

MINISTERE DE LA SANTE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un but – Une foi

---

# POLITIQUE NATIONALE DE

# NUTRITION





## TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	4
INDEX DES SIGLES .....	5
I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	7
II.ORIENTATIONS .....	17
III.VISION ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION .....	18
IV.STRATEGIES ET ACTIONS POUR LA COORDINATION .....	19
V.MOYENS DE MISE EN ŒUVRE .....	29
VI.SUIVI ET EVALUATION .....	30

## PREFACE

En vue de contribuer à un meilleur repositionnement de la nutrition dans les politiques et stratégies de lutte pour la croissance et la réduction de la pauvreté au Mali, le Ministère de la Santé a organisé à Bamako, du 1er au 3 juin 2010 un Forum National sur la Nutrition. Dans la mise en œuvre des recommandations de ce Forum, le document de Politique Nationale de Nutrition a été élaboré avec la participation des départements concernés par la nutrition, les partenaires techniques et financiers ainsi que la société civile.

Il s'agit d'un cadre de mise en œuvre cohérent des plans et programmes ayant l'alimentation et la nutrition comme domaine d'activités. Il répond à la nécessité urgente d'avoir une vision nationale et des orientations précises dans un domaine complexe et transversal qui est celui de la nutrition.

La Politique Nationale de Nutrition (PNN) se fonde sur les principes d'équité, d'éthique, de transparence dans la gestion, de l'appropriation par les communautés, de la décentralisation, du partenariat en vue de pouvoir assurer sa pérennité. Elle vise à améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité. Elle se décline en quatorze axes stratégiques.

La Politique Nationale de Nutrition prend en compte l'ensemble des acteurs et des interventions existants, établit les principes directeurs que tous les acteurs doivent suivre, indépendamment de leur secteur traditionnel d'activité.

L'objectif général de la Politique Nationale de Nutrition est d'assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national.

Pour sa mise en œuvre, la Politique Nationale de Nutrition sera traduite en plans quinquennaux d'action intersectoriels cohérents pour permettre l'atteinte de ses objectifs. Les indicateurs de suivi et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action intersectoriels de nutrition de façon plus détaillée.

La présente politique de Nutrition est l'œuvre commune de tous les départements ministériels. Chaque secteur devrait dans les domaines de ses compétences, la traduire en plan d'action et la mettre en œuvre. C'est ainsi que la cohérence, la complémentarité et la synergie d'action seront atteintes.

Il me plaît de rappeler à tous les acteurs, qu'il soit de la Santé, de l'Education, de l'Agriculture ou d'autres secteurs\* de développement qu'ils ont, désormais, entre leurs mains un outil précieux qui est la politique Nationale de Nutrition et qu'ils doivent s'en servir au mieux pour que la nutrition retrouve la place qui est la sienne dans les priorités en matière de développement et de santé dans notre pays.

 Soumana MAKADJI  
Ministre de la santé

## INDEX DES SIGLES

ASACO	Association de Santé Communautaire
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
BM	Banque Mondiale
CNN	Conseil National de la Nutrition
CPD	Communication pour le Développement
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CRD	Comité Régional de Développement
CROCSAD	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSA	Commissariat à la sécurité alimentaire
CREDOS	Centre de Recherche d'Etude et de documentation pour l'enfant
CSCOM	Centres de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence (District sanitaire)
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la réduction de la Pauvreté
CTIN	Comité Technique Intersectoriel de Nutrition
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSSAN	Division du Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle
DNPIA	Direction Nationale de la Production et des Industries Animales
DTCP	Diphthérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite
EAC	Enquêtes Agricoles de conjoncture
EBSAN	Enquête de Base sur la Sécurité Alimentaire et la Nutrition
EDSM	Enquête démographique et de santé du Mali
ELIM	Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health
HKI	Helen Keller International
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INSTAT	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IPR/IFRA	Institut Polytechnique Rural/Institut de Formation et de Recherche Appliquée
ISFRA	Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée
IER	Institut d'Economie Rurale
LCV	Laboratoire Central Vétérinaire
LNS	Laboratoire National de la Santé
LOA	Loi d'Orientation Agricole
MEALN	Ministère de l'Education, de l'Alphabétisation et des Langues Nationales
MI	Micronutrient Initiative
MICS	Enquête en Grappe à Indicateurs Multiples
NUSAPPS	Nutrition Sécurité Alimentaire et Politiques Publiques au Sahel
OMA	Observatoire du Marché Agricole
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisme Non Gouvernemental

OPAM	Office des Produits Agricoles du Mali
PAM	Programme Alimentaire Mondial
P-RM	Président République du Mali
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PAN-EPS	Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale
PDSEC	Plan de Développement Social Economique et Culturel
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PRODEC	Programme Décennal de Développement de l'Education
PRODESS	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
REACH	Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition
SAP	Système d'Alerte Précoce
SIAN	Semaines d'intensification des Activités de Nutrition
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquis
SIN	Système d'Information Nutritionnelle
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SISINAS	Système du Suivi des Interventions en Alimentation, Nutrition et des Statistiques
SNIS	Système national d'Information Sanitaire
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SROnf	Solution de Réhydratation Orale Nouvelle Formule avec adjonction de zinc
SUN	Scaling Up Nutrition
TDCI	Troubles dus à la Carence en Iode
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
USAID/ATN Plus	Programme Santé USAID/Assistance Technique Nationale Plus
VAR	Vaccin Anti-rougeole
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali a un climat chaud et sec avec une saison sèche et une saison pluvieuse. Les pluies sont inégalement réparties dans le temps et dans l'espace.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé par les fleuves Niger (sur 1700 km) et Sénégal (sur 800 km) et leurs affluents, ainsi que par le Sourou, un affluent de la Volta.

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009), le Mali compte une population de 14 517 176 habitants pour une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup>, soit une densité de la population résidente estimée à 11,7 habitants au km<sup>2</sup>.

L'économie malienne repose fondamentalement sur le secteur primaire tiré par l'agriculture (coton, céréales, élevage). Elle est fortement influencée par les aléas climatiques et les prix des matières premières sur le marché international ; la croissance évolue en dents de scie mais tourne autour de 5% en moyenne depuis plus d'une décennie, ce qui constitue une performance dans la sous-région.

La mise en œuvre du premier Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2002-2006 a permis de réduire le niveau de pauvreté de 68,3% en 2001 à 56,2 % en 2006 sur la base d'un seuil de pauvreté actualisé de 153 310 FCFA. Toutefois, l'analyse dénote un décalage significatif entre le milieu rural (73,04%) et le milieu urbain (20,12%) **(1, 2)**.

**Dans le domaine de la sécurité alimentaire**, depuis les années 90, le Mali a retrouvé une situation correspondant à un niveau moyen d'autosuffisance alimentaire en année de bonne pluviométrie. Le disponible par habitant a retrouvé ou dépassé le niveau atteint au début des années 1960 (au-dessus de 200 kg de céréales).

Dans les zones les plus vulnérables, le risque « d'insécurité alimentaire » a également, diminué du fait de la diversification effective des activités et des sources de revenus mais aussi grâce à une meilleure intégration de ces zones au marché national **(3)**.

De 1996 à 2000, le Mali a importé en moyenne par an 90 760 tonnes de céréales dont 81 460 tonnes d'importations commerciales et 9 300 tonnes de don sous forme de blé **(4)** destiné aux zones chroniquement déficitaires suivies par le Système d'Alerte Précoce (SAP). La dépendance du Mali des importations de céréales est de plus en plus faible.

**Sur le plan de l'éducation**, entre 1998-99 et 2008-2009, le taux brut de scolarisation est passé de 56,7% à 82% pour le premier cycle du fondamental et de 20,6% à 46,8% pour le second cycle **(5)** Au niveau du secondaire, il est passé de 12,9% (7,9% en considérant seulement le secondaire général) à 22,9% (14,8% en considérant uniquement le secondaire général).

Le nombre d'étudiants pour 100 000 habitants était de 406 en 2007-2008 avec un fort accroissement sur les deux dernières années (+50%). En 2007-2008, l'accès en première année fondamentale est estimé à 79%. Ce qui signifie qu'environ 21% des enfants n'ont pas accès à l'école (contre 32% en 2004-2005). Cependant, les indicateurs du système éducatif malien sont parmi les moins performants.

**En matière d'accès à l'eau potable et à l'assainissement**, il y a eu un net progrès accompli, mais des besoins importants restent à couvrir. Le taux d'accès à l'eau potable passe de 50% en 1990 à 75,5% en 2010 avec une nette réduction de l'écart entre milieu rural (73,9%) et milieu urbain (79,3%). Une comparaison des taux d'accès actuels avec les objectifs visés en 2015 de 83% montre que le rythme d'augmentation de l'accès aux services (eau provenant d'une source améliorée) est encore insuffisant. De même, les progrès en matière d'accès à l'assainissement sont encore plus lents **(6)** En effet, le taux d'accès à l'assainissement au niveau national passe de 26% en 1990 à 36% en 2008 contre un objectif fixé en 2015 de 64%. En 2008, 45% de la population urbaine avait accès à l'assainissement contre 32% en milieu rural.

Aussi, la qualité de l'emballage des produits alimentaires, constitue une préoccupation au niveau du pays.

**Dans le cadre de la décentralisation**, initiée dans les années 1990, des dispositions institutionnelles ont été adoptées pour autoriser le transfert des compétences et des ressources de l'Etat vers les collectivités décentralisées (décret 02-314 du 04 juin 2002).

