



Compendium des fiches des pays SUN

(Septembre 2013)



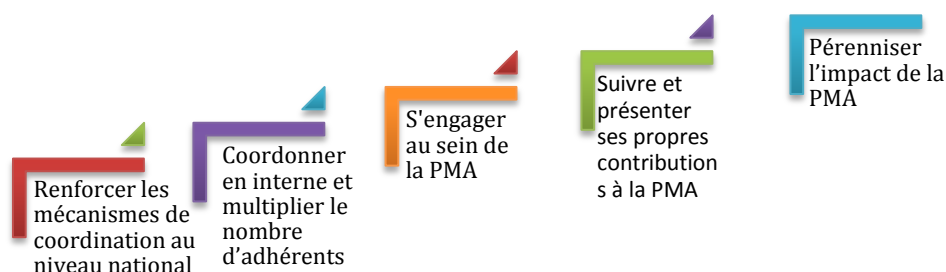
Contents

Introduction	page 1
Processus 1 : Réunir les parties prenantes dans un espace partagé	page 1
Processus 2 : Veiller à la cohérence du cadre politique et juridique	page 4
Processus 3 : Aligner les programmes autour d'un Cadre commun de résultats	page 8
Processus 4 : Réaliser un suivi financier et mobiliser des ressources	page 11
Glossaire	page 14
Profils des pays	page 15
Note technique	

Introduction

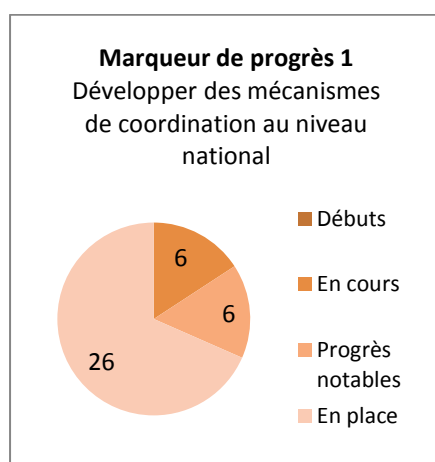
Ce Compendium détaille les résultats obtenus l'an dernier par les pays SUN. Ces résultats sont représentés par une série de marqueurs de progrès. L'introduction de l'annexe résume les progrès réalisés par les pays SUN qui faisaient partie du Mouvement en 2012. La Côte d'Ivoire, la Birmanie et le Soudan du Sud sont en train d'établir leur base de référence et ne sont donc pas compris dans cette section. Si les informations sont incomplètes, les pays ne figurent pas dans les graphiques. Les pays en **caractères gras** sont ceux qui ont rendu compte de progrès considérables depuis septembre 2012. Des exemples sont fournis au chapitre 2 du rapport principal. Pour certains marqueurs de progrès, les informations proviennent exclusivement des réseaux nationaux (système des Nations Unies, donateurs, société civile et entreprises) et n'ont pas encore été vérifiées par le Point focal SUN du gouvernement. Cela est indiqué lorsque c'est le cas.

Processus 1 : Réunir les parties prenantes dans un espace partagé



Marqueur de progrès 1 : Renforcer les mécanismes de coordination au niveau national

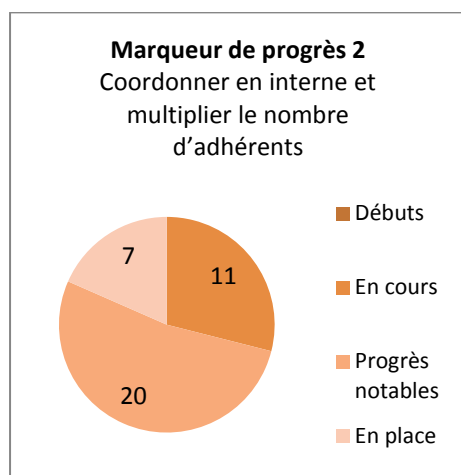
- Des mécanismes de coordination renforcés au niveau national permettent aux parties prenantes nationales de mieux travailler ensemble pour améliorer les résultats en matière de nutrition.
- 37 Points focaux SUN des gouvernements ont été identifiés et travaillent avec un comité de direction de haut niveau et des groupes de travail techniques.
- 11 Points focaux font partie d'organes gouvernementaux détenant le pouvoir exécutif, 20 d'un ministère ayant des responsabilités en matière de nutrition et 6 d'un organisme indépendant.
- 26 pays déclarent disposer d'éléments dans leurs plates-formes multi-acteurs permettant d'accroître leur efficacité.



Débuts	
En cours	Cameroun, Mali, Nigeria, Pakistan, RD Congo, République kirghize
Progrès notables	Indonésie , Kenya, Mozambique, RDP Lao , Salvador, Tchad
En place	Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi , Éthiopie, Gambie, Ghana, Guatemala, Guinée, Haïti, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Népal, Niger, Ouganda, Pérou, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Sri Lanka, Tanzanie, Yémen, Zambie, Zimbabwe

Marqueur de progrès 2 : Coordonner en interne et multiplier le nombre d'adhérents

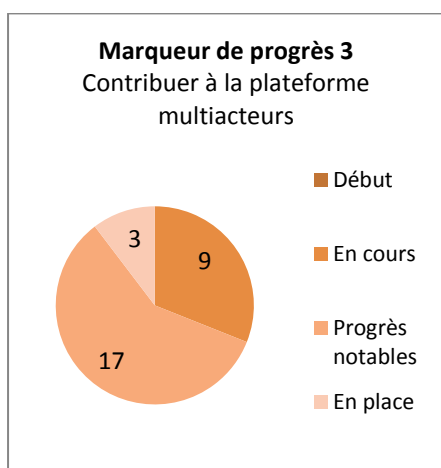
- La coordination avec d'autres acteurs permet aux Points focaux des gouvernements d'exercer une plus vaste influence sur l'alignement des actions de renforcement de la nutrition.
- 7 pays SUN déclarent avoir établi des plateformes multi-acteurs qui sont activement engagées auprès des dirigeants politiques du niveau exécutif sur les questions de nutrition, ont identifié des processus pour impliquer les communautés et les districts, et disposent de mécanismes permettant aux parties prenantes des 4 réseaux SUN de participer.



Débuts	
En cours	Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Kenya, Mali, Nigeria, Pakistan, RD Congo, RDP Lao, République kirghize, Sri Lanka
Progrès notables	Bangladesh, Bénin, Éthiopie, Gambie, Guinée, Haïti, Indonésie, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Népal, Niger , Salvador, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Yémen, Zambie
En place	Ghana, Guatemala, Ouganda, Pérou , Rwanda, Tanzanie, Zimbabwe

Marqueur de progrès 3 : S'engager au sein des plates-formes multi-acteurs

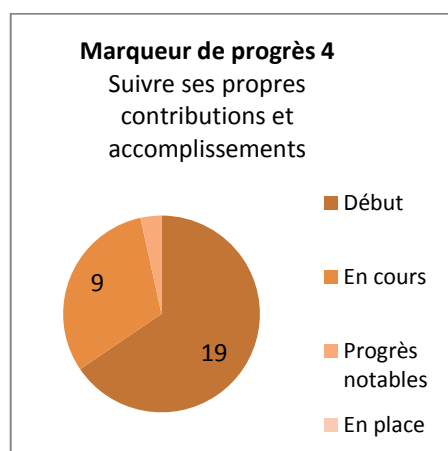
- Le fonctionnement de plates-formes multi-acteurs permet d'obtenir des résultats communs. Ces plates-formes facilitent l'interaction sur les questions de nutrition entre les parties prenantes des secteurs concernés, encouragent les accords sur la hiérarchisation des questions prioritaires, appuient l'identification et la mobilisation des parties prenantes concernées, permettent l'établissement d'un consensus autour des recommandations et des intérêts communs, aident les organes nationaux concernés à prendre des décisions et favorisent le dialogue au niveau local.
- Dans 18 pays SUN, les plates-formes fonctionnent bien et disposent d'une large représentation.
- L'impact des plates-formes multi-acteurs est déterminé par la mesure dans laquelle les membres sont capables d'aligner leurs efforts autour d'un Cadre commun de résultats.



Débuts	
En cours	Burkina Faso, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, RDP Lao, République kirghize
Progrès notables	Bangladesh, Bénin, Burundi, Éthiopie, Gambie, Ghana, Haïti, Indonésie, Mozambique , Namibie, Ouganda, Pérou, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
En place	Guatemala, Malawi, Népal

Marqueur de progrès 4 : Suivre et présenter ses propres contributions

- La présentation des progrès et l'exercice d'un esprit critique sur les résultats permettent aux parties prenantes d'évaluer l'impact d'un mode de travail en commun.
- Les Points focaux des gouvernements incluent les participants de différents secteurs et les parties prenantes qui s'emploient à améliorer la redevabilité et à partager les modes de travail.
- Les pays SUN ont récemment commencé à suivre et déclarer les résultats des plateformes qui commencent à se familiariser avec le Cadre S&E du Mouvement SUN.

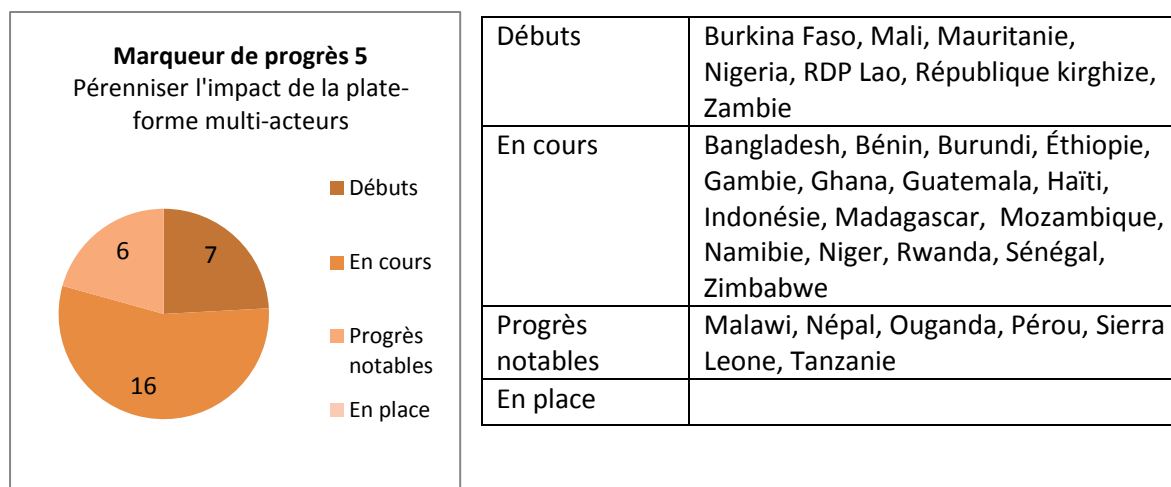


Débuts	Bangladesh , Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana , Haïti, Indonésie, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Namibie, Népal, Nigeria, Ouganda, RDP Lao, République kirghize, Rwanda, Sierra Leone
En cours	Burundi, Gambie, Mozambique, Niger, Pérou, Sénégal, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Guatemala
En place	

Marqueur de progrès 5 : Pérenniser l'impact de la plate-forme multi-acteurs

- L'impact des modes de travail en commun est jugé durable lorsque l'approche multi-acteurs de la nutrition est comprise dans la planification du développement national et qu'elle reste une priorité politique.
- Pour ce marqueur de progrès, les informations proviennent des réseaux nationaux. Ce marqueur de progrès sera examiné avec les Points focaux SUN des gouvernements afin de s'assurer que les progrès réalisés dans la création et le maintien d'un environnement favorable à l'amélioration de la nutrition seront dûment pris en compte l'année prochaine.

- Les réseaux nationaux de 6 pays estiment que la majorité des éléments sont présents pour que la plate-forme multi-acteurs devienne durable.



Processus 2 : Veiller à la cohérence du cadre politique et juridique



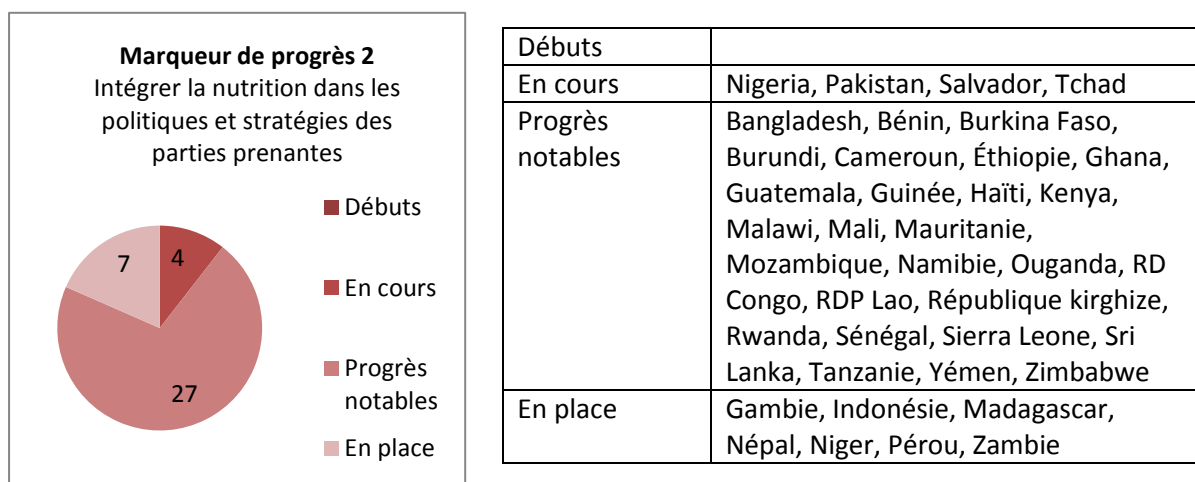
Marqueur de progrès 1 : Analyser les politiques et les programmes existants

- L'analyse des politiques et programmes existants permet d'identifier les politiques et programmes les plus pertinents en termes d'amélioration de la nutrition et de souligner les éventuelles lacunes.
- 37 pays SUN ont procédé à un état des lieux de leurs réglementations et de leurs politiques nutritionnelles.



Marqueur de progrès 2 : Intégrer la nutrition dans les politiques et stratégies des parties prenantes nationales

- S'assurer que les politiques des réseaux nationaux reflètent les priorités nutritionnelles nationales permet de viser un objectif commun.
- Pour ce marqueur de progrès, les informations sont censées provenir exclusivement des réseaux nationaux. Tous déclarent s'efforcer de veiller à ce que leurs politiques internes reflètent les priorités nationales en matière de nutrition.

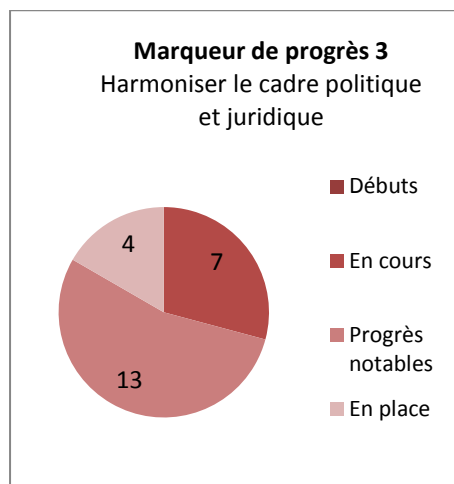


Marqueur de progrès 3 : Coordonner les contributions pour développer un nouveau cadre politique

- La coordination des contributions multisectorielles dans de nouveaux cadres politiques et juridiques peut aider à améliorer l'alignement. Ce marqueur de progrès fait le point sur le travail

en cours pour développer de nouvelles politiques et législations ou mettre à jour celles qui existent.

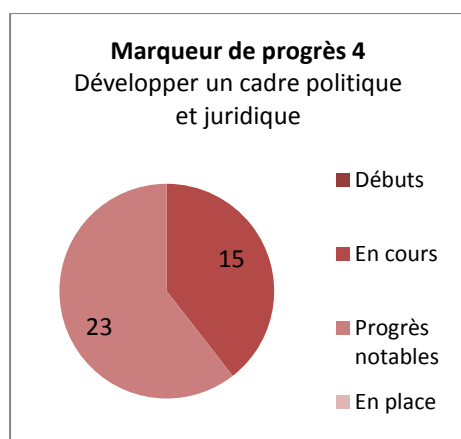
- 13 pays SUN déclarent avoir mis en place un travail intersectoriel pour améliorer les politiques et législations existantes.



Débuts	
En cours	Burundi, Guatemala, Kenya, Mali Mozambique, Niger, Nigeria, Sénégal
Progrès notables	Bangladesh, Bénin, Éthiopie, Ghana Malawi, Namibie, Pérou, RDP Lao, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie Zambie, Zimbabwe
En place	Gambie, Indonésie, Népal, Ouganda

Marqueur de progrès 4 : Veiller au développement d'un nouveau cadre politique et juridique

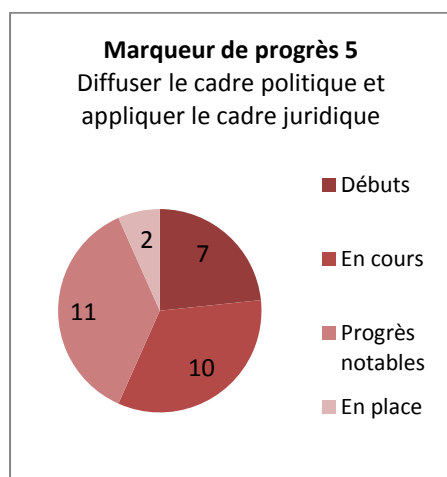
- Les réseaux nationaux aident le gouvernement à passer en revue les cadres politiques et juridiques. Ce marqueur de progrès fait le point sur le nouveau travail en cours pour finaliser les politiques et législations sur la base des contributions de tous les membres.
- Parmi les éléments recherchés, citons le soutien à l'existence de stratégies et de politiques mises à jour spécifiques à la nutrition, de politiques sectorielles mises à jour dans des approches contribuant à la nutrition et d'une législation complète concernant la nutrition.
- Les pays s'assurent de la cohérence politique et juridique entre les différents ministères et élargissent le soutien politique en attirant l'attention des parlementaires.
- Les législations ayant le plus d'impact sur la sous-nutrition sont, entre autres, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les lois sur l'enrichissement des aliments, l'iode universelle du sel, les congés de maternité et le droit à l'alimentation.



Débuts	
En cours	Bangladesh, Burkina Faso, Guatemala, Guinée, Malawi, Namibie , Népal, Nigeria, RDP Lao, République kirghize, Rwanda, Salvador, Sierra Leone, Tchad
Progrès notables	Bénin, Burundi , Cameroun, Éthiopie, Gambie, Ghana , Haïti, Indonésie, Kenya, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, Pérou, RD Congo, Sénégal, Sri Lanka, Tanzanie, Yémen, Zambie, Zimbabwe
En place	

Marqueur de progrès 5 : Diffuser le cadre politique et appliquer le cadre juridique

- 9 pays ont instauré une stratégie gouvernementale de plaidoyer et de communication pouvant soutenir le respect des objectifs politiques et des garanties et normes juridiques ; 14 autres pays ont déclaré déployer des efforts pour développer ces stratégies.
- 8 pays -l'**Indonésie, le Kenya, le Nigeria, le Pérou, la République kirghize, la Sierra Leone, le Sri Lanka et la Tanzanie**- ont identifié des champions de la nutrition et travaillent avec ces derniers.
- L'an passé, 20 pays SUN ont tenu des réunions SUN de haut niveau, parmi lesquelles figurent des lancements officiels du Mouvement SUN, des tables rondes sur les politiques et des réunions de haut niveau à l'échelle des communautés, des districts et des pays pour tirer le meilleur parti des engagements pris, faire connaître les succès obtenus et promouvoir des mesures urgentes.

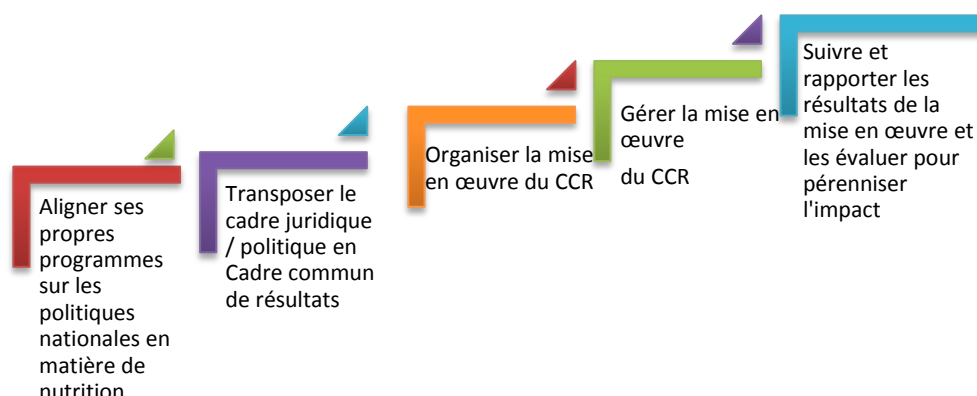


Débuts	Burundi, Ghana, Mali, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal
En cours	Bangladesh, Burkina Faso, Indonésie , Madagascar, Mauritanie, Ouganda, RDP Lao, Sierra Leone , Tanzanie, Zimbabwe
Progrès notables	Bénin, Éthiopie, Gambie, Haïti, Kenya , Namibie, Népal, Nigeria, Pérou, République kirghize, Zambie
En place	Malawi , Guatemala

Marqueur de progrès 6 : Pérenniser l'impact des cadres politiques et juridiques d'un pays.

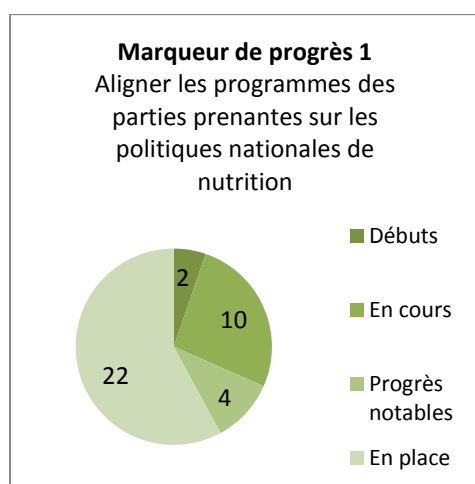
- Il n'est pas encore possible d'apprécier pleinement l'impact de l'alignement des politiques de tous les secteurs.
- Des études et évaluations supplémentaires sont nécessaires.
- Ce marqueur de progrès sera examiné avec les Points focaux SUN des gouvernements afin de s'assurer que les progrès réalisés dans l'établissement et la pérennisation de l'impact des cadres politiques et juridiques d'un pays seront dûment pris en compte l'année prochaine.

Processus 3 : Aligner les programmes autour d'un Cadre commun de résultats



Marqueur de progrès 1 : Aligner les programmes autour des politiques, des objectifs et des cibles de nutrition définis à l'échelon national

- Les réseaux nationaux alignent leurs propres programmes sur les politiques nationales de nutrition.
- Pour ce marqueur de progrès, les informations sont censées provenir exclusivement des réseaux nationaux.
- Les parties prenantes de 22 pays SUN déclarent utiliser des politiques, des objectifs et des cibles définis à l'échelon national pour aligner leurs propres programmes nutritionnels.

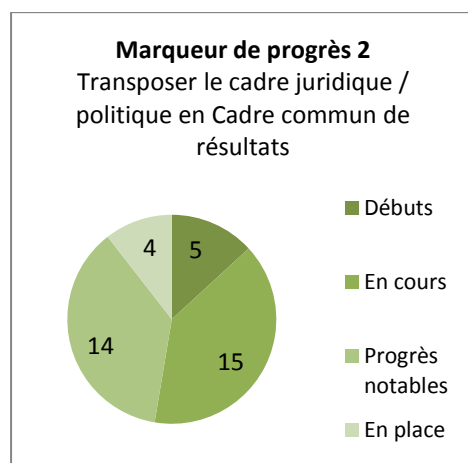


Débuts	Nigeria, Tchad
En cours	Cameroun, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Pakistan, RD Congo, RDP Lao, République kirghize
Progrès notables	Kenya, Salvador, Sri Lanka, Yémen
En place	Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Gambie, Guatemala, Haïti, Indonésie, Malawi, Mozambique, Namibie, Népal, Niger, Ouganda, Pérou, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe

Marqueur de progrès 2 : Transposer les cadres politiques et juridiques en Cadre commun de résultats

- Les pays SUN développent des Cadres communs de résultats pour le renforcement de la nutrition par le biais de cadres politiques et juridiques existants ou mis à jour, en promouvant la convergence des CCR des différents secteurs.

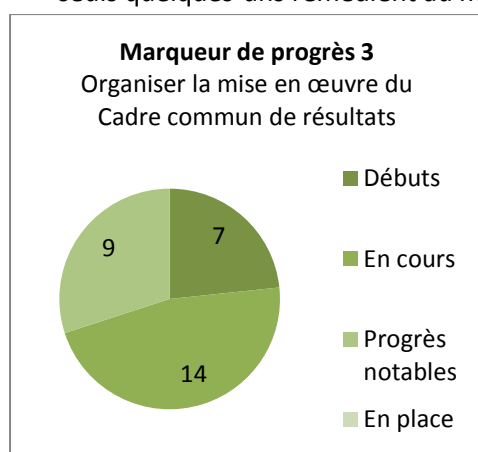
- La priorité est d'accélérer la mise en œuvre des interventions nutritionnelles spécifiques faisant partie des plans nationaux de nutrition et de s'assurer que d'autres secteurs peuvent utiliser leurs plans pour agir sur les déterminants clés de la malnutrition.
- Les pays qui ont déjà un plan national de nutrition étudient leurs capacités de mise en œuvre dans chaque secteur concerné et créent des liens favorables avec d'autres plans.



Débuts	Cameroun, Guinée, Nigeria, RD Congo, Tchad
En cours	Bangladesh, Burkina Faso, Burundi, Gambie, Ghana, Kenya, Mali, Mauritanie, Pakistan, RDP Lao, République kirghize, Tanzanie, Yémen, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Bénin , Haïti, Indonésie, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Pérou, Rwanda, Salvador, Sénégal, Sierra Leone, Sri Lanka
En place	Éthiopie , Madagascar, Népal, Guatemala

Marqueur de progrès 3 : Organiser la mise en œuvre du Cadre commun de résultats

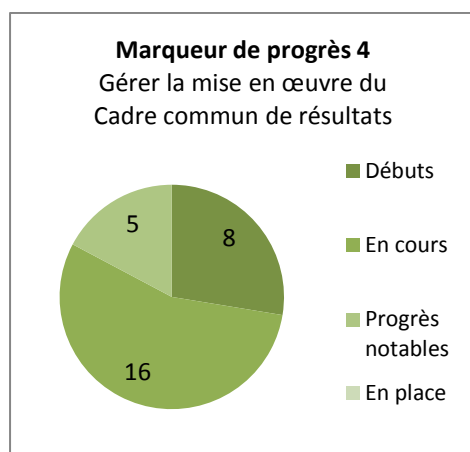
- Le renforcement et la mobilisation des capacités de mise en œuvre des divers secteurs et partenaires nécessitent que les programmes alignés soient bien conçus et exécutés afin de maximiser leur impact sur la situation nutritionnelle.
- La mise en œuvre nécessite d'assurer une coordination sectorielle et intersectorielle.
- La plupart des pays développent leurs capacités d'exécution dans des secteurs spécifiques, mais seuls quelques-uns remédient au manque de capacités dans l'ensemble des secteurs.



Débuts	Bénin, Burkina Faso, Ghana, Mali, Mauritanie, Nigeria, RDP Lao
En cours	Burundi, Gambie, Haïti , Indonésie, Mozambique , Namibie, Niger, Ouganda, République kirghize, Sénégal , Sri Lanka, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Bangladesh , Éthiopie , Guatemala, Madagascar, Malawi, Népal , Pérou , Rwanda, Sierra Leone
En place	

Marqueur de progrès 4 : Gérer la mise en œuvre du Cadre commun de résultats

- Une gestion efficace du Cadre commun de résultats permet de déployer des efforts concertés pour améliorer la mise en œuvre de ce dernier.
- Il est souvent difficile de recueillir des données de qualité et à jour.
- Pour certains pays, il est particulièrement difficile d'élaborer un cadre commun multisectoriel de suivi et d'évaluation. Dans d'autres, des systèmes de recueil de données sont en cours de mise en œuvre mais une aide est nécessaire pour améliorer la production d'analyses et de rapports.
- 10 pays SUN ont rendu compte de progrès notables dans le renforcement des systèmes d'information pour suivre le taux de malnutrition des populations vulnérables et la mise en œuvre de programmes pertinents conformes aux priorités nationales.

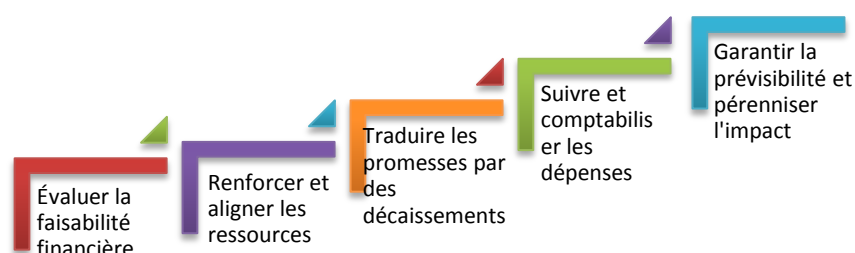


Débuts	Bénin, Burkina Faso, Ghana, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, RDP Lao
En cours	Bangladesh, Burundi, Éthiopie , Gambie, Guatemala, Haïti, Indonésie, Namibie, Ouganda, Pérou, République kirghize, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Madagascar, Malawi, Mozambique, Népal , Rwanda
En place	

Marqueur de progrès 5 : Suivre et présenter la mise en œuvre et ses résultats

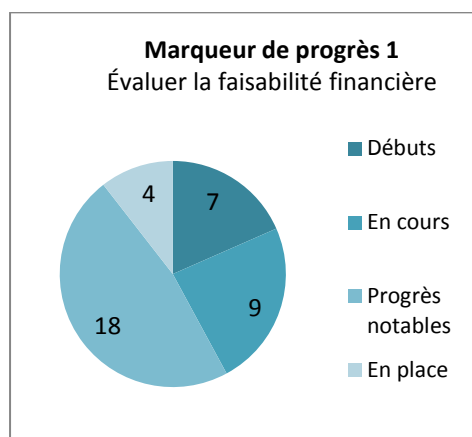
- Les pays vont de plus en plus utiliser leur Cadre commun de résultats pour évaluer l'impact de leurs programmes afin de permettre l'apprentissage.
- Pour ce marqueur de progrès, les informations proviennent des réseaux nationaux. Ce marqueur de progrès sera examiné avec les Points focaux SUN des gouvernements afin de s'assurer que les progrès réalisés dans l'évaluation des résultats de la mise en œuvre et de l'impact seront dûment pris en compte l'année prochaine.
- Il n'y a pas de graphique pour ce marqueur de progrès.

Processus 4 : Réaliser un suivi financier et mobiliser des ressources



Marqueur de progrès 1 : Évaluer la faisabilité financière

- Il est essentiel d'évaluer la faisabilité financière des plans nationaux de renforcement de la nutrition afin de pouvoir déterminer les besoins de financement.
- Les pays revoient et chiffrent leurs plans nationaux en fonction des ressources disponibles et attendues.
- 20 pays ont aidé à chiffrer des plans nationaux de nutrition.
- 4 pays SUN déclarent avoir finalisé le chiffrage de leurs plans en fonction de leurs priorités et de la faisabilité financière.
- Dans d'autres pays, des progrès notables ont été accomplis dans la mise en relation des plans chiffrés de nutrition avec les dépenses engagées dans d'autres plans sectoriels, en évaluant les coûts au niveau infranational et en intégrant les coûts manquants, en particulier les coûts administratifs et de personnel et les coûts liés au maintien de la couverture actuelle des interventions.

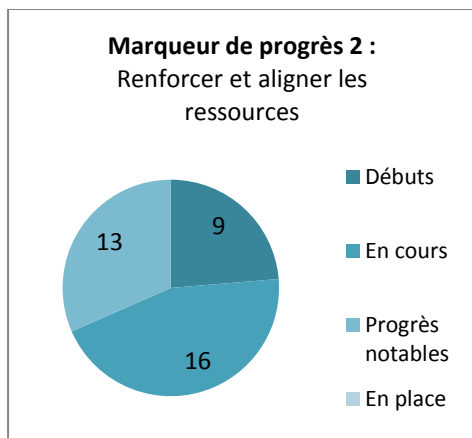


Débuts	Cameroun, Ghana, Guinée, Pakistan, RD Congo, Tchad
En cours	Burundi , Mali, Malawi, Mauritanie, Nigeria, RDP Lao, République kirghize, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Gambie, Haïti, Indonésie , Kenya, Mozambique, Namibie , Népal, Niger, Ouganda, Pérou, Rwanda, Sénégal, Sri Lanka, Tanzanie , Yémen
En place	Éthiopie , Guatemala, Madagascar, Sierra Leone

Marqueur de progrès 2 : Renforcer et aligner les ressources

- Dans les pays SUN qui ont élaboré et chiffré leurs plans, les autorités gouvernementales et les parties prenantes des réseaux nationaux œuvrent à l'alignement des ressources sur les priorités nationales, à l'estimation du total des ressources affectées au niveau infranational et à l'identification des déficits de financement.
- En l'état actuel, aucun pays SUN n'est en mesure d'estimer avec précision le manque de ressources financières ; toutefois, certains commencent à mieux cerner les déficits de

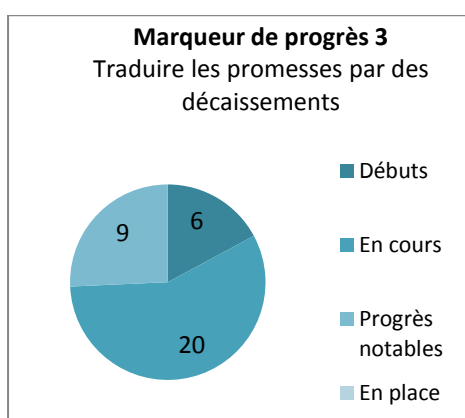
financement grâce à une meilleure compréhension de leurs capacités à maintenir le niveau actuel de couverture des interventions ainsi que des besoins de renforcement.



Débuts	Cameroun, Kenya, Mali, Mauritanie, Nigeria, Pakistan, RDP Lao, Salvador, Tchad
En cours	Burkina Faso, Burundi, Ghana, Guinée, Indonésie, Namibie, Niger, Ouganda , Pérou, RD Congo, République kirghize, Rwanda, Tanzanie, Yémen, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Bangladesh, Bénin, Éthiopie , Gambie, Guatemala, Haïti, Madagascar , Malawi , Mozambique , Népal, Sénégal, Sierra Leone, Sri Lanka
En place	

Marqueur de progrès 3 : Respecter les engagements en traduisant les promesses par des décaissements

- Les pays poursuivent leur travail d'identification de leurs propres ressources et obtiennent des engagements extérieurs. **Le Bangladesh, l'Éthiopie, le Guatemala, l'Indonésie, le Malawi, la Namibie, le Népal, le Nigeria, le Pérou, le Sénégal, la Sierra Leone, la Zambie et le Zimbabwe** se sont engagés à maintenir ou augmenter leurs investissements dans la nutrition à court et moyen termes. **Le Guatemala, le Pérou et le Népal** signalent des améliorations depuis juillet 2012.
- Les parties prenantes des réseaux nationaux de 9 pays SUN déclarent être convaincues que les promesses financières se traduiront réellement par des décaissements. Selon les parties prenantes du **Nigeria**, les systèmes existants peuvent être ajustés pour suivre les décaissements par rapport aux engagements.



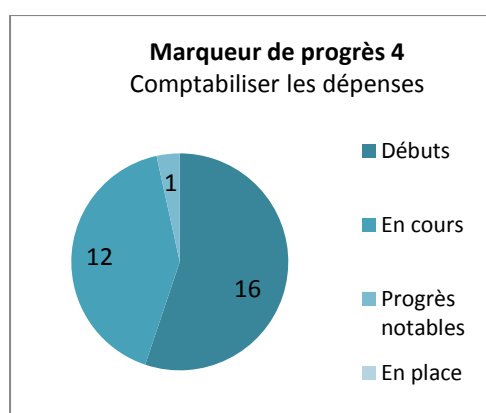
Débuts	Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Guinée, Mauritanie, RD Congo
En cours	Bénin, Burundi, Gambie, Haïti, Madagascar, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, RDP Lao, République kirghize, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Yémen, Zambie, Zimbabwe
Progrès notables	Bangladesh, Éthiopie, Guatemala , Indonésie, Malawi, Népal , Pérou , Sénégal, Sri Lanka
En place	

Marqueur de progrès 4 : Suivre et comptabiliser les dépenses

- Même lorsque des plans chiffrés sont disponibles et que des investissements sont engagés par rapport à ces derniers, des difficultés sont rencontrées dans le suivi des dépenses nationales effectives tant sectorielles qu'intersectorielles. Les dépenses publiques consacrées à la nutrition

doivent d'abord être identifiées, puis conciliées avec les coûts estimés prévus pour la nutrition. En outre, les coûts récurrents de personnel, d'infrastructure, etc. peuvent ne pas être compris dans les plans initiaux et être difficiles à affecter.

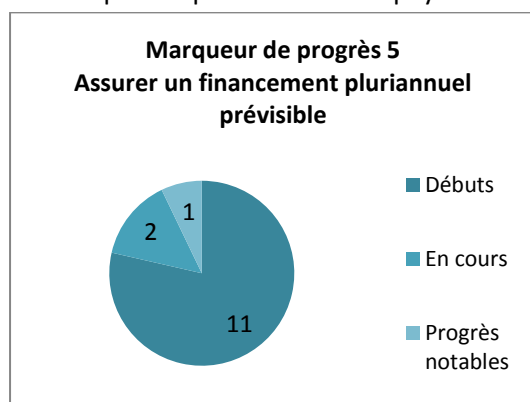
- Le suivi des ressources externes de tous les secteurs et programmes demeure le problème principal, en particulier eu égard au montant des fonds acheminés en dehors du budget de l'État. La cartographie et l'alignement des ressources externes peuvent aider à améliorer la coordination et le reporting.
- 7 pays SUN -**Madagascar, Haïti, le Mali, le Niger, l'Ouganda, le Burkina Faso et le Malawi**- ont créé une ligne budgétaire pour la nutrition au sein des ministères de tutelle. **Le Burundi, la Sierra Leone et le Bénin** prévoient de le faire. **L'Éthiopie** indique avoir fait des progrès dans le développement d'un système de suivi des dépenses nationales et extérieures pour la nutrition, en lien avec le Programme national de nutrition.



Débuts	Bénin, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Haïti, Madagascar , Mali, Mauritanie, Namibie, Niger , RDP Lao, République kirghize, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe
En cours	Bangladesh, Gambie, Guatemala, Indonésie, Malawi , Mozambique, Népal, Nigeria, Ouganda , Pérou, Rwanda, Sénégal
Progrès notables	Éthiopie
En place	

Marqueur de progrès 5 : Garantir la prévisibilité du financement pluriannuel pour pérenniser l'impact

- Un suivi pour s'assurer de l'impact sur la situation nutritionnelle et favoriser le financement pluriannuel est primordial afin d'assurer la pérennisation de l'impact.
- Pour ce marqueur de progrès, les informations proviennent des réseaux nationaux. Ce marqueur de progrès sera examiné avec les Points focaux SUN des gouvernements afin de s'assurer que les progrès réalisés dans la mise en place et le suivi des financements pluriannuels prévisibles seront dûment pris en compte l'année prochaine.
- Les parties prenantes de 12 pays SUN déclarent avoir amélioré la prévisibilité du financement.



Débuts	Bénin, Éthiopie, Gambie, Ghana, Indonésie, Mali, Namibie, Népal, Pérou, RDP Lao, Rwanda
En cours	Mozambique, Zimbabwe
Progrès notables	Burundi
En place	

Avertissement :

Les données de la base de données mondiale ont été utilisées partout où elles étaient mises à jour. Les rapports publiés par les pays étaient utilisés quand de nouvelles enquêtes étaient publiées et mises à disposition par les points focaux nationaux. Nous reconnaissons que les données de pays peuvent être soumises à des modifications dans les données de la base de données mondiale en raison d'un réexamen et d'ajustements par les équipes mondiales.

English	French	Spanish
Stunting	Retard de croissance	Retraso en el crecimiento
Wasting	Maigreur	Emaciación / desnutrición aguda
Overweight	Surpoids	Sobrepeso
Low birth weight	Faible poids de naissance	Bajo peso al nacer
Exclusive breastfeeding	Allaitement exclusif	Lactancia exclusiva
Good nutrition practices	Bonnes pratiques nutritionnelles	Buenas prácticas nutricionales
With 3 Infant and Young Child Feeding (IYCF) practices (6-23 months)	Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (6-23 mois)	Alimentación del lactante y del niño pequeño
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	Alimentation de complément avec au moins 4 groupes d'aliments par jour (6-23 mois)	Alimentación complementaria con al menos 4 grupos de alimentos al día (6-23 meses)
Vitamin and mineral intake	Apport en vitamines et minéraux	Ingesta de vitaminas y minerales
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	Traitement en zinc pour diarrhée (pour enfant de moins de 5 ans)	Tratamiento de Zinc para la diarrea (para niños menores de 5 años)
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	Nombre de visites prénatales	Atención prenatal
Vitamin A supplementation (6-59 months)	Supplémentation en vitamine 1 (6-59 mois)	Suplementación con vitamina A (en niños de 6-59 meses)
Presence of iodised salt in the house	Disponibilité de sel iodé dans les ménages	Disponibilidad de sal yodada en el hogar
Women's empowerment	Responsabilisation/émancipation des femmes	Empoderamiento de la mujer
Female literacy	Taux d'alphabétisation des femmes	Alfabetización de mujeres
Female employment rate	Taux d'emploi des femmes	Tasa de empleo femenino
Median age at first marriage	Âge médian à la première union	Edad mediana en el primer matrimonio
Access to skilled birth attendant	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé	Porcentaje de partos por profesional de la salud calificado
15-19 years women already mother or with first child	Femmes de 15-19 ans déjà mères	Mujeres de 15-19 años que ya son madres
Fertility rate	Indice Synthétique de Fécondité	Tasa Global de Fecundidad
Wash & Others	Eau, assainissement, hygiène et autres	Agua, saneamiento, higiene y otros
Rate of urbanization	Taux d'urbanisation	Tasa de urbanización
Income share held by lowest 20%	Revenus des 20% de la population les plus pauvres	Porcentaje de renta del 20% de la población con menores ingresos
Open defecation	Défécation en plein air	Defecación al aire libre
Non-improved drinking water source	Source d'eau potable non améliorée	Fuente de agua potable no mejorada

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	151.1 million
Children under 5:	15.3 million
Adolescent Girls (15-19):	7.8 million
Average Number of Births:	3.2 million
Population growth rate:	1.09%

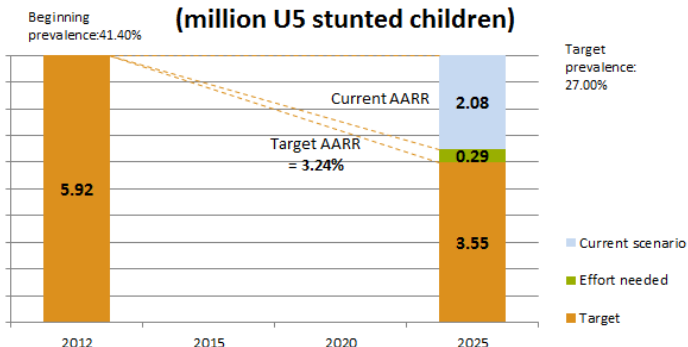
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	21.60%
Exclusive Breastfeeding:	64.10%
U5 Stunting:	41.30%
U5 Wasting:	15.60%
U5 Overweight:	1.50%

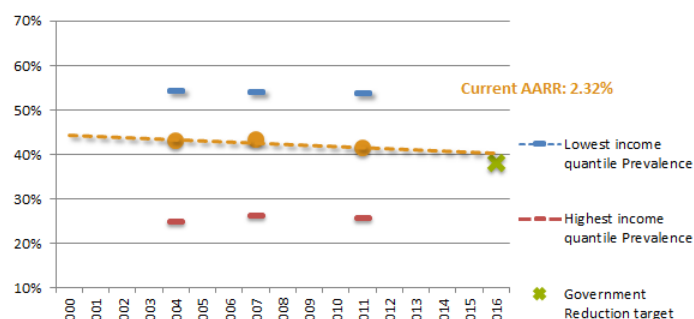
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	20.9%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	25.2%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	49.10%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	25.50%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	94.00%
Presence of iodised salt in the house	81.80%
Women's Empowerment	
Female literacy	62.90%
Female employment rate	54.20%
Median age at first marriage	15.8
Access to skilled birth attendant	32.00%
15-19 years women already mother or with first child	30.20%
Fertility rate	2.4
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	27.44%
Income share held by lowest 20%	8.88%
Open defecation	4.20%
Non-improved drinking water source	1.50%

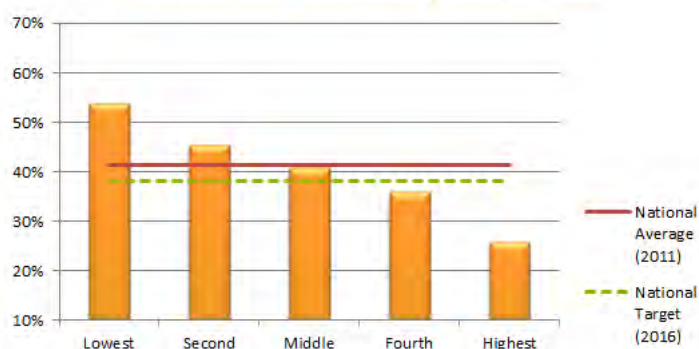
Targeted Stunting Reduction - Bangladesh (million U5 stunted children)



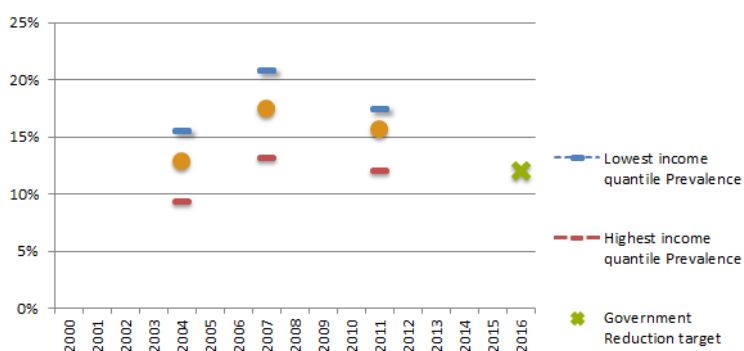
Stunting Reduction Trend and Target - Bangladesh



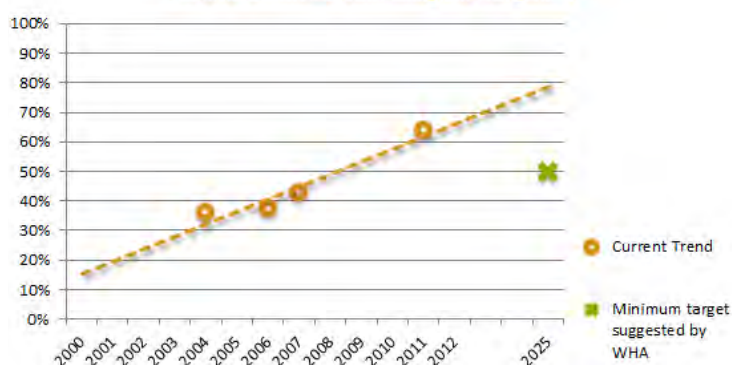
Distribution of stunting across wealth quintiles- Bangladesh











Wasting Prevalence - Bangladesh



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Bangladesh



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le Bangladesh s'est engagé à une coordination multisectorielle. Établi en décembre 2011, le Comité directeur de la politique nutritionnelle au sein du ministère de la Santé et du Bien-Être familial, présidé par le secrétaire ministériel, a réuni 28 représentants de 13 ministères et 10 départements, des donateurs, les Nations Unies, des universitaires et le Groupe de travail pour la nutrition. Un Comité directeur multisectoriel au niveau ministériel impliquant 13 ministères se réunit aussi régulièrement, convoqué par le ministère de l'Alimentation, pour surveiller la mise en œuvre du Plan d'action de la Politique alimentaire nationale (2008-2015) et du Plan d'investissement du pays. Sous la direction du Premier ministre, Son Excellence Sheikh Hasina, membre du Groupe principal du SUN, différents groupes se réunissent pour soutenir des actions visant à améliorer la nutrition des femmes et des enfants au Bangladesh. L'action pour renforcer la nutrition est soutenue par des alliances fortes avec la société civile. Le gouvernement se propose également de renforcer l'implication du secteur privé. Des réseaux de donateurs du Mouvement SUN et des Nations Unies ont été établis et apportent leurs différents points de vue. Le lancement national du Mouvement SUN et des 1 000 jours aura lieu début septembre 2013. La série Lancet 2013 sur la nutrition maternelle et infantile a été lancée au Bangladesh en collaboration avec les services nationaux de nutrition, le ministère de la Santé et du Bien-Être familial, Save the Children et l'ICDDR (Comité international de recherche contre les maladies diarrhéiques). L'initiative REACH des Nations Unies a facilité un processus de consultation nationale pour le développement d'une stratégie conjointe de plaidoyer et de communication au sujet de la nutrition.

Cadre politique et légal cohérent : Le Bangladesh s'engage à réexaminer sa politique nationale pour la nutrition mise en place il y a 15 ans pour se concentrer sur des interventions nutritionnelles et des approches sensibles à la nutrition. La version préliminaire de la Politique nationale de nutrition a été récemment finalisée et est en attente de l'approbation ministérielle. Un Plan opérationnel des services nationaux de nutrition sous l'autorité du ministère de la Santé a été adopté et intégré au Programme de développement du secteur de la santé, de la population et de la nutrition 2011-2016. Le Plan d'action de la Politique alimentaire nationale avait été développé par le ministère de l'Alimentation et de la Gestion des catastrophes (aujourd'hui ministère de l'Alimentation), en collaboration avec 16 ministères partenaires. Il définit les interventions liées à la nutrition dans les secteurs alimentaires, agricoles et sanitaires. En 2011, le gouvernement a développé une nouvelle version du Plan d'investissement national CIP (2011-2015) liée à la politique ainsi qu'au cadre programmatique et financier. Ce plan comprend un ensemble cohérent de 12 programmes d'investissement prioritaires pour améliorer l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition, et il est suivi de très près chaque année. La législation nationale a récemment fait l'objet de développements importants incluant l'approbation de la Loi nationale sur la sécurité alimentaire, la création d'une Autorité nationale de la sécurité alimentaire et le développement d'initiatives de renforcement nutritionnel. La nutrition des mères et des adolescentes requiert une attention urgente.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Bangladesh a récemment commencé à développer un Cadre commun de résultats (CRF) pour renforcer la nutrition, avec le soutien de l'initiative REACH des Nations Unies et des autres parties prenantes. Ce Cadre commun de résultats s'inspirera de plusieurs documents disponibles, parmi lesquels : (1) le Plan national d'investissement 2011 (CIP), un outil de planification, de mobilisation de fonds et d'alignement destiné à accroître et diversifier les ressources alimentaires d'une manière durable et à améliorer l'accès à la sécurité alimentaire et nutritionnelle (chiffré par secteur et produit par le ministère de l'Alimentation en collaboration avec 13 ministères partenaires) ; et (2) le rapport technique des coûts nutritionnels du FHI360 et du gouvernement, publié en juin 2012. Les services nationaux de nutrition, sous l'autorité du ministère de la Santé et du Bien-Être familial, fournissent un ensemble nutritionnel complet aux communautés, dont une aide à l'allaitement maternel et aux compléments alimentaires, la diversification alimentaire, le complément et le renforcement de l'alimentation, ainsi que la gestion de la malnutrition aiguë. Le Bangladesh revoit ses programmes nationaux d'aide sociale pour s'assurer qu'ils améliorent les résultats concernant la nutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le Bangladesh mobilise des fonds nationaux et internationaux pour soutenir les efforts nationaux d'amélioration de la nutrition. Des évaluations détaillées des coûts des interventions propres à la nutrition au niveau national sont en cours. Le gouvernement a nommé une équipe d'experts techniques pour visiter le pays et revoir le CIP avec le gouvernement et les principales parties prenantes. L'insuffisance du financement actuel a été estimée. Des fonds pour le CIP, en provenance des ressources budgétaires gouvernementales ainsi que des partenaires du développement, ont été alloués par le processus du Programme de développement annuel du ministère de la Planification. Des fonds ont été également distribués par

les partenaires du développement via des organisations non gouvernementales. Le gouvernement couvrira 62 % du budget du CIP, les 38 % restants provenant des partenaires du développement. Le défi à venir concernera l'utilisation opportune et efficace de ce financement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	9.5 million
Children under 5:	1.6 million
Adolescent Girls (15-19):	0.5 million
Average Number of Births:	0.3 million
Population growth rate:	3.01%

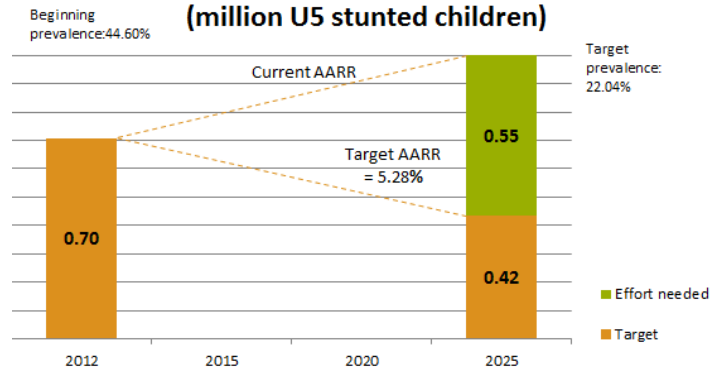
WHA nutrition target indicators (DHS 2006)

Low Birth Weight:	12.50%
Exclusive Breastfeeding:	43.10%
U5 Stunting:	38.00%
U5 Wasting:	8.40%
U5 Overweight:	9.00%

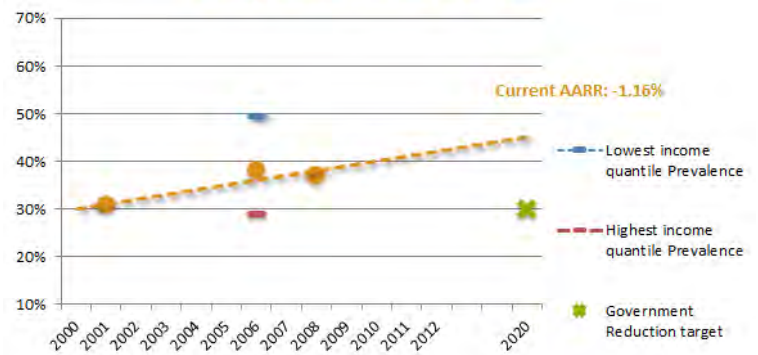
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	32.20%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	61.20%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	60.50%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	98.00%
Presence of iodised salt in the house	59.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	27.90%
Female employment rate	67.10%
Median age at first marriage	18.6
Access to skilled birth attendant	77.70%
15-19 years women already mother or with first child	21.40%
Fertility rate	5.31
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	41.19%
Income share held by lowest 20%	6.99%
Open defecation	65.00%
Non-improved drinking water source	31.60%

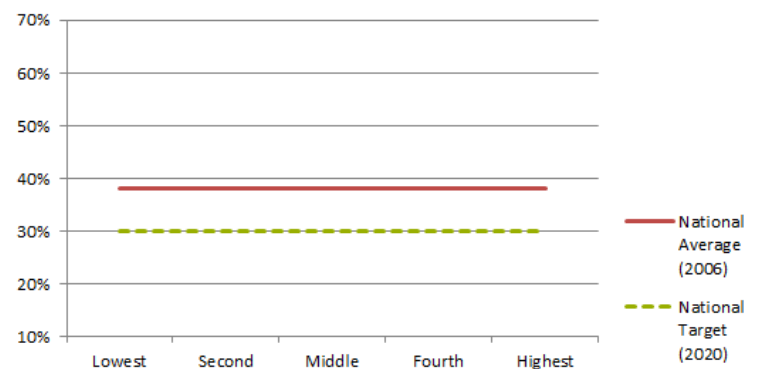
Targeted Stunting Reduction - Benin (million US stunted children)



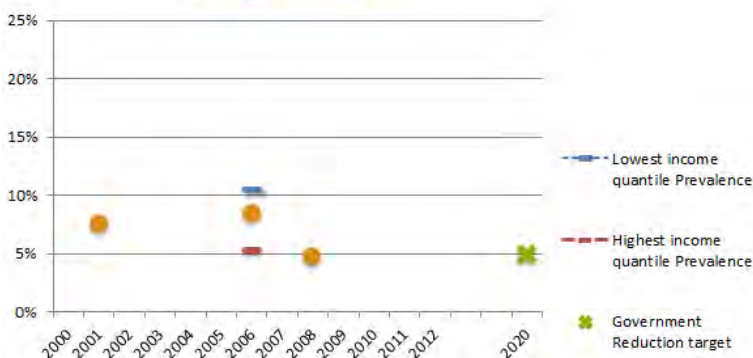
Stunting Reduction Trend and Target - Benin



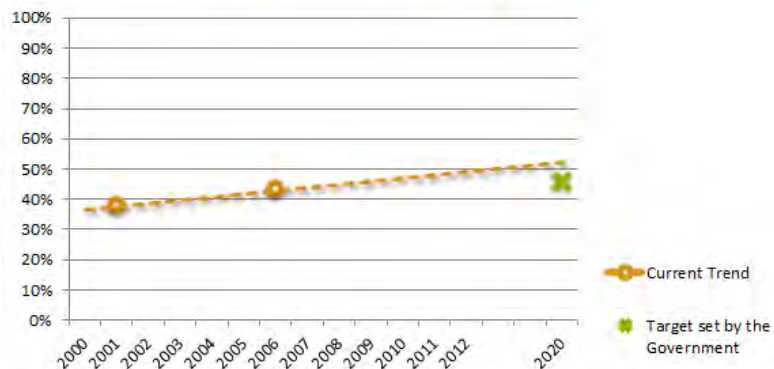
Distribution of stunting across wealth quintiles - Benin



Wasting Prevalence - Benin



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Benin



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	2>3
Qualité des processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Des progrès importants ont été réalisés au Bénin en 2012 pour faire de la nutrition une priorité politique. Le *Conseil national de l'alimentation et de la nutrition* (CAN) est la plateforme multisectorielle et multi-acteurs pour le renforcement de la nutrition rattachée au président de la République. Le CAN est désormais opérationnel et le Secrétariat permanent a été installé. Une réunion de haut niveau sur la nutrition s'est tenue le 21 février 2013 avec Helen Gayle, membre du Groupe principal du Mouvement SUN. Le Bénin souhaiterait également organiser un lancement national de la nouvelle série du Lancet. Les réseaux continuent de travailler ensemble afin de coordonner leurs efforts et de s'aligner sur les priorités nationales. Il n'existe pas encore d'alliance de la société civile distincte, mais le monde universitaire et les organisations de la société civile comptent des représentants au sein du CAN. Les entreprises du secteur privé coopèrent sur diverses initiatives en vue d'améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits. Elles sont représentées au sein du CAN par un membre de la Chambre de commerce et de l'industrie.

