

# La politique nutritionnelle au Burkina Faso



## Que vous dit cette note ?

Cette note présente un résumé des politiques pertinentes en matière de nutrition au Burkina Faso. Nous y examinons le i) contexte nutritionnel, les objectifs des politiques en place, les indicateurs, le budget et les activités menées ; ii) les bénéficiaires et acteurs clés, et la coordination ; iii) les mécanismes de suivi-évaluation et de responsabilisation des politiques ; iv) et voir si les politiques actuelles concordent avec les objectifs mondiaux de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS).

Transform Nutrition West Africa est financée par la Fondation Bill et Melinda Gates et dirigée par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI).

## Le statut de la nutrition au Burkina Faso

Le Burkina Faso est sur la bonne voie pour atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) pour 2025 concernant le surpoids des enfants de moins de cinq ans (1,1% en 2018) et l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois (de 24% en 2010 à 50% en 2014<sup>ii</sup>). Cependant, le pays n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif concernant l'émaciation des enfants de moins de 5 ans (prévalence de 7,6% en 2016<sup>iii</sup>). Malgré l'amélioration des résultats du retard de croissance des enfants de moins de 5 ans (de 34% en 2011 à 27% en 2016<sup>iv</sup>) et de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (FAP) (de 51% en 2010 à 49% en 2016<sup>v</sup>), le Burkina Faso n'est pas sur la bonne voie pour atteindre ces objectifs. L'insuffisance pondérale à la naissance a été estimée à 14% en 2010<sup>vi</sup>, mais aucune donnée récente ne permet d'évaluer les progrès vers l'objectif de l'AMS concernant cet indicateur. Outre les objectifs de l'AMS, l'anémie des enfants de moins de 5 ans (86% en 2016<sup>vii</sup>) et la carence en vitamine A (52% en 2013<sup>viii</sup>) restent élevées. En ce qui concerne la population adulte, on constate un double fardeau d'insuffisance pondérale et de surpoids/obésité. En effet, en 2010, 16% des FAP sont minces<sup>x</sup>, mais avec la progression du surpoids/obésité, en 2016, 29% des femmes sont en situation de surpoids/obésité<sup>x</sup>.

### A retenir

#### Quel est l'objectif ultime de cette note de politique ?

Fournir une compréhension plus complète et plus approfondie de l'orientation actuelle des politiques pertinentes en matière de nutrition au Burkina Faso et de leurs implications. Cette note répond à la demande et aux priorités des partenaires.

#### Quelles en sont les principales conclusions ?

- La nutrition occupe une place de choix dans les politiques de nutrition, de santé et d'agriculture/sécurité alimentaire.
- Les enfants et les femmes sont les groupes bénéficiaires les plus fréquemment mentionnés.
- Parmi les six objectifs de l'AMS et leurs indicateurs, les plus mentionnés dans les politiques sont le retard de croissance et l'émaciation des <5 ans et le moins mentionné est le surpoids des <5 ans.
- Toutes les politiques soulignent l'importance de la coordination multisectorielle.

#### Quelles sont les recommandations en matière de politiques ?

- Comblent les lacunes et résolvent les incohérences des politiques pertinentes en matière de nutrition.
- Prioriser et investir dans l'élaboration de solides mécanismes de coordination multisectorielle.
- Intégrer la nutrition dans les futurs documents produits dans les divers domaines d'action des politiques.
- Reconnaître la nutrition comme un thème transversal dans la prochaine version du PNDES.

## Etat des lieux de la politique nutritionnelle au Burkina Faso

Le présent document passe en revue seize politiques nationales pertinentes en matière de nutrition et actuellement en vigueur (Voir **Tableau 1**, p. 3). Ces politiques concernent les domaines : de la nutrition (n=3), de la santé (n=5), de l'agriculture et de la sécurité alimentaire (n=4), de l'économie et du social (n=2), de l'environnement (n=1) ; de la recherche et de l'innovation (n=1).

Le Plan National de Développement Économique et Social (PNDES), inclus dans cette note, établit la structure politique globale du Burkina Faso. Il définit 14 secteurs de planification ayant droit chacun à une politique sectorielle. Les thèmes transversaux ne sont pas couverts par une politique spécifique, mais sont traités par le PNDES, par les 14 politiques sectorielles et/ou par les stratégies. La nutrition n'est pas considérée comme un secteur de planification ou un thème transversal, mais plutôt comme un sous-domaine intégré dans le secteur de la planification sanitaire. Trois politiques sectorielles sont pertinentes en matière de nutrition (c.-à-c. qu'elles contiennent des éléments spécifiques et/ou sensibles à la nutrition) et sont, par conséquent, incluses dans cette note (PSS, PS-PASP, PSRI). Cependant, au moins cinq politiques sectorielles supplémentaires, dans les 14 secteurs de planification du Burkina Faso, pourraient soit contribuer à améliorer la politique nutritionnelle soit bénéficier d'une telle amélioration. Ces politiques sectorielles<sup>a</sup> ont été élaborées en 2017 et 2018 mais ne contiennent pas d'objectifs, d'indicateurs ou de budget relatifs à la nutrition et n'ont donc pas été incluses dans cette analyse.

<sup>a</sup> Politique sectorielle transformations industrielles et artisanales (2017-2026) ; Politique sectorielle commerce et services marchands (2018-2027) ; Plan sectoriel de l'éducation et de la formation (2017-2030) ; Politique sectorielle travail, emploi et protection sociale (2018-2027) ; et Politique sectorielle environnement, eau et assainissement (2018-2027).

