
**POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION DES ADOLESCENTS ET
JEUNES EN RDC**

Octobre 2021

TABLE DES MATIERES	2
Liste des abréviations et acronymes	4
Remerciements	5
Préface	6
Résumé	8
Chapitre 1 : Définition des Concepts, Contexte et Justification	11
1.1 : Définition des concepts	11
1.2 : Contexte de la RDC	13
1.3 : Justification de la Politique /Pertinence	16
1.4 : Opportunités d'une politique de nutrition	17
Chapitre 2 : Analyse de la situation	18
2.1 : Introduction	18
2.2 : Principaux problèmes de nutrition	20
2.3 : Interventions en cours	23
2.4 : Défis pour l'accélération des progrès en nutrition des adolescents	23
Chapitre 3 : Raisons pour investir dans la nutrition	25
3.1 : Raisons sanitaires	25
3.2 : Raisons socioéconomiques	27
3.3 : Place de la politique de nutrition des adolescents	28
Chapitre 4 : Déclaration, Vision, but, objectifs, stratégies et principes directeurs	29
4.1 : Déclaration de la politique	29
4.2 : Vision	29
4.3 : But	30
4.4 : Objectifs	30
4.5 : Orientations stratégiques	31
4.6 : Principes Directeurs	33

Chapitre 5 : Mise en œuvre, Financement, suivi et évaluation	36
5.1 : Acteurs de mise en œuvre : rôles et responsabilités	36
5.2 : Financement de la politique	37
5.3 : Cadre institutionnel de coordination	37
5.4 : Suivi et Evaluation	39
BIBLIOGRAPHIE	42

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

BCC	: Banque Centrale du Congo
CNMN	: Comité National Multisectoriel de Nutrition
CPN	: Consultations Périnatales
CPON	: Consultations Post-natales
CPS	: Consultations Préscolaires
EDS	: Enquêtes Démographiques et de Santé Evaluation des Prestations des Services de Soins
EPSS	: de Santé
ESPK	: Ecole de Santé Publique de Kinshasa
FOSA	: Formations Sanitaires
HTA	: Hypertension Artérielle
IDH	: Indice de développement Humain
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INS	: Institut National des Statistiques Cadre intégré de classification de la sécurité
IPC	: alimentaire
MICS	: Enquête par grappes à Indicateurs Multiples Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de
MPSMRM	Révolution de la Modernité
MNT	: Maladies non transmissibles
NAC	: Nutrition à Assise Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNSA	: Programme National de Santé de l'Adolescent Programme des Nations Unies pour le
PNUD	: Développement
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PSN	: Plan Stratégique National
RDC	: République Démocratique du Congo
TBC	: Tuberculose
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS

L'élaboration de la politique et des directives de nutrition pour les adolescents et jeunes a été possible grâce au concours de plusieurs personnes et institutions à qui nous voulons témoigner toute notre gratitude.

Nos remerciements s'adressent au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention à travers le Secrétaire Général à la Santé qui a accompagné l'organisation des différents ateliers nécessaires à l'élaboration de ce document.

Nos remerciements s'adressent au Programme Multisectoriel de Nutrition et de Santé (PMNS) financé par UG-PDSS/Banque Mondiale qui a accordé un appui technique et financier à toutes les étapes de l'élaboration de la politique en matière de nutrition et de santé des adolescents.

Nous remercions tous les partenaires techniques et financiers qui ont bien voulu mettre à la disposition du Programme leur expertise technique dans l'amélioration de cette politique. Nous citons l'OMS, l'UNICEF, SAVE THE CHILDREN, PATHFINDER et tant d'autres ONG Nationales et Internationales.

Nous remercions également tous les experts du PNSA et du PRONANUT qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes dans les différents ateliers organisés dans le cadre de l'élaboration de cette politique. Qu'ils trouvent, à travers ces lignes, l'expression de notre gratitude.

Enfin, le PNSA remercie tous ceux qui de loin ou de près ont eu à contribuer à l'élaboration de ce document.

MBADU MUANDA

DIRECTEUR PNSA

.

PRÉFACE

Le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) vient de se doter d'une politique de nutrition des adolescents dont l'objectif est d'améliorer l'état nutritionnel de l'adolescent(e) et du jeune par l'organisation et la prestation des services adaptés à leur groupe d'âge par l'action combinée des interventions directes de nutrition dans une approche multisectorielle.

Cette politique va contribuer à la mise en œuvre des stratégies d'appui à la politique nationale de nutrition et au renforcement des interventions axées sur les problèmes spécifiques des adolescents et jeunes et se fonde sur toutes les initiatives et stratégies internationales auxquelles la RDC a adhéré en matière de nutrition.

Les interventions qui découlent des orientations stratégiques vont permettre l'amélioration de l'offre des interventions sensibles de nutrition, notamment celles qui vont contribuer à éviter les naissances des mères adolescentes (réduire la natalité des adolescentes) et donc indirectement réduire le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans. Les enfants qui naissent des mères adolescentes sont vulnérables et ont généralement des problèmes de malnutrition parce que leurs mères n'ont pas encore de maturité psychologique et des moyens pour s'occuper de ces enfants.

Cette politique présente d'abord les raisons d'ordre sanitaire et socioéconomique pour lesquelles il faut investir dans la nutrition des adolescents et jeunes ensuite les principaux problèmes nutritionnels des adolescents et jeunes et enfin les causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales y compris les conséquences sur le plan sanitaire et socioéconomique.

Le Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévention, à travers le Secrétaire Général à la santé se réjouit de mettre à la disposition des prestataires des soins, des prestataires communautaires, des partenaires techniques et financiers et autres utilisateurs tant du secteur public que privé ainsi qu'aux adolescents et jeunes eux-mêmes cette politique de nutrition des adolescents. Puisse ce document servir de sources d'informations utiles pour tous les acteurs du domaine de nutrition afin qu'ils contribuent à

l'amélioration de la qualité de la vie des adolescents et jeunes de la République Démocratique du Congo.

J'adresse mes sincères remerciements à l'endroit de la Banque Mondiale à travers le Programme Multisectoriel et de Nutrition (PMNS) et à l'Organisation Mondiale de la santé pour leur soutien technique et financier. Que tous ceux qui de loin ou de près ont participé à la rédaction de cette politique trouvent ici l'expression de notre gratitude.

DR PIERRE LOKADIOTETE OPETHA
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL -

RESUME

La situation nutritionnelle reste préoccupante chez les adolescents et jeunes en République Démocratique du Congo. Plusieurs facteurs concourent au maintien des prévalences élevées de malnutrition. En effet 41% des femmes en âge de procréer présentent une anémie ferriprive, 5,6% des adolescents et 13,4% des adolescentes sont en surpoids et le surpoids maternel étant le facteur de risque le plus courant de la grossesse. (SUN RDC 2015).

Les interventions de nutrition menées par le Programme National de Nutrition sont plus focalisées sur les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes alors que les adolescents ne sont pas épargnés des problèmes nutritionnels. Pour pallier à cette faiblesse, le Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA) a jugé utile de développer en collaboration avec le Programme National de Nutrition (PRONANUT), une politique multisectorielle de nutrition et de santé qui cible les adolescents et jeunes en vue de donner une réponse satisfaisante à cette question.

La disponibilité des ressources financières allouées par l'IDA au Gouvernement Congolais pour développer un Programme Multisectoriel de Santé et Nutrition (PMNS) est une opportunité pour le PNSA de développer une politique de nutrition des adolescents et des jeunes qui lève les options fondamentales sur les interventions sensibles à mener et aussi des directives claires en matière de nutrition pour les adolescents afin d'orienter la prise en charge des adolescents.

