *La pérennisation*

Les services gouvernementaux ainsi que les communautés de base doivent s'approprier la lutte contre la malnutrition en vue de pérenniser les gains. Les différentes agences accorderont une attention particulière au transfert des connaissances et des compétences vers les services gouvernementaux impliqués afin de les rendre capables d'assurer la continuité des interventions et de les intégrer dans les plans de développement.

4.5. Axes stratégiques

La réalisation des objectifs de la présente Politique Nationale de Nutrition passe par la mise en œuvre, selon une approche multisectorielle, des orientations stratégiques et initiatives prioritaires suivantes :

4.5.1. Les interventions directes de nutrition

a. Interventions visant les enfants dans la fenêtre d'opportunité (0-24 mois)

Résultat attendu : *Etat nutritionnel de l'enfant de 0 à 24 mois amélioré*

L'état nutritionnel des enfants de 0 à 24 mois sera amélioré par la mise en œuvre des approches stratégiques suivantes :

i. Promouvoir, soutenir et protéger les pratiques optimales d'allaitement pour les nourrissons de 0-6 mois au niveau de la communauté et des structures :

- Institutionnaliser l'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance.
- promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois.
- assurer la mise en application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- promouvoir l'application réglementaire du congé de maternité.
- assurer le suivi-promotion mensuel de la croissance des enfants avec des conseils spécifiques appropriés à l'âge, notamment par la dynamisation de la consultation préscolaire (CPS).

ii. Promouvoir, soutenir et favoriser l'accès à une alimentation de complément de qualité et appropriée pour les enfants de 6-24 mois :

- promouvoir l'introduction à bonne date des aliments de complément appropriés à partir de 6 mois d'âge.
- Soutenir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 24 mois et plus.
- promouvoir une alimentation de complément de qualité et diversifiée.
- promouvoir la fortification à domicile des aliments des enfants de 6 à 23 mois avec des multiples micronutriments.
- promouvoir une alimentation active et réactive pour les enfants de 6-24 mois.
- promouvoir l'alimentation pendant la maladie et la récupération.
- assurer le suivi mensuel régulier et la promotion de la croissance des enfants avec des conseils spécifiques appropriés à l'âge.
- promouvoir la production et l'utilisation d'aliments locaux de complément de qualité.

iii. Lutter contre les carences en micronutriments :

- détecter et traiter l'anémie.
- assurer le déparasitage des enfants.

- assurer deux fois par an la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, avec intervalle de 6 mois.
- promouvoir la Stratégie d'Iodation Universelle du Sel.
- associer le zinc au traitement de la diarrhée.
- promouvoir la fortification en fer, acide folique ou vitamine A des aliments de grande consommation.
- Promouvoir la consommation des aliments riches en micronutriments

iv. Assurer la détection précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë et des maladies de l'enfance :

- mettre en place et soutenir un mécanisme facilitant, aussi bien au niveau communautaire que des formations sanitaires, la détection et la référence des cas de malnutrition aiguë au sein des groupes vulnérables.
- assurer l'accès à la prise en charge de qualité de la malnutrition aiguë sévère et modérée.
- étendre la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë à toutes les aires de santé.

v. Améliorer l'accès à l'eau et les pratiques d'hygiène et d'assainissement

- assurer à tous, l'accès à l'eau propre et salubre.
- promouvoir les pratiques de traitement de l'eau à domicile.
- promouvoir la préparation et la manipulation hygiénique des aliments.
- promouvoir le lavage des mains avec du savon aux moments critiques.
- promouvoir l'élimination correcte des selles de l'enfant.
- promouvoir l'hygiène et l'utilisation des latrines familiales et communautaires.

b. Interventions visant les enfants de 24-59 mois

Résultat attendu : *Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire est amélioré*

L'état nutritionnel des enfants de 24 à 59 mois sera amélioré par la mise en œuvre des approches stratégiques suivantes :

i. Prévenir et contrôler les carences en micronutriments

- détecter et traiter l'anémie.
- supplémenter en vitamine A, tous les 6 mois, les enfants de 6-59 mois.
- assurer régulièrement le déparasitage des enfants.
- promouvoir l'utilisation de sel iodé au niveau des ménages.
- associer le zinc au traitement de la diarrhée.

ii. Assurer la détection précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë et ses infections courantes de l'enfance

- mettre en place et soutenir un mécanisme facilitant, aussi bien au niveau communautaire que des formations sanitaires, la détection et la référence des cas de malnutrition aiguë au sein des groupes vulnérables.
- prendre en charge la malnutrition aiguë sévère et la malnutrition modérée.
- Mettre en œuvre la prise en charge de la malnutrition aiguë dans toutes les formations sanitaires.