Cadre politique et légal cohérent : Le Plan stratégique de développement de l'alimentation et de la nutrition est le document politique générale qui définit les approches nutritionnelles spécifiques ainsi que les approches contribuant à la nutrition, autrement dit « le court terme et la longue durée d'action » d'amélioration de la nutrition. Le Plan stratégique est rendu opérationnel via le Programme d'alimentation et de nutrition axé sur les résultats (PANAR) et le Programme national de sécurité alimentaire. Le PANAR comprend 5 sous-programmes qui traitent des interventions nutritionnelles directes tandis que le Programme national de sécurité alimentaire est composé de deux sous-programmes concernant l'agriculture contribuant à la nutrition. Le Bénin s'est engagé à développer et à lancer un plan intégré de communication pour promouvoir l'allaitement exclusif. Ce plan devrait être finalisé en 2013. La législation nationale sur la nutrition est exhaustive et inclut des lois sur l'enrichissement des aliments, une politique nationale sur l'allaitement maternel, ainsi que des réglementations dérivées du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : La Feuille de route SUN du Bénin pour la mise en œuvre est un document de planification qui vise à aligner le PANAR et le Programme national de sécurité alimentaire. Le gouvernement s'est engagé à mettre en place un plan de surveillance et d'évaluation multisectoriel unifié de façon décentralisée afin de mesurer les progrès et d'intégrer les indicateurs nutritionnels dans les plans sectoriels. Avec le soutien du Japon, le Bénin a lancé un Projet pédagogique de Nutrition Communautaire au sein de dix communautés vulnérables, dans le but de comprendre comment améliorer la réalisation des interventions clés afin, à l'avenir, de mieux communiquer sur le renforcement de la nutrition à l'échelle nationale. Des efforts continus ont été accomplis à travers différents programmes sectoriels – agriculture, protection sociale, éducation, égalité des sexes (avec sept points focaux dans des départements ministériels). Des actions sont également en cours pour promouvoir les pratiques appropriées d'alimentation complémentaire pour les enfants de moins de deux ans à tous les niveaux, y compris au sein des communautés.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Une évaluation complète des coûts du PANAR et du Programme national de sécurité alimentaire a été réalisée et le pays a participé au travail de calcul des coûts mené par les pays et appuyé par le Secrétariat du Mouvement SUN. Alors que le gouvernement vient de confirmer qu'une ligne budgétaire séparée a été allouée pour la nutrition en 2013, les fonds permettant de mettre intégralement en œuvre ces programmes doivent être mobilisés en urgence. Le Bénin s'est engagé à développer une stratégie de mobilisation des ressources afin de mettre en œuvre le nouveau programme national (PANAR).

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	15.5 million
Children under 5:	2.8 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.6 million
Population growth rate:	2.93%

WHA nutrition target indicators (DHS 2010)

Low Birth Weight:	16.20%
Exclusive Breastfeeding:	24.80%
U5 Stunting:	34.60%
U5 Wasting:	15.50%
U5 Overweight:	7.70%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice

Minimum acceptable diet (6-23 months)	3.10%
---------------------------------------	-------

Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	6.00%
--	-------

Programs for vitamin and mineral deficiencies

Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.40%
--	-------

Pregnant women attending 4 or more ANC visits	33.70%
---	--------

Vitamin A supplementation (6-59 months)*	87.00%
--	--------

Presence of iodised salt in the house	95.40%
---------------------------------------	--------

Women's Empowerment

Female literacy	22.50%
-----------------	--------

Female employment rate	75.80%
------------------------	--------

Median age at first marriage	17.8
------------------------------	------

Access to skilled birth attendant	67.10%
-----------------------------------	--------

15-19 years women already mother or with first child	23.60%
--	--------

Fertility rate	6.08
----------------	------

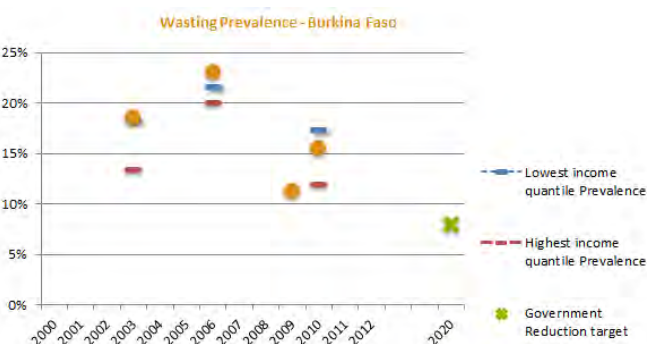
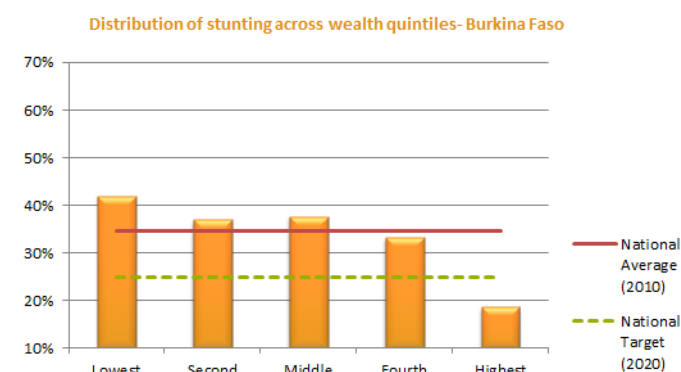
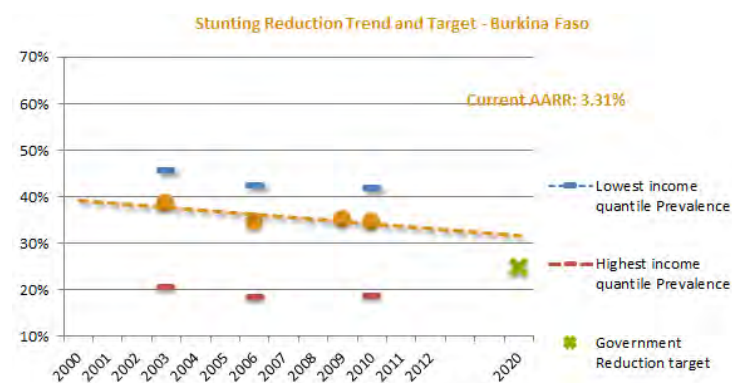
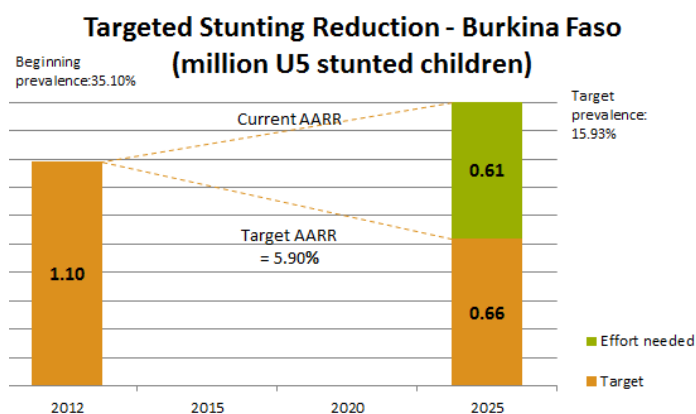
Other Nutrition Sensitive Indicators









Rate of urbanization	27.20%
----------------------	--------

Income share held by lowest 20%	6.72%
---------------------------------	-------

Open defecation	63.80%
-----------------	--------

Non-improved drinking water source	23.50%
------------------------------------	--------



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					2
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le Burkina Faso a rejoint le Mouvement SUN en juin 2011 et progresse continuellement dans la définition des politiques et des programmes nécessaires au renforcement de la nutrition. L'animateur, le Conseil national de concertation en Nutrition (CNCN), a été créé en 2008 et est rattaché au ministère de la Santé, avec l'assistance des vice-présidents du ministère de l'Agriculture et de la Sécurité alimentaire, du ministère de l'Eau et de l'Assainissement (tous deux récemment créés), du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale et du ministère de l'Économie et des Finances. Le CNCN inclut des représentants des organisations de la société civile mettant en œuvre des projets communautaires, ainsi que des représentants du monde universitaire dont la recherche contribue aux efforts en faveur du renforcement de la nutrition. Des organisations du système des Nations Unies continuent de contribuer à la gestion et au suivi des réunions de la plateforme. Les partenaires de développement ont leur propre plateforme, appelée le Groupe des partenaires techniques et financiers pour la sécurité alimentaire. Les entreprises mettent en application des directives nationales conformes aux stratégies gouvernementales, notamment en matière d'enrichissement des aliments. Elles sont représentées au sein du CNCN à travers la Chambre de commerce et de l'industrie.

Cadre politique et légal cohérent : Le Burkina Faso possède un Plan stratégique de nutrition (2010-2015) conforme à sa Politique nationale pour la nutrition (2007). Le Burkina Faso a promis de finaliser un Plan national de nutrition (2016-2020) d'ici la fin 2015, dans lequel seront définis les engagements en matière de ressources humaines et de financement, en vue de soutenir des interventions nutritionnelles spécifiques et des approches contribuant à la nutrition. Le Burkina Faso demande l'examen du plan par des pairs. Cet examen gardera un caractère consultatif et ne s'imposera pas forcément aux politiques et directives spécifiques nationales. Le Conseil national de la sécurité alimentaire a prévu de revoir la Politique nationale sur la sécurité alimentaire de 2003, dans l'intention d'y inclure les résultats nutritionnels spécifiques. D'autres stratégies et politiques contribuant à la nutrition couvrent la plupart des secteurs clés, notamment la réduction de la pauvreté et le développement économique, et l'éducation. Récemment, le Burkina Faso a adopté une nouvelle législation en faveur de l'enrichissement du blé et du maïs et s'est engagé à réviser le principal cadre juridique pour la consultation multisectorielle sur la nutrition, aussi bien au niveau régional que national. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est pleinement validé et intégré à la législation. La loi sur la protection de la maternité est alignée sur la recommandation de l'OIT, qui préconise un congé de 14 semaines. Une Stratégie de sensibilisation et de communication est en cours de développement.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Les politiques se traduisent par de nombreux programmes nutritionnels spécifiques. Une Feuille de route ainsi qu'un cadre commun des résultats sont en cours de développement. Le Burkina Faso est prêt à initier une décentralisation de la responsabilité en matière de stratégies contribuant à la nutrition et d'interventions nutritionnelles spécifiques, pour agir au niveau des districts. Le Burkina Faso s'est engagé à finaliser un système de surveillance nutritionnelle avant la fin 2015. L'OMS contribue à hauteur de 170.000 dollars à la mise à jour de ce système ciblant les groupes cibles spécifiques. Un programme de sécurité alimentaire et nutritionnel en cours d'élaboration sur financement de la BAD incluant des interventions et des indicateurs spécifiques de la nutrition est en vue et associe les ministères de l'agriculture et de la santé. Le coût total de ce financement n'est pas encore bouclé.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Le Burkina Faso participe à l'exercice d'évaluation des coûts mené par les pays et appuyé par le Secrétariat du Mouvement SUN. Suivre les ressources affectées à la nutrition est un défi identifié pour le Burkina Faso. Actuellement, les fonds spécifiques pour la nutrition sont classés comme un « sous-compte » du compte pour la santé maternelle et infantile du budget national, ce qui rend leur suivi difficile. Toutefois, la sensibilisation est en cours pour amener le gouvernement à établir actuellement un budget national pour la nutrition selon les engagements de Londres. Un atelier parlementaire est prévu à cet effet du 23 au 25 juillet 2013, dans le but de sensibiliser les députés sur le financement de la nutrition à partir du budget national. Le Burkina Faso sollicite une assistance pour le système de suivi financier auprès des divers secteurs et acteurs impliqués. La mise en œuvre du plan chiffré est principalement sous la responsabilité du ministère de la Santé, avec le soutien d'autres ministères concernés ainsi que des partenaires techniques et financiers. La responsabilité à l'échelle des districts et des régions est confiée aux autorités pertinentes. Le Point focal gouvernemental SUN s'est engagé à mobiliser aussi bien les ressources nationales que les ressources externes en faveur de la nutrition, qui est considérée comme une priorité. Le Plan stratégique établit sept sources potentielles de financement, y compris le budget d'État, les agences des Nations Unies, les autorités locales et le secteur privé.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	9.3 million
Children under 5:	1.7 million
Adolescent Girls (15-19):	0.5 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	3.45%

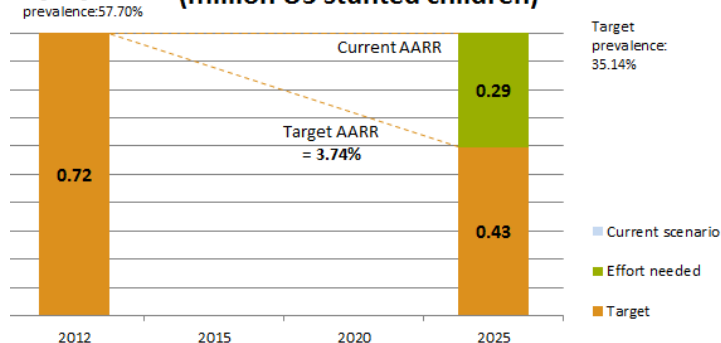
WHA nutrition target indicators (DHS 2010)

Low Birth Weight:	10.70%
Exclusive Breastfeeding:	69.30%
U5 Stunting:	57.70%
U5 Wasting:	5.80%
U5 Overweight:	2.70%

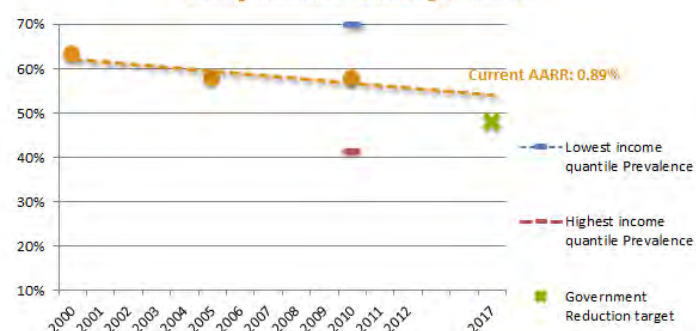
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	8.80%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	18.50%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.10%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	33.40%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	83.00%
Presence of iodised salt in the house	95.60%
Women's Empowerment	
Female literacy	61.50%
Female employment rate	78.60%
Median age at first marriage	20.3
Access to skilled birth attendant	60.30%
15-19 years women already mother or with first child	10.50%
Fertility rate	6.52
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	9.66%
Income share held by lowest 20%	8.96%
Open defecation	2.90%
Non-improved drinking water source	23.10%

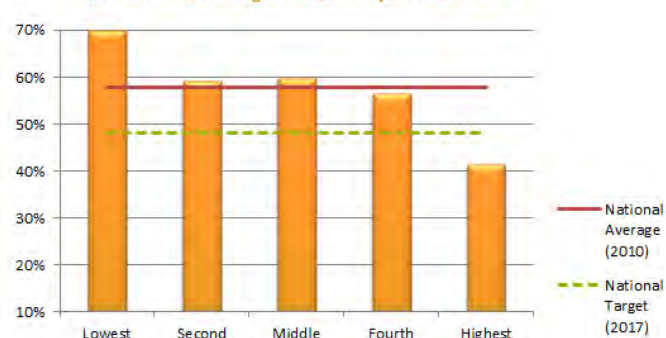
Targeted Stunting Reduction - Burundi (million U5 stunted children)



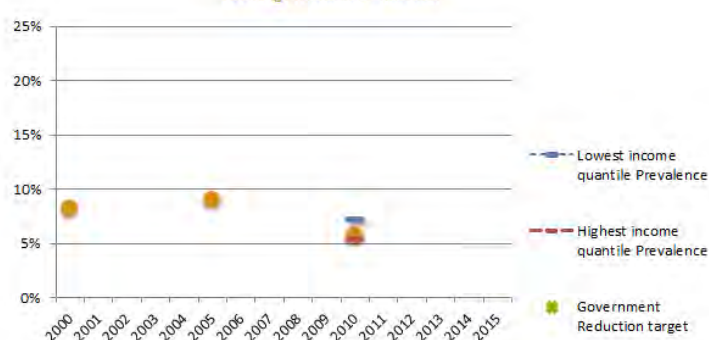
Stunting Reduction Trend and Target - Burundi



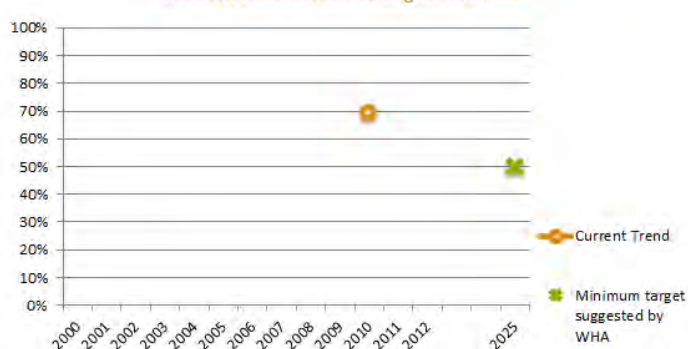
Distribution of stunting across wealth quintiles - Burundi











Wasting Prevalence - Burundi



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Burundi



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					2>3
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Un point focal SUN est actuellement désigné au sein du cabinet du deuxième vice-président. Le comité technique de nutrition est également mise en place et est fonctionnel. Il est prévu le 18 juillet 2013, le lancement de la plateforme multisectorielle par son Excellence le Président de la République à Ngozi, une province qui enregistre le taux de malnutrition le plus élevé du pays. La plateforme comprend les départements ministériels, les organisations internationales, le secteur privé, la société civile, les confessions religieuses et les institutions de recherche. Au cours de cette activité, les informations concernant le Mouvement SUN au Burundi et les progrès déjà réalisés, la situation nutritionnelle et le plan stratégique multisectoriel de lutte contre la malnutrition au Burundi seront présentés. Après la phase de lancement de la plateforme, une série d'activités s'en suivra à travers le pays notamment le lancement de la plateforme au niveau des autres provinces du pays, le choix des champions, la désignation d'un point focal pour les donateurs, la sensibilisation et la mise en place des comités au niveau décentralisé. Le Gouvernement et les Agences des Nations Unies travaillent en synergie avec une franche et excellente collaboration : Une mission conjointe du Gouvernement et d'Agences des Nations Unies (UNICEF et PAM) a été réalisée respectivement à Bruxelles, à Paris et à Rome en mai 2013. A la suite de cette mission et sur demande de celle-ci, une mission de l'initiative REACH s'est déroulée du 30 juin au 5 juillet 2013 pour appuyer un atelier d'un jour et demi d'analyse des forces, faiblesse, défis, opportunités de la gouvernance au Burundi en matière de nutrition. Ont participé à cet atelier les ministères sectoriels clés, les agences des Nations Unies de même que des représentants des ONG Nationales et Internationales. La mission REACH a rencontré quelques bailleurs de fonds pour leur rendre compte des résultats de cet atelier et les encourager à soutenir la nutrition. Le Ministre des Relations Extérieures et de la Coopération a effectué une mission au Brésil en avril 2013 et a signé avec le Gouvernement du Brésil un mémorandum d'entente dans le domaine de l'Eradication de la Faim et de la Pauvreté. En outre, une mission conjointe PAM et du Gouvernement représenté par le ministre de l'Agriculture et le ministre des Affaires étrangères a eu lieu en mai 2013 au Brésil afin de partager les meilleures pratiques en matière de cantines scolaires endogènes. Certains membres du comité technique SUN et les cadres de l'UNICEF ont participé au Forum régional sur la nutrition en mai 2013 en Zambie. Le point focal du Gouvernement et la Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, représentant Son Excellence le Président de la République, ont participé à la réunion du G8 à Londres en juin 2013 et ont comme d'autres pays fait des engagements forts en matière de lutte contre la malnutrition dans des domaines stratégiques tels que la législation, la nutrition et la sécurité alimentaires Cette mission a pu faire un plaidoyer auprès de partenaires au développement non présents au Burundi. Les OSC disposent de leur propre plateforme, qui ne met toutefois pas spécifiquement l'accent sur la nutrition. Les unités de recherche et les entreprises ne sont encore incluses pour le moment. Le Burundi a sollicité une assistance pour la coordination multisectorielle.

Cadre politique et légal cohérent : L'analyse de la situation de la malnutrition au Burundi est terminée et chiffrée. Le Burundi s'est engagé à renforcer la protection de la maternité et de l'allaitement en développant et en adoptant un nouveau Code de commercialisation des substituts du lait maternel. Il a également promis d'achever le processus de lancement de l'Alliance pour la fortification des aliments au Burundi (politique et stratégie nationale). Les mandats sont maintenant validés, et un atelier pour valider les résultats l'étude de faisabilité de la stratégie nationale pour la fortification a été organisé par le PAM le 4 juin 2013 et a permis une communication efficace et une diffusion à large échelle de la situation de la malnutrition au Burundi. Le Burundi dispose de lois et de décrets en matière de nutrition qui mettent l'accent sur, entre autres, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, l'enrichissement des aliments, la réglementation du travail, l'importation et la commercialisation du sel destiné à la consommation humaine, et les soins de santé gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes (pour l'accouchement). Les stratégies et les politiques pluriannuelles axées sur la nutrition couvrent des secteurs clés : la nutrition sera intégrée à la stratégie du secteur de l'élevage. A la suite de la mission des ministères en charge de l'Agriculture et l'Elevage et de l'Enseignement de base, un atelier de sensibilisation et de mobilisation des partenaires pour des cantines scolaires endogènes a été organisé le 19 juin 2013. Cet atelier placé sous le haut patronage du Deuxième Vice-Président de la République a été l'occasion pour les nombreux participants tels les Ministres de l'Enseignement de Base et celui de l'Agriculture et de l'Elevage de même que les partenaires techniques et financiers d'exprimer leur soutien à cette initiative qui permet d'améliorer les indicateurs de l'Education mais aussi la production agricole au niveau du Burundi. Le Burundi s'est engagé à appliquer des directives nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi qu'à mettre davantage l'accent sur la production et la diversification d'aliments, la sécurité alimentaire et l'éducation nutritionnelle.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Burundi a finalisé sa feuille de route multisectorielle pour le renforcement de la nutrition en janvier 2012 et a validé le Plan national stratégique multisectoriel contre la malnutrition du 26 au 28 juin 2013. Ce plan comprend neuf axes stratégiques, dont le renforcement de l'engagement politique, la promotion de l'allaitement, la supplémentation en micronutriments et l'enrichissement des aliments, ainsi qu'une meilleure intégration des interventions nutritionnelles dans les soins de santé primaires. Au moyen de l'outil de calcul des coûts One Health des Nations Unies, le Burundi élaborera son plan chiffré en s'appuyant sur les éléments fondamentaux des plans stratégiques existants couvrant la nutrition, l'agriculture et la santé. Les insuffisances de financement seront évaluées avec l'aide d'experts collaborant avec le Secrétariat SUN. Les donateurs bilatéraux (la Suisse et USAID) apporteront également leur soutien. Le Burundi sollicite une assistance pour finaliser le plan de mise en œuvre et développer le cadre suivi-évaluation. Un système de surveillance sera adopté par toutes les principales parties prenantes d'ici la fin du mois de juillet 2013. Le Burundi se prépare à établir un système de communication relatif aux données sur la situation nutritionnelle. Le Projet pour accélérer l'atteinte de l'ODD (2012) est mis en œuvre dans huit provinces par le ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA, ainsi que par le ministère de l'Agriculture, le PAM, l'UNICEF et la FAO. Les autres programmes, qui sont axés soit sur les communautés soit sur la sécurité alimentaire, sont mis en œuvre par le ministère de la Santé de façon indépendante ou en collaboration avec le ministère de l'Agriculture.

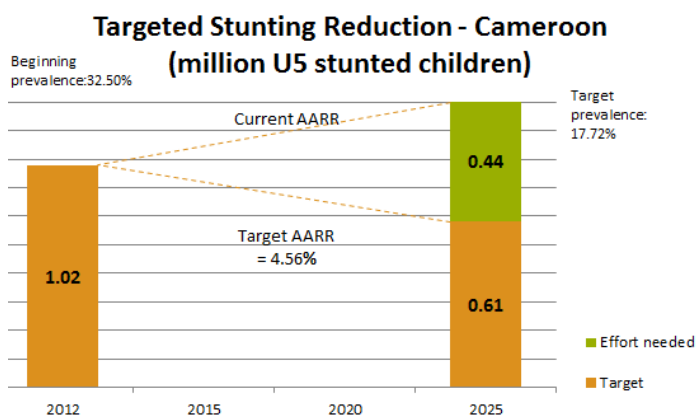
Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Un travail est mené avec différents partenaires pour identifier les fonds affectés à la nutrition. Le gouvernement a créé une ligne budgétaire pour la nutrition et la sécurité alimentaire, dotée de 641 037 USD (1 milliard de francs burundais) pour le secteur agricole. En décembre 2012, 10 850 018 USD (8 millions EUR) ont également été mobilisés par l'Union européenne pour appuyer pendant quatre ans des programmes d'enrichissement alimentaire, de renforcement des capacités et de communication en matière de nutrition. Des plans sont également prévus pour affecter des fonds du budget national à la constitution de stocks stratégiques afin d'assurer la sécurité alimentaire. Existence d'une ligne budgétaire allouée à la nutrition au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Une mission conjointe de plaidoirie a été organisée à Bruxelles et à Rome en mai 2013 par le Point Focal du Gouvernement, le Représentant de l'UNICEF et celui du PAM. Le Burundi a sollicité une assistance pour développer un système de suivi financier.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	20.6 million
Children under 5:	3.4 million
Adolescent Girls (15-19):	1.1 million
Average Number of Births:	0.8 million
Population growth rate:	2.57%

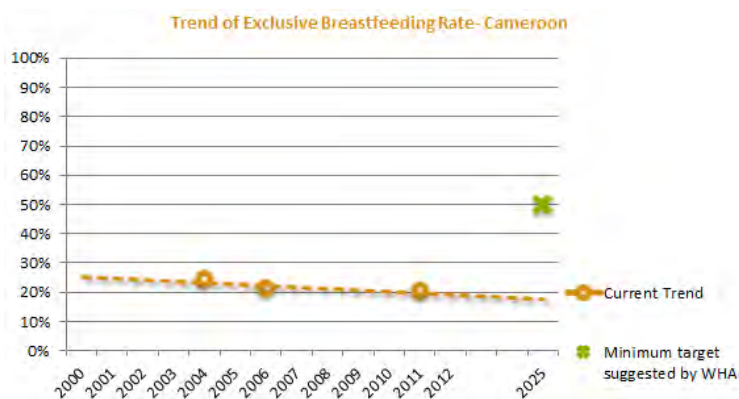
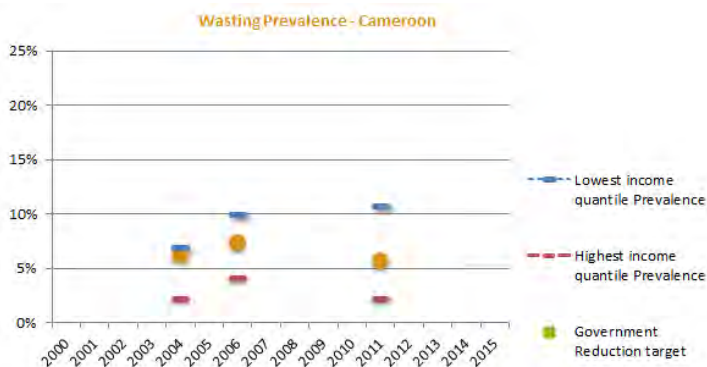
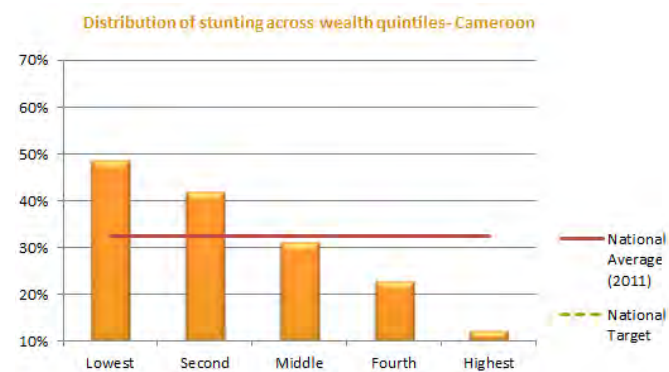
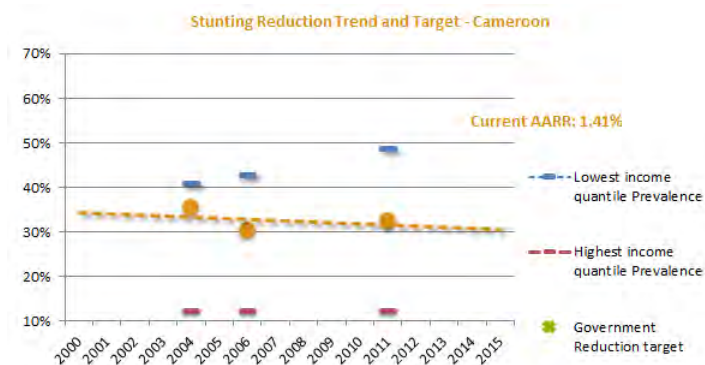
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	7.60%
Exclusive Breastfeeding:	20.40%
U5 Stunting:	32.50%
U5 Wasting:	5.60%
U5 Overweight:	6.20%



Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.10%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	62.20%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	55.30%
Presence of iodised salt in the house	49.10%
Women's Empowerment	
Female literacy	69.20%
Female employment rate	61.50%
Median age at first marriage	18.7
Access to skilled birth attendant	63.60%
15-19 years women already mother or with first child	25.20%
Fertility rate	5.21
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	48.95%
Income share held by lowest 20%	6.73%
Open defecation	7.20%
Non-improved drinking water source	30.50%



Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	11.7 million
Children under 5:	2.3 million
Adolescent Girls (15-19):	0.6 million
Average Number of Births:	0.5 million
Population growth rate:	3.15%

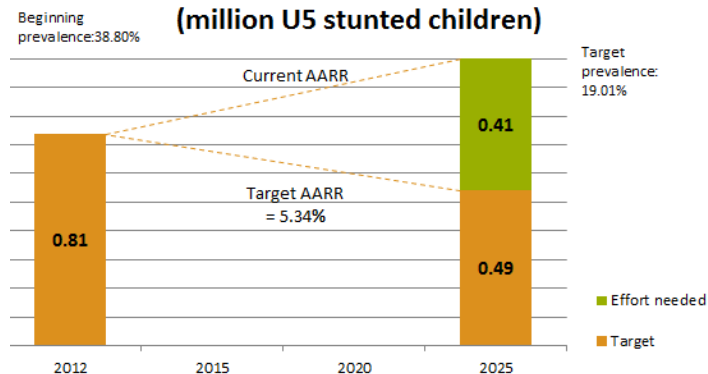
WHA nutrition target indicators (MICS 2010)

Low Birth Weight:	20.00%
Exclusive Breastfeeding:	3.40%
U5 Stunting:	38.70%
U5 Wasting:	15.70%
U5 Overweight:	2.80%

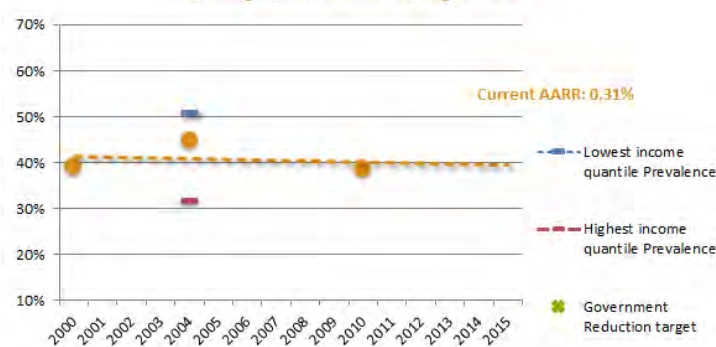
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.20%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	23.10%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	97.50%
Presence of iodised salt in the house	53.80%
Women's Empowerment	
Female literacy	12.10%
Female employment rate	60.20%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	22.70%
15-19 years women already mother or with first child	44.40%
Fertility rate	6.85
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	20.83%
Income share held by lowest 20%	6.26%
Open defecation	65.60%
Non-improved drinking water source	47.90%

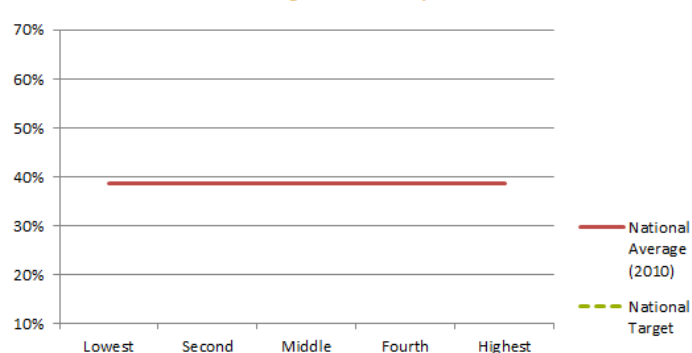
Targeted Stunting Reduction - Chad (million U5 stunted children)



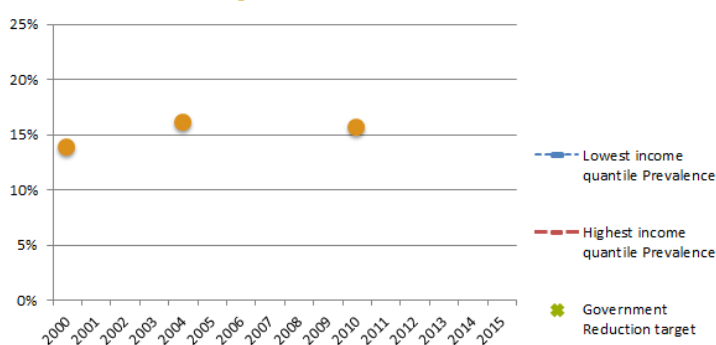
Stunting Reduction Trend and Target - Chad



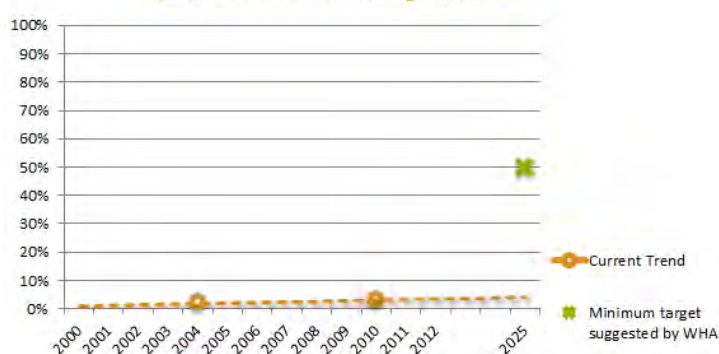
Distribution of stunting across wealth quintiles - Chad



Wasting Prevalence - Chad



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Chad



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	
Qualité des processus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Une plate-forme multisectorielle et multi-acteurs, composée des représentants des secteurs clés au niveau de l'administration publique ainsi que des représentants des ONGs, des partenaires et des institutions académiques et de la Société Civile, a vu le jour en mai 2013 au Tchad. Elle organise des réunions hebdomadaires et a mis en place des sous-groupes techniques spécialisés. Parfois et afin de maintenir le positionnement stratégique de la nutrition et favoriser un consensus entre parties-prenantes, des points sont ajoutés à l'ordre du jour des réunions et donnent l'opportunité de faire des restitutions d'études, d'ateliers ou mettent le focus sur une intervention donnée.

Cadre politique et légal cohérent : Actuellement la plate-forme travaille essentiellement sur l'élaboration d'une politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition. Le Tchad dispose d'un Plan Stratégique de Développement 2013-2015, d'un Plan National du Secteur Sanitaire 2013-2015, d'un Programme National de Sécurité Alimentaire depuis 2010. Ces documents stratégiques font référence de façon encore insuffisante à la Nutrition. Un plan Intérimaire des Nations unies couvrant la période 2014-2015 est en cours de préparation en alignement sur le Plan Stratégique de Développement et prend en compte la Nutrition.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Cet indicateur ne pourra pas être traité de façon efficiente en l'absence d'une Politique Nationale de Nutrition assortie d'un plan d'action multisectoriel, le processus d'élaboration de ces documents est actuellement en cours.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : En l'absence d'un cadre commun de résultat, des ressources importantes sont mobilisées pour la Nutrition surtout par les partenaires et essentiellement dans le domaine de l'urgence. Le Gouvernement met également des fonds dans ce domaine et depuis 2012, une ligne budgétaire pour la Nutrition a été créée sous forme de subvention.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	19.0 million
Children under 5:	2.9 million
Adolescent Girls (15-19):	1.0 million
Average Number of Births:	0.7 million
Population growth rate:	1.74%

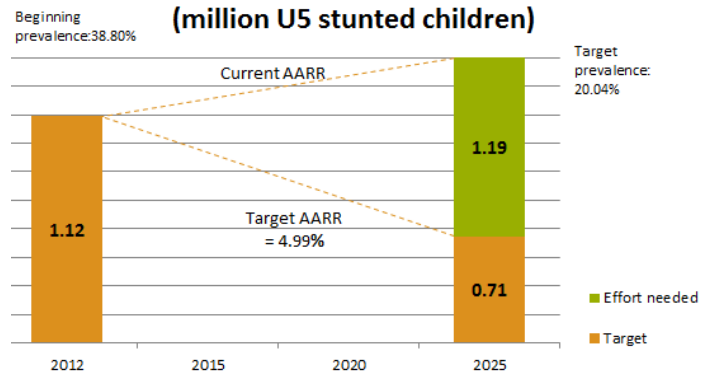
WHA nutrition target indicators (DHS 2012)

Low Birth Weight:	14.20%
Exclusive Breastfeeding:	12.10%
U5 Stunting:	29.80%
U5 Wasting:	7.50%
U5 Overweight:	3.00%

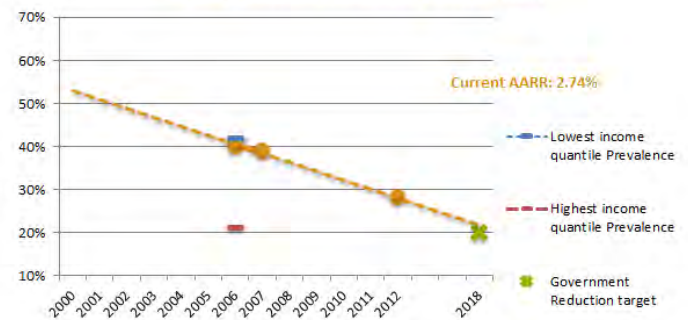
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	4.6%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	11.3%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.5%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	60.8%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	100.0%
Presence of iodised salt in the house	90.9%
Women's Empowerment	
Female literacy	37.7%
Female employment rate	71.1%
Median age at first marriage	19.8
Access to skilled birth attendant	57.4%
15-19 years women already mother or with first child	29.6%
Fertility rate	5.0%
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	52.58%
Income share held by lowest 20%	5.60%
Open defecation	34.6%
Non-improved drinking water source	20.9%

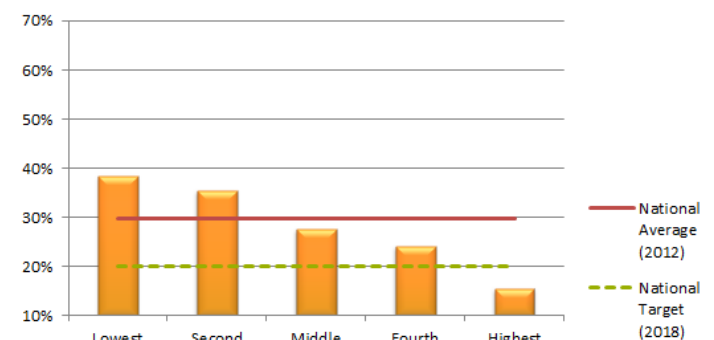
Targeted Stunting Reduction - Côte d'Ivoire (million U5 stunted children)



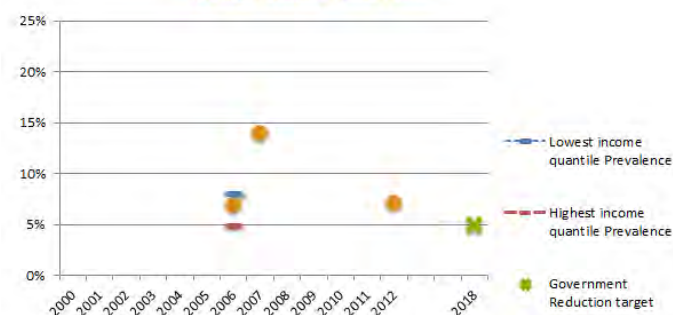
Stunting Reduction Trend and Target - Côte d'Ivoire



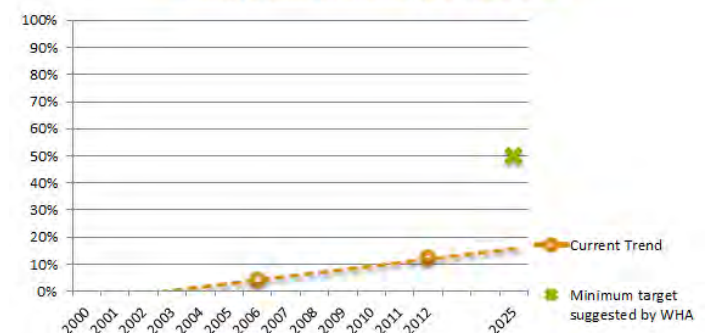
Distribution of stunting across wealth quintiles - Côte d'Ivoire



Wasting Prevalence - Côte d'Ivoire



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Côte d'Ivoire



Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	62.2 million
Children under 5:	11.2 million
Adolescent Girls (15-19):	3.4 million
Average Number of Births:	2.6 million
Population growth rate:	2.81%

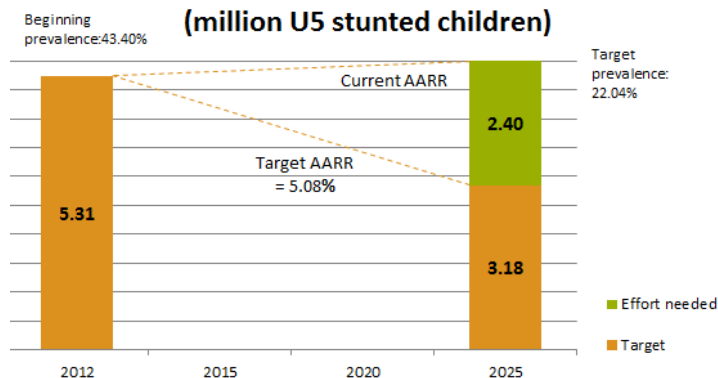
WHA nutrition target indicators (MICS 2010)

Low Birth Weight:	7.70%
Exclusive Breastfeeding:	36.10%
U5 Stunting:	43.40%
U5 Wasting:	8.50%
U5 Overweight:	5.70%

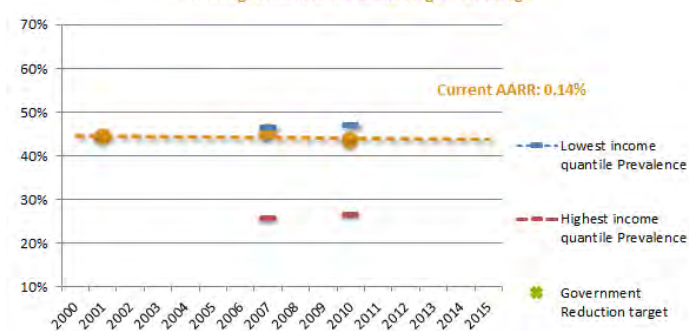
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	15.40%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	50.60%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	46.70%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	98.00%
Presence of iodised salt in the house	59.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	58.90%
Female employment rate	66.10%
Median age at first marriage	18.7
Access to skilled birth attendant	80.00%
15-19 years women already mother or with first child	23.80%
Fertility rate	6.5
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	35.77%
Income share held by lowest 20%	5.47%
Open defecation	9.80%
Non-improved drinking water source	53.00%

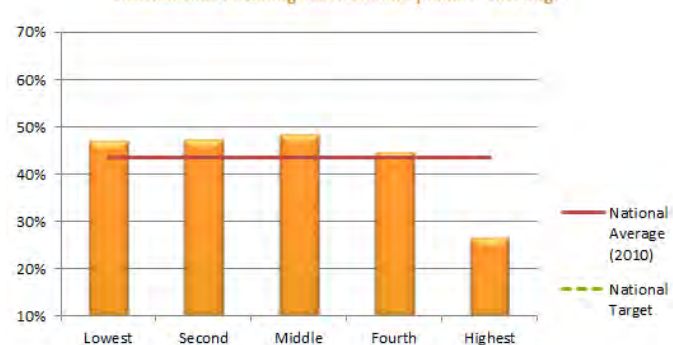
Targeted Stunting Reduction -DR Congo (million US stunted children)



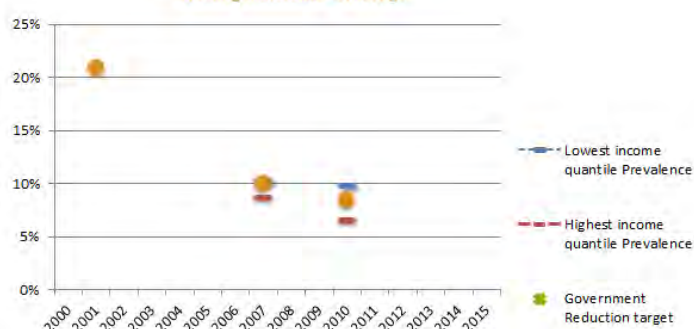
Stunting Reduction Trend and Target - DR Congo



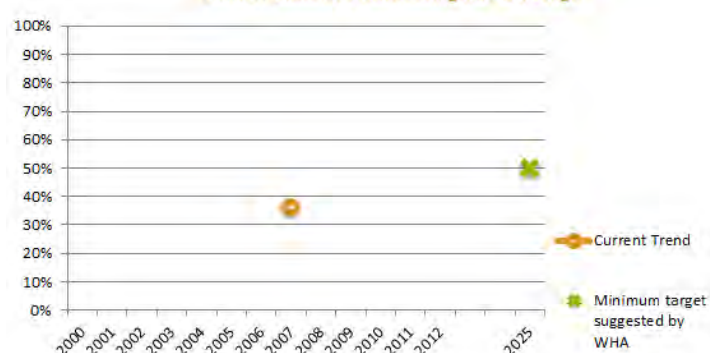
Distribution of stunting across wealth quintiles- DR Congo



Wasting Prevalence - DR Congo



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- DR Congo



	Indicateur 1			Indicateur 2			Indicateur 3			Indicateur 4			Phase de Préparation
Présence d'éléments	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Qualité des processus	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Amener les gens à travailler ensemble : La plate-forme multipartite pour renforcer la nutrition n'est pas encore créée. Il est prévu qu'elle porte la dénomination de « *Conseil National de Nutrition (CNN)* ». Il est prévu que cette structure soit rattachée à la Primature et aura les fonctions d'orientation, de décision et de suivi-évaluation. La fréquence des réunions sera de deux fois par an. Toutefois, pendant la phase initiale, le Comité se réunira une fois par trimestre. Des sessions techniques seront organisées pour l'élaboration et l'approbation des documents de base. Le CNN sera présidé par le Premier Ministre et le Ministre de la Santé Publique sera le vice-président. Le CNN sera composé de représentants du gouvernement (Premier Ministre, Point Focal CNN, des représentants venant de 7 ministères, d'un représentant de la FEC, d'un représentant de la Société Civile, d'un représentant des Organisations Professionnelles Agricoles, des Directeurs du PRONANUT, les institutions de recherches, les confessions religieuses et du SNSA) et de représentants des Agences Onusiennes (UNICEF, FAO, PAM et OMS). Le Secrétariat du CNN sera assuré par le PRONANUT. Le point focal SUN sera issu du bureau du Premier Ministre de la RD Congo. Les discussions sur l'organisation finale du CNN sont encore en cours. Il existe en République Démocratique du Congo (RDC) une plateforme unique et inclusive qui regroupe tous les partenaires techniques et financiers (Donateurs, les agences du Système des Nations Unies, l'assistance bilatérale) et la société civile pour la santé. Il existe aussi un Groupe Thématique sur l'Agriculture et la sécurité alimentaire. Les réflexions sont en cours afin de mettre en place un mécanisme permettant une liaison entre ces cadres de concertation et une passerelle permettant de discuter les questions relatives à la nutrition dans sa globalité.

Cadre politique et légal cohérent : La RDC a posé des bases solides pour accélérer le progrès vers l'atteinte des OMD, notamment les OMD 4, 5 et 6 à travers le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS volet Nutrition). La RDC dispose d'un ensemble de document de politiques, de plans et de stratégies, qui sont à différentes étapes de conception et/ou de mise en œuvre. Il s'agit notamment de : (i) la Politique Nationale de Nutrition qui est à l'état de draft ; (ii) La stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; (iii) Le protocole de prise en charge intégrée de malnutrition aigüe (PCIMA) ; (iv) le Plan National de nutrition (PNDS volet Nutrition) 2011-2015 ; (v) le Protocole National de prise en charge de PVVIH ; (vi) le plan stratégique de communication en matière de l'alimentation du Nourrisson, du Jeune Enfant et des femmes enceintes et allaitantes ; (vii) Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; (viii) l'Arrêté interdépartemental sur l'iodation obligatoire du sel destiné à la consommation humaine ; (xi) La Loi ou décret sur la fortification des aliments. Dans le cadre des interventions sensibles à la nutrition les plans, programmes et loi suivantes sont en place: (i) le Programme National de Sécurité Alimentaire (P.N.S.A) ; (ii) les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) ; (iii) Plan de 5 chantiers ; (iv) Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 ; (v) Cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant en République Démocratique du Congo ; (vi) Programme Ma Nutrition, c'est ma Santé (2012-2014) – Education. Dans la perspective d'une réponse multisectorielle et intégrée, l'état des lieux de l'environnement politique, légal et stratégique qui définit les interventions sensibles à la nutrition sera complété dans un avenir proche. Ainsi la Politique nationale de Nutrition sera relue et révisée pour refléter la dimension multisectorielle de la nutrition.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Sur la base de la Politique Nationale de Nutrition révisée, un Plan Stratégique budgétisé sera développé avec un cadre commun de résultats auquel vont adhérer l'ensemble des acteurs. Un «Business Case» qui a été réalisé pour 4 des 11 Provinces du pays pourra servir de point de départ pour l'élaboration d'un plan stratégique national pour la nutrition et un cadre commun de résultats pour le suivi des interventions de nutrition (spécifiques et sensibles). Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, l'accent est mis sur les interventions directes de nutrition (préventives et curatives). Les interventions de nutrition sont soutenues par un système de surveillance nutritionnelle pour une alerte précoce de situation de crises alimentaires et nutritionnelles.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Dès qu'un Plan Stratégique budgétisé sera finalisé et adopté avec un cadre commun de résultat, un mécanisme de suivi du niveau de mobilisation des ressources financières ainsi que l'effectivité et l'efficacité de leurs allocations sera mis en place. Celui-ci pourra s'appuyer sur ou s'inspirer du modèle de fonctionnement du groupe des Bailleurs de fonds pour le Secteur de la Santé qui existe déjà en RDC. Lors de la réunion Nutrition pour la croissance à Londres, le Gouvernement s'est engagé à contribuer au financement adéquat des activités de nutrition et à retirer les taxes des produits nutritionnels (aliments thérapeutiques prêts à utiliser).

Demographic data (2010, WPP 2012)

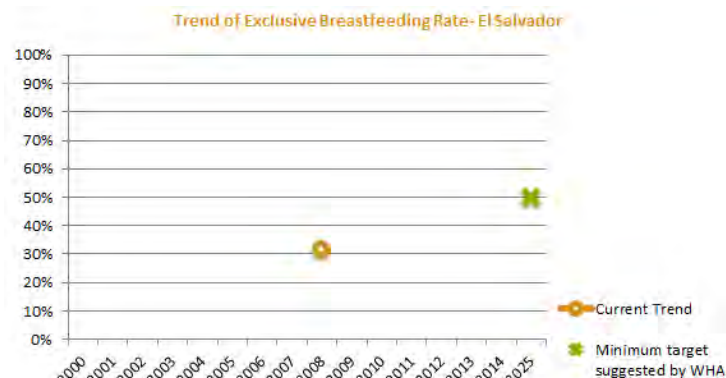
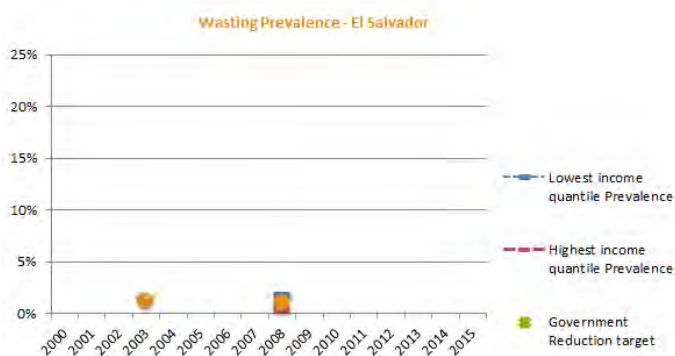
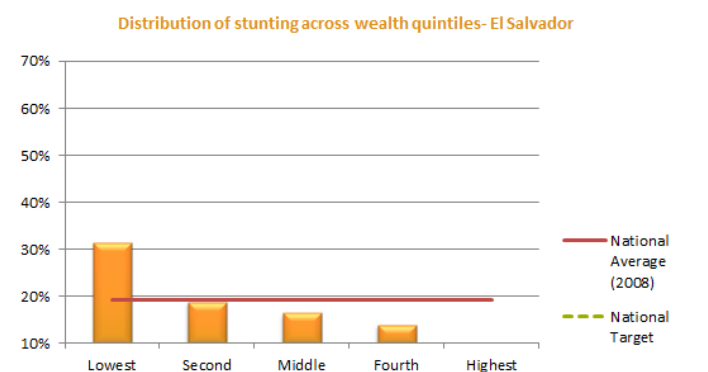
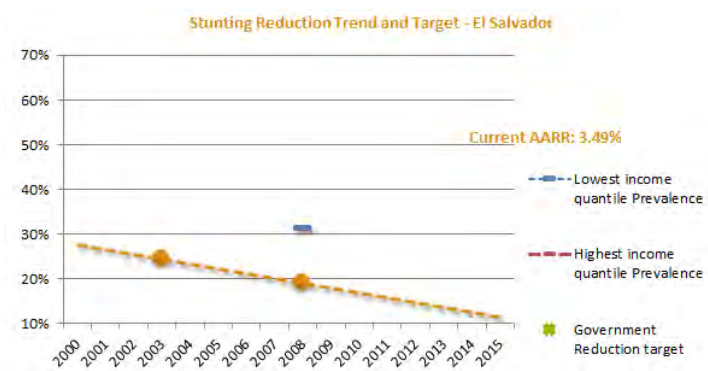
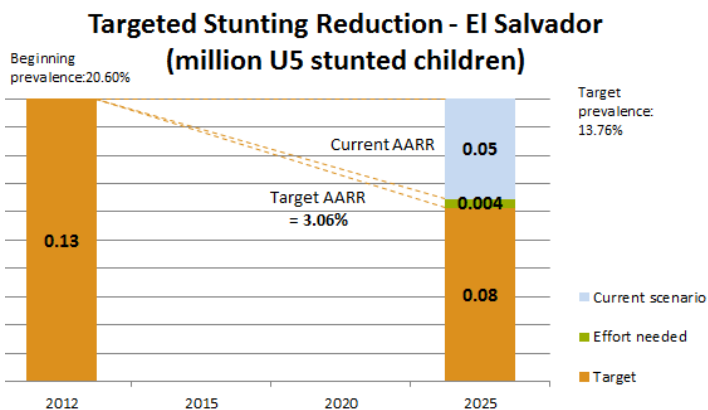
National Population:	6.2 million
Children under 5:	0.6 million
Adolescent Girls (15-19):	0.4 million
Average Number of Births:	0.1 million
Population growth rate:	0.47%





WHA nutrition target indicators (FESAL 2008)

Low Birth Weight:	N/A
Exclusive Breastfeeding:	31.40%
U5 Stunting:	19.20%
U5 Wasting:	1.00%
U5 Overweight:	6.00%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	12.30%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)	86.00%
Presence of iodised salt in the house	62.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	82.30%
Female employment rate	45.30%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	95.50%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	2.35
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	64.02%
Income share held by lowest 20%	3.71%
Open defecation	-
Non-improved drinking water source	-



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2

Amener les gens à travailler ensemble : Le Conseil national sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONASAN, National Council on Food and Nutrition Security) est un organisme gouvernemental créé en 2009 par décret présidentiel, chargé de définir la politique et la stratégie nationales pour la sécurité alimentaire et la nutrition (SAN) grâce à une coordination et une articulation des plans nationaux et des programmes trans-sectoriels. Il comprend les ministres de la Santé et de l'Agriculture, le secrétaire technique de la Présidence et le secrétaire de l'Inclusion sociale. Le CONASAN est présidé par le ministre de la Santé et placé sous la responsabilité du Président de la République. Le CONASAN inclut également : un Comité technique sur la sécurité alimentaire et la nutrition (COTSAN), des conseils départementaux et municipaux sur la sécurité alimentaire et la nutrition et un comité consultatif impliquant divers acteurs politiques et sociaux. Le système des Nations Unies et les autres partenaires du développement, les ONG, le secteur privé et la société civile sont également impliqués dans la définition des grandes lignes de la politique, de la mise en œuvre et du suivi. Au niveau national, plusieurs tables rondes ont été instaurées pour promouvoir la nutrition, dont une table ronde des donateurs et une table ronde composée d'ONG nationales et internationales travaillant sur la sécurité alimentaire et la nutrition ainsi que des représentants du Bureau de l'industrie et du Conseil départemental académique des gouverneurs. L'implication du secteur privé est en cours. La société civile est intégrée au Conseil national sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle via sa participation au comité consultatif du CONASAN. Des organisations de la société civile ont également participé au développement de plusieurs plans liés à la nutrition au niveau municipal. Différents groupes représentant les producteurs alimentaires, les femmes et les partisans de la souveraineté alimentaire ont participé à l'élaboration du projet de loi sur la nutrition et la sécurité alimentaire. Ils font également partie du CONASAN et du COTSAN. Le Salvador n'a pas encore nommé de coordinateur des donateurs. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) est installée au niveau du système des Nations Unies. Le PAM, le PNUD, l'UNICEF, l'OPS/OMS et la FAO ont apporté ces dernières années des contributions importantes en soutenant les processus nationaux pour promouvoir la nutrition via le groupe inter-organisationnel « Enfance, sécurité alimentaire et nutrition ». L'Université du Salvador et plusieurs universités privées contribuent au renforcement des capacités et à l'acquisition des connaissances pour promouvoir la nutrition dans le pays, et ont récemment établi un groupe de travail/une table ronde sur la nutrition dans le milieu universitaire.

