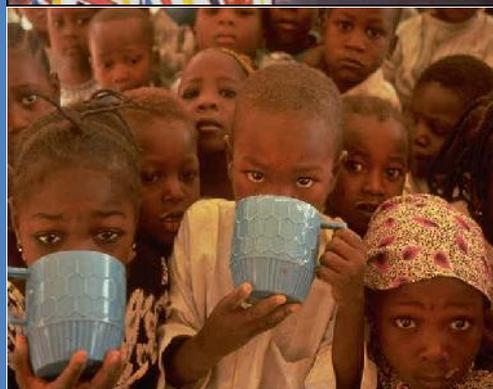
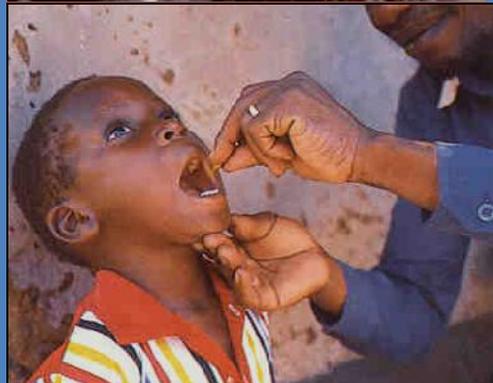


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



**PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION
« PRONANUT »**



PNDS VOLET NUTRITION 2011-2015

Octobre 2010



Remerciements	4
Listes des abréviations et des acronymes.....	5
Les Partenaires Techniques et Financier dans la Nutrition.....	6
Liste des figures.....	7
Préface.....	8
1. Introduction.....	9
2. Mandat et missions du PRONANUT	10
3. Cadre institutionnel et Etat de la situation nutritionnelle	10
3.1. Cadre organique	10
3.1.1. La direction du PRONANUT	10
3.1.2. Les coordinations provinciales	10
3.1.3. Les activités de nutrition dans les zones de santé	10
3.2. Nature et ampleur des problèmes nutritionnels	11
3.2.1. La sous nutrition	11
3.2.2. Carences en micronutriments	12
3.2.3. Maladies non transmissibles liées à l'alimentation	14
3.2.4. Le Konzo	14
3.3. Causes et contraintes	14
3.3.1. Les pratiques alimentaires inadéquates	14
3.3.2. Les habitudes alimentaires inadéquates.....	15
3.3.3. L'insécurité alimentaire des ménages.....	15
3.3.4. Plusieurs autres affections conduisent aussi à la malnutrition.	15
3.3.5. Autres facteurs favorisent la survenue des problèmes nutritionnels.	16
3.4. Efforts déjà réalisés dans le domaine de nutrition	17
3.5. Problèmes prioritaires.....	18
4. Objectifs, cibles et résultats	19
4.1. Objectifs.....	19
4.1.1. Objectif sous sectoriel de la nutrition	20
4.1.2. Objectifs opérationnels de nutrition	20
4.2. Cibles et résultats	21
5. Stratégies.....	21
5.1. Intégration des interventions de nutrition dans le développement des zones de santé	22
5.1.1. Ressources humaines pour la nutrition	22
5.1.2. Médicaments et intrants spécifiques relatifs à la nutrition.....	22
5.1.3. Equipements et matériels	23
5.1.4. Informations sanitaires relatives à la nutrition	23
5.2. Amélioration de la qualité des services et des prestations relative à la nutrition	23

6. Cadre de mise en œuvre	26
6.1. Les rôles et responsabilités des parties prenantes	26
6.1.2. Les secteurs connexes	26
6.1.3. Les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition	27
6.1.4. Les Organisations à assises communautaires et la communauté.....	27
6.2. Les Responsabilités par niveaux du système de santé	27
6.2.1. Les actions du niveau central	27
6.2.2. Les actions du niveau intermédiaire	27
6.2.3. Les actions du niveau périphérique	27
7. Suivi et Evaluation	28
7.1. Les principes de suivi des activités et évaluation des interventions	28
7.2. Mécanismes de suivi des activités et évaluation des interventions	28
7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (1)	30
7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (2)	31
7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (3)	32
8. Budget et Financement du PNDS volet Nutrition	33
8.1. <i>Ressources prévisibles par source de financement du Plan stratégique de Nutrition</i>	33
8.2. <i>Estimation des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier</i>	34
8.3. <i>Estimation des besoins du PNDS par nature</i>	35

Remerciements

Ce Plan Stratégique de Nutrition de la République Démocratique du Congo, qui est un volet du Plan National de Développement Sanitaire 2011 à 2015, a été réalisé grâce à l'appui **technique de la Direction d'Etudes et Planification** et à l'appui **financier de l'Unicef**. Ainsi, le Programme National de Nutrition exprime sa profonde gratitude à la **DEP** et à **l'Unicef** pour ce soutien combien important qui permettra au gouvernement et à tous les acteurs qui œuvrent dans la nutrition d'assurer les soins nutritionnels de qualité à toute la population, en particulier aux enfants, aux femmes, y compris les personnes vivant avec le VIH afin d'atteindre les OMD d'ici 2015.

Le PRONANUT remercie également ses experts, les cadres du Secrétariat Général ainsi que ceux venus des ONG internationales et nationales qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Que tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la production de ce Plan Stratégique de Nutrition, trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Le Secrétaire Général de la Santé Publique

Listes des abréviations et des acronymes

AEN Actions Essentielles en Nutrition	OXFAM Oxford Committee for Famine relief
ACF Action Contre la Faim	PAM Programme Alimentaire Mondial
ATPE Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi	PCA : Paquet Complémentaire d'Activité
CA conseils d'administration	PCCMA Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
BDOM Bureau Diocésain des Œuvres Médicales	PEV Programme Elargi de Vaccination
CDR	PNDS Plan National de Développement Sanitaire
CNP Comité National de Pilotage	PNUD Programme de Nations Unies pour le Développement
8ème CEPAC Communauté Evangélique pentecôtiste en Afrique Centrale	PRONANUT Programme National de Nutrition
CPN Consultations Périnatales	PNLD Programme National de Lutte contre la Diarrhée
CPS Consultations Préscolaire	PNSR Programme National de Santé de la Reproduction
CPP Comités Provinciaux de Pilotage	PNSS Programme National de santé scolaire
CRS Catholic Relief Service	PSN Plan Stratégique de Nutrition
DEP : Direction d'Etudes et de Planification	PTF : partenaires techniques et financiers
DPS Direction Provinciale de la Santé	PVV Personnes Vivant avec VIH
EDS Enquête Démographique et de Santé	RECO : Relais Communautaire
ET Écart Type	ReSomal Solution de Réhydrations pour les Malnourris
ETD Entités Territoriales Décentralisées	RDC République Démocratique du Congo
FAO Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture	SMA Semaine Mondiale d'allaitement
FOSA : Formation Sanitaire	SNIS Système national d'informations sanitaires
HACCP : Analyse de Point de Contrôle Critique	SNAME Semaine Nationale de l'Allaitement Exclusif
HTA Hypertension Artérielle	SN Surveillance Nutritionnelle
HKI Hellen Keller International	TDCI Troubles dus à la Carence en Iode
IDEA	UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
IITA Institut International d'Agriculture Tropicale	USAID United States Agency for International Development
IHAB Initiative des Hôpitaux Amis de bébé	VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
Memisa Medische Missie Samenwerking	ZS Zone de Santé
MICS Enquête en grappe à Indicateurs Multiples	
MNT Maladies Non Transmissibles	
MSF Médecins sans frontières	
MSP Ministère de la Santé Publique	
NAC Nutrition à Assise Communautaire	
OMS Organisation Mondiale de la Santé	

Les Partenaires Techniques et Financier dans la Nutrition



- Ministère de la Santé Publique
- Ministre du Plan
- Ministre de la Communication et Médias
- Ministre de la Recherche Scientifique
- Ministre de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
- Ministre de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
- Ministre de l'Agriculture
- Ministre de l'Industrie
- Ministre du Commerce, Petites et Moyennes Entreprises
- Ministre du Genre, Femme et Enfant
- Ministre des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale
- Commission Européenne
- Coopération Canadienne
- coopération Italienne
- coopération Belge
- Coopération Japonaise
- Coopération Française

- UNICEF ;
- PAM ;
- OMS ;
- FAO ;
- PNUD
- USAID
- ACF
- HKI
- World Vision
- Save the Children
- Memisa
- COOPI
- MSF
- CORDAID
- MERLIN
- CARITAS
- CROIX ROUGE
- CRS ;
- BDOM
- 8ème CEPAC
- IFPRI
- Harvest Plus
- IITA
- IDEA

Liste des figures

Figure 1 : Malnutrition chez les enfants de moins de cinq des enfants de moins de 5 ans selon MICS2 EDS-RDC et MICS 4

Figure 2. Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49ans

Figure 3 .Allaitement maternel exclusif selon MICS 2, EDS et MICS 4

Figure 4.Traitement des maladies de l'enfance

Tableau 1. Ressources prévisibles du Plan stratégique de Nutrition 2011-2015 par source de financement

Tableau 2 : Budget estimatif des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier en dollars US

Tableau 3. Estimation des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier et par nature (en USD)

Préface

La malnutrition constitue un frein important au développement socio-économique du pays. Investir dans la nutrition, c'est donc s'assurer des ressources humaines valides, garantes d'un développement socio-économique durable.

En République Démocratique du Congo, la malnutrition demeure toujours un grand problème de santé publique. Selon l'enquête EDS 2007, presque un enfant sur deux a un retard de croissance et presque une femme sur cinq (19%) est mal nourrie. Les résultats préliminaires de MICS 4, publiés en Septembre 2010, confirment la même situation en rapport avec le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.

Face à la gravité de la situation, le pays a pris l'engagement d'investir dans la nutrition pour l'amélioration de l'état nutritionnel de sa population. Cette volonté politique, a été déjà exprimée par l'adoption en 2000 d'une Politique Nationale de Nutrition, la création du Programme National de Nutrition au sein du Ministère de la Santé Publique par arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/AJ/CK/09/2000 du 20 octobre 2000 et l'exécution de deux plans directeurs, notamment le Plan Directeur de Nutrition 2001-2005 et le Plan Triennal de Nutrition de 2006-2008.

Ces dernières années, des efforts louables ont été entrepris à différents moments par des réseaux sectoriels existants en vue d'améliorer l'état nutritionnel de la population. Cependant, malgré la volonté politique affichée et les efforts fournis, cela n'a pas encore réussi à apporter des changements tangibles et durables pour une amélioration de la situation nutritionnelle. C'est ainsi que dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), auxquels le Gouvernement congolais a souscrit, il faille conjuguer encore des efforts dans les domaines de la santé et de la nutrition. La priorité sera la mise en œuvre d'un paquet minimum d'interventions à haut impact, susceptibles de contribuer à l'amélioration du bien être et de la survie des enfants et des femmes en particulier, malgré la crise alimentaire et financière dans le monde.

