

Burundi et Myanmar : Cartographie  
des actions multi-sectorielles

Défendre la nutrition  
au Gabon

Préparation aux situations d'urgence  
en Amérique latine et dans les Caraïbes

# NUTRITION EXCHANGE

ENN



**Le nouveau partenariat  
du Rajasthan pour la  
santé communautaire**

**Un deuxième plan national de  
nutrition pour le Bangladesh**

**Programmation au niveau  
du district au Baloutchistan**

10<sup>ème</sup>  
édition

# Table des matières

## 3 Éditorial

## 4 Thèmes généraux

- 4 Améliorer la nutrition des adolescents
- 4 Le «programme urbain» pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle
- 5 Cartographie des alliances MNT
- 5 L'école comme système pour améliorer la nutrition
- 6 Financement de la nutrition - un changement de paradigme ?
- 7 Quoi de neuf chez ENN ?
- 8 Visage émergent de la malnutrition

## 9 Articles originaux

- 9 Cartographie des actions multi-sectorielles au Burundi et au Myanmar : Vers une coordination plus efficace
- 12 Fournir une couverture pour les programmes de nutrition au niveau du district au Baloutchistan, Pakistan
- 14 Développement du second plan d'action national pour la nutrition au Bangladesh
- 16 Les stratégies régionales de nutrition pour adresser le double fardeau dans la Méditerranée orientale
- 18 Défendre la nutrition au Gabon
- 20 Améliorer la préparation et la réponse nutritionnelles d'urgence dans la région Amérique Latine et Caraïbes
- 22 Redressement post-séisme dans les zones urbaines du Népal : Utilisation des hôpitaux pour détecter et traiter la malnutrition infantile et maternelle
- 24 Partenariat entre les travailleuses de santé communautaire et de nutrition au Rajasthan, Inde
- 26 Système de surveillance nutritionnelle en Somalie : Une approche communautaire
- 28 Fournir un assortiment de produits alimentaires de haute qualité, produits localement et transformés en Afrique de l'Ouest

## 30 Ressources et mises à jour

- 30 Ressources en ligne
- 31 Mise à jour du Mouvement SUN : Pensez MEAL

L'ENN voudrait remercier le bureau régional de l'UNICEF au Panama, et le bureau régional de l'UNICEF du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord en Jordanie, pour rendre les versions espagnole et arabe de cette publication possible.

Nous aimerions également remercier les membres de l'équipe ENN KM pour leur contribution à ce numéro, y compris les spécialistes régionaux de la gestion des connaissances (RKMS) Ambarka Youssoufane, Lillian Karanja et Charulatha Banerjee, soutenu par Tui Swinnen (coordinateur mondial du KM ENN), et sur les podcasts NEX, Jonah Klein (Producteur de contenu numérique) et Azaria Morgan (Assistant de projet).

**Couverture :** Bangladesh; WFP/Saikat Mojumder

**Quatrième de couverture :** India; WFP/James Giambone



PHCI Niger

## Qu'est Nutrition Exchange ?

*Nutrition Exchange* est une publication de l'ENN qui contient des articles courts et faciles à lire sur les expériences et les apprentissages tirés des programmes de nutrition déployés dans des pays sujets aux crises et accusant des niveaux de malnutrition élevés. Les articles rédigés par les acteurs nationaux sont publiés en priorité. Cela fournit également de l'information sur les guides, les outils et les formations à venir. NEX est disponible en français, anglais, arabe et espagnol.

## À quelle fréquence Nutrition Exchange est-il publié ?

*Nutrition Exchange* est une publication bi-annuelle, gratuite et disponible en version papier en anglais et en français, et électroniquement en anglais, français, arabe et espagnol.

## Comment s'abonner ou soumettre un article

Pour vous abonner à *Nutrition Exchange*, visitez <http://www.ennonline.net/nex>

Beaucoup de gens sous-estiment la valeur de leurs expériences individuelles et le fait de les partager peut bénéficier d'autres personnes travaillant dans des situations similaires. L'ENN vise à élargir la gamme d'individus, d'organisations et de gouvernements qui contribuent à la publication dans *Nutrition Exchange*.

La plupart des articles que vous voyez dans *Nutrition Exchange* commencent avec quelques points que les auteurs partagent avec nous. L'équipe éditoriale vous aidera ensuite à rédiger vos idées sous la forme d'un article pour la publication.

Pour commencer, envoyez un courriel à Carmel et Judith ([carmel@ennonline.net](mailto:carmel@ennonline.net) et [Judith.Hodge@ennonline.net](mailto:Judith.Hodge@ennonline.net))

avec vos idées. Nous recherchons en ce moment des articles pour le numéro 11 de la revue NEX alors veuillez nous contacter.

Cette édition *Nutrition Exchange* a été financée par UK Aid du gouvernement du Royaume Uni et Irish Aid. Les idées, opinions et commentaires sont l'entière responsabilité de ses auteurs et ne représentent pas nécessairement ou ne reflètent pas la politique du gouvernement britannique ou de Irish Aid.



# Éditorial

Nous sommes fiers de présenter ce dixième numéro de *Nutrition Exchange!* La publication est passée d'une version condensée de *Field Exchange*, publiée pour la première fois en 2011, à une publication à part entière, conçue pour répondre aux besoins des acteurs nationaux et infranationaux pour une information facile d'accès sur les programmes de nutrition. NEX n'a cessé de s'améliorer et présente maintenant des articles originaux par le personnel du gouvernement, les partenaires du développement et humanitaires travaillant dans tous les secteurs pour lutter contre la malnutrition.

En 2016, la publication est devenue biannuelle et disponible en quatre langues (anglais, français, arabe et espagnol), et a également mis l'accent sur la narration d'expériences des pays du Mouvement SUN. Nous pensons que cette ressource aide les acteurs nationaux à mieux comprendre la nutrition, pourquoi elle est importante et comment ces acteurs et leurs pairs situés dans d'autres pays progressent dans la lutte contre la malnutrition tout en affrontant et en surmontant les défis spécifiques liés à sa mise en œuvre.

Les articles de ce numéro couvrent un large éventail de ces expériences. Mais un thème général qui émerge est celui des progrès qui peuvent être réalisés lorsque les forces s'associent pour travailler sur des objectifs nutritionnels communs. La multisectorialité est souvent rapportée au niveau national ; mais une histoire du **Rajasthan** en Inde illustre comment les mesures pour parvenir à une coordination efficace peuvent souvent résider dans des actions au niveau infranational. L'article décrit comment un partenariat « tripartite » réussi a été formé entre trois groupes différents d'agents de santé et de nutrition pour coordonner leurs efforts en vue d'un objectif commun : celui de détecter et de traiter la sous-nutrition infantile. Dans la province de Gedo, en **Somalie**, où les structures gouvernementales sont inexistantes, les membres de la communauté sont formés pour jouer un rôle similaire dans un système de surveillance communautaire qui permet d'identifier les améliorations du programme. Au **Baloutchistan**, la province la plus pauvre du Pakistan, une ONG locale intervient pour mettre en œuvre un programme de nutrition au niveau provincial pour les districts laissés sans couverture.

Parfois, les urgences sont les éléments déclencheurs d'une réflexion créative autour des interventions nutritionnelles. Au lendemain du tremblement de terre au **Népal**, le gouvernement et les agences des Nations Unies ont collaboré pour l'utilisation des hôpitaux en milieu urbain, un tremplin sous-utilisé pour les interventions nutritionnelles. En **Amérique latine et aux Caraïbes**, les pays sont également confrontés à une fréquence croissante de catastrophes naturelles : une nouvelle plateforme fournit des conseils et un soutien pour la préparation à la nutrition à inclure dans les plans nationaux de nutrition.

Le **plan national du Bangladesh** a été salué pour son inclusion d'interventions spécifiques à la nutrition et à la sensibilisation à ce sujet dans le deuxième plan d'action national du pays, exigeant que plusieurs secteurs travaillent ensemble. Au **Gabon**, un Ministre de l'agriculture, soutenant le programme de nutrition, a beaucoup fait pour catalyser la plate-forme multi-sectorielle du pays et préparer son plan national. Les outils de cartographie peuvent aider les acteurs de différents secteurs à avoir une vue d'ensemble en matière de nutrition : c'est certainement l'expérience des parties prenantes qui se sont réunies pour cartographier les interventions nutritionnelles au **Burkina Faso** et au **Myanmar**.

Il peut également être utile d'examiner la nutrition d'un point de vue régional. La région Méditerranée orientale contient une grande diversité de pays et d'États, le plus souvent dans l'actualité des conflits. Un article de ce numéro se concentre sur les mesures prises par des pays pour lutter contre le surpoids et l'obésité. Enfin, un article de la région de l'Afrique de l'Ouest fait état de collaborations avec des producteurs locaux pour fournir des aliments enrichis et transformés, faisant ainsi partie de la solution pour combattre le double fardeau de la malnutrition.

Grâce à un soutien actif aux auteurs dans le processus d'écriture, NEX fournit une occasion unique pour ceux qui travaillent sur le terrain de partager leurs histoires et les enseignements tirés avec un public plus large. Merci à tous les lecteurs et auteurs de NEX pour les dix derniers numéros. Ce fut un privilège de travailler avec vous et en votre nom. Et nous sommes impatients de travailler avec plus d'acteurs nationaux et infranationaux et de partager cette ressource aussi largement que possible à travers les dix prochains numéros de *Nutrition Exchange*.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Carmel Dolan, *Co-editor, NEX* ([carmel@enonline.net](mailto:carmel@enonline.net))

Judith Hodge, *Co-editor, NEX* ([Judith.Hodge@enonline.net](mailto:Judith.Hodge@enonline.net))



Tui Swinnen, *Global KM co-ordinator*

Charulatha Banerjee (*RKMS Asia*)

Ambarka Youssoufane (*RKMS West Africa*)

Lillian Karanja (*RKMS East Africa*)



Media Hub



Écoutez un entretien avec les éditeurs sur la chaîne Podcast de l'ENN :

[www.enonline.net/mediahub/podcast/nex10editorial?version=current](http://www.enonline.net/mediahub/podcast/nex10editorial?version=current)

## À propos d'ENN

ENN favorise la mise en réseau et l'apprentissage dans le domaine de la nutrition afin de réunir les éléments de base en faveur des programmes nutritionnels.

Nous nous concentrons sur les communautés en crise et sur les endroits où la sous-nutrition est un problème chronique. Notre travail est guidé par les tâches pour lesquelles les professionnels doivent être efficaces.

- Nous capturons et échangeons des expériences de praticiens à travers nos publications et forum en ligne en-net.
- Nous entreprenons des recherches et examinons les aspects où les éléments probants sont faibles.
- Nous nous faisons l'intermédiaire de discussions techniques sur les aspects qui ne font pas l'unanimité.
- Nous soutenons le leadership et la gérance de la nutrition à l'échelle mondiale.

Follow us on:



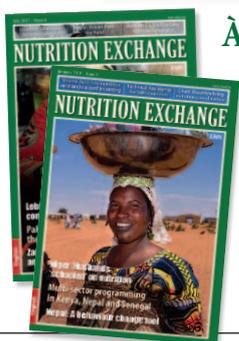
@theenonline



@ENNOnline



ENN Online

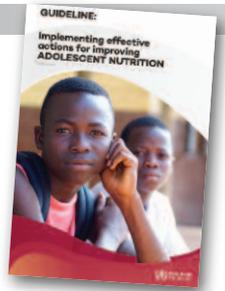


# Améliorer la nutrition des adolescents

On reconnaît de plus en plus que répondre aux besoins nutritionnels des adolescents (de 10 à 19 ans) apporte trois avantages : une meilleure santé pour les adolescents maintenant, pour leur future vie d'adulte ainsi que pour leurs enfants. Souvent qualifiée de « fenêtre d'opportunité supplémentaire » pour la croissance et le développement, la deuxième décennie de la vie est une période de transformation physique, cognitive et sociale rapide. De nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissent le potentiel des pratiques alimentaires saines pendant l'adolescence pour limiter les déficits nutritifs et les faiblesses de croissance de la première décennie et les comportements nocifs qui contribuent aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation à l'âge adulte.

La publication met en évidence des actions fondées sur des données factuelles pour lutter contre la malnutrition pendant l'adolescence afin de soutenir la mise en œuvre dans les pays. La création d'une nutrition optimale chez les adolescents - comme avec d'autres groupes - nécessite des actions coordonnées impliquant plusieurs secteurs ; les orientations sont destinées à un éventail de parties prenantes dans de nombreux secteurs. Les interventions recommandées comprennent l'apport de micronutriments par l'enrichissement et la supplémentation ciblée ; gérer la malnutrition aiguë chez les adolescents ; et prévenir la grossesse chez les adolescentes / promouvoir la nutrition prénatale.

[www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en/)



## Le « programme urbain » – Répondre aux besoins de sécurité alimentaire et nutritionnelle des citoyens pauvres

L'impact mondial combiné des conflits, du changement climatique et de la sécurité alimentaire a conduit à une forte augmentation du nombre de personnes migrant vers les villes pour chercher la sécurité et les services. On estime que 66 pour cent de la population mondiale vivra dans les zones urbaines d'ici à 2050, contre 54 pour cent en 2014, ce qui exercera une pression considérable sur les systèmes alimentaires.

Cet article de l'organisation néerlandaise à but non lucratif SNV explore la compréhension actuelle des problèmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle rencontrés par les habitants pauvres des villes, en s'appuyant sur des preuves provenant d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie. Des données en provenance du Kenya, d'Équateur, du Brésil, d'Haïti et des Philippines montrent une mortalité infantile et néonatale plus élevée dans les bidonvilles par rapport aux zones rurales.

Selon une étude publiée dans la revue *The Lancet*, les enfants sont particulièrement vulnérables à la diarrhée chronique et au retard de croissance<sup>1</sup> dans les bidonvilles en raison des faibles taux d'allaitement et de mauvaises conditions d'hygiène. Les ménages urbains pauvres sont confrontés à des contraintes liées à l'accès à la nourriture, à la santé et aux services publics, aggravées par un mauvais assainissement et des revenus limités.

Le rapport propose quatre piliers étroitement liés pour un « programme urbain » visant à améliorer la santé et le bien-être des citoyens :

- **Gouvernance** : les urbanistes devraient considérer les habitats informels comme faisant partie intégrante du paysage urbain permanent et les comités de coordination de la nutrition pourraient être reproduits dans un contexte urbain ;
- **Environnement alimentaire** : les autorités devraient répondre aux besoins alimentaires des consommateurs et des commerçants des villes, en tenant compte du coût d'une alimentation saine et nutritive et des risques dus à un mauvais assainissement et au manque d'installations de cuisine ; et
- **Changement social et comportemental** : les citoyens pauvres doivent être soutenus pour faire des choix alimentaires sains, dans les limites de leurs budgets, et les conditions de travail doivent être améliorées pour les vendeurs informels, en particulier les femmes, en tenant compte de leur rôle en tant qu'aidants familiaux et mères.

Pour plus d'informations, cliquez sur le lien suivant (en anglais) : [www.snv.org/public/cms/sites/default/files/explore/download/paper\\_-\\_the\\_urban\\_agenda\\_0.pdf](http://www.snv.org/public/cms/sites/default/files/explore/download/paper_-_the_urban_agenda_0.pdf)

<sup>1</sup> Ezeh, A. et al. 2016. L'histoire, la géographie et la sociologie des bidonvilles et les problèmes de santé des habitants des bidonvilles. *The Lancet*, 10068 : 547-558.



Discussion de groupe avec des vendeurs informels du marché d'alimentation, Khulna, Bangladesh

WHO

# Les écoles comme système pour améliorer la nutrition

Les enfants dans les populations à faible revenu peuvent commencer l'école déjà en retard de croissance et / ou souffrant de carences en micronutriments ou (de plus en plus) affectés par un poids excessif. Les mesures en milieu scolaire peuvent aider à prévenir et à gérer toutes les formes de malnutrition tout en améliorant les résultats de l'éducation. Un document de travail du Comité permanent de la nutrition des Nations Unies (UNSCN) montre que les écoles offrent une opportunité unique d'améliorer la nutrition en utilisant une approche multi-sectorielle. Fournir des repas scolaires est l'intervention alimentaire et nutritionnelle la plus connue en milieu scolaire, mais les écoles offrent d'autres possibilités d'améliorer la nutrition, comme la promotion du lavage des mains au savon avant les repas, les traitements vermifuges, l'éducation nutritionnelle, la diversification agricole, l'amélioration des installations d'eau et d'assainissement et la supplémentation en micronutriments.

L'influence des écoles peut s'étendre au-delà des élèves eux-mêmes, avec la participation des enseignants, des parents et d'autres membres de la communauté au renforcement des capacités en matière d'alimentation saine et d'éducation. Les interventions peuvent catalyser le développement communautaire, notamment en influençant les systèmes de production agricole pour fournir des aliments diversifiés et nutritifs (grâce à la production agricole), promouvoir des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie et aborder les problèmes de santé, d'hygiène et d'assainissement de base. En offrant un meilleur environnement de vie et de santé, les écoles ont la possibilité non seulement de soutenir l'éducation, mais aussi de soutenir les activités nutritionnelles traditionnelles dans les communautés.

Pour de plus amples renseignements, cliquez sur le lien suivant (en anglais) : [www.unscn.org/uploads/web/news/document/School-Paper-EN-WEB-nov2017.pdf](http://www.unscn.org/uploads/web/news/document/School-Paper-EN-WEB-nov2017.pdf)

## Cartographie des alliances MNT

Les maladies non transmissibles (MNT) - qui comprennent le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiovasculaires et les problèmes de santé mentale - sont la principale cause de la mortalité dans le monde entier et affectent les pays en développement de manière disproportionnée. Depuis le début de la décennie, les maladies non transmissibles ont été inscrites au programme national et mondial en matière de santé et de développement par une série d'engagements politiques, notamment les objectifs et le plan d'action mondial 2025 de l'OMS pour 2013-2020. Ils ont également été inclus dans les objectifs de développement durable (ODD) de 2030. Cependant, les progrès dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles ont été lents et celles-ci sont souvent sous-représentées dans les plans nationaux de santé des pays en développement. Par exemple, les MNT provoquent 30 fois plus de décès mais reçoivent 17 fois moins de financement que le VIH / SIDA.

