



République du Bénin

Ministère de la Santé



DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Politique du Secteur Santé pour la Nutrition

2016 - 2025



septembre 2015

Table des matières

Sigles et abréviations.....	4
Déclaration de politique.....	6
I. Contexte et justification.....	8
1.2. Analyse de la situation sanitaire et problèmes nutritionnels Erreur ! Signet non défini.	9
1.2.1. Situation sanitaire	9
1.2.1.1.Priorités de santé	9
1.2.1.2.Santé de l'enfant	10
1.2.1.3.Santé de l'adolescent et du jeune.....	11
1.2.1.4.Santé de la mère	11
1.2.1.5.Incidence des maladies non transmissibles	12
1.2.2. Situation alimentaire et nutritionnelle des ménages	13
1.2.2.1.Sécurité alimentaire des ménages.....	13
1.2.2.2.Etat nutritionnel des femmes, enfants et adolescents	15
1.2.2.3.Déterminants de la malnutrition	17
1.2.3.Problèmes prioritaires de nutrition.....	19
1.2.3.1.Carences nutritionnelles	20
1.2.3.2.Excès nutritionnels et maladies chroniques liées à la nutrition.....	20
1.2.4. Cadre institutionnel légal et organisationnel concernant la nutrition	20
1.2.4.1.Au niveau national.....	20
1.2.4.2.Au niveau du système sanitaire.....	22
1.2.4.3. Couverture des interventions spécifiques à la nutrition qu'offre le secteur de santé	24
II. Politique Nationale de nutrition	25
2.1. Fondements et valeurs.....	25
2.2. Vision, But et Objectifs	26
2.2.1. Vison.....	26
2.2.2. But.....	26
2.2.3. Objectif général	26
2.2.4. Objectifs spécifiques	26
2.3. Résultats attendus	27
2.4. Principales Stratégies	28
2.5. Cadre Général des Orientations politiques et stratégiques de la nutrition du secteur	
Santé.....	35
III. Mise en œuvre.....	36
3.1.Rôles et Responsabilités.....	36
3.1.1. Rôles et Responsabilités de l'Etat.....	36
3.1.2. Rôles et Responsabilités des Partenaires Techniques et Financiers	37

3.1.3. Rôles et Responsabilités de la Société Civile et du secteur privé.....	37
3.1.4. Rôles et Responsabilités des Communautés.....	37
3.2. Redevabilité des Engagements.....	38
3.3. Mécanismes de supervision, de suivi et d'évaluation.....	39
3.4. Partenariat pour mobilisation des ressources et amélioration des facteurs sous-jacents de la nutrition.....	40
3.4.1. Aspects institutionnels.....	40
3.4.2. Espace partenarial.....	41
3.4.2.1. Organisation du partenariat.....	41
3.4.2.2. Organisation de la Société Civile et du secteur privé.....	41
3.4.2.3. Partenariat avec les autres départements ministériels.....	41
3.4.3. Dispositif financier.....	42
3.4.4. Appui financier aux interventions de nutrition.....	42
3.5. Renforcement des Capacités.....	43
IV Annexes.....	44
4.1. Equipe de Rédaction.....	44
4.2. Liste des Personnes rencontrées.....	44
4.3. Liste des documents Consultés.....	45

Sigles et abréviations :

ABSSA : Agence Béninoise de la Sécurité Sanitaire des Aliments
AFAFEFA : Alimentation de la Fille Adolescente, de la Femme Enceinte et de la Femme Allaitante
AGVSA : Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire
ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CAM : Coin Allaitement Maternel
CAN : Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition.
CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CIN : Conférence Internationale sur la Nutrition
CNT : Centres de Nutrition Thérapeutique
CVA : Carence en Vitamine A
DANA : Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EDSB : Enquêtes Démographiques de Santé de Base
EMICOV : Enquêtes modulaires intégrées sur les conditions de vie des ménages
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FDR : Facteurs de Risques
HAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
HTA : Hypertension artérielle
IDH : Indice de Développement Humain
IMC : Indice de Masse Corporelle
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
JNV : Journées Nationale de Vaccination
IST/VIH/SIDA : Infections Sexuellement Transmissibles/Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome
d'Immunodéficience Acquise
LCSSA : Laboratoire de Contrôle de la Sécurité Sanitaire des Aliments
MICS : Enquêtes à Indicateurs Multiples de Santé
MNP : Micronutriments en Poudre
MNT : Maladies Non Transmissibles
MSP : Ministère de la Santé Publique
OBC : Organisations à Base Communautaire
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OSD : Orientations Stratégiques de Développement
OUA : Organisation de l'Unité Africaine
PIB : Produit Intérieur Brut
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMA/nut : Paquet Minimum d'Activités en Nutrition

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNS : Politique Nationale de Santé

PTF : Partenaire Technique et Financier

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus d'Immuno-déficience Humaine

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SCRP : Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté

SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires

SRO/Zinc : Sels de Réhydratation Orale avec du Zinc

STEPS : STEPwise instrument mis au point par l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques

SUN : Scaling Up Nutrition

TDCI : Troubles dus à la carence en Iode

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Déclaration de politique

La nutrition en tant que socle de la santé humaine nécessite une attention particulière car les problèmes nutritionnels font le "lit" de la plupart des maladies. Assurer un bon état nutritionnel est le gage d'une bonne santé et le garant d'un développement socio-économique durable. Au Bénin, la malnutrition est encore un important défi à relever. Alors que la malnutrition par carence ne cesse de s'aggraver, la malnutrition par excès avec son cortège de maladies chroniques prend de l'ampleur. Chaque année, des milliers d'enfants béninois meurent ou n'arrivent pas à développer pleinement leur potentiel physique ou intellectuel du fait de la malnutrition chronique.

La présente politique du secteur de la santé pour la nutrition se focalise sur la mère, le nourrisson, l'enfant et l'adolescent et prend en compte les résolutions du récent forum national organisé à Cotonou du 11 au 13 juin 2015, par le Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN) sur la lutte contre la malnutrition chronique axée sur la fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours de la vie (allant de la conception à la fin de la deuxième année de vie). Elle se fonde sur les principes d'équité, d'éthique et de transparence dans la gestion des problèmes nutritionnels.

Cette politique est l'œuvre de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) avec le soutien technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle servira au cours des dix prochaines années (2016-2025) d'orientation à tous les acteurs et partenaires qui contribuent à l'amélioration de l'état nutritionnel des cibles visées.

Les stratégies déclinées dans cette politique, ciblent six domaines et visent quinze (15) résultats prioritaires à savoir :

1. Domaine de la prévention

R1 : La proportion d'enfants de faible poids de naissance est réduite de 30%.

R2 : La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer est réduite de 50%.

R3: Le taux d'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois chez les enfants est porté à 60%.

R4 : Le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance est réduit de 40%.

R5 : La prévalence de la surcharge pondérale chez les adolescents et femmes en âge de procréer est réduite de 20%.

R6 : Le taux de diversité alimentaire minimum acceptable est augmenté de 30% chez les enfants de 6 à 23 mois.

R7 : La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants est réduite de 75%.

R8 : La prévalence d'émaciation est réduite et maintenue à moins de 5%.

2. Domaine de la prise en charge

R9 : La prise en charge de la malnutrition aigüe est effective pour tous les enfants quelles que soient les conditions socio-économiques de leurs parents.

3. Domaine du suivi

R10 : Le système de surveillance nutritionnelle est fonctionnel.

4. Domaine de la recherche

R11: Les bonnes pratiques en matière de nutrition sont documentées et vulgarisées.

R12 : Les problèmes nutritionnels et les dysfonctionnements liés aux interventions nutritionnelles sont documentés et vulgarisés.

5. Domaine de la mobilisation des ressources

R13 : Les ressources affectées à la nutrition se sont accrues d'au moins 50%.

6. Domaine de communication pour un changement de comportement

R14 : Les activités d'éducation nutritionnelle sont intégrées dans toutes les prestations de services de santé.

R15 : Les activités d'éducation pour la santé font la promotion du jardinage familial et de l'activité physique.

La présente Politique Sectorielle de Nutrition a été bâtie sur l'analyse des faiblesses, des menaces, des forces et des opportunités actuelles qu'offrent les progrès obtenus dans le domaine de la recherche en nutrition et des sciences de la santé. Elle propose des interventions nutritionnelles efficaces, des prestations de services de nutrition de qualité, intégrée dans le paquet de soins et de services que le système de santé offre aux femmes, enfants et adolescents. Le choix des stratégies a tenu largement compte des défis en matière de nutrition et du programme de lutte contre la pauvreté (SCRP 3). Il se fonde sur l'ambition traduite à travers la vision du Ministère pour la nutrition.

La présente déclaration constitue à la fois un engagement et un appel.

Un engagement de mon département à mettre tout en œuvre pour qu'à la fin de la décennie la tendance soit inversée.

Un appel aux partenaires et aux autres acteurs du Ministère à nous accompagner plus que par le passé sur cette voie vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

J'invite donc tous les cadres et acteurs de santé, les membres de la Société Civile, des ONG nationales et internationales, les Agences du système des Nations Unies et tous les autres partenaires au développement œuvrant au Bénin à collaborer efficacement en vue de la mise en œuvre diligente de cette politique.


Le Ministre de la Santé

Docteur Alassane SEIDOU

I. Contexte et justification

1.1.- Le Bénin : Contexte politique, socio-économique et culturel

Le Bénin couvre une superficie de 114763 Km², sa population est estimée à 10.008.749¹ d'habitants dont environ 51,2% de femmes. Le taux de croissance de la population au Bénin était de 5,6 % en 2013¹. Le Bénin, localisé en Afrique Occidentale est limité au Nord par le Niger et le Burkina-Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Au rythme actuel, le Bénin apparaît dans la sous-région comme un pays moyennement peuplé, connaissant une natalité relativement forte, un niveau de mortalité relativement maîtrisée et une forte migration interne entre les régions du pays.

Le Bénin est un pays politiquement stable depuis plus de deux décennies. A la faveur de la conférence nationale des forces vives de la nation organisée en février 1990, avec l'instauration du multipartisme intégral, il a maintenu un environnement politique stable et réalisé des avancées notables dans le processus démocratique. Dès lors, une succession régulière de gouvernements sur une base d'alternance démocratique est réalisée.

Son économie repose sur l'agriculture de subsistance faite de production vivrière et de culture de rente dont la production de coton. Le pays est un des premiers producteurs africains de coton - et le commerce régional. L'économie du Bénin a un taux de croissance qui stagne à moins de 4% par an depuis le début des années 2000. Le pays a été fortement affecté par les fluctuations des prix observées ces dernières années au niveau du coton et du pétrole et la crise économique mondiale. Plus récemment, le pays a été touché par la hausse des prix alimentaires en 2008 et des catastrophes naturelles dont des inondations meurtrières en 2010 et la sécheresse dans le nord du pays en 2011.

En termes de développement humain, le Bénin figure parmi les pays les moins développés. Il était classé 166^{ème} sur 186 selon l'indice de développement humain (IDH) publié en 2013. La proportion de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté s'est aggravée, passant de 36,2% en 2011 à 40,1% en 2015¹. L'Indice de développement humain (IDH) était de 0,48 en 2014, plaçant le Bénin au 32^{ème} rang parmi les 53 pays africains et à la 165^{ème} place sur 187 pays classés dans le monde. Le Produit Intérieur Brut par habitant était de 442.000F CFA² en 2014. La pauvreté touche 36,2% de la population. Le secteur agricole est essentiel pour l'économie du pays, employant plus de 70 % de la population active et représente 75 % des recettes d'exportation de produits locaux et 35 % du PIB.