D'autre part, les textes législatifs et réglementaires relatifs à la fonction publique des collectivités territoriales ont été adoptés et en cours d'application.

Au niveau de la Santé, une évaluation des ressources financières liées aux compétences transférées par le décret n°02-314/P-RM du 04 juin 2002 a été faite.

Le rapport de cette évaluation a été transmis au Ministre de l'Economie et des Finances et au Ministre de l'Administration territoriale et des collectivités locales pour observation en vue de sa



mise en œuvre. Il prend en charge les ressources financières destinées aux investissements et aux dépenses de fonctionnement et fait des propositions de clés de répartition entre les niveaux région, cercle et commune. La loi de finances 2010 a prévu des lignes budgétaires mobilisables par les Présidents des conseils de cercles en rapport avec les Médecins chefs des CSRef.

Aussi, les agents de santé recrutés sur le fonds PPTTE ont tous été transférés à la fonction publique des collectivités.

S'agissant de la dévolution des biens de l'Etat aux collectivités territoriales, le processus de dévolution est en cours. Les commissions régionales d'identification et de recensement des infrastructures à transférer aux collectivités travaillent sous la responsabilité des Gouverneurs.

**Concernant la santé**, les efforts déployés au cours des dernières années en matière d'extension de la couverture géographique ont permis d'améliorer la situation sanitaire de la population malienne. Ainsi, le pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un CSCOM fonctionnel est passé de 14 % en 1995 à 58% en 2010. Le taux de fréquentation des structures de santé reste faible (0,33 nouveau cas par habitant par an en 2010) **(7)** d'où la nécessité de renforcer les interventions aux niveaux communautaire et des ménages. Les résultats de l'EDSM-IV **(8)** montrent que le taux de mortalité infanto-juvénile est de 191‰ en 2006 contre 229,1‰ en 2001 (EDSM-III) **(9)** et 237,5‰ en 1996 (EDSM-II) **(10)**. Le taux de mortalité infantile, quant à lui, est de 96‰ en 2006 contre 113,4‰ en 2001 et 122,5‰ en 1996. Quant au taux de mortalité maternelle, il est de 464 pour 100 000 naissances vivantes en 2006, contre 582 pour 100 000 en 2001.

**Dans le cadre de la politique de protection sociale**, un Plan d'Action National d'Extension de la Protection Sociale (PAN-EPS) a été élaboré et exécuté sur la période quinquennale de 2005 à 2009. Ce premier quinquennat n'a pas abordé des dimensions importantes de la protection sociale notamment les transferts sociaux. De même, le second programme 2010-2014 aborde ce dernier aspect de façon timide même s'il a été élaboré en se référant aux recommandations du forum national sur la pauvreté des enfants et la protection sociale tenu en mai 2009. La préparation de la troisième génération du CSCR est une opportunité pour prendre en compte la dimension nutrition dans la mise en place des interventions de protection sociale.

**Au plan nutritionnel**, hormis les enquêtes périodiques lourdes (EDS, EBSAN et MICS), il n'existe pas de système d'information en nutrition permettant de collecter régulièrement des données afin de faire l'analyse des tendances intra et interannuelles. Pourtant, ce type d'analyse est nécessaire pour apprécier les progrès dans ce domaine.

L'analyse des informations existantes montre que la malnutrition aiguë ou émaciation affecte au Mali 12,4 % des enfants de moins de 5 ans en 2001 (EDSM III) contre 15,2% en 2006 (EDSM IV) et 8% en 2010 (MICS) **(11)**, pour un niveau d'alerte international fixé à 10%. Les enfants atteints de malnutrition aiguë ont un faible poids comparés aux enfants de même taille dans la population de référence. Ils sont plus exposés aux maladies et ont un risque de décès plus élevé que les autres enfants lorsqu'ils ne bénéficient pas de soins thérapeutiques.

La malnutrition chronique ou retard de croissance, se manifestant par une taille trop petite pour l'âge, touche 49% des enfants de moins de cinq ans en 1996 contre 38% en 2001, 34% en 2006 et 28% en 2010. Il s'agit d'une tendance à la baisse importante mais pas suffisante. En effet, les conséquences de la malnutrition chronique sont multiples et condamnent l'individu durant toute sa vie à des risques plus élevés de morbidité, de mortalité, à un développement physique et intellectuel sous-optimal et finalement, à une capacité de production moindre.

L'insuffisance pondérale exprimée au moyen de l'indice poids-pour-âge (un faible poids pour l'âge) se situe à 38% en 1996 (EDSM II) contre 31%, 27% et 19% respectivement en 2001 (EDSM III), 2006 (EDSM IV) et 2010 (MICS). Cet indicateur est utilisé dans le cadre de l'OMD 1, plus précisément pour mesurer la pauvreté non-monnaire. Depuis 1996, on note une tendance marquée à la baisse mais pas suffisante pour atteindre l'objectif fixé à 14%.

Le déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer était de 13,6% en 2006 (EDSM IV).

Ces formes de malnutrition varient selon le milieu de résidence. Les résultats de l'EDSM IV de 2006 montrent que près de quatre enfants sur dix du milieu rural (42 %) sont affectés par le retard de croissance contre près d'un enfant sur quatre en milieu urbain (26 %). S'agissant de l'émaciation ou maigreur, on constate que les enfants vivant en milieu rural sont plus fréquemment émaciés que ceux qui vivent en milieu urbain (16 % contre 14 %). Pour l'insuffisance pondérale, 29 % des enfants sont atteints en milieu rural, contre 20 % en milieu urbain.

Les différentes formes de malnutrition sont presque toujours associées à des carences en micronutriments (sels minéraux et vitamines), qui ont un fort impact négatif sur l'individu.

L'anémie, essentiellement due à un apport réduit et/ou une biodisponibilité faible du fer dans l'alimentation, est aggravée par les parasitoses **(12)** Elle touchait 72% des enfants de 6-59 mois et 55% des femmes enceintes en 2010 (MICS) contre respectivement 81% et 67,9% en 2006 (EDSM IV). Toutes les régions et toutes les tranches d'âge sont affectées. La prévalence ajustée de la cécité nocturne chez les femmes en âge de procréer était de 5,6% en 2001 (EDSM III) contre 6% en 2006 (EDSM IV). Une enquête de base du programme de fortification des aliments au Mali montrait en 2007 que 78% des enfants de 24-59 mois dans la région de Koulikoro et 17% des enfants dans le district de Bamako présentaient une carence en vitamine A contre 50% et 29% chez les femmes en âge de procréer (INRSP/HKI, 2007) **(13)**

En 1974, la population à risque des Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI) représentait 80% de la population totale et la prévalence du goitre était estimée à 30%. En 2005, une enquête nationale sur la lutte contre les TDCI au Mali **(14)** donnait une prévalence de 87,6% et une prévalence du goitre de 8,8%. Pour l'ensemble du pays environ 35% des ménages ne consomment pas du sel adéquatement iodé **(11)** On note de grandes disparités entre les régions.

D'autres carences en micronutriments (vitamine A, et zinc) sont fréquentes mais non encore documentées de façon récente à l'échelle nationale. Il en est de même pour l'anémie des enfants d'âge scolaire.

La malnutrition se manifeste, aussi, par les maladies chroniques de surcharge (obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires). La situation nutritionnelle se complexifie car la malnutrition coexiste désormais avec les maladies chroniques de surcharge (obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires). Bien qu'il n'existe pas de données suffisantes, on observe au Mali que les maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition sont en nette progression. 11,2% et 3,7% des femmes en âge de procréer étaient respectivement en surpoids et obèses en 2001 contre respectivement 12,4% et 5,2% en 2006. Les régions de Kidal, Gao et le district de Bamako d'une part et le milieu urbain d'autre part sont les plus affectés. En l'absence de données nationales, l'enquête STEPS 2007-2008 réalisée dans certaines communes urbaines des régions de Ségou, Sikasso, Koulikoro et le district de Bamako et dans certaines communes rurales de Kati et de Ouélessébougou a donné une prévalence de 22,1% pour l'hypertension artérielle, de 46,9% pour le diabète **(15)**.

**Concernant les leçons apprises des programmes réalisés et en cours en matière de nutrition**, des progrès notables ont été enregistrés au cours de la dernière décennie. Cet effort varie selon le type d'interventions. Les unes ont des couvertures élevées notamment les **Semaines d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN)** et les activités d'enrichissement des huiles en vitamine A et de la farine de blé en micronutriments. D'autres interventions enregistrent des couvertures moyennes (prise en charge de la malnutrition aiguë, cantines scolaires. Certaines régressent (consommation du sel iodé) ou sont faiblement mises en œuvre (lutte contre l'anémie, promotion de la nutrition communautaire, alimentation complémentaire et diversification du régime alimentaire des populations vulnérables). En effet, des couvertures de supplémentation en vitamine A et de déparasitage avec l'albendazole supérieures à 80% sont maintenues deux fois par an chez les enfants depuis 2005 (SLIS). Seulement 19% et 44% des enfants de moins de cinq ans atteints de malnutrition sévère ont été pris en charge respectivement en 2009 et 2010 par le système de santé.

La priorité n'est pas systématiquement accordée aux populations et aux zones les plus vulnérables à cause, entre autres, de l'absence de stratégie de ciblage et de suivi-évaluation adaptés.