Les raisons principales qui expliquent l'investissement dans la nutrition spécifique des adolescents et jeunes sont prioritairement de trois ordres et correspondent aux trois domaines essentiels de la vie à savoir: sanitaire, économique et social. L'adolescence est une période de croissance physique rapide et un processus de maturation cérébrale ; la nutrition optimale de l'adolescent contribue à un bon rendement cognitif, au succès scolaire, à la croissance économique, à la paix, à la stabilité, à l'égalité des genres et à la diminution de la pauvreté. Les adolescents et les jeunes représentent une grande partie de notre population, agir à ce stade en transformant les vies de ses personnes vulnérables aura des effets positifs sur la population adulte à

venir. Ainsi, investir dans leur nutrition des adolescents et jeunes constitue une garantie au développement socio-économique durable d'un pays

Une politique sous sectorielle en matière de nutrition des adolescents et des jeunes est nécessaire pour l'atteinte des objectifs de la politique nationale globale de nutrition. Elle contribue à la mise en œuvre des stratégies d'appui à la politique nationale de nutrition et au renforcement des interventions axées sur les problèmes spécifiques des adolescents et jeunes. Elle se fonde sur toutes les initiatives et stratégies internationales auxquelles la RDC a adhéré en matière de nutrition.

La vison de la politique est d'assurer à tous les adolescents et jeunes de la RDC, une bonne santé grâce à une alimentation équilibrée suffisante et saine, leur permettant de jouir des capacités physiques, intellectuelles et psychoaffectives optimales par le biais des interventions directes et sensibles de nutrition adaptées (accessible, acceptable, équitable, adéquat, efficace...) à leurs besoins spécifiques et offert à tous les niveaux. L'objectif général est d'améliorer l'état nutritionnel de l'adolescent(e) et du jeune par l'organisation et la prestation des services adaptés à leur groupe d'âge par l'action combinée des interventions directes de nutrition dans une approche multisectorielle. L'atteinte de l'objectif général visé par la politique nationale de nutrition des adolescents et jeunes se fera à travers les trois orientations stratégiques citées ci-dessous : (i) Renforcement de l'offre des services en matière de lutte contre la sous nutrition et la surnutrition chez les adolescent (e) s et jeunes ; (ii) Plaidoyer et Communication pour le changement social et des comportements en faveur des Adolescents et jeunes ; (iii) Renforcement de la gouvernance en matière de lutte contre la malnutrition chez les adolescent(e)s et jeunes.

La politique a pour principes directeurs : La bonne gouvernance ; L'intégration et la décentralisation ; La responsabilisation des communautés de base ; L'équité et genre ; L'éthique ; La pérennisation Le partenariat.

Pour mettre en œuvre cette politique les programmes concernés auront besoin des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles Ces ressources devront provenir de diverses sources :

secteur public, secteur privé, ONG, partenaires au développement, organisations humanitaires. La coordination institutionnelle de la mise en œuvre de la Politique de nutrition des adolescents et jeunes en RDC va s'intégrer dans le cadre global du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Elle suivra le cadre institutionnel de coordination mise en place par le PNDS. Sous la supervision du Comité National Multisectoriel et de Nutrition (CNMN), le Ministère de la Santé Publique Hygiène et prévention à travers le PNSA assurera le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition des adolescents et jeunes. Les indicateurs de suivi et évaluation, et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action de nutrition de façon plus détaillée.

Chapitre 1 : Définition des Concepts, Contexte et Justification, Opportunités.

1.1 : Définition des Concepts

1.1.1 : Adolescents et jeunes

Selon l'OMS, les adolescents sont des personnes qui appartiennent au groupe d'âge de 10 -19 ans et les jeunes sont ceux du groupe d'âge de 15-24 ans. Ces deux groupes d'âges qui se recoupent forment le groupe des jeunes qui rassemble les personnes appartenant à la tranche d'âge de 10-24 ans. En RDC les adolescentes et les jeunes représentent environ 31,1% (INS-RDC, 2020).

1.1.2 : Nutrition

C'est l'ensemble des processus par lequel les êtres vivants utilisent les aliments pour assurer leur survie, leur croissance, le fonctionnement normal de leurs organes et de leurs tissus ainsi que leur production d'énergie. La notion de nutrition comprend l'alimentation mais, les deux termes ne sont pas synonymes.

1.1.3 Nutriment

Tout élément ou composé organique ou inorganique, contenu dans les aliments et qui peut être utilisé par l'organisme sans subir des transformations digestives pour être assimilé par les cellules. Les aliments sont transformés en nutriments sous l'action des sucs digestifs. Ils sont les protides (ou protéines), les glucides, les lipides, l'eau, les sels minéraux et les vitamines.

1.1.4 Micronutriments

Ce sont des éléments apportés par l'alimentation que l'organisme ne sait pas synthétiser. Ce sont les sels minéraux (Fer, Zinc, Ca, etc.) et les vitamines (Vit A, B, C, D, etc.).

1.1.5 Malnutrition

Selon l'OMS la malnutrition est un état dû aux carences, aux excès ou aux déséquilibres dans l'apport énergétique et nutritionnel d'une personne. La malnutrition sous toutes ses formes comprend la dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale), les carences en vitamines ou en minéraux, le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation.

1.1.6 Surnutrition

C'est une forme de malnutrition par excès (suralimentation), une mauvaise nutrition provoquant un surpoids qui peut aboutir à l'obésité.

1.1.7 Sous-nutrition

La sous-alimentation (ou sous-nutrition) est un état de manque important de nourriture caractérisé par un apport alimentaire insuffisant pour combler les dépenses énergétiques journalières d'un individu et entraînant des carences nutritionnelles.

1.1.8 Anémie

Selon l'OMS, l'anémie est un état dans lequel le nombre et la taille des globules rouges, ou la concentration d'hémoglobine, baisse en-dessous d'un niveau planché, en affectant la capacité du sang à transporter l'oxygène dans l'organisme. L'anémie est un indicateur d'une nutrition et d'un état de santé déficients”

1.1.9 Alimentation

C'est l'action d'apporter les aliments dans l'organisme pour obtenir les nutriments nécessaires et l'énergie pour atteindre un développement équilibré.

1.1.10 Aliment

C'est tout ce qui est source de nutriments c'est-à-dire de matériaux nutritifs directement assimilables mais qui ne doit son nom (d'aliments) qu'aux coutumes, désir, au type de civilisation...).

1.1.11 Supplémentation

C'est un apport supplémentaire de substances indispensables à l'organisme (le plus souvent des vitamines ou des minéraux), destiné à compléter une alimentation carencée.

1.1.12 Interdit alimentaire

C'est le refus de consommer certains aliments pour des raisons socioculturelles, philosophiques ou religieuses

1.1.13 Obésité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité se caractérise par une consommation supérieure des calories dépensées. Cette accumulation excessive de graisse corporelle peut nuire à la santé. On doit distinguer l'obésité de l'embonpoint, qui est aussi une surcharge pondérale, mais moins importante. Pour sa part, l'obésité morbide est une forme d'obésité très avancée. Elle serait si dommageable pour la santé qu'elle ferait perdre de 8 à 10 années de vie.

1.2. Contexte de la RDC

1.2.1 Contexte géographique

La RDC est située en Afrique Centrale et à cheval sur l'équateur. Elle constitue le second pays le plus vaste d'Afrique qui s'étend sur une superficie de 2.345.410 Km². La RDC bénéficie d'un climat équatorial chaud et humide au centre, et tropical au Sud et au Nord. Sa végétation est constituée de moitié par les forêts, l'autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane. La saison des pluies dure en moyenne 8 mois sur l'année contre 4 mois en moyenne de saison sèche.

La RDC a un sous-sol riche en minerais, tels que le cuivre, le coltan, le diamant, le cobalt, l'or, le manganèse, le zinc, la cassitérite et l'uranium etc. et dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile de 80.000.000 hectares, dont environ 12.000.000 sont seulement exploités (INS 2020).

1.2.1 Contexte démographique

La RDC compte environ 98.370.000 d'habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (Annuaire statistique 2020). Son taux de croissance annuel est de 3,2%. Cette croissance démographique rapide devient problématique dans un contexte où la sécurité alimentaire des populations aussi bien en milieu urbain que rural dépend d'une agriculture extensive peu productive. (PSN PNSA 2021-2025).