Pour arriver à des résultats durables, il faudra également privilégier la participation active de la population, l'implication continue des acteurs des différents secteurs de développement, y compris le secteur privé et les collectivités locales, la coopération étroite entre le gouvernement et les organismes nationaux et internationaux. En plus des interventions nutritionnelles ciblées, le plaidoyer et la communication pour un changement de comportement à tous les niveaux devront constituer une stratégie privilégiée en vue d'amener la population à accéder à une alimentation suffisante, équilibrée et saine.

Le présent Plan Stratégique de Nutrition 2011-2015 (PSN) s'inscrit dans le contexte du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et du Plan Quinquennal National 2011-2015, visant la croissance et la réduction de la pauvreté. Le PSN donne des orientations précises à tous les acteurs afin de coordonner leurs interventions pour l'atteinte de l'objectif de l'amélioration du bien être nutritionnel de la population. La mise en œuvre de ce plan représente une étape importante pour amener définitivement le peuple congolais à retrouver le droit à une alimentation suffisante telle qu'énoncée dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Le Ministre de la Santé Publique

1. Introduction

La RDC a connu une crise socio-économique et politique durant plus de deux décennies, crise émaillée des conflits armés, et qui a entraîné une détérioration grave du tissu économique, provoquant par ricochet, une dégradation de la situation nutritionnelle de la population.

En l'an 2000, pour mettre fin à la détérioration de la situation nutritionnelle, la RDC a adopté une Politique Nationale de Nutrition. Cette politique donne les grandes orientations en vue de combattre la malnutrition sous toutes ses formes. En 2001, en application de cette politique, le Programme National de Nutrition (PRONANUT), organe conseil du gouvernement en matière de nutrition, a élaboré un Plan Directeur de cinq ans (2001 – 2005) pour le développement de la nutrition dans le pays. En 2006 fut élaboré également un Plan Triennal de Nutrition. A partir de ces plans, des actions ont été exécutées pour améliorer la situation nutritionnelle du pays. Le Plan Directeur 2001-2005 et le plan triennal 2006-2008 avaient, entre autres, déterminé des axes prioritaires d'interventions pour des actions urgentes susceptibles de contribuer à réduire l'ampleur de la malnutrition dans le pays. Pour ce faire, des plans d'action annuels sont élaborés chaque année.

Signalons que ces dernières années, des efforts ont été entrepris par différents acteurs pour améliorer l'état nutritionnel de la population et assurer la sécurité alimentaire des ménages. Cependant à ce jour, ces efforts n'ont pas réussi à apporter des changements tangibles et durables débouchant sur une amélioration de la situation nutritionnelle, surtout auprès des groupes vulnérables. La situation sanitaire et nutritionnelle des populations, après plusieurs années de dur labeur, reste précaire. Elle est actuellement caractérisée par les prévalences élevées de divers problèmes nutritionnels dépassant les seuils d'intervention dans toutes les provinces du pays. Cette situation fait augmenter les taux de morbidité et mortalité des populations. Ce qui ralentit les progrès pour l'atteinte des OMD.

La mortalité infanto-juvénile est de 158 pour 1000 et le taux de mortalité infantile est de 97 pour 1000 (MICS 4, 2010). La malnutrition n'est pas seulement une cause principale et directe de décès, particulièrement parmi les enfants et les femmes, mais elle est aussi une cause sous jacente de plusieurs autres problèmes de santé qui affectent la population en RDC et aggrave l'état de morbidité de plusieurs pathologies. En 2002, une analyse utilisant le logiciel « Profiles » a conclu qu'en RDC la malnutrition est la cause sous jacente de 48% de décès.

Ainsi, devant la gravité et la détérioration continue de la situation, le Ministère de la Santé Publique a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire. Ce plan définit les programmes et actions exécutables par axe stratégique. C'est de ces programmes que découle ce Plan Stratégique de Nutrition.

2. Mandat et missions du PRONANUT

La mise en œuvre et le développement de la Politique Nationale de Nutrition pour la prise en charge des problèmes nutritionnels en RDC est coordonnée par le Programme National de Nutrition (PRONANUT) conformément à l'arrêté n° 1250/CAB/MIN/S/AJ/CK/09/2000 du 20 octobre 2000 du Ministre de la Santé Publique.

Pour réaliser ce mandat, le PRONANUT exerce les missions suivantes :

1. Promouvoir les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles de la population
2. Promouvoir l'hygiène alimentaire et la prévention des intoxications alimentaires
3. Contrôler la qualité des aliments
4. Lutter contre les carences en micronutriments
5. Assurer la prise en charge des cas des maladies nutritionnelles
6. Assurer la surveillance nutritionnelle
7. Contribuer à l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages

3. Cadre institutionnel et Etat de la situation nutritionnelle

3.1. Cadre organique

Le PRONANUT comprend une direction nationale (avec 6 divisions), 11 coordinations provinciales et 10 sous coordinations dans quelques Districts Sanitaires. Un service de supervision des activités de nutrition fonctionne au sein du BCZS et assiste le MCZ dans la coordination des activités de nutrition qui sont réalisées dans l'entité.

3.1.1. La direction du PRONANUT

En tant que structure du niveau central, la Direction du PRONANUT est chargée de concevoir les directives et les normes pour garantir la mise en œuvre efficace et efficiente de la Politique Nationale de Nutrition. C'est dans cette optique que la Direction nationale a la responsabilité d'élaborer les documents normatifs, vulgariser les stratégies de lutte contre les principaux problèmes nutritionnels et coordonner la surveillance nutritionnelle, les enquêtes nutritionnelles et les recherches en matière de nutrition et de sécurité alimentaire. Elle assure également l'accompagnement des coordinations provinciales dans l'organisation des formations, le suivi, la supervision et l'évaluation des interventions de nutrition.

3.1.2. Les coordinations provinciales

Selon la Politique Nationale de Santé, le niveau intermédiaire, qui comprend les Divisions Provinciales de la Santé, au sein desquelles on trouve les coordinations provinciales, joue un rôle d'encadrement et d'accompagnement technique et logistique des zones de santé. Cet encadrement consiste par le suivi de la mise en œuvre des directives, stratégies et politiques sous forme d'instructions opérationnelles et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des interventions au niveau des formations sanitaires.

3.1.3. Les activités de nutrition dans les zones de santé

Les activités de nutrition sont exécutées dans les unités ou services de nutrition intégrés au sein des centres de santé et des hôpitaux. Ces services assurent la prévention et le

traitement des problèmes nutritionnels et mènent des actions de promotion et de sensibilisation de la population dans les communautés. Pour susciter l'appropriation des actions de nutrition et de sécurité alimentaire par la population, le PRONANUT utilise l'approche dite « nutrition à assise communautaire », en collaborant avec des relais communautaires.

3.2. Nature et ampleur des problèmes nutritionnels

La RDC connaît de sérieux problèmes de nutrition. Selon diverses enquêtes et études menées, ces problèmes sont complexes et différent d'une province à une autre. Ils n'affectent pas seulement les jeunes enfants, mais aussi les adultes spécialement les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les populations en déplacement.

Les principaux problèmes de santé liés à la nutrition en RDC sont connus. Il s'agit de la sous nutrition, des carences en micronutriments (avitaminose A, carence en fer, TDCI), des maladies non transmissibles liées à l'alimentation (diabète, obésité et hypertension artérielle) et le Konzo.

3.2.1. La sous nutrition

La sous nutrition touche de manière particulière les enfants, les écoliers et les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les PVV.

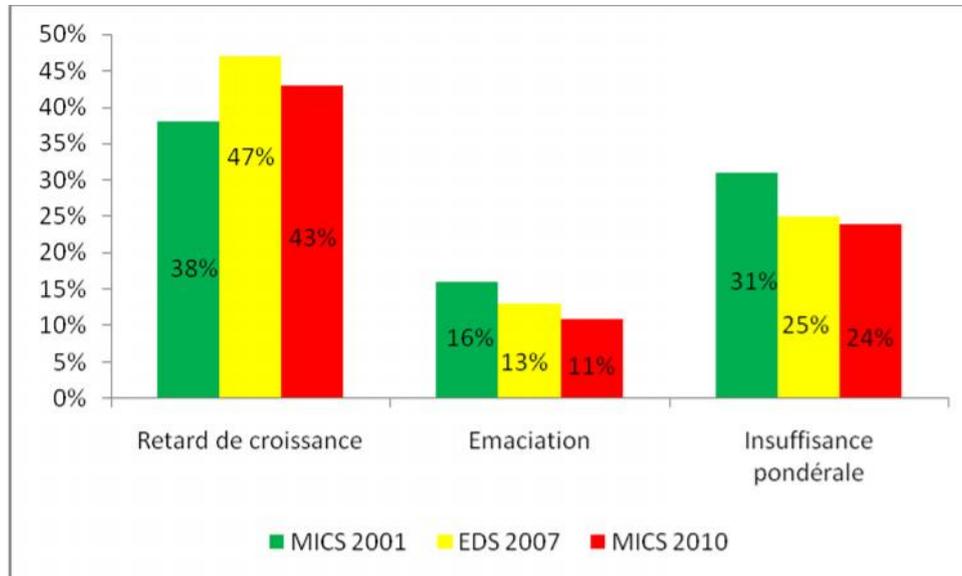
Malnutrition chez les enfants : selon l'enquête EDS -2007, la malnutrition aiguë globale (poids /taille inférieur à -2ET et ou œdèmes) touche 13% d'enfants de moins de cinq ans dont 8% de façon sévère. Les résultats préliminaires de MICS 4 Septembre 2010 confirment cette forme de malnutrition qui touche 11% des enfants de moins de 5 ans. Ces proportions restent nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie. La prévalence de la malnutrition aiguë globale rapportée sur la population infantile totale. Il faudrait noter que la prévalence des œdèmes est à 2% représentant le seuil d'intervention. Ceci indique combien la situation nutritionnelle est alarmante dans le pays, surtout quand on sait que les enfants souffrant de la forme sévère courent un risque de décès très élevé et de cumulent des retards de développement psycho moteur.

Le retard de croissance ou malnutrition chronique, mesurée par l'indice Taille/Âge inférieur à -2ET, frappe presque un enfant sur deux en RDC. Selon l'enquête EDS 2007, la prévalence de la malnutrition chronique est de 47%, dont 24% présentent une forme sévère. Les résultats préliminaires de MICS 4, publiés en Septembre 2010, montrent que le retard de croissance reste élevé et touche 43% des enfants de moins de 5 ans

L'insuffisance pondérale, mesurée par l'indice Poids/Âge inférieur à -2ET, qui est par ailleurs un indicateur des OMD dans le domaine de nutrition, est très répandue dans le pays. Elle

touche un enfant sur quatre en RDC, soit une prévalence de 24%. La figure suivante illustre la situation entre 2001 (MICS-2), 2007 (EDS) et 2010 (MICS-4).

Figure 1 : Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans selon MICS2 EDS-RDC et MICS 4



L'analyse approfondie de ces données dans l'EDS-2007 révèle des disparités importantes de la malnutrition chez les enfants entre les différentes provinces du pays. En ce qui concerne la malnutrition aiguë, les provinces les plus touchées sont les deux Kasai (16%), le Katanga (15%) et l'Equateur (15%). Par contre, si on considère le retard de croissance, trois provinces accusent des taux supérieurs à 50%, à savoir le Nord-Kivu, le Sud-Kivu ainsi que l'Equateur.