c. Interventions visant les enfants de 6-9 ans et les adolescents (10-19 ans)

Résultat attendu : *Etat nutritionnel de l'adolescent amélioré*

L'état nutritionnel des enfants de 6 à 9 ans et des adolescents sera amélioré par la mise en œuvre des approches stratégiques suivantes :

- promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles pour les enfants et les adolescents au niveau communautaires, scolaires et à travers les formations sanitaires.
- assurer semestriellement le déparasitage des enfants
- promouvoir l'utilisation d'aliments enrichis, dont le sel iodé.
- effectuer un suivi régulier de l'état nutritionnel des enfants d'âge scolaire et des étudiants conjointement avec le déparasitage semestriel.

d. Interventions visant les femmes de 15 à 49 ans

Résultat attendu : *Etat nutritionnel des femmes en âge de procréer amélioré*

L'état nutritionnel des femmes de 15 à 49 ans sera amélioré par la mise en œuvre des approches stratégiques suivantes :

- promouvoir la diversification alimentaire
- promouvoir l'utilisation des aliments enrichis, dont le sel iodé.
- promouvoir l'utilisation des services de santé de la reproduction (espacement des naissances).

e. Interventions visant les femmes enceintes et les femmes allaitantes

Résultat attendu : *Etat nutritionnel des femmes enceintes et des femmes allaitantes amélioré*

L'état nutritionnel des femmes enceintes et des femmes allaitantes sera amélioré par la mise en œuvre des approches stratégiques suivantes :

- promouvoir la diversification alimentaire, l'augmentation du nombre des repas (1 repas de plus pendant la grossesse, 2 repas de plus pendant la période d'allaitement) et le repos diurne en périodes prénatales et postnatales.
- assurer la prise en charge des femmes enceintes et des femmes allaitantes souffrant de malnutrition.
- assurer en routine la supplémentation en fer/acide folique ou en multi-micronutriments.
- promouvoir l'utilisation des aliments enrichis, dont le sel iodé.
- assurer le déparasitage au cours du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse.
- promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- assurer l'accès à des technologies permettant de réduire la pénibilité du travail.
- sensibiliser les maris et les autres membres du ménage à jouer un rôle clé pour fournir de soins continus aux femmes enceintes et femmes allaitantes.
- promouvoir le changement des normes sociales qui empêchent une nutrition adéquate pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

4.5.2. Les interventions dans les secteurs sensibles à la nutrition

Différents secteurs de développement ont un impact notable sur l'état nutritionnel de la population; les interventions suivantes leur permettent de participer activement dans la lutte contre la malnutrition :

a. Interventions dans le Secteur de la sécurité alimentaire

Résultat attendu : *Sécurité alimentaire des ménages améliorée*

La sécurité alimentaire des ménages sera améliorée par les interventions suivantes :

- L'appui à la production des aliments diversifiés

L'appui sera axé notamment sur la production céréalière (riz et maïs), des légumineuses (soja, arachide, niébé, haricot), des produits maraîchers (amarantes, épinards, tomate, ciboule, oseille, etc.), des fruits ainsi que des produits de la pêche et de l'élevage, afin de contribuer à la couverture des besoins en calories, à l'apport des

protéines et lipides d'origine végétale et animale ainsi que des micronutriments, indispensables au développement harmonieux des enfants.

Cet appui sera réalisé grâce à la promotion d'intrants et matériels agricoles plus performants et plus variés, couvrant une gamme plus large de productions (vivrières, maraîchères, animales, halieutiques) et à l'accompagnement technique.

- L'appui à la conservation et à la transformation des aliments

L'appui à la conservation des aliments visera les opérations post-récoltes (séchage, stockage, transformation, transport...), pour réduire la pénibilité du travail (surtout de la femme), améliorer la conservation des produits, ainsi que pour une meilleure valeur marchande, tout en limitant les pertes post-récoltes.

A cette fin, seront privilégiés les technologies et équipements appropriés, assortis de programmes de formations conséquentes et de stratégies adéquates d'appropriation par les bénéficiaires.

- L'appui à l'amélioration des infrastructures de commercialisation des produits agricoles/alimentaires

La réhabilitation des pistes desserte agricole, la construction de marchés et entrepôts favoriseront le stockage et les échanges des produits agricoles et alimentaires et permettront d'en stabiliser les approvisionnements.