**Tableau I : Liste des politiques nationales relatives à la nutrition**

| NR | Domaine                           | Nom de la politique   | Acronyme  | Date de début | Date de fin |
|----|-----------------------------------|---|-----------|---------------|-------------|
| 1  | Nutrition                         | Politique Nationale de Nutrition <sup>1</sup>   | PNN       | 2016          | Sans objet  |
| 2  |                                   | Plan Stratégique Multisectoriel de Nutrition <sup>2</sup>   | PSMN      | 2017          | 2020        |
| 3  |                                   | Stratégie Nationale de plaidoyer, mobilisation sociale, et communication pour le changement social et de comportement en faveur de la Nutrition au Burkina Faso | SNNBF     | 2017          | 2021        |
| 4  | Santé                             | Plan National de Développement Sanitaire  | PNDS      | 2011          | 2020        |
| 5  |                                   | Plan Stratégique de Santé des Personnes Agées   | PSSPA     | 2016          | 2020        |
| 6  |                                   | Plan Stratégique intégré de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles  | PSLMNT    | 2016          | 2020        |
| 7  |                                   | Plan stratégique intégré de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents, des Jeunes et de la Personne Âgée                         | SRMNIA-PA | 2017          | 2020        |
| 8  |                                   | Politique Sectorielle Santé   | PSS       | 2017          | 2026        |
| 9  | Agriculture/ sécurité alimentaire | Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle   | PNSAN     | 2013          | 2025        |
| 10 |                                   | Priorités Résiliences Pays  | PRP-AGIR  | 2016          | 2020        |
| 11 |                                   | Stratégie de Développement Rural  | SDR-2025  | 2016          | 2025        |
| 12 |                                   | Politique Sectorielle Production Agro-Sylvo-Pastorale   | PS-PASP   | 2017          | 2026        |
| 13 | Environnement                     | Plan National d'Adaptation aux changements climatiques  | PNA       | 2015          | Sans objet  |
| 14 | Recherche/ innovation             | Politique Sectorielle de la Recherche et de l'innovation  | PSRI      | 2017          | 2026        |
| 15 | Economique/ social                | Plan National de Développement Économique et Social   | PNDES     | 2016          | 2020        |
| 16 |                                   | Stratégie Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance   | SNDIPE    | 2007          | Sans objet  |

<sup>1</sup> La version de la PNN incluse dans cette note est actuellement en cours de révision et pourrait ne plus être classée comme une politique. La nutrition n'étant pas incluse dans les 14 secteurs de planification détaillés du PNDES, elle ne devrait donc pas avoir sa propre politique.

<sup>2</sup> La version du PSMN incluse dans cette note est en cours de révision.

## Méthodes

Toutes les politiques, les stratégies et les plans d'action nationaux pertinents en matière de nutrition – actuellement en vigueur ou en phase avancée d'élaboration en décembre 2018 – ont été inclus dans cette note. Pour ce faire, le critère d'inclusion suivant a été utilisé : la présence d'un objectif, d'un budget et/ou d'un indicateur relatifs à la nutrition.

Nous avons obtenu des documents potentiellement pertinents à partir d'une recherche systématique, y compris sur des sites Web pré-identifiés (p. ex. les ministères nationaux et les organismes des Nations Unies concernés), d'une recherche sur Google et de consultations avec des experts nationaux. Des consultations ciblées avec des experts régionaux et nationaux nous ont permis d'accéder à des documents non disponibles en ligne. Nous avons trié les documents identifiés (voir Annexe 1) en fonction de nos critères d'admissibilité. Seize documents ont satisfait à nos critères d'admissibilité. Nous avons utilisé un logiciel qualitatif (NVivo) pour coder et analyser ces documents.



## PROBLEM

### **Le problème : Sur quoi porte le contexte nutritionnel des politiques et quels problèmes sont mis en évidence ?**

Toutes les politiques, à l'exception de la PSRI, fournissent un contexte nutritionnel. Ce contexte est plus complet pour les politiques de nutrition et de santé. Dans tous les domaines d'action des politiques, le contexte de la nutrition se concentre principalement sur le niveau national. Cependant, plus de la moitié des politiques (dans tous les domaines, à l'exception de l'environnement et de la recherche/innovation) présentent le contexte régional ou mondial, y compris l'adhésion du Burkina Faso au Mouvement SUN et à l'initiative REACH. Les politiques dans les domaines de la nutrition (n=3), de la santé (n=4) et de l'agriculture/la sécurité alimentaire (n=3) reconnaissent de grandes disparités rurales/urbaines et/ou régionales dans le contexte nutritionnel du Burkina Faso. Une seule politique (le PSLMNT) présente des données nutritionnelles désagrégées par sexe.

Dans tous les domaines d'action des politiques, l'accent est mis sur la sous-malnutrition. Neuf politiques présentent le contexte des carences en micronutriments (vitamine A, iode et fer). Huit politiques fournissent des informations sur les maladies non transmissibles (MNT), y compris les MNT liées à la nutrition comme le diabète et l'hypertension artérielle, et leurs facteurs de risque. Le surpoids et l'obésité sont considérés comme des maladies non transmissibles dans la plupart de ces huit politiques.

Seul le PSLMNT considère le surpoids et l'obésité uniquement comme des facteurs favorisant l'apparition des MNT. Le rôle de la nutrition dans l'apparition de certaines MNT n'est pas non plus fortement souligné dans les politiques. Les politiques en matière de nutrition, de santé et d'agriculture/sécurité alimentaire présentent une image plus holistique des problèmes nutritionnels que les autres domaines d'action des politiques. Toutefois, la SNDIPE (domaines économique et social) fournit également un contexte nutritionnel relativement holistique en ce qui concerne les jeunes enfants.

Plus de la moitié des politiques, dans la plupart des domaines et en particulier dans les domaines de la nutrition et de la santé, décrivent les causes et/ou les conséquences des problèmes nutritionnels. Les causes comprennent les facteurs environnementaux, la pauvreté, le faible niveau d'éducation, la mauvaise alimentation et des services de santé/de nutrition inadéquats. Les conséquences comprennent la mortalité, la morbidité, les impacts cognitifs négatifs, la baisse de la productivité et de la croissance économique, et les impacts négatifs sur la reproduction dans le pays.