**La recherche et la formation en nutrition** s'améliorent lentement mais l'utilisation des résultats de recherche dans le développement des politiques et l'amélioration de la programmation est encore faible. De même, des améliorations ont été observées dans le domaine de la recherche et de l'enseignement intégré de la nutrition dans les institutions de formation de la santé. Dans le domaine de la formation des spécialistes (licences, masters et doctorat) en nutrition, les efforts sont minimes par rapport aux besoins.

En dépit des efforts portant sur certaines interventions et l'apparition progressive de la programmation conjointe qui ont engendré une lente amélioration des indicateurs de nutrition, les prévalences des différentes formes de malnutrition sont encore anormalement élevées. L'absence de prise en compte des indicateurs nutritionnels dans la formulation des programmes de développement rural et de sécurité alimentaire conduit à une production alimentaire qui ne prend pas en compte l'importance de la diversification et de la qualité. Cette situation est probablement le reflet d'un faible lien entre la mise en œuvre des interventions de sécurité alimentaire, de protection sociale, de l'industrie agro-alimentaire et de la nutrition des groupes vulnérables notamment dans le ciblage et l'évaluation.

**La coordination intersectorielle**, presque inexistante, est cependant essentielle pour l'harmonisation des approches de mise en œuvre et pour l'équilibre d'effort entre les principaux secteurs concernés par la nutrition. Par ailleurs, ce qui limite la portée et la continuité des actions de plaidoyer pour un engagement politique en faveur du financement du secteur est l'absence d'un cadre institutionnel approprié.

La mise en œuvre des programmes de nutrition a aussi montré qu'il est possible d'améliorer la situation nutritionnelle de la population malienne en capitalisant les expériences acquises, en accélérant les efforts tout en respectant l'équilibre entre les différents secteurs et en valorisant de façon synergique leurs contributions.

**Sur le plan institutionnel**, des évolutions sectorielles plus ou moins positives ont été enregistrées au cours des 10 dernières années, à savoir :

- Les fonctions de coordination intersectorielle et de planification stratégique ont été confiées à la Division Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle au sein de la Cellule de Planification et de Statistiques (CPS) du Ministère de la santé à partir de 1999. Cependant, cette division a été supprimée en 2007;
- les fonctions d'intervention et d'appui aux structures déconcentrées ont été confiées à la Division Nutrition au sein de la Direction Nationale de la santé (DNS) à partir de 2001 ;
- Le service de nutrition de l'INRSP s'occupe depuis 1981 des aspects de recherche ;
- L'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (créée en 2003) assure la coordination de toutes les actions liées à la sécurité sanitaire des aliments ;
- Il a été créé en 2004 auprès de la Présidence de la République le Commissariat à la Sécurité Alimentaire qui a pour mission d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre de la politique nationale de sécurité alimentaire.

Cependant, il existe un véritable déséquilibre de prise en compte de la nutrition entre les différents secteurs concernés (Santé, Développement Rural, Education, Industrie, Promotion de la Femme, Communication et Protection Sociale). Le secteur de la santé avec son leadership dans le domaine est plus avancé que les autres secteurs dans la mise en œuvre des programmes de nutrition.

La dissolution de la Division du Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle (DSSAN), au sein de la CPS/Santé, en charge de la planification stratégique et de la coordination

intersectorielle (Décret N°07/166 P-RM du 28 mai 2007) a laissé en 2007 un vide institutionnel particulièrement visible dans la coordination intersectorielle.

Des acquis notoires existent à travers la mise en place d'un système d'information nutritionnel national (SISINAS = Système de Suivi des Interventions en Alimentation, Nutrition et des Statistiques) et un fond documentaire intégré dans un site approprié ([www.malinut.net](http://www.malinut.net)).

- **Nutrition et Malnutrition**

La nutrition peut être définie comme la science qui traite de la composition des substances alimentaires et des phénomènes biologiques par lesquels l'organisme humain tire des aliments les substances nutritives dont il a besoin et les utilise pour son maintien en vie, sa croissance et son développement. C'est aussi l'ensemble des processus de transformation et d'assimilation des aliments dans l'organisme.

La malnutrition désigne un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments. L'apport alimentaire anormal peut provenir d'une nourriture en quantité inadaptée au besoin (apport calorique insuffisant ou, au contraire, excessif) ou de mauvaise qualité (carences nutritionnelles ou excès de graisses...); d'autres facteurs, notamment psychologiques et pathologiques, interviennent également

**La nutrition** est un aspect important du développement économique et le bien être nutritionnel est nécessaire pour avoir une population en bonne santé et jouissant de toutes ses capacités de production. La prise en compte de la nutrition dans les programmes nationaux de réduction de la pauvreté et du développement en général augmenterait fortement les possibilités de succès des efforts qui sont engagés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La situation nutritionnelle au Mali, en dépit des progrès obtenus au cours de la dernière décennie, est encore alarmante puisqu'un enfant sur trois est malnutri chronique et au moins une femme en âge de procréer sur deux est anémiée (**8**). Les carences en vitamine A et en iode sont fréquentes. Les conséquences des troubles nutritionnels sont nombreuses et multiformes.

- **Causes de la malnutrition au Mali**

Par définition, la malnutrition résulte tout autant d'une alimentation inadéquate que de maladies. Une alimentation inadaptée est le résultat d'un manque de nourriture au niveau du ménage, de pratiques alimentaires inadaptées ou des deux à la fois. Par pratiques alimentaires, on entend non seulement la qualité et la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi les étapes de leur introduction. Les mauvaises conditions sanitaires

augmentent chez les jeunes enfants le risque de contracter des maladies, en particulier, les maladies diarrhéiques qui affectent à leur tour l'état nutritionnel de l'enfant. Une alimentation inadaptée et un environnement sanitaire inadéquat sont le reflet de mauvaises conditions socio-économiques. Si, au lieu d'une perspective purement sectorielle, on adopte une perspective multisectorielle et pluridisciplinaire, les causes de la malnutrition apparaîtront sous un jour différent, et on peut rechercher, plus que par le passé, des solutions d'envergure. Les causes de la malnutrition et le domaine d'expertise à mettre en jeu varient certes selon les circonstances, néanmoins, six facteurs de malnutrition sont particulièrement importants, même si aucun d'eux n'est à lui seul la cause de la malnutrition, ni le seul secteur à être concerné par les stratégies nutritionnelles. Ces six facteurs - les six «P»- sont **(16)**:

- **Production**, essentiellement agricole et alimentaire;
- **Préservation** ou conservation des aliments pour éviter le gaspillage et les pertes et apporter une valeur ajoutée aux aliments grâce à la transformation;
- **Population**, qui a trait aussi bien à l'espacement des naissances au sein d'une famille qu'à la densité de population dans une région ou dans un pays;
- **Pauvreté**, qui ramène aux causes économiques de la malnutrition;
- **Politique**, car l'idéologie, les choix et les actions politiques influencent la nutrition;
- **Pathologie**, qui est le terme médical pour maladie, car les maladies, en particulier les infections nuisent à l'état nutritionnel.

#### ○ **Conséquences de la malnutrition**

La malnutrition est un obstacle au développement humain. Elle réduit les capacités de développement économique des pays pour des générations. La malnutrition, aggravée par la carence en vitamine et en micro-nutriments, est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté car la malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie du pays. La plus importante conséquence de la malnutrition est l'accroissement de la morbidité et de la mortalité surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes. L'aggravation du risque de maladie et un développement cognitif plus lent affectent également le niveau d'instruction. À l'âge adulte, l'accumulation des effets à long terme de la malnutrition réduit la productivité et augmente l'absentéisme sur le lieu de travail. Ces deux facteurs conjugués diminuent le revenu potentiel des individus durant leur vie et leur contribution à la création de richesse. En effet, des recherches ont démontré que la malnutrition est associée à la MOITIE des DECES des enfants de moins de cinq ans. Ceci signifie qu'au Mali, UN ENFANT MEURT TOUTES LES DIX MINUTES à cause de la malnutrition. La malnutrition FREINE également la CROISSANCE ECONOMIQUE et perpétue la PAUVRETE par le jeu de plusieurs facteurs: les pertes de vie humaines; les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique; les pertes dues à la mauvaise fonction

cognitive et aux déficits de scolarisation des enfants; et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé (16).

La malnutrition infantile favorise l'apparition de l'obésité, du diabète et des maladies cardiaques à l'âge adulte.

○ **Liens entre la nutrition et les Objectifs du Millénaire pour le Développement :**

Objectif	Effet de la malnutrition
<b>OMD 1 :</b> réduire l'extrême pauvreté et la faim	La malnutrition affaiblit le capital humain en provoquant des effets irréversibles et intergénérationnels sur le développement cognitif et physique
<b>OMD 2 :</b> assurer l'éducation primaire pour tous	La malnutrition réduit les chances pour un enfant d'aller à l'école, de rester à l'école et de bien travailler
<b>OMD 3 :</b> promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Les préjugés contre les femmes dans le domaine de l'accès aux ressources alimentaires, de santé et de soins peuvent entraîner la malnutrition et restreindre l'accès des femmes aux actifs. La résolution du problème de la malnutrition autonomise davantage les femmes que les hommes.
<b>OMD 4 :</b> réduire la mortalité infantile	La malnutrition est directement ou indirectement associée à la plupart des décès d'enfants, et elle constitue le principal facteur contribuant à la charge de morbidité dans le monde en développement.
<b>OMD 5 :</b> améliorer la santé maternelle	La santé maternelle est compromise par la malnutrition, qui est associée à la plupart des grands facteurs de risque relatifs à la mortalité maternelle. Le retard de croissance et la carence en fer et en iode chez la mère posent tout particulièrement de graves problèmes.
<b>OMD 6 :</b> combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	La malnutrition peut accroître le risque de transmission du VIH, compromettre la thérapie antirétrovirale, et accélérer le déclenchement du SIDA clinique et le décès prématuré. Elle accroît les risques d'infection par la tuberculose, ce qui entraîne la maladie, et elle réduit par ailleurs les taux de survie au paludisme.
<b>OMD 7 :</b> Assurer un environnement durable	L'hygiène et l'assainissement du milieu sont des conditions nécessaires et indispensables pour assurer une alimentation saine, mettant à l'abri des infections et des contaminations
<b>OMD 8</b> Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	La multisectorialité de la nutrition nécessite un partenariat intra et intersectoriel pour assurer non seulement l'efficacité des interventions, mais aussi leur financement.