La RDC a une natalité élevée. L'indice synthétique de fécondité est de 6.2 enfants par femme et le Taux Global de Fécondité Générale est de 194,7‰. Ce taux de fécondité élevé est dû entre autre à la forte natalité chez les adolescentes qui est de 109‰ (MICS-RDC 2018). La population de la RDC se caractérise par une extrême jeunesse. Les adolescents et jeunes (10 à 24 ans) représentent près du tiers de la population soit 31,8% (INS-RDC, 2020). La répartition de la population par milieux de résidence montre que 40% de la population totale de la RDC vit en milieu urbain et 60% en milieu rural (INS RDC, 2020).

1.2.3 Contexte économique et social

Le potentiel économique de la RDC est considérable. Paradoxalement, le pays est classé parmi les Pays à Faible Revenu et à Déficit Vivrier. Le PIB par habitant en dollar constant, est passé de 487,1 en 2014 à 568,9 en 2018 (BCC, 2019). En 2015, l'enquête 1-2-3 qui a mesuré la pauvreté a estimé la proportion de la population en dessous du seuil de la pauvreté à 63,4%.

L'incidence de la pauvreté reste forte tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le rapport sur le Développement Humain 2020 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classait la RDC au 175ième rang sur 189 pays avec un IDH de 0,480 (PNUD, 2020). En milieu rural, la population vit essentiellement de l'agriculture de subsistance, de la chasse et de la pêche artisanale. L'emploi repose sur le secteur informel. Les jeunes se livrent à l'exploitation artisanale des minerais.

Le taux de fréquentation scolaire au niveau secondaire 1 et 2 chez les adolescents et jeunes est faible, respectivement de l'ordre de 31.5% et 34.5% (MICS-RDC 2018).

Bien que près de la moitié des 27.700.000 personnes ayant un emploi soient constituée des femmes, et que la position sociale de la femme ait évolué rapidement en milieu urbain (MPSMRM, 2012), celle-ci demeure préoccupante en milieu rural à cause de certaines pesanteurs socioculturelles y compris les interdits alimentaires. Ce qui impacte négativement sur l'état nutritionnel de la femme y compris de l'adolescente et des enfants en bas âge.

1.2.4 Contexte Sanitaire et nutritionnel

D'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 469 millions des femmes en âge de procréer dans le monde présentent une anémie. Les pays de la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont essayé de donner une réponse aux problèmes de nutrition maternelle en élaborant des politiques, des stratégies et des directives en matière de nutrition maternelle et infantile. Actuellement on estime dans le monde à près de 7,6% de cas de surpoids et Obésité enregistrés chez les femmes en âge de procréer, avec environ 170 millions d'adolescents de moins de 18 ans. Plus on avance en âge, plus le problème s'accroît (OMS, 2012). L'excès du poids chez la femme en âge de procréer conduit souvent à certaines pathologies métaboliques et cardiovasculaires telles que le diabète, l'HTA, etc.

Selon l'EDS 2013-2014, 70% des femmes en âge de procréer ont un état nutritionnel normal, 15% sont en surpoids et 15% sont maigres avec des disparités selon les provinces. A cela s'ajoute l'anémie ferriprive occasionnée par les pertes menstruelles chez les femmes en âge de procréer ainsi que les grossesses précoces chez les adolescentes.

Selon EPSS 2017-2018, en RDC, 64% des FOSA offrant des services de CPN disposaient des comprimés de fer et d'acide folique ou des comprimés de ces deux molécules. Les comprimés de fer et d'acide folique ont été prescrits à 55 % des femmes enceintes et le Mebendazole/Albendazole à 44

% des femmes enceintes venues en CPN. Ce pourcentage était le plus faible dans les FOSA du secteur privé sans but lucratif soit 20 %.

1.3 Justification de la politique de nutrition

La situation nutritionnelle reste préoccupante chez les adolescents et jeunes en République Démocratique du Congo. Plusieurs facteurs concourent au maintien des prévalences élevées de malnutrition. Chez les adolescents et jeunes, on constate souvent l'anorexie mentale et l'obésité causée par un apport alimentaire inadéquat, l'ignorance en matière de santé et la discrimination. Le contexte qui entoure la grossesse précoce et non désirée chez les adolescentes notamment le rejet par la famille, la stigmatisation, le reniement par l'auteur etc. les exposent à toutes formes de malnutrition. En outre, la mère adolescente et le futur bébé entrent en compétition pour le nutriment, cela augmente le risque de décès de la mère pendant le travail, l'accouchement et le post partum (situation des enfants dans le monde, Unicef 1998). Une mère en insuffisance pondérale ou anémique est plus susceptible d'avoir un enfant présentant un retard de croissance intra utérin. Cet enfant a moins de chances de grandir en bonne santé, de réussir à l'école et d'avoir des perspectives d'avenir.

En RDC, 41% des femmes en âge de procréer présentent une anémie **ferriprive**, tandis que 5,6% des adolescents et 13,4% des adolescentes sont en surpoids. Le surpoids maternel étant le facteur de risque le plus courant de la grossesse (SUN RDC 2015). Selon le document publié par le PAM sur le cout de la faim en Afrique : Incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant en RDC, Le pays perd 4,56% de son PIB du fait des effets cumulés de la sous nutrition des enfants en termes de dépenses de santé, de dépense scolaire, de perte de productivité sur le marché de l'emploi (SUN RDC 201). Une étude publiée dans The Lancet, menée par Imperial Collège London et l'Organisation Mondiale de la Santé en 2017, révèle qu'en 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix et à cette allure, en 2022, le nombre des enfants et des adolescents obèses sera supérieur à celui des enfants souffrant d'une insuffisance pondérale modérée ou grave.

Ainsi, l'amélioration de la nutrition pendant l'adolescence procure des effets bénéfiques à l'âge adulte et permet une transmission des avantages à la génération suivante. La santé et le bien-être des adolescents sont des moteurs du changement vers des sociétés plus durables et en meilleure santé. Les progrès considérables accomplis grâce aux investissements dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant sont remis en cause sans des efforts comparables pour la santé de l'adolescent.

Comme la réduction de la sous-nutrition ne peut à elle seule susciter une croissance économique durable, il devient nécessaire qu'elle soit menée à travers une politique multisectorielle qui prend en compte plusieurs domaines et de manière spécifique ceux de l'éducation, de la santé, des innovations technologiques afin d'optimiser les gains en capital humain afin de créer des opportunités d'emplois générateurs de revenus.

Les interventions de nutrition menées par le Programme National de Nutrition sont plus focalisées sur les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes alors que les adolescents ne sont pas épargnés des problèmes nutritionnels. Pour pallier à cette faiblesse, le Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA) a jugé utile de développer en collaboration avec le PRONANUT, une politique multisectorielle de nutrition et de santé qui cible les adolescents et jeunes en vue de donner une réponse satisfaisante à cette question.

1.4 Opportunités d'une politique de nutrition des adolescents

La disponibilité des ressources financières allouées par l'IDA au Gouvernement Congolais pour développer un Programme Multisectoriel de Santé et Nutrition (PMNS) est une opportunité pour le PNSA de développer la politique de nutrition des adolescents et des jeunes. Le PMNS va s'attaquer aux principaux problèmes de nutrition par : (i) le renforcement et le développement de la plateforme multisectorielle des services au niveau communautaire ; (ii) l'amélioration de l'offre d'interventions « spécifiques nutrition » et de certaines interventions « sensibles de nutrition » basées sur des preuves dans les domaines agricoles, de la protection sociale et de l'éducation. Le PNSA est l'un des acteurs qui contribuera à l'amélioration de l'offre des interventions sensibles de nutrition, notamment celles qui vont

contribuer à éviter les naissances des mères adolescentes (réduire la natalité des adolescentes) et donc indirectement réduire le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans. Les enfants qui naissent des mères adolescentes sont vulnérables et ont généralement des problèmes de malnutrition parce que leurs mères n'ont pas encore de maturité psychologique et des moyens pour s'occuper de ces enfants. Les interventions sensibles que mènera le PNSA doivent tenir compte des normes de prestations de qualité avec des approches spécifiques aux adolescents. Une politique claire assortie des directives en matière de nutrition pour les adolescents s'avère nécessaire pour orienter la prise en charge des adolescents.