Cadre politique et légal cohérent : Le projet de loi sur la sécurité alimentaire et la nutrition a été récemment transmis à l'Assemblée Nationale pour approbation. La Loi sur l'allaitement maternel a été approuvée en 2013. La Politique nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle a été officiellement approuvée en 2010, alors que le Plan stratégique pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (2012-2016) a été approuvé en 2013. Le Salvador dispose d'une Politique nationale pour le plaidoyer, le soutien et la protection de l'allaitement maternel, d'un Plan pour réduire les carences en micronutriments, et d'une Stratégie de soins pour la nutrition des enfants qui cible les 100 municipalités les plus pauvres du pays depuis 2010. Le pays dispose d'une législation dans les secteurs clés liés à la nutrition (principalement la santé) depuis plusieurs années. Il existe également une Loi de protection sociale, et une Loi sur la protection des femmes et sur l'équité entre les sexes. Le pays est en train d'élaborer une stratégie de communication pour la promotion de la nutrition. Le Salvador a également commencé à développer une Loi sur l'alimentation en milieu scolaire pour réglementer la qualité et la durabilité du Programme d'alimentation scolaire.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan stratégique pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (PESAN) (2012 et 2016) est le cadre commun de résultats pour la nutrition et il sera lancé à la fin de l'année 2013. Il a été préparé avec la participation des ministères de la Santé, de l'Éducation, de l'Agriculture, de l'Inclusion sociale et de tous les autres organismes nationaux liés à la sécurité alimentaire et la nutrition représentés dans le COTSAN. Le Plan stratégique opérationnel sectoriel pour réduire la malnutrition est l'instrument qui sera utilisé pour mettre en œuvre le PESAN ; des efforts pour évaluer les coûts des différents éléments de ce plan sont en cours. Le ministère de la Santé et le Fonds d'investissement social pour le développement local ont signé un accord pour la mise en œuvre des interventions relatives à la nutrition dans 100 municipalités de niveaux de pauvreté élevés. Le PAM a également signé un accord avec le secrétariat technique de la présidence, le ministère de l'Inclusion sociale et le ministère de la Santé pour mettre en œuvre des actions prioritaires axées sur la fenêtre d'opportunité de 1 000 jours, de la grossesse jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant, dans 36 municipalités ayant les taux de malnutrition chronique les plus élevés. Les ONG travaillant dans le pays soutiendront également ce travail. Le Salvador développe également un système d'informations inter-institutionnel qui suivra les 66 indicateurs les plus pertinents relatifs à la sécurité nutritionnelle et à la nutrition dans tout le pays. Un système de surveillance et d'évaluation pour surveiller la mise en œuvre du Plan opérationnel est en cours de développement.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le chiffrage du Plan stratégique opérationnel sectoriel pour réduire la malnutrition est en cours. Le Salvador a demandé à participer à l'estimation des coûts sous l'égide du secrétariat du Mouvement SUN. Il n'existe pas de système de surveillance spécifique établi pour suivre les investissements dédiés à la nutrition.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	87.1 million
Children under 5:	13.8 million
Adolescent Girls (15-19):	4.9 million
Average Number of Births:	3.0 million
Population growth rate:	2.68%

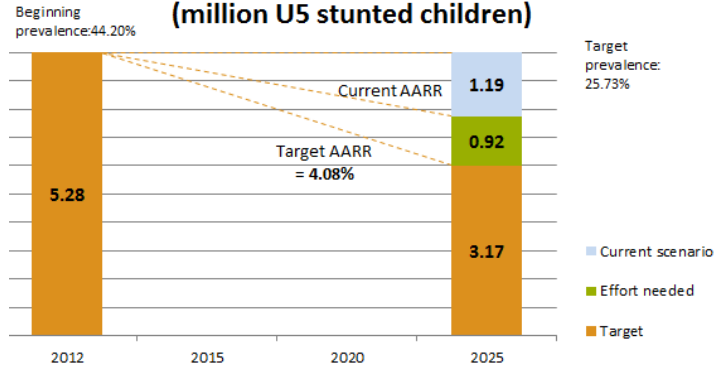
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	10.80%
Exclusive Breastfeeding:	52.00%
U5 Stunting:	44.40%
U5 Wasting:	9.70%
U5 Overweight:	1.70%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	4.10%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	4.80%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	19.10%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	71.00%
Presence of iodised salt in the house	15.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	38.40%
Female employment rate	71.50%
Median age at first marriage	17.1
Access to skilled birth attendant	10.00%
15-19 years women already mother or with first child	12.40%
Fertility rate	5.26
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	15.96%
Income share held by lowest 20%	7.96%
Open defecation	38.20%
Non-improved drinking water source	49.20%

Targeted Stunting Reduction - Ethiopia (million US stunted children)



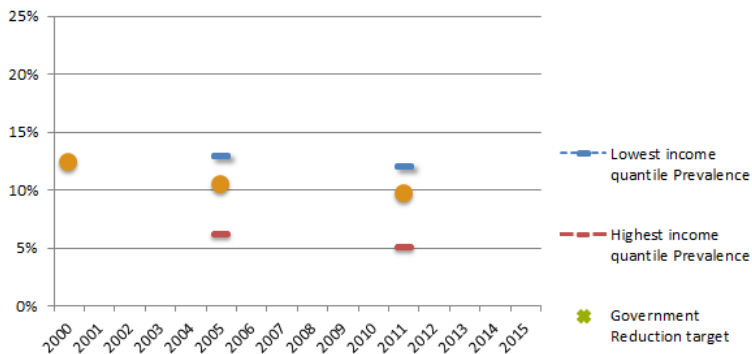
Stunting Reduction Trend and Target - Ethiopia



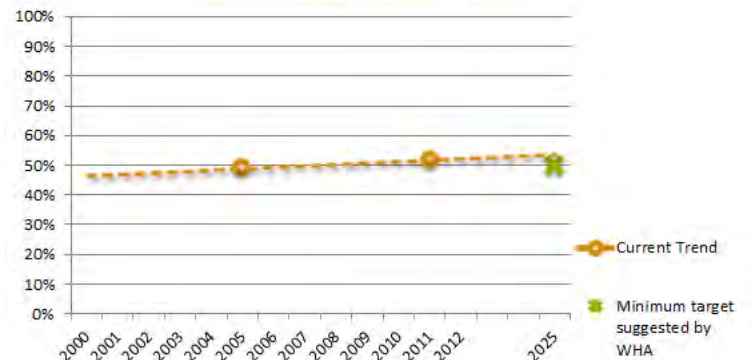
Distribution of stunting across wealth quintiles - Ethiopia



Wasting Prevalence - Ethiopia



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Ethiopia



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	3
Qualité du processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le NNCB (National Nutrition Coordination Body, Organisme de coordination nationale de la nutrition) réunit les neuf ministres des secteurs concernés tous les 3 mois. Il comprend des représentants nationaux des organismes des Nations Unies, des donateurs bilatéraux et des universitaires. Le NNCB s'est réuni deux fois l'an passé pour examiner, approuver et lancer le nouveau NNP (National Nutrition Program, Programme national de nutrition) en signant une déclaration en présence du vice-premier ministre. Le NNTC (National Nutrition Technical Committee, Comité technique national de la nutrition) s'est réuni tout au long de l'année pour travailler à la révision du NNP. Il s'est également réuni deux fois (avec toutes les parties prenantes) pour finaliser et soumettre le NNP révisé au NNCB. L'unité de coordination de la nutrition d'urgence (le ministère de l'Agriculture) a réuni les partenaires qui effectuent des interventions d'urgence en matière de nutrition. La Plateforme nationale de la nutrition prévoit d'accroître le nombre de ses membres ; des plateformes de coordination régionales seront bientôt établies. L'initiative REACH agit comme mécanisme de coordination des Nations Unies pour la nutrition et contribue à la revitalisation et au renforcement du NNCB, du NNTC et du plan national existant, le NNP. Le groupe NDP (Nutrition Development Partner, Partenaire du développement de la nutrition), qui associe des organismes des Nations Unies, des donateurs et la société civile, se réunit tous les mois. Le DFID et l'UNICEF interviennent en tant que coordinateurs des donateurs. Les donateurs actifs sont : l'Union Européenne ; les gouvernements des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Irlande, du Japon, du Canada et des Pays-Bas ; la Fondation Gates ; la Banque mondiale ; les agences des Nations Unies et le GAIN (Alliance mondiale pour une meilleure nutrition). À partir de début juin 2013, l'OSC a réuni le premier groupe SUN OSC pour l'Éthiopie. Les termes de référence pour ce groupe ont été ébauchés et sont en cours de révision. Les OSC font également partie du Groupe de partenaires pour le développement de la nutrition et s'engagent dans d'autres plateformes sectorielles compétentes liées à la nutrition. « L'Armée pour le développement de la santé », composée de 3 millions de femmes, s'investit totalement dans la lutte contre la mortalité infantile et la malnutrition. Les entreprises du secteur privé possèdent leur propre plateforme via la Chambre de commerce éthiopienne auprès de qui elles peuvent exprimer toutes leurs préoccupations concernant l'industrie alimentaire et la nutrition. Il existe également un Groupe de travail multi-acteurs sur l'enrichissement de l'alimentation qui a contribué à définir des normes de qualité pour l'iodation du sel et l'enrichissement de l'huile et de la farine.

Cadre politique et légal cohérent : L'Éthiopie dispose d'une Stratégie nationale de nutrition (2008). Son Programme national de nutrition a été récemment révisé et approuvé par huit ministres sectoriels, des représentants des agences de développement, des universitaires et le secteur privé. Plusieurs politiques spécifiques liées à la promotion de bonnes pratiques nutritionnelles, aux compléments en micronutriments, à l'aide nutritionnelle pour les personnes porteuses du VIH/SIDA et au traitement des malnutritions aiguës graves et modérées sont en place. Des progrès importants dans la législation nationale sur la nutrition ont été effectués avec l'approbation de la Réglementation sur l'iodation du sel en 2011 et avec le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui est la dernière étape avant l'adoption de la loi. La Loi de protection de la maternité prévoit 90 jours de congé maternité (ce qui est proche de la recommandation du BIT). La législation sur l'enrichissement de l'huile et de la farine est en cours. Un plan de plaidoyer pour le renforcement de la nutrition est en place.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le gouvernement éthiopien s'est engagé à réduire la prévalence du retard de croissance à 20 % et celle du poids insuffisant à 15 % d'ici 2020 en s'appuyant sur des systèmes de coordination multisectoriels pour accélérer le renforcement des interventions avérées relatives à la nutrition et la surveillance de la progression à tous les niveaux. Le nouveau NNP fournit le cadre des objectifs et interventions stratégiques dans les secteurs pertinents tels que la santé, l'agriculture, l'éducation, l'eau, le travail et les affaires sociales, ainsi que les conditions des femmes, des enfants et de la jeunesse. Des efforts sont en cours pour s'assurer que les programmes concernant ces secteurs clés intègrent la nutrition et soient alignés avec le NNP. Les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'eau, de la santé et du social responsables de la protection sont impliqués, mais il est nécessaire de renforcer les liens au niveau communautaire. Les programmes à grande échelle pour améliorer l'accès à la santé dans les régions excentrées ou touchées par la sécheresse et pour offrir des dispositifs de protection aux familles vulnérables ont été renforcés. Le Programme d'enrichissement de la nourriture en est toujours au stade préliminaire de formulation tandis que l'iodation généralisée du sel est renforcée après l'adoption de la réglementation en 2011 et son application obligatoire depuis janvier 2012. Dans le cadre de la révision du NNP, un cadre S&E est en cours de développement, qui inclura des indicateurs clés provenant des secteurs appropriés travaillant sur des actions sensibles à la nutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le NNP a été chiffré par le secrétariat du Mouvement SUN et sera analysé avec l'aide d'experts techniques. La mise en œuvre du NNP requiert des prévisions budgétaires et une cartographie des contributions des partenaires par secteur, ainsi que le suivi des dépenses. Le pays a fait progresser le développement d'un système de suivi financier durable, ce qui permet à l'Éthiopie d'évaluer la contribution des principaux donateurs par rapport aux interventions clés du plan. Les informations financières sont disponibles pour d'autres programmes sectoriels mais ne sont pas comptabilisées pour le NNP. Le défi consistera à améliorer l'harmonisation des informations financières en assurant le suivi des dépenses entre les secteurs. Le gouvernement s'est engagé à allouer un financement national supplémentaire de 15 millions de dollars US par an à la nutrition jusqu'en 2020.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	24.3 million
Children under 5:	3.5 million
Adolescent Girls (15-19):	1.3 million
Average Number of Births:	0.8 million
Population growth rate:	2.53%

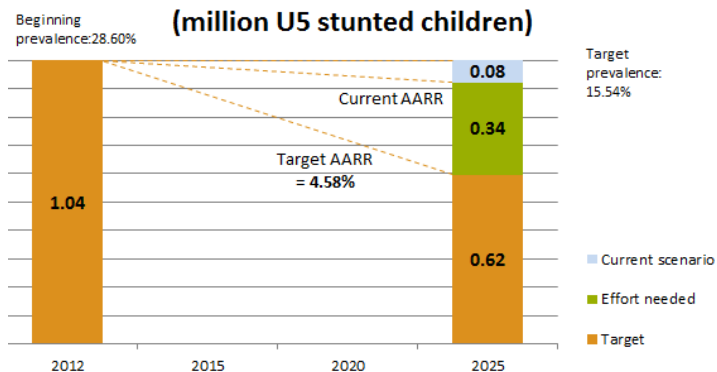
WHA nutrition target indicators (DHS 2008)

Low Birth Weight:	10.00%
Exclusive Breastfeeding:	62.80%
U5 Stunting:	28.00%
U5 Wasting:	8.50%
U5 Overweight:	5.30%

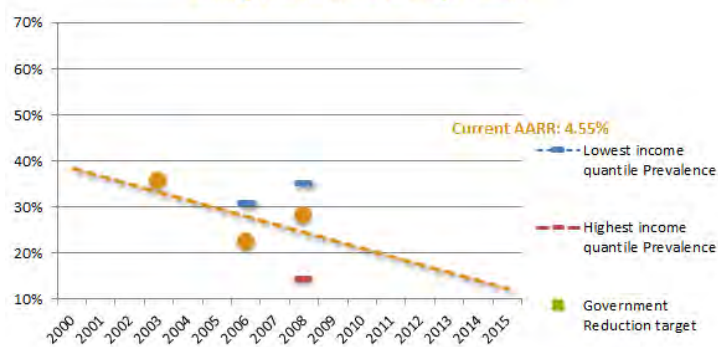
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	36.20%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	68.90%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	1.80%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	78.20%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	55.80%
Presence of iodised salt in the house	32.40%
Women's Empowerment	
Female literacy	62.90%
Female employment rate	64.20%
Median age at first marriage	19.8
Access to skilled birth attendant	58.70%
15-19 years women already mother or with first child	13.30%
Fertility rate	4.22
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	51.49%
Income share held by lowest 20%	5.24%
Open defecation	22.90%
Non-improved drinking water source	15.40%

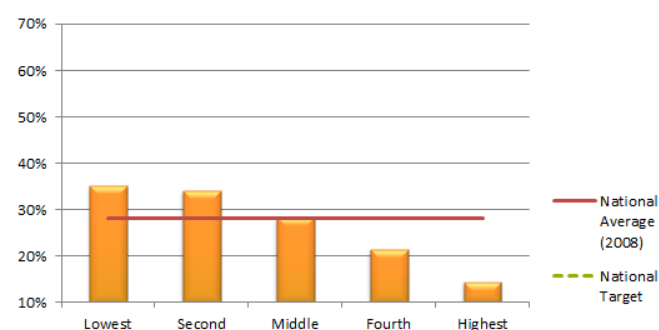
Targeted Stunting Reduction - Ghana (million U5 stunted children)



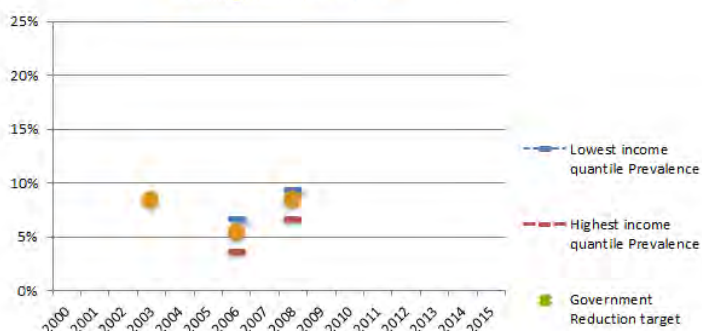
Stunting Reduction Trend and Target - Ghana



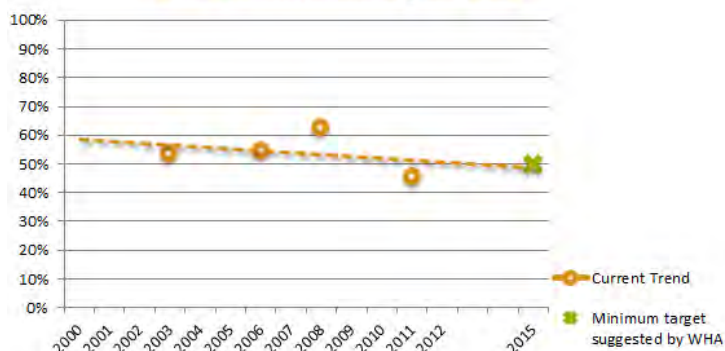
Distribution of stunting across wealth quintiles- Ghana



Wasting Prevalence- Ghana



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Ghana



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	2
Qualité du processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le Ghana dispose de deux principales plateformes multi-acteurs et multisectorielles : le CSPG (Cross Sectoral Planning Group, Groupe de planification intersectoriel) qui inclut différentes entités gouvernementales, OSC, entreprises, instituts de recherche et spécialistes techniques, convoqué par la Commission nationale de planification du développement ; et une plateforme interministérielle pour les partenaires de la nutrition, convoqué par le Département de la Nutrition du Service de santé du Ghana. Les agences des Nations Unies sont toutes membres du CSPG. De plus, le mécanisme REACH des Nations Unies est totalement aligné avec le PNUAD 2012-2016, en particulier avec le domaine thématique sur la sécurité alimentaire et la nutrition. Les donateurs harmonisent leur soutien aux plans nationaux via des systèmes existants et sont également membres du CSPG. Il n'existe pas de plateforme séparée pour les donateurs. L'USAID intervient en tant que coordinateur des donateurs pour la nutrition. Les OSC participent au CSPG et disposent de leur propre plateforme séparée coordonnée par l'Alliance contre la faim du Ghana, qui inclut des associations d'agriculteurs de base et des organisations locales. La décentralisation des mécanismes de coordination est un défi dans lequel la société civile a un rôle important à jouer. Le secteur privé s'est peu impliqué avec SUN et n'est pas encore représenté dans le CSPG. Il a toutefois été impliqué dans l'Alliance pour l'enrichissement des aliments. L'engagement des médias est considéré comme un élément important pour améliorer le plaidoyer pour la nutrition.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique nationale de nutrition du Ghana a été finalisée par le CSPG. Plusieurs stratégies sont actuellement en cours pour des interventions spécifiques à la nutrition incluant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, l'iodation du sel et les lignes directrices relatives à la nutrition pour les personnes porteuses du VIH/SIDA. Les politiques des secteurs clés liées à la nutrition couvrent l'agriculture, le développement, un certain nombre de politiques sanitaires et la protection sociale. Une législation nationale est en place pour réglementer l'utilisation des substituts du lait maternel conformément au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. La Loi de protection de la maternité, adoptée en 2003, autorise 12 semaines de congé maternité, ce qui est inférieur de 2 semaines à la durée recommandée par le BIT. Les lois sur l'enrichissement des aliments ne concernent que l'iodation du sel. Une stratégie de sensibilisation et de communication a été finalisée.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Sous la coordination de la Commission nationale de planification du développement, une version préliminaire de structure nationale SUN a été développée pour amorcer le développement d'un cadre commun de résultats assurant l'alignement des secteurs et des donateurs. Ce cadre est conforme aux objectifs de la Politique nationale de nutrition. Le Groupe de travail chargé du secteur de la santé, dans le cadre du système budgétaire multidonateur du Ghana, œuvre autour d'un cadre de résultats sur la santé, qui inclut des indicateurs nutritionnels. Les partenaires du développement alignent leur travail sur les priorités nationales au travers de ce cadre. Dans le même temps, le ministre de l'Agriculture intègre la nutrition dans le Plan d'investissement de l'agriculture à moyen terme, avec l'aide de REACH et de la FAO. La mise en œuvre sur le terrain est en cours, grâce à la collaboration entre les travailleurs communautaires du service de la santé et les agents du développement agricole. Un important programme de formation centré sur la nutrition dans les 1 000 premiers jours est en cours pour accélérer la mise en œuvre.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le chiffrage a été effectué pour un nombre limité d'interventions spécifiques à la nutrition. Toutefois, d'autres travaux sont nécessaires pour comprendre l'allocation des ressources nationales et extérieures et les dépenses en matière de nutrition. Le groupe de travail CSPG sur l'allocation des ressources est chargé d'établir une base et de surveiller les tendances sur les financements futurs en matière de nutrition. L'initiative REACH des Nations Unies aide le gouvernement à identifier les insuffisances de financement et à évaluer les coûts de mise en œuvre. Le pays a participé à l'étude sur le coût de la faim en Afrique. Des travaux supplémentaires sur l'estimation des coûts du cadre commun de résultats et le développement d'un système de suivi financier doivent être entrepris prioritairement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

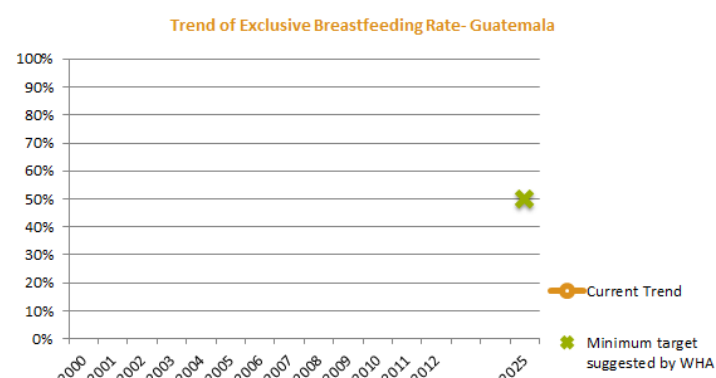
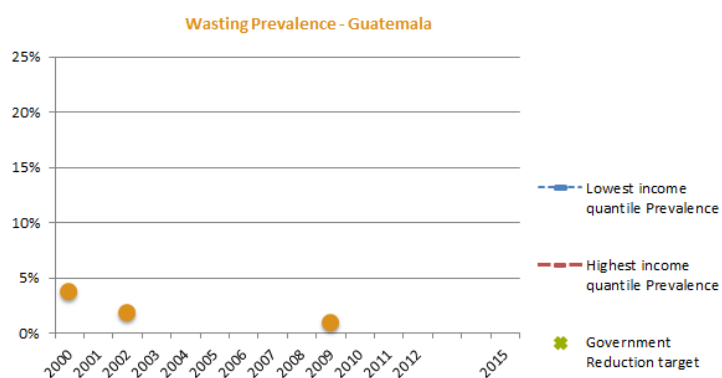
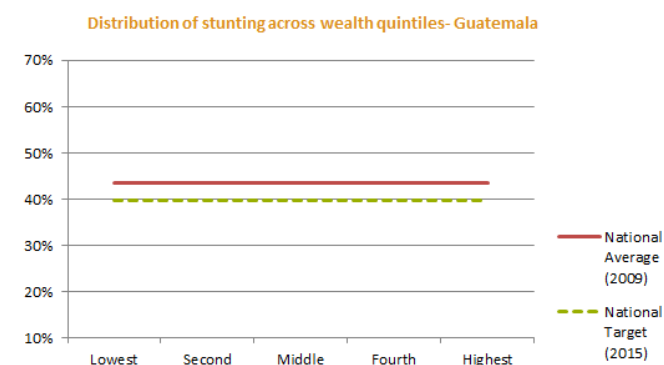
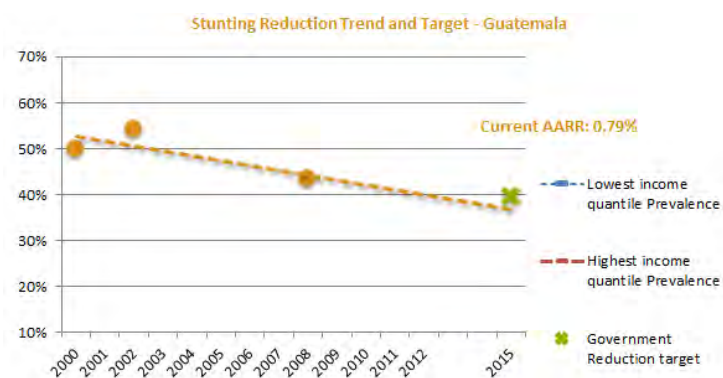
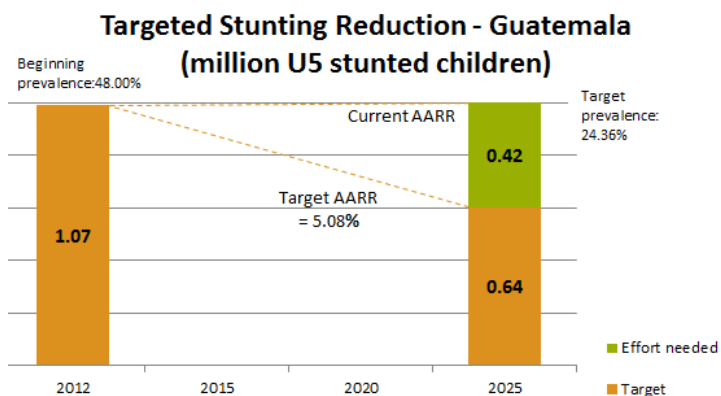
National Population:	14.3 million
Children under 5:	2.2 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	2.46%









WHA nutrition target indicators (ENSMI 2008-2009)

Low Birth Weight:	11.40%
Exclusive Breastfeeding:	50.60%
U5 Stunting:	43.40%
U5 Wasting:	0.90%
U5 Overweight:	4.90%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	28.00%
Presence of iodised salt in the house	76.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	70.30%
Female employment rate	47.30%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	52.00%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	4.15
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	49.49%
Income share held by lowest 20%	3.08%
Open defecation	-
Non-improved drinking water source	-



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le Système national du Guatemala pour la sécurité alimentaire et la nutrition est considéré comme un modèle pour la gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle multisectorielle et multi-acteurs en Amérique latine. En 2012, dans le cadre de son « Programme national pour le changement », le président Otto Perez Molina a promis de s'attaquer à la malnutrition à travers le Pacte national Faim Zéro, dans lequel il s'est engagé à réduire la malnutrition chronique de 10 % avant la fin de son mandat présidentiel. Le Conseil national pour la sécurité alimentaire et la nutrition a été chargé de mettre en œuvre cette politique et le Secrétariat pour la sécurité alimentaire et la nutrition (SESAN) a été chargé d'en assurer la coordination. Le système des Nations Unies a établi un groupe de travail technique sur la sécurité alimentaire et la nutrition, avec la participation de l'UNICEF, l'OPS/OMS, la FAO, la PAM, le HCDH et le FNUAP. De plus, le « G13 » (les 13 plus grands donateurs et partenaires de développement) dispose d'un groupe de travail sur la sécurité alimentaire. La Banque mondiale coordonne les donateurs avec le soutien de la Banque interaméricaine du développement et du PAM. Les membres du réseau des donateurs ont leur propre programme et travaillent de manière indépendante. L'Instance pour la consultation et la participation sociale est une plateforme de la société civile composée de 20 membres de différents secteurs : ONG, populations autochtones, églises, universitaires, secteur privé, syndicats et groupes de femmes. Le secteur privé a signé le Pacte national Faim Zéro avec les institutions gouvernementales et des ONG nationales et internationales. Certaines sociétés privées ont adopté des programmes spécifiques pour soutenir des activités liées à la nutrition dans leurs domaines.

Cadre politique et légal cohérent : Le Guatemala dispose d'un Plan stratégique pour la sécurité alimentaire et la nutrition (PESAN) pour la période 2012-2016 et d'une Stratégie nationale pour la réduction de la malnutrition chronique (ENRDC) pour la période 2006-2016. En 2012, les principaux composants de ce plan ont été intégrés dans le Plan Faim Zéro. Plusieurs politiques et une législation dans des secteurs clés sont en place depuis plusieurs années, et seules quelques-unes ont été mises à jour récemment. Il existe une législation nationale sur l'enrichissement des aliments (approuvée en 1992) et la Loi sur la commercialisation des substituts du lait maternel (approuvée en 1983) ; toutefois, des rapports sur le suivi efficace de leur application font défaut.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Guatemala a développé un cadre commun de résultats pour le mouvement SUN, le plan Faim Zéro pour la période 2012-2016, qui est une stratégie gouvernementale complète pour lutter contre la malnutrition chronique chez l'enfant, la malnutrition aiguë, les carences en micronutriments et l'insécurité alimentaire pour les enfants de moins de cinq ans dans le pays. Ce plan inclut des interventions spécifiques au sujet de la nutrition, telles que la promotion de l'allaitement maternel exclusif et un meilleur accès à une alimentation fortifiée et aux services de santé et de nutrition, ainsi que des programmes qui s'attaquent aux causes sous-jacentes de la sous-nutrition, tels que la création d'opportunités génératrices de revenus, de meilleures installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement et une meilleure éducation pour les femmes. Le gouvernement du Guatemala s'est engagé à réduire la malnutrition chronique de 49,8 % en 2009 à 39,8 % d'ici 2015, en s'assurant qu'aucun décès ne soit dû à une malnutrition aiguë grâce à de meilleures pratiques de soins, en réduisant la fréquence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, et la fréquence de l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans. Le gouvernement a également annoncé son engagement de surveiller et d'évaluer correctement le Pacte Faim Zéro et le Plan Faim Zéro et de soutenir la mise en œuvre du Programme de fenêtre d'opportunité des 1 000 jours, un composant clé du plan Faim zéro qui cible les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes et inclut des interventions telles que la promotion de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'hygiène, un complément en vitamine A, ainsi qu'un complément en fer et en acide folique pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie, l'iodation du sel, ou une gestion de la malnutrition aiguë grave dans les principaux services de santé.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le Guatemala fait des efforts pour évaluer les investissements financiers globaux en matière de nutrition et pour établir un budget spécial pour les interventions afin de soutenir la lutte contre la malnutrition chronique infantile et la mortalité infantile et maternelle. En 2012, une ligne budgétaire des « 1 000 jours » a été créée. Il n'y a aucune référence aux contributions financières des donateurs et des partenaires du développement qui ne font pas partie du budget global de l'état pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Le développement d'un système de suivi financier pour la nutrition est une priorité. Le gouvernement s'engage à augmenter le budget de la sécurité alimentaire et nutritionnelle de 32 % d'ici 2014 (à partir d'une base 2013) via une approche intersectorielle. Il s'engage également à augmenter son budget pour soutenir la mise en place des interventions du Programme de fenêtre des 1 000 jours, en tenant compte de la

croissance démographique du Guatemala. Le plan national chiffré a été transmis au secrétariat du Mouvement SUN et sera analysé avec l'assistance d'experts techniques.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	10.9 million
Children under 5:	1.8 million
Adolescent Girls (15-19):	0.6 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	2.55%

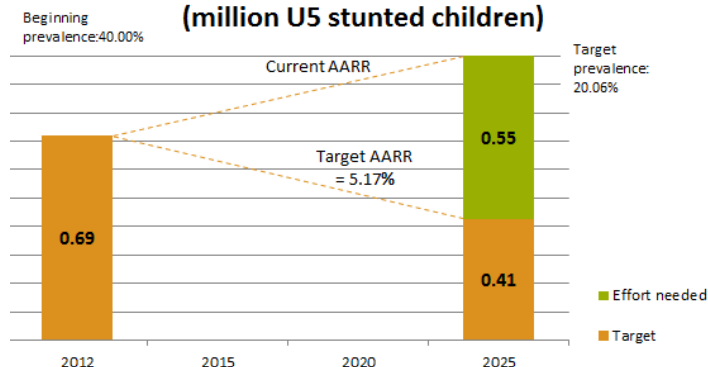
WHA nutrition target indicators (DHS 2012 Pre)

Low Birth Weight:	N/A
Exclusive Breastfeeding:	20.50%
U5 Stunting:	31.20%
U5 Wasting:	9.60%
U5 Overweight:	3.60%

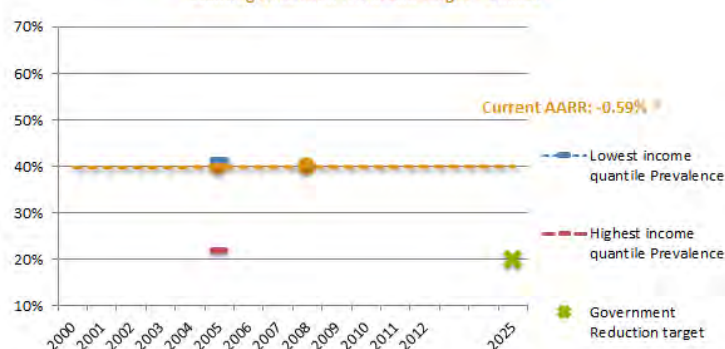
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	48.80%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	88.00%
Presence of iodised salt in the house	52.30%
Women's Empowerment	
Female literacy	16.10%
Female employment rate	63.80%
Median age at first marriage	16.3
Access to skilled birth attendant	38.10%
15-19 years women already mother or with first child	31.80%
Fertility rate	5.39
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	32.09%
Income share held by lowest 20%	6.35%
Open defecation	30.30%
Non-improved drinking water source	36.70%

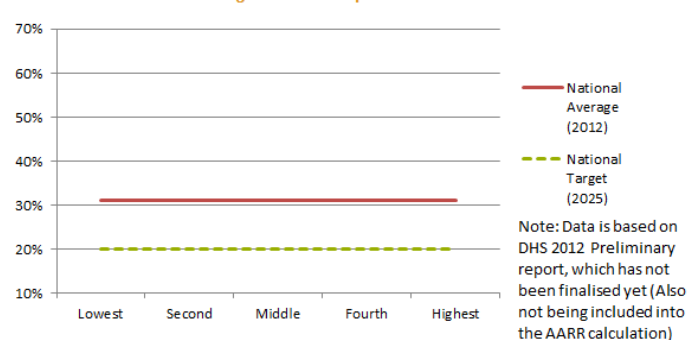
Targeted Stunting Reduction - Guinea (million U5 stunted children)



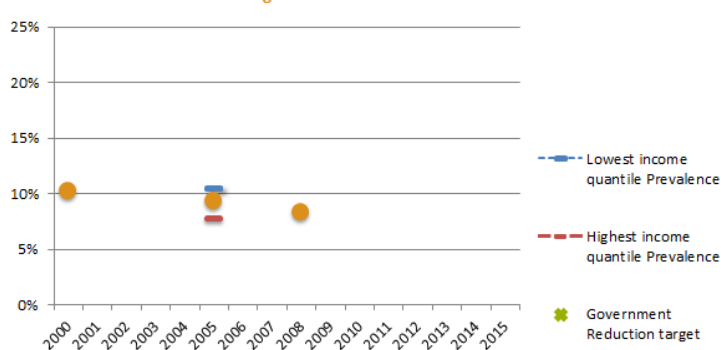
Stunting Reduction Trend and Target - Guinea



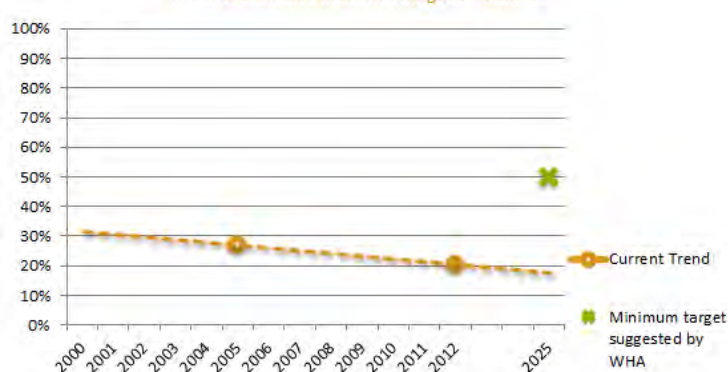
Distribution of stunting across wealth quintiles - Guinea



Wasting Prevalence - Guinea



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Guinea



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	
Qualité des processus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le Conseil National de Sécurité Alimentaire et Nutrition (CNSAN) est la plateforme multisectorielle chargée de la convocation. 16 ministères sont impliqués ainsi des représentants des organisations de la société civile et le secteur privé. La Présidence est assurée par le Conseiller du Premier Ministre pour la sécurité alimentaire et la nutrition. Le CNSAN se réunit une fois par semestre. Lors de l'évènement nutrition pour la croissance, le Gouvernement guinéen s'est engagé à créer un comité national interministériel de la nutrition et de l'alimentation basé au niveau du bureau du premier Ministre et de désigner des points focaux de nutrition dans tous les ministères intéressés. L'Alliance Nationale de Fortification s'implique largement dans la fortification des aliments. Le pays vient d'adhérer à REACH et les acteurs de la société civile et du secteur privé ont leur propre plateforme : le Conseil National des Organisations de la Société Civile.

Cadre politique et légal cohérent : Le gouvernement guinéen dispose d'une Politique Nationale d'Alimentation et Nutrition (PNAN) depuis 2005 en vue de renforcer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et fait partie intégrante du Plan multisectoriel de nutrition. Cette politique est axée sur les stratégies suivantes : (i) L'Initiative 1 000 jours, avec des interventions axées sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, le contrôle des carences en micronutriments et la gestion de la malnutrition aiguë, de l'hygiène et de la nutrition maternelle. La nutrition à base communautaire ; La législation nationale en matière de nutrition est vaste et inclut également des lois sur la fortification des aliments tels que le sel, l'huile, la farine de blé (2012). Il faut signaler que l'allaitement maternel est promu, encouragé et protégé à travers les Directives Nationales de l'allaitement maternel promulguées en 2003. Aussi, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) est en voie de révision et de promulgation ; (ii) Les autres stratégies axées sur la nutrition englobent tous les secteurs clés tels que l'agriculture et la sécurité alimentaire (nouveau Plan d'investissement agricole et de sécurité alimentaire, 2011), la santé publique et l'éducation (Plan de développement sanitaire-2006, Politique nationale d'alimentation scolaire-2012), ainsi que la protection sociale (Politique nationale de développement sociale). Lors de l'évènement nutrition pour la croissance, le Gouvernement guinéen s'est engagé à mettre en place un nouveau plan stratégique pour les interventions alimentaires et nutritionnelles. En 2013 la PNAN doit être révisée afin d'inclure l'initiative de 1000 jours, ainsi que le plan stratégique multisectoriel.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le groupe technique nutrition, qui se concentre sur les interventions directes en matière de nutrition, se compose de huit sous-programmes. Ils sont mis en œuvre par les gouvernements locaux avec le soutien technique des autres secteurs. Les huit sous-programmes sont décrits ci-dessous : (i) Le sous-programme pour l'Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants vise à améliorer les pratiques en matière d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire et à contrôler les carences en micronutriments chez les enfants de moins de cinq ans ; (ii) Le sous-programme pour l'Allaitement maternel exclusif envisage à améliorer cette pratique de nutrition du nourrisson ; (iii) Le sous-programme pour le counseling des femmes enceintes et allaitantes vise à améliorer la nutrition des femmes enceintes et allaitantes, tant dans les structures sanitaires que dans la communauté ; (iv) Le sous-programme pour la Prise en charge de la malnutrition aiguë permettra d'identifier au moins 90 % des enfants qui souffrent de malnutrition aiguë sévère et modérée. Tous les 33 districts sanitaires et les 5 communes de la ville de Conakry en Guinée ont déjà été formés et équipés pour la prise en charge et la prévention de la malnutrition aiguë. Au niveau communautaire, les Agents communautaires mènent des activités de dépistage de la malnutrition ; (v) Le sous-programme pour la Nutrition communautaire vise à améliorer les pratiques familiales essentielles en matière de la nutrition dans les communautés ; (vi) Le sous-programme pour la Lutte contre les carences en micronutriments contribue à la fortification des aliments, la supplémentation en vitamine A et en fer acide folique ; (vii) Le sous-programme pour la Prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives vise l'amélioration de la nutrition des enfants nés de mères séropositives ; (viii) Le sous-programme pour la recherche-action en nutrition évalue la pertinence des interventions par leurs résultats

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Les interventions nutritionnelles ne sont pas coordonnées en termes financier pour le moment. L'Etat ne dispose pas de ligne propre pour la nutrition. Chaque intervenant du secteur apporte son budget. Lors de l'évènement nutrition pour la croissance le Gouvernement guinéen s'est engagé à augmenter le budget national dédié aux interventions nutritionnelles de 10% d'ici 2020 et à adopter des lignes budgétaires pour la nutrition au sein des Ministères de la santé et de l'agriculture.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	9.9 million
Children under 5:	1.2 million
Adolescent Girls (15-19):	0.5 million
Average Number of Births:	0.3 million
Population growth rate:	1.33%

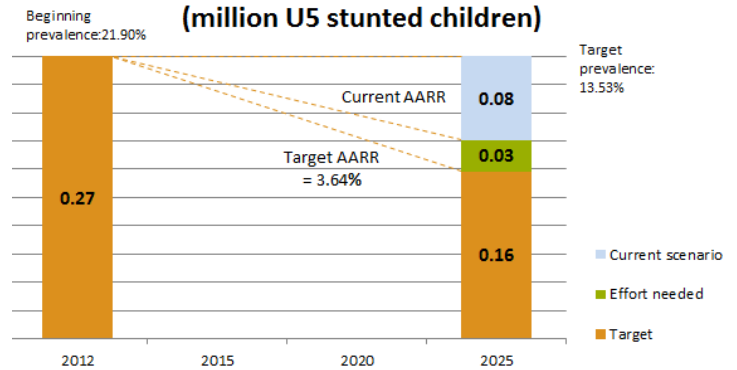
WHA nutrition target indicators (DHS 2012)

Low Birth Weight:	19.10%
Exclusive Breastfeeding:	39.70%
U5 Stunting:	21.90%
U5 Wasting:	5.10%
U5 Overweight:	3.60%

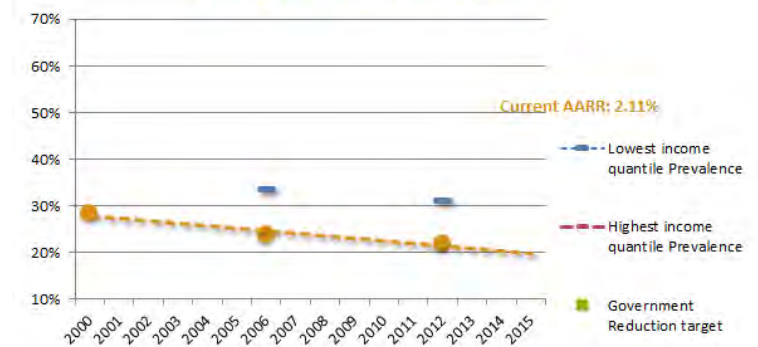
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	13.60%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	29.20%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.30%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	67.30%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	36.00%
Presence of iodised salt in the house	16.90%
Women's Empowerment	
Female literacy	73.60%
Female employment rate	54.40%
Median age at first marriage	21.8
Access to skilled birth attendant	37.30%
15-19 years women already mother or with first child	14.20%
Fertility rate	3.5
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	52.50%
Income share held by lowest 20%	2.38%
Open defecation	34.70%
Non-improved drinking water source	35.00%

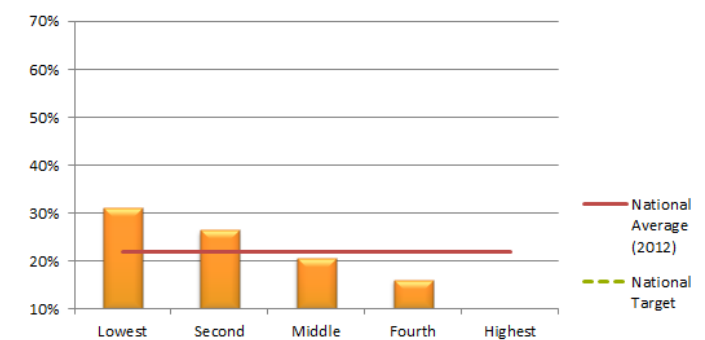
Targeted Stunting Reduction - Haiti (million U5 stunted children)



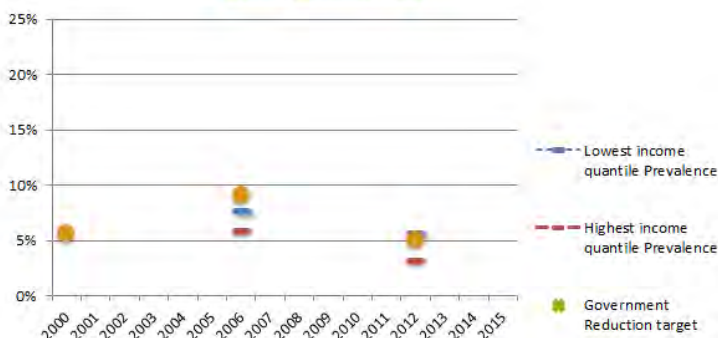
Stunting Reduction Trend and Target - Haiti



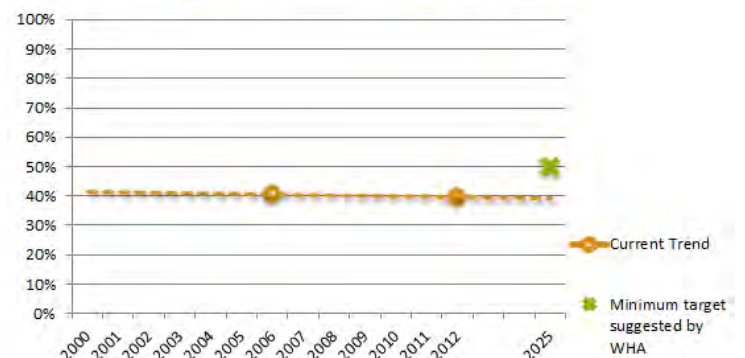
Distribution of stunting across wealth quintiles- Haiti



Wasting Prevalence- Haiti



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Haiti



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					3
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La Commission nationale de lutte contre la faim et la malnutrition (COLFAM) est chargée de l'orientation stratégique d'ABA GRANGO (Cadre stratégique national du gouvernement haïtien pour lutter contre la faim et la malnutrition). Présidée par la Première dame de la République d'Haïti, la COLFAM est composée de représentants du cabinet du Président, du cabinet du Premier ministre, des principaux ministères de tutelle et du Parlement. L'Unité de coordination nationale d'ABA GRANGO (UNAG) est chargée de l'exécution et de la coordination des activités définies dans ce cadre national. Le lancement officiel du Mouvement SUN en Haïti aura lieu la dernière semaine de juillet. Un atelier national sur la nutrition (moringa) s'est déroulé le 30/04. L'identification d'un représentant des donateurs est en cours. Le Ministère de la santé coordonne les activités des donateurs pour assurer une continuité et une durabilité des actions en cours. Les agences des Nations Unies sont impliquées à travers un Comité technique sur la nutrition aux niveaux national et départemental, ainsi que par des tables rondes sectorielles et un groupe restreint sur la nutrition. La société civile dispose de son propre forum appelé l'Association des travailleurs de la santé privée mais ne fait pas encore partie de plate-forme multisectorielle. Les premiers contacts du Gouvernement avec la communauté des entreprises concernent la Chambre de Commerce et des producteurs et importateurs alimentaires nationaux.

Cadre politique et légal cohérent : En Janvier 2012 Haïti a publié sa Politique nationale nutritionnelle actualisée qui s'adresse aux enfants jusqu'à 59 mois, aux femmes enceintes et allaitantes, aux personnes âgées et aux personnes infectées par le VIH/SIDA et la tuberculose. De nombreuses autres politiques et stratégies contribuent à la nutrition à travers différents secteurs, dont la stratégie de réduction de la pauvreté (Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2008-2010) et le Plan national d'investissement pour l'agriculture, l'éducation informelle et la protection sociale (mai 2010). Le droit à l'alimentation est défini dans la Constitution. Haïti dispose d'une législation spéciale sur la fortification du sel, de la farine et de l'huile avec de l'iode, le fer et la vitamine A et sur le congé maternité. Un projet de loi a été déposé pour renforcer la sécurité alimentaire (projet d'élevages carné et avicole par le Ministère de l'agriculture) et pour la mise en place d'un Conseil national de nutrition. Un Plan de communication a été finalisé.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : ABA GRANGO est le Cadre commun de résultats du gouvernement haïtien pour lutter contre la faim et la malnutrition, impulsé par le Président de la République, avec l'appui de la Première dame. Il est doté d'un plan de mise en œuvre détaillé et d'une matrice de répartition des responsabilités entre ministères. Neuf ministères, sept agences autonomes, la Croix-Rouge haïtienne (CRH) et 21 programmes gouvernementaux sont harmonisés sous le cadre stratégique d'ABA GRANGO. Par l'intermédiaire des ministères du gouvernement, ABA GRANGO met en œuvre des programmes dans trois domaines stratégiques : (i) les filets de protection sociale pour améliorer l'accès à la nourriture des plus vulnérables ; (ii) l'investissement agricole pour accroître la production alimentaire nationale ; (iii) les services de base, notamment en santé et nutrition, amélioration des infrastructures d'eau potable et d'assainissement et stockage des récoltes pour les familles les plus vulnérables. Une demande d'appui a été formulée pour élaborer un cadre de suivi-évaluation multisectoriel. Avec l'appui de l'USAID, Haïti a déjà mis en place 92 sites sentinelles dans 4 départements. Besoin de renforcer les capacités de plaidoyer et de mobilisation sociale pour toutes les couches de la population.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Le budget du Cadre a été reçu. Les données des partenaires sont attendues pour définir le gap de financement par rapport aux besoins. Un appui pour la finalisation du chiffrage du Cadre a été sollicité. La mobilisation de ressources financières extérieures, au-delà des fonds d'urgence, est considérée comme une priorité. Un appui de l'Union européenne de 100 000 € a été alloué pour les activités de nutrition. Une ligne budgétaire du gouvernement pour la nutrition a été mobilisée en 2013 (15 millions de Gourdes) afin de commencer les activités. L'accent sera mis sur les filets sociaux de sécurité, l'agriculture et des projets de développement communautaire.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	240.7 million
Children under 5:	25.1 million
Adolescent Girls (15-19):	10.2 million
Average Number of Births:	4.9 million
Population growth rate:	1.39%

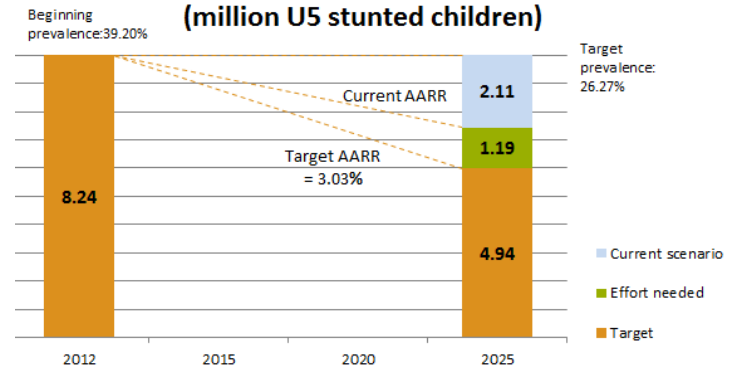
WHA nutrition target indicators (DHS 2007/2012)

Low Birth Weight:	5.50%
Exclusive Breastfeeding:	41.50%
U5 Stunting:	37.00%
U5 Wasting:	13.30%
U5 Overweight:	12.20%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	41.20%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	76.30%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	81.50%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	76.00%
Presence of iodised salt in the house	62.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	87.40%
Female employment rate	46.80%
Median age at first marriage	19.8
Access to skilled birth attendant	79.00%
15-19 years women already mother or with first child	8.50%
Fertility rate	2.5
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	49.76%
Income share held by lowest 20%	7.27%
Open defecation	23.00%
Non-improved drinking water source	30.20%

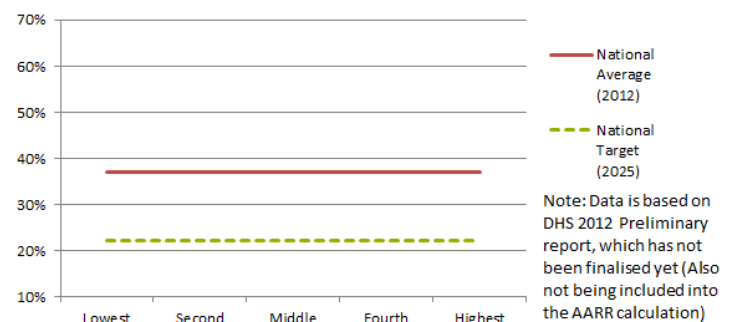
Targeted Stunting Reduction - Indonesia (million U5 stunted children)



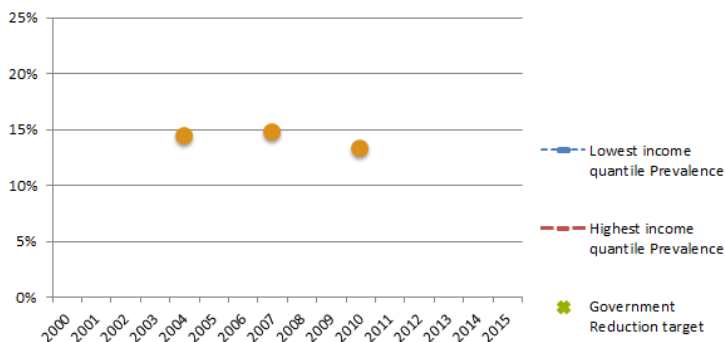
Stunting Reduction Trend and Target - Indonesia



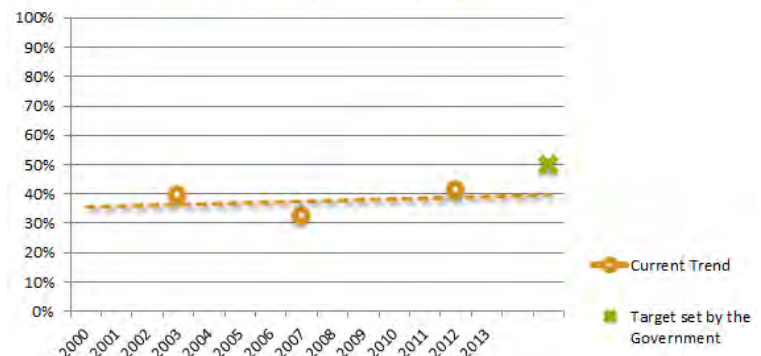
Distribution of stunting across wealth quintiles - Indonesia





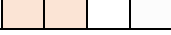
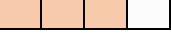

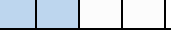


Wasting Prevalence - Indonesia



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Indonesia



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : En septembre 2012, l'Indonésie a lancé le cadre de sa politique nationale pour le Mouvement SUN. Quatre ministres (du Bien-être social, du Développement et de la planification, de la Santé, et de l'Émancipation des femmes et de la protection des enfants) ont lancé le « Mouvement des 1 000 premiers jours de la vie », dont les objectifs sont définis dans le cadre d'une politique comprenant cinq cibles nationales relatives à la nutrition pour 2015 afin de réduire la malnutrition infantile chronique et aiguë, l'anémie chez les femmes, la naissance de bébés de faible poids, l'allaitement maternel exclusif et l'obésité infantile. Plus récemment, le 24 mai 2013, le président Susilo Bambang Yudhoyono a signé le décret présidentiel numéro 42, qui fournit le cadre réglementaire légitime pour faciliter la mise en œuvre des efforts portant sur le renforcement de la nutrition en Indonésie. Ce décret établit la base des mécanismes de coordination multisectoriels et multi-acteurs pour renforcer la nutrition dans le pays sous l'autorité du ministère du Bien-Être social (agissant en tant qu'organisateur). La mise en œuvre du décret est une priorité à court terme. Les mécanismes de coordination doivent être renforcés en particulier au niveau infranational. En août 2013 sera lancé officiellement le Mouvement SUN, qui rassemblera tous les décideurs au niveau provincial ayant un rôle majeur dans la mise en œuvre du cadre de la politique SUN au niveau infranational. Un groupe de travail de haut niveau pour le mouvement national est dirigé par le ministre chargé de la coordination du Bien-être social et rend directement compte au président. Sous le groupe de travail, une équipe technique dirigée par le ministre adjoint du Développement des ressources humaines et des Affaires culturelles de l'Agence nationale de planification du développement a été établie pour synchroniser le développement et la mise en œuvre des plans mentionnés dans les Plans d'action nationaux et infranationaux pour l'alimentation et la nutrition, et les autres programmes nutritionnels mis en œuvre par les différents ministères et agences. De plus, ce groupe consolide les efforts des autres plateformes de coordination existantes qui ont été établies dans des circonscriptions clés. L'équipe technique est conseillée par un groupe d'experts et inclut des groupes de travail chargés du plaidoyer, des campagnes, de la planification et du budget, de la formation et des partenariats. Le gouvernement a associé des représentants de toutes les parties prenantes à chaque groupe de travail. La plateforme SUN des partenaires du développement regroupe l'UNICEF, l'AusAid, l'USAID, la Banque mondiale, la BAD, le PAM, l'OMS et la MCC. Un coordinateur des donateurs sera bientôt nommé. Les agences des Nations Unies ont établi un mécanisme pour coordonner les activités dans le domaine de la nutrition. Les organisations de la société civile se rencontrent au Forum de la Nutrition pour partager les expériences entre 16 ONG et organisations professionnelles. Le secteur privé est représenté dans le groupe de travail d'experts sur les partenariats par différents acteurs, tels qu'Unilever, IndoFoods et Pertamina.