**En termes d'opportunités,** le Gouvernement du Mali a souscrit aux différentes résolutions de la conférence internationale sur la nutrition, du sommet mondial sur la nutrition et l'alimentation ainsi qu'aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Jusqu'en 2004, les objectifs de nutrition sont principalement pris en compte dans les politiques et programmes de santé et du développement rural. En 2005, le Gouvernement a adopté le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition 2005-2009 qui a été peu utilisé en tant qu'outil intersectoriel de mise en œuvre des interventions de nutrition.

En décidant d'élaborer une politique nationale de nutrition, suite au Forum National sur la Nutrition, le Mali veut se doter désormais d'un cadre de référence pour les différents intervenants et interventions en la matière et contribuer ainsi à rendre plus systématique la prise en compte des objectifs de nutrition dans les politiques et programmes de développement.



Le renforcement du partenariat avec les ONG, le secteur privé et la société civile (**avec les ONG et Associations etc.**) en vue d'accroître la performance et la couverture des programmes pour faire face aux insuffisances constatées, constitue une opportunité à exploiter. Parmi les insuffisances, on peut citer :

- l'insuffisance en ressources humaines qualifiées en matière de nutrition à tous les niveaux ;
- la faible implication des collectivités décentralisées dans les politiques et programmes de nutrition ;
- la non mise en œuvre de stratégie de Communication Pour le Développement (CPD) appropriée dans le domaine de la nutrition.

Il existe, cependant, d'autres opportunités parmi lesquelles on peut noter :

- L'élaboration en cours de la 3<sup>ème</sup> génération du CSLP comme orientation stratégique intégrée du Gouvernement, résolument orientée vers une augmentation de la croissance économique et un développement durable des secteurs sociaux ;
- L'élaboration en cours du PRODESS III dans le cadre du COMPACT concrétisant l'engagement en faveur de l'esprit et des principes des Déclarations de Paris et d'Accra – avec (i) leadership et appropriation nationale, (ii) harmonisation de l'aide publique au développement et (iii) responsabilité mutuelle et l'intérêt de prendre en compte les priorités nationales en matière de nutrition ;
- La Loi d'Orientation Agricole (17);
- L'élaboration en cours de la politique nationale de développement de l'agriculture ;
- L'élaboration en cours des politiques et des plans d'action de santé scolaire avec prise en compte du volet nutrition dans le PRODEC à travers le volet santé à l'école ;
- La finalisation en cours du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles incluant les maladies chroniques liées à l'alimentation ;
- L'adoption en cours du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- La mise en œuvre des Soins Essentiels dans la Communauté ;
- L'initiative 166 communes (I-166) les plus vulnérables du programme national de sécurité alimentaire ;
- Plusieurs initiatives internationales SUN (18), REACH, FRESH (19), Feed the Future) et sous régionales (NUSAPPS) existent.

Ces différentes opportunités, si elles sont saisies, pourraient favoriser l'atteinte des objectifs de la politique.

## II. ORIENTATIONS

Les orientations de la Politique de Développement de la Nutrition se fondent sur les recommandations du Forum National sur la Nutrition. Elles seront conformes aux directives internationales. Le droit fondamental à une nourriture suffisante et à une bonne nutrition est reconnu dans plusieurs instruments du droit international, en particulier par le comité des droits économiques sociaux et culturels des Nations Unies au cours de sa vingtième session du 26 avril au 14 mai 1999. Il faut, pour cela, des stratégies effectives permettant d'assurer la

sécurité alimentaire et nutritionnelle pour tous. Dans cette optique, pour un partage équitable des ressources, la politique et son plan d'action accordera une attention particulière à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes les plus vulnérables vivant dans des environnements défavorisés.

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

Des procédures et mécanismes de mise en œuvre d'une gestion transparente adoptés par tous les acteurs sous-tendront la responsabilisation des différents niveaux hiérarchiques dans la gestion des programmes et la mise en œuvre des activités avec une obligation de résultats.

Pour une internalisation et une appropriation des expériences par les communautés, exigence de la pérennisation des activités, l'approche participative à différents niveaux constituera la trame de toutes les interventions.

Le partenariat avec les ONG, le secteur privé et la société civile sera renforcée en vue d'accroître la performance et la couverture des programmes.

### **III. VISION ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION**

**La vision** de la politique Nationale de Nutrition est d'assurer le droit à une nutrition adéquate à la population malienne toute entière en vue de satisfaire son bien-être et garantir un développement national durable.

**L'objectif général** de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) est de contribuer à assurer à chaque malien un statut nutritionnel satisfaisant pour son bien-être et pour le développement national.

Les objectifs spécifiques, ci-après listés, sont ciblés d'ici 2021:

- Réduire de moitié la prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire;
- Réduire de deux tiers la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans et d'âge scolaire (6 à 14 ans);
- Éliminer durablement les troubles liés aux carences en micronutriments (iode, fer, zinc et vitamine A);
- Réduire d'un tiers la prévalence de l'anémie chez les enfants de 0 à 5 ans, d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer ;
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle de la grossesse et du post-partum ;
- Améliorer la prise en charge des maladies chroniques liées à l'alimentation et à la nutrition ;
- Assurer un accès durable à une alimentation adéquate pour toute la population, en particulier pour les personnes vivant dans les zones d'insécurité alimentaire et nutritionnelle et les groupes à risque (personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose et les personnes âgées etc.).

## **IV. STRATEGIES ET ACTIONS POUR LA COORDINATION**

L'analyse de la situation nutritionnelle et alimentaire met en évidence plusieurs problèmes de nutrition. Il s'agit notamment de la forte prévalence des malnutritions chronique et aigue chez l'enfant d'âge préscolaire, la prévalence élevée des malnutritions chez les enfants d'âge scolaire, la forte fréquence des carences en micronutriments (vitamine A, iode, zinc et fer) et une proportion élevée de faible poids à la naissance associée à un déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer. Ces problèmes de sous-nutrition coexistent de plus en plus avec les maladies chroniques liées à l'alimentation. Pour répondre à ces problèmes, Quatorze axes stratégiques ont été dégagés dont certains sont en fait des recommandations du forum national sur la nutrition. Les autres constituent des stratégies transversales qui viennent en appui à la mise en œuvre des interventions directes d'amélioration de la situation nutritionnelle.

Les aspects d'actions plus larges des secteurs concernés par la nutrition seront abordés dans les documents de politiques, plans et programmes de la santé, de l'éducation, du développement social, du développement rural, de l'hydraulique, de l'assainissement et du commissariat à la sécurité alimentaire, etc.

### **4.1. Stratégies**

#### **4.1.1. Surveillance de la croissance et du développement de l'enfant**

Il s'agira d'assurer la prise en charge globale de l'enfant, à travers l'adaptation des courbes de croissance avec les nouvelles normes. Les enfants qui présentent des formes de malnutrition seront pris en charge selon le protocole national. Dans le cas de la malnutrition aiguë, il s'agira d'assurer la prise en charge correcte d'au moins 70% d'enfants atteints de malnutrition aiguë par an dans les formations sanitaires et au niveau communautaire dans toutes les régions. Pour cela, la prise en charge des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et modérée sera gratuite. Les mesures préconisées sont : (i) la révision et l'application systématique du protocole national à travers le système de santé et la contractualisation avec les organisations à base communautaire et les ONG spécialisées ; (ii) la recherche des stratégies pour accélérer l'amélioration de la couverture et la qualité de la prise en charge dans les services de santé et au niveau communautaire ; (iii) l'inscription des intrants diététiques thérapeutiques sur la liste des médicaments essentiels ; (iv) l'organisation de la référence et de la contre-référence et enfin (v) l'intégration des données de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le guide national de monitoring et dans le système d'information sanitaire.

#### **4.1.2. Alimentation du nourrisson et du jeune Enfant**

Les pratiques inappropriées de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant sont parmi les obstacles majeurs au maintien d'un état nutritionnel adéquat et contribuent à l'élévation du niveau de la malnutrition au Mali. C'est pourquoi, une stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune a été adoptée en 2006 (20). Sa mise en œuvre se poursuit lentement. L'accélération de sa mise en œuvre en accordant la priorité aux interventions à gains rapides tout en assurant sa mise à jour est une priorité majeure. Deux résultats majeurs

sont attendus : (1) Porter et maintenir à au moins 80%, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois dans toutes les régions ; (2) Augmenter de 50% le nombre d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimal acceptable en termes de fréquence et de diversité. Les actions de communication pour le développement en vue d'un véritable changement social seront promues de façon continue dans le système de santé, au niveau communautaire et à travers des campagnes de masse intégrées incluant la semaine mondiale de l'allaitement maternel. Dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, les critères de labellisation des maternités et Hôpitaux seront assouplis pour assurer la généralisation et la pérennité de cette action. Ces actions seront soutenues par l'adoption et l'application du code de commercialisation des substituts du lait maternel, des actions ciblées de protection de la maternité et de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH/SIDA.