Le Tableau 2 met en évidence les politiques qui incluent le contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS. Le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans (<5ans), l'émaciation des <5ans et l'anémie des FAP sont les indicateurs les plus fréquemment inclus. Le surpoids des <5ans n'est mentionné dans aucune politique. Outre le retard de croissance des <5ans et l'émaciation des <5ans, les indicateurs de l'AMS mentionnés se retrouvent presque exclusivement dans les politiques de nutrition et de santé. Les deux politiques de santé les plus récentes comprennent plus d'indicateurs de l'AMS que les politiques de santé antérieures.

### **Le contexte nutritionnel est-il fondé sur des données probantes ?**

On retrouve un contexte nutritionnel fondé sur des données probantes (c.-à-d. avec références à l'appui) dans les politiques de santé, principalement, mais aussi dans les politiques de nutrition et d'agriculture/sécurité alimentaire. Dans tous les domaines d'action des politiques, les citations sont plutôt des statistiques et non pas des informations textuelles. Entre autres sources de données empiriques citées dans le contexte nutritionnel des politiques, on peut citer : l'enquête SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) ; l'Enquête Nationale Iode et Anémie du Burkina (ENIAB) ; l'approche STEPwise de l'OMS (STEPS) en matière de surveillance ; et l'analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN). Les données citées concernent principalement les niveaux de prévalence des problèmes de nutrition. Sept des dix politiques qui présentent des informations sur les disparités géographiques en matière de nutrition au Burkina Faso citent des références à ce sujet. Les données ventilées par sexe dans le PSLMNT sont également citées. Peu de politiques en dehors du domaine de la santé citent des références sur les causes ou les conséquences des problèmes de nutrition.



POLICY

## Les politiques : Quels éléments inclus dans les politiques pertinentes permettent de résoudre les problèmes identifiés ?

Comme indiqué au **Tableau 2**, la plupart des politiques, dans presque tous les domaines d'action, incluent la nutrition dans leurs **objectifs** généraux et/ou spécifiques. Ces objectifs présentent un contenu spécifique à la nutrition (p. ex., améliorer le statut nutritionnel de la population) et, dans une moindre mesure, sensible à la nutrition (p. ex., renforcer les interventions de sécurité alimentaire sensibles à la nutrition). Presque tous les **indicateurs nutritionnels** inclus sont des indicateurs de résultats (par exemple, le retard de croissance des <5ans) ; les politiques dans les domaines de la santé (n=3), de la nutrition (n=1) et de l'économie/du social (n=1) incluent également des indicateurs de résultats (par exemple, le pourcentage des districts sanitaires qui mettent en œuvre le programme de nutrition des nourrissons et des jeunes enfants). En termes de problèmes nutritionnels, les indicateurs se concentrent sur la sous-malnutrition et, dans une moindre mesure, sur les carences en micronutriments, avec peu d'indicateurs sur les MNT liées à l'alimentation, y compris le surpoids/obésité. Une seule politique (DTS-2025) inclus un indicateur nutritionnel désagrégé (insuffisance pondérale des <5 ans désagrégé par sexe). Les indicateurs de l'AMS les plus abordés dans les politiques sont le retard de croissance des <5 ans, l'émaciation des <5 ans et l'allaitement maternel exclusif. Les **activités planifiées en matière de nutrition** sont détaillées dans 12 des politiques réparties dans la plupart des domaines d'action des politiques. La PNN (une politique nutritionnelle) présente la gamme la plus complète d'activités nutritionnelles, bien que la PSS (une politique de santé) comprenne également un large éventail

d'activités spécifiques et sensibles à la nutrition. La plupart des politiques de santé et de nutrition et une politique agricole/de sécurité alimentaire disposent d'un **budget pour la nutrition**. Le contenu relatif à la **mise à l'échelle** porte sur les mécanismes de pilotage et de mise en œuvre de la politique (p. ex. principes directeurs ; utilisation de comités nouveaux ou existants pour gérer la mise en œuvre et faciliter le dialogue ; plans et stratégies ; partage des bonnes pratiques) ; la nutrition n'y est pas abordée de manière spécifique. Quelques politiques mentionnent les risques ou les défis liés à la mise à l'échelle, à savoir l'insécurité physique, les troubles politiques, la mauvaise gouvernance, l'insuffisance des ressources et des capacités, et l'adhésion insuffisante des acteurs clés.

### Comment les objectifs des politiques s'alignent-ils sur les objectifs mondiaux de l'AMS pour 2025 ?

Le **Tableau 2** présente neuf politiques dont les indicateurs nutritionnels sont les mêmes que ceux de l'AMS. Sept de ces politiques, portant sur la santé (n=3), l'agriculture et la sécurité alimentaire (n=2), la nutrition (n=1) et l'économie et le social (n=1), comprennent des objectifs concernant au moins un de ces indicateurs. Toutes ces politiques fixent 2020 comme date cible. Si le Burkina Faso atteint ses objectifs – quelque peu variables d'une politique à l'autre – de 2020, il sera sur la bonne voie pour atteindre, voire dépasser les objectifs de l'AMS d'ici 2025. Néanmoins, deux politiques présentent des objectifs qui, même une fois atteints, ne mettraient pas nécessairement le Burkina Faso sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de l'AMS d'ici 2025 : les PRP-AGIR (objectifs en matière de retard de croissance des <5ans et d'anémie des FAP) et le PNDS (objectifs en matière de retard de croissance des <5ans).