Malnutrition chez les femmes : le mauvais état nutritionnel des femmes est un des déterminants de la mortalité maternelle. Il influe aussi sur l'issue de la grossesse, soit par un accouchement prématuré, soit par une naissance de faible poids. C'est pourquoi il devient impérieux de rompre le cercle vicieux de la malnutrition intergénérationnelle, mère-enfant.

Selon l'enquête EDS-2007, 19% de femmes de 15-49 ans sont mal nourries, soit près d'une femme sur cinq. La proportion de femmes souffrant de malnutrition est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 21% contre 16%.

Une fois encore, on note des écarts importants entre les provinces de la RDC. La situation est plus critique dans la province de Bandundu, on y rencontre 31% de femmes souffrant d'une déficience énergétique chronique.

3.2.2. Carences en micronutriments

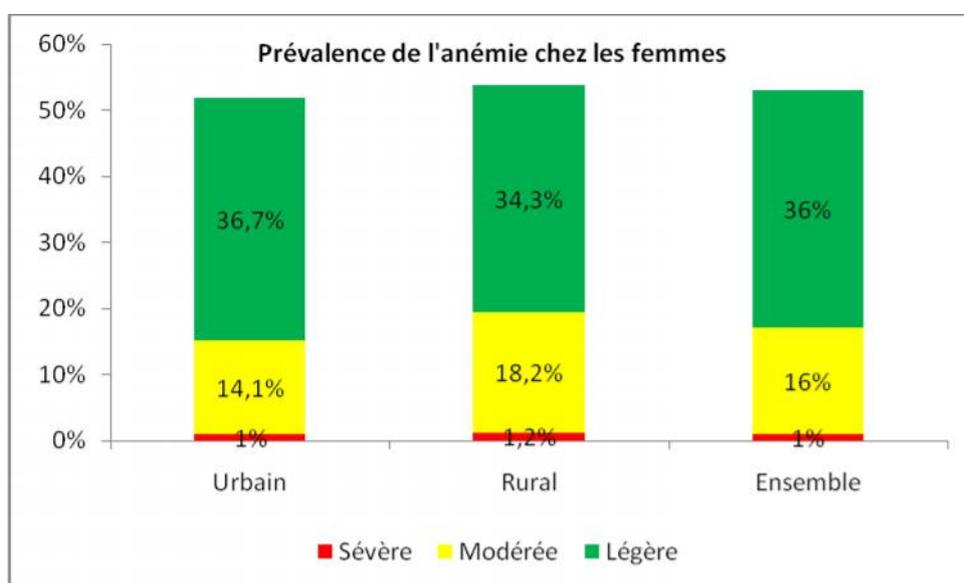
Les carences en micronutriments concernent principalement la vitamine A, le fer et l'iode.

La carence en vitamine A : une carence très sévère en vitamine A affecte la population congolaise. L'enquête menée en 1998 a trouvé une prévalence de 61% chez les enfants de moins de trois ans avec un taux de rétinol sérique < à 20%. Bien que ces données datent de

plus de dix ans et en dépit des campagnes de supplémentation de masse organisées depuis 2002, les données actuelles de morbidité et de mortalité laissent penser à une prévalence d'hypovitaminose A assez élevée si l'on considère la dégradation de la situation sociale globale de la population. Il devient donc important de réévaluer les progrès réalisés dans ce domaine.

Les anémies : L'anémie constitue également un problème grave de santé publique en RDC en nous référant aux normes de l'OMS. L'enquête EDS 2007 a trouvé une prévalence de 71% chez les enfants de moins de cinq ans, tandis que chez les femmes, la prévalence est de 53%. Ces résultats montrent que toutes les provinces de la RDC ont des taux d'anémie supérieurs à 40%. La figure 3 illustre la prévalence de l'anémie chez les femmes, trouvée lors de l'EDS.

Figure 2. Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49ans



Cette anémie dont la forme chronique résulte entre autre de la carence en fer, est aggravée par l'effet de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, notamment le paludisme et les parasitoses intestinales, surtout chez les enfants. Ce qui conduit à des nombreuses transfusions sanguines exposant au risque de transmission du VIH/SIDA. Une étude menée en 2005 par le PRONANUT avec l'appui de l'UNICEF, a montré que 80% d'enfants de moins de cinq ans avaient un ver intestinal ou plus. Cette étude a montré aussi que les enfants avec un parasite intestinal avaient 8 fois plus de risque de faire de l'anémie que ceux qui n'en avaient pas.

Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) : en dépit des conflits armés qu'a connus la RDC au cours de cette dernière décennie, les résultats des enquêtes montrent une généralisation de la consommation du sel iodé et une nette régression des troubles dus à la carence en iode. En effet, la prévalence du goitre qui était à 42% en 1990 est tombée à 1% en 2007. Cette diminution significative illustre mieux l'impact de la consommation du sel iodé. A l'heure actuelle, 95% des ménages en RDC consomment du sel iodé.

3.2.3. Maladies non transmissibles liées à l'alimentation

Le diabète sucré et les maladies cardio-vasculaires (dont l'hypertension), ayant notamment comme facteur de risque l'obésité, constituent un autre groupe des problèmes de santé émergents en rapport avec la nutrition. En effet, actuellement en RDC, l'obésité devient de plus en plus un problème de santé publique. L'enquête EDS 2007 a noté qu'une femme sur dix (11%) a une surcharge pondérale et que 2% de femmes souffrent d'obésité. C'est dans les ménages les plus riches que le phénomène devient de plus en plus inquiétant car dans ce groupe, on note un taux de 23% d'obésité.

3.2.4. Le Konzo

Parmi les maladies liées à l'alimentation en RDC aussi figure le Konzo, une forme de paralysie spastique irréversible. Cette maladie est due à la consommation du manioc non ou insuffisamment roui, associée à un régime pauvre en acides aminés soufrés. Cette paralysie d'origine alimentaire affecte toutes les provinces du pays avec une prévalence moyenne de 1%, mais dans certains villages des provinces de Bandundu, du Kasai oriental et du Kasai occidental, on note des prévalences beaucoup plus élevées, pouvant atteindre 30%, avec des pics épidémiques fréquents. Le Konzo, affection fortement associée à la malnutrition, frappe beaucoup plus les enfants et les femmes allaitantes.

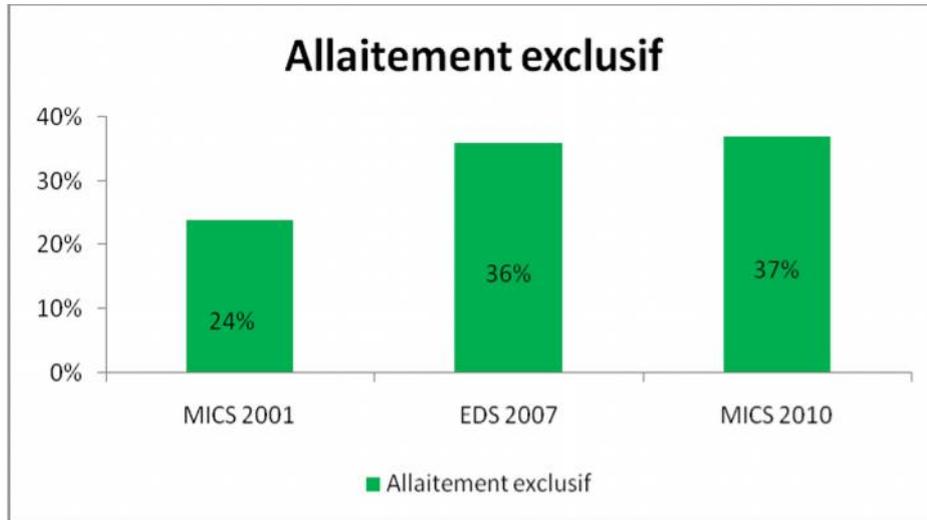
3.3. Causes et contraintes

En RDC, comme dans la plupart des pays en développement, la malnutrition est la résultante d'une alimentation inadéquate due aux habitudes et pratiques inappropriées et à la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans des conditions d'hygiène environnementale médiocre.

3.3.1. Les pratiques alimentaires inadéquates

Elles concernent non seulement la qualité et la quantité des aliments donnés, surtout aux enfants de moins de 5 ans, mais aussi les étapes d'introduction de ces aliments dans l'alimentation. En RDC, les mauvaises habitudes dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont souvent la cause de différents types de malnutrition. Les résultats de l'EDS 2007 montrent que seulement 48% des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement, 36% d'enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein. La situation n'a pas tellement évolué comme le témoignent les résultats de MICS-4 qui a noté 37% d'enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement. La figure 3 ci-dessous illustre les données sur l'allaitement maternel exclusif.

Figure 3 .Allaitement maternel exclusif selon MICS 2, EDS et MICS 4



3.3.2. Les habitudes alimentaires inadéquates.

Il existe une relation entre la qualité de la consommation alimentaire et le niveau de malnutrition. En RDC, malgré l'inexistence des données quantifiables à ce sujet, on sait cependant que la plupart des ménages surtout dans les zones péri-urbaines de grandes agglomérations, la population consomme souvent les aliments de faible valeur nutritionnelle. Même s'ils disposent des aliments de haute valeur nutritionnelle (viande, poisson), ils les vendent pour obtenir de l'argent afin d'acquérir les biens non alimentaires. Du point de vue apport en calories, une étude conduite en 2000 par le PRONANUT et le BDOM a noté que 77% des ménages de Kinshasa consomment moins de 1800 Kcal par personne et par jour. La ration calorique moyenne était estimée à 1469 Kcal par personne, soit en dessous de 2300 Kcal recommandé pour un homme adulte exerçant une activité modérée. Il est fort probable que depuis cette enquête, la situation n'a pas évolué suite à la crise financière confrontée dans la majorité des ménages.