L'Atlas des Alliances MNT partage 38 études de cas de bonnes pratiques pour agir comme un outil de plaidoyer pour promouvoir l'action contre toutes les maladies non transmissibles, y compris les MNT liées à l'alimentation. Les enseignements tirés d'autres mouvements mondiaux pour la santé et le développement, notamment le VIH / SIDA, ont montré l'importance d'organisations de la société civile (OSC) et d'efforts communautaires pour accélérer l'action. L'Atlas fournit un aperçu de l'état actuel des alliances mondiales des OSC dans le domaine des maladies non transmissibles. Les actions couronnées de succès en ce qui concerne les maladies non transmissibles liées à la nutrition comprennent :

- **Les efforts de l'Afrique du Sud** dans un programme de plaidoyer en faveur d'une taxe sur les boissons sucrées ;
- **La collaboration de Zanzibar** pour améliorer les possibilités d'alimentation saine impliquant davantage les décideurs politiques du district dans les discussions sur les maladies non transmissibles et les campagnes médiatiques de sensibilisation ; et
- **Le Bangladesh** vise à élargir l'accès à des aliments et à des services de santé nutritifs, y compris l'étiquetage des emballages alimentaires et l'étiquetage des magasins communautaires locaux comme centres de santé, au sein des communautés urbaines.

Pour de plus amples informations, consultez le site suivant (en anglais) : [ncdalliance.org/resources/ncd-atlas?goal=0\\_1750ef6b4b-b83e3fc49f-64403161](http://ncdalliance.org/resources/ncd-atlas?goal=0_1750ef6b4b-b83e3fc49f-64403161)



# Financement de la nutrition

## – un changement de paradigme ?

Le Cadre d'investissement pour la nutrition de la Banque mondiale, lancé en 2017, a été la première initiative à « mettre un prix » sur la nutrition, stipulant que des dépenses supplémentaires de 7 milliards de dollars (en plus des dépenses actuelles) sont nécessaires d'ici 2025 pour atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie et l'allaitement maternel exclusif par le biais d'interventions nutritionnelles spécifiques. La Banque mondiale confirme que ce cadre a favorisé l'émergence de nouveaux bailleurs de fonds et que les gouvernements nationaux ont relevé le défi (même si l'investissement reste en deçà de l'objectif recommandé)

De nouveaux calculs de Save the Children concluent que 23 milliards de dollars supplémentaires sont nécessaires chaque année pour atteindre l'objectif de développement durable (ODD) n° 2, « faim zéro », d'ici 2030, soit trois fois plus que les estimations de la Banque mondiale. La réalisation de cet objectif financier consisterait à reconnaître « un changement de paradigme dans le financement de la nutrition » puisqu'il inclut le financement de programmes multi-sectoriels.

Le document de synthèse *Nutrition Boost* suggère de combler le déficit de financement en : mobilisant les ressources

nationales grâce à une réforme fiscale progressive ; en intensifiant les mécanismes de financement innovants tels que le mécanisme de financement mondial et le pouvoir de la nutrition ; et en améliorant l'aide publique au développement afin qu'elle se concentre sur les ressources nationales les plus exclues et les plus catalysées. Mais peu importe le financement disponible, quatre piliers sont essentiels (voir l'illustration 1) :

- **Soutenir et financer les plans nationaux de nutrition** : la clé du changement impulsé par les pays, en fournissant les coûts au niveau national et en identifiant les déficits de financement dans les interventions relatives à la nutrition ;
- **Équité** - Ne laisser personne de côté ;
- **Transparence et responsabilité** - de tous les financements de la nutrition, tant au niveau national qu'international ; et
- **Comblé le fossé entre développement et humanitaire** ; - investir dans un programme de développement en réponse aux catastrophes avec un financement post-urgence pour protéger les acquis en matière de développement.

Pour davantage d'informations, cliquez sur le lien suivant (en anglais) : [www.savethechildren.org.uk/](http://www.savethechildren.org.uk/)

### Illustration 1

#### RESSOURCES DE DÉPENSE : QUATRE PRINCIPES POUR VEILLER À CE QUE LES RESSOURCES NUTRITIONNELLES SOIENT MIEUX DÉPENSÉES

##### LA NUTRITION POUR TOUS LES ENFANTS



**Soutenir et financer les plans nationaux de nutrition**  
chiffrés  
multisectoriels et  
multipartie-prenantes

**Intégrer l'équité**  
en donnant la priorité  
à l'initiative « Ne laisser  
personne de côté »

**Être transparent et responsable**  
en matière du  
financement de la  
nutrition au niveau  
national et mondial

**Comblé l'écart**  
entre les interventions  
humanitaires et de  
développement



# Quoi de neuf chez ENN ?

## Nutrition Exchange en est à son 10e numéro !

NEX a parcouru un long chemin depuis sa création en tant que version condensée de *Field Exchange* en 2011. Les premiers numéros de NEX (connus alors sous le nom de FEX Condensé) se concentraient sur la traduction du contenu plus technique de FEX au profit des lecteurs nationaux et infranationaux qui ne sont peut-être pas des nutritionnistes professionnels mais ont néanmoins un rôle clé à jouer dans la lutte contre la malnutrition dans leur pays. NEX est rapidement devenu une publication à part entière, mettant en vedette des articles originaux d'acteurs nationaux et infranationaux et adoptant son nouveau nom.

Depuis lors, NEX est devenu une publication biannuelle disponible en quatre langues principales : l'arabe, le français, l'espagnol et l'anglais. En seulement sept ans, son lectorat a considérablement augmenté et il est maintenant disponible dans 98 pays. NEX est devenu une publication clé écrite par et pour les acteurs nationaux. Il permet de tirer des enseignements de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la malnutrition dans les pays d'Asie, d'Afrique, d'Amérique latine, des Caraïbes et du Moyen-Orient. Il joue également un rôle clé dans l'acquisition de connaissances dans les pays du Mouvement SUN et bénéficie du soutien généreux des bureaux régionaux de l'UNICEF pour les traductions en arabe et en espagnol.

## Prévention de l'émaciation

« Adopter une approche stratégique, fondée sur des données probantes en matière de prévention de l'émaciation » est une série de travaux en plusieurs phases menée par ENN et commandée par le Département pour le développement international (DFID) dans le cadre du programme MQSUN + (Maximizing the Quality of Scaling Up Nutrition Plus). La première phase a fourni un résumé de l'étiologie de l'émaciation (voir ce document

rédigé en anglais : [www.enonline.net/attachments/2796/030B\\_Aetiology-of-wasting\\_FINAL\\_9May2018.pdf](http://www.enonline.net/attachments/2796/030B_Aetiology-of-wasting_FINAL_9May2018.pdf)) et une revue de la littérature de ce qui fonctionne pour prévenir l'émaciation. Des entretiens avec les acteurs clés impliqués dans ce domaine seront prochainement disponibles sur notre site web.

## L'émaciation et le retard de croissance

L'ENN continue de coordonner le Groupe d'Intérêt Technique de retard de croissance (WaSt) : (voir ce site rédigé en anglais : [www.enonline.net/ourwork/reviews/wastingstunting](http://www.enonline.net/ourwork/reviews/wastingstunting))

En janvier 2018, le Groupe d'Intérêt Technique s'est réuni à Oxford pour discuter du travail entrepris au cours des deux années précédentes et planifier la prochaine phase de travail. Certains membres du Groupe d'Intérêt Technique WaSt ont ensuite

rencontré un autre groupe technique coordonné par l'ENN et chargé de la prise en charge des mères et des nourrissons à risque de moins de six mois (voir ci-dessous). Le compte-rendu de cette réunion qui a attiré de nombreux participants est disponible ici : [www.enonline.net/resources/timetoovercometheseparation](http://www.enonline.net/resources/timetoovercometheseparation).

## Réunion relative à la gestion des mères et des nourrissons à risque (MAMI)

Une réunion d'une journée du groupe d'intérêt spécial MAMI a eu lieu à Londres début 2018. La réunion a été organisée par l'ENN en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et Save the Children et financée par l'ENN (avec le financement d'Irish Aid) et Save the Children. La réunion visait à identifier les synergies, les opportunités, les priorités et les prochaines étapes pour aider à développer la base de données sur MAMI, en s'appuyant sur une réunion précédente ([www.enonline.net/mamimeetingreport](http://www.enonline.net/mamimeetingreport)) et sur des discussions d'une journée avec le groupe d'intérêt technique sur l'émaciation et le retard de croissance (Groupe d'Intérêt Technique WaSt).

Les présentations sur les domaines prioritaires traités depuis 2016 ont conduit à quatre groupes de travail sur (1) les indicateurs anthropométriques pour l'identification des nourrissons nutritionnellement vulnérables, (2) les lacunes dans la programmation MAMI, (3) les questions, interventions et résultats pour évaluer MAMI et (4) les recommandations sur les interventions non alimentaires pour ce groupe d'âge.

Les prochaines étapes ont été identifiées et ont pour objet l'examen plus approfondi des ensembles de données existantes afin de fournir davantage de preuves : prochaines étapes pour l'outil de gestion communautaire des mères et des nourrissons à risque (C-MAMI) ; plaidoyer ; et opportunités d'analyse conjointe avec le Groupe d'Intérêt Technique WaSt. Le rapport complet de la réunion peut être téléchargé ici (en anglais) :

[www.enonline.net/mamiwastmeetingjanuary2018](http://www.enonline.net/mamiwastmeetingjanuary2018)

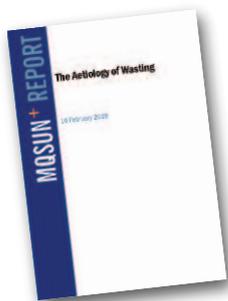
Le compte-rendu de réunion pour la réunion MAMI-WaSt est disponible ici : <https://www.enonline.net/mamiwastmeetingjanuary2018>

## Programmes multisectoriels

Le rapport de synthèse final de l'ENN sur les programmes de nutrition multi-sectoriels (MSP) au niveau infranational au Kenya, au Sénégal et au Népal documente la façon dont ces MSP fonctionnent sur le terrain. Cela fournit des éléments de preuve importants aux décideurs et aux praticiens sur la manière dont ces programmes sensibles à la nutrition sont mis en œuvre et interagissent avec les institutions existantes. Les études de cas examinent à la fois la mise en œuvre pilotée par le gouvernement (Népal) et les instances où le gouvernement a joué un rôle de soutien (Kenya et Sénégal). Voir [www.enonline.net/exploringmsspsubnationallevel](http://www.enonline.net/exploringmsspsubnationallevel) Il y a un nouveau thème de discussion sur en-net en soutien à ce travail, consacré au partage d'informations sur tous les aspects de la programmation multi-sectorielle de la nutrition. Voir [www.en-net.org/forum/28.aspx](http://www.en-net.org/forum/28.aspx)

<sup>1</sup> Appelé précédemment « gestion de la malnutrition aiguë chez les nourrissons de moins de 6 mois », le terme « MAMI » a été mis à jour pour refléter l'évolution de la pensée et de la portée de l'initiative.

<sup>2</sup> [www.enonline.net/c-mami](http://www.enonline.net/c-mami). La version 2 est désormais disponible.



**Le lien entre développement et humanitaire**

ENN, avec le financement du DFID et d'Irish Aid, réalise une série d'études nationales sur les programmes spécifiques à la nutrition et de sensibilisation à la nutrition dans les contextes d'urgence chronique et aiguë afin de déterminer dans quelle mesure les programmes humanitaires et de développement sont liés. Ces liens sont souvent appelés le lien entre l'humanitaire et le développement (HDN). Au niveau mondial, l'accent a été mis sur la nécessité de se concentrer sur le développement humain durable en réalisant qu'une proportion croissante de l'aide humanitaire est administrée dans des contextes où les situations d'urgence sont la norme. Cela signifie que le programme humanitaire se poursuit sans relâche, avec peu d'efforts pour renforcer la résilience et les systèmes à plus long terme. L'une des principales recommandations émises lors du Sommet humanitaire mondial de 2016 était la nécessité de renforcer le lien entre

humanitaire et développement, et il y a maintenant beaucoup d'activités aux niveaux mondial et national pour concevoir des cadres politiques et programmatiques pour atteindre cet objectif. ENN vise à examiner ce lien dans un certain nombre de contextes en utilisant un prisme de la programmation nutritionnelle. Le but de ce travail sera de déterminer comment le lien entre développement et humanitaire s'exprime sur le terrain et où il peut y avoir d'autres opportunités pour renforcer les liens programmatiques pour la nutrition.

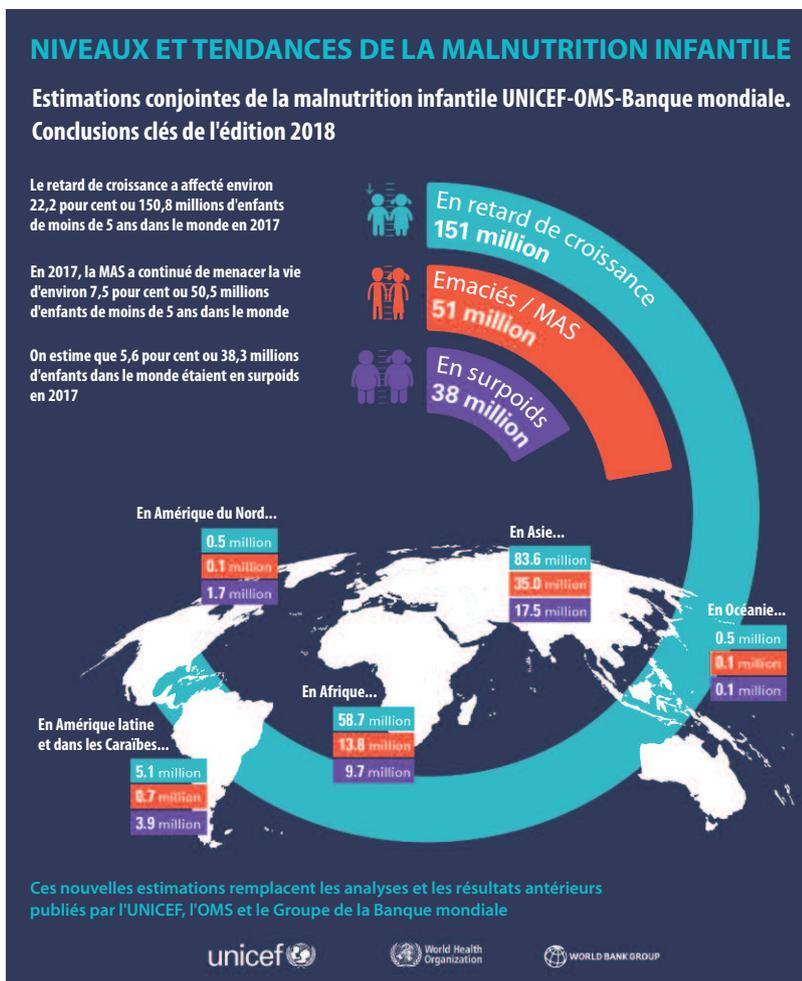
Les résultats de la première étude de cas de pays au Kenya se trouvent dans un article de *Field Exchange 57* (voir [www.ennonline.net/fex/57/nexusnutpolicykenya](http://www.ennonline.net/fex/57/nexusnutpolicykenya)). D'autres études de cas incluent la Somalie (prévue pour octobre 2018), le Soudan du Sud et le nord du Nigeria. Un groupe consultatif de pilotage composé de donateurs, d'agences des Nations Unies et d'ONG internationales aide l'ENN à encadrer le travail et à contribuer à l'analyse.

# Visage émergent de la malnutrition

Les nouveaux chiffres de l'équipe inter-institutionnelle (UNICEF, OMS et Groupe de la Banque mondiale) sur la malnutrition montrent que la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans a diminué de 5 millions depuis 2016. Cependant, 151 millions d'enfants étaient encore touchés dans le monde en 2017. Au moins un enfant de moins de cinq ans sur quatre souffre de retard de croissance dans sept sous-régions, bien que

l'Afrique soit la seule région où le nombre d'enfants ayant un retard de croissance a augmenté.

Les niveaux d'émaciation ont augmenté d'un million depuis 2016 : 51 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient et 16 millions étaient atteints sévèrement en 2017. En Asie du Sud, 15,3 pour cent des enfants souffrent d'émaciation, ce qui constitue une urgence critique en matière de santé publique (la prévalence mondiale est de 7,5 pour cent).



Le surpoids et l'obésité chez les enfants touche près de 38 millions d'entre eux dans le monde. Les nouvelles estimations confirment qu'il n'y a pas eu de progrès pour enrayer la hausse du surpoids depuis 15 ans. La prévention de toutes les formes de malnutrition est la même : nutrition maternelle adéquate, alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant, environnement sain (y compris l'accès aux services de santé, à l'eau potable et à l'assainissement) et activité physique.

Bien que l'on sache que les enfants souffrent de plus d'une forme de malnutrition, comme le retard de croissance et le surpoids ou le retard de croissance et l'émaciation, ces pathologies associées (appelées « concurrence ») ne sont pas encore disponibles dans les estimations mondiales ou régionales communes.

Les dernières estimations conjointes montrent que les taux de retard de croissance, d'émaciation et de surpoids / d'obésité diminuent trop lentement pour atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) pour 2025 ou les objectifs de développement durable à l'horizon 2030.