- L'appui à la recherche agricole

La recherche et la diffusion de variétés culturales et de bonnes techniques de traitement et conservation des aliments pour la promotion de la nutrition seront promues, notamment pour la préservation des micronutriments (vitamine A, iode...) et la réduction de la teneur de certains aliments (manioc...) en substances toxiques.

b. Interventions dans le Secteur de l'Eau-Hygiène-Assainissement

Résultat attendu : *Accès à l'eau et pratiques d'hygiène et assainissement améliorés*

Prévenir les maladies qui favorisent la survenue de la malnutrition, c'est aussi promouvoir des gestes simples et efficaces dans les domaines de la santé et de l'hygiène. Il s'agit notamment de :

- Soutenir l'extension de l'initiative « Ecoles Assainies » et « Villages Assainis »
- améliorer l'accès à l'eau propre et salubre : protection des sources et puits, traitement de l'eau à domicile ;

- encourager les pratiques adéquates de l'hygiène alimentaire ;
- promouvoir l'hygiène corporelle et environnementale ;
- promouvoir la construction, l'utilisation et l'hygiène de latrines familiales et communautaires ;
- promouvoir les pratiques de protection de l'environnement.

c. Interventions dans le Secteur de l'Education

Résultat attendu : *Etat nutritionnel et performances scolaires améliorés*

Le secteur de l'éducation constitue une grande opportunité pour l'acquisition et la pratique des notions essentielles sur la nutrition et peut contribuer à la réduction de la malnutrition chez les enfants et dans leurs familles notamment les interventions suivantes :

- intégrer des notions pertinentes de nutrition dans les programmes de formation à tous les niveaux ;
- renforcer les capacités de tous les acteurs de l'Education sur la nutrition et la sécurité alimentaire ;
- améliorer la fourniture d'eau, l'hygiène et les installations sanitaires dans les établissements d'enseignement ;
- promouvoir l'alimentation scolaire (cantines scolaires) pour soutenir la fréquentation, l'attention, l'éveil et la concentration des élèves à l'école ;
- promouvoir des modèles de jardinage scolaire durables et reproductibles, à transférer au niveau communautaire ;

e. Interventions dans le Secteur de l'Industrie

Résultat attendu : *Disponibilité des aliments fortifiés améliorée*

- créer un cadre juridique qui exige la fortification des produits alimentaires de grande consommation,
- renforcer la capacité de l'industrie et des unités artisanales locales à produire des aliments enrichis (huile comestible, farine, sucre, sel, etc.),
- renforcer les capacités techniques des ministères pour le contrôle de qualité des produits alimentaires, à la production, à l'importation et sur le marché.

f. Interventions dans le Secteur du Commerce et de l'Economie

Résultat attendu : *Disponibilité et qualité des aliments améliorées*

- renforcer les capacités du personnel du ministère du Commerce impliqué dans la régulation des produits alimentaires importés.
- s'assurer que la qualité et la sécurité des produits alimentaires importés sont conformes aux normes nationales.
- conscientiser le secteur privé sur les exigences liées à la nutrition et les normes de produits alimentaires importés.
- faciliter et encourager l'importation d'aliments enrichis
- élaborer/actualiser les normes, législations, réglementations et manuels des procédures pour contrôler la qualité et la sécurité des produits alimentaires :

g. Interventions dans le Secteur du Genre, de la Famille et de l'Enfant

Résultat attendu : *Prise en compte du genre dans le domaine de nutrition améliorée*

- renforcer le statut de la femme au sein de la communauté;
- renforcer l'autonomisation des femmes et d'autres groupes vulnérables;
- promouvoir la participation significative des hommes dans les interventions de nutrition.
- renforcer les capacités des cadres et agents du Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant en matière de nutrition.

h. Interventions dans le Secteur de Protection sociale

Résultat attendu : *Accès à l'alimentation des ménages les plus pauvres amélioré*

- assurer la sécurité alimentaire des ménages en situation particulièrement précaire ;
- assurer que le ciblage des programme de protection sociale intègre la vulnérabilité aux diverses formes de malnutrition.;
- promouvoir l'octroi de crédits, subventions, services de micro-financement et d'autres initiatives génératrices de revenus pour soutenir les groupes vulnérables pour assurer une nutrition adéquate;
- accroître l'accès aux services sociaux de base pour tous les groupes vulnérables ;
- renforcer et étendre le programme de transferts sociaux des fonds pour les très pauvres et les familles désœuvrées.

i. Interventions dans le secteur des Urgences et Catastrophes

Résultat attendu : *Etat nutritionnel des populations en situation d'urgence améliorée*

- faciliter les évaluations participatives de risque au niveau communautaire et la planification des interventions nutritionnelles ;
- assurer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène ;
- assurer la détection précoce et la prise en charge de la malnutrition aiguë suivant le protocole national ;
- assurer la prévention de la malnutrition aiguë.

j. Autres interventions dans le secteur de la Santé Publique

Résultat attendu : *Prise en charge des malades améliorée*

Nutrition, VIH/SIDA et Tuberculose :

- Renforcer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- renforcer la capacité des structures et des professionnels de santé à fournir des services de nutrition de qualité aux PVVIH;
- assurer la mise en œuvre du protocole national de la prise en charge nutritionnelle de PVVIH et des tuberculeux.