Au plan culturel, le Bénin dispose d'une riche diversité. La population est composée de plus d'une vingtaine de groupes socio-culturels ayant chacun son histoire, sa langue et ses

¹ INSAE_EMICOV-Suivi 2015

² Aperçu nutritionnel par pays, FAO ; http://www.fao.org/ag/AGN/nutrition/BEN_fr.stm

traditions. Au Sud, les groupes socio-culturels majoritaires sont les fons, les adjas et les yoruba, alors qu'au Nord, les Bariba, les Dendi et les Betamaribé ou « Somba » sont les plus représentés. Les traditions (tabous, totems, croyances), influencent fortement les habitudes alimentaires et entretiennent les interdits alimentaires. Elles sont très ancrées au sein des populations et représentent parfois les barrières à l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée pour une meilleure santé maternelle et infantile. Le régime alimentaire des populations est généralement basé sur les racines et tubercules (manioc, igname) et les céréales (maïs, sorgho, mil, riz). Au sud, le régime alimentaire est davantage basé sur le maïs et le poisson notamment, alors que dans le nord les céréales traditionnelles (en particulier le mil) occupent toujours une place importante ainsi que la viande et les produits laitiers qui sont plus disponibles. Le riz prend progressivement de l'importance dans l'alimentation, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

1.2.- Analyse de la situation sanitaire et nutritionnelle

1.2.1.- Situation sanitaire

1.2.1.1.- Priorités de santé au Bénin

D'après le Plan de Développement Sanitaire du Bénin (2014-2018), cinq domaines prioritaires ont été ciblés pour les interventions en matière de santé :

- la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention, la lutte contre la maladie et l'amélioration de la qualité des soins ;
- la valorisation des ressources humaines ;
- le renforcement du partenariat dans le secteur et la promotion de l'éthique et de la déontologie médicale;
- l'amélioration du mécanisme de financement du secteur ;
- le renforcement de la gestion du secteur.

Bien que la nutrition n'ait pas encore été positionnée comme un domaine prioritaire, socle de toutes les interventions en santé, plusieurs programmes et interventions prioritaires (interventions sensibles à la nutrition) du ministère de la santé pourraient contribuer ou servir d'opportunité à l'amélioration de l'état nutritionnel des populations à savoir :

- la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base : par la viabilisation et l'assainissement du milieu et la communication pour un changement de comportement ;
- l'amélioration de la santé de la reproduction : par la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, la lutte contre la mortalité infantile et juvénile et la promotion du planning familial ;
- la lutte contre la maladie : les maladies prioritaires les IST/VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ;
- la lutte contre les autres maladies transmissibles ;
- la lutte contre les maladies non transmissibles ;

- l'amélioration de la disponibilité des médicaments de bonne qualité à coût réduit ;
- la promotion des explorations diagnostiques et de la sécurité transfusionnelle.

1.2.1.2.- Santé de l'enfant

Selon l'annuaire des Statistiques Sanitaires 2014³, les cinq premiers motifs de consultation dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de cinq ans étaient:

- le paludisme 45,1% des cas de consultation et d'hospitalisation ;
- les affections respiratoires aiguës (18,2%) ;
- l'anémie (8,2%) ;
- les autres affections gastro-intestinales (6,5%) ;
- la diarrhée (4,8%).

Dans cette tranche d'âge, les principales causes de décès demeurent le paludisme grave (37%), l'anémie (7,6%), les affections respiratoires (6,5%), la malnutrition (6,1%) et la diarrhée (2,5%).

Chez les enfants, le paludisme et l'anémie représentent à eux seuls plus de la moitié (62,7%) des cas hospitalisés.

a) Mortinatalité

La proportion de grossesses qui aboutissent à un mort-né par rapport aux naissances vivantes était estimée à 2,3% en 2013. Ce taux peut s'expliquer notamment par le non-respect par les femmes du nombre de visites prénatales recommandées par l'OMS.

b) Mortalité infantile

Dans l'ensemble, la mortalité infantile demeure élevée, 67‰ en 2006 (EDS III), et est plus prononcée en zones rurales et dans les milieux les plus pauvres. Les enfants de moins de 1 an vivant en milieu rural (81‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (59‰) à Cotonou (67‰). On remarque que le taux de mortalité infantile dans le quintile des familles les plus riches est de moitié inférieur à celui des autres familles. Toute chose étant égale par ailleurs, les familles les plus riches présentent une meilleure accessibilité financière (achat des soins et des médicaments) et peuvent plus facilement que les autres avoir de l'eau potable, une alimentation plus équilibrée et un cadre de vie plus sain.

1.2.1.3.- Santé de l'adolescent et du jeune

Cette tranche d'âge est caractérisée par les comportements à risque et la sexualité précoce qui expliquent leur vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA. Les adolescentes ont une fécondité élevée

³Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires. Cotonou : Ministère de la Santé ; 2014

: à 19 ans, plus de quatre femmes sur dix (44%) ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes. La moitié des femmes donne naissance à leur premier enfant avant l'âge de 19,9 ans. Parmi les femmes, la moitié a déjà contracté une union avant 18,6 ans. En atteignant 17,8 ans la moitié des femmes a déjà eu des rapports sexuels. Mais en dehors de ces problèmes (les IST, le VIH/SIDA, les grossesses précoces et/ou non désirées, les avortements à risque, les mutilations génitales féminines), les adolescents (jeunes garçons et jeunes filles) sont en général confrontés à des causes des problèmes courants de santé tels les problèmes de nutrition, les accidents et violences, la consommation d'alcool ou autres substances nocives, et autres pratiques néfastes à leur santé. Cependant, il faut noter que les décès liés aux problèmes de violence sont plus fréquents chez les jeunes garçons alors que les problèmes de la maternité et du VIH causent plus de décès chez les jeunes filles. Concernant la morbidité des adolescents, la santé mentale devient une priorité émergente de santé publique.

1.2.1.4.- Santé de la mère

Selon les données de l'EDSB III, le taux de mortalité maternelle était de 397 femmes pour 100.000 naissances vivantes en 2006. En 2013 ce ratio de mortalité maternelle s'établissait à 355,5 pour 100.000 naissances vivantes (RGPH4) avec 288,7 pour 100.000 naissances en milieu urbain et 367 pour 100 000 naissances pour le milieu rural, soit des risques de décès maternel plus considérables en milieu rural qu'en milieu urbain. Le ratio de mortalité intra-hospitalière⁴ était de 152,3 pour 100.000 naissances vivantes.

Depuis 2001, on ne constate pas de changement important dans le suivi prénatal, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals étant passée de 87% en 2001 à 88% en 2006 et à 86% en 2011-2012. La proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé est passée de 76% en 2001 à 78% en 2006 puis à 87% en 2011-2012. Durant la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé formé est passée de 74% en 2006 à 81% en 2011-2012. Dans l'ensemble, 51% des femmes ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance de leur enfant, conformément aux recommandations. À l'opposé, dans 6% des cas, l'examen a eu lieu assez tard, c'est-à-dire entre 3 et 41 jours.

Plusieurs facteurs favorisent cette situation et les causes des décès sont :

- l'environnement social ou culturel actuel, les accouchements à domicile, la faible accessibilité des services de maternité, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le

4 Ministère de la Santé. Annuaire des statistiques sanitaires. Cotonou : Ministère de la Santé ; 2014

- suivi insuffisant du travail d'accouchement à travers la non maîtrise des trois retards (prise de décision, évacuation et prise en charge) et l'insuffisance des ressources financières ;
- les causes médicales directes : Hémorragie 25%, dystocies 10%, Complication HTA sur grossesse 13%, complication d'avortement 13%, anémies et les infections sévères 14% ;
 - les causes médicales indirectes : 25% (Diabète, Drépanocytose et Cardiopathie...).

1.2.1.5.- Incidence des maladies non transmissibles

Le Bénin paie un lourd tribut en termes de mortalité et de morbidité dues aux Maladies Non Transmissibles (MNT). Les MNT ont les mêmes facteurs de risques (FDR), la prise en charge d'un seul FDR permet de réduire l'incidence de plusieurs MNT. Une évaluation de ces FDR (enquête STEPS) réalisée en 2008 dans les 12 départements du Bénin a montré des résultats très préoccupants 27,5% de la population de 25 à 64 ans du Bénin souffrent d'HTA soit environ 1 500 000 béninois exposés. La situation est aussi préoccupante pour les sept autres FDR à savoir : l'hyperglycémie, l'hypercholestérolémie, l'obésité, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. Les prévalences de l'obésité et du diabète chez les femmes sont de 30,2% et de 4,5%⁵ respectivement. La moitié de la population est porteuse d'au moins deux FDR. Les facteurs de risque des maladies non transmissibles restent dans une large mesure inconnus des populations. De même, le niveau de connaissance par les agents de santé reste insuffisant, ce qui ne leur permet pas d'assurer une bonne sensibilisation en direction des populations.

Chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence de l'obésité est de 1,7%.⁶

De l'analyse de la situation sanitaire au Bénin, il ressort que les problèmes prioritaires dans ce domaine ont un lien direct ou indirect avec l'état nutritionnel des populations notamment des couches vulnérables (enfants de moins de cinq ans, adolescents, femmes enceintes, femmes allaitantes, femmes mères), à l'accès à une alimentation suffisante saine et équilibrée, à l'accès à l'eau potable, aux conditions d'hygiène et de vie des ménages, et enfin à la transition nutritionnelle (changement de style et mode de vie) pour ce qui concerne les maladies non transmissibles.

1.2.2.- Situation alimentaire et nutritionnelle des ménages

1.2.2.1.- Sécurité alimentaire des ménages

Au niveau national, d'après les résultats de l'analyse globale de la vulnérabilité et de la sécurité alimentaire (AGVSA) de 2013, 23% des ménages avaient une consommation alimentaire inadéquate ne leur permettant pas de vivre une vie saine et active (5% avaient une

⁵Enquête STEPS 2008, Bénin

⁶MICS 2015, rapport de résultats clés

consommation alimentaire pauvre et 18% une consommation alimentaire limite) au moment de l'enquête. Les ménages avec une consommation alimentaire pauvre consomment principalement des aliments de base (céréales/tubercules) avec un peu de légumes et d'huile. Très peu diversifié, leur régime alimentaire est caractérisé par des insuffisances majeures (aliments riches en protéines animales, fruits, lait et produits laitiers). Les ménages avec une consommation alimentaire limite ont un régime un peu plus diversifié. Ils consomment des légumineuses, des aliments d'origine animale et du sucre de temps en temps. Il existe des disparités des prévalences de l'insécurité alimentaire dans les départements. Les prévalences d'insécurité alimentaire les plus élevées se retrouvent dans les départements du Mono, Atacora et Couffo où les taux se situent entre 49% et 47% alors que les départements du Plateau et du Littoral enregistrent les taux les plus faibles (3% et 1% respectivement)⁷. Le pourcentage des ménages ayant une consommation alimentaire pauvre/limite est significativement plus élevé dans les zones rurales (30%) que dans les zones urbaines (15%). Les ménages en insécurité alimentaire sont ceux ayant l'agriculture comme source de revenus, les travailleurs journaliers et les ménages qui dépendent de l'aide. Ces ménages sont également les plus pauvres sur le plan économique. Ils consacrent plus de 65% de leurs revenus aux dépenses alimentaires et vivent généralement dans des conditions sanitaires et d'habitat plus précaires que les ménages en sécurité alimentaire. Par ailleurs ce sont les ménages dirigés souvent par un chef de ménage avec un faible niveau d'instruction.