### Les politiques sont-elles cohérentes entre elles ?

On pourrait s'attendre à ce que les politiques incluant des objectifs nutritionnels contiennent à la fois des indicateurs nutritionnels et des activités nutritionnelles planifiées, tandis que

les politiques sans objectifs nutritionnels ne devraient vraisemblablement contenir aucun de ces deux éléments. Cependant, nous avons constaté plusieurs cas (voir **Tableau 2**) qui ne suivent pas cette logique. En général, cela n'est pas dû à un manque de cohérence au sein des politiques, mais au fait que : a) les politiques précisent que les indicateurs et/ou les activités prévues feront l'objet d'un document distinct ou ; b) les objectifs des politiques sont vastes et ne sont pas explicitement liés à la nutrition (alors que leurs indicateurs ou activités planifiées sont suffisamment spécifiques pour rendre ce lien explicite).

On constate toutefois des cas d'incohérence entre les différentes parties des politiques. Premièrement, les populations ciblées par les objectifs nutritionnels ne sont pas toujours les mêmes que celles ciblées par les indicateurs nutritionnels et/ou les activités nutritionnelles planifiées. Par exemple, les objectifs du PSMN couvrent tous les Burkinabès, mais les indicateurs nutritionnels et les activités se concentrent sur les enfants de moins de 5 ans et les FAP. Deuxièmement, les problèmes soulignés dans le contexte nutritionnel des politiques ne sont pas toujours inclus dans les indicateurs nutritionnels des politiques. Par exemple, deux politiques considèrent l'insuffisance pondérale à la naissance comme un problème nutritionnel, mais n'incluent pas d'indicateur à cet égard. Même si, d'un autre côté, ces politiques contiennent des indicateurs pour d'autres problèmes nutritionnels identifiés ainsi que des objectifs nutritionnels qui pourraient inclure l'insuffisance pondérale à la naissance. Troisièmement, bien que les disparités nutritionnelles – en particulier entre les régions et les zones rurales/urbaines – soient mises en évidence dans le contexte de dix politiques, aucune de ces politiques ne précise que les indicateurs nutritionnels devraient être désagrégés pour refléter les disparités identifiées. Enfin, plusieurs politiques n'expliquent pas clairement les concepts (p. ex. malnutrition chronique et/ou aiguë), les définitions ou les tranches d'âge relatives aux indicateurs de prévalence.

**Tableau 2 : Inclusion des indicateurs de nutrition et d'AMS dans le contexte, les objectifs, les indicateurs, les activités et le budget des politiques ; Principaux mécanismes de mise à l'échelle**

| NR | Domaine               | Acronyme                          | Contexte nutritionnel des indicateurs de l'AMS <sup>1</sup> | Objectifs en matière de nutrition | Indicateurs de la nutrition | Indicateurs de la nutrition p/r aux indicateurs de l'AMS <sup>2</sup> | Activités prévues en matière de nutrition | Budget pour la nutrition <sup>3</sup> | Principaux mécanismes de mise à l'échelle   |
|----|-----------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| 1  | Nutrition             | PNN                               |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | SO                                    | Gouvernance ; législation   |
| 2  |                       | PSMN                              |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | ✓                                     | Utilisation des organes/cadres existants pour la mise en œuvre ; la mission du CNCN est de diriger la mise à l'échelle  |
| 3  |                       | SNNBF                             |   | ✓                                 | ✗                           | ✗   | ✓   | ✓                                     | Diffusion des bonnes pratiques ; mise en œuvre multisectorielle   |
| 4  | Santé                 | PNDS                              |   | ✓                                 | ✗                           |   | ✗   | ✓                                     | Diffusion des bonnes pratiques  |
| 5  |                       | PSSPA                             | ✗   | ✗                                 | ✓                           | ✗   | ✓   | ✓                                     | Législation ; réglementation ; production et utilisation des données  |
| 6  |                       | PSLMNT                            | ✗   | ✗                                 | ✓                           | ✗   | ✓   | ✓                                     | Gouvernance ; suivi et coordination améliorés ; forte adhésion des acteurs  |
| 7  |                       | SRMNIA-PA                         |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✗   | ±                                     | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; gouvernance ; collaboration multisectorielle et approche intégrée ; production et utilisation des données  |
| 8  |                       | PSS                               |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | SO                                    | Approche intégrée ; législation ; réglementation  |
| 9  |                       | Agriculture/ sécurité alimentaire | PNSAN   |                                   | ✓                           | ✗   | ✗   | ✗                                     | SO  |
| 10 | PRP-AGIR              |                                   |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | ✓                                     | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; utilisation des organes/structures/cadres existants pour la mise en œuvre  |
| 11 | SDR-2025              |                                   |   | ✓                                 | ✓                           | ✗   | ✓   | SO                                    | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; mise en œuvre des programmes nationaux ; utilisation des phases de 5 ans   |
| 12 | PS-PASP               |                                   |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | SO                                    | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; instruments (ex. : plans d'action opérationnels) ; organes de dialogue sectoriels ; gouvernance  |
| 13 | Environnement         | PNA                               | ✗   | ✓                                 | ✓                           | ✗   | ✓   | SO                                    | Renforcement des capacités ; communications ; diffusion des bonnes pratiques  |
| 14 | Recherche/ innovation | PSRI                              | ✗   | ✗                                 | ✓                           | ✗   | ✗   | SO                                    | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; organes de mise en œuvre ; instruments (ex. : matrices, plans d'action)  |
| 15 | Economique/ social    | PNDES                             |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | SO                                    | Communication de masse ; leadership ; risques de mise à l'échelle   |
| 16 |                       | SNDIPE                            |   | ✓                                 | ✓                           |   | ✓   | SO                                    | Principes directeurs pour la mise en œuvre à l'échelle ; plans d'action spécifiques aux programmes ; intégration des politiques dans les programmes existants ; mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources |

<sup>1</sup> Le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est indiqué pour les politiques dont le contexte nutritionnel porte sur la malnutrition chronique. L'émaciation des enfants de moins de 5 ans est indiquée pour les politiques qui s'inscrivent dans le contexte nutritionnel de la malnutrition aiguë.