Pour en savoir plus, consultez cette page (rédigée en anglais) [www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1)

# Cartographie multisectorielle des actions au Burundi et au Myanmar : Vers une coordination plus efficace



**Ernest Niyokindi** est le chef de cabinet adjoint/deuxième vice-président de la République du Burundi et le point focal gouvernemental du Mouvement SUN.

**Dr Célestin Sibomana** a rejoint le bureau de la deuxième vice-présidence en 2014 en tant que conseiller en santé, fournissant un soutien technique au secrétariat de SUN.

**Francis Muhire** est assistant technique attaché au point focal de SUN, gérant les activités quotidiennes du secrétariat SUN au Burundi.

**Dr Lwin Mar Hlaing** est directeur adjoint du Centre national de nutrition du Myanmar, qui est basé au ministère de la Santé.

**Dr Sansan Myint** est le facilitateur national du partenariat REACH<sup>1</sup> au Myanmar.

## Contexte

La cartographie multipartite a pour but de fournir un aperçu des actions mises en œuvre dans la lutte contre la malnutrition. L'exercice de cartographie vise à identifier qui fait quoi, où et comment, afin de fournir une image plus complète des interventions du point de vue de la couverture géographique et démographique. Ce genre d'informations rend les gouvernements plus à même de mener des discussions multisectorielles, multipartites et factuelles qui leur permettent de progresser plus rapidement vers les cibles nationales de nutrition.

Le partenariat REACH (Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition)<sup>1</sup> fonctionne depuis 2008 utilisant des outils efficaces, tels que l'outil de cartographie des parties prenantes et de la nutrition<sup>2</sup>, afin de soutenir l'engagement en faveur de la nutrition de toute une gamme d'acteurs à travers des secteurs multiples. En 2017, l'outil avait été intégré dans une plateforme web, le rendant plus compatible avec les systèmes d'information tels que les systèmes d'information sanitaire des districts (DHIS, version 2). À ce jour, l'exercice de cartographie a été mené dans 15 pays et est en cours dans six autres.

Cet article décrit l'utilisation de cet outil dans deux contextes assez différents : au Burundi en Afrique de l'Est et au Myanmar au sud-est de l'Asie.

## Burundi

Le Burundi est un petit pays enclavé de l'Afrique de l'Est, qui compte à peine plus de 10,5 millions d'habitants. On y enregistre des niveaux élevés de malnutrition, avec une

prévalence de retard de croissance de 58 pour cent et une prévalence d'émaciation de 6 pour cent chez les enfants de moins de cinq ans.<sup>3</sup>

Le gouvernement du Burundi, par l'intermédiaire du secrétariat SUN géré par le point focal SUN, s'est déclaré disposé à mener l'exercice de cartographie afin de mieux comprendre la situation nutritionnelle du pays. Lancée en janvier 2018 avec le soutien du secrétariat du Réseau des Nations Unies, la cartographie multisectorielle permet au gouvernement du Burundi d'amasser des données très utiles sur la couverture fournie par partie prenante et par programme.

Ceci, à son tour, permet au gouvernement de cerner les lacunes, les chevauchements et les possibilités pour coordonner plus efficacement les actions de nutrition des parties prenantes dans l'ensemble des secteurs. En cas de chevauchement, l'exercice de cartographie permettra au gouvernement (et à ceux qui le soutiennent) de réaffecter les maigres ressources dont il dispose à d'autres localités qui présentent des taux élevés de malnutrition sans pour autant



Pesée d'un enfant dans une clinique au Burundi

<sup>1</sup> Le partenariat REACH (Partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants) est un mécanisme d'aide aux pays, appartenant au réseau de l'ONU, qui joue un rôle de catalyseur pour le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition/Renforcer la nutrition) dans les pays SUN choisis.

<sup>2</sup> Pour un aperçu sur l'outil de cartographie de la nutrition, consultez le site [www.securenutrition.org/resource/multisectoral-mapping-nutrition-la-cartographie-multisectorielle-des-actions-de-nutrition](http://www.securenutrition.org/resource/multisectoral-mapping-nutrition-la-cartographie-multisectorielle-des-actions-de-nutrition)

<sup>3</sup> GNR 2017. *Rapport mondial sur la nutrition. Profils nutritionnels par pays : Burundi*. Bristol, Royaume-Uni : Les initiatives de développement.

recevoir l'attention nécessaire. Le gouvernement du Burundi espère attirer un investissement accru à l'égard de la nutrition en poursuivant cette approche de mise à l'échelle plus judicieuse.

**Intéresser des secteurs différents**

L'exercice de cartographie a également fourni un terrain favorable qui permet de faire participer un nombre important de secteurs, y compris le personnel de sept ministères : Santé, Agriculture, Commerce et Industrie, Planification et Finance, Environnement, Développement local, et Sécurité sociale et Droits de l'homme. Au Burundi, ce vaste engagement et ce soutien gouvernemental ont donné lieu à une activité de cartographie dynamique, facilitée par le point focal de SUN. Les efforts ont été coordonnés par le bureau du deuxième vice-président, où se situe le point focal de SUN, et soutenus par l'équipe nationale de cartographie. À ce jour, plus de 30 parties prenantes ont communiqué des données.

L'exercice de cartographie peut également contribuer à la création d'une demande de collaboration multisectorielle et inculquer cette nouvelle façon de travailler aux parties prenantes de certains secteurs. Certaines parties prenantes ne comprennent pas, semble-t-il, comment leurs activités « habituelles » se rapportaient à la nutrition ou comment ils pourraient les rendre plus sensibles à la nutrition. D'autres sont préoccupées par leurs activités sectorielles « habituelles » et ont du mal à consacrer du temps aux processus multisectoriels. De tels défis comprennent également une procédure multisectorielle à un niveau provincial<sup>4</sup>. La formulation du nouveau Plan stratégique national sur la nutrition et la sécurité alimentaire (2019-2023) offre une nouvelle occasion de renforcer l'approche multisectorielle sur la nutrition. Les principales constatations issues du processus de cartographie ont été prévues de sorte à alimenter la révision du plan stratégique du gouvernement burundais.

Par exemple, une nouvelle approche multisectorielle pour la mise en œuvre des interventions nutritionnelles est en cours de mise en œuvre dans deux provinces du sud, Makamba et Rutana. Ceci combine les efforts des agents de l'administration publique, des ONG, de la société civile locale et des autorités religieuses, rassemblant ces parties prenantes dans le cadre d'un comité de direction et d'un comité technique. Le comité de direction, présidé par le point focal de SUN, est responsable de surveiller la mise en œuvre des interventions nutritionnelles et de mieux mobiliser les différentes parties prenantes.

**Les défis qui subsistent**

Lors de la collecte de données, il a fallu mettre en évidence l'objectif de la cartographie afin de surmonter les problèmes relatifs au partage des données, vu que certaines parties prenantes ont, dans un premier temps, perçu l'exercice comme un moyen de contrôler leur travail. L'exercice a également fait ressortir le besoin de mieux rendre compte de la couverture des interventions qui ont été livrées à l'aide d'approches variées (ex. campagnes exceptionnelles, services de routine).

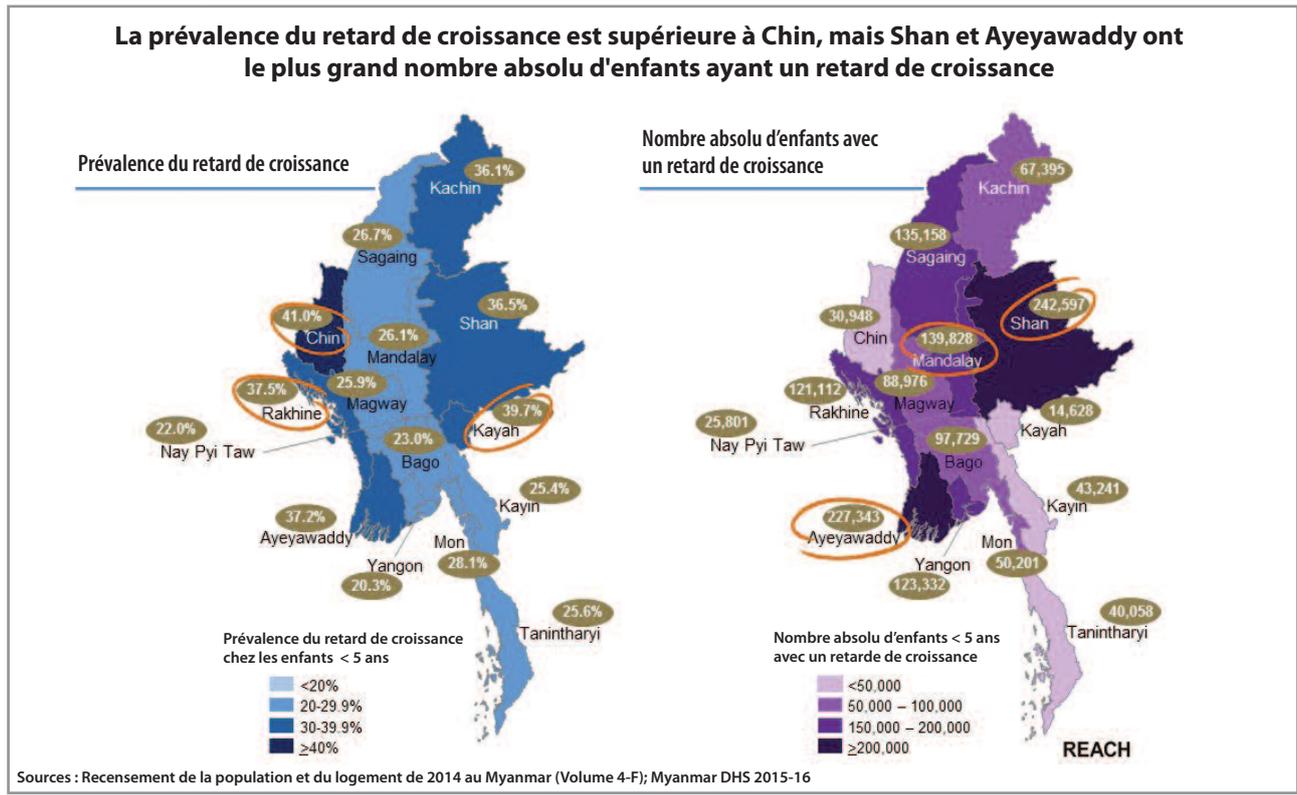
**Myanmar**

Comme au Burundi, l'exercice de cartographie a été mené par le gouvernement et a utilisé le même outil adapté au contexte du Myanmar. La République de l'Union du Myanmar compte environ 54 millions de Birmans et 135 groupes ethniques reconnus. La prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est de 29 pour cent, et 7 pour cent des enfants sont émaciés<sup>5</sup>. Cependant, ces chiffres

<sup>4</sup> Jusqu'à présent, deux provinces ont mis en place des plateformes décentralisées, sous la présidence des gouverneurs de provinces. Elles élaborent des plans de nutrition et de sécurité alimentaires stratégiques pour la province en s'inspirant des plans de développement communautaire pour la province.

<sup>5</sup> GNR 2017. *Rapport mondial sur la nutrition. Profils nutritionnels par pays : Myanmar*. Bristol, Royaume-Uni : Les initiatives de développement.

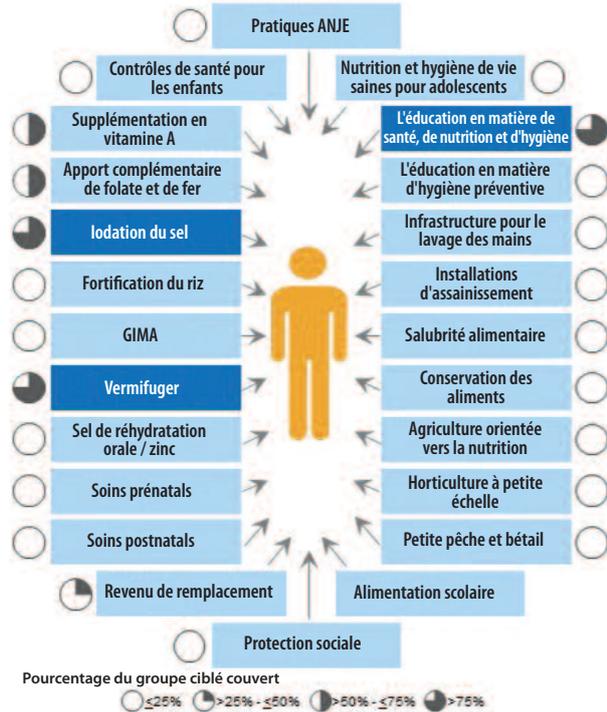
**Illustration 1** Extrait de la cartographie des acteurs et de la nutrition appuyée par REACH (Myanmar)



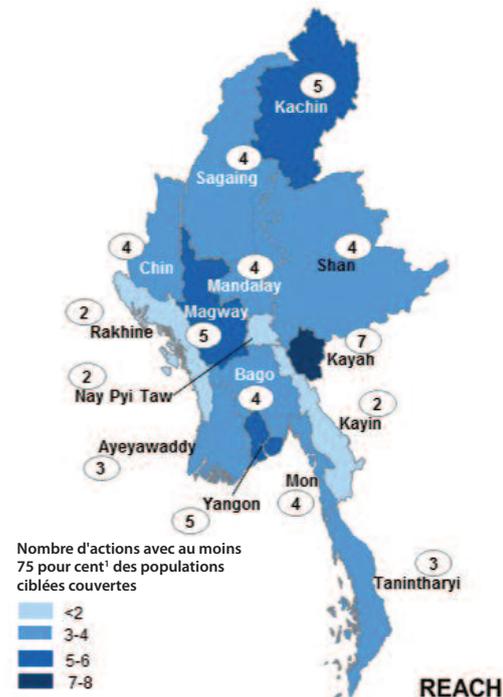
**Illustration 2** Un extrait de l'aperçu multisectoriel de Myanmar

**La population reçoit-elle l'ensemble complet d'interventions en matière de nutrition ?**

En moyenne, environ 3 interventions sont mises en œuvre à l'échelle


<sup>1</sup> Ce nombre est un niveau défini par le pays en fonction des résultats de la cartographie des parties prenantes pour mettre en évidence les disparités dans la couverture de l'action

Cependant, la couverture des interventions atteignant 75 pour cent des bénéficiaires varie selon les États / régions



cachent de fortes disparités régionales, car certains États et certaines régions signalent une prévalence d'émaciation de plus de 13,9 pour cent et une prévalence de retard de croissance de 41 pour cent<sup>6</sup>.

L'exercice de cartographie au Myanmar a été réalisé avec succès en 2017, avec le soutien des facilitateurs de REACH. La cartographie a fourni un point de départ pour la mobilisation d'un grand nombre de secteurs en faveur de la nutrition (p. ex. ceux qui se trouvent hors du secteur de la santé), y compris les quatre ministères clés : agriculture, élevage et irrigation, prise en charge sociale, activités de secours et de réinstallation, santé et sports, et éducation. En outre, la responsable du Centre national de nutrition et son équipe, qui fournissent le soutien technique au point focal gouvernemental de SUN, se sont engagées activement tout au long du processus, en coordonnant et en faisant participer d'autres parties prenantes. Le ministère de la Santé abrite à la fois le point focal (représenté par le directeur général du ministère de la Santé) et le Centre national de nutrition.

L'outil de cartographie permet au gouvernement et aux partenaires de développement de dresser la liste des régions géographiques et des interventions nécessitant une action intensifiée, et d'établir par là-même un ordre de priorité. Il contribue également à appeler l'attention sur les zones qui manquent de ressources. De plus, la cartographie joue un rôle important pour le renforcement du Réseau des Nations Unies et le développement d'une collaboration plus efficace entre les réseaux SUN (Nations Unies, gouvernement, donateurs et société civile) dans le but d'obtenir les meilleurs résultats.

L'exercice de cartographie a également mis en évidence l'importance d'améliorer la collecte de données et les systèmes de rapport au sein des quatre ministères concernés,

et permis de repérer certains points faibles comme le besoin d'un cadre commun de résultats. Il a contribué à la sensibilisation des parties prenantes nationales sur le rôle des données factuelles.

### Les défis qui subsistent

Chaque secteur ou organisme possède son propre mandat organisationnel et une planification en cours. Il a souvent été difficile d'inciter le personnel à être plus transparent et à partager des informations concernant des programmes et budgets spécifiques à l'organisme ou au secteur. Cela est en partie dû aux processus décisionnels de chaque institution, qui ne sont pas toujours propices pour composer avec des activités conjointes. La cartographie a rendu possible ce genre de partage et a mené à l'établissement et au fonctionnement d'équipes techniques au sein des quatre ministères. En dépit des progrès visant une action collective, il faut encore œuvrer sans relâche à la consolidation de ces gains.

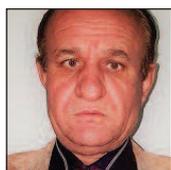
### Prochaines étapes

Le personnel du Centre national de nutrition et celui du Bureau central de statistiques ont reçu une formation sur l'outil et la méthodologie de la cartographie, permettant d'institutionnaliser la fonction de cartographie au sein du gouvernement dans le but de pouvoir reproduire l'exercice à l'avenir. Cet outil sera inclus dans le cadre de suivi et d'évaluation du nouveau Plan multisectoriel national de l'action pour la nutrition (2017-2022). Les parties prenantes nationales explorent également la possibilité d'utiliser les données de cartographie pour suivre le statut de mise en œuvre du nouveau plan, comme proposé en Tanzanie et mis en œuvre au Sénégal.

<sup>6</sup> DHS 2015-2016.