Chapitre II : Analyse de la situation de la nutrition des adolescents, interventions et défis

2.1 : Introduction

La situation nutritionnelle des adolescents et jeunes au niveau de la RDC demeure préoccupante. Elle se caractérise chez les adolescentes de 15-19 ans par un pourcentage des cas d'anémie qui est passé de 48,4% (EDS 2007) à 40,1% (EDS 2013-14). Malgré la réduction constatée durant la dernière décennie, ce pourcentage demeure encore élevé.

En ce qui concerne la situation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, l'enquête MICS-Palu 2018 montre que le pourcentage des adolescentes de 15-19 ans qui ont commencé leur vie féconde représente 16,3% en milieu urbain contre 30,3% en milieu rural avec une moyenne nationale de 23,4%. Les adolescentes qui ont déjà eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans représentent 12,7% en milieu urbain et 22,9% en milieu rural avec une moyenne nationale de 17,9%. La proportion des adolescentes de 10-14 ans enceintes d'un premier enfant est de l'ordre de 3,5% en milieu urbain et 7,4% en milieu rural avec une moyenne nationale de 5,5%. Cette fécondité a un impact négatif sur la nutrition de l'adolescent qui n'a pas des moyens nécessaires pour survenir aux besoins socioéconomiques de l'enfant.

Selon l'EDS-RDC 2013-14, 20,8% d'adolescentes de 15-19 ans présentent une maigreur (malnutrition aiguë) avec un IMC $<18,5$ kg/m². Seulement 59,9% des femmes enceintes y compris les adolescentes bénéficient d'une supplémentation en fer, et 49,1% d'un déparasitage au cours des visites prénatales. On note également que 10,6% d'enfants ont un faible poids à la naissance. Le pourcentage d'adolescents de 15-19 ans avec un retard de croissance (Taille <145 cm) est passé de 6,5% en 2007 à 8,2% en 2014. (EDS 2007 et 2014). La proportion des adolescents et jeunes présentant la malnutrition aiguë (maigreur) a connu une légère diminution qui est passée de 25,4% à 20,8%. La proportion des cas d'obésité et de surpoids chez les adolescents et jeunes est passée de 6,2% en 2007 à 7,6% en 2014 en RDC (EDS 2007 et 2014).

Les adolescents et les jeunes sont confrontés à de multiples défis de santé notamment la sous nutrition, la surnutrition qui constituent un réel problème de santé publique. Selon le 20^e cycle IPC de Mars 2021, 27,3 millions de personnes en RDC sont en insécurité alimentaire, un tiers de cette population connaît des niveaux élevés d'insécurité alimentaire, ce qui génère à terme une malnutrition qui peut être fatale si elle n'est pas traitée.

Les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans ont des besoins nutritionnels importants pour leur croissance et leur développement intégral. Cependant certains d'entre eux n'ont pas accès à une alimentation équilibrée. C'est ainsi que chez les adolescentes de 15-19 ans on trouve un taux d'anémie estimé à 40,1% (EDS-RDC 2014). A cela s'ajoute l'anémie ferriprive occasionnée par les pertes menstruelles chez les femmes en âge de procréer ainsi que les grossesses précoces chez les adolescentes.

2. 2 : Principaux problèmes nutritionnels en RDC et leurs causes

2.2.1 : La sous-nutrition

2.2.1.1 : Les causes immédiates

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC; elle inclut la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments (minéraux et vitamines). Elle fait généralement suite à une alimentation déficitaire en macronutriments et micronutriments, et/ou à des maladies, survenues pendant une période longue. Il s'agit de l'alimentation déséquilibrée (l'alimentation de la population en RDC est insuffisante en quantité et en qualité, surtout pour les groupes vulnérables : jeunes enfants, adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitantes, personnes âgées), des maladies infectieuses (TBC, VIH, etc.), des maladies parasitaires (parasitose intestinale, paludisme etc.), des maladies cancéreuses et autres problèmes de santé tels que l'anorexie mentale, les vomissements gravidiques, la consommation des substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool, etc. A l'instar des jeunes enfants, les adolescents en RDC sont également confrontés à des apports alimentaires déficitaires. Selon les Bilans alimentaires 2009 du Ministère de l'Agriculture, l'apport calorique est en moyenne de 1836 kcal/personne/jour en RDC, contre le minimum requis qui est de 2500 kcal. Le régime alimentaire est basé essentiellement sur la consommation de féculents et de céréales, et intègre peu les légumineuses, les oléagineux, le lait et les produits laitiers lesquels constituent d'importantes sources de protéines; l'accès aux protéines animales est faible (18,6% de la consommation globale en protéines qui est de 34,5 gr/personne/jour (Bilans alimentaires 2009, Ministère de l'Agriculture).

2.2.1.2 : Les causes sous-jacentes

Il s'agit de l'insécurité alimentaire due à la faible disponibilité, accessibilité, utilisation et stabilité des aliments de qualité. Cette insécurité alimentaire est elle-même consécutive au faible pouvoir d'achat des ménages, à l'insuffisance des superficies cultivées, aux techniques de production restées traditionnelles, à la quasi inexistence de crédit et financement pour la promotion des activités agricoles. A ces facteurs, il faudra ajouter

l'inadéquation des services et soins aux adolescents (faible accessibilité, utilisation et qualité des services offerts aux adolescents et jeunes) ; l'environnement insalubre (faible accès à l'eau potable, mauvaise hygiène, absence d'assainissement du milieu, etc.

2.2.1.3 : Les causes fondamentales

Il s'agit de : la pauvreté, l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des adolescents et jeunes, l'insuffisance d'infrastructures socioéconomiques indispensables au développement local, l'insuffisance des capitaux financiers, le contexte socio culturel avec les mauvaises habitudes alimentaires telles que les interdits alimentaires, etc., le faible investissement dans le secteur agro-alimentaire, la situation d'insécurité dues aux conflits armés avec des déplacés internes.

2.2.1.4 : Les conséquences sur le plan sanitaire

- Le risque de morbidité et mortalité élevée (anémie, fatigue chronique, faiblesse du système immunitaire, etc.),
- La compromission du développement physique (petite taille et minceur avec bassin rétréci, etc.), physiologique et intellectuel (faible quotient intellectuel),
- Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes enceintes (accouchement dystocique, faible poids de naissance, prématurité, malformations congénitales, morts nés etc.)

2.2.1.5 : Les conséquences de la sous-nutrition sur le plan socioéconomique

- Difficultés d'accès au marché du travail,
- Baisse de la productivité au travail,
- Baisse du rendement scolaire

2.2.2 : La surnutrition

La surnutrition est liée au mode de vie d'une personne. Chez les adolescents et jeunes on dénombre deux types de problèmes liés à la surnutrition. Il s'agit du surpoids et de l'obésité. La proportion de cas d'obésité et de surpoids chez les adolescents et jeunes est passée de 6,2% en 2007 à 7,6% en 2014 (EDS 2007 et 2014).

2.2.2.1 : Les causes immédiates de la surnutrition chez les adolescents et jeunes

Chez les adolescents et jeunes, la surnutrition est causée principalement par l'inactivité physique et d'une augmentation de la sédentarité, consommation des aliments riches en sucre et graisses, la suralimentation (Fastfood, aliments transformés), ainsi que la consommation du tabac et de l'alcool. Il s'agit de l'inactivité physique et d'une augmentation de la sédentarité, consommation des aliments riches en sucre et graisses, la suralimentation (Fastfood, aliments transformés) ainsi que la consommation du tabac et de l'alcool.