<sup>2</sup> Le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est indiqué pour les politiques comportant des indicateurs nutritionnels sur la malnutrition chronique. L'émaciation des enfants de moins de 5 ans est indiquée pour les politiques comportant des indicateurs nutritionnels sur la malnutrition aiguë.

<sup>3</sup> Sans objet (SO) indique que ces politiques ne fournissent pas d'informations budgétaires suffisamment détaillées permettant d'évaluer si la nutrition est incluse, tandis que ± est utilisé pour les politiques qui fournissent des informations budgétaires suffisantes mais qui ne mentionnent pas la nutrition.

<sup>4</sup> Femmes enceintes seulement



PEOPLE

## Les populations : Quelles sont les populations clés ciblées par ces politiques et les acteurs responsables de leur mise en œuvre ?

### Quels sont les groupes ciblés par le contexte nutritionnel ?

Les enfants, puis les femmes, sont les groupes cibles les plus récurrents dans le contexte nutritionnel des politiques. La plupart des politiques, dans tous les domaines d'action, concernent également les adultes. Les personnes âgées, mentionnées dans plusieurs politiques de santé, représentent cependant la cible spécifique du PSSPA. Une seule politique mentionne spécifiquement les hommes (le PSLMNT) ou les adolescents (la SNDIPE).

### Qui sont les bénéficiaires ?

Comme le montre le **Tableau 3**, les principaux **bénéficiaires** des politiques varient selon les domaines. Dans l'ensemble, les bénéficiaires primaires les plus fréquents sont les enfants et les femmes (en particulier les FAP). Les autres principaux bénéficiaires sont la population en général, les décideurs et les personnes influentes, ainsi que les ménages ruraux. Huit politiques – dans presque tous les domaines d'action (y compris les trois politiques en matière d'agriculture et de sécurité alimentaire) – citent les adolescents comme bénéficiaires, sans pour autant les considérer comme les principaux bénéficiaires. Les personnes âgées et les hommes/pères sont mentionnés comme bénéficiaires dans trois politiques. En dehors de l'accent mis sur les zones rurales dans les politiques agricoles, aucune politique ne fournit des détails sur les zones géographiques à cibler (par exemple, les régions).

### Qui sont les acteurs ?

En ce qui concerne les politiques qui mentionnent explicitement au moins un acteur impliqué dans leur développement (n=14), l'acteur le plus récurrent est le gouvernement national (n=13), suivi par la société civile/les ONG/les partenaires techniques et financiers (n=12), les autorités locales (n=5), les communautés (n=6) et le secteur privé (n=6). Le **Tableau 3** indique que les politiques agricoles et de sécurité alimentaire sont celles qui impliquent généralement de nombreux types d'acteurs dans de nombreux rôles, tandis que les politiques de santé prévoient des rôles plus étendus et plus détaillés pour le gouvernement national. Même si de nombreux autres ministères sont cités dans la mise en œuvre des politiques, le ministère de la Santé est le principal acteur de l'État en matière de politiques de santé et de nutrition. Par exemple, le PSMN reconnaît le rôle des ministères en matière de nutrition dans divers secteurs et définit les objectifs et les activités que ces acteurs pourraient réaliser, ainsi que les indicateurs qu'ils pourraient identifier, dans le domaine de la nutrition. Les communautés sont le plus souvent considérées comme des acteurs dans les politiques agricoles/de sécurité alimentaire et les politiques économiques/sociales. Toutefois, environ la moitié des politiques de santé et de nutrition considèrent également les communautés comme des acteurs par le biais du financement (p. ex., en payant pour les services de santé).

### Existe-t-il une coordination multisectorielle ?

L'importance de la coordination multisectorielle est abordée dans toutes les politiques et dans tous les domaines d'action. Les mécanismes de coordination comprennent des comités et des groupes multi-acteurs et multi-sectoriels ; des documents et des outils ; des ateliers et des événements ; l'utilisation des politiques sectorielles ; et le leadership gouvernemental pour assurer une action cohérente. Par exemple, les politiques nutritionnelles désignent le Conseil National de Concertation en Nutrition (CNCN) et les Conseils Régionaux de Nutrition (CRN) comme des entités essentielles pour assurer la coordination entre les acteurs. Presque toutes les politiques soulignent les défis associés à la coordination multisectorielle, à savoir, entre autres, les nombreux acteurs, le manque de synergie, les multiples cadres politiques et les nombreuses priorités, mais aussi, la faible participation de certains acteurs. Par exemple, le PSMN propose de réviser et de renforcer le CNCN pour une meilleure gestion des difficultés opérationnelles et une meilleure coordination. Néanmoins, environ la moitié des politiques, surtout dans les domaines de l'agriculture, de la sécurité alimentaire et de la santé, mettent en évidence certains succès dans l'utilisation des mécanismes de coordination pour relever ces défis et améliorer la coordination multisectorielle.