3.3.3. L'insécurité alimentaire des ménages

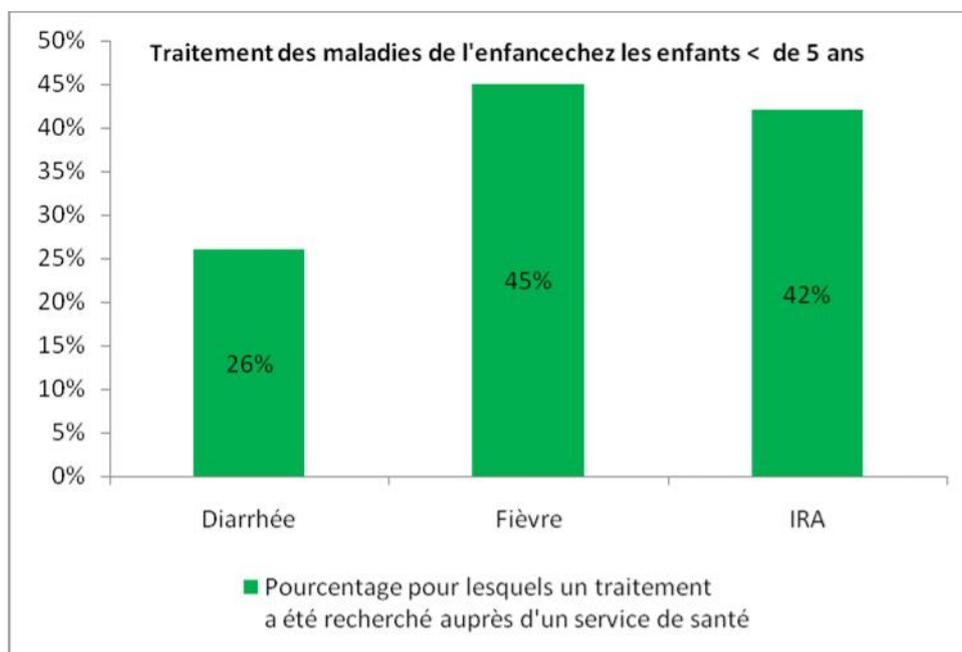
La sécurité alimentaire des ménages reste très précaire dans plusieurs ménages surtout urbains. En milieu urbain, plusieurs ménages vivent au jour le jour, sans réserves alimentaires. On estime que plus de la moitié des citoyens congolais vivent sans réserves alimentaires ni de l'argent pour assurer leur alimentation. Actuellement une fraction importante de ménages, même dans les provinces à vocation agricole, ne mange qu'une fois par jour, entraînant ainsi des cas de malnutrition et une faible productivité.

3.3.4. Plusieurs autres affections conduisent aussi à la malnutrition.

Les résultats de l'enquête EDS 2007, ont montré que 46% avaient fait la fièvre et qu'un enfant sur quatre avait fait la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Dans MICS 4, cette prévalence est de 18% pour la diarrhée. Les analyses croisées montrent que 35% d'enfants malnutris avaient eu de la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. La diarrhée est entretenue du fait que 2/3 de la population n'ont pas accès à l'eau potable.

La qualité inadéquate et inappropriée des soins offerts dans les formations sanitaires aux enfants malades justifie en partie la faible fréquentation des services de santé par la population. Dès lors, le recours à l'automédication, aux guérisseurs traditionnels et aux groupes de prière est de plus en plus fréquent. Ce qui compromet d'avantage la prise en charge des enfants, entraînant ainsi la malnutrition dans plusieurs cas. Par ailleurs, même à domicile, peu de mères savent comment prendre en charge les cas de maladies à domicile. La figure 4 ci-dessous illustre la situation identique trouvée dans l'EDS en 2007

Figure 4. Traitement des maladies de l'enfance



La démotivation des prestataires et l'insuffisance des ressources pour que les différents services réalisent pleinement leurs activités n'ont pas permis d'améliorer de manière significative la situation. Enfin, les perturbations alimentaires et immunitaires induites par le VIH/SIDA provoquent de nouvelles formes de malnutrition pour ces patients.

3.3.5. Autres facteurs favorisent la survenue des problèmes nutritionnels.

En dehors des causes ci-dessus, il y a lieu d'évoquer un certain nombre de facteurs qui favorisent la survenue des problèmes nutritionnels et qui méritent d'être pris en compte dans la mise en œuvre du plan. Il s'agit notamment de la pauvreté de la population et l'analphabétisme élevé chez les mères et responsables d'enfants. La pauvreté monétaire est une des causes fondamentales de la malnutrition. Selon l'Enquête 1-2-3 en 2005, l'incidence de cette pauvreté est estimée à 71,34%. La part du 5ème la plus pauvre de la population dans la consommation nationale est de 7,8% et la profondeur de la pauvreté estimée au cours de la même année est de 32,2%.

Les différents indicateurs examinés dans MICS 2 ont établi une corrélation entre certains facteurs et l'ampleur de la malnutrition. Celle-ci varie selon la province, la zone de résidence, le niveau de richesses et le niveau d'instruction de la mère. En général, la malnutrition affecte les enfants des ménages pauvres, les enfants des zones rurales, les enfants nés des femmes sans instruction plus que toutes les autres catégories.

Tous ces facteurs sont déterminants dans la prévalence très élevée de la sous nutrition dans certaines classes sociales.

3.4. Efforts déjà réalisés dans le domaine de nutrition

La RDC a posé des bases solides pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, dans le domaine de la nutrition, conformément aux options levées dans le PNDS 2011-2015. Il s'agit notamment de l'existence d'une politique nationale en matière de nutrition, des actions consignées dans la stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et de la femme ainsi que l'existence des protocoles de prise en charge de malnutrition.

Les actions essentielles en nutrition sont exécutées avec l'appui des partenaires dans les domaines de la prévention, du traitement et de la promotion pour lutter contre les problèmes nutritionnels majeurs en RDC.

Dans le domaine de la prévention et de la promotion, on peut citer notamment la promotion des bonnes pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la promotion de l'alimentation de complément sur base des recettes enrichies, la promotion de la consommation des aliments énergétiques et fortifiés, le suivi et la promotion de la croissance, les campagnes de supplémentation en vitamine A et déparasitage au Mébendazole, la promotion de la consommation du sel iodé et des aliments riches en iode, la supplémentation des femmes enceintes et allaitantes en fer folate, la sensibilisation sur l'utilisation du manioc suffisamment roui, la diffusion des techniques sûres de traitement de la farine de manioc avant la préparation du fufu, la mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle pour une alerte précoce de situation de crises alimentaires.

En ce qui concerne le traitement, le Programme assure l'encadrement, l'orientation et le suivi de la mise en place et l'application des protocoles de prise en charge de la malnutrition aigue (PCCMA) dans les structures de santé (CS et HGR). Cette prise en charge comporte trois volets : nutritionnel (F75, F100 et Plumpynut), le traitement médical systématique et la prise en charge des complications.

Vu la complexité des causes de la malnutrition, l'amélioration de l'état nutritionnel requiert aussi la participation active des autres secteurs qui ont un impact sur les déterminants de

l'amélioration de cet état (santé, éducation, agriculture, acteurs du secteur privé et du secteur public, ...).

Quand bien même que l'on ne peut pas encore chiffrer l'effort fait par chaque secteur pour améliorer l'état nutritionnel des populations, il convient de les soutenir pour garantir la durabilité des résultats.

3.5. Problèmes prioritaires

L'analyse de la situation nutritionnelle et le fonctionnement du Programme permet de retenir les problèmes prioritaires suivants pour les 5 prochaines années:

3.5.1. En rapport avec le fonctionnement du Programme : absence de l'appui institutionnel pour le fonctionnement des services, l'absence des nutritionnistes dans certaines structures sanitaires ;

3.5.2. En rapport avec la prévention et la promotion des interventions de lutte contre les maladies nutritionnelles : faible proportion des mères pratiquant correctement l'allaitement maternel et l'alimentation de complément, augmentation de la proportion d'enfants avec retard de croissance, augmentation de la proportion des sujets avec surcharge pondérale (11%) et obésité (2%), l'existence des poches où circule encore du sel non iodé, faible utilisation de la CPS, faibles performances de la surveillance nutritionnelle ;

3.5.3. En rapport avec l'amélioration du traitement des problèmes de santé liés à la nutrition : faible intégration des stratégies de prise en charge des problèmes majeurs de nutrition dans les ZS. L'approche PCCMA qui vise à responsabiliser les formations sanitaires dans la prise en charge de la malnutrition n'est pas suffisamment vulgarisée et intégrée. L'une des raisons qui expliquent cette situation est sans doute la faiblesse de la couverture sanitaire du pays, l'insuffisance des liaisons fonctionnelles entre l'hôpital et les structures de santé du premier échelon, l'inexistence des protocoles nutritionnels harmonisés et validés pour les PVV, les diabétiques, les obèses et les hypertendus ainsi que l'insuffisance des capacités techniques des prestataires dans la prise en charge des problèmes nutritionnels.

3.5.4. En rapport avec l'approvisionnement des formations sanitaires en intrants spécifiques de prise en charge nutritionnelle : fréquente rupture de stock en aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), notamment PlumpyNut et le lait thérapeutiques (F75, F100), le fer folate, la vitamine A et le mébendazole pour les activités de routine.

3.5.5. En rapport avec les matériels et fournitures de base : l'insuffisance des matériels de base dans les FOSA (balances, toise, MUAC), l'absence des fiches de croissance, fiches de collecte et de synthèse des données etc.

3.5.6. En rapport avec la coordination des interventions dans le domaine de la nutrition : l'insuffisance d'harmonisation des outils de gestion avec les autres programmes et partenaires travaillant sur les mêmes cibles, le manque de collaboration intra et intersectorielle

3.5.7. En rapport avec la situation épidémiologique nutritionnelle: l'augmentation inquiétante de la malnutrition aiguë globale, l'insuffisance d'un bon système de surveillance nutritionnelle. La proportion élevée de l'anémie chez les enfants et chez les femmes enceintes, l'extension du Konzo, la non disponibilité des données récentes sur l'état de la carence en vitamine A depuis 1998 et sur les maladies non transmissibles dues à l'alimentation.

Ainsi, dans le domaine de la nutrition des enfants et des femmes aucun objectif n'est atteint en cette fin de décennie à l'exception de la lutte pour l'élimination des TDCI dans la mesure où des progrès substantiels sont accomplis par le pays par la consommation du sel iodé, dont la proportion se situe à 97,5%. (Enquête nationale TDCI, 2007)

En dépit de nombreuses difficultés, la présence des ONG et asbl tant nationales qu'internationales qui interviennent dans le secteur de la nutrition, la disponibilité d'un personnel spécialisé et qualifié en nutrition ainsi que l'existence des projets d'appui au secteur de la santé prenant en compte le volet nutrition sont autant d'opportunités sur lesquelles le PRONANUT compte pour relancer la mise œuvre des interventions essentielles de nutrition dans les zones de santé.

4. Objectifs, cibles et résultats

4.1. Objectifs

L'objectif général du PNDS est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté. Pour y arriver, le PNDS s'est fixé comme objectif sectoriel d'assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le VIH/SIDA, le paludisme, tuberculose, onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine, les maladies non transmissibles, la malnutrition ; etc,

Ce plan stratégique de nutrition s'inscrit dans cette perspective de la mise en œuvre du PNDS.

4.1.1. Objectif sous sectoriel de la nutrition

L'objectif sous sectoriel de la nutrition en RDC est d'assurer les soins nutritionnels de qualité à toute la population, en particulier aux enfants, aux femmes, y compris les personnes vivant avec le VIH.