2.2.2.2 : Causes sous-jacentes

Nous notons l'ignorance de l'importance d'activités physiques, d'une alimentation adéquate; l'inadéquation des services et soins offerts aux adolescents et jeunes,

2.2.2.3 : Causes fondamentales

Il s'agit de l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction des adolescents et jeunes, y compris les parents.

2.2.2.4 : Conséquences de la surnutrition

Il y a la survenue des maladies chroniques et non transmissibles, telles que :

- Les maladies cardiovasculaires (HTA, pré éclampsie, AVC, coronaropathies, etc.),
- Les maladies métaboliques comme le diabète,
- Les maladies rénales,
- Les maladies cancéreuses,

- Les maladies respiratoires (asthme, apnée du sommeil, etc.),

La mauvaise image de soi fréquemment associée à l'obésité entraîne une stigmatisation sociale qui est un facteur de dépression chez les adolescents et jeunes,

Les troubles de l'anxiété, troubles cognitifs, le déficit de l'attention sont également associés à l'obésité.

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes enceintes (accouchement dystocique, disproportion foeto-pelvienne, surpoids fœtal et/ou gros poids à la naissance, ...).

2.3 Interventions en cours dans le domaine de la nutrition des adolescents et jeunes

En RDC, il y a des interventions efficaces qui sont menées dans la période de 1000 premiers jours de la vie et qui ciblent la mère et l'enfant dont les bénéfiques sont perceptibles chez les adolescents et jeunes. Il s'agit entre autres de la supplémentation en fer, acide folique ainsi que le déparasitage des femmes enceintes et allaitantes; l'IEC/CCC sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, le complément alimentaire à partir de six mois et l'allaitement optimal jusqu'à 24 mois.

2.4 Défis pour l'accélération des progrès en nutrition des adolescents et jeunes

En dépit de ces évidences et de cette mobilisation pour la nutrition, le passage à l'échelle des interventions de nutrition à haut impact en RDC reste confronté à des sérieux défis qui peuvent se résumer comme suit :

- La malnutrition perçue comme un problème qui résulterait exclusivement d'une alimentation inadéquate,
- La perception de la lutte contre la malnutrition y compris chez les adolescents et les jeunes comme une préoccupation du seul secteur de la santé,
- La forte incidence des maladies infectieuses et parasitaires qui contribuent à l'émergence et/ou la complication des cas de malnutrition y compris chez les adolescents et jeunes,

- Le faible accès des adolescents et des jeunes aux services sociaux de base (CPN, CPoN, eau, hygiène, assainissement) et aux autres services de santé adaptés à leurs besoins et prenant en compte les aspects de nutrition
 - Le faible niveau d'éducation de la grande majorité de la population congolaise y compris des adolescents et des jeunes,
 - La forte proportion de la population y compris les adolescents et les jeunes vivant sous le seuil de la pauvreté,
 - La faiblesse du système d'information nutritionnelle par manque des données sur l'état nutritionnel des adolescents et jeunes.
-
- ✓ Le faible accès des adolescents et jeunes à l'information de qualité sur la santé y compris la nutrition.
 - ✓ Le mauvais environnement social, législatif et réglementaire dans lequel vivent les adolescents et les jeunes
 - ✓ La faible collaboration entre les différents secteurs pouvant jouer un rôle dans la nutrition des adolescents et jeunes (éducation, santé, agriculture, pêche et élevage, environnement...)

Chapitre III : Raisons pour investir dans la nutrition des adolescents et jeunes et place de la politique de nutrition des adolescents dans la politique globale de nutrition du pays.

La proportion des adolescents et des jeunes s'accroît de plus en plus dans le monde, cette proportion est plus accentuée en Afrique de l'Ouest et du Centre où plus de 64% de la population est majoritairement jeune (*UNFPA, 2018*) ; Cela se confirme par l'annuaire statistique 2020 qui rapporte une proportion de 31,1% en RDC.

Les raisons principales qui expliquent l'investissement dans la nutrition spécifique des adolescents et jeunes sont prioritairement de trois ordres et correspondent aux trois domaines essentiels de la vie à savoir: sanitaire, économique et social.

3.1 : RAISONS SANITAIRES

Selon l'OMS, la malnutrition demeure un des problèmes les plus persistants en santé publique. Une étude menée en Afrique de l'Ouest et du Centre prévoyait un chiffre de 4,5 millions de cas de malnutrition aigüe en 2020. La crise croissante et la COVID -19 ont fait augmenter ce nombre qui est passé à 5,4 millions.

La malnutrition affaiblit le système immunitaire entraînant une susceptibilité accrue aux infections. Inversement, un phénomène infectieux entraîne des profonds changements métaboliques et une détérioration de l'état nutritionnel.

L'adolescence est une période de croissance physique rapide et un processus de maturation cérébrale ; la nutrition optimale de l'adolescent contribue à un bon rendement cognitif, au succès scolaire, à la croissance économique, à la paix, à la stabilité, à l'égalité des genres et à la diminution de la pauvreté. Elle annonce le point de départ d'un cercle vicieux qui aura des effets bénéfiques entre les générations. Ainsi au cours de cette période, les besoins en nutriments augmentent pour répondre aux demandes de la croissance

pubertaire et de la maturation du cerveau ; d'où les besoins énergétiques sont les plus élevés par rapport à tous les groupes d'âge.

La malnutrition augmente ainsi le taux de mortalité et de morbidité tant chez l'adolescente enceinte que chez le nouveau-né, exposant la population à une génération d'enfants malnutris avec toutes les conséquences qui en découlent (*Programme d'amélioration de la nutrition des adolescents NI au Sénégal en 2021*).

Néanmoins, la condamnation n'est pas définitive, puisque à part les 1000 premiers jours de la vie d'un individu qui constitue la première fenêtre d'opportunités dans la mise en œuvre des actions pour vaincre la malnutrition, l'adolescence présente une deuxième fenêtre d'opportunités, non seulement pour ce qui est de l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel, mais aussi pour rompre le cycle intergénérationnel et la survenue des complications qui en découlent.

Plusieurs adolescents et jeunes vivent avec plus d'une forme de malnutrition ; jusqu'à 30% des adolescents sont obèses dans certains pays et jusqu'à 50% sont trop courts pour leur âge /retard de croissance .(*Programme d'amélioration de la nutrition des adolescents NI au Sénégal*).Par ailleurs, les citadins enregistrent des niveaux de surpoids et d'obésité plus élevés par rapport à la malnutrition par déficit qui est plus observé en périphérie ; en conséquence, cette obésité est responsable d'un taux élevé des maladies non transmissibles tel que : le diabète, l'hypertension et les autres maladies cardiovasculaires (20 à 30% vivants avec MNT). D'ici à 2050, 70% des adolescents dans le monde vivront en ville, ce qui les exposera davantage au marketing des aliments préjudiciables à la santé et les rendra plus vulnérables que jamais aux maladies liées à une mauvaise alimentation (*UNICEF, 2019*). En outre, 30% des adolescentes sont anémiques ; les besoins plus élevés en fer, la faible disponibilité du fer dans l'alimentation et les infections parasitaires alourdissent le fardeau de celle-ci.

Les complications qui découlent de l'association grossesse-malnutrition et l'émergence des complications liées à une sexualité à risque notamment les grossesses précoces, l'adolescente se retrouve doublement vulnérable,

nécessitant un regard particulier et primordial en matière de nutrition, afin de lui garantir une santé fœto-maternelle correcte (*Rapport sur la nutrition mondiale 2018*).

L'adolescence est une importante période du développement physique et cognitif au cours de laquelle une nutrition optimale est cruciale, d'où l'importance de se focaliser sur la promotion de la nutrition et la prévention de la malnutrition, ainsi que ses conséquences en vue d'assurer leur développement sain et une bonne santé générale. Les adolescentes doivent avoir un corps solide afin de se préparer à de futures grossesses et prendre soin ultérieurement de la santé de leur future progéniture.