L'introduction des aliments de complément est un processus normalement progressif et une transition délicate qu'il faut réussir en s'assurant que l'alimentation quotidiennement préparée à domicile est appropriée en fonction de l'âge en termes de fréquence, de diversité et de qualité hygiénique. Pour cela, il faut s'assurer que des informations justes et un soutien à la promotion de l'alimentation complémentaire sont disponibles pour tous les prestataires (systèmes publics, privés, communautaires et familles). En plus, il faut développer et promouvoir des aliments composés appropriés utilisant des produits locaux enrichis. Dans les régions avec de forts pics saisonniers de la malnutrition aiguë, des distributions préventives des suppléments nutritionnels prêts à l'emploi seront assurées de façon synergique avec les autres interventions de nutrition et d'alimentation.

#### **4.1.3. Lutte contre les carences en micronutriments**

L'apport adéquat en micronutriments particulièrement en fer, vitamine A, iode et zinc de la conception à l'âge de 24 mois est essentiel pour la croissance et le développement de l'enfant.

La portée des actions conduites jusqu'à présent dans la lutte contre l'anémie reste limitée. La lutte contre l'anémie fera l'objet d'une attention particulière et d'une concentration d'effort pour renverser la situation actuelle de forte prévalence chez les groupes vulnérables. Les différentes actions intégrées de lutte contre l'anémie cibleront désormais les enfants d'âges préscolaire et scolaire, les femmes en âge de procréer. Il s'agira de répondre aux causes multiples de l'anémie en fonction des cibles par : (i) le déparasitage et la supplémentation en fer systématiques soutenus, (ii) la promotion de la production et la consommation d'aliments riches en fer/acide folique incluant ceux qui sont fortifiés, (iii) la lutte contre le paludisme.

L'accélération de la lutte pour l'élimination des TDCI s'impose en : (i) renforçant l'application de la législation en vigueur en fonction des standards de l'UEMOA et en prenant en compte la consommation animale ; (ii) renforçant le contrôle de qualité et les capacités des acteurs en charge de la mise en œuvre de cette intervention et (iii) mettant en place un système de suivi annuel de la disponibilité du sel iodé au niveau des ménages et des bilans épidémiologiques périodiques soutenus par une approche systémique de communication et de plaidoyer ; (iv) renforçant la coordination de la collaboration intersectorielle spécifique.

Pour éliminer la carence en vitamine A, (i) les acquis programmatiques actuels seront maintenus et renforcés en conciliant le traitement des cas et la prévention. (ii) Les activités biennuelles de supplémentation en vitamine A, à travers les semaines d'intensification des Activités de Nutrition (**SIAN**) en cours depuis 2003, seront maintenues avec l'adaptation des stratégies de mise en œuvre et en élargissant progressivement le paquet à d'autres interventions de nutrition et survie de l'enfant. (iii) Une couverture biennale de supplémentation en vitamine A chez les enfants et les femmes en post-partum immédiat de 80% sera assurée et maintenue de façon durable dans tous les Cercles. (iv) Le programme d'enrichissement des aliments en vitamine A sera renforcé en augmentant la gamme d'aliments enrichis disponibles sur le marché, en adoptant et en assurant l'application de la législation en faveur de l'enrichissement des aliments. (v) La production et la consommation des aliments riches en vitamine A seront aussi soutenues dans un cadre plus global d'amélioration de l'accès à une alimentation diversifiée des ménages.

L'OMS et l'UNICEF ont publié des recommandations pour la prise en charge clinique des cas de diarrhée, préconisant une nouvelle composition des Sels de Réhydratation Orale (SRO) avec une concentration réduite en glucose et sodium d'une part, et la supplémentation en zinc d'autre part. Ces deux avancées scientifiques permettent de réduire la durée et la sévérité des épisodes diarrhéiques et de diminuer leur fréquence.

Les stratégies clés pour le traitement et la prévention de la diarrhée doivent être mises en œuvre en utilisant à large échelle la SRO nouvelle formule (SROnf) et l'intégration du zinc dans le traitement. Leur disponibilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CSCoM, CSRef, hôpitaux, pharmacies) sera assurée et maintenue tout en recherchant sa gratuité pour les enfants atteints de diarrhée. Il devra, aussi, être associé à des interventions relatives à l'eau et à l'hygiène comme par exemple le traitement/conservation de l'eau à domicile et le lavage des mains avec du savon.

#### **4.1.4. Prévention des maladies chroniques liées à l'alimentation**

L'adoption de la politique nationale et du plan d'action de lutte contre les maladies non transmissibles et leur mise en œuvre sont des priorités. Dans ce cadre, (i) l'étude de l'ampleur de ces problèmes et la prévention à travers la communication pour le développement seront soutenues. En plus de la prise en compte de ces besoins dans les enquêtes périodiques d'envergure nationale, (ii) le dépistage sera renforcé pour une meilleure prise en charge. (iii) La promotion de bonnes habitudes alimentaires et de modes de vie sains sera aussi soutenue.

#### **4.1.5. Nutrition scolaire**

La malnutrition a des répercussions néfastes sur les performances scolaires. C'est pourquoi l'enfant d'âge scolaire est une cible prioritaire, dans le cadre du continuum de soins nutritionnels, d'amélioration des conditions des individus, des familles et des sociétés. Les principales actions à entreprendre sont (i) la révision et l'adoption des documents de politique existants et leur mise en œuvre en se basant sur l'existant et en accordant la priorité aux

régions les plus vulnérables pour mettre en œuvre un paquet intégré d'interventions montées autour des cantines scolaires et les aliments vendus à l'école. (ii) Il est opportun que les deux départements en charge de la santé et de la nutrition scolaire (Education et Santé) mettent en synergie leurs efforts pour l'adoption d'un document unique de politique de santé scolaire intégrant toutes ses composantes. (iii) De même, des manuels d'enseignement de la nutrition à l'attention des enseignants des différents ordres d'enseignements seront développés.

#### **4.1.6. Production alimentaire familiale à petite échelle et transferts sociaux**

Le secteur rural demeure l'un des secteurs les plus importants du développement socioéconomique du Mali. Il s'agit de (i) compléter ces outils stratégiques nationaux du développement rural par des interventions ciblant les ménages, les groupes spécifiques et les communes structurellement affectées par l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. (ii) L'accent sera mis sur des interventions d'amélioration de l'accès à une alimentation diversifiée de façon continue. (iii) Dans ce cadre, les atouts dans le domaine du développement rural (agriculture, élevage et pêche) dans chaque zone agro-écologique seront préalablement étudiés pour assurer la faisabilité des interventions qui seront promues. (iv) Ces interventions de production alimentaire familiales seront mises en place par les coopératives ou collectivités agricoles appuyées par les services techniques concernés du développement rural, du Commissariat à la Sécurité Alimentaire et les ONG nationales et Internationales ainsi que les opérateurs privés. La stratégie retenue va permettre de renforcer les projets agricoles et d'élevage adaptés aux zones agropastorales et les capacités techniques et organisationnelles des coopératives en visant l'amélioration de l'accès à la diversité alimentaire. (v) L'appui à la production, la transformation et la commercialisation des produits, aux activités génératrices de revenus, la création des banques de céréales et les mutuelles du microcrédit et d'autres filets de protection sociale (Vivre Contre Travail, Cash transfert conditionné ou non, paiement par ticket, aide alimentaire ciblée, entraide sociale) compléteront et soutiendront la mise en œuvre des interventions directes d'amélioration de la production agricole et animale familiale. (vi) La prise en compte des spécificités des communes urbaines et pastorales en insécurité alimentaire sera assurée. Dans ce cadre, l'initiative 166 (accélération des OMD dans les 166 communes les plus vulnérables) et la stratégie *Feed The Future* serviront de base pour démarrer les activités de cet axe.

#### **4.1.7. Communication pour le Développement (CPD)**

La Stratégie de Communication pour le Développement en nutrition doit permettre de promouvoir des comportements individuels positifs et le changement social ciblant des pratiques appropriées de nutrition maternelle, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de prévention et de recherche des soins pour les enfants malades. Elle est une composante stratégique d'appui majeure pour la mise en œuvre du plan d'action intersectoriel de la nutrition au Mali.

Dans le cadre de la présente politique, les résultats suivants seront recherchés sur la base de la stratégie nationale de communication pour la nutrition: i) créer une prise de conscience publique des problèmes liés à la nutrition, ii) influencer les attitudes et les comportements de ceux qui ont un impact sur les facteurs comportementaux et environnementaux de la nutrition,

iii) créer et maintenir un environnement favorable, susceptible d'influencer positivement les législations et opinions; iv) en situation de crise humanitaire qui s'accompagne souvent de violation extrême des droits des enfants et des femmes, viser les mêmes objectifs d'ensemble, mais avec un sens aigu de l'urgence et du caractère critique du facteur temps. Pour atteindre ces résultats, la CPD déploiera ses quatre axes stratégiques traditionnels que sont : le plaidoyer, la mobilisation sociale, la facilitation de dialogues communautaires, et la communication pour le changement de comportement.