# Fournir une couverture pour les programmes de nutrition au niveau du district au Baloutchistan, Pakistan



**Hassan Hasrat** est président-directeur général de la Society for Community Action Process (SCAP-Balochistan), une ONG locale. Il a 10 ans d'expérience dans le développement de la santé, de la nutrition et de la communauté.

**Shah Mohammad** est gestionnaire du programme et des opérations de SCAP-Balochistan, avec 15 ans d'expérience dans le développement communautaire.

## Introduction

Le Baloutchistan est la province la moins développée des quatre provinces du Pakistan, avec une proportion élevée d'enfants âgés de moins de 5 ans en retard de croissance (52 pour cent)<sup>1</sup> et émaciés (16 pour cent). De plus, la prévalence de l'anémie chez les enfants de ce groupe d'âge est de 57 pour cent, et chez les femmes en âge de procréer est de presque 49 pour cent. On estime que de nombreux facteurs contribuent à la malnutrition des enfants au Baloutchistan, y compris : les pratiques sous-optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ; les infections fréquentes chez les enfants (surtout les maladies diarrhéiques et la rougeole) ; les carences nutritionnelles, le décès ou la maladie de la mère ; l'absence ou l'insuffisance de suppléments en micronutriments ; et l'insécurité alimentaire des ménages et l'inégalité des genres.<sup>2</sup>

## Accent sur la nutrition au niveau des districts

En réponse à la situation nutritionnelle difficile dans la province, le Département de la santé du Baloutchistan a lancé le Programme de nutrition pour les mères et les enfants (BNPMC) en 2016, par le biais de la Cellule de nutrition, située au sein du Département. Le Programme de nutrition pour les mères et les enfants met en place des activités nutritionnelles reconnues (voir la liste ci-dessous) auprès de la population rurale et urbaine des sept districts sélectionnés, visant avant tout les populations défavorisées économiquement et socialement. La population totale de ces districts est de 1 654 613, et il est estimé que la population cible comprend 132 369 femmes enceintes et allaitantes (FEA) et 254 615 enfants âgés de moins de 5 ans. L'élaboration du BNPMC a comporté des consultations afin de convenir des rôles et des responsabilités avec l'ensemble des parties prenantes, au nombre desquelles le Département de la Santé, le gouvernement du district, Peoples Primary Health Initiative (PPHI) (programme gouvernemental de partenariats publics-privés, fournissant des services de santé dans les unités sanitaires de base des districts) et les ONG locales.

Le rôle principal de la cellule de nutrition est de définir les politiques aux niveaux national et provincial (ce dernier pour la mise en œuvre). En outre, elle fournit la supervision et le

leadership pour une programmation efficace aux niveaux de la province et du district, établit des normes et des directives techniques (y compris comment atteindre la population cible), fournit une assistance technique, réalise le suivi et l'évaluation, supervise la recherche opérationnelle, joue un rôle de plaidoyer auprès d'autres secteurs, tels que celui de l'agriculture et de l'élevage.

La mise en œuvre du programme, surtout la prestation des services, reste dans le domaine des districts, où les activités sont réalisées par le biais des partenariats avec d'autres secteurs publics et privés. La majorité des partenariats est conclue avec le Programme national de planning familial et de soins de santé primaire (à travers le Programme des travailleuses de la santé, un cadre d'agents de santé communautaire offrant des services de soins de santé primaires), la PPHI et les organisations dirigées par les ONG et la communauté.

Le BNPMC s'articule autour des cinq axes suivants :

1. **S'attaquer à la malnutrition chez les enfants** en renforçant la disponibilité et l'accessibilité du soutien à l'ANJE et des services de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans les districts ciblés et chez les femmes enceintes et allaitantes, à l'aide de séances de communication sur le changement des pratiques de nutrition, de santé et d'hygiène ;
2. **S'attaquer aux carences en micronutriments**, y compris par la supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et l'expansion de l'iodation du sel et de l'enrichissement de la farine de blé, etc. ;
3. **La communication sur le changement des comportements** - en coordination avec les canaux de communication pour le changement des pratiques socioculturelles et nutritionnelles qui pourraient conduire à la malnutrition, par le biais du plaidoyer tel que la mise au point et la diffusion des matériaux, les programmes de radio, le théâtre communautaire, etc. ;
4. **Le renforcement des dispositions institutionnelles** - l'objectif du BNPMC est de définir les rôles et

<sup>1</sup> National Nutrition Survey/Enquête nationale sur la nutrition (NNS, 2011).

<sup>2</sup> Conclusions du NNS 2011, des rapports et du suivi au niveau local.

responsabilités, de bâtir les capacités et de renforcer les mécanismes institutionnels pour la coordination des secteurs (tandis que le secteur public finance un poste de directeur adjoint de la nutrition au niveau provincial, toutes les activités au niveau des districts sont soutenues par des postes que financent les partenaires de développement) ; et

**5. Le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation** - une unité de suivi et d'évaluation a été établie au sein de la cellule de nutrition du Département de la santé pour coordonner les activités de suivi dans la province.

Le cout total du BNPMC est de 1 492,62 millions PKR (14,21 millions USD), dont 80 pour cent ont été fournis par la Banque mondiale (par le biais du Partenariat pour l'amélioration du Fonds fiduciaire pour la nutrition) et 20 pour cent par le gouvernement du Baloutchistan. La majorité du financement a été allouée au renforcement des dispositions institutionnelles (41,3 pour cent), comprenant le programme de recrutement, l'assistance technique pour le renforcement des capacités, le renforcement des mécanismes de coordination, etc., à la lutte contre la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes et allaitantes (37 pour cent) et au traitement du problème des carences en micronutriments (13,6 pour cent). Le SCAP Baloutchistan a reçu un financement de 48 millions PKR (0,45 million USD) pour le programme, par le biais du Département de santé.

**Le partenariat avec une ONG locale**

L'exercice de cartographie du Département de la santé a établi que plus de la moitié des zones de chaque district n'étaient pas couvertes par le BNPMC. Une ONG locale, SCAP-Baloutchistan, a été sélectionnée comme partenaire pour la mise en œuvre de services nutritionnels dans deux districts mal desservis, Nushki et Kharan, de janvier 2017 à juin 2018. SCAP a formé un nouveau cadre de 70 fournisseurs de services communautaires, y compris des travailleurs de nutrition communautaire et le personnel du projet, sur les objectifs et les activités du BNPMC dans les deux districts.

En plus de la prise en charge communautaire de la malnutrition et l'alimentation supplémentaire des femmes enceintes et allaitantes, le programme se concentre également sur les activités de prévention. Par exemple, 31 928 femmes en âge de procréer sont soutenues sur les pratiques améliorées de l'ANJE, la santé et l'hygiène, et l'importance de l'éducation de la femme et les interventions de santé, comme la vaccination. Afin de prévenir l'anémie, des comprimés de fer et d'acide folique seront fournis à 2 554 femmes dans les zones non couvertes, avec d'autres stratégies telles que le vermifuge et la promotion de la diversité et la qualité alimentaires. Au total, 250 groupes de soutien communautaires (Groupes de soutien pour les mères et pères) ont été formés et mobilisés, chaque groupe comprenant environ 20 ménages. Les groupes ont nommé une personne ressource de leur communauté, qui a suivi une formation de renforcement des capacités afin de diriger les séances de groupe selon les méthodes de SCAP, en utilisant les outils d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Les services nutritionnels mis en œuvre par SCAP Baloutchistan assureront le suivi d'un certain nombre de cibles, notamment l'allaitement exclusif chez les enfants âgés de 0 à 6 mois (une hausse de 40 pour cent à 50 pour cent) ; le régime minimum acceptable pour les enfants âgés de 6 à 24 mois (une hausse de 15 pour cent du niveau de base) ; et une hausse de 50 pour cent chez les femmes enceintes qui reçoivent des

SCAP Balochistan



Mères recevant une séance d'éducation nutritionnelle de la part d'agents de nutrition communautaire

comprimés de fer et d'acide folique et adhèrent au traitement. Le programme a déjà couvert 89 pour cent des bénéficiaires ciblés avec son premier tour de dépistage communautaire et de services de sensibilisation : un total de 238 468 enfants âgés de moins de 5 ans et 120 778 femmes enceintes et allaitantes ont été atteints ou dépistés.

Plusieurs aspects du programme fonctionnent bien dans les districts :

- l'ONG a formé les ressources humaines sur les services de logistique afin d'assurer la présence de services nutritionnels sur les sites fixes du PTA ;
- les réunions de coordination du district ont lieu régulièrement pour garantir la participation d'autres parties prenantes/services et décideurs ; et
- la coordination se heurte à peu d'obstacles au niveau du district, principalement parce que le Service de santé du district est joué un rôle actif dans la mise en œuvre du programme et dans la fourniture des services nutritionnels de soutien.

**Défis à relever et enseignements tirés**

De nombreux défis sont associés au travail dans les zones rurales où les services sont faibles et les centres de santé sont mal équipés et difficiles d'accès. Environ 65 pour cent des districts couverts par SCAP sont totalement dépourvus de services. D'autres obstacles à surmonter comprennent les idées fausses de la communauté sur les différentes interventions, surtout la fourniture de supplémentation en fer et acide folique et l'alimentation thérapeutique prête à l'emploi pour les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère, du fait du manque d'éducation et de sensibilisation.

SCAP s'est livrée à une autonomisation communautaire globale afin d'accroître l'engagement et la participation des personnes, bien que cela soit freiné par le manque de services. La promotion du travail d'équipe au sein de SCAP s'est révélée être un autre facteur essentiel à la mise en œuvre réussie du programme. L'ONG a engagé des cadres différents pour ce faire, et a formé son propre personnel à garantir la qualité des services en se basant sur des directives mondiales lors du travail au niveau du district. SCAP compte mener un large plaidoyer pour une reproduction plus étendue de ce modèle et une mise en échelle visant à atteindre les populations vulnérables dans d'autres parties du Baloutchistan.



# Développement du second plan d'action national pour la nutrition au Bangladesh



**M. Islam Bulbul, médecin,** est gestionnaire adjoint des programmes des Services nationaux de la nutrition et spécialiste technique au sein de la division de la santé publique et de la santé mondiale du ministère de la Santé et du Bien-être familial au Bangladesh.

**Dr Iftekhar Rashid** est chef de l'équipe de renforcement des systèmes de santé au sein du bureau de la population, de la santé, de la nutrition et de l'éducation, de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), au Bangladesh.

Note du rédacteur : les opinions exprimées dans le présent article sont uniquement celles du rédacteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le développement international ou du Gouvernement des États-Unis

## Introduction

Le Bangladesh est le pays le plus densément peuplé du monde, avec environ 162 millions de personnes vivant sur une superficie de 148 000 kilomètres carrés. Au cours des dernières décennies, le pays a fait des progrès remarquables sur le plan du développement humain et enregistré une réduction importante de la pauvreté. En dépit de certains progrès, la malnutrition infantile et maternelle demeure un défi de taille que le pays devrait surmonter afin d'atteindre les objectifs de développement durable d'ici 2030 et d'abandonner sa catégorisation parmi les pays les moins développés.

Le sondage démographique et sanitaire du Bangladesh de 2014 montre que les indicateurs globaux de croissance économique et la croissance de la richesse domestique sont fortement liés à la nutrition. Par exemple, les enfants dont les mères sont groupées dans le quintile de richesse le plus bas sont deux fois et demie plus susceptibles d'avoir un retard de croissance (50 pour cent) que les enfants dont les mères sont groupées dans le quintile de richesse le plus élevé (21 pour cent). Plus d'un enfant âgé de moins de 5 ans sur trois (36 pour cent) présente un retard de croissance et 14 pour cent sont émaciés. Cependant, même dans le quintile de richesse élevé des ménages, le retard de croissance est élevé (21 pour cent) tout comme l'émaciation (12,8 pour cent), ce qui démontre clairement que la malnutrition est un problème transversal pour tous les Bangladais, bien que ceci soit plus notable dans les quintiles de richesse les plus faibles (NIPORT, 2016). Cette situation reflète les causes sous-jacentes de la malnutrition dans le pays, notamment le manque d'éducation maternelle, le mariage des enfants et le premier accouchement précoce, les pratiques sanitaires et de lavage des mains, l'accès à l'alimentation et aux soins de santé, les pratiques d'alimentation des nourrissons et le statut des filles et des femmes dans la famille et dans la société.

Les pertes en productivité économique liées à la malnutrition sont estimées à un revenu d'environ 1 milliard USD par an (Howlader et al, 2012). Le gouvernement du Bangladesh a

réalisé à quel point il était important de renforcer la nutrition dans son programme de développement global ; il s'est intéressé aux politiques, aux stratégies, à la programmation nutritionnelles et à l'élaboration du second Plan national d'action pour la nutrition (NPAN2).

Le Bangladesh a été l'un des premiers pays à rejoindre le Mouvement SUN en 2011 et à établir une plateforme multipartite (MSP) SUN au niveau national en 2012. Conduits par le Gouvernement du Bangladesh, les membres de différents réseaux MSP de SUN (tels que les Nations Unies, les donateurs et la société civile) ont activement participé à la formulation du NPAN2 en participant à des comités différents, en fournissant un soutien financier et des conseils, en assurant le secrétariat temporaire pour les comités sectoriels les plus petits et en mobilisant leurs contreparties respectives au sein du gouvernement bangladais.

## Établissement d'un récit multisectoriel

En 2014, les partenaires de développement clés dans la nutrition ont publié un récit commun . Malgré une promesse renouvelée de collaboration, les parties prenantes ont constaté qu'une politique de nutrition multisectorielle était nécessaire. La récente Politique nationale de nutrition de 2015 (NNP-2015) formule clairement les objectifs de programmation multisectorielle et de coordination intersectorielle et insiste sur l'importance des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.

L'engagement national pour la lutte contre la malnutrition est conforme à la Vision 2021 et au septième plan quinquennal du pays (2016-2020). D'autres facteurs tels que la revitalisation du Conseil national de la nutrition (BNNC), présidé par le Premier ministre, ont également impulsé l'élaboration d'un plan d'action pour rendre le NNP-2015 opérationnel.

<sup>1</sup> Sous-nutrition au Bangladesh - un récit commun ([http://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/06/Common-Narrative\\_BANGLADESH-Final.pdf](http://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/06/Common-Narrative_BANGLADESH-Final.pdf))

En janvier 2016, un comité technique national a été créé pour guider le développement global du NPAN2 (2016-2025). Il a été subdivisé en quatre comités sectoriels différents : santé, santé urbaine et WASH ; alimentation, agriculture, pêche et élevage ; autonomisation des femmes, éducation, sécurité sociale et information ; et enfin institutionnalisation du NPAN2 : finances, planification, budget. Les comités comptaient tous des représentants de haut niveau des ministères compétents, ainsi que des membres des organismes des Nations Unies, des ONG, des donateurs et du milieu universitaire. Chaque comité a élaboré un plan d'action pour ses secteurs respectifs en suivant un format commun et mis en évidence les domaines transversaux qui ont été harmonisés ultérieurement au cours de la procédure. Des experts bangladais et des consultants internationaux ont été engagés afin de veiller à ce que chaque section du plan d'action soit non seulement théoriquement valable, mais aussi réalisable du point de vue des capacités globales, sur la base des enseignements tirés de différents secteurs. Cela a impliqué un calcul des coûts, qui a été inclus dans le NPAN2 comme aide au plaidoyer pour la mobilisation des ressources et à la planification financière.

Au cours de l'étape finale de l'exercice, un groupe central a été formé afin de fusionner les différentes parties et de produire un document final dans lequel les domaines transversaux sont harmonisés. L'ébauche du NPAN2 est passée par plusieurs tours de révision afin d'y intégrer les commentaires des parties prenantes. Le plan vise les problèmes de nutrition courants et émergents affectant tous les citoyens, en particulier les enfants âgés de moins de 5 ans (en portant une attention particulière aux 1000 premiers jours), les femmes en âge de procréer (notamment les femmes enceintes et allaitantes) et les adolescentes. Les indicateurs cibles pour 2025 comprennent la réduction du retard de croissance de 25 pour cent chez les enfants âgés de moins de 5 ans et la réduction de l'émaciation de 8 pour cent, ainsi qu'une hausse du taux d'allaitement exclusif de 70 pour cent pour les enfants âgés de moins de six mois.

### Rendre opérationnelles les actions essentielles en nutrition

Le NPAN2 classe les principaux domaines d'actions prioritaires et les activités majeures sous trois thèmes :

1. le programme de communication complet et intégré sur le changement des comportements sociaux ;
2. les recherches visant à produire des données probantes qui puissent éclairer la politique et la programmation et
3. le renforcement des capacités, ciblant tous les secteurs pertinents à différents niveaux administratifs.

Le plan indique les ministères et les partenaires de collaboration responsables de suivre l'avancement et les résultats des indicateurs, les délais et les coûts associés à la mise en œuvre des interventions prioritaires convenues. Il s'appuie sur des plateformes et des mécanismes de réalisation existants dont l'efficacité a été démontrée, comme le réseau de vulgarisation agricole et les travailleurs communautaires de première ligne. Le plan comprend une matrice commune de résultats pour permettre à des secteurs différents de collaborer et il vise un financement coordonné des secteurs pertinents ainsi que le suivi des investissements.