4.1.2. Objectifs opérationnels de nutrition

Dans le secteur de la nutrition, les objectifs à atteindre, d'ici 2015, sont :

1. Amener 57% de mères à pratiquer correctement l'allaitement maternel et l'alimentation de complément, y compris dans le contexte du VIH/SIDA
2. Réduire chez les enfants de moins de cinq ans la malnutrition aiguë globale de 13% à moins de 5 %, l'insuffisance pondérale de 25% à moins de 10% et le retard de croissance de 47 % à moins de 25 %.
3. Augmenter la proportion de cas de malnutrition aiguë modérée et sévère traités selon les directives nationales de 8 à 50%
4. Réduire de 19% à moins de 10% la malnutrition chez les femmes.
5. Réduire à moins de 20% la prévalence de la carence en vitamine A.
6. Réduire à moins de 20% la prévalence des anémies nutritionnelles.
7. Maintenir à plus de 95% la consommation du sel iodé dans les ménages.
8. Réduire l'incidence de cas de Konzo dans les territoires ciblés.
9. Renforcer le système national de surveillance nutritionnelle et de sécurité alimentaire
10. Renforcer la coordination intra et intersectorielle des activités de nutrition.

4.2. Cibles et résultats

Cibles	Indicateurs des résultats
Enfants de 0-6 mois (y compris dans le contexte du VIH/Sida) allaités exclusivement	Pourcentage des enfants de 0-6 mois (y compris dans le contexte du VIH/Sida) correctement allaités exclusivement (de 37% à 57%)
Enfants de 6-8 mois et plus (y compris dans le contexte du VIH/Sida) recevant une alimentation de complément	Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de cinq (de 13% à 5%)
Enfants de moins de 5 ans avec insuffisance pondérale (y compris le PVV).	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants moins de cinq (de 25% à 10%)
Enfants de moins de cinq ans avec une malnutrition aiguë globale (y compris le PVV).	Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins 5ans (de 13% à 5%)
Enfants de moins de cinq ans avec retard de croissance (y compris le PVV).	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans (de 47 % à 25 %)
Femmes enceintes et allaitantes avec malnutrition	Prévalence de la malnutrition globale chez les femmes enceintes et allaitantes (de 19% à 10%)
Malnutris pris en charge.	Proportion des cas de la malnutrition pris en charge (de 8 % à 50%)
Enfants de 6-59 mois avec carence en vitamine A	Taux de rétinol sérique inférieur à 0,7umol/l. (de 61% à 20%)
Enfants de moins de 5 ans avec anémie nutritionnelle	Prévalence de l'anémie nutritionnelle chez les enfants de moins de cinq ans (de 71% à 20%)
Femmes enceintes avec anémie nutritionnelle	Prévalence de l'anémie nutritionnelle chez les femmes enceintes (de 53% à 20%)
Ménages avec sel iodé	Proportion de ménages qui disposent du sel iodé (de 95% à 100%)
Population vivant dans les ZS à endémicité de Konzo	Taux d'incidence du Konzo dans les ZS endémiques.
Le système national de surveillance nutritionnelle et sécurité alimentaire est fonctionnel	Existence d'une banque des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
La coordination des activités de nutrition est assurée	Existence des organes de coordination des activités de nutrition à tous les niveaux

5. Stratégies

En vue d'atteindre les objectifs de nutrition fixés d'ici 2015 dans le cadre du PNDS, les programmes suivants vont être exécutés à travers la mise en œuvre du présent Plan Stratégique de Nutrition. Il s'agit notamment : (i) de l'intégration du paquet d'intervention de la nutrition dans le développement des zones de santé, (ii) de l'amélioration de la qualité des services et des prestations relative à la nutrition, (iii) du renforcement du leadership, de la gouvernance ainsi que de la collaboration intra et intersectorielles dans le domaine de la nutrition.

5.1. Intégration des interventions de nutrition dans le développement des zones de santé

L'appui à l'intégration des interventions de nutrition dans le pilier de développement des zones de santé porte notamment sur les ressources humaines, les médicaments et intrants spécifiques relatifs à la nutrition, les équipements et matériels requis pour une meilleure offre des services et soins liés aux problèmes nutritionnels, à la mobilisation des ressources financières et à la génération des informations fiables sur l'état nutritionnel de la population.

5.1.1. Ressources humaines pour la nutrition

Une meilleure prise en charge des problèmes nutritionnels doit être assurée par un personnel compétent et en nombre suffisant sur toute l'étendue du territoire national. Une telle performance exige :

- Le renforcement de la formation de base en nutrition (révision/actualisation des programmes des cours de nutrition aux niveaux secondaire, supérieur et universitaire)
- Le renforcement des capacités du personnel en cours d'emploi : révision des protocoles, des modules et des outils de formation (PCCMA, AEN, SN, enquêtes, des guides pratiques sur la CPS ; élaboration des manuels, dépliants et cartes conseils sur les carences en micronutriments et MNT dues à l'alimentation ; Harmonisation et validation du protocole de prise en charge nutritionnelle des PVV ; Elaboration des protocoles de prise en charge nutritionnelle des maladies émergentes (diabète, obésité, HTA) ; élaboration du module de gestion des urgences nutritionnelles en cas de catastrophes naturelles et de déplacements massifs des populations ; appui technique à l'organisation des formations des formateurs provinciaux en nutrition ; appui à la formation de haut niveau en nutrition (cours internationaux)

5.1.2. Médicaments et intrants spécifiques relatifs à la nutrition

Plaidoyer pour l'intégration des médicaments et intrants requis pour la prise en charge des problèmes nutritionnels dans la liste de médicaments essentiels. L'appui dans ce domaine consistera à la coordination des approvisionnements en ces médicaments et intrants spécifiques comprenant entre autre : Vitamine A, Fer folate, Mébendazole, ATPE (PlumpyNut), lait thérapeutique (F75, F100), ReSomal, Sérum glucosé etc. à travers les structures appropriées du SNAME (CDR) pour garantir leur disponibilité permanente et leur distribution dans toutes les provinces nécessiteuses. Des actions de plaidoyer seront menées auprès du Gouvernement et des bailleurs pour garantir un approvisionnement régulier et suffisant.

Il en sera de même pour l'acquisition de kits de test rapide et des réactifs spécifiques pour le dosage de la vitamine A, vitamine E, acide folique et fer dans les produits alimentaires fortifiés, ainsi que pour le dosage de l'iode dans le sel, dans les urines et le dosage des hormones thyroïdiennes. Il faudra aussi acquérir du petit matériel de laboratoire.

5.1.3. Equipements et matériels

Les actions visées dans cette rubrique d'appui portent sur la dotation de Direction du Programme, des Coordinations Provinciales et antennes en matériels roulants (véhicules, motos) et matériels informatiques (ordinateur, imprimantes, scanner, vidéo projecteur), ainsi que la mise à la disposition des formations sanitaires en équipement de base (Balances, toise, MUAC, les fiches de collette et de synthèse des données et les fiches de croissance ; équiper aussi le laboratoire national du PRONANUT ainsi que la mise en route des contrats de maintenance pour garantir la fonctionnalité et la durabilité de ces matériels.

5.1.4. Informations sanitaires relatives à la nutrition

La gestion du volet sanitaire relatif à la nutrition nécessite une information fiable, disponible et à jour. Les actions envisagées pour améliorer la qualité de l'information nutritionnelle sont :

- La finalisation et reproduction du carnet de santé harmonisé avec les autres Programmes pour le suivi de l'état de santé de l'enfant
- L'actualisation des données nutritionnelles à inclure dans les formulaires SNIS
- L'extension du système de surveillance nutritionnelle et de sécurité alimentaire dans toutes les provinces
- La redynamisation de la banque des données nutritionnelles et de sécurité alimentaire.

5.2. Amélioration de la qualité des services et des prestations relative à la nutrition

5.2.1. Amélioration de la qualité des services et des prestations de nutrition

Le développement des interventions de nutrition dans le cadre du présent plan stratégique vise l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services pour une meilleure prise en charge des problèmes nutritionnels prioritaires à savoir :

- Promotion de la recherche opérationnelle et de la recherche-action dans le domaine de la nutrition : élaboration des protocoles de recherche/enquêtes dans le domaine de nutrition ; appui des provinces dans la réalisation de recherche et enquêtes dans le domaine de nutrition ; actualisation des livres de recettes culinaires par province ; étude approfondie sur les effets thérapeutiques et nutritionnelles de certaines plantes (Moringa, Kikalakasa, spiruline,..) dans la prévention et le traitement de la malnutrition
- Intégration du paquet nutritionnel (PCCMA, AEN) dans le PMA et le PCA : appui technique à la formation des prestataires en matière de nutrition ; accompagnement des équipes cadres des provinces dans le suivi et la supervision des activités de nutrition dans les ZS ; formation des équipes cadres des provinces sur la gestion des données de nutrition (PCCMA, AEN, nouvelles normes CPS)

5.2.2. Appui des zones de sante en interventions publiques

Il est également question dans ce programme de continuer l'appui de certaines interventions dans toutes les 515 zones de santé tel que les campagnes de supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mébendazole et la sensibilisation de masse et la promotion des activités communautaires de nutrition à travers divers canaux médiatiques.

5.2.3. Renforcement de la participation communautaire aux actions de nutrition

Ce renforcement consistera à :

- Redynamisation des activités de nutrition à assise communautaire : actualisation du module NAC destiné aux RECO ; appui aux provinces dans la mise en œuvre des activités de NAC, IHAB, AEN ; appui aux provinces dans la sensibilisation de la communauté sur les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles pour la prévention des maladies nutritionnelles (Konzo, Anémie, avitaminose A, TDCI, diabète, obésité, sous nutrition)
- Promotion de la production et transformation des aliments locaux en aliments de complément enrichis au niveau des ménages.

5.3. Renforcement du leadership, de la gouvernance ainsi que de la collaboration intra et intersectorielles dans le domaine de la nutrition.

Un des résultats attendus de ce plan est de parvenir à une meilleure coordination et un pilotage adéquat des activités de nutrition. Le Ministère de la Santé devra jouer pleinement son rôle de leadership dans la validation des formules thérapeutiques de prise en charge de toute forme de malnutrition, la fabrication des aliments de compléments, ainsi que la commercialisation des substituts du lait maternel dans le pays. Il devra aussi valider les actions de marketing social visant la publicité exagérée des aliments de complément pour prévenir le dérapage, la contrefaçon et l'altération en additifs et colorants. Pour ce faire, le PRONANUT, et ses coordinations provinciales, devra être renforcé et suffisamment outillé pour jouer pleinement son rôle normatif en matière de nutrition. Il s'agira concrètement de produire les directives, normes, documents et supports de nutrition nécessaires pour un meilleur pilotage du secteur de la nutrition.

Pour une efficacité et une appropriation de la solution à différents problèmes de nutrition, il faudra entretenir une étroite collaboration intra et intersectorielle. Notamment en ce qui concerne l'harmonisation, la production et la vulgarisation des protocoles de prise en charge nutritionnelle, et la réglementation de la fortification des aliments, la réalisation des études nutritionnelles pour l'élaboration d'une table nationale de composition des aliments, l'actualisation des livres de recettes culinaires ainsi que des études approfondies sur les effets thérapeutiques et nutritionnels de certaines plantes dans le traitement des problèmes nutritionnels.

La nutrition est l'un des domaines où interviennent plusieurs secteurs. Dans le domaine de la sécurité alimentaire et la surveillance de la qualité des aliments, la mobilisation des ressources ainsi que le système de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce prendra en

compte ces exigences. Dans cette optique le PRONANUT envisage le renforcement d'un cadre de concertation avec les autres acteurs pour renforcer la collaboration intra et inter sectorielle.