Les principales causes de l'insécurité alimentaire sont :

- la pauvreté et la difficulté d'accès économique aux marchés ;
- la dépendance des marchés et la hausse des prix des produits alimentaires ;
- l'agriculture de subsistance de type familial, peu productive, reposant sur des petites exploitations familiales et orientée vers la polyculture associée au petit élevage traditionnel ;
- les catastrophes naturelles.

La sécurité sanitaire des aliments constitue un autre défi important au Bénin. Elle est assurée au Bénin par l'Agence Béninoise de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ABSSA) conformément au cadre défini par les textes législatifs et réglementaires. Cet organe a été mis en place en 2012 (décret 2011-113 du 08 mai 2012). Il existe également le Laboratoire de Contrôle de la Sécurité Sanitaire des Aliments (LCSSA), laboratoire de référence destiné au contrôle des aliments.

Les principaux problèmes en matière de sécurité alimentaire relèvent du fait que les établissements d'alimentation notamment les marchés des grandes villes du pays sont dans

7 AGVSAN, Bénin 2014

l'ensemble, dans une situation d'insalubrité liée aux mesures insuffisantes d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, ainsi qu'aux comportements des usagers dont les pratiques ne garantissent pas l'innocuité des aliments. Les vendeurs des aliments de rue n'observent pas les pratiques élémentaires d'hygiène alimentaire. Ces aliments sont vendus sur les grandes artères, aux abords des marchés, des écoles, à proximité des immondices, des grands collecteurs et dans d'autres lieux publics sans les mesures élémentaires d'hygiène prescrites dans «les cinq clés pour des aliments plus sûrs» de l'OMS.

1.2.2.2.- Etat nutritionnel des femmes, enfants et adolescents

Sur le plan nutritionnel, différentes enquêtes permettent de suivre l'évolution de l'état nutritionnel des populations. Il s'agit entre autre: des enquêtes démographiques de santé (EDS), des enquêtes modulaires intégrées sur les conditions de vie des ménages (EMICOV), des enquêtes SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions), des enquêtes MICS (enquêtes à indicateurs multiples).

➤ Enfants âgés de moins de cinq ans

Situation nutritionnelle

La prévalence de la malnutrition aigüe globale était de 5,2% avec 0,3% de malnutrition aigüe sévère et 4,8% de malnutrition aigüe modérée en 2011⁸. Elle était la plus élevée dans le département de l'Alibori (8,9%) contre 2,5% dans le département du Zou. Il existe des disparités de prévalence par département et par zone sanitaire. On note une prévalence plus élevée chez les enfants de 6 à 23 mois et notamment dans la tranche d'âge de 6 à 11 mois. D'après l'enquête MICS 2014, cette prévalence a légèrement diminué et est actuellement de 4,5% avec 0,9% de forme sévère.

La prévalence du retard de croissance (malnutrition chronique) est également en hausse de 1996 (25%) à 2006 (38%) d'après les enquêtes démographiques de santé. En 2011⁸, 32% des enfants de 6 à 59 mois souffraient de retard de croissance dont 8,5% sous la forme sévère. Les prévalences les plus élevées étaient observées dans les départements de l'Alibori, de l'Atacora, du Couffo, du Plateau et du Zou avec des taux dépassant les 35%, ce qui traduit une situation nutritionnelle grave selon les seuils de l'OMS. Le milieu rural était significativement plus touché que celui urbain. Il en était de même pour les garçons comparés aux filles. En 2014⁹, la prévalence du retard de croissance était de 34%.

Pour ce qui concerne l'insuffisance pondérale, sa prévalence est en hausse. De 7% en 1996, elle est passée à 13% en 2006 puis maintenue sans changement jusqu'en 2014 et autour de

⁸EMICOV-Bénin 2011

⁹MICS-Bénin 2014

12,5%.en 2014 (MICS) traduisant ainsi une situation médiocre de malnutrition selon les références de l’OMS. Les départements les plus touchés sont ceux de l’Alibori, de l’Atacora, et du Mono avec des prévalences supérieures à 20%. L’insuffisance pondérale est significativement plus présente en milieu rural qu’en milieu urbain. Il n’existe pas de différence entre fille et garçon en comparaison aux autres types de malnutrition. En 2014⁹, la prévalence de l’insuffisance pondérale a légèrement baissé et est passée à 15,1%.

Allaitement maternel et pratique alimentaire

Les pratiques d’alimentation constituent les facteurs déterminants de l’état nutritionnel des enfants qui, à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces derniers. L’allaitement maternel exclusif jusqu’à l’âge de 6 mois diminue la mortalité infantile et accélère la guérison en cas de maladie. La prévalence de l’allaitement maternel exclusif a connu une évolution en dents de scie de 2001 à 2011 d’après les enquêtes démographiques de santé. En effet, de 38% en 2001, elle est passée à 43% en 2006, puis à 33% en 2011. En 2011, seulement 50% des nouveau-nés ont été mis au sein dans l’heure suivant la naissance, avec de fortes disparités interdépartementales. Le taux d’initiation précoce à l’allaitement maternel était le plus faible dans les départements du Plateau, du Couffo et de l’Alibori. Cependant, on note que la quasi-totalité des enfants en 2001 et 2011 ont été maternellement allaités soit respectivement 97%¹⁰et 94%¹¹.

Pour ce qui concerne les pratiques alimentaires, d’après l’EDSB-III, on note que parmi les enfants allaités, l’introduction de liquides et même d’aliments solides a lieu bien avant l’âge recommandé de 6 mois par l’OMS. À 6-8 mois, 69% des enfants allaités sont nourris avec des aliments solides ou semi solides contre 40% à 4-5 mois. Par conséquent, près d’un tiers des enfants allaités de 6-8 mois ne reçoivent pas d’aliments de complément et ne sont donc pas nourris conformément aux recommandations internationales.

Les aliments donnés le plus fréquemment aux enfants de 6-23 mois, qu’ils soient ou non allaités, sont des aliments à base de céréales (respectivement, 83 % et 93 %), des aliments contenant des matières grasses comme de l’huile ou du beurre (respectivement, 56 % et 81 %). Les proportions de produits alimentaires sources de protéines et de consommation de fruits et légumes sont faibles. Le constat général est que la plupart des enfants ne sont pas nourris de manière appropriée. Seulement près d’un tiers des enfants (32 %) sont nourris en suivant les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et cette proportion varie de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques. En outre, l’existence de barrières sociales (croyances et tabous alimentaires : par exemple, ne pas donner la

¹⁰EDS-Bénin 2001

¹¹EDS-Bénin 2011-2012

viande aux garçons, ou les œufs aux filles etc.) constituent des contraintes majeures à une bonne diversification alimentaire.

Carences en Fer

La prévalence de l'anémie due à la carence en fer chez les enfants de 6-59 mois a baissé de 1996 (82%) à 2011 (58%), avec 3% de forme sévère. Elle était plus élevée en zone rurale (61%) comparée à la zone urbaine (55%) en 2011. La prévalence la plus élevée était enregistrée dans le département du Plateau (11% de forme sévère).

➤ **Enfants d'âge scolaire et adolescents**

Il n'existe pas d'étude représentative au niveau national. Mitchikpè E et al (2002) ont rapporté une prévalence de 38% pour le retard de croissance chez les enfants de 6 à 8 ans à Natitingou. Une autre étude, réalisée en 2009 par Hélène D. en milieu scolaire à Cotonou chez les adolescents de 13-15 ans a montré des prévalences de la maigreur et de la surcharge pondérale de 5,6% et 10,5% respectivement.

➤ **Femmes en âge de procréer (15-49 ans)**

Le profil nutritionnel de la femme en âge de procréer a connu une amélioration pour ce qui concerne le déficit énergétique chronique. De 15% en 1996¹², cette prévalence est de 6,2% en 2011¹³. Par contre la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté passant 9% à 28,8% durant la même période. Il existe des disparités géographiques. La prévalence la plus élevée était observée dans le département du Littoral (40%). De façon globale la surcharge pondérale était deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

La prévalence de l'anémie a diminué de 64% à 41,4% d'après les EDSB II et EDSB-IV.

➤ **Carences spécifiques en micronutriments**

❖ **Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI)**

La prévalence du goitre, rapportée par deux enquêtes représentatives au niveau national, réalisées entre 2001 et 2011 dans les écoles primaires publiques, est estimée à 3,7% parmi les enfants de 6 à 15 ans en 2001 (DANA/UNICEF, 2001), et 3,5% chez les enfants de 6 à 12 ans en 2011 (DANA/UNICEF, 2011). Avec cette prévalence inférieure au seuil d'élimination des TDCI fixé par l'OMS (<5%), les TDCI ne constituent plus un problème de santé publique au Bénin. Toutefois, le département du Borgou doit rester sous surveillance du fait de la prévalence de 15% enregistrée en 2001.

¹²EDSI-Bénin, 1996

¹³EDSIV-Bénin, 2011-2012

❖ **Carence en Vitamine A (CVA)**

Selon une enquête nationale¹⁴ (MSP/UNICEF, 2000), la prévalence en 1999 de la carence en vitamine A (basée sur le rétinol sérique) chez les enfants âgés de 12 à 71 mois était très élevée, soit 65% dans le Sud et 82% dans le Nord.

Chez les femmes ayant accouché dans les cinq années précédant l'EDSB-III, la prévalence de la cécité nocturne était de 2%. Elle est restée globalement stable chez la femme enceinte entre 2001 et 2006, avec tout de même, une très légère tendance à la hausse en milieu rural.

❖ **Carences en zinc, calcium, acide folique et vitamine B12**

Pour ce qui concerne la carence en zinc, le Bénin est classé comme un pays à risque moyen¹⁵. Il n'existe pas de données nationales sur les prévalences de la carence en calcium, en acide folique et en vitamine B12. Cependant la prévalence élevée des effets indirects de la carence en ces nutriments (retard de croissance intra-utérin, faible poids de naissance, éclampsie), permet de conclure à l'existence de la carence en ces micronutriments.

1.2.2.3.- Déterminants de la malnutrition

Les déterminants de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'après le modèle d'analyse causale de l'UNICEF sont de trois ordres au niveau national :

Les causes immédiates

- Le faible taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois (EDSB-II: 38%, EDSB-III: 43%, EDSB-IV: 33%);
- Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peu appropriées : le régime alimentaire minimum acceptable, et la diversité alimentaire minimum pour les enfants de 6-23 mois étaient de 16% et de 32% respectivement (EDSB-IV);
- Une fréquence élevée des maladies infectieuses et parasitaires dont les plus prépondérantes sont : diarrhée, infections respiratoires aiguës, paludisme, et helminthiases (parasitoses). A cela s'ajoutent d'autres maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/SIDA.