Prise en charge des principales maladies tueuses de l'enfant (Paludisme, IRA, rougeole, etc.) :

- assurer un accès au soin équitable pour tous, surtout pour les plus vulnérables
- renforcer l'utilisation des services préventifs de santé
- renforcer le plateau technique et les ressources humaine pour une prise en charge adéquate des maladies de l'enfance
- assurer une prise en charge adéquate et intégrer, aussi bien au niveau communautaire que dans les formations sanitaires, des maladies de l'enfance ;

Surnutrition et maladies non transmissibles liées aux modes de vie :

Les interventions suivantes seront menées pour résoudre les problèmes de surnutrition et des maladies chroniques liées aux modes de vie, en particulier en milieu urbain et semi-urbain :

- promouvoir une alimentation saine;
- promouvoir la pratique régulière de l'exercice physique dans tous les territoires ;
- renforcer les capacités de diagnostic et de prise en charge des maladies liées aux modes de vie ;

k. Interventions dans le Secteur de la Communication

Résultat attendu : *Capacités de communication pour la nutrition améliorée*

Les interventions ci-après permettront au Secteur de la Communication d'améliorer sa contribution pour la promotion de la nutrition :

- renforcer le plaidoyer en faveur de la nutrition ;
- assurer la visibilité des interventions dans le domaine de la nutrition (actions sensibles et interventions spécifiques) ;
- promouvoir les pratiques familiales essentielles ;

I. Interventions dans le Secteur du Plan

Résultat attendu : *Intégration de la nutrition dans les plans de développement et mobilisation des ressources pour la nutrition améliorées*

Les interventions ci-après relèvent du Ministère du Plan :

- veiller à l'intégration de la nutrition dans les politiques publiques et programmes du Gouvernement
- mobiliser les ressources internes et externes en collaboration avec les Ministères du Budget, des Finances et les Ministères sectoriels.
- appuyer l'organisation du suivi-évaluation des problèmes nutritionnels, en collaboration avec les institutions des recherches (ESU, ESP-Kin, Facultés d'Agronomie), les Ministères sectoriels et les partenaires (UNICEF, FAO, PAM).

4.6. Cadre institutionnel de coordination

La coordination institutionnelle de la nutrition en RDC est placée sous l'autorité directe du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, assisté par le Ministre de la Santé Publique et celui de l'Agriculture et Développement Rural.

Tenant compte du fait que les causes de la malnutrition sont multifactorielles et que la lutte contre ce problème de santé publique est multisectorielle, les structures suivantes seront mises en place conformément aux 3 niveaux de fonctionnement des services administratifs :

- *Au niveau central :*

Un Comité National Multisectoriel de Nutrition (CNMN). La composition du CNMN est représentative de l'ensemble des ministères, institutions et partenaires impliqués dans le domaine de la nutrition :

- Ministère de la Santé Publique ;
- Ministère de l'Agriculture et Développement Rural ;
- Ministère du Plan, Reconstruction et Révolution de la Modernité ;

- Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale ;
- Ministère du Genre, Famille et Enfant ;
- Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel ;
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, Universitaire et Recherches Scientifiques ;
- Ministère de l'Environnement, Conservation de la Nature et Tourisme ;
- Ministère du Budget ;
- Ministère des Finances ;
- Ministère de la Communication, des Médias et de la Nouvelle Citoyenneté ;
- Fédération des Entreprises du Congo ;
- Association des consommateurs ;
- Organisations professionnelles agricoles ;
- Agences des Nations-Unies (UNICEF, FAO, PAM, OMS).

Le CNMN a pour missions de :

- définir la Politique Nationale Multisectorielle de Nutrition sur base d'une approche multisectorielle;
- assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan Stratégique National pour la Nutrition ;
- veiller à la coordination des actions de Nutrition en RDC.