Au total, le plan fait intervenir 17 ministères, avec le concours d'autres acteurs et partenaires. L'exercice d'estimation des coûts a donné un total estimé de 1,6 milliard USD pour mener les activités prioritaires, le développement

institutionnel et le renforcement des capacités prévus dans le NPAN2 (2016-2025) et en assurer le suivi et l'évaluation sur les dix prochaines années. Le suivi et l'évaluation ne porteront pas seulement sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du NPAN2 et les investissements en nutrition, mais serviront également de base aux rapports annuels à soumettre au Premier ministre par le biais du bureau de BNNC qui sera responsable de suivre les progrès du NPAN2. Le plan décompose les interventions spécifiques et attentives à la nutrition, affectant le budget le plus élevé (et la priorité) à l'autonomie des femmes, à l'éducation et au filet de protection sociale (820 577 795 USD), suivis par la santé et la santé urbaine (675 721 493 USD). La budgétisation et le financement stratégique prendront place au sein de chaque secteur ou ministère, conformément au NPAN2. La diffusion infranationale du plan est en cours à travers des événements tenus dans les divisions et les districts (en dépit du fait que l'appareil gouvernemental du Bangladesh est centralisé et que chaque ministère se charge donc de la conception de programme, en consultation avec le personnel infranational).

### Enseignements tirés et prochaines étapes

L'élaboration du NPAN2 a été un grand voyage qui a rassemblé des personnes très motivées pour l'amélioration de la nutrition. Il s'est cependant avéré très difficile de rassembler les parties prenantes clés dans un même plan, en raison du large éventail d'approches appliquées à la programmation nutritionnelle dans les différents secteurs, dont la plupart conçoivent leurs programmes dans l'optique spécifique de la nutrition. Par exemple, les messages sur la nutrition font à présent partie du travail des conseillers agricoles, les programmes de sécurité sociale ciblent les femmes enceintes et allaitantes, et l'éducation a mis à jour ses programmes scolaires en intégrant des informations nutritionnelles de base au niveau primaire et prévoit d'actualiser celles-ci de façon continue.

Le leadership et l'engagement politique ont été importants pour réussir : le ministère de la Santé et de la Famille a joué un rôle important de meneur pour réunir les différents secteurs, acteurs et partenaires de développement avec leurs homologues au sein du gouvernement du Bangladesh. La division en quatre comités sectoriels, dirigés par le secteur correspondant du gouvernement national et ses partenaires de développement, a également été une stratégie payante.

Les prochaines étapes visent à ce que le BNNC soit complètement fonctionnel et opérationnel pour tous les secteurs pertinents, afin que sa mise en œuvre se fasse dans les délais et que la diffusion du plan d'action, le plaidoyer et la mobilisation des ressources puissent avancer.



Écoutez un entretien avec les éditeurs sur la chaîne Podcast de l'ENN :

[www.ennonline.net/mediahub/podcast/bangladeshnutritionplan?version=current](http://www.ennonline.net/mediahub/podcast/bangladeshnutritionplan?version=current)

### Références

Institut national de la population, de la recherche et de la formation (NIPORT), Mitra and Associates et FCE International. 2016. Enquête sur la population et la santé au Bangladesh 2014. Dacca, Bangladesh, et Rockville, États-Unis : NIPORT, Mitra and Associates et FCE International.

Howlader, Sushil Ranjan ; Sethuraman, Kavita ; Begum, Ferdousi ; Paul, Dipika ; Sommerfelt, A. Elisabeth ; Kovach, Tara. 2012. *Investing in Nutrition Now: A Smart Start for Our Children, Our Future. Estimates of Benefits and Costs of a Comprehensive Program for Nutrition in Bangladesh, 2011–2021*. PROFILES and Nutrition Costing Technical Report. Washington : troisième projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition (FANTA III), FHI 360.



# Stratégies régionales de nutrition visant à alléger le double fardeau qui pèse sur la Méditerranée orientale



*Le Dr. Ayoub Al Jawaldeh est conseiller régional pour la nutrition au sein du Bureau régional de l'OMS pour la région de la Méditerranée orientale depuis 2009, et dirige la stratégie régionale de nutrition.*

## Introduction

Le fardeau de la maladie associé à une alimentation inadéquate continue de croître dans la région de la Méditerranée orientale (RMO), qui comprend 22 pays et territoires du Proche et Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, de la Corne de l'Afrique et d'Asie Centrale. Comme de nombreux autres pays en développement, la région est confrontée à la fois à des problèmes de malnutrition et à la progression de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies non transmissibles liées à l'alimentation. Ce double fardeau de la malnutrition a des conséquences négatives sur les systèmes de santé dans les pays de la région. Diverses carences en micronutriments sont encore signalées dans plusieurs pays de la région, notamment le fer, l'iode et la vitamine A.

Relevant ces défis, le bureau régional de la Méditerranée orientale (RMO) de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) a élaboré la première stratégie de nutrition (2010-2019) régionale et le premier plan d'action, en coordination avec d'autres organismes apparentés à l'ONU et parties prenantes, de façon à renforcer la nutrition<sup>1</sup>. Les objectifs généraux de la stratégie régionale sont d'encourager les pays à repositionner la nutrition comme élément central au programme de développement, de les soutenir dans la création et la mise en œuvre de mesures liées à la nutrition qui soient adaptées à leur situation nationale et à leurs ressources, et de fournir un cadre pour la hiérarchisation des mesures liées à la nutrition dans chaque pays. Le plan a été mis à jour pour inclure des initiatives récentes comme les cibles mondiales 2025 de l'Organisation mondiale de la Santé, qui visent à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, et les objectifs de développement durable<sup>2</sup> ; la plupart des États de la RMO ont maintenant élaboré ou révisé des plans d'action nationaux en accord avec ceux-ci.

## Situation de la nutrition pour les indicateurs clés

Selon les estimations les plus récentes<sup>3</sup>, les taux de retard de croissance, d'émaciation et d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans dans la région sont de 28 pour cent, de 8,69 pour cent et de 18 pour cent respectivement. Le Yémen, le Pakistan, l'Afghanistan, le Soudan et le Djibouti affichent les taux de retard de croissance les plus élevés (> 30 pour cent). Par suite de l'instabilité politique et de l'insécurité alimentaire dans ces pays, ainsi qu'en Syrie, en Iraq et en Libye, le nombre total des enfants émaciés de moins de 5 ans est estimé à 9,1 millions (7,3 pour cent), presque la moitié de

ceux-ci (3,1 millions, ou 3,8 pour cent) étant sévèrement émaciés. Au Soudan (58,4 pour cent), en République arabe syrienne (57,3 pour cent) et au Pakistan (51 pour cent), plus que la moitié des femmes enceintes souffrent d'anémie.

La tendance à la hausse de la surcharge pondérale et de l'obésité parmi les adultes et les enfants est particulièrement inquiétante. La prévalence moyenne de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la région est de 27 pour cent et 24 pour cent chez les adultes, et de 16,5 pour cent et 4,8 pour cent chez les enfants d'âge scolaire respectivement<sup>4</sup>. Les taux d'obésité les plus élevés ont été signalés au Koweït, au Qatar, au Bahreïn et aux Émirats arabes unis. En 2016, on a estimé que 5,4 millions des enfants de moins de 5 ans (6,7 pour cent) dans la RMO étaient en surcharge pondérale, par rapport à 3,5 millions en 1990. La moitié des femmes adultes et plus de deux hommes sur cinq de la région présentent de l'embonpoint ou sont obèses.

Comme dans d'autres régions, les taux élevés d'obésité et de surpoids sont étroitement liés à l'inactivité physique et aux mauvaises habitudes alimentaires. La RMO affiche la prévalence globale la plus élevée de l'inactivité physique chez les adultes (approximativement un tiers), avec des données qui démontrent un taux d'inactivité supérieur chez les femmes que chez les hommes (comparé à une prévalence globale générale pour les deux sexes de 23 pour cent). Il s'est aussi produit un changement radical dans les modèles alimentaires dans la région, cadrant avec la consommation alimentaire mondiale qui penche vers des régimes alimentaires plus riches en énergie par une plus forte absorption de gras et de sucre.

## Priorités essentielles

Les actions clés suivantes sont en cours pour soutenir des priorités stratégiques :

1. *Alimentation des mères, des nourrissons et des jeunes enfants* : des interventions comprenant l'alimentation des nourrissons

<sup>1</sup> [www.emro.who.int/nutrition/strategy/](http://www.emro.who.int/nutrition/strategy/)

<sup>2</sup> [www.emro.who.int/nutrition/nutrition-events/scalingup-nutrition-consultation.html](http://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-events/scalingup-nutrition-consultation.html)

<sup>3</sup> Lara Nasreddine, Jennifer J. Ayoub et Ayoub Al Jawaldeh, *Compte rendu sur la situation nutritionnelle des pays de la Méditerranée orientale, Revue de santé de la Méditerranée orientale*, Volume 24, première parution, 2018. [www.emro.who.int/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-1/review-of-the-nutrition-situation-in-the-eastern-mediterranean-region.html](http://www.emro.who.int/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-1/review-of-the-nutrition-situation-in-the-eastern-mediterranean-region.html)

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

et des jeunes enfants (promotion de l'allaitement et de l'alimentation complémentaire), des programmes de fortification et de supplémentation alimentaire, la surveillance de la croissance et de la nutrition et le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS).

2. *Facteurs de risque des maladies non transmissibles liées au régime alimentaire* : encourager de bonnes habitudes alimentaires à travers des interventions rentables établies au sein du Cadre d'action régional et visant les maladies non transmissibles. Au nombre des interventions, encourager l'allaitement maternel et mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (« le Code »), réduire la consommation de sel à l'échelle nationale, élaborer des recommandations nutritionnelles exprimées en termes d'aliments, étiqueter les aliments, reformuler des produits, y compris en remplaçant les acides gras trans par des gras polyinsaturés et en réduisant les sucres, et restreindre la commercialisation aux enfants d'aliments mauvais pour la santé.
3. *Nutrition d'urgence* : dépister les cas de malnutrition aiguë sévère.

### Progrès et résultats à ce jour

Plus de 17 pays ont élaboré des textes juridiques complets ou partiels relatifs au Code, mais la mise en œuvre demeure un défi. En 2017, la mise au point des recommandations nutritionnelles exprimées en termes d'aliments a pris du volume dans la région pour intégrer l'Afghanistan, l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Liban, l'Oman, le Qatar et l'Arabie Saoudite. La réduction du sel dans le pain est aussi en progrès au Koweït, au Qatar, à Oman, en Iran, au Bahreïn, au Maroc, en Tunisie et en Jordanie. L'élimination des acides gras trans est une priorité pour l'action en Iran, en Arabie Saoudite et en Tunisie. L'ajout de taxes sur les boissons sucrées pour réduire la consommation en sucre est en cours en Arabie Saoudite, aux Émirats, en Iran et en Jordanie.

L'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen sont tous devenus membres du Mouvement Sun (Scaling Up Nutrition – Renforcer la nutrition), ce qui constitue une occasion idéale de mobiliser l'énergie de manière à assurer le progrès des efforts nationaux vers la réalisation des cibles des objectifs de développement durable.

### Défis de la mise en œuvre

La RMO est une région très complexe dont les pays présentent des profils socioéconomiques différents associés à des problèmes et des défis distincts en matière de nutrition. En plus du fardeau double de la malnutrition, au moins 16 pays vivent des conflits internes et une instabilité politique, ce qui rend les plus vulnérables inaccessibles aux services de nutrition pour lesquels la demande est forte. Plusieurs pays, y compris le Pakistan, le Yémen, le Soudan, le Djibouti et la Somalie, trouvent encore des difficultés à formuler et à mettre en œuvre des stratégies nutritionnelles et des plans d'action qui s'attaquent de façon holistique aux problèmes de nutrition.

D'autres défis dans la région comprennent :

1. un manque d'engagement politique clair en faveur d'actions de nutrition ou un échec à transformer la volonté politique en des mesures concrètes dans le domaine ;
2. l'absence d'un cadre politique et d'une capacité institutionnelle permettant de planifier, de mettre en œuvre et de surveiller des programmes de nutrition qui répondent aux dimensions multisectorielles des problèmes de nutrition ;
3. les conflits récurrents et les catastrophes naturelles ;
4. l'allocation disproportionnée des budgets de santé, souvent au détriment des stratégies de prévention comme la nutrition ;
5. l'abandon des régimes alimentaires traditionnels, souvent riches en nutriments, en faveur de régimes alimentaires occidentaux forts en aliments raffinés, qui a pour résultat une réduction de la diversité alimentaire ; et
6. l'absence de spécialistes en nutrition dans les secteurs connexes et dans la coordination intersectorielle.

La stratégie régionale a aidé les pays à fixer les priorités stratégiques des activités clés en établissant des résultats clairs et des livrables mesurables ; elle a permis aux États de la RMO de suivre leurs progrès vers la réalisation de cibles globales atteignables. Un suivi étroit et un soutien technique de la part de l'ONU et des ONG aident à renforcer les programmes de nutrition et à mettre l'accent sur des interventions rentables.



Des boulangers utilisent de la farine fortifiée pour faire du pain dans le cadre d'un programme en Afghanistan

WFP/Wahidullah Amari



# Défendre la nutrition au Gabon



Un entretien avec **Yves Fernand Manfoumbi**, ministre gabonais de l'Agriculture, de l'Élevage et du Programme GRAINE<sup>1</sup> entre octobre 2016 et février 2017

En tant que ministre, Manfoumbi a reconnu le fait que la malnutrition constituait une barrière considérable au développement socioéconomique et environnemental du pays. Le 21 décembre 2016, il a présenté une demande pour que le Gabon rejoigne le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition - Renforcer la nutrition). En 2017, il a été décerné le titre de champion mondial de la nutrition du Mouvement SUN et, à ce titre, siège comme président honoraire de la plateforme de nutrition multisectorielle SUN au Gabon, participant à des réunions et agissant comme catalyseur et défenseur de la nutrition sur le terrain.

## 1. Quand vous êtes-vous senti concerné par la nutrition et son importance dans le développement de votre pays ?

Après ma nomination au poste de ministre de l'Agriculture, de l'Élevage et du Programme GRAINE, j'ai bien entendu pris contact avec tous les partenaires, parmi lesquels la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) qui m'a informé sur la deuxième Conférence internationale sur la nutrition, le forum du XXI<sup>e</sup> siècle consacré aux problèmes de nutrition dans le monde. À l'issue de cette conférence, l'assemblée représentant 187 pays a approuvé les deux documents finaux, à savoir la Déclaration de Rome sur la nutrition<sup>2</sup> dans laquelle les pays s'engagent à éradiquer la faim et à prévenir la malnutrition sous toutes ses formes, et le Cadre d'action<sup>3</sup> qui est le guide technique visant à faciliter la mise en œuvre de la Déclaration en définissant des stratégies claires et spécifiques pour concrétiser les engagements qui y sont pris. En tant qu'économiste financier, j'ai été très sensible à l'impact de la nutrition sur le PIB et au fait qu'un dollar investi dans la nutrition puisse en rapporter 16 de plus.<sup>4</sup> Cela a réellement déclenché un déclic chez moi.

## 2. Quels sont, selon vous, les principaux problèmes nutritionnels au Gabon ?

Le Gabon est l'un de ces pays qui font « fausse route » pour ce qui est de la réalisation de quatre sur six indicateurs adoptés lors de la 65<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé (WHA) en 2012. Des progrès substantiels restent à accomplir pour atteindre les cibles relatives au retard de croissance et à l'émaciation qui touchent respectivement 18 pour cent et 3 pour cent des enfants de moins de 5 ans ; à l'anémie qui touche plus de la moitié des femmes en âge de procréer ; au surpoids chez les enfants de moins de cinq ans, associé à une prévalence de 8 pour cent, et à la prévalence de l'allaitement maternel exclusif qui affiche le taux particulièrement faible de 6 pour cent.<sup>5</sup> Les carences en micronutriments chez les femmes et les enfants sont des défis majeurs en matière de santé publique.

## 3. Qu'est-ce qui a poussé votre pays à rejoindre le mouvement SUN en 2016 ?

À la suite d'une demande que nous avons présentée en décembre 2016, le Gabon a obtenu l'adhésion au

mouvement SUN en janvier 2017 avec l'endossement au plus haut niveau du président de la République par délégation au Premier ministre. Nous l'avons fait afin que le Gabon puisse participer au dialogue qui nous permet d'interagir avec d'autres pays SUN et le système d'assistance du Mouvement, d'affiner nos compétences, d'améliorer notre compréhension des principaux enjeux et de parvenir à un accord sur des actions prioritaires, dans le but de s'assurer que nous sommes en bonne voie pour produire des résultats.

## 4. Comment le fait d'être membre du Mouvement SUN a-t-il aidé le Gabon ?

L'adhésion au mouvement SUN offre l'avantage d'aider les pays à célébrer les progrès réalisés par les autres pays SUN dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux pour la nutrition, à mieux comprendre les enjeux et à déterminer ensemble des solutions à envisager.

## 5. En tant que ministre de l'Agriculture, pouvez-vous nous expliquer comment fonctionne la plateforme nutrition multisectorielle de SUN, et de quelles façons les secteurs collaborent pour cibler la malnutrition ?

La plateforme multisectorielle regroupe différents ministères, la société civile, les partenaires techniques et financiers et a été mise en place sous la direction du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et du Programme GRAINE (MAEPG). Actuellement, neuf ministères y sont représentés (y compris les ministères de la Santé, de l'Agriculture, du Commerce, de l'Infrastructure, de l'Éducation et de la Protection sociale) ainsi que cinq réseaux (gouvernement, Nations Unies,

<sup>1</sup> Le programme GRAINE (Gabonaise des Réalisations Agricoles et des Initiatives des Nationaux) est une priorité majeure du gouvernement, qui a pour but de limiter les importations de produits agricoles, d'améliorer la santé alimentaire, de créer des emplois durables et de promouvoir le développement économique.

<sup>2</sup> [www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/266118/](http://www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/266118/)

<sup>3</sup> [www.fao.org/3/a-mm215e.pdf](http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf)

<sup>4</sup> Institut international de recherche sur les politiques alimentaires. 2014. Global Nutrition Report 2014 : *Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition (Rapport mondial sur la nutrition : action et responsabilité pour accélérer l'amélioration de la nutrition dans le monde)*. Washington, DC.