3.2 : RAISONS SOCIO-ECONOMIQUES

Notons qu'en Afrique et en Asie, l'élimination de la sous-alimentation contribuerait à un essor économique de 11 %. La constitution de la RDC (article 47) stipule que la santé est un droit, les adolescents comme les autres groupes d'âges ont le droit d'atteindre le meilleur niveau de santé possible. Le Ministère de la santé publique, hygiène et prévention de la RDC recherche à atteindre ce seuil de réussite telle que noté dans le plan national de développement sanitaire 2019-2022, qui a pour objectif général d'accroître la couverture des services et des soins de santé de qualité ainsi que leur utilisation par la population avec équité et protection financière.

L'étude sur le coût de la faim montre, que la malnutrition chronique a des effets négatifs sur les résultats scolaires des enfants par l'accroissement de risque de redoublement et d'abandon scolaire et plus tard sur la productivité des personnes qui ont souffert de cette forme de malnutrition. Sur le plan économique, l'étude montre que la RDC perd 4,56% de son produit intérieur brut (PIB) du fait de ces effets cumulés de la sous nutrition des enfants en termes de dépenses de santé, de frais scolaires et de pertes de productivité sur le marché de l'emploi. Les adolescents bien nourris, ayant un accès équitable à des interventions en nutrition, sont plus aptes à demeurer à l'école et à avoir du succès dans leurs études. L'éducation augmente les revenus durant la vie active, ce qui à son tour, augmente la croissance économique

Malgré cela, les filles et les femmes ne bénéficient pas des services de manière équitable en raison des facteurs physiologiques, d'inégalités et de discrimination sociale. Les adolescent(e)s de 10 à 19 ans sont confrontés aux barrières économiques et socio-culturelles qui peuvent restreindre leur accès aux services de santé et leur sélection d'aliments nutritionnels durant cette période de croissance rapide. En plus de cela, dans la communauté, un regard différent est porté sur des personnes ayant un caractère physique en dehors des normes, responsable de discrimination ou rejet, de stigmatisation, de manque de confiance en soi des personnes malnutris, ne les faisant pas ou peu participer à la vie sociale dans la société.

Une plus grande éducation et des meilleurs revenus pour les filles et les femmes réduisent les inégalités, particulièrement les inégalités des genres, ce qui encourage le renforcement de l'autonomie des femmes. Pris ensemble, ces facteurs aident à briser le cycle de la pauvreté des femmes et des enfants et tracent la voie pour un monde plus équitable, juste et durable. Les adolescents et les jeunes représentent une grande partie de notre population, agir à ce stade en transformant les vies de ses personnes vulnérables aura des effets positifs sur la population adulte à venir. Investir dans leur nutrition constitue une garantie au développement socio-économique durable d'un pays. Ceci permet de ravitailler un capital humain capable de contribuer aux efforts de la RDC pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui consiste à éliminer la faim, à améliorer la nutrition et à promouvoir l'agriculture durable. Agir sur l'adolescent a plusieurs bénéfices sur la santé de celui-ci ainsi que sur celle des différentes générations, parce que les adolescents d'aujourd'hui constituent la génération future à savoir : les parents, les enseignants et les dirigeants de demain. Ce qu'ils apprennent aujourd'hui, ils l'enseigneront demain aux générations futures.

3.3 : Place de la politique de nutrition des adolescents dans la politique nationale multisectorielle de nutrition et fondements

Une politique sous sectorielle en matière de nutrition des adolescents et des jeunes est nécessaire pour l'atteinte des objectifs de la politique nationale globale de nutrition. Elle contribue à la mise en œuvre des stratégies d'appui

à la politique nationale multisectorielle de nutrition et au renforcement des interventions axées sur les problèmes spécifiques des adolescents et jeunes. Elle se fonde sur toutes les initiatives et stratégies internationales auxquelles la RDC a adhéré en matière de nutrition au nombre desquelles nous pouvons citer : (i) la ratification des résolutions du sommet mondial sur l'enfance de 1990 par les chefs d'Etats ; (ii) l'adoption d'une stratégie d'iodation du sel dans la lutte contre les carences en iode et pour l'établissement d'une législation sur la consommation humaine au sommet d'Addis-Abeba (OUA, 1994) ; (iii) les Objectifs du Développement Durable (ODD) en 2015 ; (iv) l'Adhésion au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) le 12 septembre 2011 ; (v) la déclaration de la Deuxième Conférence Internationale de Rome sur la Nutrition (CIN2) tenue en novembre 2014 (vi) la Stratégie Mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030) lancée par le Secrétaire Général des Nations Unies qui désigne les adolescents comme un atout majeur pour la réalisation des Objectifs de développement durable

Chapitre IV : Déclaration, Vision, but, objectifs, stratégies et principes directeurs

4.1 : Déclaration de la politique

La Politique Nationale de Nutrition des Adolescents et Jeunes tient à l'encadrement de cette tranche importante de la population de la RDC, par la mise en œuvre des interventions spécifiques et sensibles de nutrition pour l'amélioration de leur état nutritionnel en vue de leur garantir une bonne santé et celle des générations futures et de contribuer par leur potentiel au développement socio-économique durable de leur pays.

4.2 : Vision

Assurer à tous les adolescents et jeunes de la RDC une bonne santé grâce à une alimentation équilibrée suffisante et saine , leur permettant de jouir des capacités physiques, intellectuelles et psychoaffectives optimales par le biais des interventions directes et sensibles de nutrition adaptées (accessible,

acceptable, équitable, adéquat, efficace...) à leurs besoins spécifiques et offert à tous les niveaux.

4.3 : But

Contribuer à garantir un capital humain productif par une bonne nutrition des adolescents et jeunes, afin de participer de manière efficace au développement du pays.

4.4 : Objectifs

4.4.1 : Objectif général

Améliorer l'état nutritionnel de l'adolescent(e) et du jeune par l'organisation et la prestation des services adaptés à leur groupe d'âge par l'action combinée des interventions directes et sensibles de nutrition dans une approche multisectorielle.

4.4.2 : Objectifs spécifiques

1. Réduire la prévalence de la maigreur chez les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans,
2. Réduire la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les adolescents.
3. Améliorer l'offre des soins dans la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition des adolescents et jeunes
4. Réduire la prévalence de l'anémie chez les adolescentes et jeunes de 10 à 24 ans.
5. Eliminer les troubles de la carence en iode
6. Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de nutrition dans le cadre de l'approche multisectorielle
7. Améliorer les connaissances nutritionnelles des adolescents et des jeunes pour l'adoption des comportements favorables à une bonne nutrition
8. Renforcer les interventions en lien avec la communication pour le changement social et de comportement en faveur des bonnes pratiques en matière de sécurité alimentaire (éducation globale)

9. Renforcer les interventions d'eau hygiène et assainissement sensibles à la nutrition
10. Renforcer les interventions en matière de protection sociale sensibles à la nutrition
11. Améliorer la couverture et l'accessibilité de la prise en charge intégrée de la malnutrition chez les adolescents et jeunes

4.5 : Orientations stratégiques

L'atteinte de l'objectif général visé par la politique nationale de nutrition des adolescents et jeunes se fera à travers les trois orientations stratégiques citées ci-dessous :

1. Renforcement de l'offre de services en matière de lutte contre la sous nutrition et la surnutrition chez les adolescent (e) s et jeunes
2. Plaidoyer et communication pour le changement social et des comportements en faveur de la nutrition des Adolescents et jeunes ;
3. Renforcement de la gouvernance en matière de lutte contre la malnutrition chez les adolescent(e)s et jeunes

4.5.1 : Orientation stratégique 1 : Renforcement de l'offre des services en matière de lutte contre la sous nutrition, la surnutrition chez les adolescent(e)s et jeunes

Enoncé de la stratégie : le renforcement de l'offre des services en matière de lutte contre la sous nutrition et la nutrition consiste à améliorer l'état nutritionnel des adolescents et jeunes

Interventions :

- Organisation des services de prévention et la prise en charge de la malnutrition ;
- Promotion des bonnes pratiques d'alimentation ;
- Passage à l'échelle de la stratégie d'utilisation multi-micronutriments (MMS) et des poudres de micronutriments ;
- Supplémentation en Fer/Acide folique les adolescentes et femmes en âge de procréer
- Déparasitage au mebendazole/Albendazole ;

- Prévention des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète sucré)
- Prise en charge nutritionnelle et médicale des conséquences liées à la surnutrition telles que l'HTA, le diabète, les coronaropathies, etc.