Cadre politique et légal cohérent : L'Indonésie a révisé ses politiques et stratégies spécifiques à la nutrition depuis 2005. L'adoption législative d'un grand nombre de politiques et stratégies dans les secteurs appropriés fournit un cadre cohérent pour une action multisectorielle. La législation nationale relative à la nutrition couvre un ensemble de lois portant sur la santé et l'alimentation (sécurité alimentaire, qualité des aliments, étiquetage et publicité sur les aliments). De nombreuses dispositions sur la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ont été approuvées dans la Réglementation gouvernementale numéro 33 (2012) sur l'allaitement maternel exclusif. Une législation sur l'enrichissement de la farine et l'iodation du sel est également en place. L'enrichissement de l'huile avec de la vitamine A sera obligatoire à partir de 2013. L'enrichissement du riz est en cours d'élaboration. Une stratégie de plaidoyer et de communication est en cours de développement.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan d'action national pour l'alimentation et la nutrition (2011-2015) offre un cadre commun de résultats pour l'amélioration de la nutrition en Indonésie. Comme ce plan a été développé avant que l'Indonésie ne rejoigne le Mouvement SUN, un processus d'harmonisation pour aligner les indicateurs et les cibles sur le plan et le cadre de la politique SUN est en cours. Les programmes de nutrition communautaires, les projets d'enrichissement et les initiatives de protection sociale relatives à la nutrition complètent ce cadre. Des programmes à grande échelle sont mis en œuvre par différents ministères. De plus amples informations sont nécessaires pour évaluer le degré de convergence ou de partage des résultats de ces programmes. L'Indonésie s'est engagée à une approche décentralisée du renforcement de la nutrition. L'accent sera mis sur des interventions spécifiques et vérifiables dans le domaine de la nutrition, parmi lesquelles la promotion de l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, l'amélioration de l'apport en micronutriments via un complément et un enrichissement de l'alimentation et la gestion de la malnutrition aiguë grave. Les parties prenantes au niveau des provinces et des districts donneront la priorité aux efforts dans le domaine de la nutrition dans leurs plans de développement et leurs budgets. Le gouvernement s'est engagé à mettre en place une couverture universelle pour l'assurance maladie. Les mécanismes de protection sociale, comme

les initiatives de transfert conditionnel en cours, seront renforcés pour améliorer l'équité sociale et l'accès à la nourriture. L'assurance maladie nationale dans le projet de sécurité sociale couvre les communautés pauvres et démarrera en janvier 2014.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Les données financières des programmes relatifs à la nutrition sont analysées. Le total des fonds alloués au niveau central au ministère de la Santé, département de la Nutrition, est de 30 millions de dollars US par an. Chaque province (34) et chaque district (497) gère ses propres ressources, qui s'ajoutent à la contribution au niveau central. Les insuffisances de financement ne sont pas encore clairement identifiées et les contributions des donateurs extérieurs ne sont pas encore explicites.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	40.9 million
Children under 5:	6.7 million
Adolescent Girls (15-19):	2.1 million
Average Number of Births:	1.5 million
Population growth rate:	2.68%

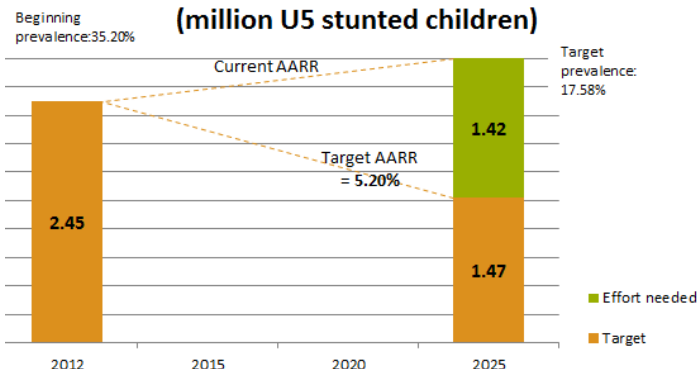
WHA nutrition target indicators (DHS 2008-2009)

Low Birth Weight:	5.60%
Exclusive Breastfeeding:	31.90%
U5 Stunting:	35.30%
U5 Wasting:	6.70%
U5 Overweight:	4.70%

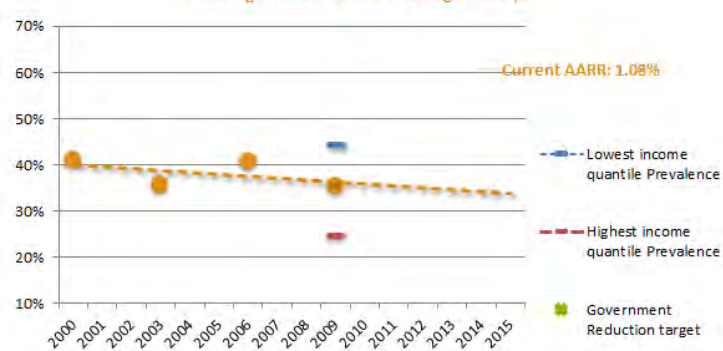
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	38.50%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	54.30%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.20%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)	30.30%
Presence of iodised salt in the house	97.70%
Women's Empowerment	
Female literacy	84.90%
Female employment rate	55.40%
Median age at first marriage	20
Access to skilled birth attendant	43.80%
15-19 years women already mother or with first child	17.70%
Fertility rate	4.8
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	23.34%
Income share held by lowest 20%	4.84%
Open defecation	14.50%
Non-improved drinking water source	38.70%

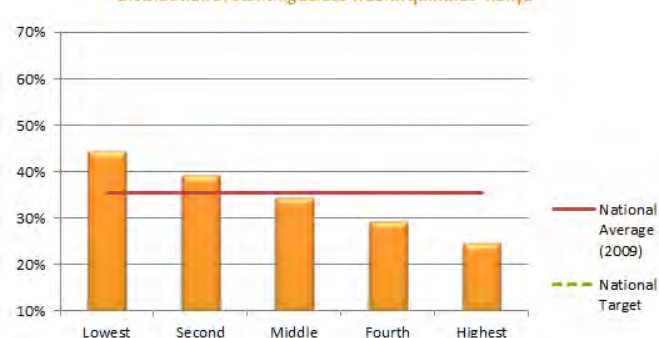
Targeted Stunting Reduction - Kenya (million U5 stunted children)



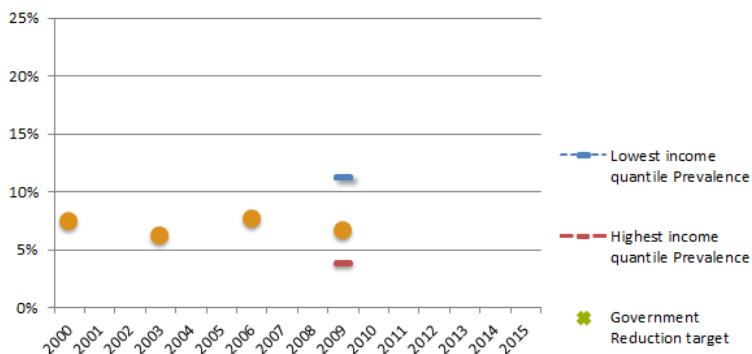
Stunting Reduction Trend and Target - Kenya



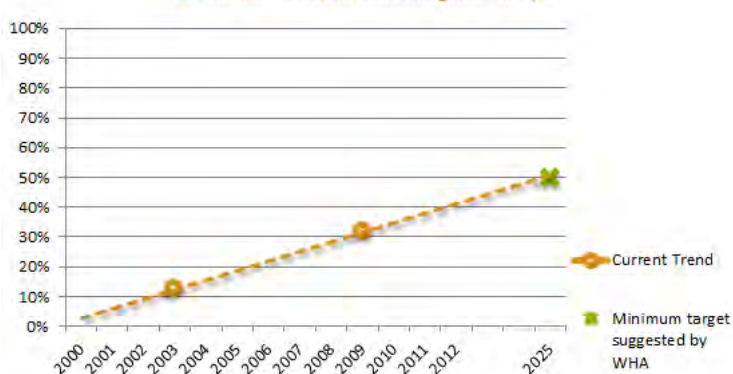
Distribution of stunting across wealth quintiles - Kenya







Wasting Prevalence - Kenya



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Kenya



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2

Amener les gens à travailler ensemble : Le NICC (Nutrition Interagency Coordinating Committee, Comité de coordination interagences sur la nutrition) sert de plateforme multi-acteurs et multi-agences pour la coordination de la nutrition au Kenya. Le NICC se réunit tous les trimestres. Il est présidé par le chef de la division Nutrition au ministère de la Santé publique et de l'assainissement, qui est également le point focal gouvernemental du SUN. Parmi ses membres figurent au moins cinq ministères de tutelle, des agences des Nations Unies et des institutions universitaires et de la société civile. Le NICC approuve les documents clés des politiques, lignes directrices et stratégies en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle et mobilise les ressources pour les plans de nutrition annuels. L'équipe de coordination SUN, constituée de représentants d'au moins neuf ministères de tutelle ayant signé la politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle du Kenya, s'est créée et s'est réunie avant le lancement de SUN dans le pays en novembre 2012. Les termes de référence pour l'équipe de coordination SUN sont en cours de développement et le secrétariat se trouve dans la division Nutrition. Les secteurs représentés dans l'équipe sont l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'éducation, le commerce, l'égalité des sexes, la protection sociale, les finances, la planification ainsi que des représentants travaillant sur le plan de développement national à long terme Vision 2030. Le nouveau gouvernement du Kenya s'est engagé dans le domaine de la nutrition et a mis l'accent sur la mise en œuvre de la politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le cadre des priorités clés pour les secrétaires des cabinets des ministères de l'Agriculture et de la Santé. Cette mise en œuvre sera appuyée par l'établissement de structures de coordination de haut niveau, à savoir le NFSNSC (National Food Security and Nutrition Steering Committee, Comité directeur national de l'alimentation et de la nutrition) et le NFNS (National Food and Nutrition Security Secretariat, Secrétariat national de la sécurité alimentaire et nutritionnelle), qui seront hébergés dans le bureau du président ou le ministère de la Décentralisation et de la planification. Un réseau de la société civile est bien établi depuis 2008 avec des termes de référence clairs, et se réunit tous les mois pour offrir une assistance technique à la prestation de services de nutrition. Ce forum a posé les jalons qui ont conduit le Kenya à adhérer au Mouvement SUN en novembre 2012. Le réseau des Nations Unies (en cours de révision), le réseau des donateurs et le réseau du secteur privé travaillent en étroite collaboration avec la société civile et le gouvernement pour soutenir la nutrition dans le pays via un plaidoyer et une assistance technique et financière.

Cadre politique et légal cohérent : Le Kenya dispose d'une Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle (2012) et d'un Plan d'action national pour la nutrition pour 2012–2017. Ces deux documents orientent les travaux et les interventions dans le domaine de la nutrition dans le pays. Les législations relatives à la nutrition qui ont été développées incluent la Loi de 2012 sur les substituts du lait maternel (réglementations et contrôle) et la législation sur l'enrichissement obligatoire approuvée en 2012. De plus, des lignes directrices et des plans de travail détaillés pour des domaines nutritionnels spécifiques ont été développés, parmi lesquels : la Politique nationale sur la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants et la Ligne directrice de la politique nationale sur les compléments combinés en fer et en acide folique pour les femmes enceintes au Kenya. Des politiques, stratégies et plans nutritionnels existent dans différents secteurs, par ex. pour le développement national et la réduction de la pauvreté (Kenya VISION 2030 et la Stratégie de relance économique pour la création de richesses et d'emplois 2003), l'agriculture (Stratégie de développement du secteur de l'agriculture 2010-2015), l'éducation (Politique nationale de santé à l'école 2009), la protection sociale (Politique nationale de protection sociale 2012) et la santé (Cadre complet de la politique nationale de santé 2011-2030).

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le pays a développé un Plan d'action national pour la nutrition 2012-2017 (NNAP, National Nutrition Action Plan) qui a été lancé lors d'un symposium national SUN en novembre 2012. Le NNAP fournit un cadre pour la mise en œuvre coordonnée de l'engagement du Kenya en matière de nutrition. Ce plan possède 11 objectifs stratégiques centrés sur des interventions à fort impact dans le domaine de la nutrition, la prévention et la gestion des maladies non contagieuses, les systèmes de surveillance et d'évaluation et le renforcement des mécanismes de coordination. Le NNAP inclut également un cadre de suivi et d'évaluation des résultats. Le NNAP a déjà été déployé aux niveaux national et provincial avec des interventions dans le domaine de la nutrition ciblant les femmes et les jeunes enfants. Le NNAP répond également aux besoins des enfants en âge d'être scolarisés et des autres groupes de population confrontés à des problèmes de surpoids, d'obésité et de maladies non contagieuses.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le budget alloué par le gouvernement en shillings du Kenya (Ksh) pour les secteurs clés en 2013/2014 inclut : santé, 34,7 milliards, agriculture, 38,1 milliards, protection sociale, 13,4 milliards, orphelins et groupes vulnérables, 8 milliards, personnes âgées, 3,2 milliards, personnes handicapées, 425 millions, subventions alimentaires urbaines, 356 millions et alimentation scolaire, 2,6 milliards. Le plan NNAP

chiffré a été transmis au Mouvement SUN, ce qui a permis la visite dans le pays d'une équipe d'experts afin d'examiner le plan avec le gouvernement et les principaux acteurs. Le coût total du NNAP sur cinq ans est de 70 milliards de Ksh (environ 824 millions de dollars US, en moyenne 165 millions de dollars US par an, avec un coût annuel par habitant de moins de 4 dollars US). La majorité des ressources (70 %) sont destinées aux enfants de moins de cinq ans. Le chiffrage du NNAP, effectué sur une période de trois mois, a été mené par le gouvernement du Kenya et l'UNICEF, avec l'aide de parties prenantes supplémentaires.

Demographic data (2010, WPP 2012)

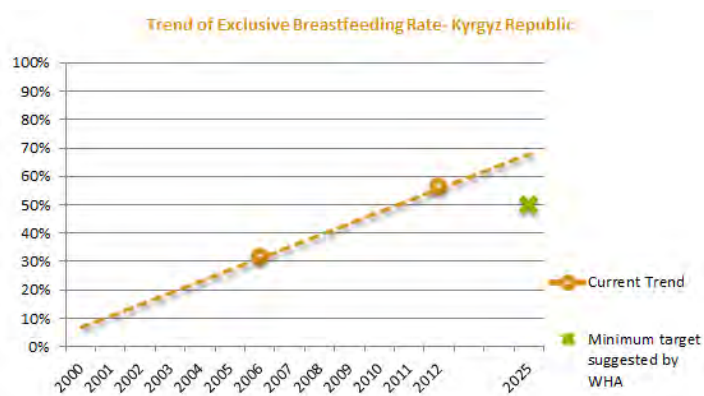
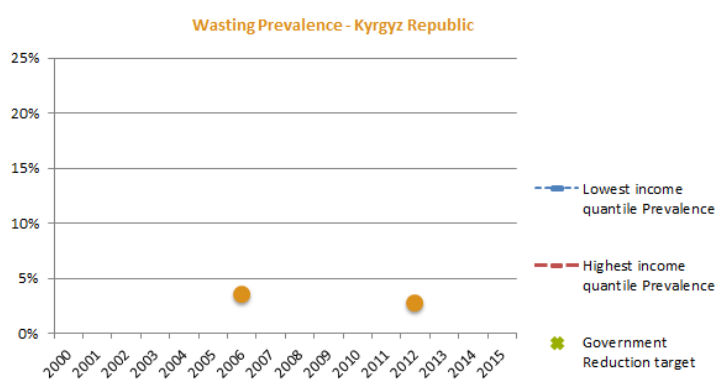
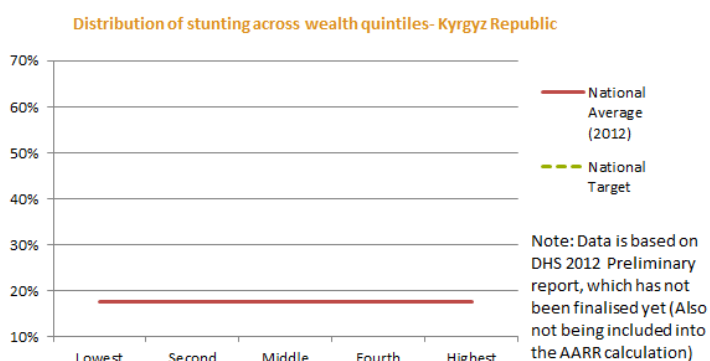
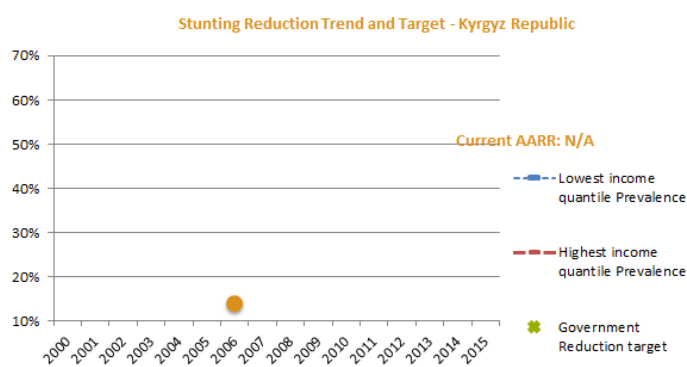
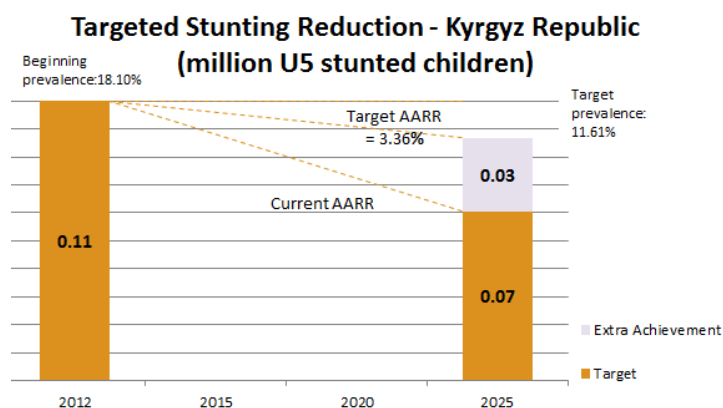
National Population:	5.3 million
Children under 5:	0.6 million
Adolescent Girls (15-19):	0.3 million
Average Number of Births:	0.1 million
Population growth rate:	1.13%

WHA nutrition target indicators (DHS 2012 Pre)

Low Birth Weight:	5.30%
Exclusive Breastfeeding:	56.10%
U5 Stunting:	17.70%
U5 Wasting:	2.70%
U5 Overweight:	8.50%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)	47.00%
Presence of iodised salt in the house	76.10%
Women's Empowerment	
Female literacy	99.90%
Female employment rate	50.30%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	97.60%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	2.78
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	35.30%
Income share held by lowest 20%	7.68%
Open defecation	0.10%
Non-improved drinking water source	11.80%



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	2
Qualité du processus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : La République kirghize a rejoint le Mouvement SUN en décembre 2011, et l'engagement du gouvernement pour la nutrition au plus haut niveau ne cesse de croître, avec notamment le soutien du vice-premier ministre. Le Conseil de sécurité alimentaire est un organisme consultatif mis en place par le gouvernement et chargé de prendre des décisions concernant l'approvisionnement stable et continu en denrées alimentaires et les mesures visant à améliorer la qualité des aliments. Ce Conseil est co-présidé par le ministre de l'Agriculture et le ministre des Affaires intérieures et composé de représentants d'un grand nombre de ministères. Une représentation du secteur privé et de la communauté des donateurs dans le conseil est également planifiée. Une réunion à un haut niveau sur le développement s'est tenue les 10 et 11 juillet et incluait une séance consacrée à la nutrition. Les donateurs utilisent le groupe sectoriel Nutrition et le groupe Nutrition au sein du SWAP (Health Sector Wide Approach, Approche sectorielle en matière de santé), une plateforme spécifique pour coordonner leurs efforts. Les OSC travaillent avec le gouvernement par le biais de l'Association des comités villageois de santé. Les producteurs de sel et de vitamines sont les principaux acteurs de la communauté du secteur privé impliqués dans le Conseil de la sécurité alimentaire, qui est la plateforme multisectorielle.

Cadre politique et légal cohérent : Une Stratégie nationale d'amélioration de la nutrition publique (2013-2017) a été développée mais n'est pas encore approuvée. Avant de la soumettre au gouvernement pour approbation, il est nécessaire d'estimer les coûts. Des efforts pour améliorer l'enrichissement des aliments ont ouvert la porte à un plus grand engagement en matière de nutrition. Une loi nationale sur l'enrichissement des aliments a été débattue au Parlement et renvoyée au gouvernement pour être revue. La législation pour la réglementation de l'enrichissement de la farine a été approuvée en 2009 et des amendements sont en cours de développement. Les producteurs de sel travaillent avec le gouvernement à identifier les obstacles à la politique de nutrition afin d'augmenter la couverture de l'iodation du sel. Des réglementations techniques sur la sécurité de la production, du stockage, du transport, de la vente et de la distribution d'aliments pour bébés ont été adoptées avec l'aide de la Loi sur la protection de l'allaitement maternel et la commercialisation des substituts du lait maternel. Plusieurs politiques et stratégies révisées couvrent des secteurs clés comme l'agriculture, la réduction de la pauvreté, le développement et la protection sociale. Une stratégie de communication pour la nutrition est également en cours de développement.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : La Stratégie nationale de nutrition, qui comporte un Cadre commun de résultats définissant les responsabilités de toutes les parties impliquées, a été développée mais n'a pas encore été approuvée. Avec le soutien de l'UNICEF, la République kirghize a engagé un consultant expert pour aider à établir le coût de cette stratégie. Pour accroître la capacité du Conseil de la sécurité alimentaire, la FAO et le PAM fournissent une assistance technique et financière pour améliorer le système de surveillance de la sécurité alimentaire du pays. Via les Comités villageois pour le système de santé, 14 000 volontaires ayant un lien avec le système de santé publique du gouvernement fournissent des renseignements sur la nutrition à leurs communautés.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Des programmes nationaux de nutrition sont développés et mis en œuvre avec le budget de l'état et la contribution de donateurs. Alors que le pays dépense plus de 13 millions de dollars US par an pour son programme d'alimentation scolaire et les activités de l'agence spécialisée en sécurité alimentaire, des insuffisances de financement ont été identifiées dans plusieurs zones stratégiques telles que les campagnes de sensibilisation à la nutrition ainsi que le développement et la mise en œuvre d'un système de surveillance pour la nutrition. Aucune information précise n'est disponible de la part des autres secteurs au sujet des ressources disponibles, des insuffisances de financement ou des types d'activités nutritionnelles qui sont ou pourraient être mises en œuvre.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	6.4 million
Children under 5:	0.8 million
Adolescent Girls (15-19):	0.4 million
Average Number of Births:	0.2 million
Population growth rate:	1.99%

WHA nutrition target indicators (LSIS 2011)

Low Birth Weight:	14.80%
Exclusive Breastfeeding:	40.40%
U5 Stunting:	44.20%
U5 Wasting:	5.90%
U5 Overweight:	2.00%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice

Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-

Programs for vitamin and mineral deficiencies

Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	1.00%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	36.90%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	92.00%
Presence of iodised salt in the house	79.50%

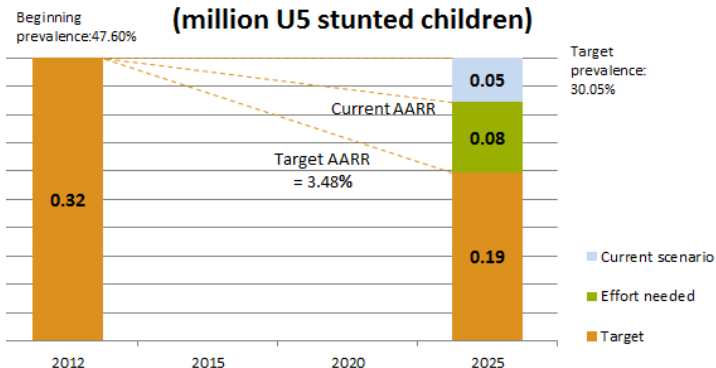
Women's Empowerment

Female literacy	68.70%
Female employment rate	75.60%
Median age at first marriage	19.2
Access to skilled birth attendant	41.50%
15-19 years women already mother or with first child	14.00%
Fertility rate	3.2

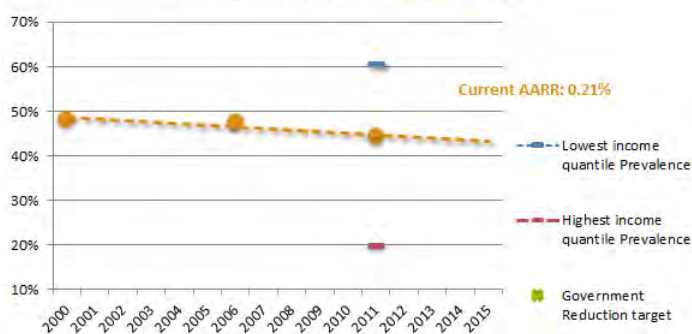
Other Nutrition Sensitive Indicators

Rate of urbanization	32.11%
Income share held by lowest 20%	7.64%
Open defecation	37.90%
Non-improved drinking water source	30.10%

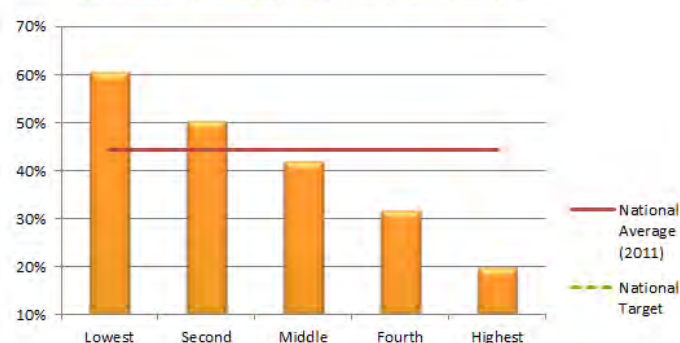
Targeted Stunting Reduction - Lao PDR (million US stunted children)



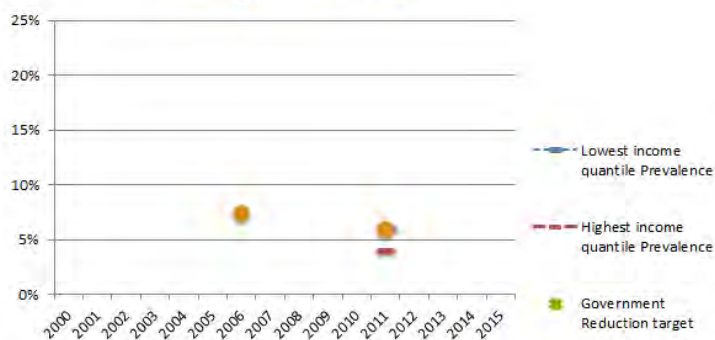
Stunting Reduction Trend and Target - Lao PDR



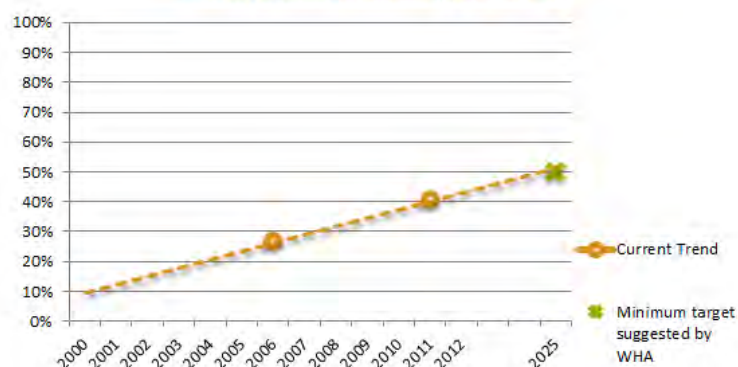
Distribution of stunting across wealth quintiles - Lao PDR











Wasting Prevalence - Lao PDR



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Lao PDR



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La RDP lao a rejoint le Mouvement SUN en 2011 et s'emploie à consolider l'engagement politique et les actions du gouvernement et des acteurs clés. Le ministère de la Santé travaille, en association avec d'autres ministères et partenaires, à établir une approche systématique pour renforcer la nutrition pour la période 2013-2015, et une table ronde de haut niveau axée sur l'action multisectorielle pour renforcer la nutrition s'est tenue en juin 2013. Alors que la RDP lao aimerait tirer profit de l'expérience d'autres pays en matière de collaboration transectorielle, le Premier ministre a signé un décret pour créer le Comité national de nutrition et son secrétariat le 31 juillet 2013. Ce comité inclut le Bureau du Premier ministre, les ministères de la Santé et de l'Agriculture et des forêts, les ministères de tutelle et les organisations de masse concernées. Le ministère de la Santé a mis en place une Équipe multisectorielle sur la nutrition, qui sera associée au Groupe technique de travail multisectoriel sur la sécurité alimentaire créé par le ministère de l'Agriculture. Les réunions de l'Équipe multisectorielle sur la nutrition se tiendront aux niveaux national et provincial avec l'implication des ministères de l'Agriculture et des forêts, de la Santé et de l'Éducation, et de l'Union des femmes laotiennes. Alors que l'établissement d'une plateforme multisectorielle multi-acteurs est en cours, le Processus de table ronde pour l'efficacité de l'aide et ses groupes de travail des secteurs concernés fournissent une plateforme appropriée pour promouvoir une coopération interministérielle sur les activités de sécurité alimentaire et nutritionnelle. La communauté des donateurs soutient la création de la plateforme multisectorielle multi-acteurs. Il n'y a actuellement pas de représentant du secteur privé dans les efforts multi-acteurs de la RDP lao pour renforcer la nutrition.

Cadre politique et légal cohérent : La Stratégie nationale de nutrition et le Plan d'action 2010-2015 fournissent une orientation stratégique pour tous les acteurs de la lutte contre la malnutrition et ses déterminants. Avec le soutien de l'UE et des autres partenaires de développement, le gouvernement projette de réviser ce document, en donnant la priorité aux actions immédiates pour 2015 dans le but d'assurer la réalisation des OMD. Les nouvelles politiques et stratégies nutritionnelles couvrent la plupart des secteurs clés incluant l'agriculture et la sécurité alimentaire, le développement, la santé publique et l'éducation. Une Stratégie nationale de croissance et d'élimination de la pauvreté a été adoptée en 2006. Le ministère de la Santé étudie également des manières de renforcer la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les efforts d'iodation généralisée du sel, mais la législation dans ces secteurs n'a pas encore été approuvée. Le processus de consultation et de plaidoyer sur la révision de la loi relative à la protection de la maternité autorise 90 jours de congé maternité, soit juste en dessous de la durée de 14 semaines recommandée par le BIT. La plateforme multi-acteurs travaille avec le ministère des Travaux publics pour étudier des améliorations des plans WASH pour les zones rurales.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : La RDP lao n'a pas encore adopté de cadre commun de résultats pour la nutrition. Le ministère de la Santé a donné la priorité à la nutrition (spécifique et sensible) dans le cadre de la réforme du secteur de la santé sur le court terme (2013-2015), le moyen terme (2015-2020) et le long terme (2020-2025). Le gouvernement est également en train de déterminer la meilleure approche pour accroître l'implication provinciale dans les activités nutritionnelles. La RDP lao prévoit d'accélérer la mise en œuvre de la Stratégie nationale de nutrition et du Plan d'action en intégrant un composant de sécurité alimentaire et en promouvant une meilleure harmonisation, un alignement des donateurs et une coordination. La RDP lao prévoit également de définir un cadre S&E sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Les activités des organisations de la société civile sont intégrées au processus de planification du développement du ministère de l'Agriculture et des forêts. La société civile continue de jouer un rôle clé dans la mise en œuvre de la Stratégie Agriculture 2020, qui répond également au problème de la sécurité alimentaire et de la nutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le ministère de la Santé a soumis un plan budgétaire pour 2013-2014 avec une hausse proposée des investissements pour renforcer les interventions nutritionnelles. Avec le soutien des partenaires de développement, une cartographie des activités et des projets existants est en cours pour estimer la totalité des besoins budgétaires en matière de nutrition et toutes les insuffisances de financement correspondantes. Une assistance technique est nécessaire pour estimer les coûts des stratégies et interventions nutritionnelles. La mobilisation des ressources s'avère être un défi pour le pays. Conformément aux récents efforts au niveau national pour améliorer l'efficacité de l'aide, le gouvernement discute avec les partenaires du développement des différents choix pour assurer une approche plus cohérente et moins fragmentée du financement, notamment des ressources pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle. L'Assemblée nationale a approuvé une stratégie de réforme du secteur de la santé et augmenté le budget de la santé pour atteindre 9 % du total des dépenses du gouvernement, ce qui est un signe encourageant pour le financement de la nutrition. Le suivi

du financement national via le système de finances publiques actuel est également un défi de taille. Des efforts sont en cours pour étudier la meilleure façon d'assurer le suivi des sommes allouées à la nutrition dans les différents secteurs. L'UE vise à augmenter son engagement pour des actions spécifiques et sensibles dans le domaine de la nutrition dans sa prochaine stratégie pour la RDP lao. Une évaluation de l'impact de la malnutrition sur le développement économique et social en RDP lao a été effectuée avec l'aide de l'UNICEF. Les résultats ont été diffusés et présentés lors d'une table ronde de haut niveau qui s'est tenue en juin 2013.

Demographic data (2010, WPP 2012)

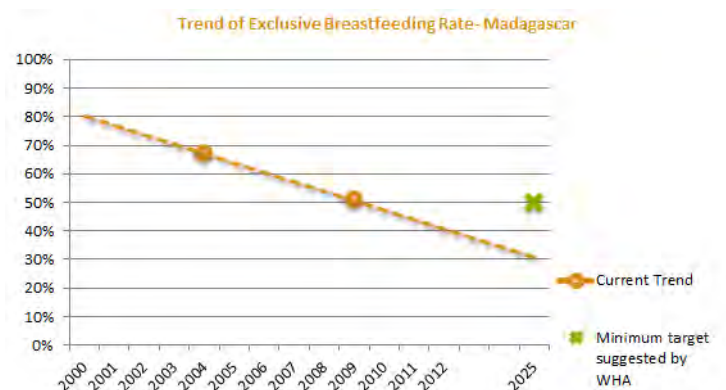
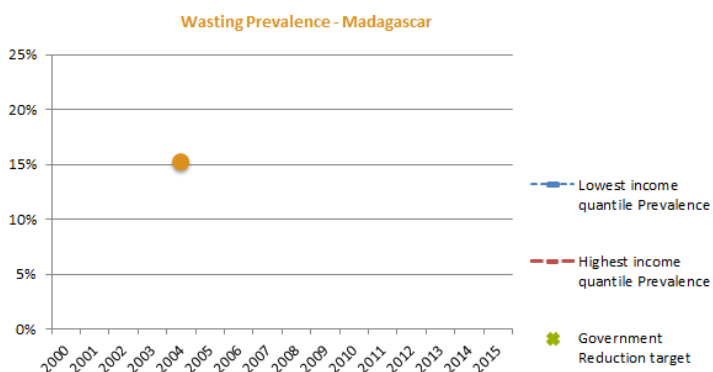
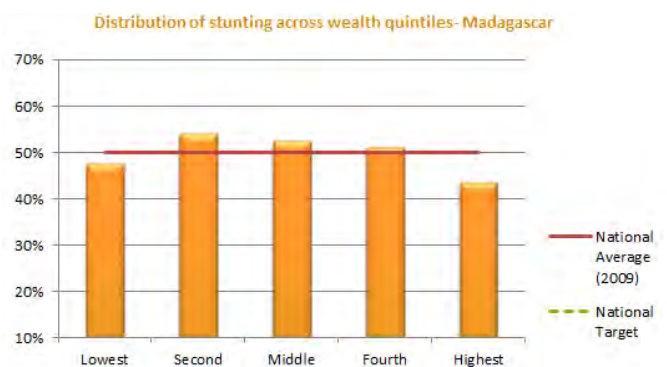
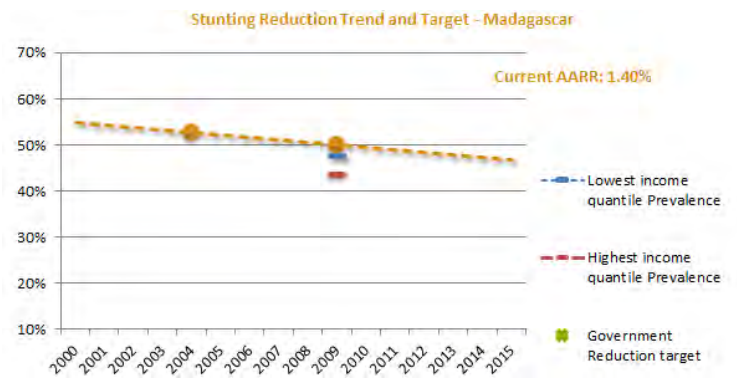
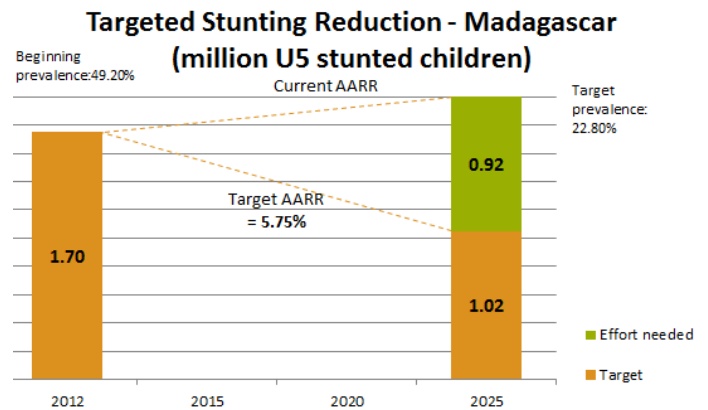
National Population:	21.1 million
Children under 5:	3.4 million
Adolescent Girls (15-19):	1.2 million
Average Number of Births:	0.7 million
Population growth rate:	2.84%









WHA nutrition target indicators (DHS 2008-2009)

Low Birth Weight:	12.70%
Exclusive Breastfeeding:	50.70%
U5 Stunting:	50.10%
U5 Wasting:	15.2% (2004)
U5 Overweight:	6.20%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	2.70%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	62.80%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	1.40%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	49.30%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	91.00%
Presence of iodised salt in the house	46.60%
Women's Empowerment	
Female literacy	74.70%
Female employment rate	80.30%
Median age at first marriage	18.7
Access to skilled birth attendant	43.90%
15-19 years women already mother or with first child	31.70%
Fertility rate	4.83
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	31.38%
Income share held by lowest 20%	5.41%
Open defecation	43.70%
Non-improved drinking water source	59.60%



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					3
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : À Madagascar, la nutrition bénéficie d'une position centrale. Le Premier ministre dirige et supervise directement le Conseil National de Nutrition (CNN). Il s'agit d'une plate-forme multisectorielle et multi-acteurs pour la nutrition, composée de représentants de Ministères sectoriels et de parties prenantes très divers y compris les parlementaires. Des plates-formes similaires existent dans chacune des 22 régions de Madagascar. Le CNN qui est un centre d'orientation et de coordination des grandes lignes de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) soutient l'ONN (Office National de Nutrition). L'ONN est rattaché à la Primature et assure la coordination multisectorielle et multi-acteurs et le suivi de la mise en œuvre du PNN et du Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN) en collaboration avec les Ministères Sectoriels et les institutions des Nations Unies. Dans le cadre du mouvement SUN, 5 plates-formes ont été mises en place durant le premier trimestre de 2013: Gouvernement, OSC, Entreprises, Nation Unies et Donateurs. Les points focaux pour les 5 plates formes devraient être membres du CNN et participent incessamment aux réunions du CNN. Le point focal du Gouvernement préside et anime la réunion avec les points focaux de chaque plateforme. Toutefois un appui au renforcement de capacité en coordination multisectorielle est sollicité. Le coordonnateur des donateurs reste à déterminer. Madagascar organise des grandes mobilisations sociales chaque année à savoir la Journée Nationale de Nutrition (JNN), la Semaine pour la Santé des Mères et des Enfants (SSME)- deux fois par an (Avril et Octobre), la Journée Mondiale de l'Alimentation (JMA) et la Journée Mondiale des Femmes Paysannes. Dans le cadre du Programme National de Nutrition Communautaire (PNNC) qui existe depuis 1992, une mobilisation communautaire est organisée par les Associations féminines, les ONGs de proximité et les Agents Communautaires de Nutrition.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique Nationale de Nutrition (PNN) spécifique date de 2004, couvre la période de 2005-2015. Cette PNN a été traduit en Plan national d'action pour la nutrition PNAN, pour la période de 2005-2009. Ce Plan a été mis à jour pour avoir le PNAN II en 2012. Des politiques sont en place dans tous les secteurs clés, notamment l'agriculture et la sécurité alimentaire, le développement, la santé publique, l'éducation et la protection sociale avec un plan d'action pour l'égalité et le développement. L'intégration de la nutrition dans les politiques et programmes traitant des questions de genre, d'eau et assainissement, de protection sociale et de d'environnement est en cours. Le pays se concentre particulièrement sur la responsabilisation des femmes comme élément de base de toutes les activités de renforcement de la nutrition. Le ministère de l'Environnement travaille à s'assurer que les liens entre la nutrition et le changement climatique sont compris. La législation nationale couvre l'enrichissement des aliments et de l'iodation du sel, la protection de la maternité. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est en place. Madagascar a sollicité un appui pour l'élaboration de sa Stratégie de plaidoyer et de communication.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le cadre commun de résultats avec un plan de mise en œuvre détaillé a été défini à partir du Plan de Suivi Evaluation (PSE) du PNAN II. Le cadre de Suivi-Evaluation a été déjà élaboré, approuvé et sert de document de référence pour toutes les parties prenantes en nutrition. Le PNAN II comporte cinq priorités stratégiques couvrant la prévention et la gestion de la malnutrition, l'amélioration de la sécurité nutritionnelle et alimentaire ainsi que l'efficacité de la coordination en matière de nutrition. Dans le cadre de la décentralisation effective pour le renforcement de la nutrition, des Plates-formes similaires au CNN au niveau central existent dans chacune des 22 régions de Madagascar comme : le Conseil Régional de Nutrition (CRN), de même que des Groupes Régionaux de Suivi-Evaluation (GRSE) mais non fonctionnels faute de financements. Les OSCs sont directement impliquées dans la mise en œuvre du PNAN II au niveau communautaire. La mise en place d'un système de Veille Nutritionnelle et de Surveillance Alimentaire (VNSA) au sein de l'ONN pour toutes les parties-prenantes est sollicitée. Pour le système de suivi évaluation, les données sont collectées au niveau des communes, districts et consolidées au niveau régional puis transférées au niveau national. Suivi de qualité des données dès la collecte jusqu'à la publication des résultats.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : La nutrition à Madagascar a été inscrite dans la loi de finance, est supportée par une ligne budgétaire l'Etat et du Programme d'Investissement Public (PIP) depuis 2004. Le Gouvernement participe ainsi au fonctionnement de l'ONN et du PNNC. Le PNAN II a été chiffré et budgétisé. Les gaps de financements ont été estimés. Le financement du secteur nutrition est très en-deçà du besoin estimé pour atteindre les objectifs du PNAN II. Madagascar a participé au travail d'analyse des coûts mené avec le Secrétariat du Mouvement SUN et des consultants de MQSUN se sont rendus dans le pays. La participation des donateurs pour le financement de la nutrition se présente comme suit : Un accord de Financement a été signé entre le Gouvernement Malgache et la Banque Mondiale pour :

- le projet multisectoriel d'Appui d'Urgence aux Service Essentiels d'Education, de Santé et de Nutrition dans les zones vulnérables ciblés (PAUSENS), financé à la hauteur du 65 MUSD pour trois ans,
- le projet d'Urgence pour la Préservation des Infrastructures et de la Réduction de la Vulnérabilité (PUPIRV) en créant des activités génératrices de revenus pour les ménages pauvres dans les zones ciblées à travers des Programmes d'Argent-Contre-Travail (ACT) et des Programmes d'Intensification Agricole, à hauteur de 102 MUSD sur trois ans.
- le projet de lutte antiacridiens mené par le Ministère de l'Agriculture a reçu des financements de la part des Donateurs suivants : 10.000.000 de dollars de la Banque Mondiale et de 2.000.000 d'Euros de l'Union Européenne. Ces financements sont coordonnés par la FAO et mise en œuvre par le Ministère de l'Agriculture.

Un financement de l'Union Européenne pour : le projet AINA « Action Intégré de la Nutrition et d'Alimentation » avec un montant de 12.5 millions d'euros, pour une durée de 36 mois coordonné par la FAO et mise en œuvre au niveau de six régions par un consortium de 7 parties prenantes (Association Intercooperation Madagascar (AIM), CARE, FAO, FIDA, GRET, ICCO, PAM, et WeltHungerHilfe (WHH)).

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	15.0 million
Children under 5:	2.7 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.6 million
Population growth rate:	3.00%

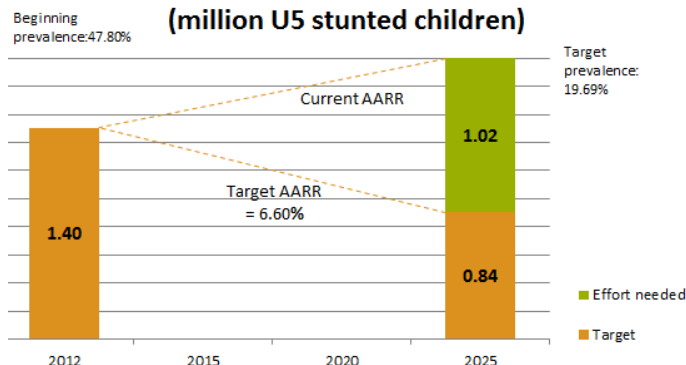
WHA nutrition target indicators (DHS 2010)

Low Birth Weight:	12.30%
Exclusive Breastfeeding:	71.40%
U5 Stunting:	47.10%
U5 Wasting:	4.00%
U5 Overweight:	8.30%

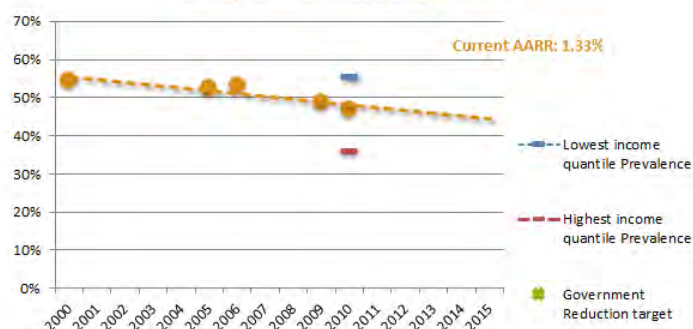
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	18.50%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	29.40%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.20%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	45.50%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	96.00%
Presence of iodised salt in the house	97.10%
Women's Empowerment	
Female literacy	67.60%
Female employment rate	77.00%
Median age at first marriage	17.9
Access to skilled birth attendant	94.70%
15-19 years women already mother or with first child	25.60%
Fertility rate	5.83
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	15.43%
Income share held by lowest 20%	5.64%
Open defecation	9.90%
Non-improved drinking water source	36.00%

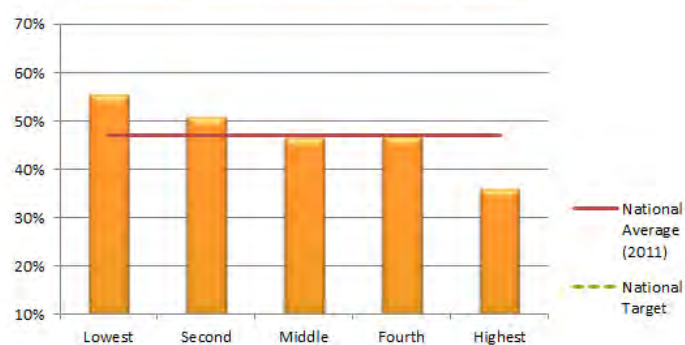
Targeted Stunting Reduction - Malawi (million US stunted children)



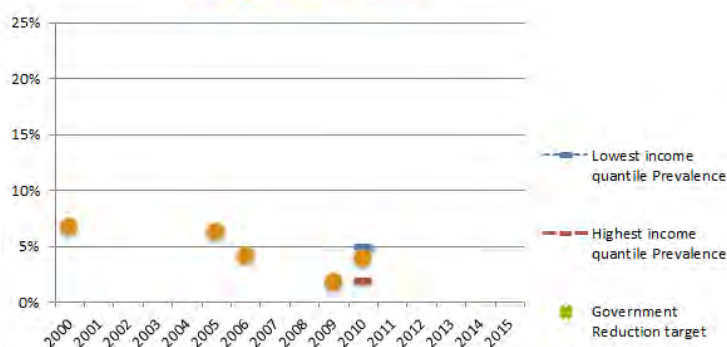
Stunting Reduction Trend and Target - Malawi



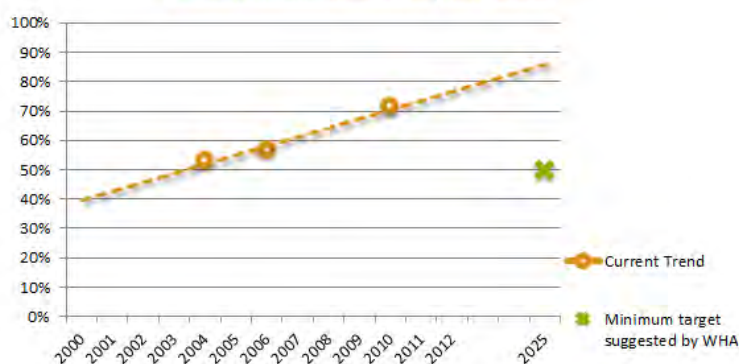
Distribution of stunting across wealth quintiles- Malawi



Wasting Prevalence- Malawi



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Malawi



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le Comité national de la nutrition est la plateforme multi-acteurs et l'organisme chargé de coordonner les actions sur le renforcement de la nutrition. Sa principale fonction consiste à coordonner les interventions nutritionnelles découlant des plans nationaux, à mobiliser les ressources et le soutien des partenaires pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles, à surveiller la progression et à évaluer l'impact. Le point focal gouvernemental de SUN est le secrétaire principal pour la Nutrition, le VIH et le SIDA, assisté du responsable de la nutrition comme coordinateur national de SUN. Le coordinateur préside le Comité de l'équipe SUN, qui réunit le gouvernement, les agences des Nations Unies, les OSC, les donateurs et le secteur privé. Le Comité consultatif sur la politique multisectorielle (qui appuie les orientations générales du Département de la Nutrition, du HIV et du SIDA), le Comité de coordination de district pour la nutrition et l'Équipe de district SUN ont été créés. Au niveau sous-district, le Comité de développement Arial et le Comité de développement des villages ont été mis en place pour assurer l'implication et l'appropriation de la part des communautés. Les Groupes de travail techniques (GTT) prennent en charge la surveillance des interventions nutritionnelles aux niveaux national et des districts et fournissent également une assistance technique aux districts. Au niveau des villages, le Comité de développement des villages, dirigé par le Chef du groupe de villages, est responsable de toutes les interventions nutritionnelles. L'UNICEF et l'USAID interviennent en tant que coordinateurs des donateurs pour le renforcement de la nutrition, et l'UNICEF dirige également le forum des Nations Unies sur la nutrition. Le Groupe de partenaires pour le développement de la nutrition, présidé par l'UNICEF et co-présidé par l'USAID, se réunit pour échanger des informations, plaider et examiner les progrès de mise en œuvre de la Politique et du Plan stratégique nationaux de nutrition et fournir une assistance technique aux programmes de nutrition. Le secteur privé dispose d'une plateforme d'entreprises distincte au travers de la Chambre de commerce et est membre de l'Alliance nationale pour l'enrichissement alimentaire.