<sup>5</sup> *Rapport mondial sur la nutrition (2017). Profils nutritionnels par pays : Gabon*. Bristol, Royaume-Uni : Les initiatives de développement.



Classes vertes à l'école d'Okala, Libreville

FAO, Gabon

donateurs, société civile et secteur privé). La plateforme se réunit régulièrement (au moins une fois par mois, plus s'il y a des activités spécifiques) et discute des problèmes de nutrition, de la politique nationale en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN), de la stratégie d'orientation du mouvement SUN et du plan d'action de la politique, etc. Les capacités des membres de la plateforme multisectorielle sont regroupées de manière à ce que chacun comprenne son rôle dans la résolution des problèmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle au Gabon. Les « classes vertes », un projet agricole visant à produire des aliments nutritifs dans les écoles par le biais de jardins scolaires, illustre la collaboration des secteurs. L'éducation nutritionnelle sera mise en œuvre dans les écoles grâce aux efforts conjugués des ministères de l'Éducation et de la Santé.

#### 6. Parlez-nous de la nouvelle politique nationale en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN) (2018-2025). Comment a-t-elle été mise au point ?

En ma qualité de ministre, j'ai œuvré dès ma nomination en octobre 2016 afin que le Gabon dispose d'un document de politique nationale en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle (PNSAN). Cela répond à l'une des recommandations de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition.

Une formation sur la nature multisectorielle de la nutrition et sur le rôle de chaque secteur a été organisée avec l'appui technique de la FAO, de l'UNICEF et de l'OMS, pour encourager les membres de la plateforme à améliorer leur contribution à la PNSAN. Chaque secteur a apporté son soutien à la rédaction du document et j'ai suivi les différentes étapes du processus pour les amener au plus haut niveau.

En mars 2017, j'ai parrainé l'organisation de l'atelier de validation du document de la PNSAN et, en juillet 2017, le Conseil de ministres a entériné le document validé, permettant ainsi au Gabon de disposer, 9 mois après ma prise de fonction, d'un cadre stratégique de référence et

d'orientation pour tous les secteurs et acteurs concernés.

Les ressources financières seront mobilisées par le gouvernement avec le soutien des partenaires. REACH apportera son appui technique à l'élaboration d'un cadre de coordination entre le gouvernement et le système des Nations Unies, et MQSUN+ aidera à mettre au point un plan d'action chiffré pour la PNSAN.

#### 7. La PNSAN comprend-elle des interventions visant à lutter contre la prévalence du surpoids, de l'obésité et de la malnutrition ?

La PNSAN prend en compte toutes les interventions de lutte contre la faim et la malnutrition ; de ce fait, elle intègre les interventions sensibles à la nutrition, mais aussi les interventions spécifiques à la nutrition, faisant entrer en ligne de compte toutes les formes de malnutrition. En collaboration avec la FAO, le gouvernement a lancé un projet visant à élaborer des recommandations alimentaires nationales et un guide alimentaire pour le Gabon, afin de susciter une prise de conscience au sujet de l'alimentation saine.

#### 8. Quel rôle voyez-vous pour le secteur privé en matière de malnutrition ?

Le secteur privé a un rôle de responsabilité sociale à jouer dans la lutte contre la malnutrition, c'est pourquoi un fort plaidoyer est nécessaire afin de l'amener à financer des interventions sur le terrain. Une initiative actuellement en discussion avec l'agro-industrie est l'enrichissement de l'huile de cuisson en vitamine A.

#### 9. Quels conseils donneriez-vous pour lutter contre la malnutrition à d'autres pays qui connaissent des problèmes similaires à ceux du Gabon ?

Les autres pays doivent s'assurer qu'ils disposent d'un cadre de politiques juridiques qui prend toute la problématique en compte ; la nutrition étant multisectorielle, ses causes doivent être mises au jour afin de proposer des solutions et de déterminer le rôle de chacun dans la mobilisation des bénéficiaires aux fins d'interventions durables.

# Améliorer la préparation et la réponse nutritionnelles d'urgence dans la région Amérique Latine et Caraïbes



**Yvette Fautsch Macías** est consultante en nutrition dans les situations d'urgence auprès de l'UNICEF dans la région Amérique latine et Caraïbes.

**Stefano Fedele** est spécialiste régional en nutrition pour l'Amérique latine et les Caraïbes

## Introduction

L'Amérique latine et Caraïbes (ALC) est l'une des régions du monde les plus exposées aux catastrophes ; elle est de plus en plus vulnérable à une série de risques, notamment les sécheresses, les tempêtes et les inondations, dont la fréquence, l'intensité et l'imprévisibilité ont augmenté ces dernières années<sup>1</sup>. Après l'Asie, l'ALC affiche le deuxième plus grand nombre de catastrophes naturelles, survenant principalement pendant la saison des ouragans, entre mai et novembre. Pratiquement la moitié des pays de l'ALC, soit 16 pays sur 33, se caractérisent par un niveau élevé ou très élevé d'exposition et de vulnérabilité aux catastrophes naturelles et conflits humaines. L'autre moitié (17 pays) connaît un niveau modéré ou faible du même risque<sup>2</sup>.

Les catastrophes naturelles et autres crises causées par l'homme ont un impact sur une série de facteurs susceptibles d'accroître le risque de dénutrition, de maladie et de décès : les moyens de subsistance et les cultures vivrières sont perdus, l'approvisionnement de denrées est interrompue, les maladies infectieuses augmentent en fréquence et en gravité et les pratiques d'alimentation sont menacées et éventuellement empêchées, ce qui entraîne un risque accru de malnutrition aiguë et de carences en micronutriments. Il est donc crucial de soutenir la protection des groupes

vulnérables, tels que les enfants, les adolescents et les femmes, particulièrement touchés par les situations d'urgence. Les autorités nationales de la région ALC reconnaissent de plus en plus qu'il est important d'intégrer une programmation prenant en compte les risques et un renforcement de la résilience dans les politiques et les plans nationaux de développement. Cependant, la sensibilisation aux facteurs qui affectent l'état nutritionnel dans les situations d'urgence et la capacité de préparation et de réponse aux problèmes liés à la nutrition dans les situations d'urgence (NiE) est généralement faible.

## Un groupe de soutien régional pour la NiE

Depuis 2013, le bureau régional de l'UNICEF pour l'Amérique latine et les Caraïbes soutient un groupe régional pour la résilience nutritionnelle (GRIN-LAC). Son but est d'accroître la sensibilisation et la compréhension des questions liées aux NiE et de soutenir le renforcement des capacités nationales de préparation et de réponse à ces problèmes.

GRIN-LAC est un réseau de parties prenantes clés au niveau régional et national dans tous les pays de la région. Le groupe vise à identifier, impliquer et soutenir les points focaux nationaux (PFN), en charge des problèmes de nutrition, et d'autres fonctionnaires (généralement les nutritionnistes travaillant au ministère de la Santé) chargés de coordonner les questions spécifiques à la nutrition en cas d'urgence et qui constituent la moitié du groupe de 150 membres. Les autres membres du GRIN-LAC comprennent des personnes travaillant sur la nutrition, la réduction des risques de catastrophe ou les interventions d'urgence, telles que les ONG, les agences des Nations Unies et les organismes d'aide œuvrant aux niveaux régional et national. GRIN-LAC aide ses membres à s'engager dans leur pays avec les parties prenantes centrées sur le développement pour renforcer le lien entre les actions humanitaires et de développement et pour équilibrer les réponses immédiates à court terme avec des interventions durables et viables visant des résultats à long terme.



Une infirmière conseille à une mère la meilleure façon d'allaiter sa fille dans une tente "amie des bébés" en Haïti

© UNICEF/UNIT/187/Noorani

<sup>1</sup> La Banque mondiale, Preventative Resettlement of Populations at Risk of Disaster : Experiences from Latin America, la Banque mondiale et le Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement, la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Washington, DC, septembre 2011.

<sup>2</sup> Groupe de référence du CPI (Comité permanent interorganisations) pour le risque, l'alerte rapide et la prévention, la Commission européenne. InfoRM - Indice de gestion des risques, Amérique latine et les Caraïbes. Février 2017. Disponible sur : [www.inform-index.org/Subnational/LAC](http://www.inform-index.org/Subnational/LAC)

*« La production de données probantes sur les lacunes et vulnérabilités dans les situations d'urgence au niveau national et leur diffusion auprès des décideurs de chaque pays sont fondamentales à la sensibilisation aux risques, à l'encouragement de la réflexion et à la promotion d'actions concrètes. »*

Maria Delia Espinoza, responsable de la santé à l'UNICEF Nicaragua

### Soutenir les pays pour améliorer la préparation et la réponse

GRIN-LAC a permis aux pays d'institutionnaliser le NiE en apportant un soutien dans trois domaines principaux : la production de preuves, la gestion des connaissances et le développement des capacités. Ces domaines contribuent à renforcer la résilience nutritionnelle en augmentant les capacités des individus et des institutions à mieux gérer les risques sous-jacents qui peuvent affecter l'état nutritionnel des femmes et des enfants dans les situations d'urgence.

### Génération de preuves

GRIN-LAC soutient l'évaluation des risques NiE, un modèle qui a été développé pour aider à identifier les failles dans la préparation nutritionnelle sur la base d'une analyse des risques, des capacités et des vulnérabilités de chaque pays de la région, ce qui permet de déterminer un profil de risque pour chaque pays. Cela a été utilisé pour sensibiliser aux lacunes en matière de capacité nutritionnelle, aux vulnérabilités et aux stratégies visant à atténuer ces risques et pour guider la hiérarchisation des aides.

**Étude de cas sur le Nicaragua :** En 2016, GRIN-LAC, en collaboration avec l'UNICEF Nicaragua, a aidé le gouvernement nicaraguayen à réaliser l'évaluation des risques du NiE. Les résultats ont été présentés à la Commission de la santé du système national pour la prévention, l'atténuation et l'attention aux catastrophes, qui a ensuite convenu que des directives pour le NiE devaient être élaborées pour les individus et les institutions travaillant à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence. Un manuel des opérations a été créé pour le Comité des situations d'urgence par le ministère de la Santé en collaboration avec l'UNICEF et d'autres parties prenantes aux niveaux national et local. Ce manuel a permis d'emporter une large adhésion et a été utilisé par d'autres organisations et organes gouvernementaux concernés.

### Gestion des connaissances

Il est essentiel de veiller à ce que les expériences des pays soient documentées et partagées afin de mettre en évidence ce qui fonctionne bien ou contribue à l'apprentissage. GRIN-LAC aide les pays à documenter les expériences et les enseignements tirés en matière de NiE et à les partager par le biais de webinaires trimestriels infrarégionaux.

**Étude de cas d'Antigua-et-Barbuda :** le PFN du ministère de la Santé d'Antigua-et-Barbuda a étudié le scénario de la réponse à une situation d'urgence nutritionnelle causée par l'ouragan Irma (2017) et a documenté les enseignements tirés, les défis et les besoins de soutien avec l'aide de GRIN-LAC. Cette expérience a été présentée pendant les séminaires en ligne de GRIN-LAC et a suscité une réflexion sur les failles dans la réponse à une



© UNICEF/UNI139091-MaKiziz  
Une maman allètera son bébé à Coban, Guatemala

situation d'urgence nutritionnelle et sur l'absence de cadre qui balise la NiE. Le PFN est maintenant en contact avec le Bureau national des services en cas de catastrophe afin d'inclure des considérations nutritionnelles et prévoit d'élaborer, en 2018, une politique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui tiendra compte des considérations de NiE.

### Développement des capacités

Pour de plus amples discussions, orientations ou clarifications, GRIN-LAC fournit également des conseils stratégiques à distance et un soutien technique aux PFN individuels sur demande.

**Étude de cas sur le Guyana :** Un soutien technique à distance a été fourni au ministère de la Santé du Guyana pour la préparation à une situation d'urgence nutritionnelle. En conséquence, le ministère de la Santé prévoit d'organiser une réunion d'une journée avec les parties prenantes, en 2018, pour tracer la voie à suivre pour la mise en place de l'organisme de coordination de la nutrition, en commençant par une clarification des rôles et responsabilités des différents organes.

### Étapes suivantes

Dans une enquête menée par les membres de GRIN-LAC en 2017, les défis pour renforcer les NiE le plus souvent cités au niveau national étaient le manque de ressources humaines formées et le manque de cadres de NiE nationaux. Cette enquête a souligné la nécessité de renforcer la formation et le développement des capacités pour la NiE et la nécessité de plaider en faveur de l'inclusion de la NiE dans les politiques et programmes nationaux. Pour soutenir ces aspects, GRIN-LAC prévoit de :

- développer et diffuser une boîte à outils NiE afin de fournir aux pays des outils pratiques sur les aspects clés de la préparation et de la réponse nutritionnelles d'urgence, ainsi que des listes de contrôle et des notes d'information sur les thèmes NiE
- lancer un rapport sur l'état de préparation à la NiE dans les pays de l'ALC afin d'accroître les efforts de plaidoyer, fondés sur des preuves, sur l'importance de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence nutritionnelles, et ce, pour augmenter l'engagement politique en faveur de la NiE.

Pour plus d'informations sur GRIN-LAC ou pour rejoindre le réseau, visitez le site [www.facebook.com/groups/](http://www.facebook.com/groups/) et le référentiel de documents en ligne <http://redhum.org/sector/4> ou contactez le coordinateur GRIN-LAC par courriel : [yfautsch@unicef.org](mailto:yfautsch@unicef.org)



# Redressement post-séisme dans les zones urbaines du Népal : Utilisation des hôpitaux pour détecter et traiter la malnutrition infantile et maternelle



**Sophiya Uprety** est nutritionniste en santé publique et a travaillé en tant que responsable de la nutrition pour l'UNICEF au Népal dans le cadre du relèvement post-séisme.

**Rajkumar Pokharel** dirige la branche nutrition du département de santé de l'enfant, basée au ministère de la Santé au Népal.

**Mahendra Prasad Shrestha** dirige le département des politiques, de la planification et de la coopération internationale au ministère de la Santé.

**Jhalak Sharma Paudel** est le directeur du Centre national de formation sanitaire du ministère de la Santé. Il était administrateur en chef de la santé publique au Bureau de santé publique du district de Lalitpur pendant la période de relèvement après séisme. Il a 36 ans d'expérience en santé publique.

**Anirudra Sharma** est un nutritionniste d'UNICEF Népal, où il est chargé de la coordination d'urgence avec le Groupe de la nutrition depuis huit ans.

**Stanley Chitekwe** dirige la composante Nutrition de l'UNICEF au Népal.

## Contexte

En avril 2015, le Népal a subi un séisme d'une magnitude de 7,4 ; des répliques se sont fait ressentir au cours des mois suivants. Le gouvernement népalais a déclaré gravement touchés 14 des 75 districts du pays, dont trois (Katmandou, Lalitpur et Bhaltapur) sont dans la vallée de Katmandou. Une intervention globale de nutrition en situation d'urgence et un programme de relèvement ont été mis en œuvre dans toutes les zones gravement touchées. La prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe a constitué une composante principale de cette intervention ; elle s'est articulée autour du traitement de la malnutrition aigüe sévère (de juin à décembre 2017) et de la malnutrition aigüe modérée, avec une attention particulière accordée aux femmes enceintes et aux mères allaitantes (de juin 2016 à juillet 2017).

La population cible de la vallée de Katmandou était répartie entre zones urbaines (dont des bidonvilles), zones périurbaines et zones rurales périphériques. Au départ, une stratégie de mise en œuvre commune de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe a été planifiée pour l'ensemble des 14 districts touchés par le séisme, avec un dépistage au niveau des communautés, basé sur la mesure du périmètre brachial par des travailleuses sanitaires bénévoles des communautés. Mais en procédant selon cette méthode, on ne pouvait pas garantir que les enfants souffrant de malnutrition aigüe, ni les femmes enceintes et les mères allaitantes, seraient diagnostiqués puis réorientés comme il faudrait. Le problème appelait des solutions novatrices et complémentaires, permettant d'assurer la couverture maximale du programme et d'atteindre les groupes cibles vulnérables.

## Une nouvelle stratégie pour les zones urbaines

Les obstacles à la détection des cas de malnutrition aigüe ont

été évoqués lors des réunions de district du Groupe de la nutrition. Ces réunions rassemblaient des groupes infranationaux constitués dans les districts touchés après l'entrée en activité du groupe de la nutrition national. Les membres des groupes de district comptaient non seulement la communauté habituelle des spécialistes de la nutrition, mais aussi des représentants des hôpitaux des districts. Les membres des groupes ont convenu qu'il était manifestement insuffisant pour les zones urbaines de ne mobiliser que les travailleuses sanitaires bénévoles des communautés. Plusieurs facteurs compromettaient les dépistages périodiques de la malnutrition aigüe par mesure du périmètre brachial, effectués par les travailleuses bénévoles : la disproportion entre l'effectif de ces dernières et la densité de population dans la zone desservie par chacune d'entre elles ; le manque de temps pour ces travailleuses, qui ont souvent d'autres activités, que ce soit d'éducation ou lucratives ; les difficultés liées à une population mobile et migrante ; et le fait que les travailleuses bénévoles n'étaient pas bien accueillies dans certains ménages urbains qui ne les laissaient pas entrer car ils ne connaissaient pas le service, à la différence de ceux des zones rurales.

Les groupes de nutrition de district ont compris que les hôpitaux offrent une plateforme largement sous-utilisée pour la population cible en milieu urbain. Ils offrent la possibilité de dépister la malnutrition aigüe parmi les enfants amenés pour les vaccinations de routine et d'autres services pédiatriques, mais ne cherchent pas automatiquement à examiner tous les enfants exposés au risque. Autrement dit, on n'avait pas cherché jusque-là à mettre en œuvre des interventions de nutrition visant la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe en recourant systématiquement et globalement aux hôpitaux.