Les causes sous-jacentes

- Une faible couverture des soins préventif et curatif (le nombre d'enfants complètement vaccinés est passé de 56% en 1996¹⁶ à 47% en 2006¹⁷) ;

¹⁴Ministère de la Santé. Revue de performance des Programmes de Santé de la Reproduction/ Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et la Planification stratégique au Bénin : Rapport Commission de la commission technique N°6, janvier 2015

¹⁵PSDAN-Partie A

¹⁶EDSI 1996-Bénin

- de mauvaises pratiques d'hygiène (le lavage des mains après manipulation des selles des enfants n'est pas systématique, une faible utilisation des latrines et un milieu de vie peu salubre etc..) ;
- des difficultés d'accès aux soins de santé au niveau des populations pauvres ;
- la qualité peu satisfaisante des soins de santé ;
- la sécurité sanitaire des aliments ;
- et l'insécurité alimentaire dans les ménages notamment en périodes de soudure.

Les causes profondes

- La pauvreté et l'ignorance, l'existence des tabous alimentaires,
- Les problèmes liés au genre : le statut socioéconomique de la femme la sépare pendant de longues heures de son enfant étant donné que la grande majorité des femmes s'adonnent aux activités génératrices de revenus. En général, la femme a un faible pouvoir de décision. Si c'est la femme qui décide de la nourriture à préparer chaque jour, c'est au conjoint que revient la décision par rapport aux soins de santé et des grosses dépenses du ménage.
- Le niveau d'éducation : le taux net de scolarisation est de 87% chez les garçons et de 73% chez les filles selon l'EDSB-IV) ; très peu de filles atteignent le niveau secondaire.

Une étude qualitative¹⁸ réalisée par l'UNICEF en 2014 sur les déterminants des pratiques d'alimentation complémentaire des enfants de moins de deux ans, dans trois localités à haut risque de malnutrition au Bénin (Boukoubé, Djakotomey, et Kétou) a montré que les problèmes de malnutrition étaient liés :

- Au mode de répartition de la nourriture et l'argent dans les ménages ;
- a l'engagement des pères à assumer leurs responsabilités familiales en matière d'approvisionnement de nourriture et de satisfaction d'autres besoins essentiels ainsi que leurs contributions aux soins apportés aux enfants ;
- au travail des mères hors des ménages, ce qui précipite la séparation de la mère de son nourrisson et provoque l'introduction précoce de bouillies très pauvres en nutriments, une insuffisance d'allaitement et une fréquence irrégulière des repas chez le nourrisson.

Au niveau de la population générale, la malnutrition s'explique par une transition épidémiologique et nutritionnelle caractérisée par un changement de mode et style de vie notamment en zone urbaine où l'on observe le passage à une alimentation moderne (riche en produits raffinés, sel, sucre et gras, saturés) au détriment de l'alimentation traditionnelle. Ce

¹⁷EDSIII 2006-Bénin

¹⁸Etude des déterminants des pratiques d'alimentation complémentaire des enfants de moins de 2 ans ; Rapport d'enquête. Cotonou : UNICEF; 2014

changement de mode de vie est un facteur de risque important pour les maladies dites de civilisation (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, cancers...) observées.

1.2.3.- Problèmes prioritaires de nutrition

L'analyse de la situation nutritionnelle montre que l'état nutritionnel des populations depuis ces deux dernières décennies demeure préoccupant. Les couches les plus vulnérables sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer. Cependant face à l'incidence des maladies chroniques liées à la nutrition (diabète, hypertension artérielle...) dans la population adulte, l'état nutritionnel de la population générale devient un grand sujet d'inquiétude si des interventions efficaces ne sont désormais pas mises en œuvre.

Au niveau de la sécurité alimentaire, 12% des ménages sont en insécurité alimentaire et 13,2% sont à risque d'insécurité alimentaire. Néanmoins selon un rapport de la FAO, le profil nutritionnel du Bénin n'est pas critique. Le Bénin serait relativement autosuffisant pour les céréales (sauf le riz) les racines et tubercules. Mais, il serait fortement dépendant des importations de produits d'origine animale. Ceci montre qu'une répartition non rationnelle des denrées alimentaires, et de mauvaises pratiques alimentaires seraient à l'origine de ces carences observées.

Par ailleurs la sécurité alimentaire des ménages est essentielle pour la sécurité nutritionnelle, qui est loin d'être suffisante. En effet, la sécurité nutritionnelle implique bien plus que l'accès à une quantité adéquate d'aliments variés en quantité et en qualité (y inclus les micronutriments). Elle requiert :

- a) un accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement ;
- b) un accès à des services de soins de santé de qualité ;
- c) des pratiques adéquates au sein des ménages dans les domaines des soins pour les enfants, de l'hygiène alimentaire et de la préparation des aliments ;
- d) un environnement sain.

La sécurité nutritionnelle est encore plus importante pour les groupes les plus vulnérables de la société que sont les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition, et les personnes atteintes de maladies chroniques dont le VIH/SIDA.

1.2.3.1.- Carences nutritionnelles

Chez les enfants de 6-59 mois et les enfants d'âge scolaire, les problèmes identifiés sont :

- la maigreur (émaciation) ou malnutrition aigüe ;
- le retard de croissance ou malnutrition chronique ;
- l'insuffisance pondérale ;

- les carences en micronutriments essentiels : Fer, Vitamine A, Vitamine B9, Iode, Zinc, Calcium.

Chez les jeunes filles adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitantes

- le déficit énergétique chronique ;
- les carences en micronutriments essentiels : Fer, Vitamine A, Iode, Zinc, Calcium, Folate, Vitamine B12.

1.2.3.2. Maladies chroniques liées à la nutrition

- le surpoids ;
- l'obésité ;
- le diabète ;
- l'HTA ;
- les Cancers.

Les facteurs favorisants ou prédisposants sont entre autre :

- la tendance à une alimentation déséquilibrée, obésogène (riche en sel, sucre, gras, pauvre en fibres, fruits et légumes) ;
- la consommation excessive d'alcool et de tabac chez les adolescents et les adultes ;
- la sédentarité et la faible pratique d'activités physiques ne permettant pas une dépense énergétique qui compense judicieusement les apports énergétiques ;
- la tendance à une alimentation déséquilibrée, obésogène (riche en sel, sucre, gras, pauvre en fibres, fruits et légumes) ;

1.2.4.- Cadre institutionnel légal et organisationnel concernant la nutrition

1.2.4.1.- Au niveau national

La constitution du Bénin en son article 8, garantit le droit à la santé à tout citoyen et de ce fait prévoit que les services nécessaires de l'alimentation et de la nutrition soient offerts à toute la population sans discrimination. Sur cette base, les Orientations Stratégiques de Développement (OSD), la Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté 3 (SCR3) et les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme, Bénin ALAFIA 2025, définissent la vision globale du pays qui intègre les préoccupations sanitaires à prendre en compte pour le mieux-être des populations.

La SCR3 a particulièrement mis l'accent sur les axes d'interventions en nutrition notamment dans son chapitre N°6 portant renforcement du capital humain. Ce document définit les stratégies et volets d'interventions à engager par tout acteur en charge de l'alimentation et de la nutrition.

Le Plan National de Nutrition axé sur les Résultats a été élaboré et sa mise en œuvre est coordonnée par le CAN à travers le Cadre Commun des Résultats.

Divers acteurs interviennent dans le domaine de la nutrition, parmi lesquels figurent les Ministères sectoriels qui ont défini chacun des documents de politiques intégrant des aspects de l'alimentation ou de la nutrition. Ces acteurs sont :

- le Conseil National de l'Alimentation et de la nutrition (CAN) : qui est l'organe de coordination et de régulation des interventions en alimentation et nutrition au Bénin. Il est placé sous l'autorité de la Présidence de la République ;
- le Ministère en charge de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche ;
- le Ministère en charge de la santé ;
- le Ministère en charge de la famille et de la protection sociale ;
- les Ministères en charge de l'éducation (Enseignement Maternel et Primaire, Enseignement Supérieur et Recherche Scientifique) ;
- autres acteurs : société civile (ONGs internationales et nationales, Système des Nations Unies, particuliers ...) et structures privées.

Ainsi durant cette dernière décennie, un ensemble de programmes et d'interventions ont été mis en œuvre par ces différents acteurs en vue de lutter contre la malnutrition. Ces interventions à assise communautaire ou élargie comme le projet de nutrition communautaire et le projet multisectoriel d'alimentation de santé et de nutrition, coordonnés par le CAN ; la production de farines infantiles pour l'alimentation complémentaire, de denrées alimentaires dérivées du soja, la promotion de l'usage du sel iodé dans les ménages, la sensibilisation sur l'hygiène et les bonnes pratiques de fabrication par la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée ; l'éducation nutritionnelle menée lors des séances de vaccination et de suivi/promotion de la croissance des enfants par les centres de promotion sociale et les formations sanitaires ; des séries d'émissions sur la nutrition, l'alimentation et la sécurité alimentaire à l'endroit des populations proposées par le ministère de la communication et toutes les activités menées par les ONGs, ont démontré des succès notables dans les zones couvertes et ont sensiblement amélioré l'état nutritionnel des populations ; mais la couverture géographique ayant souvent été restreinte, l'impact en a été de même.

Dans l'ensemble, le manque de synergie entre les différents acteurs de différents secteurs, et la nature des interventions souvent effectuées sous forme de projet n'ont pas abouti à une réduction tangible de la malnutrition au niveau national. Par ailleurs ces interventions n'intègrent pas suffisamment dans leur mise en œuvre le volet éducation nutritionnelle (la connaissance et le choix des aliments locaux, l'assistance au changement de comportement), stratégie indispensable pour l'obtention de résultats durables. Il faut également préciser que la plupart de ces projets ne font pas l'objet d'évaluation ou le cas échéant d'une évaluation insuffisante.

.1.2.4.2.- Au niveau du système sanitaire

Il existe une Politique Nationale de Santé (PNS) qui définit les orientations sectorielles en matière de santé et de nutrition. Cependant, dans ce document, le volet de l'alimentation et de la nutrition décliné dans les axes stratégiques est peu explicite. Cette insuffisance semble être partiellement comblée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Ces principaux documents ont servi de base, au Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant pour l'élaboration de documents opérationnels tels que :

- a) le guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH et le guide pratique de nutrition des PVVIH avec l'appui financier du gouvernement et du Programme Alimentaire Mondial en 2006;
- b) la stratégie nationale d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) 2010 et son actualisation en 2014;
- c) les manuels de pratiques essentielles en alimentation de la femme, du nourrisson et du jeune enfant en 2009 ;
- d) le protocole de prise en charge de la malnutrition aigüe et son actualisation en 2014 ;
- e) les manuels sur l'alimentation et la nutrition de la fille adolescente, de la femme enceinte et de la femme allaitante avec l'appui financier de l'UNFPA en 2013;
- f) les directives nationales pour la surveillance de la croissance et du développement de l'enfant en 2013 ;
- g) le guide technique harmonisé de l'«initiative école amie de la nutrition» en 2014 ;
- h) la mise à jours des outils de surveillance nutritionnelle et du développement de l'enfant avec les nouvelles courbes de croissance de l'OMS.