Cadre politique et légal cohérent : Le Malawi dispose d'une Politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle (2005) et d'une Politique et d'un Plan stratégique nationaux de nutrition pour la période 2007-2012, qui sont en cours de révision. Les politiques et stratégies relatives à la nutrition sont en cours de mise à jour et couvriront tous les secteurs clés : agriculture et sécurité alimentaire, la (avec une politique et une stratégie transectorielles pour le VIH/SIDA), éducation, égalité des sexes et protection sociale. La SUN-NECS (Nutrition Education and Communications Strategy, Stratégie de communication et d'éducation nutritionnelles) a été approuvée et diffusée dans 10 districts. Le Malawi a prévu de diffuser la stratégie NECS dans 50 % des districts d'ici à septembre 2013. Le Malawi a également développé la Stratégie nationale des micronutriments et est en train de revoir sa Stratégie pour les nourrissons et les jeunes enfants. La législation nationale sur la nutrition couvre l'iodation du sel, l'enrichissement des aliments traités et la protection des consommateurs. La Nouvelle loi sur le travail a fait passer le congé maternité à 12 semaines dans le secteur public et 8 semaines dans le secteur privé, ce qui est toujours inférieur à la durée minimale recommandée de 14 semaines (BIT). Un grand nombre de dispositions pour la mise en œuvre du Code international de la commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) ont été adoptées et inscrites dans la loi. Une Loi sur la nutrition, qui favorisera l'enrichissement alimentaire pour mieux faire face aux carences élevées en micronutriments, est en cours de développement avec un soutien financier de la Banque mondiale.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Département de la nutrition, du VIH et du SIDA dans le bureau du Président et le Conseil des ministres avec le soutien de l'UNICEF, de la Banque mondiale, de l'Irish Aid et de l'USAID a développé et mis en œuvre le Cadre de diffusion SUN, dans lequel plusieurs secteurs sont impliqués. Le cadre national S&E de la nutrition a été développé avec le soutien de la Banque mondiale et sa diffusion dans tous les districts est prévue pour décembre 2013. Le gouvernement prévoit d'augmenter la couverture des services communautaires de nutrition dans tous les districts au niveau des autorités traditionnelles et des villages d'ici à 2016 et de renforcer la couverture des CMAM (gestion communautaire de la malnutrition aiguë) de 50 à 80 % dans le district. L'aide à la mise en œuvre décentralisée par le biais du renforcement des capacités aux niveaux district et communautaire (sous-district) est une priorité. Le Malawi planifie également une enquête nationale sur les micronutriments avec le soutien financier de l'Irish Aid et l'assistance technique des Centres pour le contrôle des maladies.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le Malawi s'engage à augmenter le pourcentage des dépenses gouvernementales annuelles allouées à la nutrition de 0,1 à 0,3 % d'ici 2020. La nutrition a été intégrée dans les budgets sectoriels ayant un rôle dans la lutte contre la malnutrition, comme l'éducation, l'agriculture, la santé, l'égalité des sexes et les gouvernements locaux ; toutefois, un plaidoyer pour garantir une allocation

budgétaire appropriée pour la nutrition dans ces secteurs est en cours. Certains fonds ont été alloués par le gouvernement pour des programmes spécifiques à la nutrition pour la période 2010-2014. Cela inclut la gestion communautaire de la malnutrition aiguë, le Programme de protection sociale et le Programme d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Des contributions sont attendues de donateurs tels que l'UNICEF, la Banque mondiale, l'Irish Aid, l'USAID et l'ACDI. Le gouvernement s'est engagé à une plus grande responsabilisation en mettant en place des outils de suivi financier. L'harmonisation des sources de financement et mécanismes comptables existants n'est pas simple. Une étude approfondie des flux de financement nationaux et extérieurs pour couvrir les coûts de la Politique et du Plan stratégique nationaux de nutrition sera effectuée pour évaluer le déficit de financement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

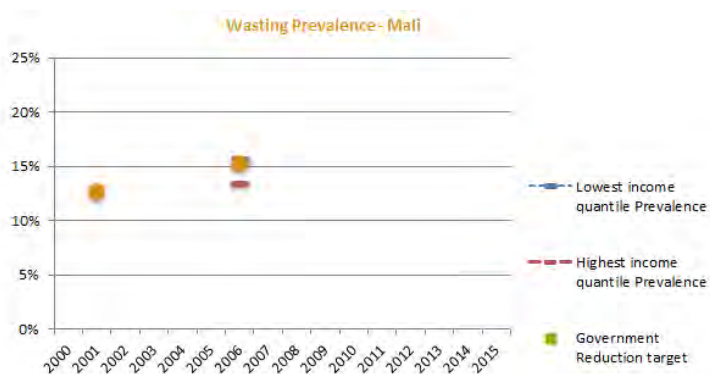
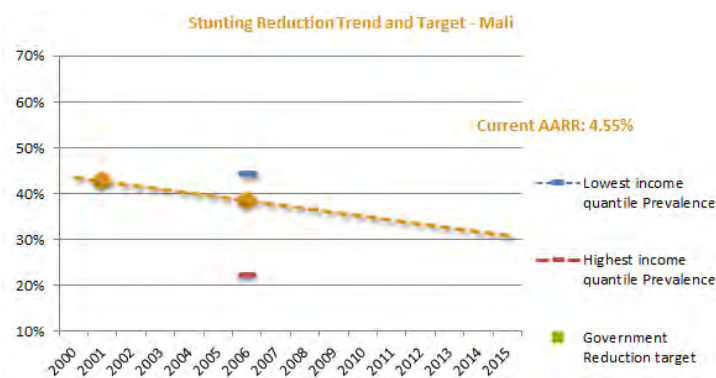
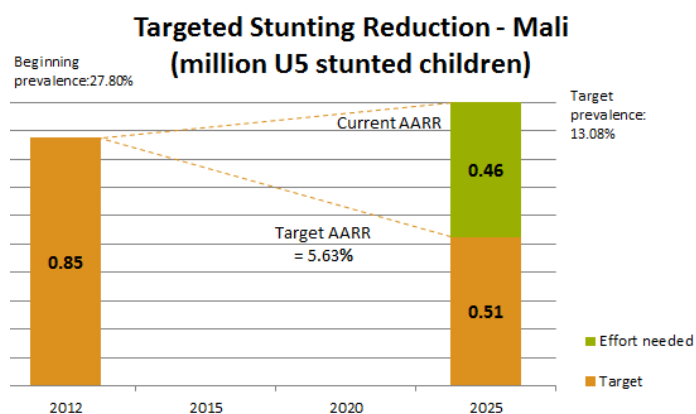
National Population:	14.0 million
Children under 5:	2.7 million
Adolescent Girls (15-19):	0.7 million
Average Number of Births:	0.6 million
Population growth rate:	3.16%

WHA nutrition target indicators (DHS 2006)

Low Birth Weight:	14.40%
Exclusive Breastfeeding:	37.80%
U5 Stunting:	27.8% (2010 Pre)
U5 Wasting:	15.20%
U5 Overweight:	4.70%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	35.40%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	96.00%
Presence of iodised salt in the house	78.70%
Women's Empowerment	
Female literacy	17.00%
Female employment rate	34.20%
Median age at first marriage	16.6
Access to skilled birth attendant	49.00%
15-19 years women already mother or with first child	35.50%
Fertility rate	6.8
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	37.67%
Income share held by lowest 20%	7.97%
Open defecation	19.60%
Non-improved drinking water source	20.70%



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	2
Qualité des processus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le CNN (Conseil National de Nutrition) est en cours de constitution suite à l'adoption de la Politique nationale de nutrition en janvier 2013. Un Comité technique intersectoriel a été mis en place (groupe restreint composé des Ministères de la santé, de l'agriculture, du développement social, de l'éducation). Il réfléchit à la mise en place d'un groupe technique intersectoriel élargi. Les OSC participent déjà activement. Le 31 janvier 2013, le Mali a organisé un lancement officiel pour présenter ses activités avec l'Initiative REACH (depuis septembre 2012) et le Mouvement SUN ainsi que pour sensibiliser aux aspects multisectoriels de la nutrition. La société civile met en place sa propre plate-forme pour coordonner leur soutien à la mise à l'échelle de la nutrition. La communauté des entreprises est principalement impliquée dans les investissements agricoles. En Octobre 2013, un master sur la nutrition sera lancé dans le cadre du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako dans le but de renforcer la capacité requise des ressources humaines pour mettre en œuvre des interventions nutritionnelles efficaces.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique Nationale de Nutrition a été adoptée par le Gouvernement le 2/01/2013. L'élaboration d'une stratégie de prévention de la malnutrition chronique en cours. Un Plan d'investissement va être soumis à approbation. Plusieurs politiques et stratégies spécifiques à la nutrition : plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (2006), stratégie nationale de soins nutritionnels des PVVIH (2006) et d'autres dispositions pour la nutrition des jeunes enfants. La législation nationale couvre l'agriculture, l'alimentation, la fortification pour la farine de blé, la protection de la maternité. De nombreuses dispositions pour la mise en œuvre du Code de commercialisation des BMS sont actuellement en vigueur.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Un agenda pour l'élaboration du Plan d'action multisectoriel de Nutrition a été mis en place: 1^{ère} rencontre le 20/06. Atelier les 26-27-28/06 et 3-4-5/07 puis mise en commun des différents travaux les 8-9-10/07. Un premier draft sera élaboré le 10/07. Le pays a également mis au point une feuille de route multisectorielle nationale qui sert de guide à l'établissement du plan chiffré multisectoriel. Les programmes gérés par les ministères de la Santé et de l'Agriculture répondent à la planification et aux stratégies sectorielles. Les efforts se concentrent cependant actuellement sur la réponse aux situations d'urgence en matière de nutrition avec plusieurs programmes nationaux pas encore complètement opérationnels. Des projets de la société civile sont en cours, en lien avec REACH. MPTF : les activités vont être lancées. Les activités financées par les donateurs sont suivies dans le cadre du programme de santé annuel. La Nutrition est considérée comme un domaine distinct dans le nouveau document du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2012-2017 du Mali.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : REACH va former l'équipe au costing. Pour l'instant le calcul des coûts est disponible pour un ensemble de programmes nutritionnels. Il n'y a pas encore de ligne budgétaire spécifique à la nutrition dans le budget gouvernemental, mais il y en a dans les budgets sectoriels. Cependant les financements pour la nutrition restent globalement insuffisants et le manque de financements est un défi majeur pour le pays même si les données sur les ressources financières nécessaires et disponibles auprès des partenaires extérieurs sont insuffisantes. Bien que le financement soit peu important, toutes les régions du Mali ont reçu des fonds en 2012.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	3.6 million
Children under 5:	0.6 million
Adolescent Girls (15-19):	0.2 million
Average Number of Births:	0.1 million
Population growth rate:	2.75%

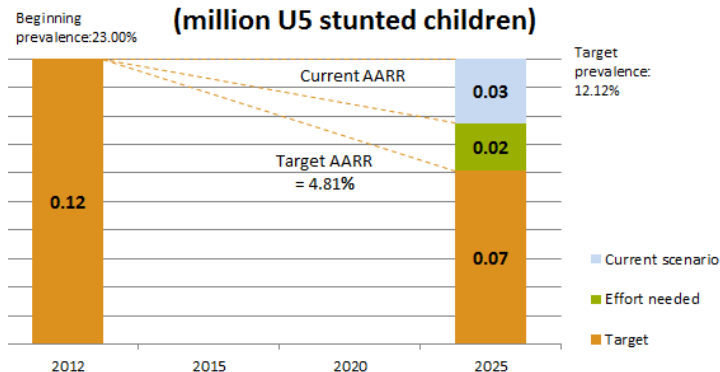
WHA nutrition target indicators (SMART 2011)

Low Birth Weight:	33.70%
Exclusive Breastfeeding:	11.40%
U5 Stunting:	18.00%
U5 Wasting:	11.90%
U5 Overweight:	1.30%

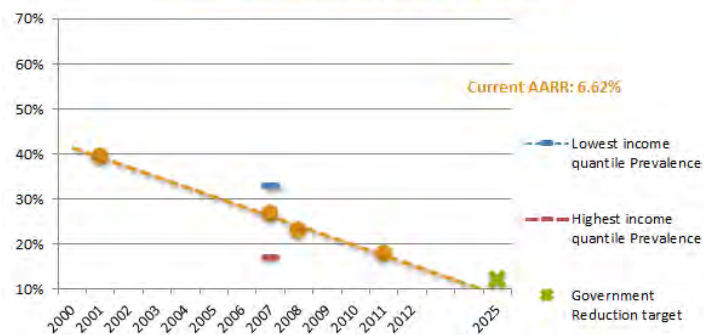
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	100.00%
Presence of iodised salt in the house	1.60%
Women's Empowerment	
Female literacy	46.80%
Female employment rate	19.60%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	60.90%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	4.96
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	39.51%
Income share held by lowest 20%	6.02%
Open defecation	45.50%
Non-improved drinking water source	49.60%

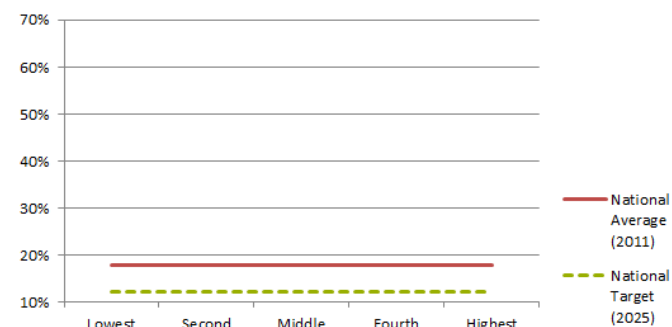
Targeted Stunting Reduction - Mauritania (million U5 stunted children)



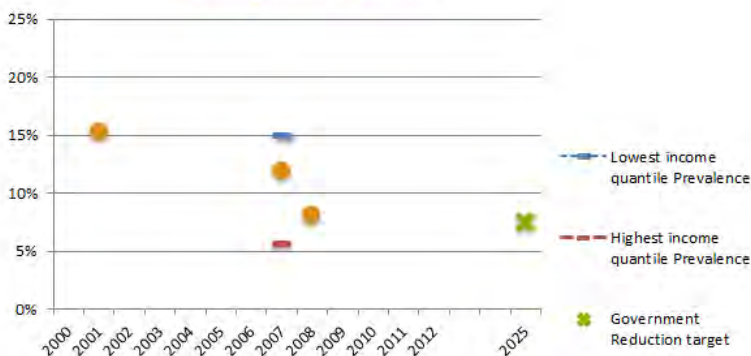
Stunting Reduction Trend and Target - Mauritania



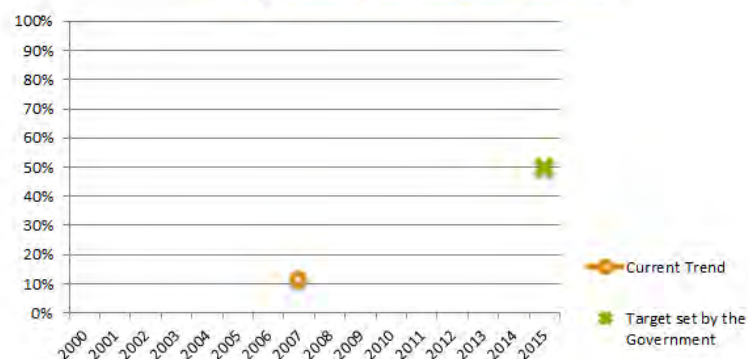
Distribution of stunting across wealth quintiles- Mauritania











Wasting Prevalence - Mauritania



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Mauritania



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					2
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La plateforme multi-acteurs et multisectorielle, le Conseil national de développement de la nutrition (CNDN) a été créé en 2010. Un Comité technique permanent a été mise en place dans le cadre du CNDN. Les ONGs internationales et la communauté des entreprises sont des membres actifs de la plateforme mais l'implication du secteur privé dans la mise en œuvre est limitée. REACH est présent depuis 2008. Des TDR sont en cours pour articuler REACH et SUN et définir le positionnement de REACH au sein du gouvernement. Une formation sur le partenariat et co-leadership pour les acteurs de la nutrition qui participent à la plateforme multisectorielle a été organisée. Les ONG, PTF et l'administration ont participé. L'identification du représentant des donateurs est en cours : les TDR ont été partagés avec les partenaires.

Cadre politique et légal cohérent : Les politiques et stratégies sectorielles dans la plupart des secteurs clés comme l'agriculture et la sécurité alimentaire, la réduction de la pauvreté et le développement, la santé publique et la protection sociale prennent en compte la nutrition. Ils sont mis à jour et avec une vision à long terme jusqu'en 2020. La législation concerne un large éventail de politiques et de stratégies dans les secteurs pertinents et fournit un cadre cohérent pour l'action multisectorielle. La stratégie de fortification des aliments vient d'être validée et la Mauritanie est engagée d'ici 2025 à augmenter de 50% le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie. La mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est actuellement à l'étude. La Stratégie de plaidoyer et de communication est en cours d'élaboration.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : La Mauritanie est engagée à finaliser le plan d'action intersectoriel pour la Nutrition (PAIN), le budgéter et en faire un outil de plaidoyer pour accroître la part du budget de l'Etat alloué à la nutrition et les investissements dans ce domaine. La PAIN a été élargi afin d'y inclure des secteurs clés autres que celui de la santé et est en cours de finalisation pour être utilisé comme cadre commun de résultats. Un atelier pour la mise en œuvre du PAIN est en cours de préparation. La Mauritanie a élaboré un cas d'investissement pour soutenir les objectifs du PAIN qui inclut une analyse financière des interventions nutritionnelles actuelles, dresse un modèle économique pour les recherches en nutrition et identifie les besoins et les opportunités de financement. La Mauritanie œuvre également au développement d'un cadre commun des résultats qui permettra de renforcer l'engagement de secteurs fondamentaux autres que celui de la santé. La Mauritanie a sollicité un appui pour la revue du PAIN (revoir les coûts et les objectifs axés sur les résultats, sur la base du cas d'investissement).

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : À l'heure actuelle, le manque d'alignement des programmes, les défis de financement et la pénurie en ressources humaines qualifiées dans le secteur de la nutrition sont identifiés comme les principaux facteurs de blocage de la mise en œuvre du PAIN. Même si le PAIN n'est pas encore opérationnel, plusieurs autres programmes sont actuellement en vigueur dans les domaines nutritionnels spécifiques et ceux contribuant à la nutrition, notamment la protection sociale et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Toutefois, il subsiste d'importantes insuffisances de financement. Pour l'instant les coûts et ventilations ont été fournis pour deux programmes seulement. Chaque secteur considère certaines activités nutritionnelles dans son budget mais il n'y a pas encore de ligne budgétaire spécifique pour la nutrition.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	24.0 million
Children under 5:	4.2 million
Adolescent Girls (15-19):	1.3 million
Average Number of Births:	1.0 million
Population growth rate:	2.63%

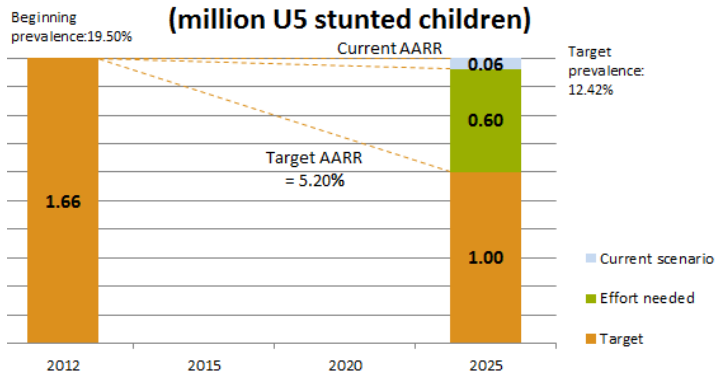
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	16.00%
Exclusive Breastfeeding:	42.80%
U5 Stunting:	42.60%
U5 Wasting:	5.90%
U5 Overweight:	7.40%

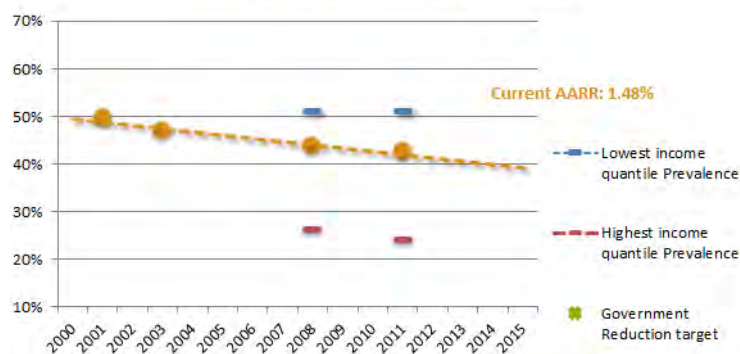
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	13.00%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	30.10%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	50.60%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	100.00%
Presence of iodised salt in the house	45.60%
Women's Empowerment	
Female literacy	40.20%
Female employment rate	80.70%
Median age at first marriage	18.6
Access to skilled birth attendant	54.30%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	5.57
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	30.21%
Income share held by lowest 20%	5.23%
Open defecation	39.40%
Non-improved drinking water source	57.00%

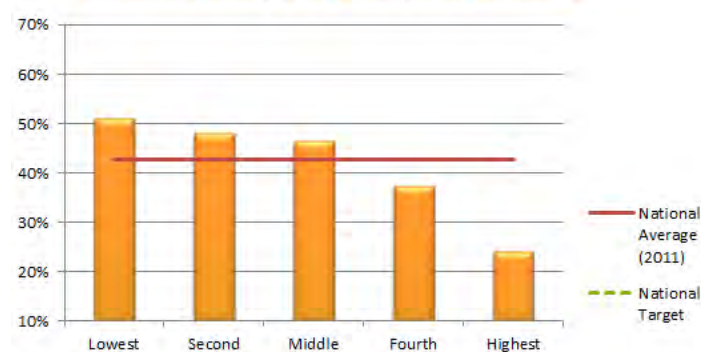
Targeted Stunting Reduction - Mozambique (million U5 stunted children)



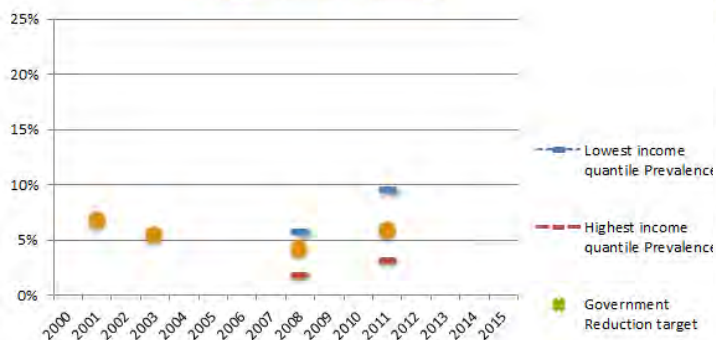
Stunting Reduction Trend and Target - Mozambique



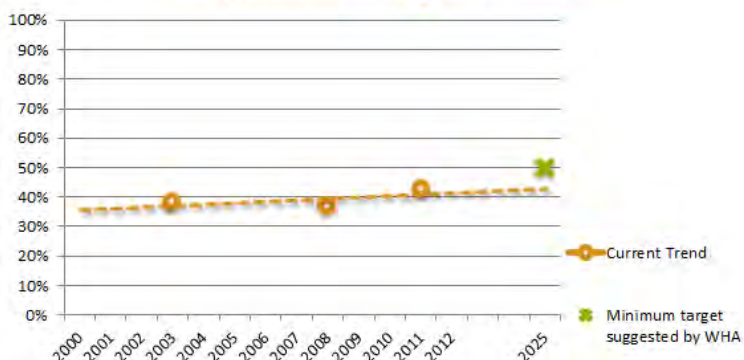
Distribution of stunting across wealth quintiles - Mozambique



Wasting Prevalence - Mozambique



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Mozambique



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Alors que le Mozambique n'a pas encore désigné d'organisme coordinateur de haut niveau pour la nutrition, le point focal gouvernemental de SUN pour le Mozambique (et coordinateur du Secrétariat technique pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle, SETSAN) rend compte deux fois par an au Conseil des ministres du progrès de la mise en œuvre du Plan national d'action multisectoriel pour réduire la dénutrition chronique (PAMRDC) 2011-2015(20). Le Président du Mozambique, S.E. Armando Guebuza, est membre du Groupe principal SUN. Le SETSAN, qui opère sous l'autorité du ministère de l'Agriculture, est l'organisme coordinateur de la nutrition. Le SETSAN dirige les réunions mensuelles du Groupe technique du plan d'action multisectoriel pour réduire la malnutrition chronique (GT-PAMRDC), qui comprend des représentants des secteurs gouvernementaux, des agences des Nations Unies, des donateurs et de la société civile. L'initiative REACH des Nations Unies aide le SETSAN à coordonner le groupe car l'engagement actif de certains secteurs demeure problématique. Sous la direction du SETSAN, des groupes techniques ont été établis dans 9 des 11 provinces. Le forum des partenaires de la nutrition est un mécanisme de coordination pour les donateurs et les partenaires participant à la mise en œuvre du plan PAMRDC. Ce forum est hébergé par les coordinateurs des donateurs SUN du Mozambique, l'UNICEF et DANIDA (Agence danoise pour le développement international), et se réunit une fois par mois. La Plateforme de la société civile sur la nutrition, qui est en cours de création, sera hébergée par l'Association de sécurité alimentaire et nutritionnelle (ANSA) et sera membre à la fois du GT-PAMRDC et du Forum des partenaires de la nutrition. Une Stratégie nationale de plaidoyer et de communication sur la dénutrition chronique a été esquissée par le SETSAN avec l'engagement actif des membres de la plateforme multi-acteurs dans l'objectif d'accroître les connaissances et l'engagement des décideurs et des leaders d'opinion sur la malnutrition chronique et de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre du PAMRDC.

Cadre politique et légal cohérent : La Stratégie en matière de sécurité alimentaire et de nutrition (ESAN II) 2008-2015 a contribué au développement du PAMRDC, qui a été approuvé par le Conseil des ministres en 2010. En 2013, le gouvernement a lancé le Plan national d'investissement pour le secteur agricole (PNISA), qui inclut un chapitre sur la sécurité alimentaire et la nutrition. La Loi de protection de la maternité prévoit 8,5 semaines de congé maternité (ce qui est inférieur aux 14 semaines recommandées par le BIT), et un Code national de commercialisation des substituts du lait maternel est en vigueur. Un décret ministériel sur l'iodation du sel a été approuvé en 2000, le Programme national d'enrichissement de l'alimentation a été lancé en 2013 et la rédaction de la législation sur l'enrichissement de l'alimentation a démarré et est en cours de révision. Toutefois, à tous les niveaux, l'application de la législation demeure un problème.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le PAMRDC sert de cadre commun de résultats pour la nutrition dans le pays, en mettant spécifiquement l'accent sur les adolescents, les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes. Ce cadre inclut les activités propres à la nutrition et celles contribuant à la nutrition. Un examen est planifié cette année pour tirer des enseignements et guider les activités futures. Un travail supplémentaire d'harmonisation des systèmes d'information et de renforcement de la surveillance de la nutrition est prévu. Certaines interventions propres à la nutrition doivent être renforcées tandis que l'alignement par les programmes sectoriels doit être amélioré par des réunions de planification communes. Une décentralisation est en cours à travers le développement de plans d'action de nutrition multisectoriels au niveau provincial coordonnés par le SETSAN avec le soutien financier de partenaires de développement clés. Une formation est actuellement dispensée sur la planification et le suivi de la nutrition axés sur des résultats, et un manuel intégrant une approche basée sur les droits est en cours de développement. Les capacités institutionnelles pour la prestation des services et la mise en œuvre des programmes demeure un problème. La définition de cibles et la budgétisation demandent davantage d'attention.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le PAMRDC a été chiffré en 2010. Les informations sur les investissements nationaux pour la nutrition ne sont pas disponibles, et il est difficile de déterminer les contributions par secteur. Un premier inventaire des investissements indique que les donateurs se sont engagés à verser un montant estimé à 45 millions de dollars US pour la mise en œuvre du PAMRDC. Aucun système n'est en place pour rapprocher les estimations de coûts des investissements nationaux dans les différents secteurs et les contributions extérieures liées à la mise en œuvre du PAMRDC. DANIDA aide le gouvernement à mettre en place un mécanisme de financement multisectoriel de nature à permettre de financer les interventions aux niveaux national et provincial, y compris les plans de nutrition provinciaux. Le Mozambique a participé aux travaux d'analyse des coûts dirigés par le secrétariat du Mouvement SUN avec le soutien d'experts techniques.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	51.9 million
Children under 5:	4.4 million
Adolescent Girls (15-19):	2.4 million
Average Number of Births:	0.9 million
Population growth rate:	0.69%

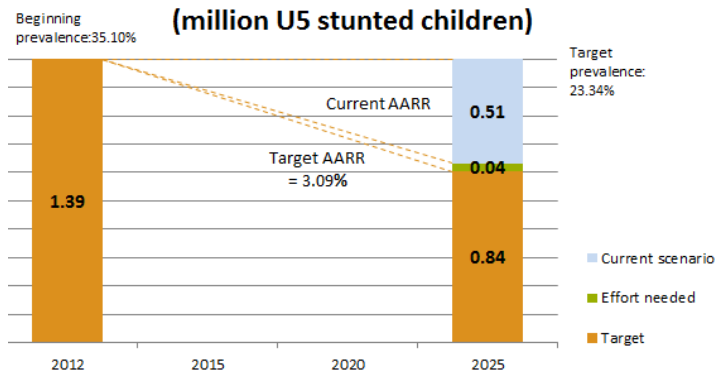
WHA nutrition target indicators (MICS 2009-2010)

Low Birth Weight:	8.60%
Exclusive Breastfeeding:	23.60%
U5 Stunting:	35.10%
U5 Wasting:	7.90%
U5 Overweight:	2.60%

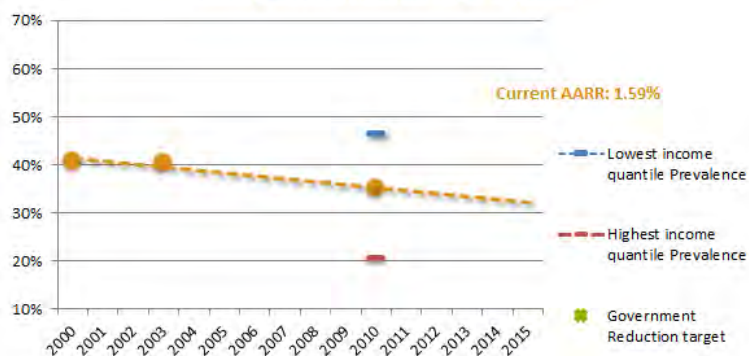
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	96.00%
Presence of iodised salt in the house	92.90%
Women's Empowerment	
Female literacy	40.20%
Female employment rate	72.20%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	70.60%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	2.07
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	29.63%
Income share held by lowest 20%	-
Open defecation	7.00%
Non-improved drinking water source	17.70%

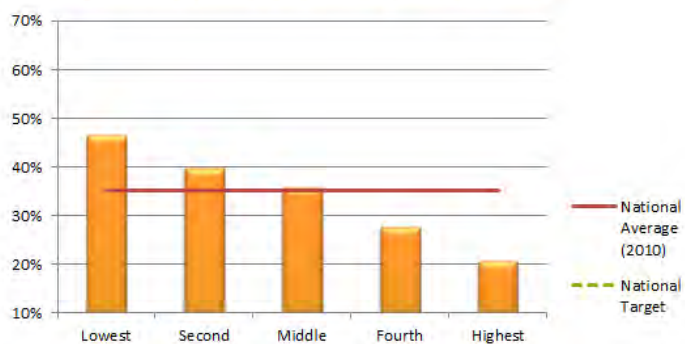
Targeted Stunting Reduction - Myanmar (million U5 stunted children)



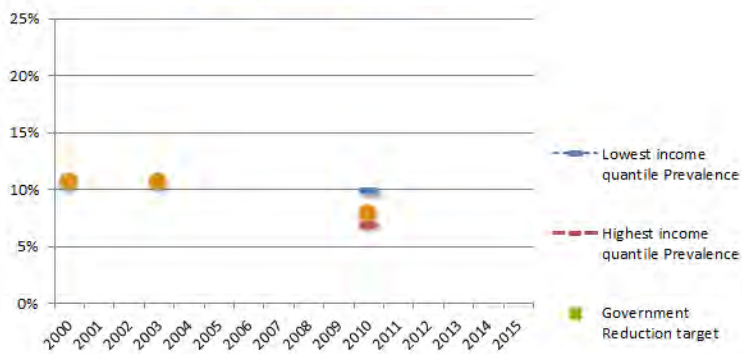
Stunting Reduction Trend and Target - Myanmar



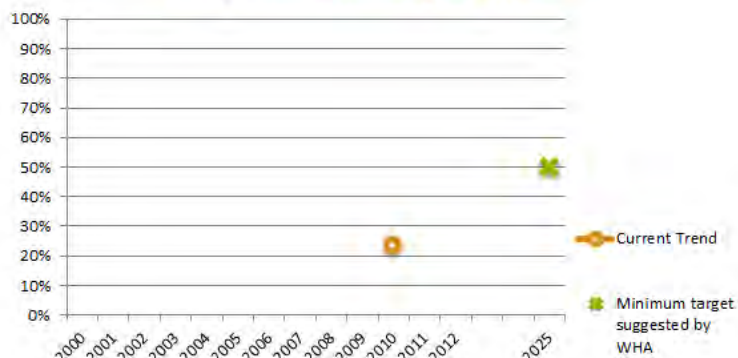
Distribution of stunting across wealth quintiles - Myanmar







Wasting Prevalence - Myanmar



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Myanmar



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					1 > 2

Amener les gens à travailler ensemble : Le CBFN (Central Board for Food and Nutrition, Bureau central pour l'alimentation et la nutrition) est l'organe responsable de la surveillance et de la coordination de la mise en œuvre de la Politique et du Plan nationaux de nutrition. Le Myanmar prévoit actuellement de mettre en place un organisme chargé de la coordination sous l'égide du CBFN. Cet organisme sera situé au sein du ministère de la Santé et constitué de représentants des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de l'irrigation, de l'Élevage et de la pêche, de la Planification nationale et du développement économique, des Mines, de l'Industrie, de l'Éducation, du Commerce, de l'Information, du Travail, du Bien-être social, des Secours et du repeuplement, des Affaires intérieures, des Affaires frontalières, des Coopératives, de la Préservation de l'environnement, des Forêts et du Bureau du ministre de la Justice. Le MNTN (Myanmar Nutrition Technical Network, Réseau technique de nutrition du Myanmar) est co-présidé par le Centre national de la nutrition, le département de la Santé et l'UNICEF. Il fournit une assistance technique et des informations pour les programmes nutritionnels, dans les situations normales et les situations d'urgence, d'une manière coordonnée, par le biais d'un consensus technique et du partage régulier d'informations. Il inclut des agences des Nations Unies ainsi que des ONG internationales et locales. L'établissement de Réseaux nationaux de donateurs et d'entreprises est en cours. Le point focal gouvernemental de SUN est le directeur général du Département de la santé, qui est responsable du lancement du Mouvement SUN au Myanmar et de la mise en place d'un groupe de soutien SUN. Le point focal gouvernemental de SUN supervisera également la création de plateformes multi-acteurs d'universitaires, d'entreprises, de donateurs, d'OSC et des Nations Unies, le développement d'un Plan national de mise en œuvre SUN (MSIP), sa diffusion, sa surveillance et son évaluation, ainsi que l'établissement d'un bureau de coordination et le recrutement de correspondants de SUN aux niveaux national et régional.

Cadre politique et légal cohérent : Le Myanmar dispose d'un Plan d'action national pour l'alimentation et la nutrition, ainsi que de stratégies nationales pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la fortification à domicile avec les multi-micronutriments des Sprinkles, l'élimination des troubles dus à une carence en iode et le déparasitage. De plus, des Lignes directrices nationales sur les compléments en fer et en acide folique, les compléments en vitamine A et les compléments en vitamine B1 ont été définies, de même que des Orientations nationales provisoires sur la gestion de la malnutrition aiguë et des Orientations opérationnelles sur l'alimentation des enfants en cas d'urgence. La Politique nationale de nutrition du Myanmar va être révisée.

Des politiques et des stratégies liées à la nutrition ont été mises en place et sont tenues à jour. Cela inclut : le Plan national de développement économique et social 2011/12-2015/16, la Stratégie nationale sur le développement rural et la réduction de la pauvreté (2011), la Révision du secteur agricole (2004), le Plan national de développement économique et social 2011/12-2015/16, le Plan directeur national des forêts du ministère de l'Élevage et de la pêche ainsi qu'une feuille de route sur 30 ans (2001/2002-2030/2031). La législation nationale relative à la nutrition inclut l'iodation du sel. Le décret concernant le Code de commercialisation des substituts du lait maternel qui était lié à la Loi nationale sur l'alimentation a été ébauché. Dans le cadre de la loi sur les fonctionnaires, des règles sur le congé maternité ont été élaborées et incluent un congé maternité pouvant atteindre 6 mois pour le secteur public. La loi sur la sécurité sociale autorise pour le secteur privé un congé maternité pouvant atteindre 18 semaines.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le MSIP (Myanmar SUN Implementation Plan, Plan de mise en œuvre du Mouvement SUN en Myanmar) sera développé et finalisé en 2013. Ce plan inclura et renforcera les interventions propres à la nutrition telles que l'alimentation maternelle, l'alimentation complémentaire, de meilleures pratiques d'hygiène, des compléments périodiques de vitamine A, des compléments thérapeutiques de zinc pour le traitement des diarrhées, les vermifuges pour les enfants, l'iodation du sel, la prévention ou le traitement de la sous-alimentation modérée et le traitement de la malnutrition aiguë grave avec une alimentation thérapeutique prête à l'emploi. Des interventions nutritionnelles seront également intégrées dans le plan et renforcées.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : L'UNICEF contribue à hauteur d'environ 2 millions de dollars US par an aux interventions existantes propres à la nutrition. À partir de 2013, le ministère de la Santé continuera de contribuer aux approvisionnements dans le domaine nutritionnel. Aucun système de suivi des financements de la nutrition n'est en place dans le pays. Il est prévu que l'élaboration du Plan de mise en œuvre SUN au Myanmar présente une opportunité pour le développement d'un mécanisme de budgétisation et de financement coordonné en matière de nutrition.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	2.2 million
Children under 5:	0.3 million
Adolescent Girls (15-19):	0.1 million
Average Number of Births:	0.06 million
Population growth rate:	1.45%

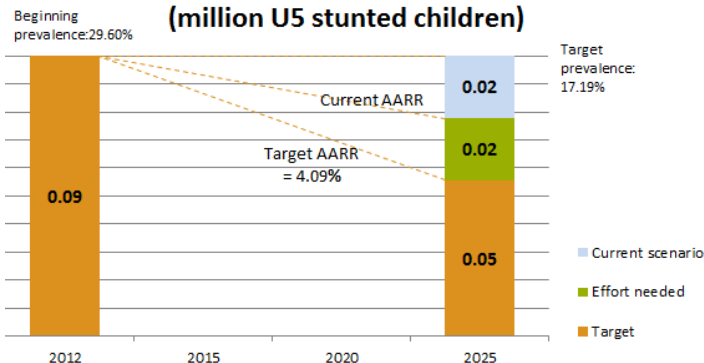
WHA nutrition target indicators (DHS 2006-2007)

Low Birth Weight:	14.00%
Exclusive Breastfeeding:	23.90%
U5 Stunting:	29.00%
U5 Wasting:	7.50%
U5 Overweight:	4.30%

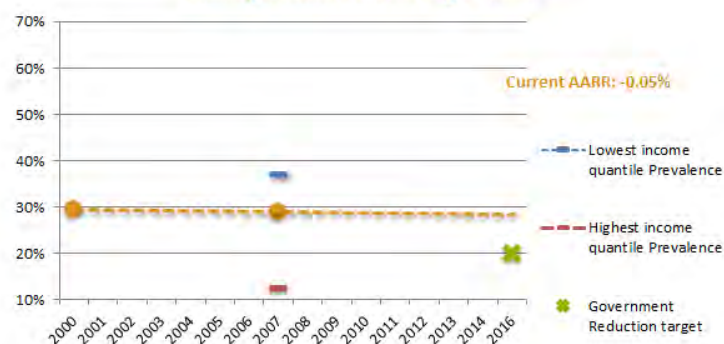
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	25.80%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	61.00%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	70.40%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	51.50%
Presence of iodised salt in the house	62.90%
Women's Empowerment	
Female literacy	90.90%
Female employment rate	36.50%
Median age at first marriage	29.1
Access to skilled birth attendant	81.40%
15-19 years women already mother or with first child	15.40%
Fertility rate	3.4
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	39.61%
Income share held by lowest 20%	3.15%
Open defecation	53.40%
Non-improved drinking water source	11.80%

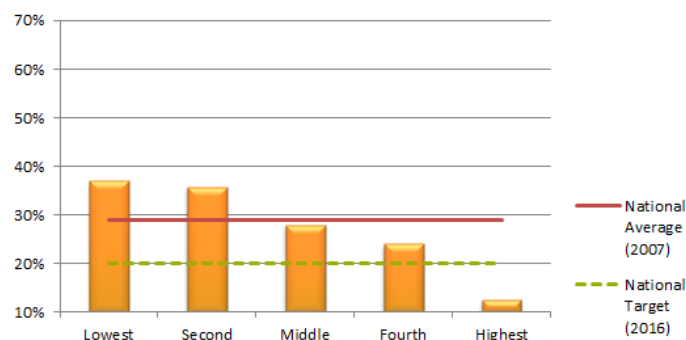
Targeted Stunting Reduction - Namibia (million U5 stunted children)



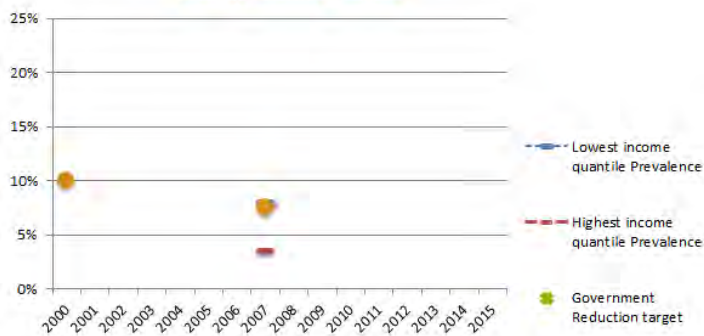
Stunting Reduction Trend and Target - Namibia



Distribution of stunting across wealth quintiles - Namibia



Wasting Prevalence - Namibia



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Namibia



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2 > 3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le bureau du Premier ministre (BPM) réunit l'Alliance namibienne pour l'amélioration de la nutrition (NAFIN), la plateforme multisectorielle multi-acteurs présidée par le ministre Nahas Angula, qui est également membre du Groupe principal du SUN. Plusieurs équipes et groupes de travail spécialisés, responsables devant la NAFIN, ont été créés avec leurs propres termes de référence. La NAFIN associe 10 ministères, des partenaires de développement, des OSC et le secteur privé. Bien que le Responsable de la nutrition au ministère de la Santé et des services sociaux (MoHSS) soit le point focal de SUN par intérim avec le soutien de Synergos et de l'UNICEF comme membres du réseau national de SUN, un point focal officiel de SUN doit encore être nommé par le gouvernement. Le lancement du Rapport d'analyse de la situation de la nutrition en novembre 2012 par une visite de Mme Graça Machel représentait un engagement supplémentaire pour renforcer la nutrition via différents acteurs, notamment des hauts fonctionnaires du gouvernement, des agences des Nations Unies, des leaders de la société civile, des représentants des donateurs, le secteur privé, des parlementaires et les médias. L'initiative REACH des Nations Unies a fourni une assistance technique pour la préparation du Plan national de mise en œuvre (CIP) ainsi que sa matrice de résultats, et continue d'apporter son aide. L'évaluation du coût du CIP a été réalisée avec l'aide de la Banque mondiale et de l'UNICEF. Les membres actifs des Nations Unies dans la NAFIN sont l'UNICEF, l'OMS, le PAM, l'UNESCO, la FAO et le PNUD. L'UNICEF est le coordinateur des donateurs et l'USAID et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies participent à la NAFIN. Des OSC sont également membres de la NAFIN. La Fondation du forum des organisations non gouvernementales de Namibie est l'organisme de coordination des OSC. Les OSC contribuent à renforcer la nutrition dans les communautés par le biais d'activités directes aux niveaux communautaire et des ménages. La communauté du secteur privé a apporté une aide financière pour la nutrition via la fondation Pupkewitz, un entrepreneur namibien de premier plan, et l'association namibienne Millers. Un certain nombre d'entreprises industrielles comme Namib Mills, Namibia Dairies et Praktika Afrika sont totalement engagées dans le Groupe de travail technique sur l'enrichissement de l'alimentation présidé par le Conseil agronomique namibien (NAB).

Cadre politique et légal cohérent : La Namibie dispose d'une Politique nationale d'alimentation et de nutrition (1995) et d'un Plan stratégique national pour la nutrition (2010). De plus, plusieurs stratégies et lignes directrices propres à la nutrition couvrent l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, le contrôle des carences en micronutriments, la gestion de la malnutrition aiguë et la gestion de la nutrition pour les personnes porteuses du VIH/SIDA. Les politiques et stratégies contribuant à la nutrition en Namibie couvrent tous les secteurs clés. La législation nationale relative à la nutrition couvre l'iodation du sel, la gestion de l'eau et la protection sociale. La Loi sur la sécurité sociale, qui autorise le paiement de prestations de maternité et définit des mécanismes de distribution permettant un meilleur accès à la nutrition pour les plus démunis, a été amendée en 2004. La loi de protection de la maternité offre 12 semaines de congé maternité. Des mesures pour la mise en œuvre du Code international de la commercialisation des substituts du lait maternel sont actuellement en attente d'approbation finale. Une politique de partenariat d'organisations civiques adoptée en 2005 a pour but de créer un partenariat de travail pour tout le pays : ses citoyens, les organisations civiques et le gouvernement, afin de servir de base à la planification d'un développement multi-acteurs.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan national de mise en œuvre (2013-2016), qui inclut une matrice de résultats et un tableau de bord d'indicateurs permettant de suivre la progression du Mouvement SUN, est prêt à être mis en œuvre et servira de cadre commun de résultats chiffré pour l'amélioration de la nutrition. Le Plan national de mise en œuvre vise à réduire de 29 à 20 % le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans en retard de croissance, à permettre à toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de cinq ans de profiter d'interventions efficaces en matière de nutrition, et à sauver les vies de 26 000 enfants de moins de cinq ans en réduisant les retards de développement, en augmentant l'allaitement maternel exclusif pour le porter à 50 % et en intensifiant le traitement de la malnutrition aiguë grave d'ici 2015. Dans le cadre des programmes propres à la nutrition, le MoHSS met en œuvre des programmes nationaux de compléments alimentaires et de déparasitage. Le MoHSS met également en œuvre des programmes nationaux incluant des compléments en vitamine A, le déparasitage, des compléments en fer/acide folique, un traitement à base de zinc pour les diarrhées et un traitement de la malnutrition aiguë grave. Les activités menées par des acteurs du secteur privé, tels que Namib Mills, se reflètent également dans le Plan national de nutrition du ministère de la Santé et des services sociaux. Un alignement est nécessaire pour les différents programmes sectoriels. Des programmes contribuant à la nutrition menés par les ministères de différents secteurs, comme l'agriculture, la protection sociale, l'éducation, ainsi que l'eau et l'assainissement, sont en place.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le ministère des Finances contribue à la NAFIN à hauteur de 200 000 dollars namubiens par an (environ 24 000 dollars US) sur une période de 4 ans (2011-2014). Un accord a été conclu sur les limitations des ressources financières disponibles et allouées à la nutrition entre le gouvernement et les partenaires, mais le montant n'a pas été convenu. Il n'existe actuellement aucun système permettant de suivre les contributions financières par secteurs gouvernementaux et partenaires externes. Le Plan national de mise en œuvre chiffré, qui a été transmis au secrétariat du Mouvement SUN pour avis, devrait permettre l'alignement des ressources par secteurs et parties prenantes extérieures.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	26.8 million
Children under 5:	3.2 million
Adolescent Girls (15-19):	1.5 million
Average Number of Births:	0.7 million
Population growth rate:	1.19%

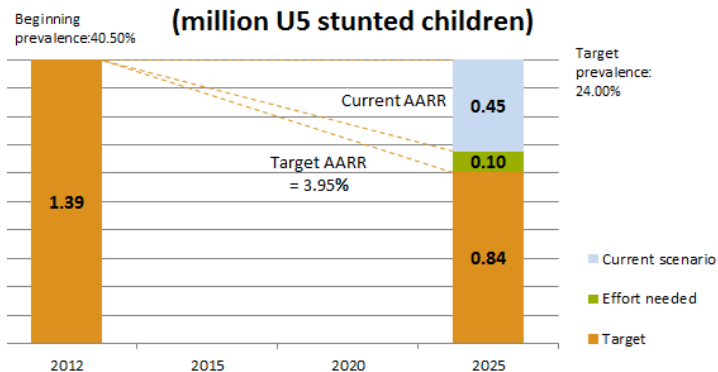
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	12.40%
Exclusive Breastfeeding:	69.60%
U5 Stunting:	40.50%
U5 Wasting:	10.90%
U5 Overweight:	1.40%

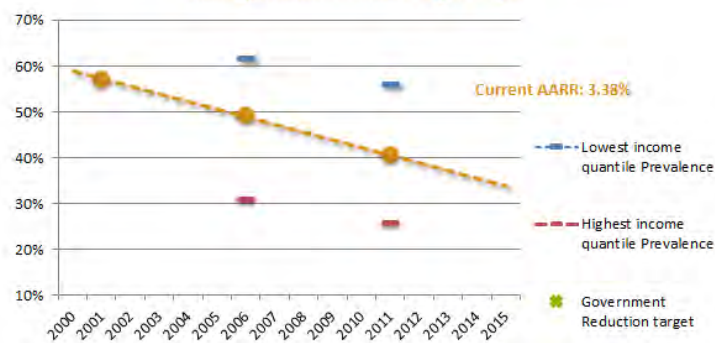
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	24.40%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	28.50%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	6.20%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	50.10%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	91.00%
Presence of iodised salt in the house	72.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	66.70%
Female employment rate	78.80%
Median age at first marriage	17.80%
Access to skilled birth attendant	36.00%
15-19 years women already mother or with first child	16.70%
Fertility rate	2.99
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	18.59%
Income share held by lowest 20%	8.27%
Open defecation	38.40%
Non-improved drinking water source	11.40%

Targeted Stunting Reduction - Nepal (million U5 stunted children)



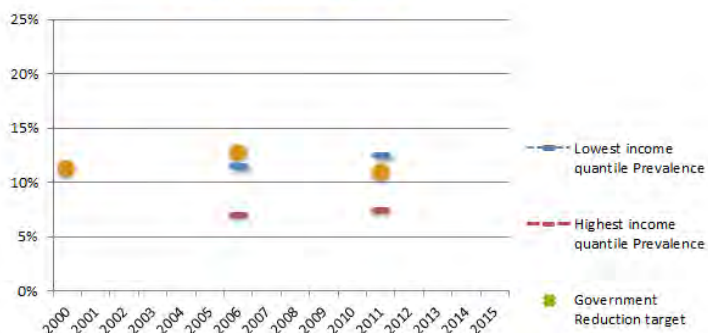
Stunting Reduction Trend and Target - Nepal



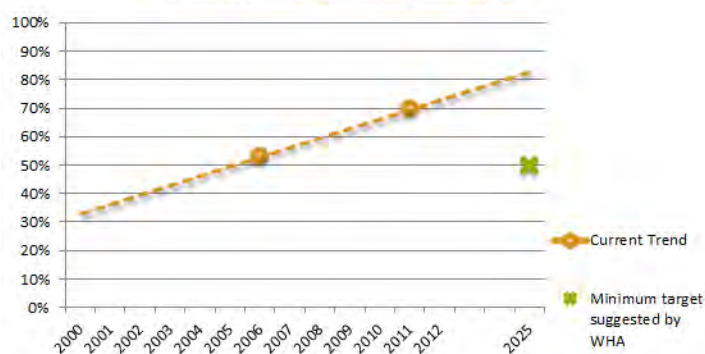
Distribution of stunting across wealth quintiles - Nepal











Wasting Prevalence - Nepal



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Nepal



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : L'engagement pour renforcer la nutrition au Népal a été démontré au plus haut niveau, notamment avec le Premier ministre Baburam Bhattara, membre du Groupe principal SUN. En septembre 2012, le gouvernement du Népal, les représentants des agences des Nations Unies, les partenaires du développement, la société civile et le secteur privé ont signé une Déclaration d'engagement pour soutenir la mise en œuvre du Plan de nutrition multisectoriel pour une amélioration accrue de la nutrition maternelle et infantile. Aucun point focal gouvernemental de SUN n'a été officiellement nommé pour le moment. Le NFSSC (Nutrition and Food Security Steering Committee, Comité directeur sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle), présidé par le vice-ministre de la Commission de planification nationale, est l'organisme de plus haut niveau pour la nutrition. En tant que plateforme multi-acteurs, ce comité est constitué de représentants des trois secteurs suivants : le secteur social (santé et éducation), l'agriculture et le développement, et enfin le bien-être social, les femmes et les enfants, le commerce et la production. Il existe également un Comité de coordination de la sécurité alimentaire et nutritionnelle auquel participent des hauts fonctionnaires de cinq ministères clés. Les agences des Nations Unies travaillant dans le domaine de la nutrition sont l'UNICEF, l'OMS, le PAM et la FAO, tous membres du Comité national de coordination de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. À travers l'initiative REACH, le système des Nations Unies coordonne son aide à la Commission de planification nationale et aux ministères concernés pour revoir les plans et les budgets annuels des activités relatives à la nutrition. La Banque mondiale coordonne les donateurs. Il existe deux plateformes distinctes pour la communauté des donateurs et les partenaires du développement : le Groupe national sur la nutrition et le Groupe de travail national sur la sécurité alimentaire. Les OSC et les universitaires sont représentés dans les comités directeurs et de coordination de haut niveau. Près de 10 ONGI travaillent avec l'Association des ONG internationales et sont fortement engagées dans la préparation du Plan de nutrition multisectoriel. Le secteur privé n'est pas encore impliqué. Enfin, un groupe Nutrition sous la conduite du ministère de la Santé et de la population, dont les adhésions sont ouvertes à toutes les agences travaillant dans le secteur de la nutrition, est totalement opérationnel pour superviser la nutrition lors des catastrophes naturelles.

Cadre politique et légal cohérent : En juin 2012, le Conseil des ministres a approuvé le Plan de nutrition multisectoriel du Népal (MSNP) qui couvre des interventions spécifiques au domaine de la nutrition et des politiques et stratégies contribuant à la nutrition dans des secteurs clés. Les interventions spécifiques à la nutrition incluent un apport en micronutriments, une promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et une stratégie multisectorielle pour la santé et la nutrition scolaires. La Politique et la Stratégie nationales de nutrition, qui doivent être revues et mises à jour, sont considérées comme une occasion importante de renforcer le Plan de nutrition multisectoriel du Népal. Une Politique nationale de nutrition d'urgence a été adoptée en 2008. La législation relative à la nutrition couvre l'enrichissement de l'alimentation (farine) et l'iodation du sel. Les dispositions pour la mise en œuvre du Code international de la commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) ont été entièrement entérinées par la loi. La Loi de protection de la maternité inclut un congé paternité et autorise 60 jours (moins de 8 semaines) de congé maternité payé, ce qui est inférieur à la durée minimale de 14 semaines recommandée par le BIT.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan national de nutrition multisectoriel (MSNP) offre un cadre commun de résultats pour renforcer la nutrition. Il a été préparé par cinq secteurs gouvernementaux clés, santé, éducation, agriculture, développement local et WASH, sous l'égide de la Commission de planification nationale (NPC) et en collaboration avec les partenaires du développement. Il offre un ensemble d'activités/interventions avec des objectifs stratégiques prioritaires par secteur. Le MSNP en est au début de sa mise en œuvre, avec un lancement officiel récent dans 6 districts népalais (sur un total de 75). La Commission de planification nationale a l'intention d'étendre le MSNP dans tout le pays d'ici 2017. Le Népal est prêt à accélérer la décentralisation au niveau des districts de la responsabilité des stratégies contribuant à la nutrition et des interventions propres à la nutrition. Une assistance a été demandée pour renforcer la mise en œuvre du MSNP, en particulier dans les régions difficiles d'accès, ainsi que pour mettre en œuvre le cadre de Suivi et d'Évaluation (S&E). Le gouvernement du Népal donne la priorité à la mise en œuvre du MSNP, au développement d'un Plan d'action national à long terme pour la nutrition et la sécurité alimentaire (NFSNAP), au renforcement institutionnel et au renforcement des capacités des secteurs clés pour une mise en œuvre efficace du MSNP et du NFSNAP, ainsi qu'au renforcement des systèmes d'information multisectoriels sur la nutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Il existe une ligne budgétaire gouvernementale pour les interventions propres à la nutrition, sous l'autorité du ministère de la Santé et de la population. L'allocation nationale pour la nutrition devrait être doublée pour 2012/2013, et 90 % de ce financement sont en train d'être

collectés. L'aide extérieure est passée de 0,2 million de dollars US à 5 millions de dollars US. Un fond commun pour le Plan de nutrition multisectoriel est en train d'être mis en place et recevra des fonds du gouvernement et des partenaires du développement. La Commission de planification nationale sera chargée de verser les fonds aux secteurs et aux districts, et aura la responsabilité de suivre le financement. Le plan national chiffré a été transmis au secrétariat du Mouvement SUN, qui a organisé la visite dans le pays d'une équipe d'experts afin d'examiner le plan avec le gouvernement et les principaux acteurs. Des lignes directrices pour le financement décentralisé du plan MSNP ont été développées. Une étude approfondie des flux de financement nationaux et extérieurs pour couvrir les coûts du plan MSNP sera menée dans le but d'évaluer l'insuffisance de financement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	15.9 million
Children under 5:	3.3 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.7 million
Population growth rate:	3.74%

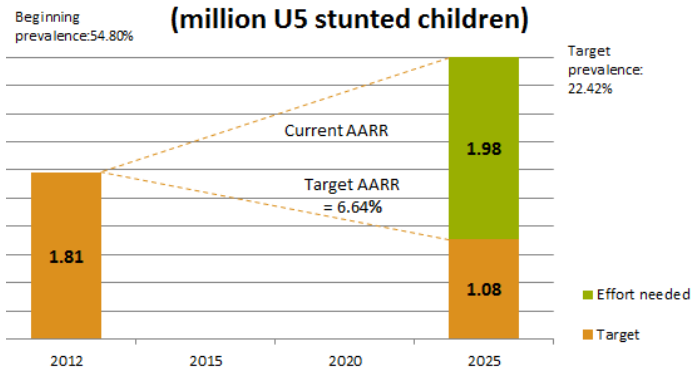
WHA nutrition target indicators (DHS 2012/2006)

Low Birth Weight:	20.50%
Exclusive Breastfeeding:	23.30%
U5 Stunting:	43.90%
U5 Wasting:	18.00%
U5 Overweight:	2.40%

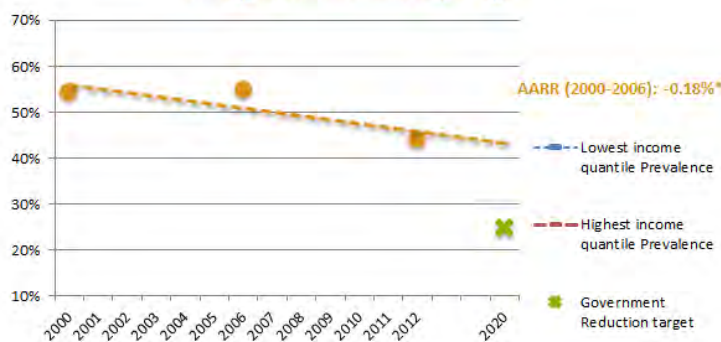
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	14.90%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	95.00%
Presence of iodised salt in the house	49.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	11.60%
Female employment rate	38.50%
Median age at first marriage	15.6
Access to skilled birth attendant	18.00%
15-19 years women already mother or with first child	39.30%
Fertility rate	7.58
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	17.20%
Income share held by lowest 20%	8.09%
Open defecation	81.00%
Non-improved drinking water source	57.60%

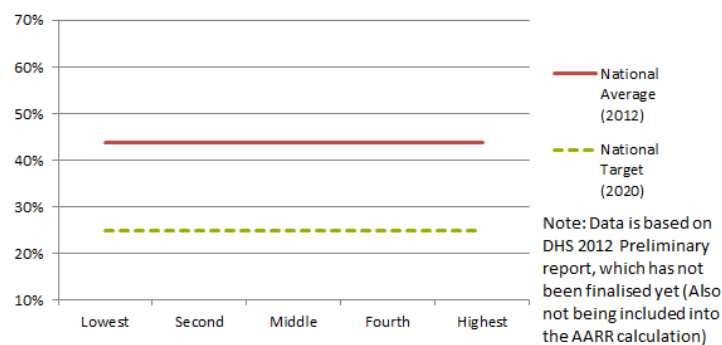
Targeted Stunting Reduction - Niger (million U5 stunted children)



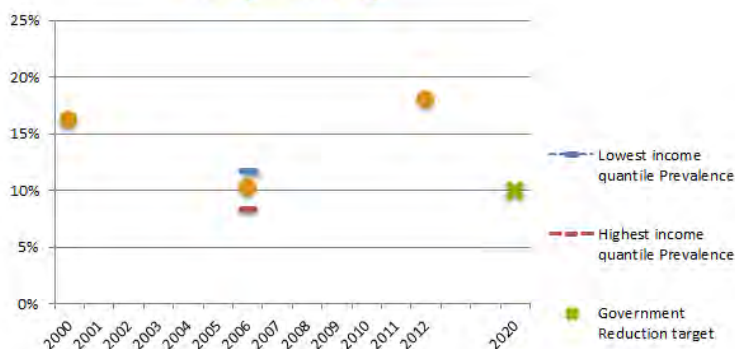
Stunting Reduction Trend and Target - Niger



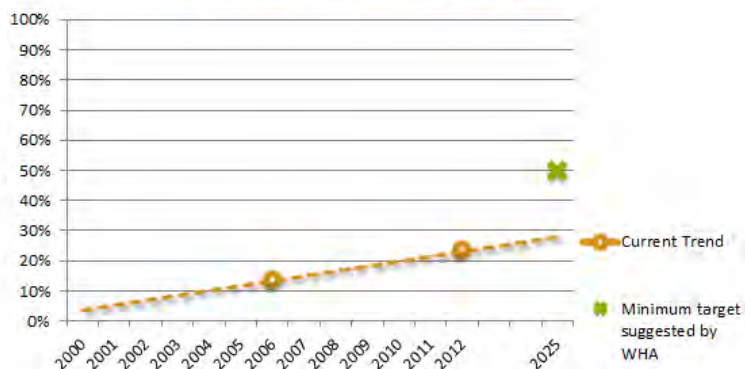
Distribution of stunting across wealth quintiles - Niger