Les parties prenantes concernées, dont la Division de santé infantile, les bureaux de santé publique de district, l'UNICEF et l'ONG partenaire (Social Development and Promotion Centre (SDPC)), ont décidé de réaliser quelques cycles de dépistage par mesure du périmètre brachial à l'hôpital pédiatrique de Kanti, établissement sanitaire central de niveau tertiaire. On a pu ainsi mettre en évidence un nombre important d'enfants souffrant de malnutrition aigüe ; en conséquence, des centres thérapeutiques de jour et des centres d'alimentation complémentaire ciblée ont été créés dans six hôpitaux publics principaux de la vallée de Katmandou.

### Le concours des hôpitaux

Une formation à la nutrition en situation d'urgence a été organisée à l'intention des cadres hospitaliers, des pédiatres, des surveillants et surveillantes, des infirmiers et infirmières et des diététiciens et diététiciennes dans les districts de Katmandou, Lalitpur et Bhaktapur. L'UNICEF a assuré les fournitures et l'appui technique, les ONG partenaires soutenant pour leur part le fonctionnement des centres thérapeutiques de jour. Les agents des ONG ont mesuré le périmètre brachial des enfants qui venaient dans les hôpitaux ; ceux qui se révélaient atteints de malnutrition aigüe étaient immédiatement inscrits dans le programme de traitement, conformément aux protocoles internationaux. Des antennes de nutrition ont également été établies pour assurer une éducation en matière de nutrition et des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Peu à peu, les hôpitaux ont dégagé des locaux mieux situés et adaptés pour les centres thérapeutiques de jour et les centres d'alimentation complémentaire ciblée ; les pédiatres aussi se sont mis à aiguiller les enfants vers le dépistage par mesure du périmètre brachial, vers les distributions d'aliments thérapeutiques ou complémentaires prêts à l'emploi et vers les conseils de nutrition. Les femmes enceintes et les mères allaitantes présentant un périmètre brachial inférieur à 23 cm ont été aiguillées vers un traitement par alimentation complémentaire.

On a pu constater immédiatement les résultats de cette nouvelle méthode, à mesure que le nombre de cas mis en évidence s'est mis à augmenter. De juin 2015 à décembre 2017, on a mis en évidence et traité, dans les trois districts de la vallée de Katmandou, 3 868 cas d'enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère, dont 66 pour cent (2 569) avaient été détectés grâce aux hôpitaux. Les données pour Katmandou (district le plus peuplé) ont montré que 84 pour cent des cas avaient été mis en évidence en milieu hospitalier. En outre, on a traité plus de 13 000 cas de malnutrition aigüe modérée et plus de 12 000 femmes enceintes et mères allaitantes.

### Défis et enseignements tirés

Au départ, toutes les données relatives à la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe et venant des hôpitaux, y compris celles du dépistage et de la gestion des cas, étaient communiquées verticalement par l'ONG partenaire. Après que les bureaux de santé publique de district et les cadres hospitaliers en ont débattu, il a été constaté que les responsables des dossiers médicaux hospitaliers étaient en mesure d'enregistrer les données dans le système de gestion de l'information du ministère de la Santé ; cette procédure fait désormais partie de la tenue normale des dossiers dans les hôpitaux.

Une autre difficulté tenait aux capacités en ressources humaines, nécessaires pour le suivi régulier des personnes traitées afin que celles-ci n'abandonnent pas le traitement. Le



Dépistage avec la mesure du périmètre brachial à l'hôpital de Patan, Lalitpur

nombre de cas dépistés et admis dans les centres thérapeutiques de jour des hôpitaux était beaucoup plus élevé que celui qu'on obtenait dans les communautés, comportant également des cas de personnes venues d'autres régions du pays ce qui rendaient le suivi plus difficile encore.

Le ministère de la Santé a alloué des fonds budgétaires aux pouvoirs publics locaux pour la poursuite d'activités centrales telles que la fourniture de services logistiques (dont l'achat d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi), l'examen périodique du programme à l'échelon local, et le suivi et l'encadrement (le montant de ces fonds budgétaires sera arrêté par le biais du plan de travail annuel). Le ministère de la Santé est déterminé à assurer un appui au programme dans ces districts, afin que les services fournis pendant le relèvement après le séisme puissent être maintenus.

### Activités complémentaires de celles menées dans les communautés

Il a été déterminé que dans les zones urbaines, les hôpitaux offraient une plateforme importante pour dépister les cas de malnutrition aigüe, offrir un traitement et assurer des conseils en nutrition. Cette méthode vient en complément des activités menées dans les communautés, surtout du fait qu'on a constaté qu'il ne suffisait pas, en milieu urbain, de compter uniquement sur les travailleuses bénévoles. Il fallait donc travailler de façon stratégique avec les hôpitaux. Le rôle moteur des bureaux de santé publique de district et du ministère de la Santé a été crucial pour le lancement de l'intervention et pour les progrès réalisés en milieu hospitalier. Globalement, cette méthode a fortement concouru à l'obtention des résultats définis dans la composante nutrition du Cadre de relèvement après catastrophe 2016-2020 du Gouvernement népalais.

L'urbanisation devient un domaine important pour toutes les interventions de nutrition ; or le Népal est l'un des dix pays du monde où l'urbanisation est la plus rapide. Les hôpitaux peuvent également offrir une plateforme précieuse pour la programmation de la nutrition en milieu urbain, y compris pour la prise en charge de la malnutrition aigüe pendant les périodes de crise et en dehors de celles-ci. Ils peuvent servir aussi pour des activités plus larges visant à améliorer la nutrition des mères et des jeunes enfants ainsi qu'à lutter dans ces populations contre le surpoids et l'obésité et contre les maladies non transmissibles, qui représentent tous une charge de plus en plus lourde.

*Remerciements : Centre de développement social et de promotion (SDPC - Social Development and Promotion Centre) des ONG partenaires, et cadres dirigeants des hôpitaux visés.*

# Partenariat entre les travailleuses de santé communautaire et de nutrition au Rajasthan, Inde



*Piyush Mehra est le directeur général de l'Antara Foundation. Depuis plus de trois ans, il dirige des programmes de santé et de nutrition maternelle et infantile en Inde, après dix ans d'expérience en Asie du Sud-Est et au Moyen-Orient.*

*Karthik Ram est adjoint principal à l'Antara Foundation, responsable des communications. Il a plus de cinq ans d'expérience en santé et nutrition maternelle et infantile, éducation et stratégie.*

## Contexte

Comptant plus de 68 millions d'habitants, le Rajasthan est l'un des huit États de l'Inde que l'on désigne comme États du « Empowered Action Group » [Groupe d'action qualifiée], qui, en d'autres termes, connaissent des niveaux élevés de dénuement. Les données sur la santé et la nutrition maternelle et infantile au Rajasthan<sup>1</sup> indiquent que 23 pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans sont émaciés, 39 pour cent d'entre eux connaissent un retard de croissance, et l'on estime que plus de 70 000 enfants âgés de moins d'un an meurent chaque année. Les autorités du Rajasthan ont constaté le problème et cherchent à devenir un modèle pour les services de santé et de nutrition. C'est dans ce but que l'Akshada Programme, partenariat établi entre les pouvoirs publics du Rajasthan, l'organisation philanthropique Tata Trusts et l'Antara Foundation, organisme sans but lucratif, s'efforce d'accroître l'ampleur des améliorations en santé et nutrition maternelle et infantile au Rajasthan.

## Services dans les villages

Trois groupes distincts de travailleuses – Accredited Social Health Activist (ASHA) [Militantes accréditées de santé sociale], Anganwadi Worker (AWW) et Auxiliary Nurse Midwife (ANM) [Sages-femmes auxiliaires de soins infirmiers] – sont chargés de piloter la prestation de services de santé et de nutrition dans les villages d'Inde. Chacune des membres de

l'ASHA et de l'AWW dessert en général 1 000 personnes, mais les ANM en desservent 5 000 dans plusieurs villages. Chacune de ces catégories de travailleuses a un rôle distinct :

- les membres de l'ASHA sont le premier point de contact pour la communauté. Elles donnent des conseils en se rendant à domicile et mobilisent les villageois pour qu'ils participent à des manifestations telles que les journées de santé et de nutrition du village ;
- les AWW assurent le fonctionnement des Anganwadi Centres (AWC) où elles dispensent des services de nutrition aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux jeunes enfants, avec notamment des repas de mi-journée pour les enfants âgés de 3 à 6 ans, des rations à emporter pour les enfants âgés de 6 mois à 3 ans et pour les femmes enceintes et les mères allaitantes, et des conseils de nutrition sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour les femmes enceintes et les mères ;
- enfin les ANM fournissent aux femmes enceintes des services de diagnostic de base, de traitement et d'aiguillage vers les centres de santé.

Alors que ces trois groupes devraient desservir les mêmes bénéficiaires et assumer un rôle complémentaire, on constate souvent un défaut de coordination entre leurs personnels. La cause principale en est qu'ils travaillent pour des ministères différents : les AWW relèvent du ministère du Développement des femmes et des enfants, les ANM du ministère de la Santé. Au Rajasthan, le ministère du Développement des femmes et des enfants verse aux membres de l'ASHA un subside fixe, tandis que le ministère de la Santé leur verse un subside de motivation dépendant des résultats (pour les aiguillages vers les services de santé procréative et infantile, etc.). La tenue des rapports et les méthodes étant différentes, il leur est difficile de parler une langue commune, indispensable pour toute coordination ; il y a donc souvent des différences dans la manière dont les bénéficiaires sont déterminés.

## Triple A : une plateforme partagée

Une solution pratique a consisté à réunir les trois travailleuses de premier recours en une plateforme commune, désignée par le terme « Triple A » ou « AAA » (combinant ASHA, AWW et ANM). En six mois de 2016-17, la plateforme AAA a été

## Le cas de Radha

Radha (le nom a été modifié) est une petite fille de 18 mois, souffrant de malnutrition aigüe sévère dans un village du nord de l'Inde. Lorsqu'elle est venue au Centre Anganwadi local, l'AWW a découvert qu'elle présentait une insuffisance pondérale. Il y a deux problèmes ici. D'une part, la travailleuse AWW ne peut pas valider le fait que Radha souffre de malnutrition aigüe sévère sans mesurer son périmètre brachial pour confirmer le cas, ce pour quoi seule une ASHA est équipée. Mais l'ASHA ne parviendrait à la maison de Radha qu'au bout de plusieurs jours, du fait qu'elle suit le plan linéaire de visites (maisons 1 à 10 le premier jour, 11 à 20 le deuxième et ainsi de suite). La travailleuse AWW, en outre, n'a pas les connaissances techniques voulues pour déterminer si Radha devrait être aiguillée vers un traitement de la malnutrition aigüe sévère. C'est l'ANM, formée aux soins infirmiers, qui est le mieux qualifiée pour le faire, mais du fait qu'il n'y a pas circulation d'informations claires entre les trois travailleuses, les enfants comme Radha risquent de passer entre les mailles du filet.

<sup>1</sup> Données sur la santé et la nutrition obtenues grâce à la quatrième enquête nationale sur la santé familiale (2015-16) ; données sur la population obtenues grâce au recensement à l'échelle de l'Union de 2011.

créée dans 2 700 villages des districts de Jhalawar et de Baran du Rajasthan. Cette entreprise ambitieuse a été pilotée par les travailleuses elles-mêmes, appuyées par l'équipe Akshada (13 membres), et rendue possible par une collaboration étroite avec le système gouvernemental. Une directive commune, promulguée par les départements intégrés de santé et de services à l'enfance de l'État, a appelé les travailleuses de la plateforme AAA à coordonner leurs activités de santé et nutrition maternelle et infantile en mettant en commun leurs dossiers, en coordonnant l'utilisation des cartes de village et les visites à domicile, en tenant périodiquement des réunions conjointes et en améliorant la planification et la surveillance.

La première étape a été de constituer une base de données commune et d'axer les interventions sur les cas à haut risque. Chacun des trois groupes avait auparavant sa propre méthode de tenue des dossiers : les AWW organisent la population par famille, les ASHA par ménage, et les ANM travaillent à partir de dossiers des couples mariés susceptibles de procréer (où la femme est en âge de procréer). Avec la plateforme AAA, les groupes ont collaboré pour établir une carte commune pour la couverture des ménages et des familles dans les villages. Sur ces cartes, elles ont assigné des numéros aux maisons et placé des « bindis<sup>2</sup> » dénotant les différentes catégories de bénéficiaires et permettant de les suivre, la priorité allant à ceux qui présentaient le risque le plus élevé – bindi rouge pour les grossesses à haut risque, jaune pour les enfants présentant une malnutrition aigüe modérée, et jaune avec un point rouge pour les cas de malnutrition aigüe sévère. Dans ce système, les données sont représentées visuellement. La plateforme AAA fait également appel aux membres des pouvoirs publics locaux, aux enseignants et autres personnes influentes pour faire valider ces cartes. Cela a permis à la communauté de mieux apprécier le travail des AAA et a rehaussé le statut de ces dernières dans les villages.

### Coordination des interventions

Avec les conseils des responsables du programme Akshada, les AAA ont pris conscience qu'elles pouvaient se servir de cartes pour planifier leur activité. Ils ont programmé les visites à l'aide d'algorithmes, sur la base des besoins de la population. Les visites à domicile aux nouveau-nés (soins de proximité), les enfants sortis des services de soins de néonatalogie et les centres de traitement de la malnutrition étaient les priorités. L'ASHA est ainsi présente quand et où on a le plus besoin d'elle.

Fait important, la plateforme AAA se réunit tous les mois, après la journée de santé et de nutrition du village, afin d'évaluer les travaux et les données des uns et des autres, de planifier les activités du mois suivant et de conclure par une séance d'apprentissage entre pairs. La nouvelle alliance a également permis d'organiser des visites conjointes dans des ménages en difficulté comme celui de Radha.

Depuis la mise en place de la plateforme AAA, le statut nutritionnel de Radha est vérifié à la fois par l'ASHA et l'AWW qui partagent les informations. Elles alertent l'ANM, qui donne des conseils médicaux au cours d'une visite conjointe que les familles prennent au sérieux. Sur la plateforme AAA, la maison de Radha est marquée d'un « bindi » jaune et rouge dans la carte du village. L'ASHA intègre cette visite dans son calendrier de visites et va voir la famille de Radha plus fréquemment.

### Évaluation de l'impact

L'impact se mesure par la surveillance active et l'évaluation des indicateurs (par ex. : calendriers des visites aux familles

Réunion des trois travailleuses communautaires en santé et nutrition au village de Khandi, à Rajasthan avec une carte du village



Videothi

montrant la priorité accordée aux bénéficiaires à haut risque, indicateurs de soins tels que les relevés d'examen et visites prénataux, indicateurs de progression, notamment les rencontres AAA animées par les responsables de programme) et le renforcement du système de santé (adoption par l'État). Des données de suivi limitées (de mars à avril 2018 pour les centres d'Anganwadi, couvrant 10 pour cent de la population du district de Jhalawar) ont montré que l'identification des cas de malnutrition aigüe sévère par rapport aux estimations a augmenté de 1,1 pour cent en mars à 2,6 pour cent rien qu'en avril ; le pourcentage des enfants dont le tour de bras a été mesuré a augmenté de 52 pour cent en mars à 62 pour cent en avril et l'identification des cas de malnutrition aigüe modérée par rapport aux estimations a augmenté de 4,7 à 10,6 pour cent durant la même période.

La plateforme AAA est utile à la communauté en ce sens que les bénéficiaires ne sont plus « invisibles » et qu'il est de la responsabilité de l'équipe de s'assurer que leurs ménages sont suivis. Les soins sont dispensés en temps opportun à ceux qui en ont le plus besoin. L'établissement de la carte du village et la curiosité relative au « bindi » sur les maisons ont permis de transformer les villageois en usagers autonomes des services de santé et de nutrition. Des outils tels que la carte du village peuvent avoir une utilité plus large dans la gouvernance locale.

### Étapes suivantes et principaux enseignements

En décembre 2017, le gouvernement de l'État a adopté la plateforme AAA et envisagé son extension. Plus de 100 000 ASHA, ANM et AWW à travers l'État sont formées par vidéoconférence : le prochain défi est de trouver comment apporter un soutien optimal à cette vaste initiative. En outre, une technologie fort intéressante permettant le partage de données en temps réel entre les trois types de travailleuses est également en cours de déploiement dans certaines zones.

On peut d'ores et déjà tirer plusieurs enseignements du processus AAA, par exemple sur le fait que la valeur des données pour l'aide aux travailleurs de santé et de nutrition des villages réside dans leur partage. Par ailleurs, la cooptation de la communauté détermine, en fin de compte, le succès de l'intervention, et un partenariat avec les pouvoirs publics est indispensable pour que les opérations puissent être étendues et perpétuées. Le dénominateur commun est que les trois femmes cadres qui travaillent ensemble peuvent améliorer les paramètres de nutrition au niveau des villages.

<sup>2</sup> Points de couleur portés sur le front par les femmes de certaines communautés en Inde.

# Mettre sur pied un système de surveillance nutritionnelle communautaire en Somalie



**Mary Wamuyu** est nutritionniste. Elle a une expérience de 4 ans dans le déploiement de projets de nutrition d'urgence au Kenya et 5 ans de plus dans la région de Gedo en Somalie. Titulaire d'une licence en alimentation, nutrition et diététique, elle travaille comme agent de financement institutionnel pour Trócaire Somalie.

**Aden Mohamed** est fonctionnaire du Bureau de district sanitaire du ministère de la Santé dans le district de Belet Hawa et a travaillé depuis neuf ans comme responsable des dossiers médicaux à l'hôpital de Belet Hawa. Il est également formateur de formateurs pour le système de surveillance nutritionnelle communautaire.