Dans la **collaboration intra-sectorielle**, le PRONANUT participe déjà aux activités de la Commission lutte contre les maladies coordonnées par la Direction de Lutte contre la Maladie et au « cluster promotion de la santé » avec d'autres intervenants de nutrition. Dans le cadre de la lutte contre les maladies, Il devra harmoniser avec le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) pour le volet nutritionnel de la prise en charge des PVV, avec la division des maladies non transmissibles pour le protocole nutritionnel des maladies non transmissibles dues à la nutrition (diabète, HTA, Obésité) et avec le Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour la gestion des interventions offertes lors des CPS. En ce qui concerne la promotion de la santé, avec le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) les stratégies de lutte contre les anémies chez les femmes à la CPN, avec le Programme National de Lutte contre la Diarrhée (PNLD) pour l'alimentation des enfants présentant la diarrhée, Programme National de santé scolaire (PNSS) pour le suivi de l'état nutritionnel des élèves. .

Sur le **plan intersectoriel**, le PRONANUT devra renforcer sa collaboration avec les autres secteurs sur certaines questions et aspects précis de la nutrition. Il devra, au niveau national, mener des négociations avec les firmes alimentaires pour la fortification et l'enrichissement des aliments, maintenir la collaboration avec les laboratoires agréés pour le contrôle de qualité des aliments et définir les normes d'enrichissement et de fortification des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Dans cette logique, il sera utile de maintenir une collaboration étroite avec le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural pour améliorer l'état de sécurité alimentaire et pour l'organisation des enquêtes sur l'hygiène et salubrité des aliments et boissons vendus sur la place publique (HACCP) dans le pays. Cette collaboration pourra s'étendre aux autres Ministères et Services spécialisés, tel les ministères de l'Intérieur, de l'Economie, de l'Industrie, du Commerce, des Petites et Moyennes Entreprises ainsi que les Entités Territoriales Décentralisées (ETD) en ce qui concerne la mercuriale des prix des produits alimentaires.

Une sous commission de nutrition sera mise en place au sein de la Commission chargée de la lutte contre la Maladie du Comité National de Pilotage du Système de Santé. Cette sous commission servira de cadre pour discuter avec les partenaires, les intervenants, les Ministères et les services connexes sur les questions de nutrition et orienter les actions à mener.

6. Cadre de mise en œuvre

Les activités prévues dans ce plan seront coordonnées sur l'étendue du territoire national par le PRONANUT, structure du Ministère de la Santé Publique chargée de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition. La mise en œuvre de ce plan stratégique exige le concours de tous les acteurs représentés aux différents niveaux du système de santé, des partenaires techniques et financiers, des secteurs connexes ainsi que la communauté bénéficiaire, sous le leadership du Ministère de la Santé Publique à travers ses organes de coordination notamment le Comité National de Pilotage (CNP), les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) et les conseils d'administration des zones de santé (CA).

6.1. Les rôles et responsabilités des parties prenantes

La mise en œuvre de ce plan stratégique se veut participative avec l'appui de tous les acteurs qui sont le MSP, les PTF, les Ministères et services connexes, les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition, les Organisations à Assise Communautaire et la communauté.

6.1.1. Le Ministère de la Santé Publique

Le Ministère de la Santé Publique est appelé à garantir la disponibilité des normes, stratégies et des directives, coordonner l'offre de soins et services de santé de qualité pour une meilleure prise en charge des problèmes nutritionnels.

Il devra veiller à l'adéquation et l'utilisation effective des normes et directives dans la mise en œuvre des interventions de nutrition et la surveillance nutrition. Il devra aussi coordonner la mobilisation des ressources requises pour le fonctionnement harmonieux des services santé.

6.1.2. Les secteurs connexes

Les ministères connexes du Ministère de la Santé Publique dans le domaine de la nutrition sont les ministères de l'Agriculture, de Développement Rural, de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, du Plan, de la Communication et Médias, du Commerce, de l'Industrie, des Petites et Moyennes Entreprises, du Genre, de la Femme et Enfant des Affaires Sociales de la Recherche Scientifique, Action Humanitaire et Solidarité Nationale etc., devront participer à l'augmentation de la disponibilité alimentaire et la sensibilisation de la population dans son milieu spécifique pour le développement des attitudes et pratiques favorables à l'amélioration de la santé nutritionnelle.

6.1.3. Les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition

Les partenaires techniques et financiers du secteur de la nutrition sont :

- Les agences du système des Nations- Unies ci-après : l'UNICEF, l'OMS, le PAM, la FAO, le PNUD...
- Les Agences de coopérations multi et bilatérales : ECHO, l'USAID, la Commission Européenne, le DFID, le Coopération Canadienne, la Coopération Italienne, la Coopération Belge, la Coopération Japonaise, la Coopération Française, etc.
- Les ONG nationales et internationales : HKI, ACF, COOPI, MSF, World Vision, CORDAID, MERLIN, 8ème CEPAC, MEMISA, CARITAS, CRS, BDOM, CONCERN, IITA, IDEA, Médecins d'Afrique etc.

Leur apport est capital dans la mobilisation des ressources et l'accompagnement de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de la nutrition sur terrain.

6.1.4. Les Organisations à assises communautaires et la communauté

Les organisations à assises communautaires et la communauté sont des partenaires privilégiés pour la promotion des habitudes et attitudes favorables à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population.

6.2. Les Responsabilités par niveaux du système de santé

Les activités du plan seront exécutées à tous les niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) par rapport à leurs missions spécifiques.

6.2.1. Les actions du niveau central

La Direction du PRONANUT sera chargée de concevoir les directives et les normes de mise en œuvre, ainsi que la coordination, la supervision et le suivi et l'évaluation des activités.

6.2.2. Les actions du niveau intermédiaire

Les activités programmées seront suivies exécutées par les Coordinations Provinciales de Nutrition qui sont des services spécialisés en matière de nutrition. Dans le cadre de ce plan, leurs missions seront essentiellement logistiques et techniques.

6.2.3. Les actions du niveau périphérique

Les activités de nutrition programmées seront exécutées par les Zones de Santé. Le développement de ces activités se fera aux différents points de contacts : accouchement à l'hôpital ou à domicile ; consultations post-partum et/ou les séances de planification familiale au centre de santé (ou au sein de la communauté) ; CPS; consultations de l'enfant sain et tout contact avec la mère ou les responsables d'un enfant malade.

En ce qui concerne la CPS particulièrement, un carnet de santé, intégrant la fiche de croissance actuelle, sera progressivement mis en circulation dans les structures de santé.

Au niveau des structures de soins, il s'agira également d'intégrer la prise en charge de la malnutrition selon le nouveau schéma thérapeutique. Les zones de santé, dans le cadre de ce plan, seront amenées à assurer la surveillance et la sensibilisation, dans la communauté, des carences en micronutriments et des maladies non transmissibles dus à l'alimentation (diabète, obésité, hypertension artérielle, y compris le Konzo) sur le territoire national.

Par ailleurs, sans appropriation par les communautés des interventions envisagées dans ce plan, il n'y aura pas de changements durables en matière de nutrition. Aussi, les interventions envisagées, devront tenir compte des besoins ressentis par chaque communauté. La population sera impliquée dans l'identification des problèmes, l'analyse et dans la mise en œuvre des actions à travers les regroupements à la base. De façon concrète, il faudra redynamiser l'approche nutrition à assise communautaire (NAC) qui comprend entre autres les activités de sécurité alimentaire des ménages, la promotion de la santé et la promotion de la surveillance nutritionnelle à base communautaire.

7. Suivi et Evaluation

Le suivi de ce plan se fera à tous les niveaux en suivant les exigences du système de santé et les principes et obligations de partenariat intra et intersectoriels.

7.1. Les principes de suivi des activités et évaluation des interventions

Les principes suivants vont guider les actions de suivi des activités et l'évaluation des interventions de nutrition dans le cadre du PNDS 2011-2015 :

- L'utilisation des mêmes mécanismes et outils consensuels pour le suivi et évaluation des résultats des interventions de nutrition envisagées dans le cadre du PNDS conformément à « l'Agenda de Kinshasa ».
- L'organisation des missions conjointes pour une meilleure coordination et appropriation des résultats. Ce qui sous entend au préalable l'harmonisation d'outils de collecte, des mécanismes de collecte ainsi qu'un consensus sur la périodicité des évaluations.

7.2. Mécanismes de suivi des activités et évaluation des interventions

Trois grands mécanismes de suivi des interventions de nutrition seront mis à contribution pour le suivi des activités et l'évaluation des interventions planifiées dans le domaine de la nutrition en rapport avec le PNDS. Il s'agit du suivi continu à travers le système d'informations sanitaires de routine, du suivi sélectif par le biais des sites sentinelles ainsi que des enquêtes transversales portant sur les problèmes et l'offre des services de nutrition, ainsi que sur l'appropriation des actions de lutte dans la communauté.

Le système national d'informations sanitaires sera mis à profit pour renseigner le système de santé sur les prestations des services et soins relatifs à la nutrition. Dans cette optique, le PRONANUT participera au processus de la révision des indicateurs minimaux à remonter à travers les rapports SNIS. Les missions de supervision seront réalisées du niveau central vers le niveau provincial (à raison de 2 supervisions par province et par an) et des coordinations provinciales vers les zones de santé (à raison de 4 supervisions par ZS et par an) pour suivre les activités de nutrition. Dans les zones de santé, les actions essentielles de nutrition feront l'objet des supervisions intégrées des membres des ECZ.

Les aspects nutritionnels seront intégrés dans les forums d'évaluation des performances du secteur en l'occurrence les monitorages des activités au niveau des zones de santé, les revues des activités au niveau des Districts et Provinces, ainsi que dans les revues provinciales et nationale du secteur de la santé. Dans la mesure du possible, au niveau central, un comité technique dirigé par le Secrétaire Général à la Santé, évaluera chaque année le niveau de réalisation du plan et validera le plan opérationnel en vue d'atteindre les objectifs fixés. Cette réunion devra réunir tous les secteurs impliqués dans l'amélioration de l'état nutritionnel de la population.

Les sites de surveillance sentinelle permettront de suivre la tendance des problèmes nutritionnels dans les milieux où ils sévissent. C'est le cas de Konzo dans le Bandundu, la circulation du sel non iodé dans la province du Katanga (dans les Districts de Kolwezi, de Tanganyika et de Haut Katanga) ainsi que la prise en charge de la malnutrition dans les zones éligibles. L'évaluation de la situation nutritionnelle profitera des enquêtes ponctuelles.