Plusieurs programmes ont été mis en œuvre par le secteur de la santé dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Ces interventions couvrent tous les aspects clés relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de la femme enceinte et de la fille adolescente. Ce sont :

- a) le programme quinquennal de nutrition secteur santé ;
- b) l'initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) ;
- c) le paquet minimum d'activités en nutrition (PMA/nut) ;
- d) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
- e) le programme national de lutte contre la malnutrition dans les zones déshéritées ;
- f) la prise en charge nutritionnelle des PVVIH avec un accent particulier sur la prise en charge des gestantes vivantes avec le VIH et leurs enfants ;
- g) l'«initiative école amie de la nutrition ».

A ces différents programmes s'ajoutent de nombreux projets mis en œuvre par des partenaires selon les problèmes identifiés dans certaines régions pour couvrir des aspects

spécifiques comme l'organisation des campagnes de masse de distribution de Vitamine A et déparasitage couplées aux journées nationales de vaccination (JNV).

Ces différentes interventions ont également contribué sensiblement à :

- l'amélioration de certains indicateurs de l'état nutritionnel tels que la diminution des prévalences de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de moins de cinq ans et du déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer ;
- une réduction de la prévalence de l'anémie et des troubles dus à la carence en iode.

Cependant de nombreux problèmes persistent et freinent l'avancée du Bénin vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 2015) et les six cibles de la nutrition fixées par l'Assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le Ministère de la Santé développe des interventions de santé sensibles à la Nutrition. Il s'agit de :

- ◆ consultations prénatales de qualité ;
- ◆ utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- ◆ planification familiale ;
- ◆ accouchement par un personnel qualifié ;
- ◆ traitement de la diarrhée par le SRO/Zinc ;
- ◆ traitement du paludisme ;
- ◆ traitement de la pneumonie ;
- ◆ prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- ◆ PCIME communautaire ;
- ◆ TPI chez la femme enceinte ;
- ◆ chimio prévention saisonnière du paludisme chez les enfants de 3-59 mois ;
- ◆ vaccination ;
- ◆ promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

1.2.4.3. Couverture des interventions spécifiques de Nutrition offertes par le système de santé

Les interventions spécifiques de nutrition que le système de santé offre concernent :

- a) surveillance de la croissance et du développement de l'enfant (centre de santé et communauté) : au cours de la vaccination et la consultation d'enfants sains ;
- b) prise en charge des cas de malnutrition aigüe (CNT, CNA et communauté) :
 - dépistage de la malnutrition ;
 - traitement de la malnutrition aigüe modérée ;
 - traitement de la malnutrition aigüe sévère avec ou sans complication.
- c) supplémentation en Vitamine A et le déparasitage pour les enfants de moins de 5 ans ;
- d) alimentation de la Fille Adolescente, de la Femme Enceinte et de la Femme Allaitante (AFAFEFA) au niveau des centres de santé (Maternité) :
 - conseils nutritionnels ;
 - supplémentation en fer/acide folique pour femme enceinte ;
 - suivi du gain pondéral des femmes enceintes ;
 - supplémentation en Vitamine A pour les femmes allaitantes.
- e) Fortification des aliments :
 - iodation universelle des sels de cuisine ;
 - fortification des huiles en vitamine A ;
 - fortification de la farine en zinc, fer et vitamine B,
- f) campagnes promotionnelles de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel ;
- g) application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- h) couverture en hôpitaux amis des bébés ;

Les principaux défis dans le secteur sont :

- a) insuffisance de synergie d'actions intra sectorielles et avec les autres secteurs pour une meilleure prise en compte des grandes composantes des interventions nutritionnelles ;
- b) inexistence de ressources humaines spécialisées en nutrition dans les structures de santé pour le pilotage des activités de nutrition ;
- c) insuffisance de ressources financières allouées au secteur de la nutrition ;
- d) faible dissémination des documents stratégiques de la nutrition et insuffisance de promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
- e) faible visibilité du volet nutrition dans les grands axes d'action du secteur de la santé et des budgets alloués à la santé ;
- a) la non-prise en compte du volet surnutrition dans les politiques et programmes en nutrition ;
- b) Insuffisance de couverture des interventions nutritionnelles notamment la prise en charge de la malnutrition aigüe à l'échelle nationale ;

- c) faible fonctionnalité des Centres de Nutrition Thérapeutique (CNT) et Centres de Nutrition Ambulatoire (CNA) ;
- d) Insuffisance de l'application des textes législatifs et réglementaires en matière de nutrition ;
- e) manque de leadership et de gouvernance dans le cadrage des interventions des partenaires en nutrition ;
- f) prise en compte insuffisante des indicateurs de nutrition dans le Système National d'Information et de Gestion sanitaire (SNIGS) pour la disponibilité des indicateurs pertinents et un meilleur suivi des interventions.

II. Politique Nationale de nutrition

2.1.- Fondements et valeurs

Les orientations de la Politique de Nutrition pour le secteur de la santé se fondent sur la Constitution du Bénin, la Stratégie de la Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR3), la Politique Nationale de Santé (PNS), et sur toutes les initiatives et stratégies internationales auxquelles le Bénin a adhéré et qui définissent les interventions en alimentation et nutrition. Au nombre de celles-ci, nous pouvons citer :

- la ratification des résolutions du sommet mondial sur l'enfance de 1990 par les chefs d'Etats Africains lors du sommet de l'OUA à Dakar en 1992 ;
- l'adoption d'une stratégie d'iodation du sel dans la lutte contre les carences en iode et pour l'établissement d'une législation sur la consommation humaine et animale du sel iodé respectivement aux sommets d'Addis-Abeba (OUA, 1994) et d'Abuja (CEDEAO, 1994) ;
- les Objectifs du Développement Durable (ODD) ;
- les résolutions de la 63^{ème} Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé ;
- l'Adhésion au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) le 12 septembre 2011 ;
- la déclaration de la Deuxième Conférence Internationale de Rome sur la Nutrition (CIN2) tenue en novembre 2014.

En adhérant à ces initiatives et déclarations internationales, le secteur de la Santé du Bénin s'est engagé à assurer des interventions susceptibles de procurer un bon état nutritionnel aux femmes enceintes, allaitantes, aux nourrissons, aux enfants et aux adolescentes, qui constituent les cibles les plus vulnérables.

2.2.- Vision, but et objectifs

2.2.1.- Vision

Toutes les femmes enceintes et allaitantes, les adolescents, les enfants d'âge scolaire et les enfants de moins de cinq ans ont accès à des services nutritionnels de qualité satisfaisante et

présentent un état nutritionnel et sanitaire leur permettant d'avoir une vie saine et active et de contribuer efficacement au développement du pays.

2.2.2.- But

Contribuer à la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, qui visent les nourrissons, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les femmes allaitantes notamment la réduction des décès évitables de nouveau-né, d'enfant de moins de 5 ans et la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et celles transmissibles comme le SIDA, la tuberculose etc...

2.2.3.- Objectif général

Réduire de 15% d'ici 2025, le double fardeau de la malnutrition chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

2.2.4.- Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette politique suivent les recommandations de l'OMS pour 2025 et s'accordent avec les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030.

Le secteur de la santé contribue à la plupart des objectifs nutritionnels. Il s'agit d'ici 2025, de :

- contribuer à réduire de 30 % au moins le faible poids de naissance ;
- porter le taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 60 % ;
- contribuer à réduire de 40 % au moins, le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance ;
- contribuer à réduire et maintenir en dessous de 5 % l'émaciation chez l'enfant de moins de cinq ans ;
- contribuer à réduire l'insuffisance pondérale d'au moins 75% chez les enfants de moins de cinq ans ;
- contribuer à réduire de 30% le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans en surcharge pondérale ;
- contribuer à réduire de 50 % au moins l'anémie chez les femmes en âge de procréer ;
- contribuer à réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents et les femmes.

2.2.5.- Objectifs opérationnels

Accroître la couverture des interventions spécifiques à la nutrition c'est à dire :

- assurer la prise en charge nutritionnelle adéquate des enfants malnutris et des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ;

- améliorer l’offre de services en matière de nutrition dans les formations sanitaires par le recrutement de ressources humaines de qualité (spécialistes de la nutrition) pour mener les interventions à tous les niveaux ;
- renforcer le système de surveillance nutritionnelle ;
- augmenter et maintenir à 100% la couverture en supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Promouvoir la consommation du sel adéquatement iodé par 100% des ménages béninois ;
- promouvoir la diversification alimentaire minimum chez les enfants de 6 à 23 mois.

2.3.- Résultats attendus

Les résultats visés en relation avec les objectifs, sont au nombre de quinze et répartis dans six domaines à savoir :

1. Domaine de la prévention

R1 : La proportion d’enfants de faible poids de naissance est réduite de 30%.

R2 : La prévalence de l’anémie chez les femmes en âge de procréer est réduite de 50%.

R3: Le taux d’allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois chez les enfants est porté à 60%.

R4 : Le nombre d’enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance est réduit de 40%.

R5 : La prévalence de la surcharge pondérale chez les adolescents et femmes en âge de procréer est réduite de 20%.

R6 : Le taux de diversité alimentaire minimum acceptable est augmenté de 30% chez les enfants de 6 à 23 mois.

R7 : La prévalence de l’insuffisance pondérale chez les enfants est réduite de 75%.

R8 : La prévalence d’émaciation est réduite et maintenue à moins de 5%.

2. Domaine de la prise en charge

R9 : La prise en charge de la malnutrition aigüe est effective pour tous les enfants quelles que soient les conditions socio-économiques de leurs parents.

3. Domaine du suivi

R10 : Le système de surveillance nutritionnelle est fonctionnel.

4. Domaine de la recherche

R11: Les bonnes pratiques en matière de nutrition sont documentées et vulgarisées.

R12 : Les problèmes nutritionnels et les dysfonctionnements liés aux interventions nutritionnelles sont documentés et vulgarisés.

5. Domaine de la mobilisation des ressources

R13 : Les ressources affectées à la nutrition se sont accrues d'au moins 50%.

6. Domaine de la communication pour un changement de comportement

R14 : les activités d'éducation nutritionnelle sont intégrées dans toutes les prestations de services de santé.

R15 : Les activités d'éducation pour la santé font la promotion des activités physiques et du jardin familial.

2.4.- Principales Stratégies

Les principales stratégies sont au nombre de treize et sont en parfaite logique avec les objectifs et les résultats.

a) Le renforcement du cadre réglementaire

La création du CAN, et la loi y afférant, constituent des avancées pour les interventions en alimentation et en nutrition au Bénin. Toutefois, d'importants gaps subsistent encore quant aux cadres de conduite des interventions au niveau opérationnel et de coordination des interventions. Il s'agira donc de mettre en place des directives, des textes réglementaires soutenant le développement d'approches nouvelles pour les interventions et créer la synergie entre les partenaires. Ces actes doivent favoriser l'allaitement en milieu de travail et en communauté, la diversification de l'alimentation des enfants et des femmes, et l'intégration des services.

b) Le développement du partenariat intra et intersectoriel

Du fait de son caractère multisectoriel, la nutrition nécessite des compétences variées et des ressources importantes d'où la nécessité de développer un partenariat efficace avec les institutions internationales et nationales, les ONG nationales et internationales, les collectivités décentralisées, la société civile, le secteur privé, les OBC, les médias. Au regard de la faible disponibilité des ressources pour les programmes de nutrition, le développement du partenariat intra et intersectoriel s'avère indispensable. Il permettra de :

- améliorer la collaboration intra sectoriel pour une meilleure intégration des services et une optimisation des ressources ;
- instaurer la collaboration entre services de santé et les autres secteurs pour une exploitation des ressources disponibles dans l'environnement des populations ;
- faciliter l'alignement des partenaires pour une meilleure allocation des financements sur les priorités nationales.

c) La prévention du faible poids à la naissance

Cette prévention qui doit empêcher le retard de croissance intra-utérine, passera par différentes interventions avant et pendant la grossesse. Il s'agit, entre autre, de la surveillance nutritionnelle des femmes avant la conception, y compris pendant l'adolescence, la protection contre les grossesses précoces (chez l'adolescente) qui sont plus à risque de donner naissance à des enfants de faible poids de naissance.