#### **4.1.8. Renforcement de la participation communautaire en faveur de la nutrition**

La réussite de la politique nationale de développement de la nutrition nécessite l'implication des collectivités territoriales à tous les niveaux dans la conception et la mise en œuvre de la politique de nutrition. Les programmes de développement social, économique et culturel (PDSEC) doivent (i) prendre en compte les programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition, (ii) assurer la mobilisation communautaire en faveur de la nutrition ; (iii) participer activement aux programmes de recherche - action dans le domaine de la nutrition ; (iv) contribuer à la promotion de bonnes pratiques alimentaires au niveau ménage.

#### **4.1.9. Systèmes d'Information en matière de nutrition (SIN)**

Pour orienter les plans d'action de nutrition et soutenir efficacement les actions en matière de nutrition y compris dans les situations d'urgence, la mise en place d'un Système d'Information Nutritionnelle est nécessaire.

Les principales actions à mettre en œuvre sont : (i) l'intégration des données nutritionnelles dans les systèmes d'information sectoriels de routine ; (ii) l'institutionnalisation des enquêtes nutritionnelles annuelles d'envergure nationale, des enquêtes de vulnérabilité alimentaire (appréciation du score de consommation, score de diversité alimentaire, accessibilité alimentaire, stratégies de résilience) aux niveaux ménage et individuel ; (iii) le transfert de la base de données SISINAS à une institution pérenne de recherche ou de statistique (iv) la coordination de la mise à jour au moins deux fois par an de l'information existante sous forme de bulletin conjoint consensuel.

L'Institut National de la Statistique (INSTAT) veillera à l'assurance qualité des enquêtes (méthodologie) et l'archivage des bases de données avec la collaboration systématique des cellules de planification et de statistique.

#### **4.1.10. Recherche Appliquée et formation en nutrition**

Dans le domaine de la recherche, il s'agit de consolider les acquis dans les différentes institutions de recherche et d'enseignement en (i) créant des équipes pluridisciplinaires travaillant sur la mise en œuvre des interventions pilotes de nutrition pour leur documentation en vue de préparer leur mise à l'échelle dans les meilleures conditions de succès. (ii) La capitalisation des résultats de recherche et d'évaluations pour améliorer la programmation et la planification stratégique sera recherchée. (iii) Les institutions de recherche seront renforcées et ensuite financées en fonction de leurs performances et résultats. Les mesures

d'accompagnement suivantes seront soutenues : (iv) créer un comité de recherche en nutrition dans les principaux secteurs en développant et en mettant en œuvre des protocoles conjoints de recherche, (v) créer une unité de recherche et de formation en nutrition à la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie et à l'IPR/IFRA; (vi) mettre à jour et gérer l'utilisation de la base des données de nutrition (SISINAS).

Dans le domaine de la formation, les actions prioritaires considérées sont : (i) Renforcer la cohérence de l'enseignement de la nutrition à l'université et dans les institutions de formation médicale, du développement rural et du développement social ; (ii) Assurer la formation des spécialistes en nutrition niveau secondaire, master et doctorat ; (iii) mettre en place un programme de formation continue adapté au besoin des programmes prioritaires dans les différents secteurs. Ce processus de création de l'expertise doit s'accompagner des mesures institutionnelles de création de postes budgétaires pour les nutritionnistes dans les Régions et les Cercles. Dans l'immédiat, (iv) il est suggéré de dédier entièrement les points focaux nutrition dans les directions régionales de la santé aux activités de nutrition. Ces agents recevront une formation accélérée orientée vers les besoins de mise en œuvre des programmes en cours.

#### **4.1.11. Promotion de la sécurité sanitaire des aliments**

La mauvaise qualité des aliments et des boissons est un facteur de risque pour la santé des populations, surtout en milieu urbain où l'on constate une tendance à l'augmentation de la consommation des aliments de rue. L'assurance de la sécurité sanitaire des aliments est un élément essentiel et fondamental de la santé publique et sécurité alimentaire. Plusieurs actions seront menées notamment :

(i) Le renforcement des capacités des laboratoires de contrôle alimentaires et de l'eau ainsi que la surveillance des maladies d'origine alimentaire. Dans un premier temps, il faut faire une analyse des textes de création des laboratoires concernés (Laboratoire National de la Santé, INRSP, Laboratoire Central Vétérinaire et Laboratoire de Technologie Alimentaire, Laboratoire National de l'Eau) pour voir s'ils prennent en compte l'analyse des produits agro-alimentaires fabriqués localement et importés. Cela comprendra, également, une évaluation des capacités des laboratoires en termes d'infrastructures, ressources humaines, financières et matérielles en y incluant les capacités d'analyse pour la détection des produits chimiques, de microorganismes dans les aliments et la résistance aux antimicrobiens des agents pathogènes transmis par les aliments. Dans un second temps, il faut réajuster ces textes pour prendre en compte le contrôle alimentaire en y incluant le renforcement des laboratoires de contrôle alimentaire selon les besoins. En plus, il s'agira également d'intégrer la surveillance des maladies d'origine alimentaires dans le système d'information sanitaire ainsi que le développement d'un système de veille et d'alerte sanitaire des aliments ;



- (ii) Examiner, analyser et mettre à jour la législation, les réglementations et les normes alimentaires existantes pour répondre aux exigences et défis actuels liés à la sécurité sanitaire et de la qualité des aliments. Ces textes devraient inclure, entre autres, l'étiquetage et le conditionnement des produits alimentaires provenant des unités agro-alimentaires nationales ainsi qu'aborder d'autres aspects de la sécurité sanitaire des aliments, de la ferme à la table ;
- (iii) Le renforcement des capacités du système d'inspection alimentaire. Il s'agira, essentiellement, d'apporter des améliorations, de compléter et d'uniformiser les textes relatifs à l'inspection et au contrôle des aliments actuellement en vigueur et de veiller à leur application. Cela comprendra, également, le renforcement des structures d'inspection et de contrôle sanitaire des aliments en terme de ressources, renforcement de compétences des inspecteurs des aliments en inspection des aliments basé sur l'analyse des risques ainsi que d'autres aspects selon les besoins ;
- (iv) Le développement d'une stratégie d'encadrement ainsi que le renforcement des capacités institutionnelle et organisationnelle des associations de la société civile et des consommateurs pour qu'elles jouent pleinement leur rôle. En effet, la communication sociale sur la qualité et l'hygiène des aliments est primordiale pour que les consommateurs soient au-devant de la lutte contre la fraude des produits alimentaires, la promotion des aliments de bonne qualité nutritionnelle et l'appropriation des règles d'hygiène alimentaire. Il s'agira de renforcer des activités d'information, éducation et communication en matière de sécurité sanitaire et de la qualité des aliments pour les producteurs, les opérateurs intervenant dans la transformation, les détaillants, les consommateurs et les autres acteurs de la chaîne alimentaire. Cela comprendra, également, la promotion de l'application des bonnes pratiques agricoles, de fabrication, d'hygiène et de manutention.
- (v) L'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments créée depuis 2003, en collaboration avec les autres unités sectorielles de contrôle de la qualité des produits alimentaires (Laboratoire National de la santé, INRSP, Laboratoire Central Vétérinaire, Laboratoire de Technologie Alimentaire, Laboratoire National des Eaux, Direction Nationale de l'Agriculture, Direction Nationale du Commerce et de la Concurrence...), se chargera du suivi de cette composante.

#### **4.1.12. Préparation et réponse aux situations d'urgence.**

Outre les sécheresses périodiques, les changements climatiques et les crises économiques exposent régulièrement les populations à des situations d'urgence localisées liées aux catastrophes naturelles (ennemies des cultures, inondations, épidémies, attaques

acridiennes, feux de brousse) et aux conflits sociopolitiques et armés. A ces situations s'ajoutent des pics de malnutrition aiguë saisonniers (période de soudure) dans plusieurs régions. La préparation et la réponse aux situations d'urgence nutritionnelle se fera de façon continue à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan annuel préparé en se référant aux analyses de situations périodiquement conduites. Dans ce cadre, l'expérience acquise par le CSA (Plan National de Réponse) et d'autres structures nationales et partenaires dans la prévention et la gestion des crises alimentaires et nutritionnelles sera prise en compte de façon synergique avec les autres secteurs.

#### **4.1.13. Intégration Systématique des objectifs de Nutrition dans les politiques et programmes de développement et de protection sociale**

L'importance de la nutrition pour la croissance et le développement socioéconomique ainsi que son caractère multisectoriel font de sa prise en compte dans les politiques macro-économiques et sectorielles, un impératif et un objectif à atteindre. Pour cela, il faut : (i) développer les capacités nationales pour la prise en compte de la nutrition dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de développement ; (ii) assurer un plaidoyer continu auprès des décideurs sur l'importance de la nutrition dans le développement et du lien entre nutrition, santé et sécurité alimentaire ; (iii) Plaider pour la participation des nutritionnistes aux processus d'analyse et de planification stratégique et prospective ; (iv) Développer des mécanismes permettant d'intégrer systématiquement la nutrition dans les politiques et programmes de développement en général et de sécurité alimentaire et de protection sociale en particulier.