Wasting Prevalence - Niger



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Niger



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	2>3
Qualité des processus	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le Niger poursuit la mise en œuvre de son Initiative 3N (Les Nigériens Nourrissent les Nigériens) à travers son plan d'action pour la période 2012-2015. Son objectif est de garantir que tous les Nigériens disposent d'une nourriture suffisante et de bonne qualité tout au long de l'année. Cette initiative multisectorielle comporte différents programmes visant à renforcer le secteur agricole tout en favorisant la résilience aux crises alimentaires et en améliorant la situation nutritionnelle de la population. Le Comité interministériel d'orientation de l'Initiative 3N, présidé par le Premier ministre, est l'instance d'animation de la plate-forme multi-acteurs, le Comité multisectoriel de pilotage du Programme stratégique de l'axe 4 de l'initiative (CMPS 4), présidé par le ministre de la Santé publique. Le CMPS 4 implique les ministères concernés, des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile, le secteur privé et les institutions de recherche et de formation. Un événement de lancement officiel du mouvement SUN a été organisé le 3 juillet 2013 au cours duquel le CMPS nutrition a été installé. Les organisations de la société civile ont mis en place leur propre plate-forme multisectorielle. Les établissements universitaires publics et privés travaillent à élaborer des documents politiques et stratégiques de l'initiative 3N. La communauté des entreprises est engagée dans l'Alliance d'enrichissement des aliments, mais pas encore pleinement impliqués dans la plate-forme multisectorielle. Un Réseau des parlementaires pour la nutrition et la Sécurité alimentaire a été mis en place et une plateforme est en cours de mise en place au niveau académique (besoin d'expertise d'un autre pays). Le Niger dispose de deux facilitateurs REACH (un international et une nationale) qui sont installés au niveau du Haut-Commissariat à l'initiative 3N. Le HC3N a nommé des coordinateurs régionaux de l'initiative 3N qui vont être assistés par les facilitateurs régionaux REACH.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique Nationale de Nutrition (PNN) et le plan stratégique multisectoriel ont été finalisés et sont en cours d'adoption. Il en est de même pour la stratégie de prévention de la malnutrition chronique qui a été validée le 4 juillet 2013. Il existe des politiques actualisées en vigueur dans les secteurs clés. La stratégie 3N se concentre sur la sécurité alimentaire, la prévalence de la malnutrition. Ce plan prend en compte et s'adresse principalement aux femmes enceintes et allaitantes, aux nourrissons et jeunes enfants et aux personnes atteintes du VIH. Un document de diagnostic sur le genre est en place depuis 2009. Un Plan d'investissement va être soumis à approbation. Le décret sur la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que le décret sur l'importation, la commercialisation et la consommation de sel iodé ont tous deux été révisés en 2011 et sont en cours d'adoption par le gouvernement. D'autres lois pertinentes couvrent l'hygiène alimentaire (1998), la potabilité de l'eau (2004), l'enrichissement de l'huile en vitamine A (2012) et la fortification de la farine de blé en fer et acide folique.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : L'Initiative "3N" permettra d'améliorer l'alignement des programmes, en particulier depuis qu'une feuille de route pour l'alignement des secteurs et des partenaires a été finalisée. Un cadre logique est en cours d'élaboration. Un plan stratégique vient d'être élaboré et un consultant sera recruté par le REACH pour finaliser le costing de ce plan stratégique. Le Secrétariat de REACH appuie le Gouvernement pour la collecte des données (une analyse de la situation tenant compte des différentes données est déjà faite) et le Suivi-Evaluation. Le Niger s'est engagé à recruter des nutritionnistes supplémentaires sur une base annuelle pour augmenter la capacité des centres de traitement de la nutrition (CRENAM, CRENAS, CRENI) et à renforcer les groupes communautaires de soutien à l'allaitement.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : Le Plan stratégique nutrition multisectoriel 2013-2017 a été élaboré, une expertise du secrétariat du mouvement SUN a été sollicitée pour effectuer son chiffrage. Un consultant est en train d'être recruté pour finaliser le chiffrage de ce plan stratégique. Le gouvernement a créé une ligne budgétaire nationale pour la nutrition (pour l'achat d'aliments thérapeutiques) de 500 millions de FCFA et qui sera doublée pour atteindre 1 milliard FCFA en 2013 (2 millions USD). Le Niger reçoit l'appui de l'USAID pour lutter contre la malnutrition dans 3 régions sur 5 ans avec 100 MUSD. L'UE intervient avec un projet de 25 MUSD pour l'accélération de l'atteinte des OMD. Les autres partenaires extérieurs, qui participent sous forme d'aides aux budgets publics sont les agences des Nations Unies et plusieurs organisations non gouvernementales dont Helen Keller International, Action contre la faim et Médecins sans frontières.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	159.7 million
Children under 5:	28.0 million
Adolescent Girls (15-19):	8.0 million
Average Number of Births:	6.3 million
Population growth rate:	2.69%

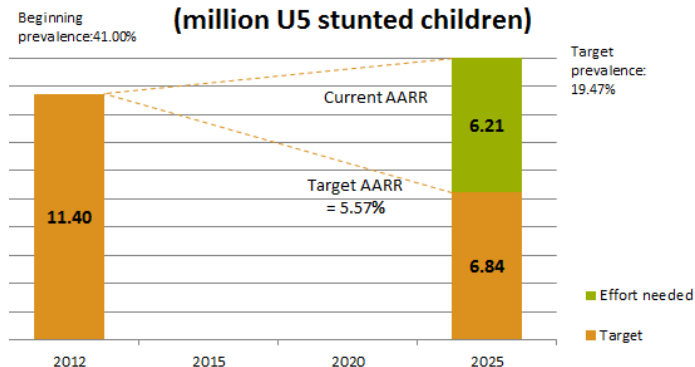
WHA nutrition target indicators (MICS 2011)

Low Birth Weight:	15.20%
Exclusive Breastfeeding:	15.10%
U5 Stunting:	35.80%
U5 Wasting:	10.20%
U5 Overweight:	3.00%

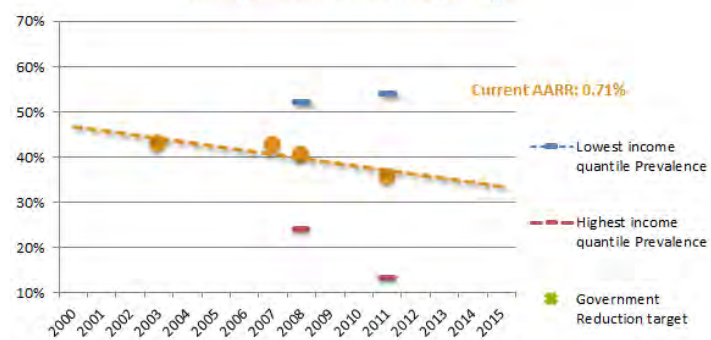
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	30.30%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	54.90%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.70%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	44.80%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	73.00%
Presence of iodised salt in the house	52.90%
Women's Empowerment	
Female literacy	53.70%
Female employment rate	45.00%
Median age at first marriage	18.6
Access to skilled birth attendant	39.00%
15-19 years women already mother or with first child	22.90%
Fertility rate	6.01
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	48.61%
Income share held by lowest 20%	5.89%
Open defecation	28.50%
Non-improved drinking water source	41.50%

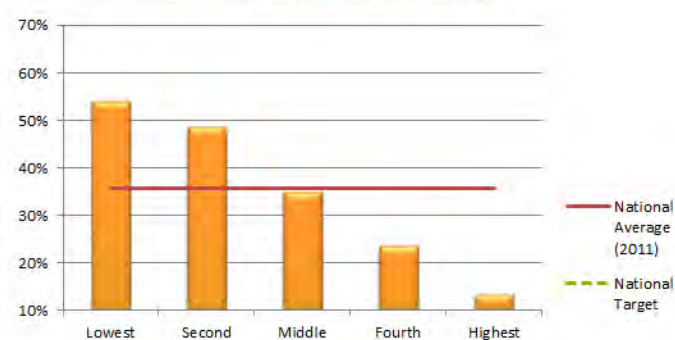
Targeted Stunting Reduction - Nigeria (million U5 stunted children)



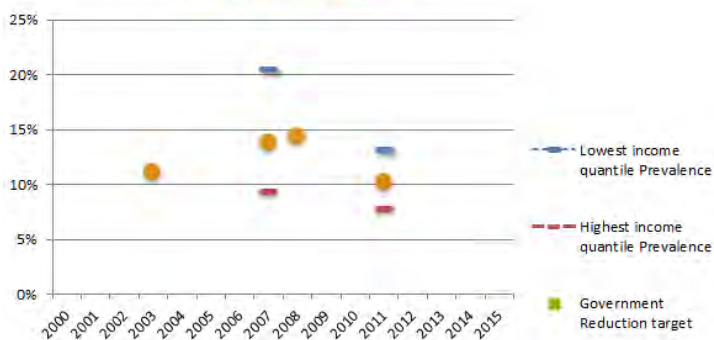
Stunting Reduction Trend and Target - Nigeria



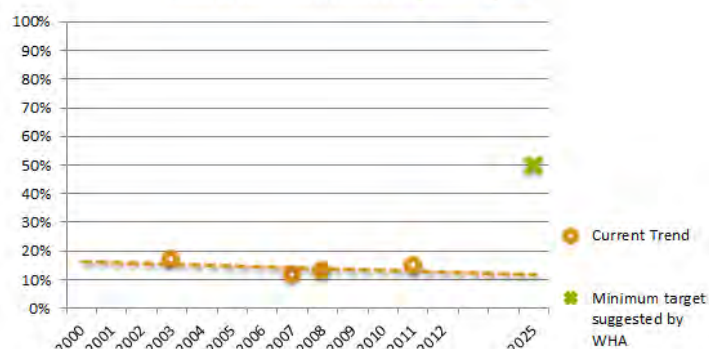
Distribution of stunting across wealth quintiles- Nigeria



















Wasting Prevalence - Nigeria



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Nigeria



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments	 	  		 	1 > 2
Qualité du processus	 	  		 	

Amener les gens à travailler ensemble : En 2012, le président du Nigeria a lancé l'initiative Un million de vies sauvées, portant essentiellement sur la nutrition, ce qui dénote un changement d'approche, d'une approche axée sur les contributions à une approche axée sur les résultats et l'état de la santé. Le Forum national des partenaires pour la nutrition convoqué par le ministère fédéral de la santé et impliquant les partenaires du développement apparaît comme la seule plateforme opérationnelle, multisectorielle et multi-acteurs. Différents ministères sont impliqués dans ce forum, qui se réunit au moins quatre fois par an. Acteurs du secteur privé, ONG nationales et internationales, agences des Nations Unies, donateurs et médias participent à ce forum. La division Nutrition, située dans le département de la Santé familiale, est actuellement l'organisme gouvernemental chargé du renforcement de la nutrition. Le DFID et l'UNICEF interviennent en tant que coordinateurs des donateurs. Le Comité national pour l'alimentation et la nutrition, qui est convoqué par la Commission de planification nationale, est en train d'être réactivé et renforcé pour aider la Commission de planification nationale à évaluer et améliorer les différentes politiques sur l'alimentation et la nutrition et planifier les programmes nationaux sur l'alimentation et la nutrition. Le Nigeria étudie la meilleure façon de développer une solide plateforme multi-acteurs pour améliorer la coordination et faire progresser le renforcement de la nutrition, notamment en créant, sous l'autorité de la présidence, un Conseil national de la nutrition comprenant plusieurs ministères et des intervenants extérieurs. Les agences des Nations Unies actives dans le renforcement de la nutrition sont l'UNICEF, la FAO et l'OMS. Le coordinateur des OSC pour l'Alliance des OSC SUN est Save the Children et inclut un grand nombre d'ONG internationales. Le secteur privé possède sa propre plateforme d'entreprises, la Chambre de Commerce, et s'engage dans SUN au travers de l'Alliance nationale pour l'enrichissement alimentaire. Le renforcement du mécanisme de coordination multisectoriel et un plaidoyer supplémentaire de leadership au plus haut niveau pour renforcer la nutrition sont deux priorités clés pour le pays.

Cadre politique et légal cohérent : Le Nigeria actualise son Plan d'action national pour l'alimentation et la nutrition (2004) et a récemment actualisé sa politique pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que ses Lignes directrices relatives au contrôle des carences en micronutriments. Les politiques et stratégies en matière de nutrition au Nigeria couvrent les secteurs clés. Il existe des dispositions importantes pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. La Loi de protection de la maternité autorise 16 semaines de congé maternité. Les lois pour l'enrichissement obligatoire de la farine de blé, de la farine de maïs et de l'huile végétale sont en vigueur. Le Nigeria a obtenu la certification d'iodation universelle du sel (USI) en 2005. La plateforme de la société civile plaide autour des problèmes centraux liés à la nutrition, notamment l'émancipation des femmes et le droit à l'alimentation. Une stratégie de plaidoyer et de communication est en cours de développement. Un cadre national de communication pour la nutrition a été développé.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Plusieurs interventions nutritionnelles doivent être alignées sur un plan accepté par tous. La CMAM (Community based management of acute malnutrition, Gestion communautaire de la malnutrition aiguë) est en cours d'évolution tandis que le ministère de l'Agriculture prône la production d'une alimentation à haute teneur énergétique et l'enrichissement de l'alimentation avec l'engagement des entreprises locales. Un soutien est nécessaire pour développer une feuille de route afin de planifier les actions dans tous les secteurs et par tous les partenaires derrière un cadre commun de résultats. La Politique nationale de nutrition et la composante nutrition de l'initiative « Un million de vie sauvées » pourraient servir de base au développement d'un plan d'action national chiffré pour la nutrition. En tirant parti de la transformation du secteur agricole dans le pays et en renforçant la Politique nationale d'alimentation et de nutrition, le Nigeria progresse vers une réponse multisectorielle complète. Dans le secteur de la santé, l'accent est mis sur les capacités des personnes prodiguant des soins, en améliorant l'accès aux services de base et en prévenant les carences en micronutriments. Le gouvernement s'est engagé à promouvoir l'utilisation de technologies mobiles pour atteindre les mères et les enfants, à donner plus de pouvoir au personnel soignant et à renforcer le système de distribution, ainsi qu'à développer la surveillance et l'évaluation des programmes de nutrition au fil du temps, en développant l'utilisation d'enquêtes SMART et d'autres outils.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Il n'existe actuellement pas de ligne budgétaire pour la nutrition dans les ministères de tutelle aux niveaux national et des états. Il n'existe, en outre, pas de système de suivi financier pour suivre les contributions des partenaires extérieurs. Le gouvernement du Nigeria s'est toutefois engagé à maintenir la moyenne actuelle des dépenses fédérales annuelles de 10 millions de dollars US dans des interventions spécifiques à la nutrition et à réallouer 20 millions de dollars US supplémentaires pour ces

interventions dans le budget 2014, à établir une ligne budgétaire distincte pour la nutrition dans le budget de l'Agence nationale de développement des principaux soins de santé et à maintenir le niveau de financement sous le Programme SURE P (Petroleum Subsidy Reinvestment Programme, Programme de réinvestissement des subventions pétrolières) et le MSS (Midwifery Service Scheme, programme de la profession de sage-femme), qui déploie actuellement 10 000 intervenants de santé. Un travail supplémentaire est nécessaire pour identifier les insuffisances de financement pour le renforcement des interventions nutritionnelles et la détermination d'une stratégie de financement durable en soutien des plans nationaux. La Banque mondiale apporte actuellement son soutien au Nigeria pour le développement d'un cadre chiffré pour la nutrition. Une stratégie de plaidoyer pour la mobilisation des ressources des secteurs public et privé est en cours de développement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	173.1 million
Children under 5:	21.3 million
Adolescent Girls (15-19):	9.5 million
Average Number of Births:	4.6 million
Population growth rate:	1.84%

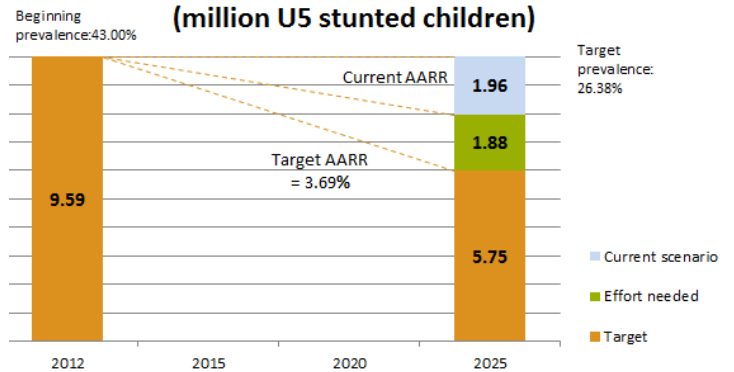
WHA nutrition target indicators (NNS 2011)

Low Birth Weight:	22.30%
Exclusive Breastfeeding:	15.00%
U5 Stunting:	43.70%
U5 Wasting:	15.10%
U5 Overweight:	N/A

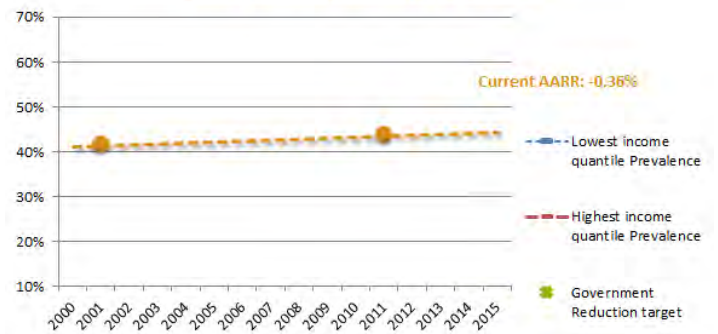
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	90.00%
Presence of iodised salt in the house	69.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	35.40%
Female employment rate	20.60%
Median age at first marriage	19.8
Access to skilled birth attendant	38.80%
15-19 years women already mother or with first child	9.10%
Fertility rate	3.65
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	35.97%
Income share held by lowest 20%	9.60%
Open defecation	28.40%
Non-improved drinking water source	6.30%

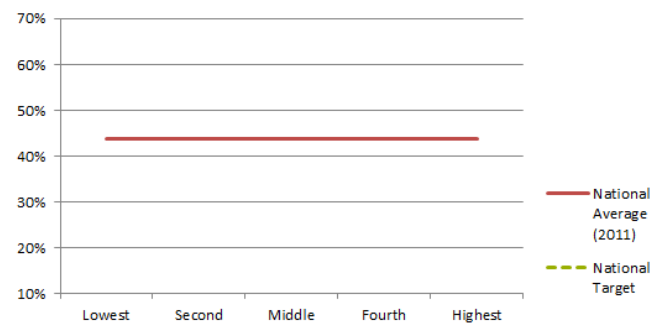
Targeted Stunting Reduction - Pakistan (million U5 stunted children)



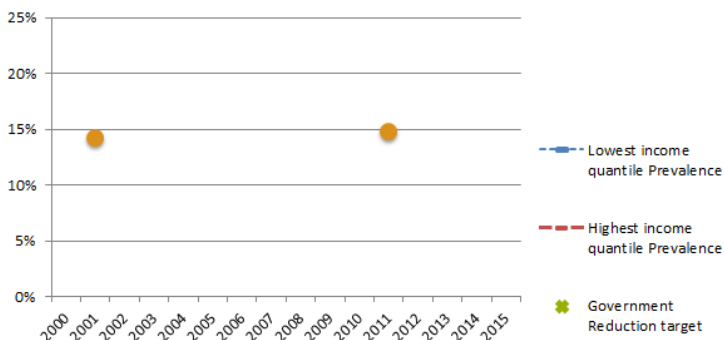
Stunting Reduction Trend and Target - Pakistan



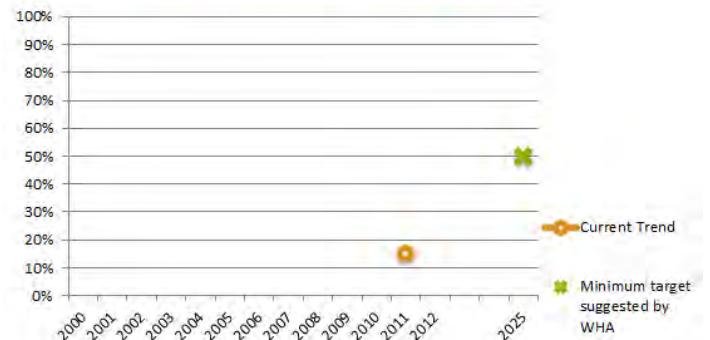
Distribution of stunting across wealth quintiles - Pakistan







Wasting Prevalence - Pakistan



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Pakistan



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					1 > 2

Amener les gens à travailler ensemble : La nutrition en tant qu'activité de développement multisectorielle a été institutionnalisée dans le processus de planification nationale du Pakistan à partir du milieu des années 1970. Un Comité national de nutrition (CNN) de haut niveau au ministère de la Planification et du développement (MPD) supervise la planification et la mise en œuvre de la nutrition dans différents secteurs et assure la mise en œuvre multisectorielle des interventions de nutrition. Le CNN est le comité décisionnel au plus haut niveau national, dirigé par le ministre de la Planification et du développement, et tous les secrétariats des ministères clés y participent. Des représentants nationaux des Nations Unies et des donateurs y sont également présents. Un comité national a récemment été mis en place au MPD pour encourager une approche multisectorielle afin d'aborder le problème de la nutrition par une supervision de la politique, de la stratégie et de la surveillance. Il s'agit d'une plateforme de travail offrant une tribune aux différents acteurs (gouvernement, Nations Unies et partenaires du développement) pour une planification vers des objectifs communs et une action coordonnée. Cette plateforme coordonne l'assistance technique aux provinces (de la part des partenaires de développement et des Nations Unies) pour esquisser des plans de nutrition au niveau provincial en cohérence avec le Plan de nutrition national. Du fait du système fédéral du Pakistan, une approche multisectorielle a été adoptée pour répondre également aux problèmes relatifs à la nutrition à un niveau décentralisé. Le Département de la planification et du développement du MPD dirige la formulation de la politique globale et la coordination entre les secteurs au niveau provincial. Il coordonne les Comités directeurs de nutrition provinciaux chargés de fournir une planification stratégique, une coordination, une surveillance et un contrôle entre les secteurs et les partenaires. Ces comités incluent tous les principaux départements des ministères clés et sont assistés de groupes de travail techniques qui élaborent des plans sectoriels dans le domaine de la nutrition au niveau provincial. Il s'agit de groupes de travail multisectoriels qui facilitent l'examen des plans sectoriels et fournissent des avis techniques aux Comités directeurs de nutrition provinciaux. Le Groupe des partenaires de nutrition, une plateforme qui réunit donateurs, agences des Nations Unies, ONG et communauté du secteur privé, est opérationnel et prend en charge le développement stratégique multisectoriel. La Banque mondiale et le DFID ont été nommés coordinateurs des donateurs. Un Comité parlementaire permanent sur la sécurité alimentaire a été établi à la chambre haute, le Sénat, et la chambre basse, l'Assemblée nationale. Ces Comités permanents organisent des réunions régulières pour examiner la situation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle aux niveaux individuel, familial, régional et national.

Cadre politique et légal cohérent : Au Pakistan, la responsabilité de la sécurité alimentaire et nutritionnelle est partagée par les gouvernements fédéraux, provinciaux et locaux. La Politique nationale de sécurité alimentaire et de nutrition et le Plan national de nutrition quinquennal ont été développés grâce à des consultations multi-acteurs et sont entrés dans les dernières phases de préparation. Le Plan national de nutrition quinquennal est transformé en plans/programmes de développement annuels comprenant des initiatives spécifiques et sensibles à la nutrition. Une Politique d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants a été développée et un code pour la commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté. Au cours des six derniers mois, le gouvernement a développé une stratégie multisectorielle pour la nutrition.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Les gouvernements fédéraux et provinciaux et les partenaires du développement ont pris ensemble un engagement pour une stratégie d'intégration au niveau provincial. Des notes relatives aux orientations politiques et des stratégies de nutrition multisectorielles sont en cours de préparation au travers de processus participatifs dans 5 provinces. Les stratégies incluent des interventions spécifiques à la nutrition et des actions contribuant à la nutrition dans les secteurs de l'agriculture, de l'alimentation, du programme WASH (WATER, Sanitation, Hygiene : eau, assainissement et hygiène), de l'éducation et de la protection sociale et accordent aussi une attention considérable à l'égalité des sexes et aux partenariats public-privé. Les stratégies incluent l'établissement de mécanismes de coordination et de cadres de suivi des résultats avec des cibles et des objectifs clairs sur une période de cinq ans. Le gouvernement entend finaliser les stratégies au niveau provincial, développer une stratégie de coordination fédérale pour appuyer ces initiatives infranationales, et lancer l'initiative SUN en se basant sur les initiatives nationales et provinciales. Des initiatives verticales sont en cours au niveau fédéral, notamment des programmes de complément et d'enrichissement en micronutriments importants ainsi que des programmes communautaires pour éliminer la malnutrition aiguë des enfants. Le BSIP (Banazir Income Support Program, programme Benazir de soutien aux revenus), le plus important programme de transfert de revenus au Pakistan, qui concerne 3,5 millions de familles, a été engagé en octobre 2008 et fait figure de référence. La gestion de la malnutrition grave et aiguë et du suivi a commencé dans les provinces avec le soutien de l'OMS, par l'établissement de 38 sites sentinelles.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le gouvernement dispose de plans pour suivre les contributions effectuées par les donateurs au niveau national. Une augmentation des ressources est attendue de la part du gouvernement et des partenaires du développement.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	29.3 million
Children under 5:	2.9 million
Adolescent Girls (15-19):	1.4 million
Average Number of Births:	0.6 million
Population growth rate:	1.08%

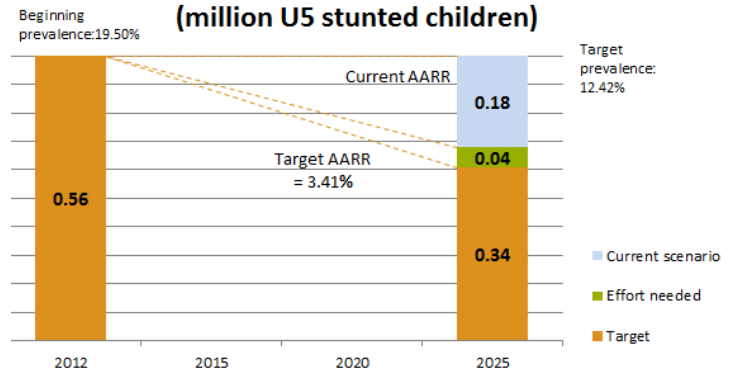
WHA nutrition target indicators (DHS 2012)

Low Birth Weight:	6.90%
Exclusive Breastfeeding:	67.60%
U5 Stunting:	18.10%
U5 Wasting:	0.60%
U5 Overweight:	9.80%

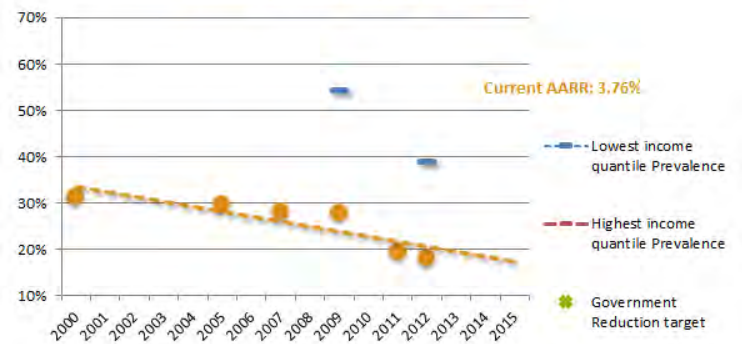
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	80.40%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	91.90%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	94.40%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	3.10%
Presence of iodised salt in the house	90.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	94.60%
Female employment rate	63.60%
Median age at first marriage	21.6
Access to skilled birth attendant	86.70%
15-19 years women already mother or with first child	13.20%
Fertility rate	2.6
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	76.42%
Income share held by lowest 20%	3.91%
Open defecation	11.40%
Non-improved drinking water source	18.30%

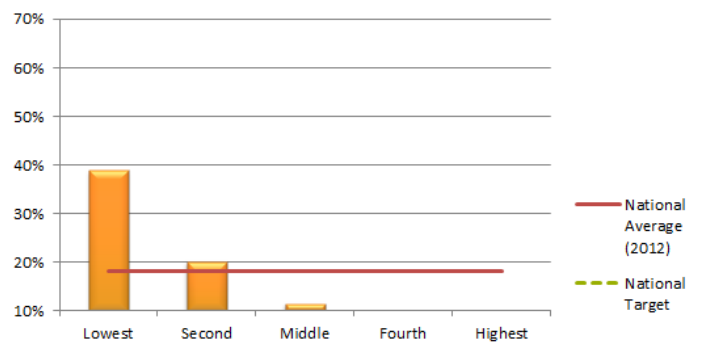
Targeted Stunting Reduction - Peru (million U5 stunted children)



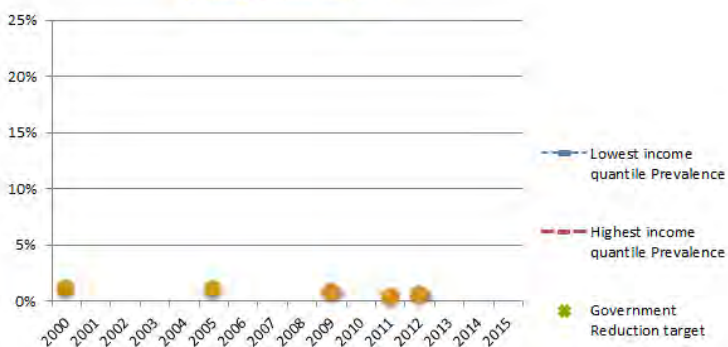
Stunting Reduction Trend and Target - Peru



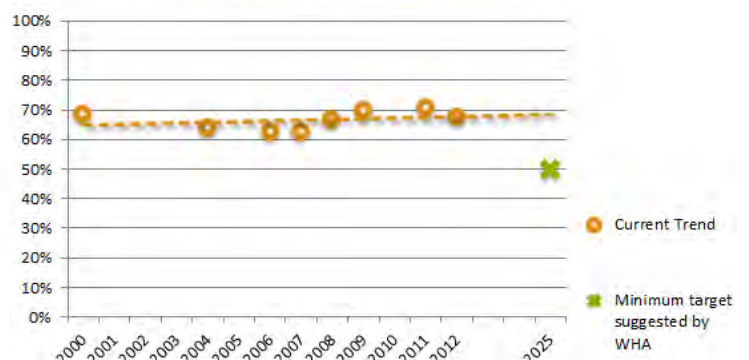
Distribution of stunting across wealth quintiles- Peru











Wasting Prevalence- Peru



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate- Peru



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le ministère du Développement et de l'insertion sociale (MIDIS) assure la coordination intergouvernementale et intersectorielle pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale de développement et d'insertion sociale. La Commission interministérielle pour les Affaires sociales est la plateforme multisectorielle gouvernementale en charge de la coordination de la politique sociale nationale et de la lutte contre la malnutrition. Elle est présidée par le Premier ministre et ses membres sont les ministres des secteurs sociaux. La Première dame, Nadine Heredia, poursuit son engagement en tant que membre du Groupe principal SUN. Depuis août 2012, le gouvernement s'est engagé dans une décentralisation des niveaux gouvernementaux, via l'Accord national pour une action coordonnée contre la malnutrition chez l'enfant. Le gouvernement s'engage avec la société civile et le secteur privé dans une Table ronde pour la lutte contre la pauvreté (MCLCP), aux niveaux national et décentralisé. La communauté des donateurs est organisée autour de l'« Initiative contre la malnutrition chronique des enfants (IDI) », qui comprend 17 institutions. Le MIDIS travaille régulièrement avec des agences des Nations Unies au soutien de parties spécifiques de ses programmes sociaux, notamment la lutte contre la malnutrition. Des organismes de recherche, des groupes de réflexion, des ONG, des entreprises privées et des agences publiques forment le Consortium de recherche économique et sociale (CRES), dont la mission est de générer des connaissances utiles dans les sciences sociales et de les utiliser pour informer les décideurs. Le gouvernement entend renforcer la participation du secteur privé dans les efforts nationaux pour lutter contre la malnutrition. Il existe une direction claire et un engagement important pour combattre la malnutrition, comme le montre l'acceptation de l'Engagement national pour une action coordonnée contre la malnutrition chronique par les dirigeants des gouvernements aux niveaux central et provincial.

Cadre politique et légal cohérent : La Stratégie nationale d'insertion sociale « Insérer pour grandir » (INCLUIR PARA CRECER) a été récemment approuvée. Elle intègre un certain nombre de politiques sectorielles, intersectorielles et intergouvernementales qui contribuent à réduire la malnutrition. Les stratégies précédentes sur la sécurité alimentaire ont ouvert la voie aux Directives 2012 du MIDIS pour la gestion intersectorielle et intergouvernementale visant à réduire la malnutrition infantile. La législation nationale sur la nutrition couvre les secteurs de l'eau et de l'assainissement, l'agriculture, l'éducation et l'alimentation (enrichissement de la farine et iodation du sel). La Loi de protection de la maternité autorise 90 jours de congé (presque 13 semaines), ce qui représente une semaine de moins que les 14 semaines minimum recommandées par le BIT dans sa Convention de protection de la maternité, 2000 (N° 183). Des mesures pour la mise en œuvre du Code international de la commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) ont été intégrées dans la loi péruvienne.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : La Stratégie nationale d'insertion sociale « Insérer pour grandir » constitue le cadre commun de résultats pour la nutrition dans le pays et met l'accent sur l'équité et l'insertion sociale. Le PAN (National Articulated Program, Programme national structuré) utilise un système d'allocation budgétaire lié aux performances pour aligner les interventions isolées et les programmes des différents ministères sur un ensemble commun de résultats convenus. Le cadre inclut des programmes spécifiques et contribuant à la nutrition avec des objectifs, des cibles et des bases claires. Une mise en œuvre décentralisée coordonnée est en cours grâce à la collaboration entre les différents niveaux gouvernementaux, en particulier sur le budget, les insuffisances de financement et la définition des cibles. L'évaluation des capacités institutionnelles pour la prestation des services et la mise en œuvre des programmes, en particulier dans les régions éloignées, reste un problème. Des actions de plaidoyer culturellement adaptées pour une meilleure nutrition sont nécessaires pour inciter les communautés autochtones à appuyer les efforts nationaux de lutte contre la malnutrition. Le Système complet d'assurance santé (qui inclut des programmes de la santé) avec les cinq programmes sociaux actuellement directement gérés par le MIDIS, les programmes relatifs à l'eau et l'assainissement et à la sécurité alimentaire sont les instruments programmatiques de prédilection indiqués par le gouvernement pour la lutte contre la malnutrition infantile. Le gouvernement central travaille avec 25 organismes publics régionaux à la définition de cibles de développement spécifiques au niveau infranational et à l'estimation des insuffisances de financement. Il collabore également avec les municipalités pour la mise en œuvre des interventions dans le domaine de la santé et de l'assainissement financées par le Fonds national des infrastructures rurales.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le gouvernement péruvien alloue 2,1 milliards de dollars chaque année pour lutter contre la malnutrition infantile. Un engagement budgétaire pluriannuel a été pris pour augmenter ou au moins préserver les ressources financières associées à la réduction et à la prévention de la malnutrition chronique chez les enfants. Le gouvernement, la confédération du secteur privé (CONFIEP) et la Banque

interaméricaine de développement préparent un Fonds d'innovation sociale pour identifier et financer les moyens créatifs de résoudre les problèmes sociaux (notamment la malnutrition chronique). Le niveau d'alignement financier des donateurs doit être clarifié. Le Pérou a réalisé des progrès dans le développement de directives méthodologiques pour évaluer le budget public orienté vers les actions de lutte contre la malnutrition chronique dans les différentes régions du pays. Toutefois, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour l'utilisation d'une méthodologie d'établissement du coût unitaire, le suivi des dépenses non gouvernementales et les prévisions budgétaires pluriannuelles pour les programmes et les interventions dans le domaine de la nutrition. Le Pérou sera alors en mesure d'évaluer les insuffisances de financement pour la mise en œuvre des programmes destinés à réduire la malnutrition chronique. En association avec une équipe d'experts dirigée par le secrétariat du Mouvement SUN, le pays analyse la structure du financement national de la nutrition.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	10.8 million
Children under 5:	1.8 million
Adolescent Girls (15-19):	0.5 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	2.78%

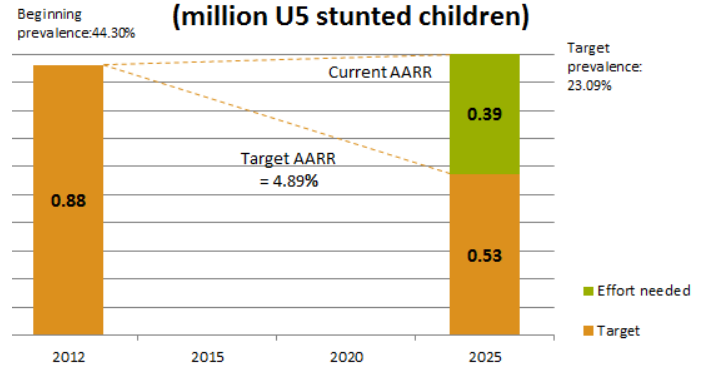
WHA nutrition target indicators (DHS 2010)

Low Birth Weight:	6.20%
Exclusive Breastfeeding:	84.90%
U5 Stunting:	44.20%
U5 Wasting:	2.80%
U5 Overweight:	6.70%

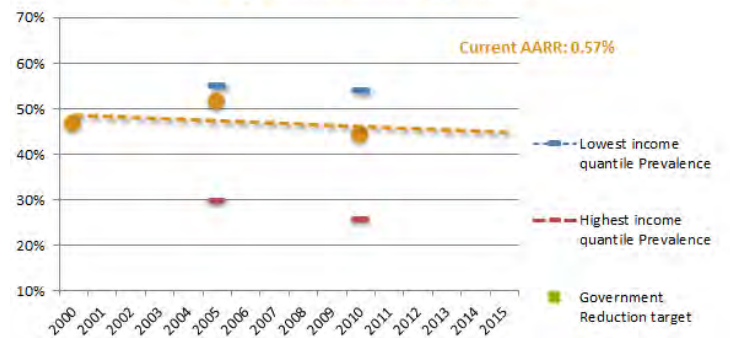
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	16.80%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	25.80%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	35.40%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	76.00%
Presence of iodised salt in the house	99.30%
Women's Empowerment	
Female literacy	76.90%
Female employment rate	86.10%
Median age at first marriage	21.4
Access to skilled birth attendant	98.00%
15-19 years women already mother or with first child	6.10%
Fertility rate	5.13
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	18.44%
Income share held by lowest 20%	5.16%
Open defecation	1.10%
Non-improved drinking water source	25.20%

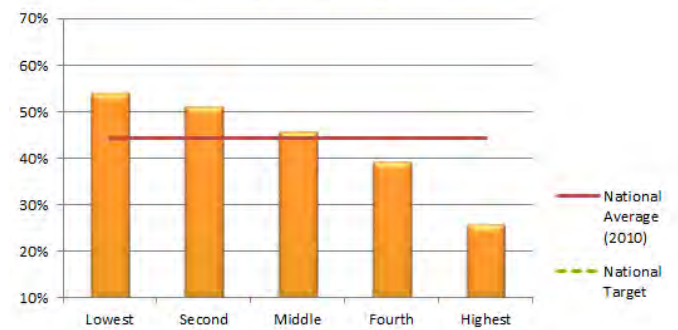
Targeted Stunting Reduction - Rwanda (million U5 stunted children)



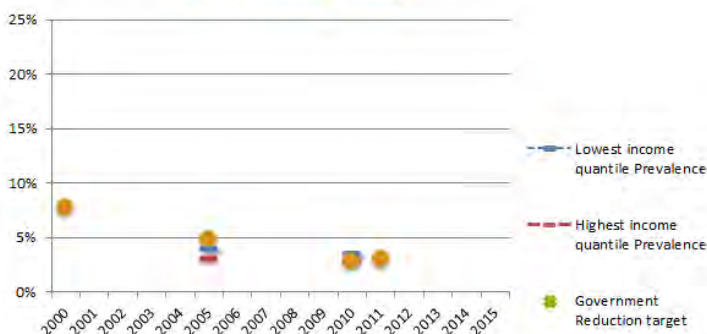
Stunting Reduction Trend and Target - Rwanda



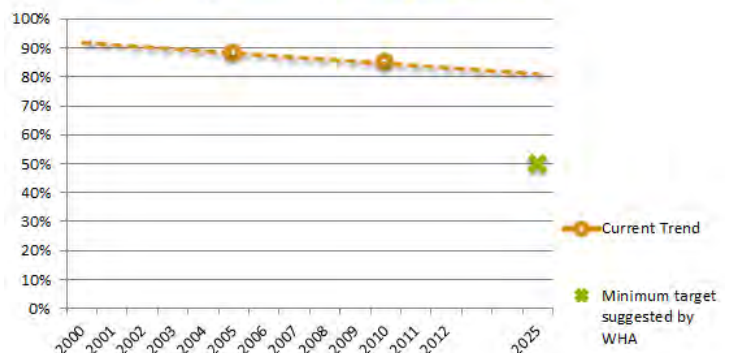
Distribution of stunting across wealth quintiles - Rwanda











Wasting Prevalence - Rwanda



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Rwanda



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le Rwanda s'est fortement impliqué dans la réduction de la malnutrition. Plusieurs plateformes multi-acteurs visant à renforcer la nutrition ont été établies aux niveaux central et local. Le Comité de coordination interministériel est l'instance gouvernementale de coordination de plus haut niveau sous la houlette du ministère de la Santé, et un Collectif du gouvernement et des partenaires du développement co-présidé par le ministre des Finances et le coordinateur résident des Nations Unies rassemble les donateurs et les partenaires du développement de différents secteurs. Dans le Collectif des partenaires du développement, deux secteurs concernés, la santé et l'agriculture, ont établi des plateformes de coordination spécifiques sur la nutrition : le Groupe de travail technique sur la nutrition, co-présidé par le ministère de la Santé et l'USAID, et le Groupe de travail technique sur la nutrition (NTWG), co-présidé par le ministère de l'Agriculture et la FAO. L'initiative REACH fait office de mécanisme de coordination sur la nutrition pour les agences des Nations Unies (OMS, PAM, UNICEF et FAO). Le système des Nations Unies participe au niveau multisectoriel par le biais du Groupe de travail technique sur la nutrition et soutient la planification et l'analyse stratégiques, le plaidoyer, ainsi que le partage de connaissances pour le renforcement de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Il aide également le point focal gouvernemental de SUN à s'acquitter de ses fonctions. La société civile et les universitaires s'impliquent par le biais du NTWG. Le secteur privé a établi l'Alliance nationale pour le renforcement alimentaire, une plateforme sous les auspices du NTWG au sein du ministère de la Santé. Celle-ci inclut des industries, des associations de consommateurs, des universitaires et des ministères, et sert de conseil principalement sur le renforcement alimentaire. Au niveau local, les comités multisectoriels sur la nutrition sont composés des maires, des directeurs de la santé des districts, de nutritionnistes, d'agronomes et de responsables de la protection sociale, de la médecine vétérinaire, de l'hygiène et de l'assainissement.

Cadre politique et légal cohérent : La Stratégie nationale 2010-2013 pour éliminer la malnutrition inclut des approches nutritionnelles aussi bien spécifiques que contributives pour traiter la dénutrition. Elle a été développée en 2010 et est en cours d'actualisation. Plusieurs politiques dans des secteurs clés ont actuellement un impact sur les résultats nutritionnels, notamment l'agriculture, la réduction de la pauvreté et le développement, la santé, l'éducation et la protection sociale. Par exemple, le Plan stratégique pour la transformation de l'agriculture dans la Phase III du Plan 2013-2017 pour le Rwanda, qui incorpore la nutrition sous forme d'un sous-programme, et le Plan stratégique annuel 2013-2014 du ministère de l'Égalité entre les sexes, qui intègre une campagne de communication pour un changement de comportement sur la nutrition. Le ministère des Collectivités locales est actuellement en train de réviser la Stratégie de la protection sociale, qui intègre à présent la nutrition dans le cadre du soutien aux personnes vulnérables. La Loi de protection de la maternité, qui prévoit un congé maternité de 12 semaines, n'a pas encore été officiellement approuvée. Les mesures pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel sont en phase d'approbation finale. La législation sur l'enrichissement de l'alimentation est rédigée et en cours d'approbation.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Pour mettre en application la Stratégie nationale d'élimination de la malnutrition, le Rwanda a impliqué 5 ministères clés (la Santé, l'Agriculture, l'Éducation, l'Égalité entre les sexes et les Collectivités locales) afin de définir un cadre commun de résultats pour la nutrition (le « Plan d'action commun pour éliminer la malnutrition ») pour 2013. Chacun des 30 districts a développé des Plans de district pour l'élimination de la malnutrition (DPEM), qui sont actuellement mis en application à divers degrés. Le Plan d'action commun pour éliminer la malnutrition est multisectoriel et inclut des actions nutritionnelles spécifiques et contributives telles que l'alimentation des jeunes enfants, le renforcement à domicile, l'intégration et la promotion de la croissance, le dépistage et le traitement de la malnutrition aiguë, le soutien alimentaire aux porteurs du VIH/SIDA et l'intégration de la nutrition dans l'agriculture. Les programmes sont progressivement renforcés à l'aide d'une couverture de plus en plus importante. Le plan est mis en application dans tout le pays, et il est doté d'un système de suivi et d'évaluation innovant utilisant par exemple des SMS ou des contrats basés sur la performance avec les maires. Le pays utilise déjà DevInfo comme outil de suivi dans six districts et a l'intention d'étendre ce système au niveau central. Le système de suivi a besoin d'être renforcé. La mise à jour de la Stratégie nationale d'élimination de la malnutrition pour 2014-2017 tiendra compte de l'expérience acquise avec le Plan d'action commun pour éliminer la malnutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : L'ensemble du Plan d'action commun pour lutter contre la malnutrition est chiffré sur une base annuelle. Le Rwanda a convenu de participer à l'opération d'analyse des coûts dirigée par le secrétariat du Mouvement SUN, en se servant du plan 2012. La contribution financière du

gouvernement a été clairement identifiée, mais les contributions des partenaires requièrent une meilleure visibilité. Le gouvernement a signé un protocole d'accord qui prévoit que l'Union Européenne versera 10 millions de dollars US pour la nutrition sur les 3 prochaines années. Différents partenaires collectent des fonds auprès de donateurs situés dans le pays ou à l'extérieur. D'après les estimations, le Rwanda pourrait recevoir jusqu'à 12 millions de dollars US par an pour la nutrition sur les 3 prochaines années. La Direction suisse du développement et de la coopération (DDC) a également promis 3 millions de dollars US dès 2013 pour soutenir la mise en œuvre des DPEM dans deux districts par le biais du projet commun des Nations Unies sur la nutrition. Un programme sur la nutrition de l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas, coordonné par l'UNICEF et visant à soutenir 10 districts, est également en cours d'élaboration.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	13.0 million
Children under 5:	2.2 million
Adolescent Girls (15-19):	0.7 million
Average Number of Births:	0.5 million
Population growth rate:	2.78%

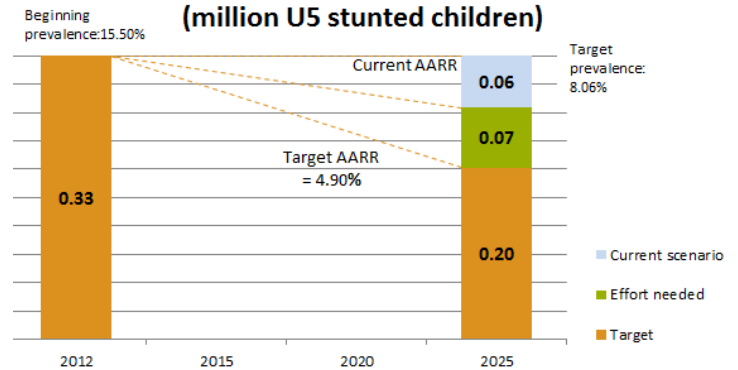
WHA nutrition target indicators (SMART 2012/DHS 2011)

Low Birth Weight:	15.90%
Exclusive Breastfeeding:	39.00%
U5 Stunting:	15.50%
U5 Wasting:	8.80%
U5 Overweight:	2.50%

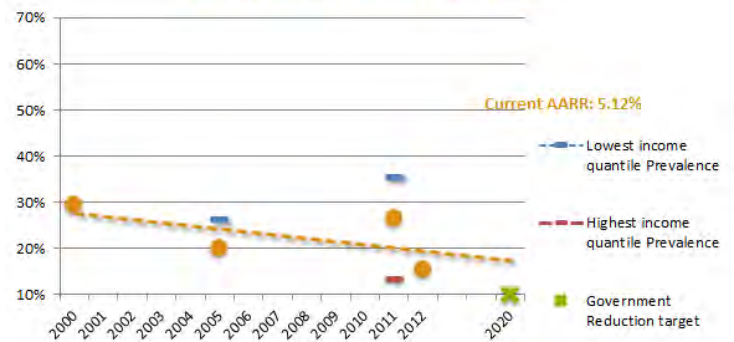
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	9.20%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	27.40%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	0.20%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	50.00%
Vitamin A supplementation (6-59 months)	78.40%
Presence of iodised salt in the house	41.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	27.80%
Female employment rate	57.50%
Median age at first marriage	19.6
Access to skilled birth attendant	66.10%
15-19 years women already mother or with first child	18.70%
Fertility rate	5.11
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	40.56%
Income share held by lowest 20%	6.05%
Open defecation	16.50%
Non-improved drinking water source	21.70%

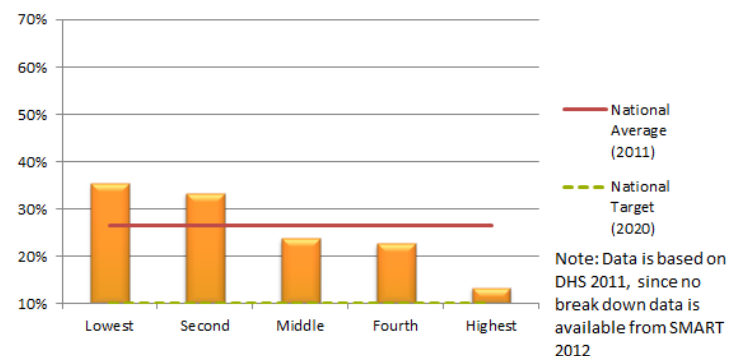
Targeted Stunting Reduction - Senegal (million U5 stunted children)



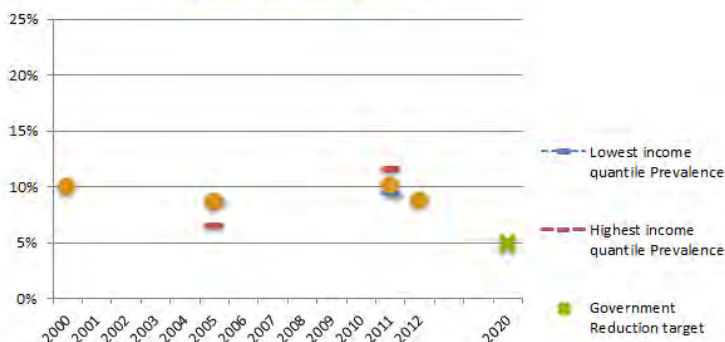
Stunting Reduction Trend and Target - Senegal



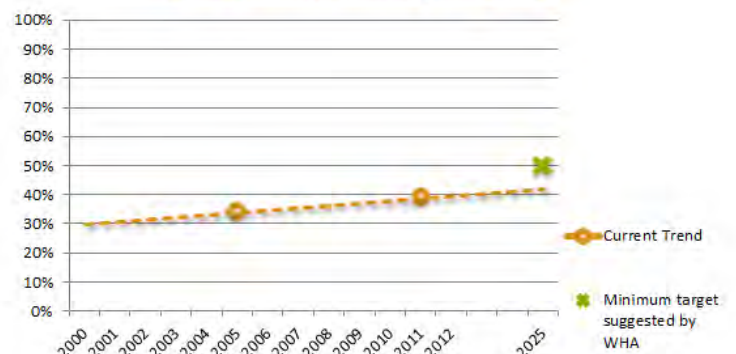
Distribution of stunting across wealth quintiles - Senegal











Wasting Prevalence - Senegal



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Senegal



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de Préparation
Présence d'éléments					3
Qualité des processus					

Amener les gens à travailler ensemble : L'engagement politique de renforcement de la nutrition se retrouve au plus haut niveau avec la Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM), rattachée au cabinet du Premier Ministre. La plateforme multisectorielle doit toutefois être renforcée. Le Sénégal s'est engagé à améliorer la coordination multisectorielle et l'harmonisation des actions. Un accent particulier sera mis sur le dialogue politique, notamment à travers une meilleure implication du secteur de l'agriculture et du secteur privé et le suivi /évaluation. Il s'est aussi engagé à assurer la transparence et la responsabilisation des différents acteurs et une surveillance étroite des progrès. Le représentant des donateurs doit encore être confirmé.

Cadre politique et légal cohérent : Le Sénégal est en train de réviser sa Lettre de politique de développement de la nutrition datant de 2001 ; une fois cette dernière validée, un Plan stratégique multisectoriel 2013-2018 sera établi. Un cadre commun des résultats sera élaboré conformément à ce Plan stratégique multisectoriel, par l'intermédiaire d'une approche participative impliquant tous les secteurs concernés. La CLM met en œuvre des programmes couvrant des domaines clés : la nutrition communautaire, les transferts sociaux, la lutte contre les carences en micronutriment et la sécurité alimentaire. En outre, le Programme national d'investissement agricole (2011-2015) cible la réduction de la pauvreté en s'attaquant aux questions de la faim et la malnutrition et intègre également des indicateurs d'impact sur la sécurité alimentaire et la nutrition. La politique de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) est en cours de validation de même que le plan stratégique de la fortification alimentaire.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le plan stratégique multisectoriel 2013-2018 sera élaboré à l'issue de la validation de la lettre de politique de développement de la nutrition. Le Cadre commun de résultats sera élaboré sur la base de ce plan stratégique, dans le cadre d'une démarche inclusive, avec l'ensemble des secteurs. Le Sénégal s'est engagé à développer les services de nutrition à base communautaire pour atteindre au moins 90% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans d'ici 2020 pour ce qui concerne les interventions nutritionnelles directes. Un engagement a été également pris pour une réduction des carences en micronutriments (Fer, vitamine A et iode) chez les enfants de moins de cinq ans. Un dispositif de suivi-évaluation sera également mis en place pour le suivi de la politique de nutrition.

Suivi des Financements et mobilisation des ressources : En 2011, le gouvernement s'est engagé à augmenter annuellement le financement pour la nutrition afin d'atteindre 2,8 milliards de FCFA par an en 2015. Cet investissement contribuera avec les autres ressources qui devront être mobilisées, au passage à l'échelle des interventions nutritionnelles efficaces.

La recherche de financements auprès d'autres partenaires reste importante pour la poursuite des interventions au-delà de 2014. Le Sénégal travaille actuellement sur la mobilisation des ressources pour la nutrition pour la période d'après 2014. Le Sénégal a ainsi participé à l'exercice d'analyse des coûts mené par les pays et appuyé par le Secrétariat du Mouvement SUN.

Demographic data (2010, WPP 2012)

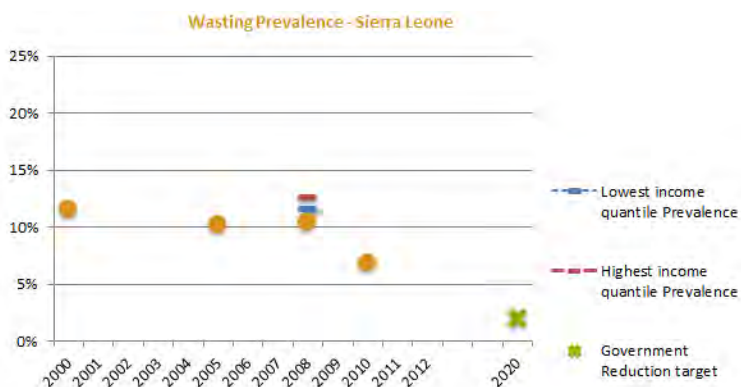
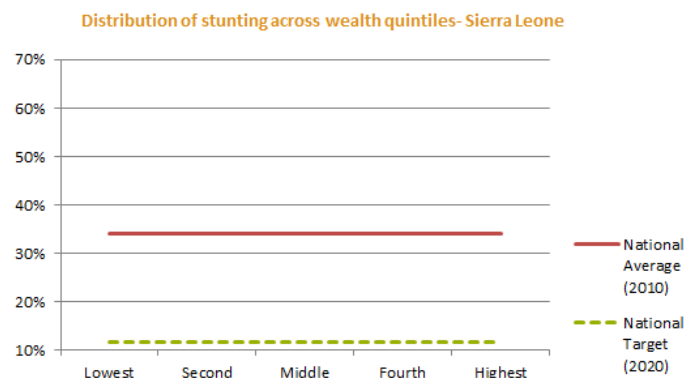
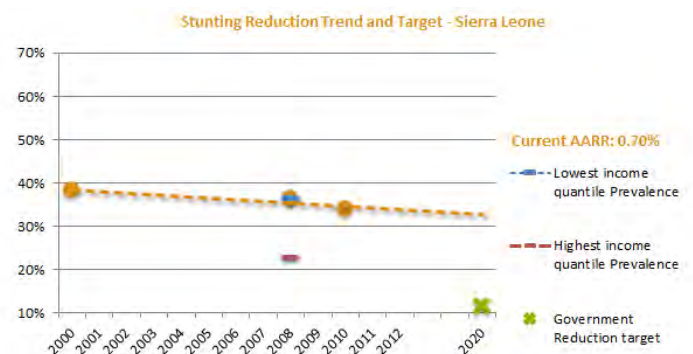
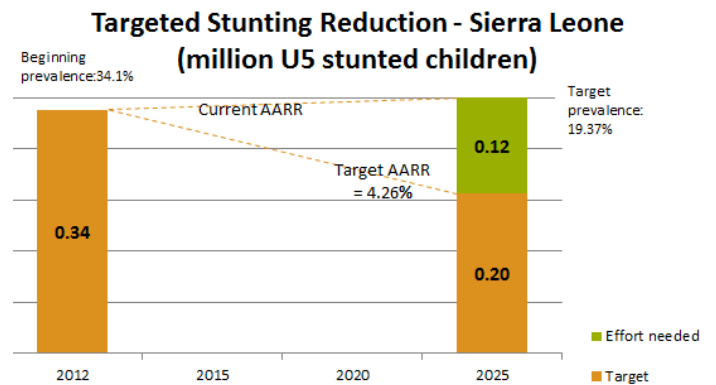
National Population:	5.8 million
Children under 5:	0.9 million
Adolescent Girls (15-19):	0.3 million
Average Number of Births:	0.2 million
Population growth rate:	2.33%









WHA nutrition target indicators (SMART 2010)

Low Birth Weight:	10.50%
Exclusive Breastfeeding:	31.60%
U5 Stunting:	34.10%
U5 Wasting:	6.90%
U5 Overweight:	9.60%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	7.40%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	74.66%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	99.00%
Presence of iodised salt in the house	63.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	26.20%
Female employment rate	64.90%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	62.00%
15-19 years women already mother or with first child	32.20%
Fertility rate	5.16
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	39.66%
Income share held by lowest 20%	7.81%
Open defecation	28.90%
Non-improved drinking water source	43.00%



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : Le vice-président convoque et préside la plateforme multisectorielle, le Comité de direction de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, qui coordonne plusieurs parties prenantes. Un secrétariat SUN a récemment été établi au sein du Bureau du vice-président. Les donateurs, les agences des Nations Unies et les OSC participent également au Groupe de partenaires du développement de la santé (présidé par le ministre de la Santé), à l'Équipe présidentielle pour l'agriculture (présidée par le Président) et au Groupe de conseil pour l'agriculture (présidé par le ministre de l'Agriculture). Le coordinateur des donateurs est l'Irish Aid. Les partenaires du développement utilisent le Groupe de travail multisectoriel sur la nutrition co-présidé par l'Irish Aid et l'USAID pour partager des informations sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle avec le gouvernement, les agences des Nations Unies et les OSC. Le FNUAP, l'UNICEF, le PAM, la FAO, l'OMS et l'UNAIDS ont coordonné leurs efforts avec le soutien de l'initiative REACH des Nations Unies pour travailler avec le gouvernement à l'analyse de la situation et au plaidoyer en faveur de l'intégration de la nutrition dans l'élaboration des politiques de développement. Ils ont également soutenu le développement du Plan chiffré de mise en œuvre de la politique d'alimentation et de nutrition. Des organisations de la société civile participent à un certain nombre de plateformes existantes incluant la Plate-forme de coordination des ONG du ministère de l'Agriculture, des forêts et de la sécurité alimentaire, présidée par le ministre de l'Agriculture, des forêts et de la sécurité alimentaire (MAFFS) avec la participation de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Forum des ONG sur la Santé, de l'Association des ONG de Sierra Leone et de la Réunion technique sur la sécurité alimentaire présidée par la FAO. Des membres actifs du Groupe de travail sur la nutrition et du Comité technique REACH y participent également. La communauté du secteur privé est en train de mettre sur pied sa propre plateforme, via la Chambre de commerce de Sierra Leone et il existe une Alliance nationale multi-acteurs d'enrichissement de l'alimentation. Cette dernière a contribué à impliquer le secteur privé dans le développement de stratégies liées à la nutrition et du Plan national de mise en œuvre de l'alimentation et de la nutrition concernant l'enrichissement, ainsi que pour la spécification de normes de qualité obligatoires pour l'enrichissement de la farine, du sel et de l'huile.