Pendant la grossesse, il s'agira de renforcer le suivi de la grossesse, la surveillance de la croissance intra-utérine du fœtus et la prise en charge sociale et psychologique des femmes enceintes, d'éduquer les adolescentes et les femmes à la pratique d'une alimentation saine, diversifiée et équilibrée (en fonction des besoins de la grossesse).

En somme, le suivi du poids de l'adolescente et du gain pondéral de la femme enceinte seront accompagnés par des conseils nutritionnels, la supplémentation en fer/acide folique et autres micronutriments, et la lutte contre les autres affections anémiantes (parasitose, paludisme, drépanocytose surtout).

d) Augmentation de l'apport en fer/folique et lutte contre les affections anémiantes

En vue de pallier au déficit en micronutriments, deux approches importantes seront utilisées :

- la supplémentation en micronutriments ;
- l'apport d'aliments fortifiés en micronutriments.

Ces deux approches devront être associées à une diversification de l'alimentation et la consommation d'aliments riches en micronutriments.

Ainsi, les actions à mener pourront consister à :

- administrer le fer/acide folique pendant la grossesse, par exemple ;
- mettre les patients déficitaires en fer sous aliment ou farine enrichie en fer,
- prévenir le paludisme chez la femme enceinte ;
- organiser le déparasitage systématique des nourrissons à partir de 12 mois pendant des campagnes de masse ou lors de la prise en charge au quotidien dans les centres de santé ;
- assurer le déparasitage des femmes enceintes ;
- surveiller le saignement (menstrues et autres) chez les adolescentes et les femmes ;
- assurer la surveillance des maladies congénitales (drépanocytose, thalassémie...) chez l'adolescente et la femme.

Toutes ces actions devront à priori viser les cibles vulnérables que sont les adolescentes, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants. Outre la diversification de l'alimentation, ces actions doivent aussi s'accompagner de la prévention des affections anémiantes, la promotion de l'utilisation des multi micronutriments en poudre (MNP) pour augmenter la valeur nutritive de l'aliment, l'appui à la production locale d'aliments fortifiés en micronutriments.

e) Promotion de l'allaitement maternel

Cette stratégie vise à porter à au moins 60 % le taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie. La stratégie peut se décliner en des interventions spécifiques comme l'initiative « **Hôpitaux Amis des bébés** » et l'initiative « **Bureau Ami des bébés** »

Le soutien et la promotion de l'allaitement exclusif, se feront à travers certaines activités :

- soutenir le développement ou l'extension à un large espace du pays des initiatives « hôpitaux et communautés amis des bébés », avec la mise en place de groupes de soutien à l'allaitement maternel fonctionnel ;
- mettre au sein systématiquement le nouveau-né dans l'heure qui suit l'accouchement,
- assurer le suivi de l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- promouvoir l'allaitement maternel en milieu du travail par le lancement de l'initiative « Bureau Ami des Bébés ». Cette initiative devrait viser l'application des dispositions offrant à la mère allaitante des conditions favorables à l'allaitement maternel exclusif en milieu de travail, notamment par :
 - la mise en place de pouponnières sur les lieux de travail : ce qui facilitera la rétention des mères au travail et le maintien des bébés au sein ;
 - la création de coin allaitement maternel (CAM) dans les lieux de travail de la femme ;
- poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans au moins avec une alimentation de complément optimale.

f) Diversification de l'alimentation de l'enfant et de la mère

Il s'agit d'assurer aux cibles une alimentation équilibrée garantissant l'apport de tout leur besoin en nutrition, quel que soit le type. Cette diversification devrait se baser sur les produits locaux, accessibles, à moindre coûts pour les populations. Cette stratégie devra donc consister à donner des conseils en matière de consommation (y compris la composition des aliments), mais aussi une incitation à la production locale surtout d'aliment frais.

Au nombre des actions à mener, il faut :

- promouvoir la production maraîchère et l'élevage domestiques ;
- promouvoir les activités agricoles légères (jardinage et autres) dans les écoles
- inciter les populations à la mise en place d'arbres fruitiers dans les maisons et lieux publics ;
- vulgariser les bonnes pratiques culinaires et de composition de menus pour enfants et femmes enceintes, femmes allaitantes.

-

g) Promotion de l'hygiène et de la sécurité alimentaire et nutritionnelle

L'hygiène et la sécurité alimentaire participent à une bonne alimentation. Leur prise en compte dans la protection des cibles passent par l'accès à l'eau potable pour la consommation, la bonne gestion des eaux usées et des ordures, et la protection des aliments contre une éventuelle contamination. En conséquence, les actions consisteront entre autres à :

- faciliter l'accès à l'eau potable, ou à traiter l'eau de consommation ;
- promouvoir l'élimination correcte des eaux usées domestiques ;
- sensibiliser à la protection des aliments contre les rongeurs et les insectes ;
- appuyer le contrôle de la qualité des aliments servis dans l'espace public.

h) Prévention du surpoids, de l'obésité et des autres affections nutritionnelles

Le Bénin traverse une transition nutritionnelle particulièrement évidente en milieu urbain où coexistent les états de DEC et de surpoids/obésité liées à des modifications des habitudes alimentaires et d'activités physiques. Cette stratégie vise à contrôler le développement du surpoids/obésité mais aussi les maladies d'origine nutritionnelle. Outre la surveillance et les conseils nutritionnels déjà évoqués ci-dessus, le développement de cette stratégie doit prendre en compte les actions suivantes :

- Participer aux journées nationales de lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle ;
- Organiser des campagnes de dépistage des maladies liées à la nutrition ;
- promouvoir les bonnes habitudes alimentaires et les modes de vie sains par :
 - i) l'élaboration de la stratégie nationale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé pour la femme, les adolescentes et les enfants ;
 - ii) l'élaboration d'une stratégie d'information, d'éducation et communication (IEC) à l'endroit du grand public en vue de promouvoir des habitudes alimentaires et des modes de vie sain.
- vulgariser le guide alimentaire élaboré pour les enfants de plus de deux ans et les adultes ;
- élaborer avec l'appui des Universités et des structures de recherches, une table de composition des aliments locaux consommés ;
- élaborer un guide, basé sur l'utilisation d'aliments locaux et de techniques culinaires adaptées pour la prise en charge nutritionnelle des maladies chroniques non transmissibles.

i) Intégration de la lutte contre la malnutrition aux autres interventions de santé

En accord avec la mise en œuvre du Paquet d'Interventions à Haut Impact (PIHI), il s'agira d'utiliser tout contact des cibles avec le système de santé pour prendre en charge leurs problèmes nutritionnels. Cette approche appelle à une révision des processus de soins, et surtout la formation des acteurs. Pour la femme, les occasions sont essentiellement la CPN et

la CPoN, tandis que chez l'enfant, le développement de la PCIME constituera le point saillant de cette stratégie. Les séances de vaccination des enfants organisées en poste fixe et avancé, l'admission à l'école maternelle peuvent également constituer une opportunité pour la réalisation de la consultation d'enfant sain (CES) afin d'explorer et prendre en charge l'état nutritionnel de l'enfant.

Au niveau communautaire, il s'agira de :

- d'impliquer les leaders traditionnels et religieux, élus locaux et autres détenteurs d'enjeu pour ce qui concerne les contraintes liées au tabou, coutumes et encourager leur soutien à la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles dans les ménages ;
- de promouvoir le paquet d'interventions préventives à assise communautaire (ANJE, suivi de la croissance, déparasitage etc.)

j) Prise en charge des cas de malnutrition aiguë

Cette stratégie passe par l'extension à tout le pays de l'approche afin que tout enfant souffrant de la MA soit prise en charge quel que soit là où il se trouve. Pour cela, il faudra former le personnel, mais surtout étendre la création des CNA et CNT sur toute l'étendue du territoire, mettre en place la structure chargée de la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, qui est la forme la plus importante actuellement au niveau du pays, renforcer l'approche communautaire de la prise en charge et appuyer l'autonomisation des familles. Pour soutenir cette prise en charge qui doit être gratuite, il faudra doter les formations sanitaires d'intrants, superviser les prestataires régulièrement dans leurs activités, intensifier le dépistage passif dans les structures de soins et appuyer les campagnes de dépistage actif des cas au sein des communautés.

k) Prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de VIH/SIDA et/ou de tuberculose

Les personnes porteuses de VIH/SIDA ou de tuberculose nécessitent une nutrition spécifique, avec un apport énergétique plus important pour faire face à leur état. Le programme de nutrition devrait appuyer les programmes en charge de ces affections en fournissant des conseils appropriés aux malades, en élaborant des fiches ou guides alimentaires spéciaux pour ces malades, en participant à la formation et à la supervision des prestataires en charge de ces malades.

l) Surveillance de l'état nutritionnel des femmes et des enfants

Cette stratégie implique la prise du poids et de la taille pour le tracé systématique de la courbe de croissance de l'OMS ou le calcul de l'IMC et la prise de décision adéquate en lien avec l'état nutritionnel suivi de sa mise en œuvre. Cette surveillance devra consister à la mesure de façon périodique du poids et de la taille de l'enfant ou de la femme. Il s'agira de mesure de routine ou à l'occasion d'une campagne de masse. Elle s'accompagnera de l'établissement de la courbe pondérale permettant de suivre la croissance de l'enfant ou l'évolution de l'individu

et d'anticiper les problèmes nutritionnels. Cette courbe, associée au recueil des pratiques nutritionnelles permettra d'orienter la prise en charge nutritionnelle des cibles. Pour une meilleure couverture, la surveillance nutritionnelle sera élargie aux relais communautaires et OSC.

m) Suivi et monitoring du programme de Nutrition

Au nombre des gaps actuellement notés dans les interventions en nutrition, figurent l'absence de données fiables et leur faible exploitation pour la prise de décision. Le défi reste donc de mettre en place un système de gestion des données, qui allie efficacité et promptitude afin de garantir une meilleure visibilité et une pérennité au programme. Ce système doit s'arrimer au cadre actuel de gestion des données au niveau du système de santé, et mettre l'accent sur le monitoring et l'évaluation des interventions. En conséquence, la surveillance du programme de nutrition doit conduire, entre autre, à :

- mettre en place un système de collecte et d'analyse régulières des données sur la nutrition ;
- mettre en place une base de données fonctionnelle au niveau du pays ;
- intégrer les données de nutrition au Système National d'Informations et de Gestion Sanitaires (SNIGS) ;
- valider les données des interventions nutritionnelles à tous les niveaux de la pyramide sanitaires ;
- organiser la revue périodique (mensuelle ou trimestrielle) du programme nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- rendre plus visibles la nutrition dans tous les documents de stratégies nationales et dans les « comptes nationaux de la santé » ;

n) Promotion de la fortification des aliments

Le Ministère de la Santé travaille avec le Ministère du Commerce pour la fortification en vue d'améliorer la valeur nutritive en micronutriments des aliments de grande consommation surtout chez les enfants de 6 à 23 mois. Il s'agira de :

- promouvoir la consommation d'aliments fortifiés (marketing, sécurité sanitaire des produits) et les produits locaux haute valeur nutritive ;
- identifier des synergies avec le secteur de l'agriculture pour un meilleur accès à des aliments sains (maraîchage pour la production de fruits et légumes, promotion des fruits et légumes à chair orange, etc.) ;
- Promouvoir la fortification en micronutriments des denrées de grande consommation (farines, huile, du sel alimentaire, etc) par les industries agroalimentaires ;
- subventionner ou distribuer gratuitement (blanket feeding) des farines enrichies pendant la période de soudure, etc ;

- promouvoir la consommation d'aliments enrichis en micronutriments ;

L'enrichissement des produits de grande consommation permettra à la population d'accéder à des aliments riches en micronutriments à tout moment et en tout lieu. La promotion de leur consommation pourrait se faire par le canal des structures sanitaires et de la communauté, par le marketing social dans le cadre de la lutte contre les carences en micronutriments.