#### **4.1.14. Renforcement du cadre institutionnel**

Le renforcement des capacités institutionnelles constitue un préalable au développement et à la mise en œuvre d'une politique cohérente et intersectorielle en matière de nutrition. Ainsi, pour pallier les dysfonctionnements observés dans les principaux secteurs et au niveau des différents acteurs, les actions suivantes seront réalisées :

##### **1) Au sein du Ministère de la Santé**

- La création d'un poste de conseiller technique en nutrition pour assurer le suivi et la coordination intra sectorielle des différentes structures en charge de la nutrition (Planification stratégique, mise en œuvre des programmes, recherche et formation) ;
- La création d'une Sous-direction de la Nutrition au sein de la Direction Générale de la Santé ;
- La confirmation des postes de chargés de nutrition au sein des directions régionales de la santé et dans les centres de santé de référence en accordant la priorité aux régions les plus vulnérables ;
- Le renforcement de la composante nutrition à travers la création des départements de recherche en nutrition au sein des structures de recherche (INRSP, CREDOS).

##### **2) Au sein du Ministère en charge de l'Education**

- la fusion de l'ensemble des unités et projets en charge de la santé et de l'alimentation à l'école pour assurer la cohérence et l'intégration des interventions de santé et nutrition scolaires avec une stratégie de passage à l'échelle clairement définie ;
- la création d'une unité de recherche et de formation en nutrition au sein du département de santé publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie ;
- le renforcement de la composante nutrition à travers la création des départements de recherche en nutrition au sein des structures de recherche (ISFRA, IPR/IFRA).

### **3) Au sein des Ministères en charge du Développement Rural, de l'Environnement et de l'Eau**

- Le renforcement du Secteur du Développement Rural y compris le Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA) par des compétences en nutrition et sécurité alimentaire ;
- Le renforcement du lien entre les actions de sécurité alimentaire et les transferts sociaux par une compétence en protection sociale au sein du CSA ;
- Le renforcement de la composante nutrition à travers la création de départements ou programmes de recherche en nutrition au sein des structures de recherche (IER, LCV).
- Le renforcement de l'assainissement à travers les activités de lutte contre les pollutions.
- Le renforcement des activités de suivi, d'analyse et de contrôle de la qualité de l'eau et de l'air sur l'ensemble du territoire Malien.

Dans la perspective de la création d'un Institut de Formation et de Recherche en Nutrition, le leadership devra être confié à une structure déjà existante pour coordonner les activités de recherche en nutrition.

#### **4.2. Actions à mettre en œuvre pour la coordination**

Le développement progressif des programmes de nutrition dans des secteurs variés et les besoins croissant d'harmonisation et d'arbitrage intersectoriels révèlent l'intérêt **d'une coordination**.

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition repose sur une coordination multisectorielle forte et efficace à tous les niveaux, du niveau central jusqu'au niveau communautaire. Il faut souligner qu'une simple coordination ne suffit pas pour assurer une synergie des actions des secteurs différents. **Il faut que le coordonnateur puisse jouer le rôle de leadership et assurer que tous les acteurs à tous les niveaux accomplissent leurs engagements vis-à-vis de la Politique Nationale de Nutrition.**

Le montage institutionnel sera basé sur les points suivants :

- un Conseil National de la Nutrition, présidé par le Ministre de la Santé (CNN),
- un Comité Technique Intersectoriel de Nutrition (CTIN), présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé,
- un Secrétariat Technique pour animer les activités du CTIN et celles du CNN
- des Agences de Mise en Œuvre (AMIO).

#### 4.2.1. Au niveau national

i. Dans un souci de créer un cadre organisationnel qui assure l'impulsion et la convergence des efforts pour un développement réel et durable de la nutrition, un **Conseil National de la Nutrition (CNN)** sera créé et placé sous la présidence du Ministre de la Santé. **Le CNN sera chargé de la planification et de la coordination de la Politique Nationale de Nutrition.** Il aura pour attributions : (I) approuver le plan stratégique intersectoriel de la nutrition. (II) veiller à la prise en compte de la nutrition dans l'ensemble des stratégies nationales; (III) suivre la mise en œuvre intersectorielle à travers les bilans annuels ; (IV) amener chaque acteur à effectuer les actions qui lui sont spécifiques ; (V) faire le plaidoyer pour une mobilisation nationale en faveur de la nutrition.

Le CNN se réunira, une fois par an, pour faire le bilan de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition. La composition du CNN est représentative de l'ensemble des ministères impliqués dans le domaine de la nutrition au plus haut niveau, du Commissariat à la Sécurité Alimentaire, des collectivités territoriales, des représentants de la société civile et du secteur privé.

ii. Le CNN est appuyé par un **Comité Technique Intersectoriel de Nutrition (CTIN) présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé.** Il aura pour attributions : (i) favoriser la coordination et l'harmonisation des différents plans sectoriels annuels et assurer la complémentarité des moyens mis en œuvre ; (ii) élaborer le plan stratégique intersectoriel de la nutrition ; (iii) suivre la mise en œuvre des plans d'action sectoriels ; (iv) jouer le rôle d'observatoire de la nutrition à travers la publication de l'évolution des indicateurs ; préparer les différentes réunions du CNN ; (v) donner un avis technique sur tout document nécessitant l'approbation du CNN ; (vi) préparer un bilan semestriel sur la mise en œuvre de la politique nationale de développement de la nutrition.

La composition du CTIN est représentative de l'ensemble des secteurs impliqués dans le domaine de la nutrition au plus haut niveau. Il se réunit une fois par semestre.

Un **Secrétariat Technique** restreint, avec une vision multisectorielle de la nutrition, animera les activités du CTIN. Il sera composé par le Conseiller Point Focal Nutrition et les représentants de trois secteurs clés (Ministère de la Santé, Ministère de l'Agriculture, Ministère en charge du Développement Social), ainsi que le Facilitateur national REACH (représentant des 4 agences du Système des Nations Unies : UNICEF, PAM, FAO, OMS). Le Secrétariat Technique sera appuyé dans ses activités par un groupe intersectoriel permanent.

iii. Les **Agences de Mise en Œuvre (AMIO)** sont les organes d'exécution de la Politique Nationale de Nutrition. Elles comprennent les représentants des **ministères sectoriels** et leurs services compétents, les programmes et projets nationaux, les institutions nationales, la société civile, le secteur privé et les ONG nationales ou internationales. Les agences de coopération multilatérales et bilatérales qui apportent un appui financier et technique à ces programmes seront aussi représentées.

Les AMIO conçoivent, programment, gèrent, mettent en œuvre les activités qui leur sont confiées et en assurent leur propre suivi et évaluation en se conformant respectivement aux orientations générales arrêtées par le CNN et aux recommandations spécifiques du CTIN. En vue d'assurer l'efficacité de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition à la base, il y aura une coordination et suivi des interventions des AMIO du niveau central, en passant par le niveau régional jusqu'au niveau communautaire.

#### **4.2.2. Au niveau décentralisé (régions, cercles et communes)**

Les activités du CNN et du CTIN seront assurées par les structures déjà existantes au niveau des structures techniques et décentralisées. Les Comités Régionaux d'Orientation, de Coordination et de Suivi des Actions de Développement (**CROCSAD**), les Comités Locaux d'Orientation, de Coordination et de suivi des Actions de Développement (**CLOCSAD**), les Comités Communaux d'Orientation, de Coordination et de suivi des Actions de Développement (**CCOCSAD**), devront donc jouer pleinement leurs rôles en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition dans l'ensemble du pays.

### **V. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE**

La politique nationale de nutrition sera traduite en **plans d'action intersectoriels successifs de cinq ans** cohérents et mis en œuvre pour permettre l'atteinte de ses objectifs. L'élaboration du premier plan d'action quinquennal 2013-2017 débutera dès la validation du document de politique de développement de la nutrition en utilisant les mêmes outils méthodologiques et mécanismes de pilotage que ceux ayant servis à élaborer la politique. La budgétisation du plan d'action intersectoriel est indispensable pour assurer à temps la mobilisation des ressources. Pour cela, des outils de budgétisation adaptés seront utilisés.

Un accent particulier sera mis sur la mobilisation des ressources, la communication sociale, la coordination, la collaboration intersectorielle, la participation communautaire et l'aspect genre.

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

Le CNN, à travers son **Comité Technique Intersectoriel de Nutrition**, assurera la cohérence et le suivi de la mise en œuvre du plan d'action intersectoriel et des plans opérationnels annuels. Il garantira les conditions d'un partenariat large, efficace et organisé conforme aux exigences de l'amélioration effective de la situation nutritionnelle à tous les niveaux. Le CNN renforcera les conditions du financement par les collectivités des questions relatives à l'amélioration de la situation nutritionnelle de leur population.

Le financement pour l'opérationnalisation du document de politique nationale proviendra du budget d'Etat, de la participation des collectivités, des communautés, des ONG et des partenaires au développement.

Jusqu'à présent, les projets et programmes de nutrition ont pu bénéficier de financements externes assez conséquents. Mais, vu le rôle important de la nutrition pour atteindre les OMD et pour des questions de pérennisation, il est indispensable d'augmenter la part du financement interne à tous les niveaux. Pour cela, le gouvernement s'engagera à assurer le fonctionnement des structures de coordination et le financement du plan d'action intersectoriel à travers les plans opérationnels annuels des principaux secteurs et des régions.

En outre, le gouvernement prendra les dispositions pour constituer un fonds pour la réponse aux situations d'urgence nutritionnelle.