Pour accomplir ses missions, le Comité National de Nutrition est doté de :

- un Secrétariat Permanent, assuré par le Conseiller en charge du Social auprès du Cabinet du Premier Ministre;
- un Secrétariat Exécutif (SE/CNMN), assuré par le Programme National de Nutrition (PRONANUT).

Le CNMN a pour principales tâches :

- d'assurer l'élaboration des documents de politique, des textes législatifs et dispositions réglementaires nécessaires à l'expression effective de l'engagement politique du Gouvernement dans le domaine de la Nutrition;
- d'assurer le développement de programmes multisectoriels de nutrition impliquant les différents intervenants notamment l'Etat, les Collectivités locales, le Secteur Privé, les Agences des Nations Unies et de Coopération multilatérale, les Agences de Coopération bilatérale, les ONG;
- de négocier et mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre correcte des programmes d'alimentation et de nutrition;
- d'exploiter les résultats des études et travaux effectués dans le domaine de la nutrition;

- de coordonner les activités de toutes les structures nationales et internationales qui interviennent dans le domaine de la nutrition en République Démocratique du Congo;
- de créer les synergies nécessaires entre les politiques sectorielles, les acteurs et les actions pertinentes devant concourir aux plans local, territorial, provincial et national à une nutrition adéquate des populations congolaises;
- d'assurer l'élaboration des normes et standards en matières de nutrition;
- d'harmoniser les indicateurs de suivi et d'évaluation des activités et conseiller les différents intervenants impliqués ans la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition;
- d'identifier, évaluer et recommander de façon systématique aux autorités compétentes les mesures urgentes qui pourraient être adoptées pour assurer une nutrition pour le développement et un état nutritionnel adéquat aux populations congolaises;
- de développer un partenariat avec les institutions régionales et internationales qui poursuivent les mêmes objectifs.

Chaque Ministère est responsable de l'élaboration, du financement, de la mise en œuvre et du suivi des plans opérationnels annuels découlant du plan d'action intersectoriel en rapport avec son mandat et les orientations et priorités politiques définies. Les différents secteurs seront soutenus dans la recherche de financement par le CNMN.

Le Secrétariat Exécutif a pour principales tâches :

- de coordonner l'élaboration du Plan Stratégique multisectoriel de nutrition ;
 - de développer des mécanismes de mise en œuvre du Plan Stratégique ;
 - d'apporter l'appui technique aux intervenants en nutrition ;
 - d'assurer le suivi, la supervision et l'évaluation des activités de nutrition ;
 - d'assurer le contrôle de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;
 - d'assurer la coordination de toutes les interventions de nutrition, y compris celles appuyées par les partenaires techniques et financiers ;
 - de faire la synthèse des rapports techniques et financiers ;
 - de faciliter le fonctionnement des commissions thématiques spécialisées.
- *Au niveau provincial :*

Le Comité Intersectoriel Provincial de Nutrition (CIPN) est sous l'autorité du Gouverneur de Province. Il est composé des représentants de l'Administration Publique des différents secteurs et des organismes impliqués dans la nutrition. Il se réunit une fois par trimestre. Le secrétariat est assuré par le Coordonnateur provincial de Nutrition.

- *Au niveau territorial :*

Le Comité Intersectoriel de Nutrition du Territoire (CINT) est placé sous l'autorité de l'Administrateur du Territoire. Il est composé des représentants de l'Administration Publique de différents secteurs et des organismes impliqués dans la nutrition. Le CINT assure la coordination et le suivi des activités de nutrition dans leur Territoire. Il se réunit une fois par mois. Le secrétariat est assuré par le Médecin chef de zone de santé à travers le point focal de nutrition.

4.7. Suivi et évaluation

Sous la supervision du CNMN, le Ministère de la Santé Publique à travers le CTIN et le PRONANUT assurera le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition dans son ensemble. Les indicateurs de suivi et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action intersectoriels de nutrition de façon plus détaillée.

Les informations sur la situation nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de rapports périodiques sous forme de bulletins d'information deux fois par an.

Pour assurer le suivi/évaluation des interventions nutritionnelles, les informations seront mises à disposition par les sources suivantes : l'Institut National des Statistiques (INS), le SNSAP et les Services de statistique des autres ministères impliqués. Ces informations sont complétées par des données collectées par elle-même et les partenaires. Les revues de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition se feront annuellement et tous les cinq ans.

Les revues annuelles sont des évaluations internes de l'exécution des activités de nutrition programmées par les secteurs concernés à différents niveaux. Les revues quinquennales sont à la fois internes et externes et prendront en compte aussi bien des indicateurs de résultats que les indicateurs d'impacts en rapports avec les interventions programmées dans les plans stratégiques sectoriels.