- éduquer les mères aux pratiques essentielles en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

o) Lutte contre les carences en micronutriments

Pour lutter contre les carences en micronutriments, il faut :

- éduquer les mères pour une alimentation diversifiée ;
- supplémenter en micronutriments à travers les campagnes de masse et les Journées nationales de vaccination couplée à la supplémentation en vitamine A notamment dans les activités de routine des formations sanitaires. La supplémentation au niveau communautaire devra être renforcée par la promotion de la consommation des aliments à haute valeur nutritive ou fortifiés en vitamine A et autres micronutriments ;
- assurer :
 - le déparasitage deux fois au mois par an des enfants et aussi des femmes pendant la grossesse ;
 - la promotion de la production et de la consommation d'aliments riches en fer/acide folique incluant ceux qui sont fortifiés ;
 - la promotion de l'utilisation des multi micronutriments en poudre (MNP) pour augmenter la valeur nutritive de l'aliment ;
 - promotion de la consommation de sel iodé et autres aliments à haute valeur nutritive en iode dans les ménages de même que les bonnes pratiques d'utilisation et de conservation du sel adéquatement iodé ;
 - l'utilisation du zinc au cours des diarrhées chez l'enfant.

p) Renforcement de la sécurité sanitaire et de la qualité nutritionnelle des aliments

Promouvoir les cinq clefs pour des aliments plus surs (propreté, bien cuire, maintenir les aliments à bonne température, séparer les aliments crus des aliments cuits, utiliser de l'eau et des aliments sûrs) conformément aux recommandations de l'OMS.

q) Plaidoyer et mobilisation des ressources dans le domaine de la nutrition

Les ressources humaines constituent la pierre angulaire des programmes de nutrition. Leur disponibilité en quantité et en qualité doit être pourvue à tous les niveaux du système de santé afin d'assurer l'accès équitable à des soins et services de qualité en nutrition. C'est pourquoi un inventaire de ces ressources doit être fait, assorti d'un plan de renforcement, une allocation

en nombre suffisant de prestataires à toutes les structures doit être faite. Un appui soutenu pour l'exécution des interventions communautaires, et la formation des prestataires en charge de la nutrition doit être assuré pour le maintien du niveau de performance des prestataires. Ceci exige qu'en dehors des sessions de formation, la supervision régulière et un coaching permanent des acteurs à tous les niveaux doivent être privilégiés. Le recrutement de personnes spécialisées au niveau des structures de référence (bureau de zone, hôpitaux de zone, DDS) sera également nécessaire.

Quant aux ressources financières et matérielles, le renforcement du cadre institutionnel existant, le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination des interventions faciliteront la collecte et l'allocation des ressources disponibles pour les interventions de nutrition. Une meilleure gestion de celles-ci devrait aussi contribuer à l'atteinte de plus de cibles, voire susciter de nouveaux engagements chez les partenaires traditionnels que de nouveaux. Pour cela, l'Etat même devra montrer la voie au plan financier en créant une ligne budgétaire claire (comme c'est le cas pour la vaccination et l'hygiène et l'assainissement de base), promouvoir la diffusion des acquis auprès des partenaires et veiller à une meilleure gestion des ressources mobilisées. La mise en œuvre des interventions devra aussi s'accompagner de la mise à disposition à temps et en quantité suffisante, d'équipements, de matériels, et d'intrants de prise en charge, de communication et de transport.

r) Renforcement des canaux de communication pour un changement de comportement en matière de nutrition

Les volets promotionnel et préventif qui occupent une grande partie des interventions nutritionnelles doivent avoir comme support la communication. A cet effet, il est important de développer des dispositifs, des cadres, et canaux qui assurent une diffusion efficace des informations visant l'apparition de nouvelles aptitudes et l'adoption de nouveaux comportements favorables à la bonne nutrition au sein des populations. Ceci appelle des actions comme la production des outils de communication appropriés, la mobilisation de différents canaux de communications accessibles aux populations.

s) Promotion de la recherche La documentation des bonnes pratiques et des nouvelles connaissances en matière de nutrition

La nutrition a des versants tant scientifiques que socio-anthropologiques. De ce fait, pour mieux aborder les problèmes nutritionnels, il est nécessaire de développer des recherches fondamentales, opérationnelles et appliquées pour soutenir et orienter les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.

En effet, Les interventions de nutrition sont souvent basées sur des connaissances déjà disponibles, souvent non issues du contexte du pays. Elles portent souvent sur l'administration de conseils ou d'aliments, intégrant très peu les vécus ou expériences socio-anthropologiques, culturels et économiques des malades. Une bonne documentation des

pratiques et des analyses profondes des obstacles s'avèrent donc nécessaires pour promouvoir les meilleures pratiques et générer de nouvelles connaissances. Il faudra donc explorer le champ de la nutrition en santé à travers des recherches fondamentales, opérationnelles et appliquées.

t) PCIME clinique et communautaire

Le renforcement de la PCIME clinique et communautaire permet d'améliorer la qualité de la prise en charge et le suivi des cas de malnutrition au niveau des unités de soins de santé.

III – Mise en œuvre

La Politique et les Stratégies contenues dans le présent document fixent les orientations en matière d'engagements et de responsabilités. Sa mise en œuvre fera intervenir différents acteurs du cadre de coordination nationale.

Mais, le caractère sectoriel de la politique donne au Ministère en charge de la santé, le leadership de la mise en œuvre en synergie d'actions avec les autres acteurs du cadre commun de résultats élaboré par le Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN).

De façon générale, nous avons quatre catégories d'acteurs :

- l'Etat avec ses structures déconcentrées (Ministères et Directions) et décentralisées (Collectivités Locales) ;
- les partenaires techniques et financiers (PTF) ;
- la société civile et le secteur privé ;
- les communautés.

3.1. Rôles et Responsabilités

Les rôles et responsabilités des acteurs sont en lien avec les domaines ciblés par la Politique.

3.1.1. Rôles et Responsabilités de l'Etat

L'Etat met en place le dispositif institutionnel et organisationnel pratique (normes, mécanismes, outils et procédures...)

L'Etat pourrait procéder à une contractualisation des missions de sensibilisation et d'éducation en relation avec le domaine de la prévention.

Il offre la garantie d'accès équitable pour tous, en matière de prise en charge des cas de malnutrition.

Il assure la recherche avec l'ambition d'innover, tout en acceptant la complémentarité nécessaire offerte par les PTF ou la société civile.

A la faveur du processus de décentralisation en cours, le rôle de la municipalité dans la mise en œuvre des actions et surtout de la pérennisation des acquis des projets et programmes de nutrition au niveau communautaire est déterminant.

3.1.2. Rôles et Responsabilités des Partenaires Techniques et Financiers

Les PTF jouent un rôle moteur dans la réalisation des programmes de nutrition sur la base de la déclaration de Paris.

Dans ce cadre, il leur est dévolu :

- **un Rôle d'assistance technique** : Ils vont appuyer techniquement l'Etat à travers le Ministère de la Santé et les autres acteurs dans la définition et la mise en œuvre du plan d'actions, induit de cette politique.

- **un Rôle d'assistance financière** : Ils vont contribuer à la mobilisation des ressources financières pour accompagner la gestion opérationnelle de la politique, ils devront participer à la gestion des moyens à travers leur représentation selon les cas prévus par les accords et les textes en vigueur.
- **un Rôle d'impulsion du partenariat** : Ils devront en outre mettre en place des mécanismes souples d'assistance technique et financière, fondés sur une culture de collaboration avec l'Administration publique et la Société civile.

3.1.3. Rôles et Responsabilités de la Société Civile et du secteur privé

La société civile et les entreprises privées seront sollicitées pour assumer les fonctions d'assistance technique et financière mais également de mobilisation sociale. Elles vont assurer la formation des agents qu'ils emploient et les accompagner dans les domaines qui sont les leurs et qui sont en lien avec la nutrition. Ils mettront en œuvre des programmes spécifiques ou agiront par délégation à la demande de l'Etat ou des PTF.

3.1.4. Rôles et Responsabilités des Communautés

Au cœur de leurs actions se trouve la trilogie « Education-Responsabilisation-Autonomisation ».

De ce fait, les Communautés ont un rôle actif à jouer dans le domaine de la nutrition. Elles devront alors :

- mettre à contribution leurs compétences pour la détermination de leurs besoins en matière de nutrition ;
- participer à gestion programmatique des stratégies ;
- contribuer au financement local des programmes en nature ou en espèces au besoin et selon les cas ;
- participer à la mobilisation sociale pour l'adoption de pratiques alimentaires saines et équilibrées ;
- appuyer et mettre en œuvre les processus de pérennisation des interventions.

3.2. Redevabilité des engagements

Elle intéresse beaucoup d'acteurs et sera appréciée à travers les comptes rendus. Il s'agira de comptes rendus aux partenaires, d'obligation d'information de la communauté

bénéficiaire sur le développement et la gestion des stratégies et de compte rendu réguliers des acteurs opérationnels à tous les niveaux.

Cette redevabilité sera basée sur les éléments suivants :

Engagement et législation

- l'engagement et le soutien de haut niveau des acteurs politiques (Parlement, gouvernement) afin de faciliter tous les aspects de la mobilisation et de la sensibilisation ;
- l'adoption de textes législatifs et de lois dans le domaine de la nutrition de la mère et de l'enfant ;
- la mise à disposition de ressources suffisantes pour l'atteinte des objectifs de cette politique ;
- l'adoption d'une stratégie commune et d'un cadre avec des objectifs à long terme définis pour toutes les parties prenantes et à tous les niveaux ;
- la cartographie des communes et de toutes les parties prenantes dans le secteur de la nutrition maternelle et infantile.