7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (1)

DOMAINES D'INTERVENTIONS	RESULTAT ATTENDU	CIBLES	INDICATEURS	MODALITE DE COLLECTE	SOURCE DE VRIFICATION
1. Allaitement maternel et l'alimentation de complément	Au moins 57% des mères pratiquent correctement l'allaitement maternel optimal et l'alimentation de complément, y compris dans le contexte du VIH/SIDA	Enfants de 0-6 mois (y compris dans le contexte du VIH/Sida) allaités exclusivement	Pourcentage des enfants de 0-6 mois (y compris dans le contexte du VIH/Sida) correctement allaités exclusivement (de 37% à 57%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
		Enfants de 6-8 mois et plus (y compris dans le contexte du VIH/Sida) recevant une alimentation de complément	Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de cinq (de 13% à 5%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
2. Prise en charge de la malnutrition	La malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 13% à moins de 5 %	Enfants de moins de cinq ans avec une malnutrition aiguë globale	Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins 5ans (de 13% à 5%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
	L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est réduite de 25% à moins de 10%	Enfants de moins de 5 ans avec insuffisance pondérale	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants moins de cinq (de 25% à 10%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA

7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (2)

DOMAINES D'INTERVENTIONS	RESULTAT ATTENDU	CIBLES	INDICATEURS	MODALITE DE COLLECTE	SOURCE DE VRIFICATION
2. Prise en charge de la malnutrition	Le retard croissance chez les enfants de moins de 5ans est réduit de 46% à moins de 25%	Enfants de moins de cinq ans avec retard de croissance	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans	Enquêtes, Activités nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
	La malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes est réduite de 19% à moins de 10%	Femmes enceintes et allaitantes avec malnutrition	Prévalence de la malnutrition globale chez les femmes de 15-49 ans	Enquêtes, Activités de santé de routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
	Les cas de malnutrition pris en charge passent de 8 à 50%	Malnutris pris en charge.	Proportion des cas de la malnutrition pris en charge.	Activités de santé de routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
3. Lutte contre la carence en vit. A	La prévalence de la carence en vitamine A est réduite de 61% à moins de 20%	Enfants de 6-59 mois avec carence en vitamine A	Taux de rétinol sérique inférieur à 0,7umol/l. de 61% à 20%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
4. Lutte contre l'anémie	La prévalence de l'anémie est réduite à moins de 53% 20% dans le pays	Enfants de moins de 5 ans avec anémie due à la sous alimentation	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans (de 71% à 20%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
		Femmes enceintes avec anémie	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (de 53% à 20%)	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA

7.3. Les indicateurs et les modalités de collecte (3)

DOMAINES D'INTERVENTIONS	RESULTAT ATTENDU	CIBLES	INDICATEURS	MODALITE DE COLLECTE	SOURCE DE VRIFICATION
5. Prévention des troubles dues à la carence en iode	La consommation du sel iodé dans les ménages est maintenue à plus de 95%	Ménages avec sel iodé	Proportion de ménages qui disposent du sel iodé	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
			Proportion de sujets ayant moins de 100 µg/l d'iode urinaire.	Enquêtes, Activités de nutrition en routine	Rapports d'enquêtes, Registres de FOSA
6. La prévention de Konzo	Eliminer le Konzo sur le territoire national à moins de 1%	Population vivant dans les ZS à endémicité de Konzo	Taux d'incidence du Konzo dans les ZS endémiques.	Collecte dans les FOSA et dans les sites sentinelles	Registres de FOSA Rapports d'activités
7. La surveillance nutritionnelle et de sécurité alimentaire	Le système national de surveillance nutritionnelle et de sécurité alimentaire est fonctionnel	Zones de santé	Existence d'une banque des données	Collecte en routine et dans les sites sentinelles Enquêtes	Rapports d'activités
			Nombre de sites sentinelles transmettant les rapports des données de nutrition	Collecte de routine et dans les sites sentinelles Enquêtes	Rapports d'activités
8. La coordination des activités de nutrition.	La coordination des interventions dans le domaine de la nutrition est assurée	Direction PRONANUT, DPS et ZS	Existence des organes de coordination des activités de nutrition	Missions de supervision	Rapports de mission
			Nombre de projets de nutrition menés en partenariat	Missions de supervision	Rapports de mission

8. Budget et Financement du PNDS volet Nutrition

Pour l'exécution du plan, l'Etat Congolais compte d'abord sur son Trésor Public. Les efforts devront être déployés pour relever le budget de l'Etat accordé à la nutrition au travers les ministères de la Santé Publique, de l'Agriculture, et de l'Environnement. Les entités décentralisées seront responsabilisées pour prendre en charge certains besoins de leurs ressorts respectifs.

Toutefois vu les multiples problèmes socio-économiques et politiques de l'heure, il est pratiquement difficile de se passer de la solidarité internationale. Ainsi, l'Etat va recourir beaucoup plus à la coopération bilatérale et multilatérale pour réaliser ce plan.

Les Coopérations Internationales qui sont particulièrement sollicitées pour financer ce plan sont : l'USAID, la Commission Européenne, le DFID, le Coopération Canadienne, la coopération Italienne, la coopération Belge, la Coopération Japonaise, la Coopération Française, etc.

Il s'agit également des Organismes Onusiens ci-après : l'UNICEF, l'OMS, le PAM, la FAO, le PNUD,...

En ce qui concerne les ONG nationales et internationales, il faut compter particulièrement sur : HKI, ACF, COOPI, MSF, WV, CORDAID, MERLIN, 8^{ème} CEPAC, MEMISA, CARITAS, CROIX ROUGE, CRS, BDOM, CONCERN, JRS, ACTED, etc....

8.1. Ressources prévisibles par source de financement du Plan stratégique de Nutrition

Les ressources prévisibles par source de financement pendant la période du PNDS volet Nutrition se présente dans le tableau 1. Sur les 5 années du PNDS, le budget du PNDS volet Nutrition aura doublée par rapport au plan directeur de Nutrition. Les ressources prévisibles des partenaires techniques et financiers représentent une grande proportion des ressources totales soit 69%.

Tableau 1. Ressources prévisibles du Plan stratégique de Nutrition 2011-2015 par source de financement

Source	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
ETAT	36,0	58,4	37,4	38,6	40,2	210,7	31%
PTF	80,3	130,0	83,2	86,0	89,5	469,0	69%
MENAGES	0	0	0	0	0	0	0%
Total en millions d'UDS	116,3	188,4	120,6	124,6	129,7	679,7	100%

Ici les ménages sont constitués des indulgents qui ne payent ni consultations, ni examens paracliniques, ni hospitalisation et ni même les médicaments. Raison pour laquelle les malnourris doivent être prise en charge.

8.2. Estimation des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier

Tableau 2 : Budget estimatif des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier en dollars US

Pilier	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
INFRASTRUCTURES et EQUIPEMENTS	676777	422250	25000	25000	43216	1192243
PRESTATIONS	5003200	5559200	4801202	4918200	5439200	25721002
MEDICAMENTS	107262226	110478072	113790393	117202084	120716126	569448901
SNIS	22000	68369678	0	22000	11000	68424678
RHS	486616	1579965,41	239586	357616	1745465,41	4409248,82
GOUVERNANCE	1001827	675827	563827	863827	563827	3669135
INTERSECTORIALITE	1852180	1341180	1232180	1232180	1232180	6889900
Total	116304826	188426172	120652188	124620907	129751014	679755107,8

8.3. Estimation des besoins du PNDS par nature

Année par année, le montant des besoins exprimés est couvert par les ressources prévisibles selon le cadrage macroéconomique sauf pour l'année 2012 où apparaît un besoin de financement de 1,16 milliards d'USD attribuables aux besoins d'investissements.

Tableau 3. Estimation des besoins du PNDS volet Nutrition par pilier et par nature (en USD)

Description	2011	2012	2013	2014	2015
APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DES SANTE					
DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA NUTRITION					
<i>Renforcement de la formation de base en nutrition</i>					
Révision/Actualisation des manuels de programmes de nutrition au niveau secondaire, supérieur et universitaire					
Consultance nationale (30 jours)	6000			6000	
Atelier de révision/actualisation	33000			33000	
<i>Renforcement des capacités du personnel en cours d'emploi</i>					
Révision des protocoles, des modules et des outils de formation (PCCMA, AEN, SN, enquêtes, etc.), guides pratiques sur la CPS et autres documents					
Consultance nationale (30 jours)	18000			18000	
Consultance nationale (30 jours)			12000		12000
Atelier PCCMA,	25000			25000	
Atelier AEN			25000		25000
Atelier SN	25000			25000	
Atelier Enquêtes			25000		25000
Atelier guide pratique sur la CPS	25000				
Reproduction de protocole, modules et outils de formation PCCMA	62100			62100	
Reproduction de modules et outils de formation AEN			41400		41400
Reproduction de protocole, modules et outils de formation SN	62100			62100	
Reproduction de protocole, modules et outils de formation Enquêtes			62100		62100
Reproduction des fiches de croissance	104000				

Elaboration des manuels, dépliants et cartes conseils sur les carences en micronutriments et MNT dues à l'alimentation					
Atelier d'élaboration des messages		11000			11000
Reproduction des manuels		20700			20700
Reproduction dépliants		1265614			1265614
Reproduction des cartes conseils		82660			82660
Harmonisation et validation du protocole de prise en charge nutritionnel des PVV					
Atelier d'harmonisation et validation	11000			11000	
Reproduction du protocole de prise en charge nutritionnel des PVV	41330			41330	
Elaboration des protocoles de prise en charge nutritionnelles des maladies émergentes (diabète, obésité, HTA)					
Consultance internationale		14000			14000
Consultance nationale		6000			6000
Atelier d'élaboration des protocoles		25000			25000
Reproduction du protocole de prise en charge nutritionnel des maladies émergentes		41330			41330
Elaboration du module de gestion des urgences nutritionnelles en cas de catastrophes naturelles et des déplacements massifs des populations					
Consultance nationale		12000			12000
Atelier du module de gestion des urgences et catastrophes		25000			25000
Reproduction du protocole de prise en charge nutritionnel des maladies émergentes		2575			2575
Appui à la formation de haut niveau en nutrition (cours internationaux)					
Seminaires de formation de courte durée	61490	61490	61490	61490	61490
Stages à l'étranger	12596	12596	12596	12596	12596
REFORME DU SECTEUR DU MEDICAMENT					
<i>Coordination des approvisionnements en intrants spécifiques et réactifs pour la</i>					
Plaidoyer pour l'intégration des aliments thérapeutiques dans la liste des médicaments essentiels et pour la mobilisation des ressources					
Reunions d'élaboration du document de plaidoyer	300	300	300	300	300
Journées de plaidoyer	17000	17000	17000	17000	17000