4.5.2 : Orientation stratégique 2 : Plaidoyer et communication pour le changement Social et des Comportements en faveur de la nutrition des adolescents et jeunes

Enoncé de la stratégie : Le plaidoyer et la communication pour le changement social et des comportements en faveur des adolescents et des jeunes consiste à améliorer les connaissances des adolescents et jeunes sur une alimentation équilibrée et adopter des attitudes et des comportements favorables à une bonne nutrition

Interventions :

- Organisation des counselings sur le comportement alimentaire ;
- Organisation des focus group pour discuter des bonnes pratiques de nutrition ;
- Promotion du conseil, éducation et information nutritionnel portant principalement sur l'alimentation adéquate ;
- Promotion des jardins familiaux et les systèmes de production alimentaire familiale ;
- Promotion de la chaîne de valeur des petits fermiers ;
- Plaidoyer pour l'intégration des notions sur la nutrition dans le cursus scolaire ;
- Plaidoyer auprès des autorités politico-administratives pour la réglementation de la vente et de la consommation des substances psychoactives (alcool, tabac, etc.) chez les adolescents et jeunes ;
- Renforcement du pouvoir d'achat des adolescents et jeunes ; Appui aux activités génératrices des revenus.

4.5.3 : Orientation stratégique 3 : Renforcement de la gouvernance en matière de lutte contre la malnutrition chez les adolescent(e)s et jeunes

Enoncé de la stratégie : Le renforcement de la gouvernance consiste à améliorer la coordination des interventions de nutrition en faveur des adolescents et jeunes

Interventions :

- Renforcement de la collaboration intra et intersectorielle en faveur de la lutte contre la malnutrition chez les adolescents et jeunes,
- Intégration de la nutrition des adolescents et jeunes dans les politiques publiques et programmes du Gouvernement
- Mobilisation des ressources internes et externes en collaboration avec les Ministères connexes (Budget, Finances) et les autres Ministères sectoriels.
- Appui de l'organisation du suivi-évaluation des problèmes nutritionnels des adolescents et jeunes en collaboration avec les institutions des recherches (ESU, ESP-Kin, Facultés d'Agronomie), les Ministères sectoriels et les partenaires (UNICEF, FAO, PAM).

4.6. Principes directeurs

4.6.1 : La bonne gouvernance

Elle suppose la mise en place des nouveaux modes de pilotage et de régulation plus souples et éthiques, fondés sur un partenariat ouvert et éclairé entre les différentes parties prenantes. Des procédures et mécanismes de mise en œuvre d'une gestion transparente sont adoptés par tous les acteurs. Ils sous-tendent la responsabilisation et l'obligation mutuelle de rendre compte aux différents niveaux hiérarchiques. Il s'agira pour chacun des acteurs impliqués de garder à l'esprit que la nutrition concerne tout le monde et sa gestion doit répondre aux préoccupations de probité, d'honnêteté : conditions qui caractérisent toute bonne gouvernance.

Cependant l'Etat Congolais reste maître d'œuvre de la mise en œuvre de cette politique nationale de nutrition des adolescents. A cet effet, la coordination multisectorielle sera responsable de donner des orientations stratégiques, de coordonner l'élaboration des plans d'action multisectoriels, de créer un cadre macro-économique et réglementaire favorable à la nutrition, d'allouer un budget important, y compris la mobiliser des partenaires pour l'appui à la nutrition et de coordonner la mise en œuvre ainsi que le suivi-évaluation des activités multisectorielles de nutrition.

La lutte contre la malnutrition est multisectorielle et exige l'implication effective de tous dans le cadre de la collaboration multisectorielle. Les mesures à prendre pour résoudre les problèmes nutritionnels sont de la responsabilité de tous, chacun dans son domaine de compétence.

4.6.2: L'intégration et la décentralisation

L'intégration des interventions spécifiques de nutrition et des actions sensibles à la nutrition doit être une réalité pour maximiser l'impact de la mise en œuvre des plans et programmes découlant de la présente Politique Nationale de Nutrition. La décentralisation est une des principales voies pour garantir l'accès équitable de toutes les composantes du pays aux services nutritionnels appropriés. Les autorités sanitaires et administratives doivent être impliquées et responsabilisées pour coordonner la mise en œuvre des plans sectoriels pour le passage à l'échelle des interventions à haut impact de nutrition dans leurs entités respectives.

4.6.3 : La responsabilisation des communautés de base

La responsabilisation des collectivités locales a un grand impact sur l'état nutritionnel des adolescents et des jeunes au niveau communautaire, d'où la nécessité d'un accompagnement important dans les interventions de nutrition. Des approches à base communautaire qui ont fait preuve d'efficacité, tels que la Nutrition à Assise Communautaire (NAC), la formation par des pairs-éducateurs, les clubs d'écoute, etc., doivent être développées et pérennisées. L'existence d'un dispositif important de relais communautaires dans les Zones de Santé est un acquis à capitaliser et à promouvoir.

4.6.4 : L'équité et genre

Le respect scrupuleux du principe d'équité va permettre de promouvoir une discrimination positive en privilégiant la prise en charge des adolescents et des jeunes. Il s'agira de mieux comprendre les besoins liés à cette tranche d'âge, pour y répondre de manière plus adéquate. Son application rigoureuse va garantir ainsi l'impartialité et la justice et permettra de se rapprocher des chances et des traitements, ainsi les décisions d'interventions devront être prise sur la base des données intégrant la base genre.

Elle vise à corriger les inégalités que subissent les personnes ou les groupes défavorisés. Ainsi, les différences de genre, les inégalités sociales, régionales et locales doivent être prises en compte en veillant à ce qu'aucun groupe vulnérable ou défavorisé ne soit victime de stigmatisation et d'exclusion. La dimension du genre sera prise en compte pour promouvoir les égalités basées sur le sexe. Les considérations relatives au statut de la femme et sa participation effective au processus de décision feront l'objet d'une attention particulière.

Ce principe suppose que l'intérêt et les contributions des femmes, des hommes et des couches vulnérables dans la société sont pris en compte dans la formulation et la mise en œuvre des actions sensibles et spécifiques en nutrition.

4.6.5 : L'éthique

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

4.6.6 : La pérennisation

En vue de pérenniser les gains, la participation de tous à savoir l'Etat Congolais, les leaders, les prestataires de santé à tous les niveaux ainsi que les communautés de base, les partenaires et les adolescents et jeunes eux même est primordiale dans la lutte contre la malnutrition.

4.6.7 : Le partenariat

Il est envisagé de mettre en place un partenariat mutuellement avantageux avec tous les intervenants en santé de l'adolescent et jeune afin de s'assurer de leur alignement au plan stratégique du Programme. De ce partenariat naîtra un cadre de concertation multisectorielle qui améliorera les relations de collaboration entre partenaires et facilitera des solutions aux problèmes qui minent les adolescents et les jeunes

Chapitre V : Mise en œuvre, Financement, Suivi et évaluation

5.1 : Les acteurs de mise en œuvre : rôles et responsabilités

5.1.1 : Santé, Agriculture, Pêche et Elevage, Genre, Affaires Sociales et EPST

Elaboration des politiques, normes et directives en faveur des adolescents et du jeune enfant et suivi de leur application à tous les niveaux de Production des outils et supports de communication sur la nutrition de l'adolescent et du jeune

5.1.2 : Parlement

Favoriser l'élaboration des lois à adopter pour l'application effective de la politique de nutrition des adolescents et jeunes

5.1.3 : Partenaires techniques et financiers :

Mettre en place une assistance technique pour l'accompagnement du programme, des moyens financiers et matériels pour la mise en œuvre aisée des activités

5.1.4 : ONG locales et Nationales, Société civile :

Mettre en application et garantir des lois en faveur de la politique de nutrition de l'adolescent et du jeune dans les communautés et soutenir les actions en faveur des adolescents et jeunes ainsi que la promotion des pratiques nutritionnelles favorables à la nutrition des adolescents et jeunes

5.1.5 : Adolescents et Jeunes

Adopter des bonnes pratiques nutritionnelles favorables à la nutrition des adolescents et jeunes qui évitent la malnutrition

5.1.6 : Communauté

Promouvoir des bonnes pratiques nutritionnelles favorables à la nutrition des adolescents et jeunes qui évitent la malnutrition

5.2. Financement de la Politique

Pour mettre en œuvre cette politique, les programmes concernés auront besoin des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles. Ces ressources devront provenir de diverses sources : secteur public, secteur privé, ONG, partenaires au développement, organisations humanitaires etc. Le Ministère de la santé alloue de fonds de fonctionnement au programme en rapport avec le budget alloué par le gouvernement.