Evaluation des impacts des politiques

- Mise au point d'une carte de score de performance en matière d'alimentation et de nutrition de la mère et de l'enfant. Cette carte de score contient les principaux indicateurs du statut nutritionnel liés à la santé de la mère et de l'enfant. Elle est destinée à attirer l'attention sur la situation des indicateurs et est élaborée avec tous acteurs des différentes catégories et tous les secteurs concernés par la question de la nutrition.
- Recensement des bonnes pratiques relatives au développement de tableaux de bord pour la communication des données aux décideurs.

Sensibilisation et mobilisation pour la nutrition

- Développement de message de qualité sur la nutrition adapté à des publics spécifiques en utilisant des canaux appropriés pour leur diffusion et l'intégration des éléments de preuve dans les messages et pour le plaidoyer sur les approches qui fonctionnent. Implication de « tout le monde à la nutrition » et réalisation d'une synergie des efforts menés dans la collaboration et dans la mobilisation de tous les partis politiques, les parlementaires, les chefs religieux et

traditionnels, le secteur privé, les médias et la société civile et création des ambassadeurs de la nutrition parmi tous ces principaux groupes de parties prenantes.

- Association des médias (tous les réseaux de communication) pour améliorer la redevabilité publique, en faisant connaître la portée de la réalisation des engagements politiques et gouvernementaux et en soulignant les lacunes dans la prestation de services.

3.3. Mécanisme de supervision, de suivi et d'évaluation

Les informations sur la situation de la nutrition et sur les activités mises en œuvre dans les domaines définis dans la présente politique, feront l'objet de rapports périodiques sous forme de bulletins publiés.

La mise en œuvre de la politique va se faire sous la supervision du Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition avec comme rapporteur, le Service Nutrition de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant. Ce dernier devra aussi accompagner les acteurs au niveau département et zone pour la planification et l'opérationnalisation des interventions retenues. Le suivi/évaluation des interventions en relation avec la politique sectorielle de nutrition, sera fait par le Ministère en charge de la Santé et par ses partenaires, avec la participation des institutions de recherche et les autres ministères. Il pourra prendre la forme de :

- revues annuelles internes de l'exécution des activités de nutrition programmées à différents niveaux ;
- revues externes quinquennales (à mi-parcours et finales) des indicateurs de résultats d'impacts. Le cadre commun des résultats conçu par le Ministère à charge de la santé et renseigné de façon continue servira de base à ces revues.

3.4. Partenariat pour mobilisation des ressources et amélioration des facteurs sous-jacents de la nutrition

Les caractères holistique et transversal de la nutrition, imposent à la mise en œuvre de la politique des aspects institutionnels, des espaces de partenariat et des stratégies de renforcement de capacités.

Le but ultime recherché est l'amélioration de la situation de la nutrition. C'est pourquoi, la mobilisation des ressources (humaines, financières, matérielles et technologies) doit se faire à travers des partenariats fondés sur les capacités et la complémentarité. Il s'agira,

au moyen des conventions, de développer la contractualisation, la franchise, la délégation et toutes autres formes de collaboration ou de coopération.

3.4.1. Aspects institutionnels

Le succès de cette politique suppose l'existence d'un cadre d'interventions clairement définis:

- **un cadre politique** : Une politique sectorielle claire, objet d'un consensus au plus haut niveau déjà réalisé avec l'existence du CAN et avec l'adoption du présent document ;
- **un cadre de concertation** pour des échanges qui se forment une unité de vision ;
- **un cadre de financement adapté** : qui rend le service de la nutrition capable de recevoir des fonds de tous les contributeurs (Etat, Partenaires bilatéraux, multilatéraux, Privés...) dans l'esprit du panier commun et de les gérer de façon orthodoxe ;
- **un cadre d'Appui-conseil technique adapté et efficace** : le CAN pourrait jouer ce rôle en lien avec les structures de recherches et d'innovation.

3.4.2. Espace partenarial

3.4.2.1. Organisation du partenariat

L'Etat à travers le Ministère en charge de la Santé, tout en gardant son rôle régalien, doit s'employer à développer un partenariat de type horizontal à tous les niveaux d'intervention (central, décentralisé et local).

Le partenariat permettra entre autres de :

- mobiliser tous les partenaires dans la mise en œuvre des plans d'actions de la prévention, de la prise en charge, du suivi et de la recherche en nutrition ;
- analyser les résultats de la mise en œuvre des activités de nutrition à divers niveaux et de suggérer des éléments de correction des options ;
- valider les textes réglementaires et les manuels de procédures ainsi que les protocoles nutritionnels.

3.4.2.2. Organisation de la société civile et du secteur privé

Les opérateurs et acteurs à la base de la nutrition, sont les vrais moteurs de cette politique sur le terrain. Ils devront être impliqués à toutes les étapes et opérations de

42

sa mise en œuvre, car le succès de la politique est largement tributaire de leur engagement, de leur qualification et de leur professionnalisme. Compte tenu de la diversité de leurs statuts (ONGs, Entreprises, Associations...), il est souhaitable d'avoir une coordination nationale de ces intervenants opérationnels dans les domaines de nutrition développés dans la politique.

3.4.2.3. Partenariat avec les autres départements ministériels

La nutrition est transversale et intéresse plusieurs départements ministériels. Les activités de nutrition sont donc menées par ces différents Ministères sectoriels dans leurs champs de responsabilité.

Pour un pilotage harmonieux, il importe que toutes les actions de nutrition entreprises par les départements ministériels et qui sont corrélées au secteur de la santé soient mises en synergie et coordonnées par le Service de la Nutrition de la DSME. Le but recherché est d'avoir une vue d'ensemble de toutes les interventions au niveau national.

3.4.3. Dispositif Financier

Le dispositif d'appui financier aux activités de la nutrition doit intégrer trois sources de financement :

- le budget national à travers une ligne de crédit spécifique de financement de la nutrition ;
- les financements des PTF ;
- le financement du secteur privé.

3.4.4. Appui financier aux interventions de nutrition

La structure chargée d'appuyer financièrement les activités de nutrition est un fonds mis en place sous la tutelle du Ministère en charge de la Santé.

En dehors de sa mission ordinaire de mobilisation des ressources, le fonds va jouer un rôle d'interface entre les différentes structures opérationnelles de nutrition et les différentes sources de financement.

Il devra :

- accompagner financièrement les acteurs de base qui interviennent dans le domaine de la nutrition dans la mise en œuvre de leurs activités sur les fonds mis à disposition par le budget national ;

- initier et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources financières nécessaires à la réalisation des activités ;
- s'assurer de la disponibilité des fonds et faciliter leurs décaissements en respectant le protocole d'accord de chaque PTF ;
- fournir des rapports financiers et rendre compte suivant le triangle de comptes rendus.

3.5. Renforcement des Capacités

La réalisation des objectifs d'une politique repose entre autres sur les ressources affectées à la mise en œuvre des stratégies définies. C'est pour cela que le renforcement des capacités est fondamental pour la réussite.

Dans le cadre de la politique de nutrition, le renforcement de capacités se fera à trois niveaux et se décline ainsi qu'il suit :

- renforcement des capacités au niveau des structures de l'Etat avec formation et renforcement d'effectif du personnel du service de nutrition de la DSME et des structures déconcentrées et décentralisées du Ministère en charge de la Santé ;
- renforcement des capacités de la Société Civile à travers des formations et fournitures d'équipements divers ;
- renforcement des capacités des communautés à la base à travers des activités communautaires en lien avec l'alimentation et la nutrition.

Dans tous les cas de renforcement de capacités, les modalités doivent se définir en fonction des niveaux stratégiques de capacités qui sont : individuel, organisationnel et institutionnel.

IV Annexe

4.1. Equipe de Rédaction

Consultants :

1. Alfred Coffi KOUSSEMOU, Administrateur des Hôpitaux, Economiste de la Santé, Sociologue, Spécialiste en Rédaction des documents de politique, Consultant principal
- 2.- Docteur Carmelle MIZEHOUN, PharmD, PhD, spécialiste en Nutrition, Consultant associé
3. Docteur Colette Sylvie AZANDJEME, MD, PhD, spécialiste en Nutrition, Consultant associé

Equipe du Ministère de la Santé

1. Docteur Pascal DOSSOU TOGBE, Médecin de Santé Publique, Ministre de la Santé
2. Docteur Olga AGBOHOU HOUINATO, Pédiatre, Directrice de la Santé de la Mère et de l'Enfant
3. Docteur Félix Bodjrènou SONON, Médecin de Santé Publique, Chef Service Nutrition
4. Madame Jeannine AGBO MONLEMEY, Chef Division Promotion de la Nutrition et de la Surveillance de L'Etat Nutritionnel, Service de Nutrition
5. Monsieur Pascal TCHEKA, Chef Division Promotion de la Lutte Contre les Carences Nutritionnelles, Service de Nutrition

Organisation Mondiale de la Santé

1. Docteur Dina VLADIMIROVNA GBENOU,

4.2. Liste des Personnes rencontrées

UNFPA

- 1.- Docteur Alexandrine DAZOGBO
- 2.- Docteur Théodore SOUDE

ANVSSP

1.- Docteur Evariste TOPLONOU

ABPF

1.- Docteur Yves Messan SOSSOU

Personnes Ressources

1.- Docteur Faoussath FATOKE BADIROU

2.- Docteur Alban QUENUM

3- Docteur Charles SOSSA

4.3. Liste des documents consultés

Documents de Politique de pays étrangers

1. Politique Nationale de Nutrition du Niger
2. Politique Nationale de Nutrition du Sénégal
3. Politique Nationale de Nutrition de Madagascar
4. Stratégie Nationale de Nutrition du Maroc
5. PNDS Volet Nutrition de la RDC
6. Politique Nationale de Nutrition du Burkina Faso

Documents du Bénin relatifs à la Nutrition

1. Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition (Diagnostic de la Situation Nutritionnelle du Bénin) juillet 2009
2. Nutrition 2014 Profil Pays
3. Documents du forum national sur les 1000 premiers jours de vie

Documents Didactiques

1. Guide Technique de l'Initiative Ecole Amie de la Nutrition du Bénin octobre 2014
2. Manuel du participant pour l'Alimentation et la Nutrition de la fille adolescente, de la femme enceinte, de la femme allaitante et du Nouveau-Né juillet 2014 Bénin

3. Protocole National de Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe octobre 2014
Bénin

Annuaire des Statistiques

1. Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2011
2. Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2012
3. Annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2013

Rapports

1. Rapport de la Commission « Organisation de l’Alimentation et de la nutrition des jeunes, des Enfants, des Adolescents, des Femmes enceintes, des Femmes allaitantes, des Nouveaux Nés et des Nourrissons » de la Revue de performance de santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent
2. Rapport sur l’Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire (AGVSA) Bénin 2011
3. Rapport sur l’Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN) Bénin 2008
4. Enquête Démographique et de Santé 1996
5. Enquête Démographique et de Santé 2001
6. Enquête Démographique et de Santé 2006
7. Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012
8. Etude des déterminants des pratiques d’alimentation complémentaire des enfants de moins de 2 ans (localités de Boukoubé, Djakotomey et Kétou) juillet 2014
9. Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages (EMICOV), Situation Nutritionnelle des Enfants de 6 à 59 mois et des Femmes de 15 à 49 ans mai 2011

Documents de l’OMS

1. Le Retard de Croissance chez l’enfant ; défis et perspectives