## **VI. SUIVI ET EVALUATION**

Le CNN assurera le suivi de la politique nationale de développement de la nutrition dans son ensemble. Les indicateurs de suivi et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action intersectoriels de nutrition de façon plus détaillée (tableau 1). Les informations sur la situation nutritionnelle et sur les activités mises en œuvre feront l'objet de production de rapports périodiques sous forme de bulletins d'information deux fois par an. Le suivi se fera à travers le Système du Suivi des Interventions en Alimentation, Nutrition et des Statistiques (SISINAS) révisé, après l'adoption du premier plan intersectoriel de nutrition, logé dans le site [www.malinut.net](http://www.malinut.net). D'autres systèmes d'informations alimentaires et nutritionnelles seront liés au SISINAS.

Les revues de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition se feront annuellement et tous les cinq ans. Les revues annuelles sont des évaluations internes basées sur la planification et l'exécution des activités de nutrition programmées par les secteurs concernés à différents niveaux.

Les revues quinquennales sont à la fois internes et externes et prendront en compte aussi bien des indicateurs de résultats que les indicateurs d'impact en rapports avec les interventions programmées dans les plans intersectoriels.

Il est, également, envisagé une évaluation externe à la fin de chaque plan sectoriel pour apprécier l'impact de la mise en œuvre de la politique de nutrition sur l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), notamment ceux en rapport avec l'amélioration de la nutrition et de la santé maternelle et infantile.

**Tableau 1 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique nationale de nutrition**

Indicateurs	Unités	Situation initiale 2010	Objectifs en 2015	Objectifs en 2017
Taux de mortalité infanto-juvénile	décès pour 1000 naissances vivantes	191 (EDS 2006)	83	80
Prévalence de l'insuffisance pondérale globale des moins de 5 ans	(%)	18,9 (MICS 2010)	15	10
Prévalence du retard de croissance globale des moins de 5 ans	(%)	27,8 (MICS 2010)	22	15
Prévalence de la maigreur globale des moins de 5 ans	(%)	8,9 (MICS 2010)	7	5
Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans	(%)	71,9 (MICS 2010)	60	50
Prévalence de l'anémie chez les femmes	(%)	55,0 (MICS 2010)	45	40
Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés deux fois par an	(%)	98,7 (MICS 2010)	100	100
Pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois déparasités deux fois par an	(%)	Non renseigné	100	100
Pourcentage de femmes qui ont reçu des compléments de fer, sous forme de comprimés ou de sirop	(%)	60,8 (EDS 2006)	75	80
Pourcentage d'enfants malnutris aigus pris en charge	(%)	Non renseigné	30	40
Proportion d'enfants nés les derniers 24 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (cf. Initiation précoce de l'allaitement au sein)	(%)	57,1 (MICS 2010)	65	75
Pourcentage d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités au sein (cf. Allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois)	(%)	20,4 (MICS 2010)	40	50
Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois qui sont nourris au lait maternel (cf. Poursuite de l'allaitement)	(%)	90,2 (MICS 2010)	95	95
Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous (cf. Introduction des aliments de complément)	(%)	27,1 (MICS 2010)	40	50
Proportion Pourcentage d'enfants âgés de 6-23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous (et des aliments d'allaitement pour les enfants non nourris au sein) le nombre de fois minimum ou plus la veille, selon l'état d'allaitement)	(%)	33,1 (MICS 2010)	50	60
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable (en dehors du lait maternel) (cf. Apport alimentaire minimum acceptable)	(%)	Non renseigné	40	45
Taux d'accouchement assisté (y compris par les ATR)	(%)	29,1 (MICS 2010)	35	40
Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans)	nombre de naissances vivantes de l'année pour 1000 femmes en âge de procréer	188 (EDS 2006)	175	170

<b>Indicateurs</b>	<b>Unités</b>	<b>Situation initiale 2010</b>	<b>Objectifs en 2015</b>	<b>Objectifs en 2017</b>
Intervalle inter génésique (nombre médian de mois depuis la naissance)		32,0 (EDS 2006)	40,0	45,0
Pourcentage de filles d'âge scolaire secondaire fréquentant l'école secondaire ou supérieure (taux net de fréquentation ajusté)	(%)	23,1 (MICS 2010)	30	35
Incidence de pauvreté	(%)	43,6 (ELIM 2010)	37	35
Profondeur de pauvreté	(%)	13,2 (ELIM 2010)	10	8
Sévérité de la pauvreté	(%)	5,5 (ELIM 2010)	4	3
Ligne budgétaire nutrition dans le budget santé	Oui/Non	Non	Oui	Oui
% de personnel de santé formés en nutrition	(%)	Non renseigné	50%	65%
Densité de professionnels de la nutrition formés	Nombre pour 100 000 habitants	Non renseigné	100	130
Existence d'un mécanisme intersectoriel de coordination	Oui/Non	Non	Oui	Oui
Adoption de la politique nationale	Oui/Non	Non	Oui	Oui
Développement et adoption du plan d'action national	Oui/Non	Non	Oui	Oui
Allocation d'un budget pour la mise en œuvre de la politique/du plan d'action	Oui/Non	Non	Oui	Oui
Mise en place du montage institutionnel présenté dans la politique nationale	Oui/Non	Non	Oui	Oui



**Tableau 2 : Autres indicateurs de suivi et d'évaluation de la politique nationale de nutrition**

Type d'indicateurs	Indicateurs	Périodicité de collecte	Sources
Impact	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 6-59 mois	5 ans	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 6-59 mois	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans, d'âge scolaire et chez les femmes en âge de procréer	Tous les trois ans	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Prévalence du déficit énergétique chronique chez les femmes en âge de procréer	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Proportion des ménages et zones en insécurité alimentaires	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, Enquêtes SAP
Pratiques alimentaires	prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	% d'enfants de 6 à 23 mois avec un régime alimentaire minimal acceptable	annuelle	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, MICS et EDS
	Score de diversité alimentaire des ménages dans les régions vulnérables	Avant et après la mise en œuvre des programmes de nutrition et sécurité alimentaire	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles, EDS
	Score de consommation et de diversité alimentaire des femmes en âge de procréer	Avant et après la mise en œuvre des programmes de nutrition et sécurité alimentaire	Enquêtes sécurité alimentaire et nutritionnelles,
Couvertures	Couverture de supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois et chez les femmes en post partum	Deux fois par an	Rapport SNIS, SIAN
	Couverture des enfants de 12-59 mois en albendazole	Deux fois par an	Rapport SIAN, campagnes et SIS
	Couverture des ménages en sel iodé	annuelle	Enquêtes nutritionnelles annuelles, MICS et EDS
	Couverture des ménages en aliments enrichis	annuelle	Enquêtes nutritionnelles annuelles, MICS et EDS
	% de femmes enceintes et d'enfants de moins de deux ans bénéficiant d'un paquet intégré de lutte contre l'anémie	annuelle	Enquêtes nutritionnelles annuelles, MICS et EDS
	Taux d'admission pour malnutrition aiguë dans les centres de réhabilitation nutritionnelle	Deux fois par an	SIS

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. République du Mali. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). 2002 (disponible à <http://www.ml.undp.org/linkdoc/csulp2002.pdf>)
2. République du Mali. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté. CSLP 2ème génération 2007-2011. 2006. (disponible à [http://www.ml.undp.org/html/CSCR\(2007-2011\).pdf](http://www.ml.undp.org/html/CSCR(2007-2011).pdf))
3. MDR/CILSS, Stratégie Nationale de Sécurité Alimentaire au Mali, 2002 .
4. CPS/Agriculture, Annuaire Statistique 2004-2005
5. MEALN : Annuaire nationaux des statistiques scolaires de l'enseignement fondamental 2008-2009
6. MEF/DNPD. Rapport sur la situation économique et sociale du Mali en 2010 et les perspectives pour 2011. 2011, 129 p.
7. CPS/Santé, Annuaire Statistique National 2010.
8. CPS/MS, DNSI/MEIC & Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce, Bamako ; Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA.
9. CPS/MS, DNSI & ORC Macro. 2002. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Bamako ; ORC Macro Calverton, Maryland, USA.
10. Coulibaly, S., Dicko, F., Traoré, S.M., Sidibé, O., Seroussi, M. & Barrère, B. 1996. Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996. Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Bamako ; Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA.
11. CPS/Santé, INSTAT. Enquête MICS/ELIM 2010.
12. FAO. Profil Nutritionnel du Mali, 2010.
13. INRSP/HKI, Enquête de base sur la prévalence des carences en vitamine A et en fer dans le District de Bamako et la région de Koulikoro 2007.
14. DNS, Enquête nationale sur les TDCI Août 2005.
15. DNS. Politique Nationale de lutte contre les Maladies non Transmissibles, Août 2010.
16. Institut du Sahel/CERPOD : Analyse des causes de la malnutrition dans trois pays du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad, Juillet 2008.
17. Ministère de l'Agriculture. Décret n°06-045/ANRM du 5 septembre 2006 portant Loi d'Orientation Agricole. Journal officiel, Spécial N°06 Septembre 2006, pp. 1-23.

18. Renforcement de la Nutrition. Rapport d'avancement du mouvement SUN 2011 - 2012
19. UNESCO, UNICEF, OMS, Banque Mondiale, Santé Scolaire, Initiative FRESH  
« Focusing Resources on Effective School Health », Dakar, avril 2000.
20. Ministère de la Santé, DNS/DN, Stratégie Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson  
et du Jeune Enfant. 2006.
21. Ministère de la Santé / Secrétariat Général : Synthèse du rapport général du forum  
national sur la nutrition, au Mali. Juin 2010.