Acquisition/distribution des intrants spécifiques de nutrition dans toutes les provinces (vit A, Fer folate, Mebendazole, Pumplynuts, F100, F75, Resomal, Zinc,CMV,CSB,pumplydose)					
Achat vit A	9841418	10136660	10440760	10753983	11076602
Achat Fer Folate	820118	844722	870063	896165	923050
Achat Mebendazole	4373963	4505182	4640338	4779548	4922934
Achat Plumpynuts, F100, F50, Resomal, Zinc,CSB,pumplydose	77432994	79755984	82148663	84613123	87151517
Achat CMV	106970	110179	113484	116889	120396
Frais de transport des intrants	14619405	15057987	15509727	15975019	16454269
Acquisition de kits de test rapides (test sel iodé, hemocue avec micro cuvette, bandelettes pour test de cyanure) et petit matériel de laboratoire					
Achat kits de test sel iodé	35088	35088	35088	35088	35088
Microcuvette hemocue	125	125	125	125	125
Bandelette pour test cyanure	720	720	720	720	720
Petit materiel de laboratoire	13500	13500	13500	13500	13500
Acquisition des réactifs pour le dosage de la vit A, vit E, Acide folique et fer dans les produits alimentaire fortifiés, pour le dosage de l'iode dans le sel, dans les urines et le dosage des hormones thyroïdiennes					
Achat réactifs de dosage	625	625	625	625	625
AMELIORATION/MODERNISATION DES EQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES					
<i>Réhabilitation des infrastructures</i>					
Réhabilitation de la direction nationale du PRONANUT					
Réhabilitation profonde du batiment administratif Pronanut		180000			
Réhabilitation du laboratoire national du PRONANUT					
construction d'un batiment					
Rehabilitation des bureaux des coordinations provinciales de nutrition					
construction d'un batiment					
<i>Dotation des services de nutrition en matériels et fournitures de base</i>					
Equipement PRONANUT central et provinciaux mobilier de bureau					
achat de mobilier de bureau		179400			
Equipement PRONANUT central et provinciaux en ordinateur, imprimantes, scanner, vidéo projecteur,...					
achat ordinateur Desktop		9900			
achat ordinateur Laptop		8500			

Achat imprimantes		2750			
Onduleur		3300			
Achats Scanner		400			
Achat video projecteur		5000			
Risographe		8000			
Acquisition de materiel roulant (véhicules, motos,)					
Achat véhicules 4x4	351000				
Achat motos	73500				
Equipements des CS et HGR en balance, toises, MUAC					
Achat balance pèse bébé	133308				
Achat balance salter	16560				
Achat toises	29808				
Achat MUAC adulte	9108				9108
Achat MUAC enfant	9108				9108
Equipement du laboratoire national du PRONANUT					
Achat HPLC (chromatographie liquide sous haute pression)	20000				
Kit hemocue	325				
Achat spectrophotometre à UV	9000				
Achat Stattiff(avec pince porte buret)	60			0	
Maintenance des équipements					
Passation des contrats de maintenance pour équipements de bureau et de laboratoire de nutrition					
Contrat de maintenance	25000	25000	25000	25000	25000
REFORME DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE					
Amélioration de la qualité de l'information en nutrition					
Reproduction/Distribution du carnet de santé harmonisé avec les autres programmes pour le suivi de l'état de santé de l'enfant					
Atelier de finalisation du carnet de santé harmonisé		11000			
Reproduction du carnet de santé		68343178			
Distribution du carnet de santé dans toutes les provinces					
Actualisation du volet des données nutritionnelles dans le formulaire SNIS					
Atelier d'actualisation	11000			11000	
Extension du système de surveillance nutritionnelle et des sécurité alimentaire dans toutes les provinces					

Ateliers de formation SN routine	11000			11000	
Redynamisation de la banque des données nutritionnelle et de sécurité alimentaire					
Consultance nationale		4500			
Formation en gestion des bases de données		11000			11000
AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES ET DES PRESTATIONS					
AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES ET DES PRESTATIONS DE NUTRITION					
<i>Promotion de la recherche opérationnelle et de la recherche-action dans le domaine de la nutrition</i>					
Elaboration des protocoles de recherche/enquêtes dans le domaine de nutrition					
Etude sur le Profiles	15000				
Evaluation internationale TDCI		112000			112000
Consultance pour evaluation internationale TDCI		21000			21000
Etude de faisabilité sur la fortification des aliments en Fer et vit A		15000			15000
Etude de faisabilité sur l'iodation du sel gemme produit en RDC		15000			
Appui des provinces dans la réalisation de recherche et enquêtes dans le domaine de nutrition					
Etude sur les déterminants de la malnutrition	165000			165000	
Enquêtes territoriales	1740000	1740000	1740000	1740000	1740000
Enquêtes CAP sur les pratiques clés de prévention de la malnutrition	270000		270000		270000
Etude sur les recettes d'aliment de complément			1		165000
Enquête sur la carence en vit A			1		360000
Elaboration des livres de recettes culinaires par province					
Consultance nationale pour élaborer les livres de recettes par provinces			24000		
Atelier de validation des livres de recettes			11000		
Recherche des effets thérapeutiques et nutritionnelles de certaines plantes (moringa, kikalakasa, spiruline,..) dans la prévention de la malnutrition					

Analyse de laboratoire		100000			
Etudes cliniques		600000			
<i>Intégration du paquet nutritionnel (PCCMA, AEN) dans le PMA et le PCA</i>					
Appui technique à la formation des prestataires en matière de nutrition					
seminaire de formation des formateurs provinciaux	385000	385000	385000	385000	385000
Mission d'accompagnement des formateurs provinciaux	88000	88000	88000	88000	88000
Accompagnement des équipes cadres des provinces dans le suivi et la supervision des ZS					
Mission de suivi et supervision	88000	88000	88000	88000	88000
Formation des équipes cadres des provinces sur la gestion des données de nutrition (PCCMA, AEN, nouvelles normes CPS)					
seminaire de formation des formateurs provinciaux	35000			35000	
APPUI DES ZONES DE SANTE EN INTERVENTIONS PUBLIQUES					
<i>Appui aux interventions publiques de nutrition</i>					
Réalisation des Campagnes de supplémentation en Vit A et déparasitage au Mebendazole					
Campagnes de supplémentation en Vit A et déparasitage au Mebendazole	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000
Sensibilisation de masse à travers divers canaux médiatiques					
Emission radio télévisées	2400	2400	2400	2400	2400
Communiqués audiovisuels	16800	16800	16800	16800	16800
RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AUX ACTIONS DE NUTRITION					
<i>Redynamisation des activités de nutrition à assise communautaire</i>					
Actualisation du module NAC destiné aux RECO					
Atelier d'actualisation	22000			22000	
Appui aux provinces dans la mise en œuvre des activités de NAC, AEN					
Mission de suivi et supervision	88000	88000	88000	88000	88000

Appui aux provinces dans la sensibilisation de la communauté sur les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles pour la prévention des maladies nutritionnelles (Konzo, Anémie, avit A, TDCI, diabète, obésité, sous nutrition)					
Mission de suivi et supervision	88000	88000	88000	88000	88000
Promotion de la production et transformation des aliments en aliments de complément enrichis, et fabrication des ATP localement					
Subvention et contrôle de qualité des produits locaux					
Subvention aux usines de production		50000		50000	
Subvention aux usines de transformation		50000		50000	
Contrôle de la qualité		50000		50000	
Assurance qualité		50000		50000	
RENFORCEMENT DU LEADERSHIP, DE LA GOUVERNANCE ET DE L'INTERSECTORIALITE					
AMELIORATION DES CAPACITES EN GOUVERNANCE ET LEADERSHIP DANS LE DOMAINES DE NUTRITION					
<i>Elaboration et diffusion des textes réglementaires et normatifs</i>					
Elaboration d'une table nationale de composition des aliments					
Consultance internationale pour élaborer de la table		14000			
Consultance nationale pour élaborer de la table		6000			
Analyse de laboratoire		50000			
Atelier de validation des livres de composition		11000			
Adaptation du codex alimentarius au contexte national					
Consultance internationale pour adaptation du codex		14000			
Consultance nationale pour adaptation du codex		6000			
Atelier de validation du codex		11000			
Actualisation de la réglementation sur les additifs, la fortification et l'enrichissement des aliments en RDC					
Consultance nationale pour actualiser la réglementation	6000				
Atelier de validation de la réglementation	11000				

Diffusion et Suivi de l'application du code national de commercialisation des substituts du lait maternel					
Reproduction du code national de commercialisation	300000			300000	
Mission de suivi et supervision	88000	88000	88000	88000	88000
<i>Appui au fonctionnement des services</i>					
Participation aux colloques et séminaires internationaux sur la nutrition					
Colloques et séminaires internationaux	16000	16000	16000	16000	16000
Colloques et séminaires nationaux	10000	10000	10000	10000	10000
Institutionnalisation de la Célébration des journées nationales et internationales de nutrition, de la semaine pour la "santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant"					
Journées de plaidoyer	17000				
semaine SMNE	25000	25000	25000	25000	25000
Approvisionnement de la Direction et des coordinations provinciales en fournitures et petits matériels de bureau					
Achat et fournitures et petits matériels de bureau Direction	1358	1358	1358	1358	1358
Achat et fournitures et petits matériels de bureau Coordinations	7469	7469	7469	7469	7469
Approvisionnement des coordinations provinciales en outils de collecte des données: fiches de collecte et de synthèse des données, fiches de croissance, carnets de santé, ..					
Reproduction fiches de collecte et synthèse de données	104000	104000	104000	104000	104000
Reproduction des fiches de croissance	104000				
Reproduction des carnets de santé	312000	312000	312000	312000	312000
COLLABORATION INTERSECTORIELLE					
<i>Renforcement du contrôle et de l'inspection de la qualité des aliments et boissons</i>					
Contrôle et d'inspection des denrées alimentaires dans les industries alimentaires et le marché, suivi de la consommation du sel iodé dans les ménages					
Atelier de révision des normes	11000				
Mission de contrôle et d'inspection	88000	88000	88000	88000	88000

Organisation des enquêtes sur l'hygiène et salubrité des aliments et boissons vendus sur la place publique (HACCP)					
Enquêtes d'hygiène					
Formation des équipes du niveau central et provincial dans la gestion des urgences nutritionnelles en cas de catastrophes naturelles et déplacement massif					
Consultance nationale d'élaboration du module de formation	3000				
Atelier de validation du module de formation	11000				
Formation sur la gestion des urgences au niveau central		25000			
Formation sur la gestion des urgences au niveau provincial		25000			
<i>Renforcement du système de gestion des urgences nutritionnelles et ripostes</i>					
Appui à la création d'un système de stocks stratégique face à des situations de crise alimentaire					
Elaboration d'un plan de contingence des urgences nutritionnelles		25000			
Prepositionnement des stocks d'urgence dans les provinces	550000	550000	550000	550000	550000
extension du système de surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce dans toutes les provinces					
atelier de formation SNSAP	25000				
Mise en œuvre de la SNSAP	570000				
Publication du bulletin trimestriel	6180	6180	6180	6180	6180
RENFORCEMENT DU SUIVI ET EVALUATION A TOUS LES NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTE					
<i>Harmonisation du cadre de coordination et suivi des interventions nutritionnelles</i>					
Mise en place du système de collecte des données nutritionnelle de suivi et évaluation					
consultance nationale pour la mise en place d'un système de collecte		6000			
Atelier de validation du système de collecte		11000			
Journée de plaidoyer pour l'Intégration du volet nutrition dans les revues provinciales et nationales de santé		17000			

Appui des ONG locales de nutrition avec des activités de réhabilitation nutritionnelle					
Subvention aux ONG locales	500000	500000	500000	500000	500000
Mission de suivi et supervision	88000	88000	88000	88000	88000
Total	116.304.826	188.426.172	120.652.188	124.620.907	129.751.014