Cadre politique et légal cohérent : La Sierra Leone a fait de la nutrition une priorité dans son Plan stratégique quinquennal de réduction de la pauvreté, le « Programme pour la prospérité ». Une Politique nationale d'alimentation et de nutrition et d'autres politiques et stratégies propres à la nutrition dans le domaine de la malnutrition des nourrissons et des jeunes enfants, la gestion de la malnutrition aiguë et les compléments en micronutriments ont été récemment développées. Les politiques et les plans contribuant à la nutrition couvrent les secteurs clés comme l'agriculture et la sécurité alimentaire, la réduction de la pauvreté et le développement, ainsi que la santé publique. Le gouvernement s'est engagé à faire appliquer le Code de commercialisation des substituts du lait maternel et à améliorer l'enrichissement de l'alimentation. Le congé maternité en vigueur est de 12 semaines, ce qui est inférieur au minimum de 14 semaines recommandé par le BIT. Une aide est demandée pour développer une stratégie de plaidoyer et de communication impliquant tous les secteurs, notamment les autorités locales.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan national de mise en œuvre de l'alimentation et de la nutrition est le Cadre commun de résultats. Son développement, après l'acceptation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition, a été le fruit des efforts concertés menés par le ministère de la Santé et de l'assainissement et le ministère de l'Agriculture, avec d'autres ministères de tutelle et parties prenantes. De plus, la mise en œuvre de l'Initiative des soins médicaux gratuits, qui a pour objectif de permettre l'accès aux soins aux femmes et aux enfants, doit contribuer à une réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles et maternelles. Le gouvernement, qui a défini des cibles claires pour réduire les retards de développement et l'émaciation et augmenter les taux d'allaitement maternel exclusif d'ici 2020, s'est engagé à renforcer les réseaux de soutien communautaires pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle et à augmenter le nombre de nutritionnistes qualifiés. Les programmes ont été alignés autour de sept priorités avec la participation des ministères de tutelle concernés, des gouvernements locaux et de plusieurs parties prenantes. Des points focaux sont maintenant identifiés dans neuf ministères de tutelle du gouvernement en soutien à l'intégration de la réalisation d'interventions et de services appropriés à grande échelle. Le ministère de la Santé et de l'assainissement, ayant reconnu l'importance de la nutrition pour la survie et le développement des enfants dans le pays, a élevé le programme de nutrition au statut directeur avec une plus grande responsabilité et une plus grande orientation vers la recherche. Plus tôt dans l'année, le programme de nutrition des établissements de formation aux métiers de la santé a été révisé pour cinq cadres du personnel de santé, des éducateurs ont été formés et ces révisions sont maintenant intégrées dans le programme de ces établissements. Il existe toutefois des contraintes dans l'intégration

et la coordination multisectorielles pour garantir une mise en œuvre réelle des interventions et des services adaptés à grande échelle.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : La Sierra Leone a participé à l'estimation des coûts sous l'égide du secrétariat du Mouvement SUN. Le budget du Plan de mise en œuvre de la politique d'alimentation et de nutrition a été récemment finalisé. Ce budget sera utilisé pour rapprocher les estimations des investissements afin d'identifier les insuffisances de financement. Le gouvernement, qui finance une grande partie du système pour la nutrition (notamment les coûts de personnel et d'exploitation), s'est engagé à accroître les allocations financières pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle et à créer une ligne budgétaire spécifique pour la nutrition dans les budgets du ministère de la Santé et de l'assainissement et du ministère de l'Agriculture, entre autres ministères concernés. L'insuffisance du financement actuel pour le renforcement de la nutrition en Sierra Leone a été estimée à environ 81 millions de dollars US pour 5 ans. Il apparaît clairement que l'insuffisance des ressources est importante. Le coût de l'évolution vers une couverture complète n'a pas été estimé.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	20.8 million
Children under 5:	1.9 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	0.79%

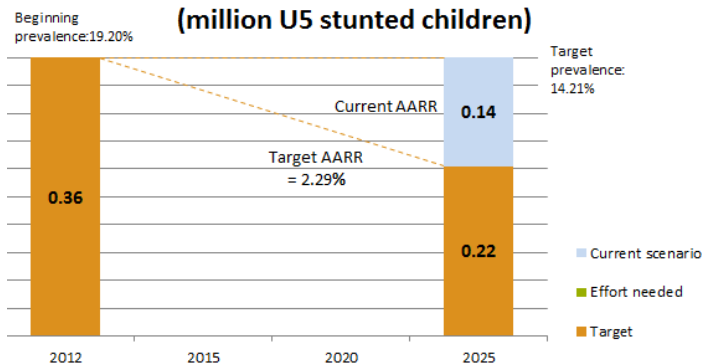
WHA nutrition target indicators (NFS 2009)

Low Birth Weight:	18.10%
Exclusive Breastfeeding:	75.80%
U5 Stunting:	19.20%
U5 Wasting:	11.70%
U5 Overweight:	0.90%

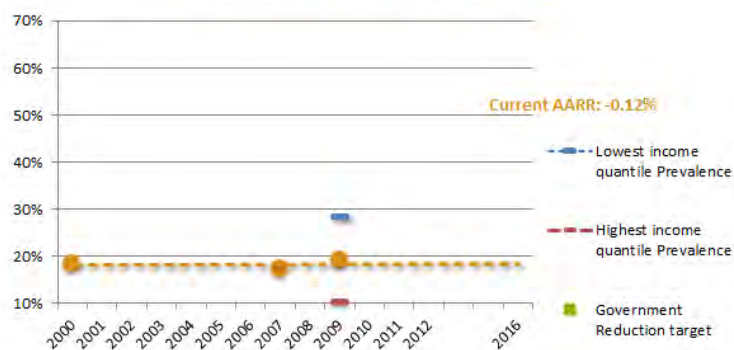
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	72.90%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)	80.80%
Presence of iodised salt in the house	92.40%
Women's Empowerment	
Female literacy	90.00%
Female employment rate	32.50%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	-
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	2.31
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	15.12%
Income share held by lowest 20%	7.72%
Open defecation	-
Non-improved drinking water source	-

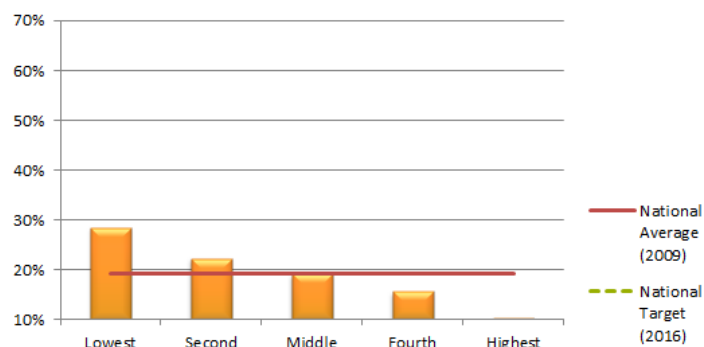
Targeted Stunting Reduction - Sri Lanka (million U5 stunted children)



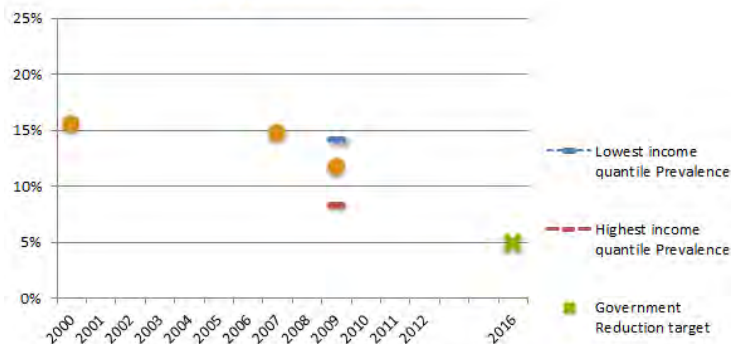
Stunting Reduction Trend and Target - Sri Lanka



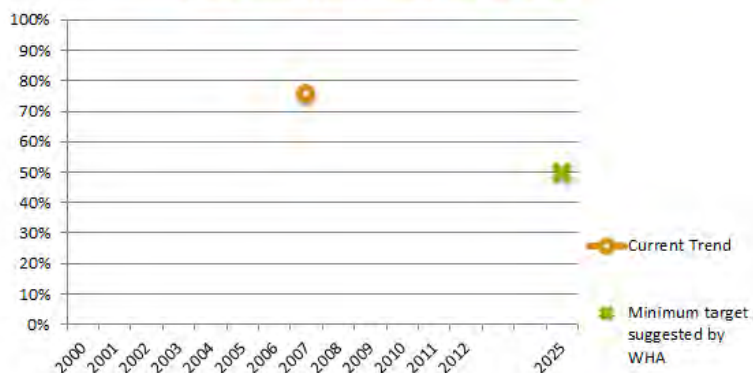
Distribution of stunting across wealth quintiles - Sri Lanka







Wasting Prevalence - Sri Lanka



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Sri Lanka



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2 > 3

Amener les gens à travailler ensemble : Le Conseil national de nutrition du Sri Lanka (NNC) est l'organisme de plus haut niveau en charge de la nutrition ; il est présidé par le Président du pays. Le Comité national de direction sur la nutrition (NSCN), qui est l'instrument de mise en œuvre de l'organisme susmentionné, est présidé par le secrétaire du Président et co-présidé par un autre secrétaire et un coordinateur national pour la nutrition. Sa principale fonction est la mise en œuvre d'interventions dans le domaine de la nutrition comme indiqué dans le Plan d'action multisectoriel pour la nutrition (Multi-sector Action Plan for Nutrition, MsAPN), par une coordination avec les secrétaires des ministères concernés et les secrétaires généraux des provinces. Le Comité de conseil technique sur la nutrition (Technical Advisory Committee on Nutrition, TACN) est composé d'experts techniques dans les domaines concernés, y compris la société civile et le secteur privé. Le TACN, tout en apportant l'assistance technique nécessaire au Secrétariat national de la nutrition, sera également impliqué dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du MsAPN. Le Secrétariat national de la nutrition du Sri Lanka (National Nutrition Secretariat of Sri Lanka, NNSL) établi dans le bureau du Président est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre, de la coordination, de la supervision et de l'évaluation du MsAPN sur trois ans intitulé « Vision 2013 - Sri Lanka : une nation nourrie » sur la base de la Politique nationale de nutrition de 2010, au moyen d'une approche multisectorielle. Le point focal gouvernemental de SUN est le coordinateur national de la nutrition, qui préside et coordonne les sous-comités techniques. Le cadre institutionnel national multisectoriel se reflète aux niveaux national, provincial, district et départemental par l'implication des fonctionnaires concernés du système administratif existant. Cette approche multisectorielle apparaît également au niveau communautaire à travers la coordination des travailleurs de base dans les différents secteurs du gouvernement. Les engagements supplémentaires au niveau de la base sont principalement le fait des membres des organisations communautaires. Les agences des Nations Unies qui soutiennent le gouvernement pour obtenir de meilleurs résultats dans le domaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle sont : l'UNICEF, le PAM, la FAO et l'OMS. Des organisations de la société civile ont aussi été impliquées dans le développement du MsAPN. Très peu d'ONG internationales sont actives au Sri Lanka. Le secteur universitaire est également impliqué dans la conduite de la recherche opérationnelle, la réalisation d'analyses des problèmes et le renforcement des capacités des secteurs de la santé et des secteurs non liés à la santé.

Cadre politique et légal cohérent : Le Sri Lanka dispose d'une Politique et d'un plan stratégique nationaux de nutrition pour la période 2010-2015. Les lignes directrices propres à la nutrition couvrent toutes les interventions réalisées par le ministère de la Santé. Les politiques et stratégies contribuant à la nutrition sont mises à jour et couvrent tous les secteurs clés : agriculture et sécurité alimentaire (Politique et plan stratégique pour l'agriculture), éducation (Politique nationale de santé scolaire) et soins prodigués aux enfants (Politique de développement des soins aux jeunes enfants). La législation nationale sur la nutrition couvre l'iodation du sel, l'étiquetage et la publicité des aliments et la protection des consommateurs. L'Ordonnance relative à la maternité a augmenté la durée du congé maternité pour le passer à 6 mois rémunérés plus 6 mois non rémunérés dans le secteur public et 3 mois dans le secteur privé. De plus, le ministère de la Santé met en œuvre le Code de commercialisation des substituts du lait maternel (Breast-milk Substitutes, BMS) dans le Code du Sri Lanka pour la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement et la commercialisation des produits élaborés (1985).

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Sri Lanka a commencé à mettre en œuvre le MsAPN, qui inclut une augmentation des ressources nationales et internationales pour les 17 ministères réalisant des interventions spécifiques et contribuant à la nutrition. Ce plan d'action sera axé sur l'amélioration et le soutien des activités en cours dans le domaine de la nutrition par les ministères et les départements concernés. Le MsAPN fournit une plateforme commune pour cibler et coordonner ces interventions afin de subvenir aux besoins des populations vulnérables sur le plan nutritionnel. Les programmes d'intervention clés relatifs à la nutrition exécutés par les ministères au niveau national sont : (i) le Programme intégré de santé et de nutrition maternelle et infantile, (ii) les programmes de subvention alimentaire et de réduction de la pauvreté, (iii) les programmes de nutrition scolaires, (iv) les programmes d'alimentation complémentaire pour les mères et les enfants, (v) les programmes de complément en micronutriments (vi), l'enrichissement des aliments, (vii) les programmes de sécurité alimentaire (viii) et les programmes de nutrition aux niveaux provincial et communautaire.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le financement est principalement réalisé par le gouvernement et les agences de donateurs au moyen de différents mécanismes et systèmes de reporting. Suite au MsAPN, le Trésor a demandé à chaque ministère de créer une ligne budgétaire distincte pour les activités relatives à la nutrition. La majeure partie des fonds a été allouée par le gouvernement au MsAPN pour les programmes propres à la nutrition sous l'autorité du ministère de la Santé ainsi que pour les programmes contribuant à la nutrition dans

les autres ministères concernés, en particulier le ministère de l'Éducation, le ministère du Développement économique et le ministère de l'Agriculture. Jusqu'à présent, les donateurs clés sont l'UNICEF, le PAM, la Banque mondiale, l'OMS, la FAO et l'AusAID. Le gouvernement dépense actuellement près de 4,5 milliards de Rs chaque année pour les programmes propres à la nutrition et environ 100 milliards de Rs chaque année pour les programmes contribuant à la nutrition. L'UNICEF a également mobilisé des ressources pour piloter un programme communautaire de renforcement de la nutrition. Le NNSSL est en discussion avec la Banque mondiale pour financer un système de suivi et avec l'AusAID pour un programme de plaidoyer et de marketing social. À l'occasion de la rencontre Nutrition for Growth (Nutrition pour la croissance) qui s'est tenue à Londres le 8 juin 2013, le gouvernement s'est engagé à accroître les ressources financières et techniques nationales pour la nutrition dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation de 30 % d'ici 2016 et dans les autres secteurs clés de 10 % par rapport aux niveaux actuels à partir de 2014.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	44.9 million
Children under 5:	8.1 million
Adolescent Girls (15-19):	2.4 million
Average Number of Births:	1.7 million
Population growth rate (2010):	2.90%

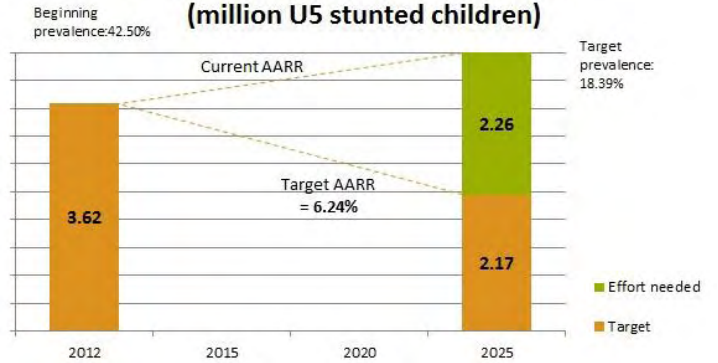
WHA nutrition target indicators (DHS 2010)

Low Birth Weight:	6.90%
Exclusive Breastfeeding:	49.80%
U5 Stunting:	42.00%
U5 Wasting:	4.80%
U5 Overweight:	5.00%

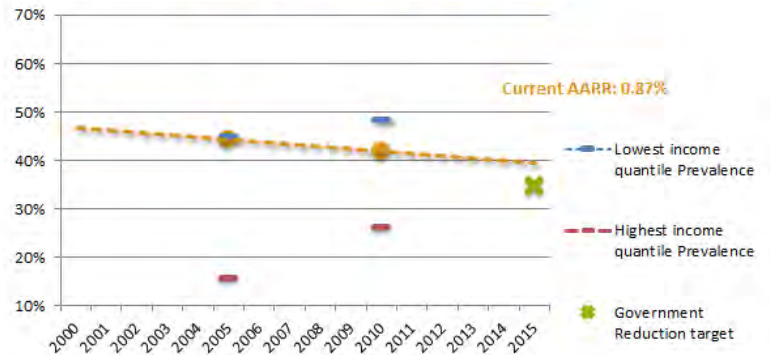
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	21.30%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	56.40%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	48.70%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	42.80%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	97.00%
Presence of iodised salt in the house	55.20%
Women's Empowerment	
Female literacy	72.20%
Female employment rate	77.10%
Median age at first marriage	18.9
Access to skilled birth attendant	51.00%
15-19 years women already mother or with first child	22.80%
Fertility rate	5.58
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	26.20%
Income share held by lowest 20%	6.80%
Open defecation	15.90%
Non-improved drinking water source	45.50%

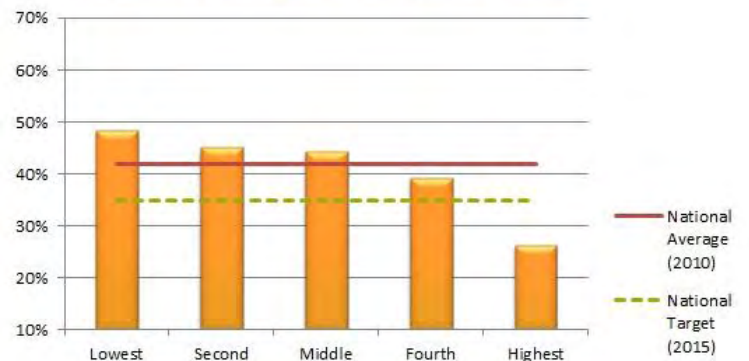
Targeted Stunting Reduction - Tanzania (million U5 stunted children)



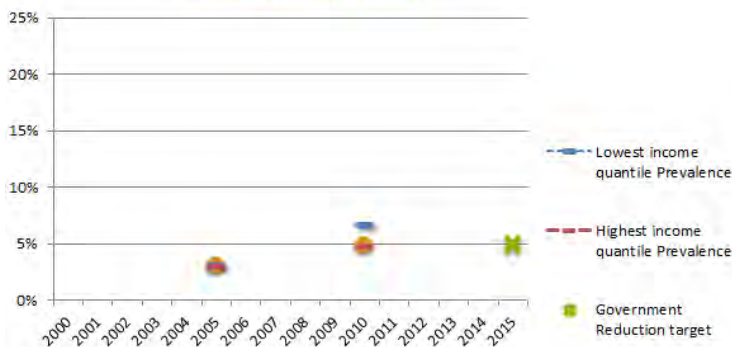
Stunting Reduction Trend and Target - Tanzania



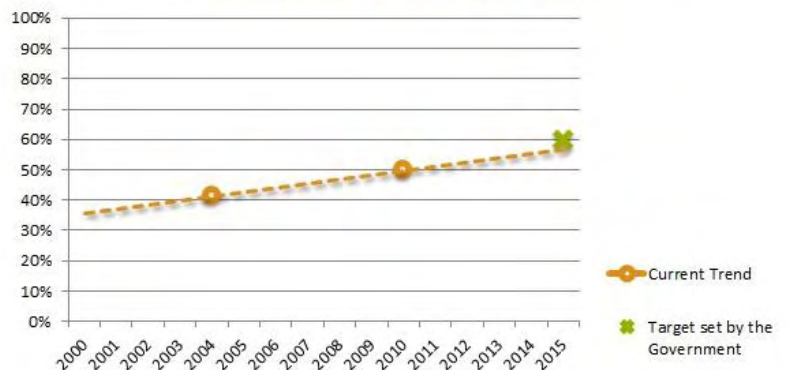
Distribution of stunting across wealth quintiles - Tanzania



Wasting Prevalence - Tanzania



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Tanzania



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Niveau de préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	2 > 3
Qualité du processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Rassembler les parties prenantes : Sous la direction du président S.E. Jakaya Mrisho Kikwete, la Tanzanie a créé une nouvelle structure de leadership et de responsabilisation au sein du Gouvernement pour superviser et suivre les progrès réalisés en matière de nutrition. Au plus haut niveau, le nouveau Groupe de travail présidentiel fournit des recommandations sur une directive présidentielle spéciale visant à promouvoir l'intervention nutritionnelle intersectorielle au niveau régional. Le Comité directeur de la nutrition de haut niveau continue de réunir régulièrement des représentants de Secrétaire permanent des neuf secteurs, les parties prenantes impliquées dans le TFNC (Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition), les donateurs, les organisations des Nations Unies, la société civile, le milieu universitaire et le secteur privé. Un groupe technique de travail multisectoriel présidé par le Directeur du Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition fournit une orientation stratégique, soutient le Comité de pilotage de haut niveau de la nutrition et sert d'organe de coordination au niveau national. Au niveau sous-national, de nouveaux comités directeurs du Conseil de la nutrition, dirigés par les agents de nutrition de 140 districts parmi les 163 districts fournissent un appui technique et participent à la coordination des activités de nutrition dans tous les secteurs. Les informations liées à la nutrition sont diffusées à l'échelle nationale et des districts par 20 agents régionaux de nutrition (sur 26 régions) ainsi que par le Bureau du Premier ministre en charge de l'administration régionale et locale. Irish Aid et l'USAID servent d'animateurs de donateurs SUN en Tanzanie. Ils travaillent en étroite collaboration avec le Groupe des partenaires de développement sur la nutrition pour faciliter l'alignement et la coordination des efforts entre les donateurs bilatéraux, les agences des Nations Unies et les organisations de la société civile. Un coordonnateur de l'Initiative pour le renforcement des efforts contre la faim de l'enfant et la sous-nutrition (REACH) regroupe les programmes de nutrition financés par des organismes des Nations Unies et fournit un appui technique au Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition ainsi qu'au Bureau du Premier ministre. REACH a récemment terminé un exercice de repérage de « Qui fait quoi où ? » en vue d'informer le Gouvernement et les autres parties prenantes sur les activités en cours et de mettre en évidence les zones mal desservies. L'organisation du réseau de la société civile, le Partenariat pour la nutrition en Tanzanie (PANITA), créé en 2011, comprend actuellement plus de 300 membres et joue un rôle important dans le plaidoyer et communique l'information nutritionnelle sur les organisations de la société civile rurales. Le groupe parlementaire sur la nutrition, créé en 2011, réunit 26 membres du Parlement autour d'un plan stratégique (2013-2017) pour faire rehausser la place de la nutrition dans les plans de développement. Le secteur privé s'engage dans le mouvement SUN à travers la National Food Fortification Alliance (Alliance nationale pour l'enrichissement des aliments) et d'autres instances du secteur privé.

Cadre politique et juridique cohérent : La stratégie nationale quinquennale sur la nutrition de la Tanzanie était approuvée en 2012, un plan de mise en œuvre chiffré était finalisé et approuvé en mai 2013. La Politique nationale de l'alimentation et de la nutrition est en cours de mise à jour et sera finalisée d'ici fin 2013. En mai 2013, la Tanzanie avait également lancé au niveau national, en faveur de la nutrition, la Stratégie de communication pour le changement de comportement (CCSC) ainsi que le Programme national d'enrichissement des aliments. Le TFNC (Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition), le SCT (Bureau tanzanien des normes) et le TFDA (Bureau tanzanien de surveillance des aliments et des médicaments) supervisent conjointement la conformité et l'application de la réglementation et des lignes directrices élaborées en 2011 pour l'enrichissement des aliments. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a récemment été revu et mis à jour. La Tanzanie a commencé la collecte des données sur une étude dont les résultats serviront à l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) en ce qui concerne la commercialisation appropriée des substituts du lait maternel et des aliments complémentaires. Les résultats de la nutrition ont été intégrés dans la phase II en cours du programme de conception du plan de développement du secteur agricole, en ligne avec le Plan d'investissement dans la sécurité alimentaire en Tanzanie (TAFSIP).

Harmonisation des programmes autour d'un cadre commun de résultats : La Stratégie nationale de la nutrition fournit un cadre quinquennal dans lequel le Gouvernement et ses partenaires peuvent travailler conjointement pour améliorer les résultats en matière de nutrition et les mesurer contre neuf objectifs clairement définis : réduire la prévalence du faible poids chez les enfants de 0 à 59 mois de 16 % à 11 %, réduire la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de 0 à 59 mois de 42 % à 27 %, augmenter la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de < 6 mois à partir de 50 % (2010) à 60 %, maintenir la prévalence de l'émaciation chez les enfants âgés de 0 à 59 mois en dessous de 5 % en tout temps, maintenir la prévalence de l'émaciation chez les femmes en âge de procréer en dessous de 10 % de la prévalence 2005 en tout temps, réduire la prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de 24 % en 1997 à < 15 %, réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes de 48,4 % en 2004 / 2005 à 35 %, réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de 71,8 % en 2004 / 2005 à 55 %, et maintenir la prévalence de la carence en iode chez les enfants âgés de 6 à 12 ans à < 50 %. Un appui est nécessaire pour le renforcement de la décentralisation des services de nutrition dans les zones rurales ainsi que pour le suivi et l'évaluation des progrès dans la Stratégie de nutrition.

Suivi financier et mobilisation des ressources : Un examen des dépenses publiques pour la nutrition, qui sera achevé en 2013, fournira des informations de base sur les allocations et les dépenses en matière de nutrition, permettant l'évaluation des progrès réalisés après l'introduction de la ligne budgétaire sur la nutrition dans l'exercice 2012-2013. Les lignes directrices de budgétisation pour la nutrition ont été mises au point et disséminées auprès des agents régionaux et des conseils de district pour orienter la planification, la budgétisation et les dépenses au niveau sous-national. L'USAID, Irish Aid, la Banque mondiale, le DFID, l'ACDI, DANIDA et l'ONU offrent tous un soutien aux activités de nutrition en Tanzanie. Le récent exercice de repérage de « Qui fait quoi où ? » a permis à tous les partenaires de retracer le financement prévu pour les programmes à travers le pays.

Demographic data (2010, WPP 2012)

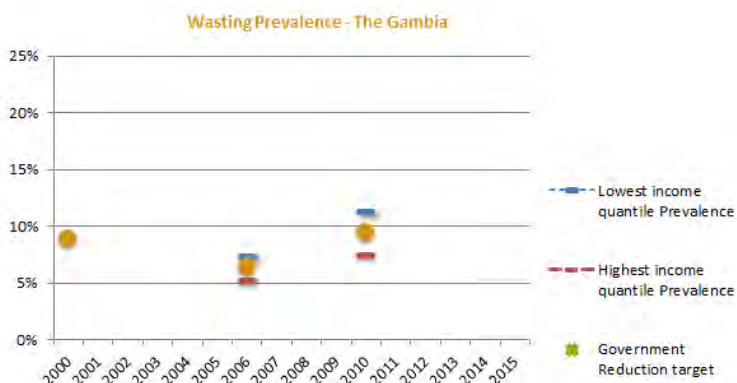
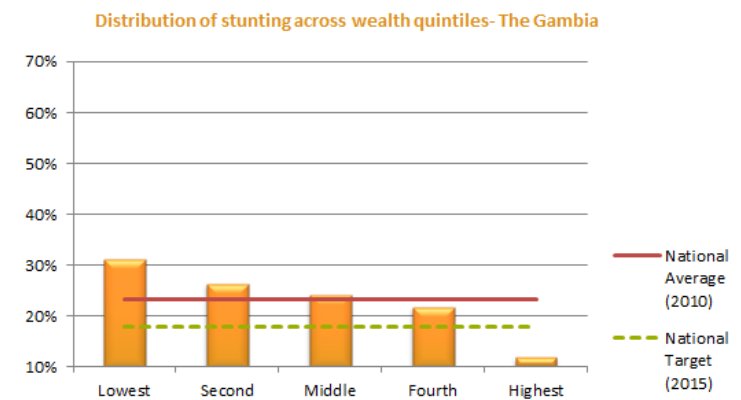
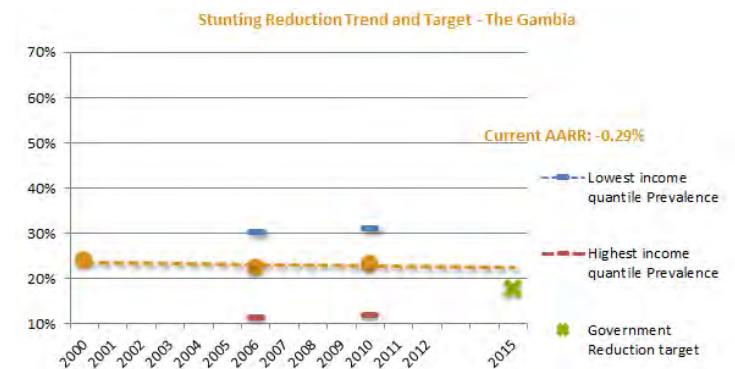
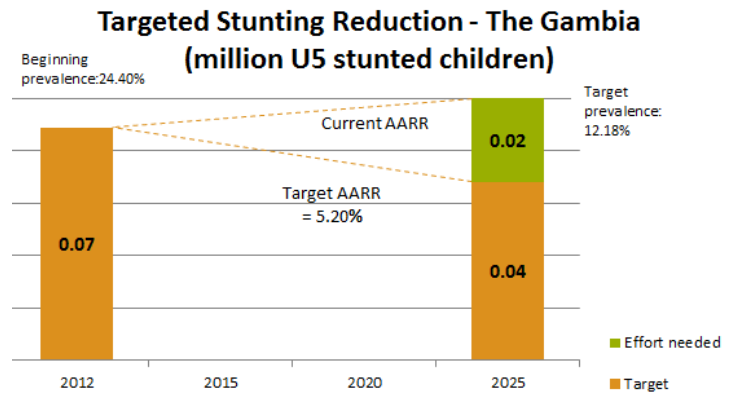
National Population:	1.7 million
Children under 5:	0.3 million
Adolescent Girls (15-19):	0.09 million
Average Number of Births:	0.07 million
Population growth rate:	3.14%

WHA nutrition target indicators (MICS 2010)

Low Birth Weight:	10.20%
Exclusive Breastfeeding:	33.50%
U5 Stunting:	23.40%
U5 Wasting:	9.50%
U5 Overweight:	1.90%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	93.00%
Presence of iodised salt in the house	6.60%
Women's Empowerment	
Female literacy	43.10%
Female employment rate	67.70%
Median age at first marriage	-
Access to skilled birth attendant	56.80%
15-19 years women already mother or with first child	-
Fertility rate	5.79
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	58.24%
Income share held by lowest 20%	4.79%
Open defecation	2.80%
Non-improved drinking water source	14.20%



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La vice-présidente et ministre des Affaires féminines, S.E. Aja Isatou Njie-Saidy, est une fervente partisane des efforts menés pour renforcer la nutrition en Gambie. En juillet 2012, elle a lancé un outil appelé « Renforcement de la nutrition en Gambie » pour soutenir le leadership national pour la nutrition et encourager l'appropriation et la redevabilité en matière de résultats. La NaNA (National Nutrition Agency, Agence nationale de la nutrition), sous l'autorité du bureau de la vice-présidente, est financée par le gouvernement de la Gambie et d'autres donateurs tels que l'UNICEF et la Banque mondiale, et rend directement compte aux membres de l'Assemblée nationale. La NaNA est responsable de la supervision et de la coordination de la mise en œuvre de la Politique nationale de nutrition (2010-2020). Des discussions sont en cours pour nommer un coordinateur des donateurs. Au niveau national, la NaNA réunit tous les secteurs gouvernementaux concernés via le Conseil national de la nutrition qui est présidé par la vice-présidente. Un Comité consultatif technique multisectoriel de la nutrition est en place depuis 2012 et il est constitué d'intervenants du secteur public, de la société civile et des partenaires du développement. Il sert à la fois d'organisme de coordination et de plateforme pour le partage d'informations et d'expériences. En dehors des agences des Nations Unies et de la Banque mondiale, aucun autre donateur n'a été identifié. Plusieurs ONG ont formé une association (TANGO) composée d'environ 80 membres nationaux et internationaux afin d'exercer une plus grande influence sur les décisions et les politiques gouvernementales et d'assurer une liaison et une coordination efficaces avec les programmes gouvernementaux. Il est toutefois nécessaire d'accroître l'engagement de la société civile et du secteur privé.

Cadre politique et légal cohérent : La Gambie a actualisé sa Politique nationale de nutrition (2010-2020) et validé un Plan stratégique national de nutrition chiffré (2011-2015) ainsi qu'un Plan d'action pour une meilleure nutrition. Les politiques ont été actualisées dans tous les secteurs clés, agriculture, réduction de la pauvreté, santé et éducation, ainsi que dans la législation en matière de nutrition. La Gambie dispose d'une politique nationale d'égalité des sexes et d'émancipation des femmes (2010-2020) ainsi que d'une Loi sur les femmes votée en 2010 qui recommande un congé maternité minimum de six mois. La Loi sur les femmes de 2010 autorise également 10 jours ouvrables de congé paternité pour chaque naissance. Le ministère de l'Agriculture intègre la nutrition dans ses propres programmes. Avec une participation accrue du secteur privé, les normes et capacités d'hygiène et de qualité des aliments ont été revues avec une attention particulière portée au traitement, à l'emballage et à l'étiquetage des aliments. En 2011, la Loi sur l'hygiène et la qualité des aliments et la Réglementation de la Pêche et des produits de la pêche ont été adoptées. Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel a été pleinement intégré à la loi gambienne (OMS 2012). La NaNA est mandatée pour coordonner les activités du Réseau international d'action en faveur de l'alimentation infantile pour la protection, la promotion et le soutien des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Une Stratégie nationale de communication pour la nutrition a été finalisée.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan stratégique national en matière de nutrition, qui inclut le programme Les 1 000 premiers jours les plus critiques, nécessite davantage de travail pour inclure d'autres types de contributions pour la nutrition. L'initiative La communauté des amis des bébés, qui a démarré en 1995 sous l'autorité du Bureau de la vice-présidente et du ministère des Affaires féminines, se renforce rapidement, atteignant presque la moitié des communautés. Ses principaux soutiens sont l'UNICEF et la Banque mondiale ; des ONG contribuent également à sa mise en œuvre. Des programmes et systèmes à grande échelle sont en place mais pas encore dans tout le pays. L'alignement des programmes sectoriels autour d'un cadre commun de résultats nécessite des clarifications supplémentaires. Le gouvernement s'est engagé à réduire la prévalence des retards de croissance et à augmenter les taux d'allaitement maternel exclusif.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : La NaNA effectue le suivi des ressources nécessaires et disponibles. Les données financières disponibles pour les programmes propres à la nutrition indiquent une grave insuffisance de financement pour certains programmes. Les contributions des partenaires sont uniquement indiquées pour l'initiative La communauté des amis des bébés (financée à 29 %) et le Programme de contrôle des carences en micronutriments (financé à 56 %). L'UNICEF et la Banque mondiale sont les principaux investisseurs dans les programmes propres à la nutrition, et le gouvernement fournit également des fonds pour soutenir les programmes de nutrition. Des problèmes demeurent pour obtenir les données financières dans les différents secteurs et harmoniser le système de suivi financier au-delà du secteur de la santé. La Gambie a participé aux travaux d'analyse des coûts, dirigés par le secrétariat du Mouvement SUN avec le soutien d'experts techniques.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	34.0 million
Children under 5:	6.6 million
Adolescent Girls (15-19):	1.9 million
Average Number of Births:	1.4 million
Population growth rate:	3.36%

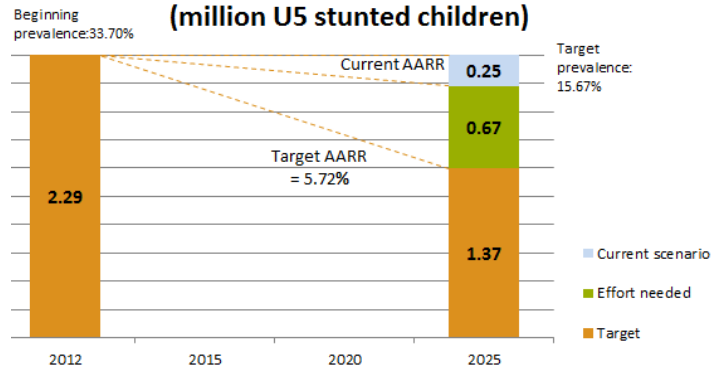
WHA nutrition target indicators (DHS 2011)

Low Birth Weight:	10.20%
Exclusive Breastfeeding:	63.20%
U5 Stunting:	33.40%
U5 Wasting:	4.70%
U5 Overweight:	3.40%

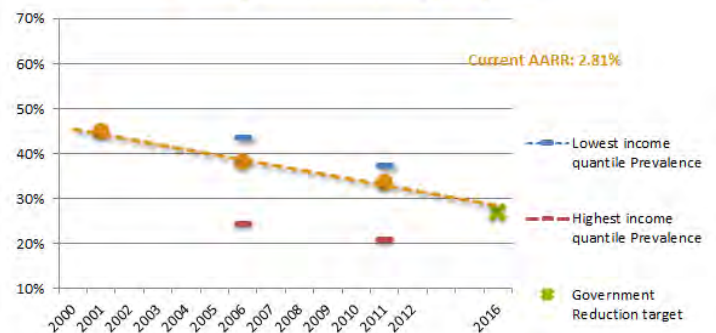
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	5.80%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	12.80%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	1.90%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	47.60%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	60.00%
Presence of iodised salt in the house	99.00%
Women's Empowerment	
Female literacy	64.20%
Female employment rate	72.30%
Median age at first marriage	18.1
Access to skilled birth attendant	58.00%
15-19 years women already mother or with first child	23.80%
Fertility rate	6.38
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	14.91%
Income share held by lowest 20%	5.84%
Open defecation	9.60%
Non-improved drinking water source	30.00%

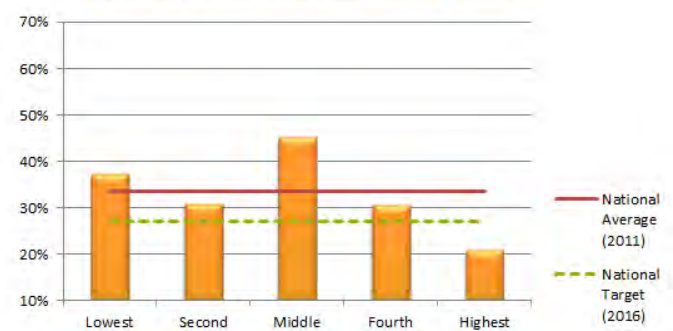
Targeted Stunting Reduction - Uganda (million U5 stunted children)



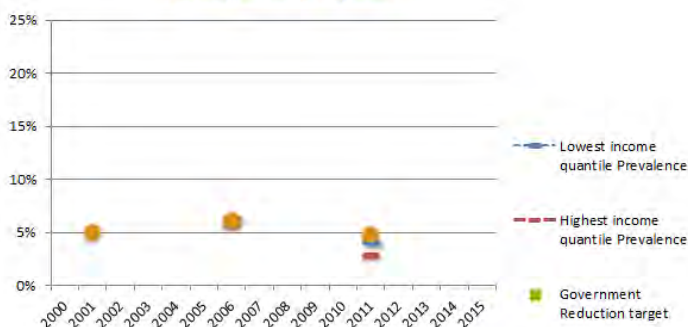
Stunting Reduction Trend and Target - Uganda



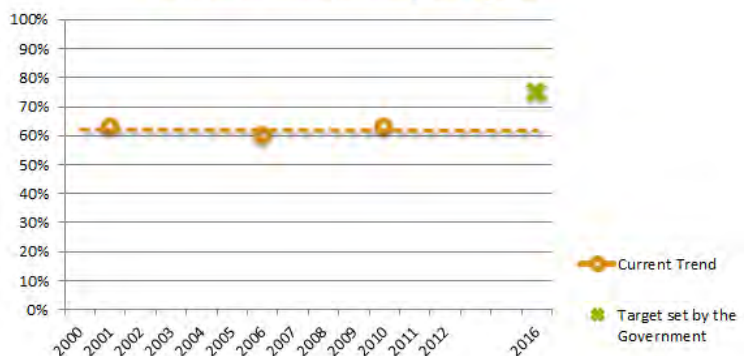
Distribution of stunting across wealth quintiles - Uganda



Wasting Prevalence - Uganda



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Uganda



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	3
Qualité du processus	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	

Amener les gens à travailler ensemble : Le bureau du Premier ministre est l'instance responsable de la coordination du Plan d'action pour la nutrition de l'Ouganda (UNAP). Il agit par le biais de différentes plateformes, telles que le Comité de coordination technique multisectoriel (Multi-Sectoral Technical Coordination Committee, MSTCC) composé de huit ministères concernés par la mise en œuvre, l'Autorité nationale de la planification, les partenaires du développement, les OSC, les universitaires et le secteur privé. Il existe également des comités de coordination par secteur, des comités de coordination par district, le Comité de coordination des partenaires du développement nutritionnel, le Conseil pour l'alimentation et la nutrition et le Sous-comité du Conseil des ministres sur la nutrition. Le Bureau du Premier ministre est pleinement engagé et a réuni tous les secteurs clés afin d'identifier et de convenir des interventions prioritaires à fort impact pour faire avancer la campagne sur la nutrition. En février 2013, il a présidé le lancement des initiatives SUN dans les 13 districts du Sud-Ouest de l'Ouganda.

Les donateurs et les agences des Nations Unies sont coordonnés par l'USAID à l'aide de plateformes séparées : le Groupe des partenaires du développement de la santé, le Groupe des donateurs pour la protection sociale, le groupe de travail REACH des Nations Unies et les Comités sectoriels des partenaires du développement. Différentes agences des Nations Unies ont établi un Groupe de travail technique interagence sur la nutrition pour assurer l'alignement entre leurs plans et la programmation. Les OSC internationales, nationales et locales forment la Coalition de la société civile ougandaise pour le renforcement de la nutrition (UCCO-SUN), tandis que le secteur privé s'implique dans le projet SUN via la Fondation ougandaise du secteur privé (PSFU), principalement pour le renforcement de la nutrition. La PSFU collabore avec les agences gouvernementales pour mettre en œuvre le programme de renforcement de la nutrition et sensibiliser les entreprises sur leur responsabilité sociale. Elle est représentée dans le MSTCC.

Bien que plus de 50 districts aient déjà établi des comités de coordination de district pour la nutrition et nommé les personnes focales pour la nutrition responsables de la mise en œuvre de programmes nutritionnels spécifiques/contributifs, il reste encore quelques défis importants en matière de planification et de budgétisation efficaces de la nutrition. Des plans sont en cours pour renforcer les capacités aussi bien au niveau central qu'au niveau local afin de pouvoir mettre en œuvre efficacement les programmes nutritionnels spécifiques ou contributifs.

Cadre politique et légal cohérent : L'Ouganda a mis en place un Plan d'action pour la nutrition (UNAP) 2011-2016 donnant des orientations dans la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles et qui fera office de cadre stratégique national pour le renforcement de la nutrition dans le pays à l'aide d'une approche multisectorielle. La Politique nationale d'alimentation et de nutrition est en cours de révision pour optimiser sa pertinence et son efficacité. Il existe diverses politiques contribuant à la nutrition qui touchent des secteurs clés tels que la protection sociale, le développement communautaire, la restauration scolaire, l'éducation et le développement précoce des enfants. Plusieurs de ces politiques sont en cours de révision pour veiller à ce qu'elles prennent en compte l'aspect nutrition.

La législation nationale existante ayant un impact sur la nutrition inclut le renforcement de l'alimentation obligatoire (ce qui concerne la farine de blé, la farine de maïs et l'huile). La Loi de protection de la maternité accorde un congé de 60 jours (approximativement 9 semaines), ce qui est inférieur aux recommandations du BIT qui prévoit 14 semaines. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel vient d'être actualisé et est pleinement en vigueur dans la législation. La Loi sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle n'est pas encore approuvée.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : L'UNAP a été entièrement chiffré et sert de cadre commun pour évaluer les résultats de la nutrition. L'Ouganda est prêt à déléguer au niveau du district les responsabilités concernant les interventions propres à la nutrition. Le renforcement des capacités des districts a déjà touché 45 des 112 districts de l'Ouganda. Un guide d'orientation a été distribué pour aider les responsables locaux à mettre en œuvre l'UNAP. Les approches de la nutrition au niveau communautaire sont renforcées dans 13 districts du Sud-Ouest du pays, qui souffre des indicateurs de nutrition les plus faibles selon l'Enquête démographique et sanitaire de l'Ouganda 2011. Les membres de l'UCCO-SUN participent activement au développement et au déploiement des UNAP au niveau des districts, sensibilisent les chefs locaux au sujet de l'UNAP et introduisent les données dans les systèmes de surveillance par district pour faciliter la planification.

Une stratégie de plaidoyer pour la nutrition a été développée et sera combinée avec une stratégie de communication de changement de comportement de même qu'une stratégie de mobilisation sociale pour former une Stratégie de communication nationale complète sur la nutrition. Un projet de cartographie est en cours pour

évaluer la mise en œuvre réelle et l’alignement des programmes et interventions dans le cadre de l’UNAP. Un système de surveillance intégré de la nutrition destiné à faire l’état des lieux du statut de la nutrition au niveau des communautés, des districts et du pays et un plan S&E pour la mise en œuvre de l’UNAP sont en cours de développement. En travaillant avec des partenaires, l’Ouganda a commencé à documenter l’expérience du processus SUN dans le pays en utilisant une approche multisectorielle qui alimentera une plateforme de partage d’informations, aussi bien au niveau national qu’international.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Tandis que l’UNAP a déjà été chiffré, le projet de chiffrage est étendu aux interventions nutritionnelles stratégiques à impact/priorité élevé(e) dans les plans d’action sectoriels pour tous les ministères compétents, notamment l’Eau et l’assainissement, l’Égalité des sexes et le développement social, les Collectivités locales, le Commerce et l’industrie, l’Éducation et la Santé. Il n’existe pas encore de système pour suivre les engagements financiers et les dépenses sur l’ensemble des secteurs ainsi qu’avec les partenaires externes. Il n’existe pas d’informations complètes sur les contributions financières nationales et extérieures. Cependant, la nutrition a été incluse dans le cycle budgétaire pour l’exercice fiscal 2013-2014, et fait maintenant partie de l’outil de reporting budgétaire qui fait ressortir les priorités gouvernementales sur le moyen terme pour tous les ministères concernés.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	22.8 million
Children under 5:	3.3 million
Adolescent Girls (15-19):	1.4 million
Average Number of Births:	0.7 million
Population growth rate:	2.45%

WHA nutrition target indicators (FHS 2003/MICS 2006)

Low Birth Weight:	27.00%
Exclusive Breastfeeding:	11.50%
U5 Stunting:	57.70%
U5 Wasting:	15.20%
U5 Overweight:	5.00%

Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice

Minimum acceptable diet (6-23 months)	-
---------------------------------------	---

Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	-
--	---

Programs for vitamin and mineral deficiencies

Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
--	---

Pregnant women attending 4 or more ANC visits	-
---	---

Vitamin A supplementation (6-59 months)*	9.00%
--	-------

Presence of iodised salt in the house	29.50%
---------------------------------------	--------

Women's Empowerment

Female literacy	60.60%
-----------------	--------

Female employment rate	18.60%
------------------------	--------

Median age at first marriage	-
------------------------------	---

Access to skilled birth attendant	36.00%
-----------------------------------	--------

15-19 years women already mother or with first child	-
--	---

Fertility rate	4.91
----------------	------

Other Nutrition Sensitive Indicators

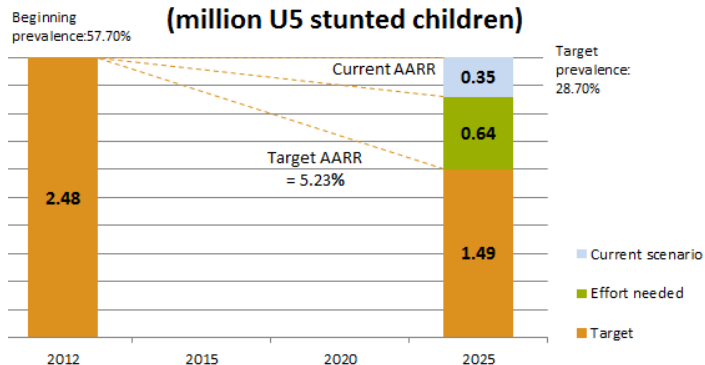
Rate of urbanization	33.54%
----------------------	--------

Income share held by lowest 20%	7.18%
---------------------------------	-------

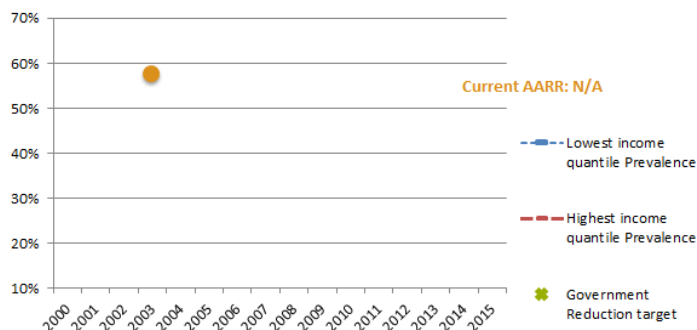
Open defecation	21.40%
-----------------	--------

Non-improved drinking water source	41.00%
------------------------------------	--------

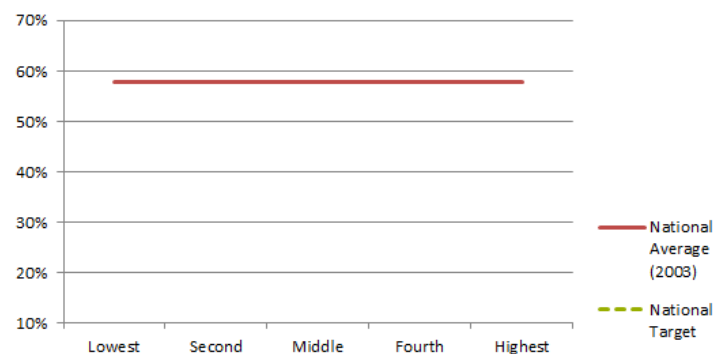
Targeted Stunting Reduction - Yemen (million U5 stunted children)



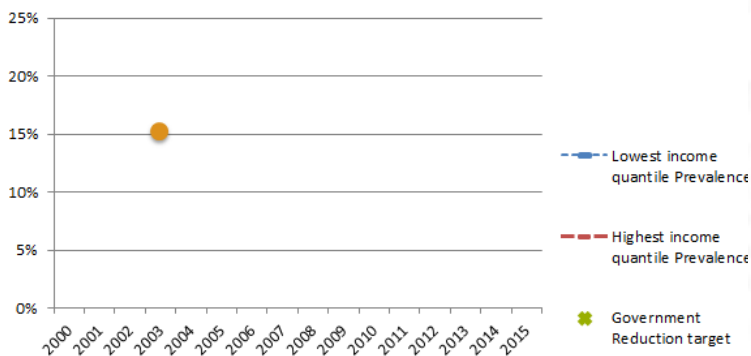
Stunting Reduction Trend and Target - Yemen



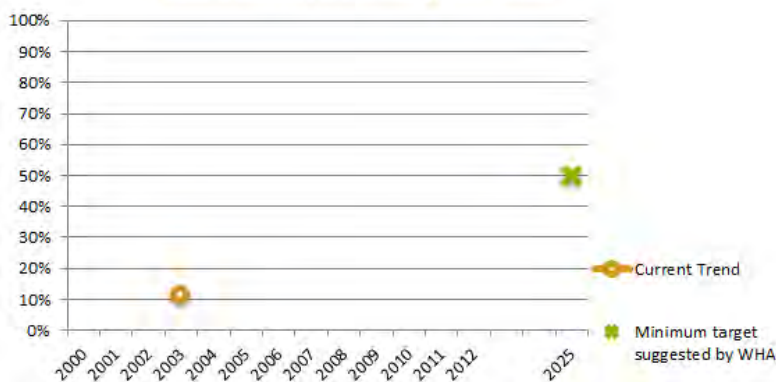
Distribution of stunting across wealth quintiles - Yemen







Wasting Prevalence - Yemen



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Yemen



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2

Amener les gens à travailler ensemble : Le gouvernement du Yémen s'est entièrement engagé à donner la priorité à la nutrition pour en faire un élément majeur de son programme. Le ministère de la Planification et de la coopération internationale (MOPIC) a la responsabilité de la coordination avec différents secteurs, ministères de tutelle et organisations de la société civile (OSC), ainsi que de la supervision et de la coordination de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de nutrition du Yémen (NNMSP). Le Premier ministre a récemment publié un décret qui insiste sur la nécessité d'une approche multisectorielle de la nutrition et demande également aux ministères de la Santé, des Finances et au MOPIC de considérer la nutrition comme une priorité dans leurs plans respectifs. Un Haut conseil pour la sécurité alimentaire, présidé par le Premier ministre, a été établi, ainsi qu'un Comité national de direction SUN, présidé par le vice-ministre du ministère de la Planification et de la coopération internationale et composé de différents ministères, d'agences des Nations Unies, de donateurs pour le développement, d'organisations de la société civile, d'universitaires et du secteur privé, et un Groupe de travail technique, coordonnés par l'UNICEF. La fonction principale du Comité national de direction SUN consiste à diriger le développement du Plan d'action national multisectoriel de la nutrition, à mobiliser les ressources et à soutenir la mise en œuvre des interventions dans le domaine de la nutrition conformément au NNMSP, à suivre la progression, à évaluer l'impact et à formuler des recommandations pour les changements de politiques, de stratégies et de programmes sur la base des données les plus récentes. Le coordinateur des donateurs est le DFID. Un certain nombre de partenaires de développement ont mobilisé conjointement leurs ressources pour assurer un renforcement de la nutrition au niveau communautaire. Un grand nombre d'ONG internationales sont actives au Yémen. Save the Children, ACF, IMC, OXFAM et Merlin ont été nommés coordinateurs pour les organisations de la société civile (OSC). Le secteur privé participe aux plateformes multisectorielles multi-acteurs à tous les niveaux. Il dispose de sa propre plateforme séparée par l'intermédiaire de la Chambre de commerce du Yémen et collabore avec les autorités yéménites sur la définition de normes pour l'enrichissement du sel, du sucre, du blé et de la farine de blé et de maïs. L'Association de consommateurs joue un rôle dans le suivi, la gestion et l'anticipation de « conflits d'intérêt » potentiels. Le secteur universitaire est également impliqué dans la conduite de la recherche opérationnelle et de l'analyse des insuffisances et le renforcement des capacités des intervenants de première ligne et des gestionnaires intermédiaires.