**Tableau 3 : Résumé des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectorielle**

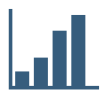
| NR | Domaine   | Acronyme  | Principaux bénéficiaires   | Autres bénéficiaires clés   | Rôles des acteurs     |                         |             |               |   | Principaux acteurs                 | Mécanismes de coordination multisectorielle |
|----|-----------|-----------|--|---|-----------------------|-------------------------|-------------|---------------|---|------------------------------------|---|
|    |           |           |  |   | Gouvernement national | Administrations locales | Communautés | Secteur privé | Société civile, ONG, partenaires techniques et financiers |                                    |   |
| 1  | Nutrition | PNN       | Femmes (y compris les FAP) ; enfants (y compris les <5ans)                   | Structures/agents de santé ; acteurs des milieux académiques (étudiants, enseignants) ; acteurs du domaine de la nutrition ; population globale                                   | 1,2,3,4               | 1,2,4                   | 4           | 1,4           | 1,2,4   | Etat                               | ✓   |
| 2  |           | PSMN      | Femmes (y compris les FAP) ; enfants (y compris les <5ans)                   | Structures/agents de santé ; acteurs des milieux académiques (étudiants, enseignants) ; membres des associations  | 1,2                   | 1                       |             | 1             | 1,2   | Etat (Ministère de la Santé (MdS)) | ✓   |
| 3  |           | SNNBF     | Décideurs et personnes d'influence à tous les niveaux                        | Agents de santé ; population globale (y compris les hommes, les jeunes, les FAP, les personnes âgées) ; partenaires techniques et financiers ; acteurs de la mobilisation sociale | 1                     | 1,4                     | 1,4         | 4             | 1,4   | Etat (MdS)                         | ✗   |
| 4  | Santé     | PNDS      | Population globale   | Enfants de moins de 5 ans ; mères   | 1,2,3,4               | 1,2,3,4                 | 4           | 1,4           | 1,2,3,4   | Etat (MdS)                         | ✓   |
| 5  |           | PSSPA     | Personnes âgées  | Structures/agents de santé ; acteurs au niveau régional   | 1,2,3,4               |                         |             |               | 1   | Etat (MdS)                         | ✓   |
| 6  |           | PSLMNT    | Agents de santé  | Femmes enceintes ; médias ; membres des associations ; gouvernement ; écoles  | 1,2,4                 | 4                       | 4           | 1             | 1,2,4   | Etat (MdS)                         | ✓   |
| 7  |           | SRMNIA-PA | FAP, nouveau-nés, nourrissons, enfants, adolescents, jeunes, personnes âgées | Élus locaux ; communes  | 1,2,3                 |                         |             |               | 1   | Etat (MdS)                         | ✓   |
| 8  |           | PSS       | Femmes (y compris les FAP) ; enfants (y compris les nourrissons)             | Population globale (y compris les groupes à risque en termes de malnutrition et les jeunes, les filles vulnérables) ; agents de santé ; communautés                               | 1,2,4                 | 1,2,4                   | 4           | 1,2,4         | 1,2,4   | Etat (MdS)                         | ✓   |

Roles: 1 = Implementation 2 = Monitoring and evaluation 3 = Management/coordination 4 = Financing



**Tableau 3 : Résumé des bénéficiaires, des acteurs et des mécanismes de coordination multisectorielle**

| NR | Domaine                           | Acronyme | Principaux bénéficiaires  | Autres bénéficiaires clés   | Rôles des acteurs     |                         |             |               |   | Principaux acteurs  | Mécanismes de coordination multisectorielle |
|----|-----------------------------------|----------|---|---|-----------------------|-------------------------|-------------|---------------|---|---|---|
|    |                                   |          |   |   | Gouvernement national | Administrations locales | Communautés | Secteur privé | Société civile, ONG, partenaires techniques et financiers |   |   |
| 9  | Agriculture/ sécurité alimentaire | PNSAN    | Population globale  | Ménages vulnérables ; <5ans ; femmes, y compris les femmes enceintes et allaitantes ; jeunes  | 1,2,3,4               | 1,2,4                   | 1,2,4       | 1,2,4         | 2,3,4   | L'État en tant que leader, avec des rôles importants pour la société civile, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et les collectivités territoriales.                             | ✓   |
| 10 |                                   | PRP-AGIR | Ménages et populations vulnérables  | <5ans ; femmes, y compris les femmes enceintes et les FAP ; écoles ; jeunes ; producteurs agricoles ; comités/ groupes/services locaux  | 1,2,3,4               | 1,2,3,4                 | 1,2,4       | 1,2,3,4       | 1,2,3,4   | Etat (bien que de nombreux rôles soient dévolus à tous les autres acteurs)  | ✓   |
| 11 |                                   | SDR-2025 | Population globale (en particulier la population rurale)  | Enfants ; populations vulnérables face au changement climatique ; acteurs ruraux (p. ex. : les producteurs) ; structures publiques (y compris aux niveaux des communes des territoires) | 1,2,3,4               | 1,2,4                   | 1,2,3,4     | 1,2,4         | 1,2,4   | Etat ; collectivités territoriales ; acteurs non-étatiques (y compris les populations rurales) ; partenaires techniques et financiers   | ✓   |
| 12 |                                   | PS-PASP  | Agriculteurs et ménages/ populations agricoles  | Jeunes ; éleveurs ; populations vulnérables ; communes ; Etat ; société civile  | 1,2,3,4               | 1,2,4                   |             | 1,2,4         | 1,2,4   | Etat ; collectivités territoriales ; institutions consulaires ; organisations et partenaires non étatiques ; secteur privé  | ✓   |
| 13 | Environnement                     | PNA      | Femmes (y compris femmes enceintes et allaitantes) ; enfants (y compris les <5ans)  | Hommes ; ménages vulnérables ; décideurs provenant de diverses entités/groupes de populations   | 1,2,3,4               |                         |             | 1,4           | 1,4   | Etat  | ✓   |
| 14 | Recherche/ innovation             | PSRI     | Communauté de chercheurs  | Producteurs agricoles ; populations ; personnel technique et administratif ; journalistes scientifiques ; techniciens   | 1,4                   | 1,4                     |             | 1,4           | 1,4   | Etat (Ministère de l'éducation supérieure, de la recherche scientifique et de l'innovation)   | ✓   |
| 15 | Economique/ social                | PNDES    | Pour les composantes liées à la nutrition : femmes ; enfants (beaucoup d'autres groupes de population dans d'autres sections) | Acteurs et de la sécurité et sous-secteurs ; populations (y compris les populations marginalisées) ; jeunes ; écoles techniques/de formation ; secteur de la recherche                  | 1,2,3,4               | 1,2                     | 1,2         | 1,2,4         | 1,2,4   | Etat  | ✓   |
| 16 |                                   | SNDIPE   | Enfants de 0 à 8 ans ; mères (accent sur les enfants et les mères les plus vulnérables)                                       | Pères ; écoles/garderies et leur personnel ; membres d'une organisation ; structures de santé et leur personnel ; populations ; ménages   | 1,2,3,4               | 2,3,4                   | 1,2,4       | 1,4           | 1,2,3,4   | Etat (Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale en tant que leader, avec de nombreux autres ministères concernés) ; familles et communautés (en particulier les mères) ; Institutions | ✓   |