Il y a aussi la contribution des autres partenaires financiers et techniques au programme. Les fonds seront obtenus soit directement (renforcement des capacités des prestataires, mise en œuvre, recherche...) soit par le système de contractualisation pour l'amélioration des performances.

Le secteur privé contribuera en donnant des services de nutrition de qualité aux adolescents et la communauté intervient via les relais communautaires par la promotion des pratiques familiales clés en rapport au service, la communication pour le changement de comportement.

5.3 : Cadre institutionnel de coordination

La coordination institutionnelle de la nutrition de l'Adolescent en RDC va s'intégrer dans le cadre global de la politique nationale multisectorielle de nutrition. Elle suivra le cadre institutionnel de coordination mise en place par cette politique. Pour la coordination permanente de la politique, une plateforme multisectorielle de coordination sera mise en place au Programme National de Santé de l'Adolescent. Elle fera encrage et sera redevable au Secrétariat Exécutif du Comité National Multisectoriel de Nutrition assuré par le Programme National de Nutrition (PRONANUT). Ci-

dessous, les structures de coordination de la politique multisectorielle de nutrition de l'Adolescent en RDC.

5.3.1: Cadre de coordination au niveau central

La plateforme nationale de nutrition de l'Adolescent sera présidée par le PNSA. La composition de la plateforme est représentative de l'ensemble des structures, organisation, institutions et partenaires impliqués dans le domaine de la nutrition de l'Adolescent :

- Le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) ;
- Programme National de Nutrition (PRONANUT) ;
- Le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) ;
- Le représentant du Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité ;
- Le représentant du Ministère de la jeunesse ;
- Le représentant du Ministère du Genre, Famille et Enfant ;
- Le représentant du Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel ;
- Le représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur, Universitaire et Recherches Scientifiques ;
- Le représentant du Ministère de la Communication, des Médias et de la NTIC ;
- Les associations des adolescents et jeunes ;
- Les Organisations Non Gouvernementales Nationales et Internationales ;
- Agences des Nations-Unies (UNICEF, FAO, PAM, OMS).

La plateforme ainsi mise en place aura pour missions de :

- Définir la Politique Nationale de Nutrition de l'adolescente sur base d'une approche multisectorielle;

- Assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Plan Stratégique National pour la Nutrition des adolescents et jeunes ;
- Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de la politique et plans de nutrition des adolescents et jeunes ;
- Veiller à la coordination des actions de Nutrition des adolescents et jeunes en RDC.

5.3.2 : Cadre de coordination au niveau Provincial

La plateforme pourra interagir avec le Comité Intersectoriel Provincial de Nutrition (CIPN), à travers le Secrétariat Exécutif du Comité National Multisectoriel de Nutrition (CNMN) pour apporter les orientations de mise en œuvre des politiques et plans de nutrition de l'Adolescent.

5.3.3 : Cadre de coordination au niveau territorial

Le Comité Intersectoriel de Nutrition du Territoire (CINT) placé sous l'autorité de l'Administrateur du Territoire sera mise à contribution pour la réalisation des actions des plans et politiques de Nutrition de l'Adolescent. Le CINT assure la coordination et le suivi des activités de nutrition de l'Adolescent dans leur Territoire. Il se réunit une fois par mois.

5.4 : SUIVI ET ÉVALUATION

Sous la supervision du CNMN, le Ministère de la Santé Publique Hygiène et prévention à travers le PNSA assurera le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition des adolescents et jeunes. Les indicateurs de suivi et évaluation, et la périodicité de la collecte des données nécessaires seront consignés dans les plans d'action de nutrition de façon plus détaillée.

Les informations sur la situation nutritionnelle des adolescents et jeunes et sur les activités mises en œuvre feront l'objet des rapports périodiques sous forme de bulletins d'information deux fois par an. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition et santé des adolescents permettront de suivre les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs poursuivis dans les perspectives de la réalisation de la vision retenue. Ce suivi et l'évaluation se réaliseront sur base des indicateurs qui permettront de mesurer les progrès accomplis.

Les indicateurs sont regroupés en quatre catégories :

1. Les indicateurs d'intrants et de processus;
2. Les indicateurs des résultats à court terme et des produits ;
3. Les indicateurs des résultats intermédiaires ou d'effets; et
4. Les indicateurs d'impacts ou des résultats à long terme.

Les modalités suivantes seront utilisées pour le suivi et l'évaluation de la politique nationale en matière de nutrition, à savoir :

- Suivi par dépouillement des rapports d'activités reçus mensuellement ou trimestriellement ;
- Suivi de routine à travers le Système Nationale d'Information Sanitaire (SNIS) ; les données obtenues seront analysées et exploités à différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Visites de suivi sur terrain ; les DPS comme les autres niveaux bénéficieront des visites de suivi suivant la périodicité réglementaire.
- Revues périodiques.

Les revues annuelles au niveau national et provincial regroupant les différentes parties prenantes de la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition et santé des adolescents se tiendront selon la périodicité réglementaire pour échanges et formulation des recommandations.

- Evaluation périodique à travers les enquêtes.

Les enquêtes peuvent être réalisées chaque année pour les indicateurs d'effet et toutes les cinq années pour les indicateurs d'impact selon la disponibilité des ressources financières.

BIBLIOGRAPHIE

- Banque Centrale du Congo-direction générale de la politique monétaire et des opérations bancaires et direction de la recherche et des statistiques, 2019. Condensé hebdomadaire d'informations statistiques N° 08 au 22 février 2019. Kinshasa, BCC
- Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) [République Démocratique du Congo] et ICF. 2019. *République Démocratique du Congo: Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017- 2018*. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ESPK et ICF
- EDS RDC 2007 : Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2007. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2007 (EDS-RDC I). Rockville, Maryland, USA MPSMRM, MSP et ICF International
- INS-RDC, Enquête par grappes à indicateurs multiples de 2017-2018, République Démocratique du Congo, Rapport de résultats de l'enquête, Kinshasa, 2018
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II). Rockville, Maryland, USA MPSMRM, MSP et ICF International
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM)-Institut National de la statistique (INS), 2014. Résultats de l'enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages (Enquête 1-2-3, 2012). Kinshasa, MPSMRM

- Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), Annuaire statistique 2020, Kinshasa, RD Congo
- Programme Alimentaire Mondial, coût de la faim en Afrique : Incidence sociale et économique de la malnutrition chez l'enfant en RDC, Kinshasa, 2019
- Programme National de Santé de l'Adolescent. Plan stratégique Nationale de Santé et bien-être des adolescents et jeunes 2021-2025, RD Congo
- Programme National de Nutrition, Directives de Nutrition maternelle en RDC, Kinshasa, 2021
- Primature RDC, Politique nationale multisectorielle de nutrition, Kinshasa, 2013
- Primature RDC, Plan stratégique nationale multisectorielle de nutrition 2016-2020, Kinshasa, 2015
- Programme National de Nutrition, Manuel de formation sur la nutrition maternelle en RDC, Kinshasa, 2021