Cadre politique et légal cohérent : Le Yémen dispose d'une Politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle (2011) et d'une Stratégie nationale de nutrition pour le secteur de la santé pour la période 2012-2014. Des lignes directrices propres à la nutrition portent sur la promotion de bonnes pratiques nutritionnelles. Des lignes directrices de CMAM (gestion communautaire de la malnutrition aiguë) sont en place tandis que le NNMSP sera en place à partir de 2013. Les politiques et stratégies contribuant à la nutrition sont mises à jour et couvrent tous les secteurs clés : l'agriculture et la sécurité alimentaire (Politique et stratégie nationales de sécurité alimentaire 2011, Stratégie nationale de réforme du système de santé 2025 et Législation sur le financement de la protection sociale 2008). La législation nationale existante pour l'iodation du sel, l'enrichissement du sucre et de la farine a été établie en 1996. Les dispositions de mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ont été entérinées par la loi en 2002.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Yémen est en train de développer un cadre commun de résultats pour le renforcement de la nutrition selon la Stratégie nationale de nutrition (2013-2014), la Stratégie nationale du secteur de l'agriculture (2012-2016) et la Stratégie nationale de la pêche (2012-2015). Les interventions ciblent des districts sélectionnés, conformément aux conseils stratégiques du MOPIC, et intègrent le chiffrage des besoins humanitaires et d'urgence des services de base aux citoyens. Un pourcentage important des coûts de la Stratégie nationale de nutrition concerne la gestion de la malnutrition aiguë et la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles. Le gouvernement s'est engagé à établir des cibles réalistes pour réduire les retards de développement et l'émaciation, augmenter la production et la consommation d'aliments nutritifs diversifiés et développer un système de suivi en temps réel pour mesurer la progression des résultats dans le domaine de la nutrition.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le gouvernement du Yémen s'est engagé à accroître ses dépenses pour la nutrition et l'implication multisectorielle dans les prochains budgets en établissant de nouvelles lignes budgétaires dans les ministères concernés pour la programmation de la nutrition, ainsi qu'à augmenter les ressources humaines d'au moins 10 à 20 % et publier les dépenses nationales en matière de nutrition sur le site Web du Mouvement SUN. Le financement provient de différentes sources ; les principaux donateurs pour le renforcement de la nutrition sont l'UKAID, l'UE/ECHO, l'USAID/OFDA, l'UNICEF et le PAM. Le coût du renforcement

de la nutrition au Yémen a été calculé sur la base des trois plans et est estimé pour 5 ans (2013-2017) à environ 1,2 milliard de dollars US (coût annuel par habitant de 8 dollars US). Les plans ont été partagés avec le secrétariat du Mouvement SUN et analysés. Le coût de la Stratégie nationale de nutrition (2013-2014) est estimé à 177 163 848 dollars US et l'engagement de 27 millions de dollars US environ pour soutenir sa mise en œuvre a été confirmé. La mobilisation des ressources et l'établissement de priorités pour les interventions sont nécessaires pour obtenir des résultats dans le domaine de la nutrition dans le pays.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	13.2 million
Children under 5:	2.4 million
Adolescent Girls (15-19):	0.7 million
Average Number of Births:	0.5 million
Population growth rate:	2.84%

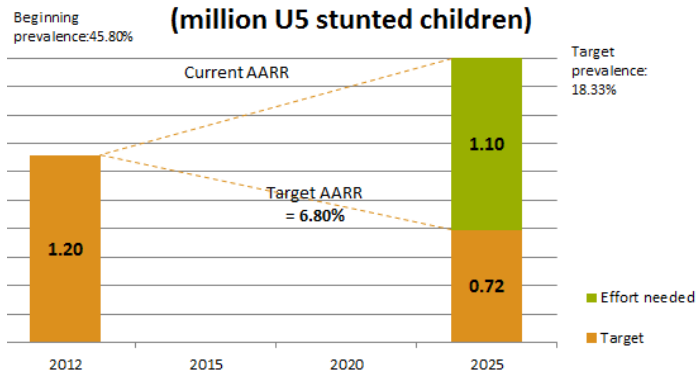
WHA nutrition target indicators (DHS 2007)

Low Birth Weight:	4.40%
Exclusive Breastfeeding:	60.90%
U5 Stunting:	45.40%
U5 Wasting:	5.20%
U5 Overweight:	7.90%

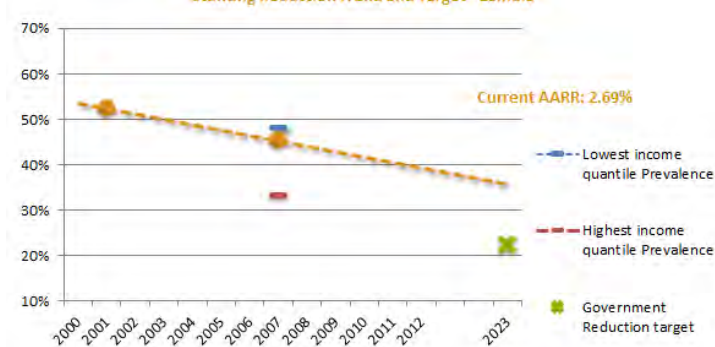
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	37.30%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	65.70%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	-
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	60.30%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	72.00%
Presence of iodised salt in the house	77.40%
Women's Empowerment	
Female literacy	63.70%
Female employment rate	63.60%
Median age at first marriage	18.4
Access to skilled birth attendant	46.50%
15-19 years women already mother or with first child	27.90%
Fertility rate	5.9
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	38.35%
Income share held by lowest 20%	3.58%
Open defecation	23.50%
Non-improved drinking water source	58.10%

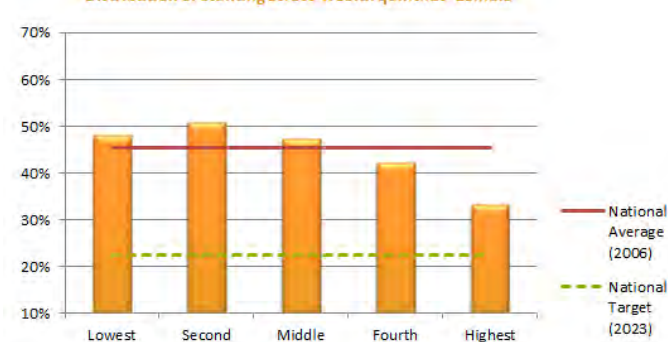
Targeted Stunting Reduction - Zambia (million U5 stunted children)



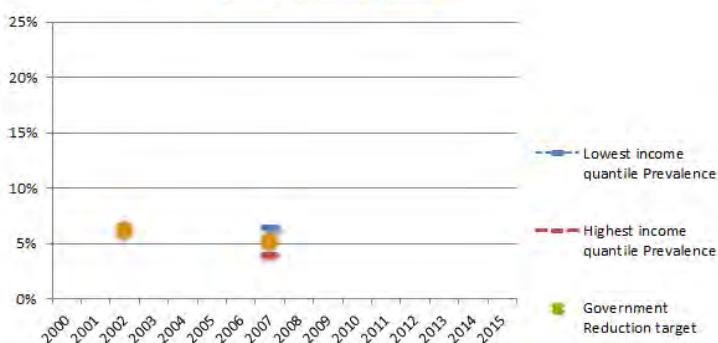
Stunting Reduction Trend and Target - Zambia



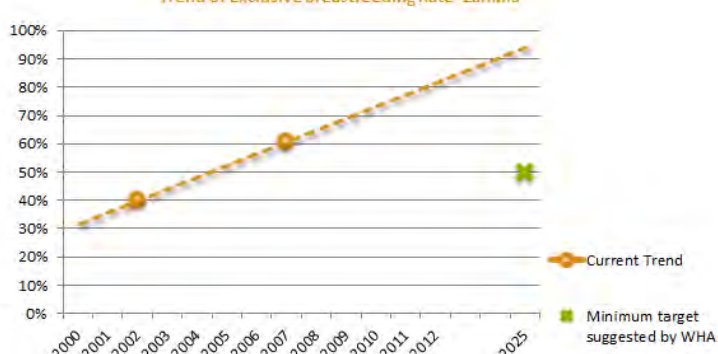
Distribution of stunting across wealth quintiles - Zambia











Wasting Prevalence - Zambia



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Zambia



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2 > 3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La Commission nationale pour l'alimentation et la nutrition (NFNC) est l'instance désignée pour coordonner les actions portant sur la nutrition en Zambie. L'établissement d'une plateforme multi-acteurs pour SUN en est à ses premiers stades, mais les organisations de la société civile, les universitaires, les organisations des Nations Unies et l'Association des industriels de Zambie sont pleinement impliqués. L'une des priorités du gouvernement consiste à renforcer la redevabilité de la NFNC pour assurer une coordination adéquate des secteurs clés. La NFNC a, de plus, coordonné les planifications multisectorielles par district par le biais des bureaux des commissaires de districts. Le processus a poussé les principaux ministères impliqués et la société civile à établir des comités ou des équipes multisectoriel(le)s travaillant sur la nutrition au niveau du district qui incluent également les autorités locales. Le Groupe de coordination des partenaires pour la nutrition (NCPG) rassemble les donateurs impliqués dans le renforcement de la nutrition dans le pays, y compris les agences des Nations Unies. Ce groupe est représenté dans plusieurs plateformes multisectorielles qui sont coordonnées par les principaux ministères compétents. La société civile, par le biais de l'Alliance CSO-SUN, a réuni différents acteurs pour accroître la demande de services nutritionnels et développer leur compréhension. De plus, les membres du Parlement qui jouent un rôle d'ambassadeur de la nutrition sensibilisent le Parlement et contribuent ainsi à une meilleure redevabilité des efforts de nutrition au niveau national. La nutrition jouit d'un nouvel élan et capte l'attention des autorités politiques de haut niveau, ainsi que des décideurs dans les administrations au niveau des provinces et des districts.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique nationale d'alimentation et de nutrition (2006) contient une série de dispositions propres à la nutrition telles que la promotion de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Les politiques et stratégies contribuant à la nutrition sont présentes dans les secteurs clés comme l'agriculture et la sécurité alimentaire, la réduction de la pauvreté, le développement communautaire et la santé publique. Dans le cadre du CAADP, la Zambie développe un Plan national d'investissement agricole dont la sécurité alimentaire et la nutrition constituent des composantes importantes. L'enrichissement obligatoire d'aliments tels que le sucre et le sel est prévu dans la Loi sur l'alimentation et les médicaments, et un instrument légal pour inclure les farines de blé et de maïs est en cours de développement. La Loi de protection de la maternité inclut une disposition de 12 semaines de congé maternité, tandis que la législation a repris d'autres dispositions de mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le Plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (NFNSP) couvrant la période 2011-2015 a été développé par le biais de larges consultations avec la participation de parties prenantes telles que des hauts fonctionnaires des ministères et départements clés, des partenaires internationaux, des représentants des ONG, la société civile, les universitaires et la communauté du secteur privé. Ce processus a été coordonné et dirigé par la NFNC grâce au soutien financier et technique fourni par les partenaires du développement et les agences des Nations Unies qui font partie du Groupe de coordination des partenaires pour la nutrition. Ce plan sert de cadre commun d'évaluation des résultats concernant la nutrition. Des références sont en cours d'élaboration afin de pouvoir définir un cadre de suivi et d'évaluation (S&E) pour l'exécution du Programme des 1 000 premiers jours les plus critiques (MCDP), qui est un élément clé du NFNSP. Les interventions nutritionnelles tant spécifiques que contributives ont été coordonnées autour de cinq priorités du MCDP. Certaines interventions propres à la nutrition ont besoin d'être renforcées et l'alignement par programmes sectoriels requiert davantage de clarification. Une attention spéciale est placée sur le renforcement des capacités de prestation au niveau communautaire.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Il n'existe pas à l'heure actuelle de système financier global permettant de rapprocher les coûts estimés des investissements nationaux dans l'ensemble des secteurs et des contributions extérieures visant à la mise en œuvre du NFNSP. Cependant, le gouvernement travaille actuellement au développement d'un mécanisme de suivi des fonds pour la nutrition, que ceux-ci proviennent de fonds communs ou de soutiens directs, ainsi que des fonds gouvernementaux pour la nutrition. Le Fonds SUN à venir, une proposition de mécanisme de financement conjoint pour soutenir le gouvernement de Zambie dans la mise en œuvre du MCDP, permettra de suivre les fonds alloués aux interventions nutritionnelles spécifiques ou contributives de tous les donateurs impliqués. Tandis que le financement des programmes gouvernementaux s'effectue en fonction des priorités en s'appuyant sur des cadres sectoriels de dépenses à moyen terme, peu d'informations sont disponibles concernant les contributions financières extérieures affectées à des programmes spécifiques. Le gouvernement de Zambie s'est engagé à augmenter les contributions financières affectées à la nutrition d'au moins

20 % annuellement sur les 10 prochaines années et à atteindre le complément de 30 dollars US par enfant de moins de 5 ans qui a été estimé nécessaire pour renforcer les interventions nutritionnelles à fort impact.

Demographic data (2010, WPP 2012)

National Population:	13.1 million
Children under 5:	2.0 million
Adolescent Girls (15-19):	0.8 million
Average Number of Births:	0.4 million
Population growth rate:	0.57%

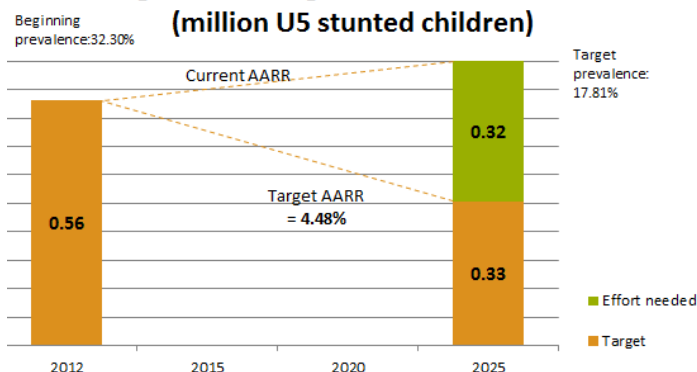
WHA nutrition target indicators (DHS 2010-2011)

Low Birth Weight:	9.50%
Exclusive Breastfeeding:	31.40%
U5 Stunting:	32.00%
U5 Wasting:	3.00%
U5 Overweight:	5.50%

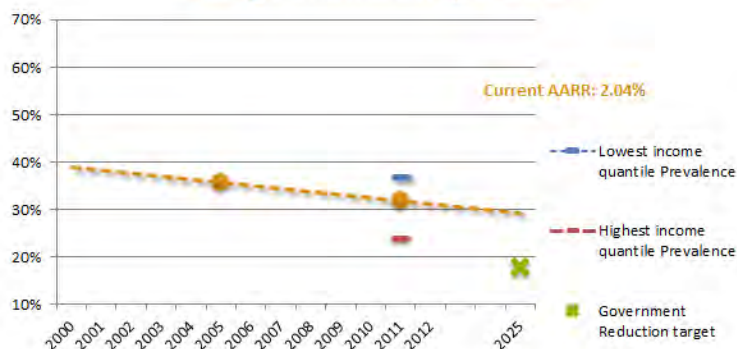
Coverage of Nutrition-relevant Factors

Infant and young child feeding practice	
Minimum acceptable diet (6-23 months)	11.00%
Complementary feeding with at least 4 groups per day (6-23 months)	23.50%
Programs for vitamin and mineral deficiencies	
Zinc treatment for diarrhoea (U5 children)	10.00%
Pregnant women attending 4 or more ANC visits	64.30%
Vitamin A supplementation (6-59 months)*	56.00%
Presence of iodised salt in the house	93.50%
Women's Empowerment	
Female literacy	93.80%
Female employment rate	80.40%
Median age at first marriage	19.7
Access to skilled birth attendant	66.20%
15-19 years women already mother or with first child	23.50%
Fertility rate	3.9
Other Nutrition Sensitive Indicators	
Rate of urbanization	36.65%
Income share held by lowest 20%	-
Open defecation	28.30%
Non-improved drinking water source	23.30%

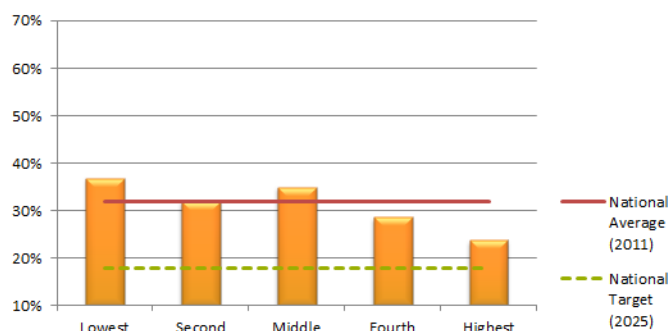
Targeted Stunting Reduction - Zimbabwe (million U5 stunted children)



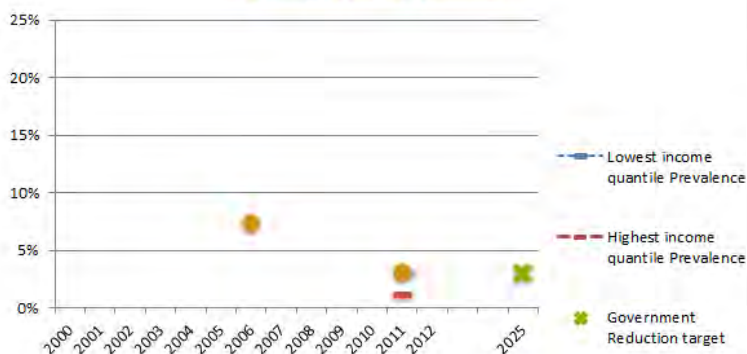
Stunting Reduction Trend and Target - Zimbabwe



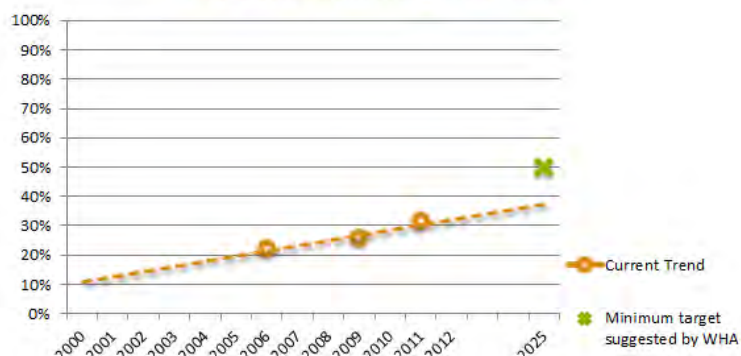
Distribution of stunting across wealth quintiles - Zimbabwe











Wasting Prevalence - Zimbabwe



Trend of Exclusive Breastfeeding Rate - Zimbabwe



	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 4	Phase de préparation
Présence d'éléments					2 > 3
Qualité du processus					

Amener les gens à travailler ensemble : La nutrition revêt la plus haute priorité au Zimbabwe. La nouvelle constitution garantit le droit à l'alimentation et le pays a élaboré des mécanismes de coordination multisectorielle permettant de renforcer la nutrition. Le Conseil pour l'alimentation et la nutrition (FNC) est l'agence nationale mandatée pour diriger la coordination, l'analyse et la promotion d'une réponse multisectorielle à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle au Zimbabwe. Le FNC implique plusieurs ministères et d'autres acteurs, notamment les agences des Nations Unies et la communauté du secteur privé, et il est bien placé pour diriger et coordonner les questions de sécurité alimentaire et nutritionnelles nationales. Le Point focal gouvernemental de SUN est le directeur du Conseil pour l'alimentation et la nutrition (FNC). Le renforcement et la priorité aux capacités d'évaluation, de suivi et de recherche du FNC seront essentiels pour améliorer l'efficacité des actions nationales d'amélioration de la nutrition. Ces actions doivent s'accomplir en collaboration avec d'autres mécanismes de coordination existants tels que le Comité du Conseil des ministres, dirigé par le vice-président, l'Équipe interministérielle pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle, présidée par le ministre de l'Agriculture et le Groupe de travail des secrétaires permanents des ministères clés impliqués dans l'alimentation et la nutrition, ainsi que le Groupe consultatif sur la sécurité nutritionnelle, qui inclut des responsables gouvernementaux, des agences des Nations Unies et des ONG. Les liens verticaux entre les structures de niveau local et de niveau national sont en cours de renforcement. Au niveau du pays, des provinces, des districts, des communes et des villages, des équipes intersectorielles (Comités pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle) sont remises sur pied. Elles sont censées rendre compte au Groupe consultatif pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle, qui à son tour est chapeauté par le FNC. Le gouvernement est désireux d'améliorer la redevabilité concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Les donateurs, la société civile et le secteur privé ont établi leurs propres plateformes et sont impliqués dans la mise en œuvre de la politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle, ainsi que dans les processus de suivi. La FAO, le PAM, l'OMS et l'UNICEF coordonnent leur aide au pays pour la nutrition sous LE SEUL pavillon des Nations Unies.

Cadre politique et légal cohérent : La Politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle a été lancée par le président en mai 2013. Cette politique fournit le cadre légal pour une approche multisectorielle et multi-acteurs. Une Politique sur la nutrition et le SIDA est également en place depuis 2010. Des politiques et des stratégies contribuant à la nutrition existent dans tous les secteurs clés. La législation nationale ayant un impact sur la nutrition couvre principalement la santé publique. La loi de protection de la maternité prévoit 16 semaines de congé maternité, c'est-à-dire au-delà du minimum de 14 semaines recommandé par le BIT. Les dispositions pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel sont pleinement intégrées à la loi couvrant les enfants âgés de 0 à 60 mois.

Alignement des programmes autour d'un Cadre commun de résultats : Le gouvernement s'est fortement engagé dans la mise au point d'une stratégie nutritionnelle nationale de haute qualité, validée et chiffrée sur 5 ans, d'ici fin 2013. À cet égard, un rapport initial a déjà été élaboré qui met l'accent sur la définition d'un cadre de processus et de suivi d'impact pour accroître la redevabilité. La matrice d'exécution de la Politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle sert actuellement de cadre commun de résultats pour suivre les engagements dans tous les secteurs. Il existe des programmes à grande échelle dans des secteurs clés comme l'agriculture et la sécurité alimentaire, la protection sociale, l'eau et l'assainissement, pour traiter aussi bien les facteurs déterminants directs que les facteurs sous-jacents de malnutrition. Des objectifs clairs sur la réduction des retards de croissance (au moins 40 % d'ici 2015), la malnutrition aiguë (maintenir les taux en-dessous de 3 %) ou le taux de couverture du renforcement des interventions nutritionnelles (supérieur à 80 % en 2020) ont été établis.

Suivi des financements et mobilisation des ressources : Le Zimbabwe a annoncé qu'il honorera ses engagements concernant les budgets affectés aux services sociaux et veillera à ce que ces investissements contribuent à la nutrition, et qu'il établira des systèmes de suivi financier et de suivi des résultats pour les interventions alimentaires et nutritionnelles d'ici 2014. Bien que certaines analyses budgétaires aient été effectuées sur les financements liés à la nutrition, un travail supplémentaire est nécessaire dans ce domaine.

Note technique concernant la page de statistique

17/01/14

1. Définition des données et des indicateurs

1.1 Données démographiques pour des groupes de population

Données	Définition
Population nationale	La population totale d'un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
Enfants de moins de 5 ans	Population totale des enfants de moins de 5 ans dans un pays donné sur la base des estimations de la Division de la population des Nations Unies
Adolescentes	Population totale féminine entre 15 et 19 ans dans un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
Nombre moyen de naissances	Le nombre annuel moyen d'enfants nés dans un pays donné en fonction des estimations de la Division de la population des Nations Unies
Taux de croissance de la population	Vitesse à laquelle le nombre d'individus dans une population augmente dans une période de temps donnée en tant que fraction de la population totale initiale.

Source de données :

Perspectives de la population mondiale : révision de 2012, 2013, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.

La révision de 2012 des Perspectives de la population mondiale est la vingt-troisième série d'estimations et de projections démographiques mondiales réalisées par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies. Les perspectives de la population mondiale sont largement utilisées à travers l'Organisation des Nations Unies et de nombreux centres de recherche, organisations internationales, chercheurs universitaires et médias.

1.2 Cibles de nutrition de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS 65.6)

Indicateur	Définition	Cible AMS
Faible poids de naissance	Pourcentage de naissances vivantes pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.	Réduction de 30 % du faible poids à la naissance en 2025
Allaitement maternel exclusif	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein.	Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois jusqu'à au moins 50 % d'ici 2025
U5 Retard de croissance	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont en dessous de moins deux (modéré et sévère) et en dessous de moins trois (sévère) écarts-types de la hauteur médiane par rapport à leur âge selon les normes OMS de croissance de l'enfant.	Réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans victimes du retard de croissance en 2025
U5 Émaciation	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont en dessous de moins deux (modérée et sévère) et de moins trois (sévère) écarts types du poids moyen pour la hauteur par rapport aux normes OMS de croissance de l'enfant.	Réduire et maintenir l'émaciation de l'enfant à moins de 5 % d'ici 2025
U5 Surpoids	Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois qui sont au-dessus de deux écarts-types (modéré et sévère) du poids moyen pour l'âge par rapport aux normes OMS de croissance de l'enfant.	Aucune augmentation du surpoids chez les enfants d'ici 2025

Remarque :

- 1) En raison de la limitation des données, l'indicateur d'anémie chez les femmes en âge de procréer n'a pas été inclus dans le présent rapport.

Lien vers le site web : http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/

- 2) Les méthodologies et processus sous-jacents des estimations conjointes UNICEF-OMS-Banque mondiale sont présentés dans le Budget des dépenses mixte pour la malnutrition des enfants de 2012, nouvellement mis à jour dans la version 2013. Estimations anthropométriques représentatives au niveau national, incluses dans l'Ensemble de données conjointes régulièrement mises à jour, après le processus d'examen par chaque organisme et après accord collectif.
- 3) Dans un effort pour maintenir une série chronologique cohérente des données anthropométriques comparables au niveau international, une partie de ce processus d'harmonisation du calcul des moyennes régionales et mondiales et la réalisation des analyses de tendance exigent que toutes les estimations de prévalence relatives à l'anthropométrie soient calculées de nouveau en utilisant un algorithme standard. Cet algorithme a été programmé dans le logiciel et les macros Anthro de l'OMS, examiné par MEASURE DHS et l'UNICEF. En outre, d'autres institutions [par exemple le CDC (Centers for Disease Control) des États-Unis] ont intégré l'algorithme standard dans leur processus d'analyse d'enquête nutritionnelle. Dans les pays où les données anthropométriques sont recueillies dans le cadre d'une enquête démographique et de santé (EDS) ou de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS), soit les données brutes sont accessibles au public, soit les programmes de traitement de données d'enquête intègrent déjà l'algorithme de l'OMS, ou les deux alternatives. Dans les pays où les données anthropométriques sont collectées par une enquête nationale sur la nutrition (ou un autre type d'enquête) et analysées en utilisant un algorithme différent, un nouveau calcul de la prévalence relative à l'anthropométrie est souvent nécessaire pour faire des estimations comparables entre les pays et au fil du temps.

1.3 Pratiques d'alimentation de nourrissons et de jeunes enfants

Indicateur	Définition	Pertinence
Régime alimentaire minimum acceptable et niveau minimum de diversification de l'alimentation (3 ANJE)	<p>Pourcentage de jeunes enfants de 6 à 23 mois ayant bénéficié des trois pratiques clés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en conformité avec les directives de l'Organisation mondiale de la Santé, le jour d'avant¹ :</p> <p>Pour les enfants allaités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'alimentation des nourrissons de 6 à 8 mois ≥ deux fois et des jeunes enfants de 9 à 23 mois ≥ trois fois avec des aliments solides, semi-solides ou mous ● L'alimentation avec des aliments provenant de quatre ou plus des sept groupes d'aliments <p>Pour les enfants non allaités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ≥ deux fois d'alimentation au lait, ≥ quatre fois avec des aliments solides, semi-solides ou mous ou les aliments laitiers ● Alimentation avec des aliments provenant de quatre ou plus de six groupes d'aliments 	<p>Outre le lait maternel, un régime est acceptable s'il contient la diversité minimale de régime et la fréquence des repas minimale (ainsi que le minimum de repas de lait pour les enfants non allaités).</p> <p>Un régime alimentaire acceptable est essentiel pour assurer une croissance appropriée et le développement d'un jeune enfant dans la période clé allant de 6 à 23 mois quand ils sont plus vulnérables à la malnutrition, la morbidité et la mortalité.</p> <p>Il existe des preuves solides que l'alimentation complémentaire appropriée réduit l'incidence du retard de croissance.²</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 avaient permis de prouver les effets significatifs de l'éducation nutritionnelle sur les populations sécurisées sur le plan alimentaire en l'occurrence : une augmentation de la taille [Différence moyenne standard (SMD) de 0,35, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,08 à 0,62] ; une augmentation de la taille-pour-âge [Risque relatif (RR) de 0,34, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,21 à 0,54] et une augmentation de poids [Différence moyenne standard (SMD) de 0,40, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit</p>
Alimentation complémentaire avec	<p>Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois nourris aux aliments appartenant à quatre ou plus des sept</p>	

¹ Système d'information sur le paysage nutritionnel de l'OMS : indicateurs de profil pays, (Guide d'interprétation) 2010. p.18

² Bhutta Z. et al, Interventions fondées sur des preuves pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile : que peut-on faire et à quel coût? Nutrition maternelle et infantile 2, Juin 2013. p.22

Indicateur	Définition	Pertinence
<p>des aliments provenant d'au moins quatre groupes (6-23 mois)</p>	<p>groupes d'aliments.</p> <p><i>Remarque</i> : peu de pays utilisent encore « au moins trois ou plusieurs groupes d'aliments » comme le minimum.</p>	<p>une augmentation de 0,02 à 0,78].</p> <p><i>L'éducation nutritionnelle des populations vulnérables a eu un impact remarquable sur la réduction du retard de croissance [Risque relatif (RR) de 0,68, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,60 à 0,76], l'augmentation de la taille-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,25, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,09 à 0,42] et une augmentation du poids-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,26, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,12 à 0,41].</i></p> <p><i>La fourniture de nourriture complémentaire avec ou sans l'éducation des populations souffrant d'insécurité alimentaire a eu des effets importants sur :</i></p> <p><i>l'augmentation de la taille-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,39, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,05 à 0,73] et l'augmentation du poids-pour-âge [Différence moyenne standard (SMD) de 0,26, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,04 à 0,41], mais pas sur la réduction du retard de croissance.³</i></p>

³ Bhutta Z. et al., p.47

1.4 Programmes pour les déficiences vitaminiques et minérales

Indicateur	Définition	Pertinence
<p>Supplémentation en zinc contre la diarrhée (U5 Enfants)</p>	<p>Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée aiguë qui ont reçu des suppléments de 20 mg de zinc par jour pendant 10 à 14 jours ou 10 mg de zinc par jour pour les nourrissons de moins de 6 mois⁴.</p> <p>Remarque : Il n'y a pas d'indicateurs ou d'outils reconnus internationalement pour la collecte et la compilation de données pour le traitement au zinc, des enfants souffrant de diarrhée⁵.</p>	<p>Les maladies diarrhéiques sont à l'origine de près de 2 millions de décès par an chez les enfants de moins de 5 ans, représentant la deuxième cause la plus fréquente de décès d'enfants dans le monde entier. Des études ont montré de façon constante que la diarrhée est la maladie infectieuse qui est le plus grand déterminant du retard de croissance linéaire. Une analyse groupée de neuf études communautaires dans les pays à faible revenu a constaté que la probabilité de retard de croissance à 24 mois a augmenté de manière incriminable à chaque épisode ou jour de diarrhée avant cet âge. La proportion de retards de croissance attribuée à cinq épisodes précédents de diarrhée était de 25 % (95 %, Intervalle de confiance (IC) de 8-38 %).⁶</p> <p>La supplémentation en zinc est recommandée comme sûre et efficace pour la prise en charge de la diarrhée. Plus précisément, les suppléments de zinc administrés lors d'un épisode de diarrhée aiguë réduisent la durée et la gravité de l'épisode et administrer des suppléments de zinc pendant 10 à 14 jours abaisse l'incidence de la diarrhée au cours des 2 à 3 suivants.⁷</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 avaient permis de trouver des effets significatifs de la supplémentation en zinc contre la diarrhée notamment en ce qui concerne : la réduction de la mortalité toutes causes confondues de 46 % [Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 12 à 68], la réduction</p>

⁴ OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 10-11

⁵ OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 11

⁶ Bhutta Z. et al., p. 22

⁷ L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent pour la prévention et la prise en charge de la diarrhée aiguë : l'allaitement maternel exclusif, la supplémentation en vitamine A, une meilleure hygiène, un meilleur accès à des sources plus propres d'eau potable et aux installations sanitaires, la vaccination contre le rotavirus et également l'utilisation du zinc, qui est sûre et efficace. Plus précisément, les suppléments de zinc administrés pour la prise en charge lors d'un épisode de diarrhée aiguë

Indicateur	Définition	Pertinence
Femmes enceintes ayant fait quatre ou plus de consultations prénatales	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont reçu des soins prénatals au moins quatre fois au cours de la grossesse par un prestataire (qualifié ou non) pour des raisons liées à la grossesse ⁹ .	des hospitalisations des suites de diarrhée de 23 % (95 % IC 15 -31), la réduction de la diarrhée aiguë de 0,5 jour et de la diarrhée persistante de 0,68 jour. ⁸
Supplémentation	Proportion d'enfants âgés de 6	<p>Pour réaliser toutes les exigences permettant de sauver la vie telles que prévues dans le cadre des soins prénatals pour les femmes et les bébés, quatre visites avec des interventions fondées sur des données probantes essentielles constituant un kit souvent appelé soins prénatals focalisés sont nécessaires.</p> <p>Il s'agit d'un moyen utilisé comme indicateur pour vérifier le niveau d'accès à la supplémentation en fer et en acide folique. L'Organisation mondiale de la santé recommande une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique par voie orale dans le cadre des soins prénatals.</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 ont prouvé des effets significatifs de la supplémentation en fer et en acide folique sur : le poids à la naissance [Différence moyenne standard (SMD) 57,7 g, Intervalle de confiance (IC) à 95 % soit une augmentation de 7,66 à 107,79], l'anémie à terme [Risque relatif (RR) de 0,34, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,21 à 0,54] et la concentration sérique de l'hémoglobine à terme [Différence moyenne standard (SMD) 16,13 g / l, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 12,74 à 19,52].¹⁰</p>
Supplémentation	Proportion d'enfants âgés de 6	L'Alliance mondiale pour la vitamine A définit une couverture complète de

⁸ Bhutta Z. et al, p.49

⁹ Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Opportunités pour les nouveau-nés de l'Afrique, chapitre 2 : soins prénatals. OMS, 2006. p. 51

¹⁰ Bhutta Z. et al., p.44

Indicateur	Définition	Pertinence
en vitamine A	<p>à 59 mois ayant reçu deux fortes doses de suppléments en vitamine A dans une année donnée¹¹.</p> <p>Les doses recommandées sont 100 000 UI pour les enfants âgés de 6 à 11 mois et 200 000 UI pour les enfants âgés de 12 à 59 mois.</p>	<p>supplémentation en vitamine A comme étant le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses à environ 4-6 mois d'intervalle au cours d'une année civile donnée. Les estimations nationales sont recueillies à l'échelle mondiale et signalées chaque année sur la base de données administratives de l'UNICEF. Un handicap tout particulier aux estimations de supplémentation en vitamine A (VAS) rapportées dans les données d'enquêtes de ménage (HH survey data) est dû à l'incapacité de fournir une estimation pour deux doses en une année donnée, le manque de prise au sérieux des campagnes nationales, les défaillances des mécanismes de distribution, et le calendrier inadéquat d'évaluation de la couverture de supplémentation en vitamine A.</p> <p>L'UNICEF maintient une base de données sur cet indicateur sur le lien : http://www.childinfo.org/vitamina.html</p>
Présence de sel iodé dans les ménages	<p>Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé, défini comme sel contenant 15-40 parties par million d'iode¹².</p>	<p>La carence en iode est le plus souvent et visiblement associée à des problèmes de thyroïde mais fait plus de ravages dans la croissance et le développement mental, contribuant par là à un mauvais rendement scolaire, à la réduction des capacités intellectuelles et des performances de travail.</p> <p>Les données examinées dans la série du Lancet 2013 ont trouvé des effets significatifs de la consommation du sel iodé chez les femmes enceintes : le poids à la naissance augmenté de 3,82 à 6,30 %, le crétinisme à 4 ans réduit [Risque relatif (RR)</p>

¹¹ OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 9

¹² OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 15-16

Indicateur	Définition	Pertinence
		de 0,27, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,12 à 0,60] et le niveau d'épanouissement élevé de 10 à 20 % chez les jeunes enfants. ¹³
		Pour atteindre la cible d'iодation universelle du sel, la proportion de ménages consommant du sel adéquatement iodé doit être supérieure à 90 %.

1.5 Responsabilisation de la femme

Indicateur	Définition	Pertinence
Alphabétisation des femmes	Pourcentage de femmes en mesure de démontrer leur capacité à lire l'ensemble ou une partie d'une phrase simple dans l'un des principaux groupes linguistiques du pays ¹⁴ .	<p>La capacité de lire est un atout personnel important pour offrir aux femmes des possibilités accrues dans la vie.</p> <p>Une analyse de 19 ensembles de données provenant de l'Enquête démographique et de santé (recueillies depuis 1999) a montré que le risque de retard de croissance est significativement plus faible chez les mères avec au moins le niveau d'école primaire [odds ratio (OR) 0,89, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 0,85 à 0,93] et même plus faible ($p < 0,001$) chez les mères ayant un niveau d'études secondaires (0,75, 0,71 à 0,79). L'éducation paternelle aux niveaux primaire et secondaire a également réduit le risque de retard de croissance, bien que les Odds ratio (OR) respectifs sont plus réduits que pour la scolarité de la mère. En dépit de cette réduction avec tous les paramètres associés, on remarque de fortes divergences dans l'impact d'un pays à un autre, ce qui est</p>

¹³ Bhutta Z. et al., p.44

¹⁴ Mukuria et al, Contexte de la santé des femmes : résultats des enquêtes démographiques et sanitaires, 1994-2001, rapports comparatif EDS n ° 11, ORC Macro, décembre 2005. p. 23.

Indicateur	Définition	Pertinence
Taux d'emploi des femmes¹⁶	Les taux d'emploi sont calculés comme étant le rapport entre les personnes salariées et les personnes en âge de travailler. Les personnes en âge de travailler sont généralement définies comme des personnes dans la tranche d'âge de 15 à 64 ans, bien que dans certains pays, cette tranche soit située entre 16 et 64 ans ¹⁷ .	probablement indicatif de différences en termes de qualité d'éducation et de qualité des données. ¹⁵
Femmes dans la tranche d'âge de	Les femmes font de plus en plus leur entrée sur le marché du travail, et les mères doivent adapter leurs horaires de travail aux horaires de soins à leur enfant ainsi qu'aux horaires de responsabilités domestiques, ce qui leur laisse souvent peu de temps pour elles-mêmes. D'autre part, les revenus du travail salarié peuvent offrir des avantages pour la santé des femmes en leur permettant d'acheter des produits et services de première nécessité tels que le logement et la nourriture. Il a été prouvé que le travail des femmes améliore l'apport alimentaire et influe sur la fertilité. L'autonomie des femmes et leur bien-être sont renforcés par le revenu tiré du travail en dehors de la maison, réduisant ainsi leur dépendance sociale d'un partenaire masculin. Cependant, les pressions économiques sur les femmes vivant dans la pauvreté les attirent dans les travaux agricoles et leur état nutritionnel et sanitaire peut se dégrader à cause des longues heures requises pour les lourds travaux.	Les grossesses chez les adolescentes ont un risque plus élevé de complications et de mortalité de la mère et de l'enfant ainsi qu'un risque de mauvais résultats que les grossesses chez les femmes âgées. En outre, la grossesse à l'adolescence

¹⁵ Ruel M. et al, Interventions et programme contribuant à la nutrition : comment peuvent-ils aider à accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile ? Nutrition maternelle et infantile 3, juin 2013. p.66

¹⁶ Mukuria et al., p. 27

¹⁷ OCDE, Perspectives de l'emploi de l'OCDE, 2006

¹⁸ OMS, Rubrique d'aide : femmes de 15 à 19 ans qui sont mères ou enceintes de leur premier enfant

Indicateur	Définition	Pertinence
<p>15 à 19 ans déjà mère ou ayant un premier enfant</p>		<p>ralentit et retarde la croissance d'une jeune fille. Dans certains pays, près de la moitié des adolescentes ont un retard de croissance, augmentant le risque de résultats défavorables de la grossesse.¹⁹</p> <p>Les naissances chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans sont fortement associées à des risques de santé pour la mère et le nourrisson. Beaucoup de ces risques sont également associés au fait qu'il s'agit des premières naissances. Parce que les mères adolescentes sont généralement aussi des mères pour la première fois, il est difficile de séparer ces risques. Le taux de mortalité des adolescentes lors de l'accouchement est anormalement élevé. Dans de nombreux pays, le risque de mourir de causes liées à la grossesse est deux fois plus élevé pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans que pour les femmes plus âgées²⁰.</p>
<p>Âge moyen au premier mariage²¹</p>	<p>Âge moyen des femmes au premier mariage si elles sont soumises, tout au long de leur vie, à des taux de mariage en une année donnée²².</p>	<p>L'âge du premier rapport, du premier mariage et de la première naissance donne une image des influences initiales sur la fertilité, ce qui est suggestif de résultats liés à la fertilité. Dans la plupart des pays, le mariage est une première indication de l'exposition d'une femme à un risque de grossesse et est alors important pour comprendre la fécondité.</p> <p>Les populations où l'âge au premier mariage est faible ont tendance à avoir une grossesse précoce et une fécondité élevée et, par conséquent, il est important d'examiner les tendances de l'âge au premier mariage. Les données sur l'âge au premier rapport sexuel sont un moyen plus immédiat de mesurer le début de</p>

¹⁹ Black R. et al, Nutrition maternelle et infantile et surpoids dans les pays à faibles revenus et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 1, juin 2013 p.17

²⁰ OMS, Système d'information sur le paysage nutritionnel, p. 20

²¹ Mukuria et al., p. 35-36

²² Nations Unies, Rapport sur la fertilité dans le monde, 2009

Indicateur	Définition	Pertinence
<p>Taux de fécondité²³</p>	<p>L'indice synthétique de fécondité représente le nombre d'enfants qui seraient nés d'une femme si elle devait vivre jusqu'à la fin de ses années de procréation et porter des enfants en conformité avec les taux courants de fécondité par âge²⁴.</p>	<p>Cet indicateur est utilisé comme un indicateur des espacements de naissance.</p> <p>Dans les pays, et entre les groupes, où le taux de fécondité est élevé, il y a une corrélation avec la mauvaise santé et la nutrition maternelle.</p> <p>De courts intervalles entre les grossesses augmentent le risque de faible poids de naissance [Odds ratio 1,65, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,27 à 2,14] et de naissances avant terme [Odds ratio 1,45, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,30 à 1,61]. Les grossesses répétées et l'âge maternel avancé ont également été prouvés comme ayant un impact sur le poids insuffisant à la naissance [Risque relatif (RR) de 1,61, Intervalle de confiance (IC) de 95 % soit une augmentation de 1,16 à 2,24]. Ces résultats soulignent la nécessité d'optimiser l'âge à la première grossesse, la taille de la famille et les intervalles entre les grossesses²⁵.</p>
<p>Accès au personnel qualifié pour l'accouchement²⁶</p>	<p>Pourcentage de naissances vivantes assistées par un personnel de santé qualifié (médecins, infirmières ou</p>	<p>La présence de personnel qualifié à tous les accouchements est considérée comme l'intervention la plus importante pour assurer une maternité sans risque, car elle accélère l'accouchement en temps opportun en cas d'urgence obstétricale et garantit la protection du nouveau-né en cas de complications potentiellement</p>

²³ Mukuria et al., p.38

²⁴ Banque mondiale, Indicateur de taux de fertilité, total (naissances par femme)

²⁵ Bhutta et al., p.43

²⁶ FNUAP, Assistance qualifiée à la naissance

Indicateur	Définition	Pertinence
	sages-femmes).	<p>mortelles²⁷.</p> <p>La présence de personnel qualifié représente non seulement la présence de sages-femmes et d'autres avec des compétences obstétricales (les MOMS), mais également un environnement favorable dont ils ont besoin pour être en mesure d'exercer leurs compétences. Cette présence implique également l'accès à un niveau plus global des soins obstétricaux en cas de complications nécessitant une intervention chirurgicale ou des transfusions sanguines.</p>

1.6 Autres indicateurs contribuant à la nutrition

Indicateur	Définition	Pertinence
Taux d'urbanisation	<p>Pourcentage de la population vivant dans les zones urbaines telles que définies selon la <i>définition</i> nationale utilisée dans le dernier recensement de la population.</p>	<p>La pauvreté urbaine est souvent négligée et les enfants vivant dans la pauvreté urbaine sont à risque de ne pas être atteints par les efforts de développement. L'augmentation de la croissance urbaine est susceptible de creuser l'écart dans les inégalités et aggraver par conséquent les besoins des enfants en milieu urbain, en particulier dans les zones urbaines en Afrique qui connaissent actuellement les taux les plus élevés de croissance urbaine de 200 millions d'enfants vivant dans les zones urbaines tandis que 60 pour cent de la vie de la population urbaine de l'Afrique se passe dans des taudis²⁸.</p> <p>Une analyse de régression menée par Save the Children pour établir l'importance relative et absolue des causes sous-jacentes et structurelles du retard de croissance dans un ensemble de données de 128 pays a montré que la population urbaine</p>

²⁷ Black R. et al. Malnutrition et surpoids maternel et infantile dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 3, juin 2013

²⁸ Save the Children, Voix de l'Afrique urbaine, Impact de la croissance urbaine sur les enfants, novembre 2012. p. 8

Indicateur	Définition	Pertinence
Part des revenus détenus par la minorité de 20 %	Pourcentage du revenu ou de la consommation par les 20 % de la population indiqué par quintiles ³⁰ .	toujours croissante et le PIB moyen par habitant en constante augmentation ont des liens directs et très significatifs avec des niveaux de retards de croissance ²⁹ . La part des revenus du quintile le plus pauvre de la population est un facteur important de retard de croissance parmi les pays ayant de forts taux de retard de croissance - mais pas ailleurs ³¹ .

Des études ont montré qu'il existe une relation significative entre la défécation, l'accès à l'eau potable et la taille de l'enfant. Pour plus de détails, voir « Eau, assainissement et santé des enfants » (Témoignages tirés de l'EDS 172) <http://sanitationupdates.files.wordpress.com/2010/05/worldbank-dhs2010.pdf>

Indicateur	Définition	Pertinence
Défécation en plein air	Pourcentage de la population qui défèque dans les champs, les forêts, les buissons, les plans d'eau et autres espaces ouverts.	La défécation en plein air contribue à la variation internationale de la taille de l'enfant de l'ordre de 54 % par contraste avec le niveau de PIB faible qui ne contribue que de 29 %. Il a été remarqué qu'une réduction de 20 points de pourcentage de défécation en plein air contribue à un gain de 0,1 ET (écart-type) en taille de l'enfant ³² .

²⁹ Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

³⁰ Banque mondiale, Groupe de recherche pour le développement. Les données sont basées sur les données de l'enquête des ménages obtenus des organismes statistiques gouvernementaux et des départements-pays de la Banque mondiale. Les données sur les économies à revenu élevé proviennent de la base de données d'enquêtes du Luxembourg accessible à la page suivante : <http://research.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>

³¹ Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

³²

Indicateur	Définition	Pertinence
<p>Non-amélioration de l'approvisionnement en eau</p>	<p>Pourcentage de la population utilisant des sources d'eau à boire non améliorées, y compris : puits creusés non protégés, sources non protégées, petit chariot avec réservoir / fût, camion-citerne, eau de surface (rivière, barrage, lac, étang, ruisseau, canal, canal d'irrigation), eau embouteillée.</p>	<p>L'accès adéquat à l'approvisionnement en eau est non seulement un besoin fondamental mais également un droit de l'homme. L'accès à l'eau présente également des avantages sanitaires et économiques considérables pour les ménages et les individus. L'accès équitable à l'eau potable et à l'assainissement est d'une importance fondamentale pour la santé et permettra d'accélérer la réalisation des huit OMD²⁹.</p> <p>L'analyse de régression menée par Save the Children a constaté que l'accès à l'eau potable dans les zones rurales a été parmi les principaux facteurs de réduction du retard de croissance³³.</p> <p>Une revue Cochrane sur l'effet des interventions WASH sur les résultats en matière de nutrition met aussi bien l'accent sur l'amélioration de la <i>qualité</i> de l'eau que sur l'approvisionnement simplement³⁴.</p>

³³ Save the Children, Objectif mondial de réduction du retard de croissance : se concentrer sur les plus pauvres ou abandonner des millions ?

³⁴ Dangour et al. Interventions visant à améliorer la qualité de l'eau et de l'approvisionnement, de l'assainissement et des pratiques d'hygiène et leurs effets sur l'état nutritionnel des enfants, *Cochrane Database Syst Rev* 2013. p. 27

2. Interpréter les graphiques par zone

2.1 Graphique avec l'objectif de réduction du retard de croissance

L'AMS avait recommandé un taux annuel moyen de régression (TAMR) de 3,9 % pour atteindre l'objectif mondial d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants dans le monde qui sont victimes du retard de croissance en 2025. Pour identifier la réalisation de la réduction et l'écart potentiel en 2025 dans le scénario actuel, la Commission européenne consultative sur la nutrition et l'Organisation mondiale de la Santé ont élaboré des outils de calcul de la réduction du retard de croissance (SRCT), qui estiment le nombre prévu d'enfants victimes du retard de croissance en 2025 au niveau des pays selon la tendance courante ou souhaitable (soit 40 % du nombre actuel) pour la réduction du retard de croissance.

Les calculs dans le cadre du scénario actuel appliquent le taux annuel moyen de régression (TAMR) courant à la dernière valeur de prévalence disponible qui est transposée à l'année de référence (c.-à-d. 2012), alors que le scénario souhaitable commence à partir de l'estimation du nombre cible des enfants victimes du retard de croissance en 2025, soit 40 % de moins que le nombre estimé d'enfants atteints du retard de croissance au départ. Par conséquent, les calculs sont basés sur cette cible en 2025, sur le nombre d'enfants et la prévalence correspondante est calculée en utilisant les projections démographiques. Ensuite, la pente entre la prévalence à la ligne de fond et la prévalence à l'année de départ (de n'importe quel plan / programme de réduction de retard de croissance), et le nombre d'années entre ces deux points dans le temps, sont utilisés pour calculer le TAMR souhaitable (objectif) nécessaire pour atteindre la fréquence cible.

Dans l'analyse de la tendance à la réduction des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans en Ouganda, le SRCT utilise le TAMR pour quantifier le taux de variation de la prévalence de 1985 à 2012. Le calcul a été développé sur la base de la prévalence habituelle de la base de données de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS et des données démographiques des Perspectives mondiales de la population, 2010.

Indicateur	Définition	Pertinence
Taux annuel	Le TAMR est utilisé pour l'analyse en	

Indicateur	Définition	Pertinence
moyen de régression (TAMR)	vue du suivi et de l'évaluation de la tendance mondiale à des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, pour la quantification du taux de variation de la prévalence de base pour l'année en cours. Si la prévalence est connue et le taux annuel de régression est constant, alors la prévalence de l'année suivante peut être calculée ³⁵ .	<p>La prévalence globale du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans a diminué de 36 % au cours des deux dernières décennies - chutant d'une estimation de 40 % en 1990 à 26 % en 2011. Il s'agit d'un taux annuel moyen de régression de 2,1 % par an³⁶.</p> <p>Le taux annuel moyen de régression (TAMR) est de 3,9 % pour atteindre l'objectif mondial d'une réduction de 40 % du nombre d'enfants dans le monde qui sont atteints du retard de croissance en 2025.</p>

2.2 Tendances et objectifs pour le retard de croissance, l'émaciation et l'allaitement maternel exclusif

Au cours de l'événement sur la nutrition pour la croissance, le 8 juin 2013, à Londres, 15 gouvernements se sont engagés à augmenter leurs ressources nationales pour renforcer la nutrition, et 12 gouvernements ont annoncé des objectifs nationaux de réduction des retards de croissance. Ces objectifs nationaux sont notés dans les profils individuels des pays en conséquence.

Chaque graphique indique le retard de croissance, l'émaciation et la prévalence de l'allaitement maternel exclusif pour chaque point de données disponible depuis 2000 sur la base des enquêtes sur les ménages. Lorsque disponible, la prévalence pour le quintile de revenu et la prévalence pour le quintile de revenu le plus élevé est indiquée. La ligne pointillée explique la régression linéaire.

Le Taux annuel moyen de régression est calculé uniquement pour les retards de croissance.

³⁵ UNICEF, Note technique : Comment calculer le Taux annuel moyen de régression (TAMR) de la prévalence de l'insuffisance pondérale

³⁶ UNICEF, Amélioration de la nutrition de l'enfant : impératif réalisable pour le progrès mondial, UNICEF, avril 2013. p.8

2.3 Répartition du retard de croissance dans tous les quintiles de richesse

Le tableau de la répartition du retard de croissance montre des inégalités dans l'état nutritionnel dans tous les quintiles de richesse - le plus bas, le deuxième, le moyen, le quatrième et le plus élevé. Le tableau utilise le dernier point de données disponible dans l'enquête nationale sur les ménages.

La moyenne nationale de prévalence du retard de croissance est indiquée ainsi que l'objectif national pour des retards de croissance pour montrer la différence dans la prévalence du retard de croissance de chaque quintile de richesse.

La distribution des retards de croissance dans tous les quintiles de richesse est surtout disponible dans les rapports d'EDS et de MICS produits au cours des dernières années.

3. Source des données :

Les principales sources d'indicateurs de nutrition sont les enquêtes nationales publiées telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et de plusieurs enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). En l'absence de rapports EDS ou MICS récemment publiés, les enquêtes de suivi et évaluation normalisées de secours et de transition (SMART) de niveau national sont utilisées³⁷.

Des sources de données supplémentaires sont : la base de données de la Banque mondiale, la base de données d'estimations de la population des Nations Unies, la base de données de l'UNICEF sur la carence en vitamine A et d'autres sources de données qui sont répertoriées dans la bibliographie.

Détails de contact :

Pour toute requête sur les chiffres et les sources de données, veuillez contacter **M. Shaoyu Lin** : Shaoyu.lin@undp.org

Un merci tout particulier à nos collègues du Département de la politique et de la planification, Section des statistiques et du suivi, et au Fonds des Nations Unies pour l'enfance, dont les contributions étaient cruciales et essentielles pour la finalisation de ce document.

³⁷ Les enquêtes SMART ont été utilisées comme source de données pour le Sénégal, la Mauritanie et la Sierra Leone.

Références

- Bhutta Z. et al. (6 juin 2013). *Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? (Interventions fondées sur des preuves pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile : que faire et à quel coût ?) Nutrition maternelle et infantile 2*. Récupéré le 6 août 2012, de la revue The Lancet, Volume 382, publication 9890 : <http://press.thelancet.com/nutrition2.pdf>
- Black R. et al. (juin 2013). *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, Maternal and Child Nutrition 3. (Malnutrition et surpoids maternel et infantile dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenus intermédiaires, Nutrition maternelle et infantile 3.)* Récupéré le 19 août 2013, de la revue The Lancet, Volume 382, publication 9890 : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60937-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60937-X/abstract)
- Dangour A. et al. (2013). *Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices and their effects on the nutritional status of children. (Interventions visant à améliorer la qualité et l'approvisionnement en eau, les pratiques d'assainissement et d'hygiène et leurs effets sur l'état nutritionnel des enfants.)* Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8. (Base de données et revues systématiques Cochrane, numéro 8.) Art.
- Günther, Isabel et Günther Fink. (2010). *Water, Sanitation and Children's Health: (Eau, assainissement et santé des enfants :.) Evidence from 172 DHS Surveys. (Preuve de 172 enquêtes EDS.)* Récupéré 6 août 2013, à partir de <http://elibrary.worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-5275>
- Measure DHS. (Mesures EDS) (N.d.). *Thèmes, mesure EDS : Nutrition*. Récupéré le 6 août 2013, de Measure DHS : <http://www.measuredhs.com/topics/Nutrition.cfm>
- Mukuria, Altrena, Casey Abouafia et Albert Themme. (Décembre 2005). *The Context of Women's Health: (Le contexte de la santé des femmes :.) Results from the Demographic and Health Surveys, 1994-2001. (Résultats des enquêtes démographiques et de santé, 1994-2001.)* Récupéré le 6 août 2013, à partir de Mesure DHS, Rapports EDS comparatif n° 11, ORC Macro : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdfs/CR11/CR11.pdf>
- OCDE. (2006). *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*. Récupéré le 19 août 2013, de l'OCDE : <http://www.oecd.org/publications/factbook/38335554.pdf>

- Ruel M. et al. (Juin 2013). *Maternal and Child Nutrition 3: (Nutrition maternelle et infantile 3 : Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? (Interventions et programmes contribuant à la nutrition : comment peuvent-ils aider à accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile?)* Récupéré le 19 août 2013, de la revue *The Lancet*, Volume 382, publication 9891 : <http://www.a4nh.cgiar.org/files/2013/06/NutritionSensitiveInterventionsAndPrograms.pdf>
- Save the Children. (Novembre 2012). *Voices from Urban Africa, The Impact of Urban Growth on Children. (Voix de l'Afrique urbaine, L'impact de la croissance urbaine sur les enfants.)* Récupéré le 20 août 2013, de Save the Children : <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SAVETHECHILDREN-VOICESFROMURBANAFRICA-REPORT2012.PDF>
- The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. (Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile.) (2006). *Opportunities for Africa's newborns: (Une chance pour les nouveau-nés de l'Afrique :) Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Chapter 2: (Données pratiques, soutien politique et programmation pour les soins du nouveau-né en Afrique, chapitre 2 :) Soins prénatals.* Récupéré 6 août 2013, de l'OMS au nom du Partenariat pour la santé maternelle néonatale et infantile : <http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>
- FNUAP. (N.d.). *Assistance qualifiée à la naissance.* Récupéré le 6 août 2013, du FNUAP : <http://www.unfpa.org/public/cache/offence/home/mothers/pia/4383;jsessionid=F48A49550B2343B268EF89DAB575143D.jahia02>
- UNICEF. (2007). *Note technique : comment calculer le Taux annuel moyen de régression (TAMR) de l'insuffisance pondérale prévalence.* Récupéré le 19 août, 2013, de l'UNICEF : http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf
- UNICEF. (Avril 2013). *Amélioration de la nutrition de l'enfant : l'impératif réalisable pour le progrès mondial.* Récupéré le 19 août 2013, de l'UNICEF : http://www.unicef.org/media/files/nutrition_report_2013.pdf
- UNICEF. (N.d.). *Statistiques par région : eau et assainissement.* Récupéré le 6 août 2013, de l'UNICEF, Child Info : suivi de la situation des enfants et des femmes : <http://www.childinfo.org/sanitation.html>

- Organisation des Nations Unies. (2009). *Rapport mondial sur la fécondité 2009 : métadonnées*. Récupéré le 19 août 2013, des Nations Unies : http://www.un.org/esa/population/publications/WFR2009_Web/Data/Meta_Data/MAFM.pdf
- la Banque mondiale (N.d.). *Indicateur : Taux de fécondité, total (naissances par femme)*. Récupéré le 19 août, 2013, de la Banque mondiale : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRRT.IN>
- la Banque mondiale (N.d.). *PovcalNet : un outil d'analyse de la pauvreté en ligne*. Récupéré le 6 août , 2013, de la Banque mondiale : <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Indicateur du profil pays du Système d'information sur le paysage nutritionnel (NLIS)* : Récupéré le 6 août 2013, à partir de http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Sujet d'aide : femmes de 15 à 19 ans qui sont mères ou enceintes de leur premier enfant*. Récupéré le 6 août 2013, de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=361>
- Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Indicators to monitor the implementation of the comprehensive implementation plan. (Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan de mise en œuvre complète.)* Récupéré le 6 août 2013, à partir de http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (N.d.). *Département de la nutrition pour la santé et le développement de l'OMS*. Récupéré le 6 août, 2013, de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/nutrition/en/>