## DATA GAPS **Les données : Quels sont les mécanismes de suivi-évaluation et de responsabilisation ?**

Le **suivi-évaluation (S&E)**, mentionné dans toutes les politiques, fait généralement l'objet d'une section ou d'un cadre spécifique. Certaines politiques, telles que le PSLMNT et le PNA, contiennent des informations très détaillées sur le S&E. Bien que les politiques désignent généralement un acteur principal, elles mentionnent généralement de nombreux partenaires impliqués dans le S&E. Les activités de S&E s'articulent autour de : la collecte de données et le suivi des indicateurs, l'établissement de rapports réguliers et des évaluations formatives et finales. Les **mécanismes de responsabilisation** sont également mentionnés dans la plupart des politiques. Ils comprennent l'utilisation du S&E pour identifier les progrès et les améliorations nécessaires ; des comités techniques et des cadres de dialogue pour proposer des changements de cap et suivre les progrès vers des plans d'action ; des révisions régulières des progrès accomplis ; et des mécanismes de responsabilisation efficaces à tous les niveaux.

## Lacunes et recommandations

### **Recommandation N°1 : Comblent les lacunes et résoudre les incohérences dans les politiques pertinentes en matière de nutrition**

L'analyse ci-dessus met en évidence un certain nombre de lacunes et d'incohérences. Pour y remédier, les politiques pourraient :

- Mieux identifier et décrire la nutrition en tant que cause et/ou conséquence des problèmes sectoriels (pour les politiques autres que les politiques de nutrition ou de santé), pour une meilleure responsabilisation des acteurs dans la lutte contre la malnutrition en dehors des secteurs de la nutrition et de la santé ;

- Mieux prendre en compte le genre en incluant un contexte et des indicateurs nutritionnels désagrégés par sexe et en ciblant spécifiquement les hommes et les femmes, le cas échéant ;
- Définir les concepts et les indicateurs de manière claire et cohérente pour une compréhension commune parmi les acteurs et entre les domaines d'action, et pour une mesure cohérente des indicateurs ;
- S'assurer que leur contexte nutritionnel, leurs objectifs, leurs indicateurs et leurs activités se rejoignent, tant en termes de problèmes nutritionnels qu'en termes de ciblage des populations ;
- Investir dans la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes au Burkina Faso, y compris en matière de surpoids/obésité.

### **Recommandation N°2 : Prioriser et investir dans une coordination solide**

En réponse aux problèmes de coordination mis en évidence par les politiques examinées, une coordination multisectorielle forte pourrait améliorer la mise en œuvre des politiques, l'intégration de la nutrition dans les politiques et les documents opérationnels futurs, et la cohérence et la synergie entre les politiques. Par exemple, la coordination multisectorielle permettrait de combler les lacunes et de résoudre les incohérences identifiées ci-dessus, améliorant ainsi les synergies entre les politiques, assurant un traitement suffisant des problèmes nutritionnels et des bénéficiaires importants dans les politiques. Les objectifs des politiques actuelles étant différents de ceux de l'AMS, une solide coordination multisectorielle permettrait de faire converger les domaines d'action des politiques vers des indicateurs et des objectifs communs. La plupart des politiques décrivent des mécanismes qui, avec des investissements suffisants et un établissement des priorités, pourraient améliorer la coordination multisectorielle. Il s'agit notamment d'organismes, d'outils et d'événements faisant intervenir de multiples acteurs et divers secteurs. Le transfert du leadership en la matière à un niveau

hiérarchique supérieur ayant autorité sur tous les secteurs impliqués dans tous les domaines d'action des politiques pourrait également améliorer la coordination multisectorielle. Par exemple, le CNCN pourrait être ancré au niveau supra-ministériel.

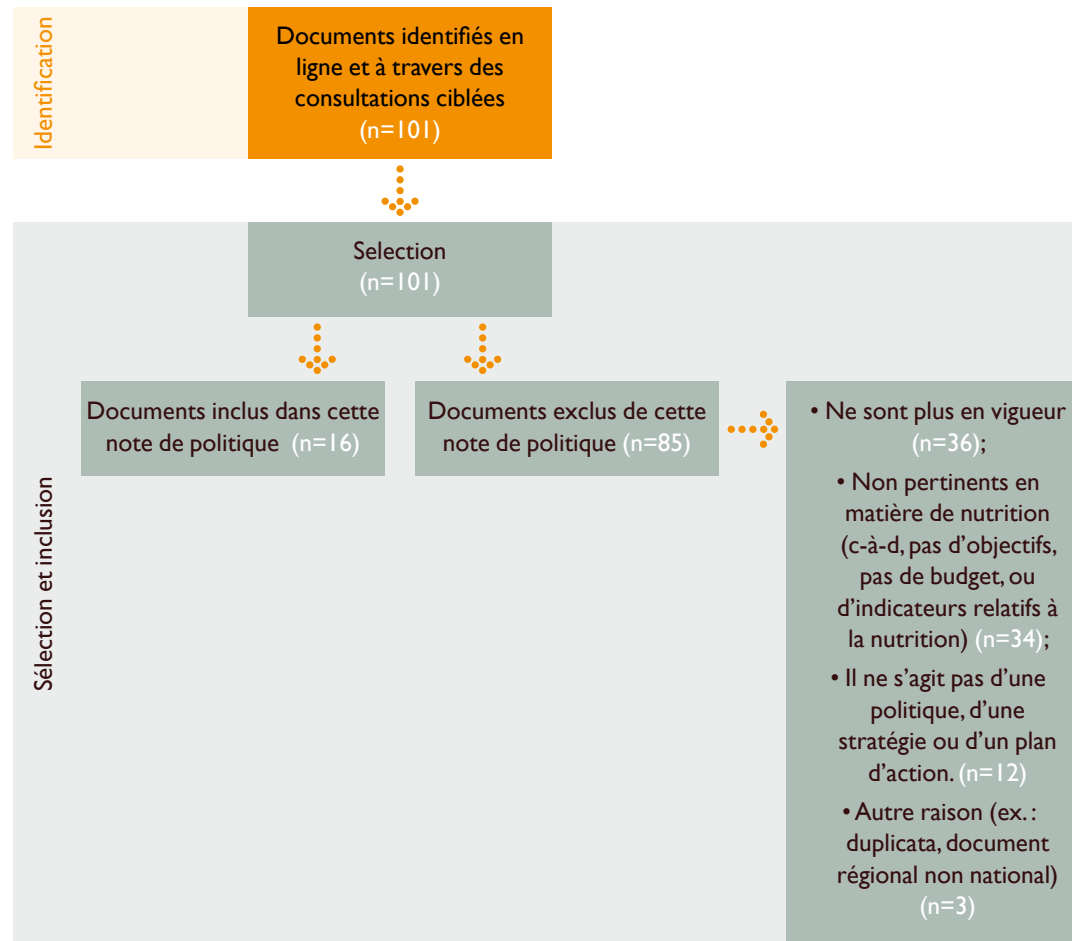
### **Recommandation N°3 : Intégrer la nutrition dans les futures publications à travers les divers domaines d'action des politiques**

Seules quatre des 16 politiques présentées dans cette note proviennent d'un domaine différent de ceux de la nutrition, de la santé et de l'agriculture/sécurité alimentaire. Les politiques en matière d'environnement et de recherche/innovation gagneraient à intégrer la nutrition dans leurs objectifs, leurs indicateurs, leurs activités et leurs budgets. Pour commencer à intégrer la nutrition dans les futures politiques et dans les documents opérationnels des différents domaines d'action des politiques, les décideurs pourraient se référer aux objectifs, aux indicateurs et aux activités de la nutrition énumérés dans le PSMN, qui précise les rôles des acteurs dans de nombreux secteurs.

### **Recommandation N°4 : Reconnaître la nutrition comme un secteur transversal dans la prochaine version du PNDES**

Le PNDES – politique de définition et d'orientation de la planification sectorielle – doit être révisé en 2020. Il conviendrait de profiter de cette occasion pour intégrer la nutrition dans ce document de politique générale. Ainsi, reconnaître la nutrition comme un thème transversal permettrait de l'insérer dans toutes les sections pertinentes du PNDES (et pas seulement dans le domaine de la santé) et d'effectuer un suivi de la nutrition dans chaque secteur de planification concerné. Pour saisir cette occasion de changement, il faudra un engagement ferme en faveur de la nutrition au plus haut niveau politique.

## Annexe : Organigramme des documents pour la note de politique



### Notes de fin de texte

<sup>i</sup> Ministère de la Santé, janvier 2018. Enquête SMART du Burkina Faso 2017. Ouagadougou.

<sup>ii</sup> Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Division Données de Recherche et de Politique (2018). Bases de données mondiales de l'UNICEF : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : allaitement maternel exclusif, allaitement maternel prédominant, New York, mai 2018.

<sup>iii</sup> Estimations conjointes de la malnutrition infantile - UNICEF/OMS/Banque mondiale, Mai 2018, New York.

<sup>iv</sup> Ibid.

<sup>v</sup> Dépôt de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Extrait le 27 février 2019 de <http://apps.who.int>

<sup>vi</sup> Institut national de la statistique et de la démographie, ICF International, 2012. Demographics and Health and Multiple Cluster Survey of Burkina Faso, 2010. Calverton, Maryland, USA

<sup>vii</sup> Ibid, v.

<sup>viii</sup> Stevens, G.A. et al. (2015). Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low- and middle-income countries: pooled analysis of population-based surveys. Lancet. Volume 3, No. 9, e528–e536, Septembre 2015.

<sup>ix</sup> Ibid, vi.

<sup>x</sup> Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Téléchargement de données. Extraites le 27 février 2019 de <http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html>

**Pour citer cette publication:**

Vanderkooy A., Verstraeten R., Becquey E., Dogui Diatta A., Buttarelli E., Diop L., et Touré M. (Avril 2019).  
La politique nutritionnelle au Burkina Faso (Transform Nutrition West Africa, Note Factuelle #1)

Cette publication n'a pas fait l'objet d'une évaluation par des pairs. Les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatives de ou approuvées par l'IFPRI.

Copyright 2019 International Food Policy Research Institute (IFPRI). Cette publication est publiée sous une licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0). Pour afficher cette licence, consultez <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



Transform Nutrition West Africa est une plate-forme régionale destinée à faciliter une action politique et programmatique efficace dans le domaine de la nutrition. Elle est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates de 2017 à 2021, sous la direction de l'International Food Policy Research Institute.

[E IFPRI-tnwa@cgiar.org](mailto:IFPRI-tnwa@cgiar.org) [W transformnutrition.org/westafrica](http://transformnutrition.org/westafrica) [T twitter.com/TN\\_NutritionRPC](https://twitter.com/TN_NutritionRPC)