## Introduction

La région de Gedo est située le long de la frontière sud-ouest de la Somalie avec le Kenya et l'Éthiopie et comprend six districts (Belet Hawa, Dollow, Luuq, Baardheere, El Walk et Garbahareey). Sa population est majoritairement pastorale et agropastorale. Leurs moyens de subsistance sont souvent affectés par des sécheresses cycliques et de plus en plus graves. La région compte plus de 734 126 habitants, dont 168 000 déplacés internes. Trócaire, une ONG irlandaise, opère dans quatre des sept districts et touche environ 225 000 personnes chaque année à travers des interventions de santé, nutrition et eau, assainissement et hygiène (WASH), ciblant aussi bien les déplacés internes que les villageois riverains et ruraux vulnérables et marginalisés.

Le besoin d'une assistance humanitaire à Gedo est clair : la malnutrition sévère dépasse de 13 à 15 pour cent le seuil d'urgence pour la région et l'on estime à 13 260 le nombre d'enfants qui ont besoin d'un traitement prolongé et urgent<sup>1</sup>.

## Collecter les données pour une programmation efficace

En synergie avec d'autres partenaires, notamment les

pouvoirs publics, Trócaire a identifié la nécessité d'un système de surveillance de la nutrition pouvant servir de système d'alerte précoce pour le diagnostic précoce des cas et l'identification des populations à risque de malnutrition sévère. Cela a conduit à la mise sur pied d'un système de surveillance nutritionnelle communautaire simplifié (CBNSS) qui assure la surveillance continue de l'état nutritionnel, plutôt que des études ponctuelles qui ne montrent que les taux de prévalence à un moment précis dans le temps.

Le CBNSS inclut une sélection aléatoire de villages (sites « sentinelles ») représentatifs du bassin de population et utilise 30 villages de ce type pour surveiller les grandes tendances selon les indicateurs suivants :

- malnutrition aigüe globale ou MAG (MAS+MAM) mesurée par le périmètre brachial et/ou l'œdème ;
- diarrhée, infections respiratoires aigües et fièvre ;
- vitamine A et vaccination contre la rougeole ;
- échelle de la faim des ménages.

La collecte des données est réalisée tous les trois mois par les agents de nutrition communautaires, qui sont des résidents locaux. Avant la collecte de données, l'agent de nutrition communautaire suit une formation de remise à niveau sur cette activité. Les dépenses actuelles pour le CBNSS s'élèvent à 5000 USD par cycle et couvrent les besoins de remise à niveau des agents de nutrition communautaires tous les trimestres, avant la collecte des données. Ces dépenses devaient diminuer à environ 4000 USD par cycle.

## Changements à la conception du programme

L'évaluation du CBNSS de 2017 a donné deux résultats principaux appelant à une redéfinition du programme. D'une part, elle a révélé des seuils élevés d'insécurité alimentaire dans les ménages des trois districts ; d'autre part, elle a identifié la nécessité d'une assistance dans des zones non ciblées jusque-là.

En conséquence, des paniers de nourriture ont été inclus dans les interventions d'urgence. Le panier de base contenait

## Résumé des caractéristiques méthodologiques du CBNSS

Caractéristiques	Site sentinelle
Objectif global	Politique et/ou programme d'alerte/information précoce
Objectifs spécifiques	Surveillance des tendances
Type de conception	Longitudinale
Échantillonnage	Aléatoire
Représentativité	Représentatif
Indicateurs	Nutrition, morbidité, vaccination et sécurité alimentaire
Analyse de la conception de l'étude	Descriptive, transversale et déductive <sup>2</sup>
Collecte des données	Périodique, tous les 3 mois
Ressources	Faibles à moyennes

<sup>1</sup> FSNAU-FEWS-NET-2017-Post-Deyr-Technical-Release-29-January-2018.

<sup>2</sup> Utilisation d'un échantillon aléatoire de données provenant d'une population pour décrire celle-ci et en faire des déductions à son sujet.

du riz, des haricots, de l'huile et du sucre. Cependant, grâce à la réaction de la communauté, il a été demandé d'inclure de la farine et de diviser les 50 kg de riz en 25 kg de riz et 25 kg de farine de blé ; ces recommandations ont été entreprises.

La réponse était initialement centrée sur les personnes déplacées à Luuq et Dollow. Cependant, les résultats du CBNS ont conduit à cibler et inclure les bénéficiaires à Belet Hawa, où il y avait précédemment une petite réponse, et à augmenter le soutien pour les communautés riveraines à Dollow et à Luuq. Trócaire a depuis assuré le financement pour appuyer cette initiative.

### Travailler avec les communautés

Les principaux partenaires d'exécution dans les quatre districts comprennent les conseils de santé de district (DHB) nommés par la communauté et les comités d'éducation communautaire (structures locales comprenant des membres respectés des différents clans du district) et les agents de santé du district du ministère de la Santé. Ces structures sont un modèle efficace et durable en matière de prestation de services, notamment dans un contexte où l'insécurité demeure un défi<sup>3</sup>.

Les DHB ont soutenu la compilation des données démographiques, la cartographie des zones accessibles/inaccessibles et l'organisation de mobilisations communautaires (information/rassemblement des membres de la communauté lorsque la surveillance était attendue). Les agents de district du ministère de la Santé ont été formés en tant que formateurs de formateurs (ToT) et ont participé à la formation des ACN pour la collecte et la supervision des données. Une équipe technique a supervisé le processus et diffusé les données à l'équipe du programme, aux membres de la communauté, aux partenaires du Groupe de la nutrition à Gedo et aux autres parties prenantes. L'accent est sur un plan échelonné pour établir des structures qui fournissent une supervision directe des services de santé avec une formation régulière pour bâtir une capacité au niveau des officiels du gouvernement local.

### Enseignements tirés

Certains aspects du programme fonctionnent bien, avec

l'accord du personnel, du gouvernement et de la communauté permettant la mise en œuvre et l'utilisation des données pour la prise de décision et la mobilisation des ressources. De plus, les femmes ACN sont allées au-delà des CBNS, en formant des femmes sur le dépistage du MPB dans leurs propres villages. Plus de mères sont maintenant conscientes de la malnutrition, ce qui résulte dans une augmentation notable des auto-orientations (270 enfants sur une période de six mois).

Le recrutement des agents communautaires de nutrition (ACN) a été un défi partiellement lié au niveau d'alphabétisation, malgré la disponibilité d'une traduction des outils en somalien, des formations de mise à niveau et la supervision ont amélioré la capacité.

Les attentes de la communauté sont importantes ; certaines personnes se sentent isolées à cause de la nature extrêmement ciblée des interventions et cela demande une sensibilisation communautaire continue.

Les expériences et les enseignements tirés seront partagés avec les parties prenantes maintenant que les quatre tournées d'un an de collecte de données sont terminées. Les découvertes initiales montrent que le système peut être utilisé pour identifier les points chauds de la malnutrition à une échelle unitaire plus basse (p. ex. échelle du village) que celle identifiée par les évaluations de l'Unité d'analyse de la sécurité alimentaire et de la nutrition car elles sont plus générales et moins fréquentes (semestrielles par rapport au système trimestriel). Il est prévu de plaider en faveur de l'extension et de l'intégration de la CBNS dans les programmes communautaires de nutrition (par exemple, interventions sur les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire) compte tenu des taux élevés de MAG au sud de la Somalie centrale, y compris Gedo.

<sup>3</sup> Il n'y a pas eu de structures gouvernementales dans la région de Gedo jusqu'en 2015. Trócaire, en partenariat avec les Conseils régionaux de santé, s'est chargé de fournir les services de santé dans la majeure partie du Gedo. Avec le nouveau gouvernement en place, Trócaire est en train de transférer quelques-unes de ses responsabilités aux administrations publiques de la région pour la santé et l'éducation. Son but est de les avoir toutes transférées au gouvernement en 2021.



Collecte de données CBNS à Luuq, province de Gedo

Trócaire

# Fournir des produits alimentaires mélangés de haute qualité, produits localement et enrichis en Afrique de l'Ouest



*Sofia Condes est une économiste de la santé publique qui travaille pour GAIN dans l'équipe de politique et finance alimentaire, centrée sur l'Afrique francophone et l'Amérique latine.*

*Jennifer Dahdah est une consultante en finances qui travaille en tant que coordinatrice de projet pour GAIN en Afrique francophone.*

L'un des obstacles à l'accès à des produits alimentaires mélangés et enrichis (FBF) à prix abordable en Afrique est le manque d'entreprises dotées des capacités, de la technologie et du savoir-faire (y compris en matière de mécanismes de contrôle qualité et de tests) pour la production. Les produits alimentaires thérapeutiques et complémentaires tels que Plumpy'Nut et les super céréales dépendent largement des importations. Pour surmonter cette contrainte, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN) et le Programme alimentaire mondial (PAM) ont lancé un projet de plusieurs millions de dollars en 2015, ALTAQ (Achats locaux, transformation alimentaire et amélioration de la qualité). Ce projet reconnaît les liens puissants entre l'agriculture, les sociétés de production alimentaire et la nutrition. Le projet travaille avec les agriculteurs, les

entreprises alimentaires et les établissements d'analyse des aliments pour développer des FBF produits localement ciblés principalement sur les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois (bouillie de type super céréale), les enfants plus âgés de plus de cinq ans (pâte de beurre de cacahuète), et les femmes enceintes. Le projet est centré sur trois pays d'Afrique de l'Ouest : le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal. Dans chacun d'eux, une collaboration avec les secteurs gouvernementaux concernés, y compris les ministères du Commerce, de l'Agriculture et de la Santé, est entreprise.

Les FBF comprennent une pâte à tartiner à base de lipides ainsi que des farines et des céréales enrichies qui peuvent être consommées dans des situations stables et en cas d'urgence. L'enrichissement est fait avec des micronutriments adaptés aux carences nutritionnelles affectant directement la population locale. Les produits seront vendus sur le marché local et pourront également être achetés et distribués par le PAM et d'autres partenaires dans le cadre de leurs activités humanitaires.

Le projet soutient les améliorations des usines, le renforcement des capacités et les machines ainsi que l'assistance technique. Parce que les sociétés seront capables d'utiliser des ingrédients locaux, le coût de production de ces produits permettra aux sociétés de les vendre à un prix moins élevé et pourra potentiellement être durable. Bien que le coût du marché des produits n'ait pas encore été décidé, des travaux sont en cours pour fixer des prix inférieurs aux coûts actuels du marché pour des produits similaires. (Il convient également de souligner que les produits développés dans le cadre du projet ne cibleront pas les nourrissons de moins de six mois et ne devraient pas remplacer d'autres aliments locaux complémentaires, mais les compléter.)

Le projet de quatre ans doit s'achever fin 2019. Une caractéristique unique est son accent sur trois parties intégrées de la chaîne de valeur : les agriculteurs qui cultivent les ingrédients, les entreprises alimentaires locales les transformant en produits finis, et les laboratoires qui veillent à ce qu'ils répondent aux besoins nutritionnels et à des normes de qualité rigoureuses.

## **Travailler avec les agriculteurs pour améliorer la qualité des matières premières**

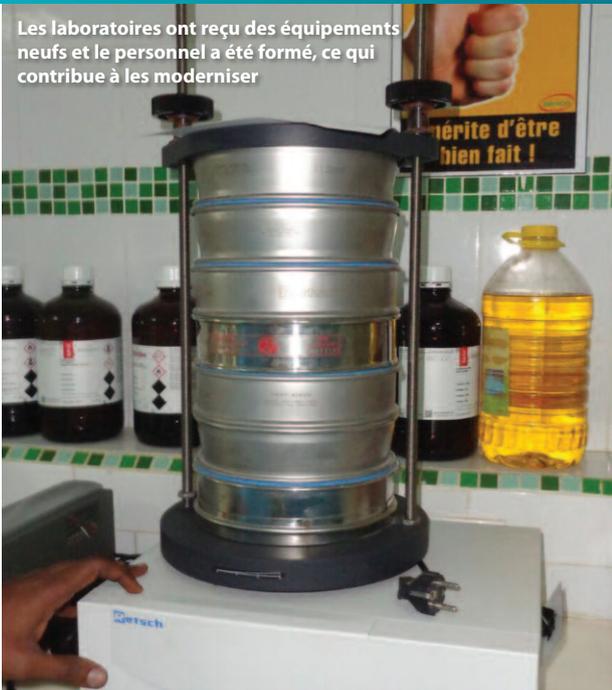
La chaîne d'approvisionnement « de la ferme à la fourchette » commence sur le terrain. Le projet a fourni aux agriculteurs



Mères nourrissant leur enfant avec des aliments enrichis

WFP/Judith Schuler

Les laboratoires ont reçu des équipements neufs et le personnel a été formé, ce qui contribue à les moderniser



**« Le projet contribue à renforcer la fonctionnalité du système de sécurité alimentaire nationale, ce qui est essentiel pour protéger la santé des consommateurs. L'aide fournie pour améliorer les contrôles de qualité et s'assurer le maintien des accréditations des laboratoires a eu un impact très positif. »**

Ndèye Yacine Ndiaye Diallo, conseillère en qualité industrielle, Institut de technologie alimentaire (ITA), Sénégal

des équipements (tels que des machines pour sécher et stocker les grains et les céréales) ainsi que des formations pour promouvoir le transfert de connaissances. (Par exemple, une session de « formation des formateurs » au Sénégal a permis aux agriculteurs locaux d'être encadrés par des formateurs locaux qui connaissent leur contexte et leurs pratiques.) Les formateurs ont également pu rencontrer les responsables qualité et les technologues alimentaires dans les usines pour comprendre les besoins et les normes relatives aux matières premières de haute qualité.

#### **Soutenir les sociétés pour produire les produits**

Il a d'abord été essentiel de sélectionner des produits à base d'ingrédients locaux qui ont été consommés régulièrement. Comme la population les connaît déjà bien, on considère que les farines (pour les bouillies) et les pâtes alimentaires (comme le beurre de cacahuètes) sont les meilleurs moyens. Afin de soutenir les efforts faits pour améliorer le régime alimentaire, le contenu en sucre de ces pâtes à base de cacahuètes a été réduit de 40 pour cent par rapport aux autres beurres de cacahuètes traditionnels non enrichis consommés dans ces pays.

Trois entreprises, une dans chaque pays, ont été choisies pour mettre au point ces produits. Ce sont des entreprises de taille moyenne qui produisent déjà des produits alimentaires dont on pourrait augmenter le contenu nutritionnel, ce qui aiderait à répondre aux besoins des femmes et des enfants.

Ensuite, la formule du produit a été adaptée aux ingrédients locaux et aux habitudes alimentaires de ces pays. Jusqu'à maintenant, c'est au Burkina Faso que les progrès les plus marquants ont été faits. Le réseau GAIN (Global Aid Network) y a collaboré avec une équipe de spécialistes d'une ONG internationale française. Ils ont changé la formule du mélange de farines enrichies afin de le rendre conforme aux normes nationales et aux spécifications visant le produit distribué en situations d'urgence.

Dans le cadre de ce projet, une évaluation détaillée des besoins de chaque entreprise a été menée pour évaluer les éventuelles lacunes dans la production. Par exemple, un petit laboratoire a été installé afin de pouvoir analyser régulièrement les matières premières et les produits finis. Ainsi, la gestion de la qualité est assurée. Le personnel a aussi reçu une formation aux pratiques d'hygiène.

Enfin, les recettes sont mises au point et les besoins en matériel au Sénégal, au Burkina Faso et au Mali sont en train d'être évalués. En parallèle, des études d'acceptabilité sont menées. Elles joueront un rôle essentiel à l'heure de faire correspondre le goût et la présentation du produit aux préférences des consommateurs. La mise en place d'un plan d'affaires complet entrainera une étude sur le caractère abordable des prix pour s'assurer que le prix des produits est fixé convenablement.

#### **Enseignements tirés**

Il y a eu quelques difficultés à l'heure de mettre en marche le projet et à l'heure d'atteindre certains objectifs que nous nous étions fixés. Au début, trouver des usines et des laboratoires qui soient bons et qui veuillent participer au projet et améliorer la qualité de leur production et de leurs analyses, a pris plus de temps que prévu. L'équipe en a tiré la leçon suivante : il est important de s'associer avec des acteurs qui suivent déjà des procédés de production de grande qualité et qui reconnaissent le potentiel d'une offre de services plus grande. Travailler avec les fermiers et les convaincre de changer certaines de leurs pratiques s'est révélé être un autre défi. Quand il a fallu proposer de nouvelles méthodes de travail, nous avons travaillé avec les « formateurs des formateurs » locaux, des personnes qui connaissent bien les pratiques agricoles et en qui les agriculteurs ont confiance pour ainsi mieux surmonter cette barrière. En général, nous avons trouvé des partenaires très compétents pour ce projet et dans chaque pays. L'équipe est sûre que le lancement de ces produits entrainera une consommation soutenue d'aliments plus nutritifs.



Traitement des cacahuètes pour fabriquer les pâtes enrichies à base de cacahuètes

# Outils en ligne

## Boîte à outils des champions de la nutrition

Une boîte à outils – *Identifier, engager et soutenir les champions de la nutrition* – de Transform Nutrition et du Secrétariat du Mouvement SUN partage les expériences de plus de 30 pays sur le soutien à tous les niveaux, y compris des champions politiques et des personnalités de haut niveau, des ministres, des députés et des dirigeants d'organisations et, à la base, des agents de vulgarisation de la santé, de l'agriculture et de la nutrition et des chefs religieux. Les champions doivent être en lien avec le contexte et l'objectif précis, et l'outil comprend un plan d'engagement des champions pour assurer un engagement stratégique à long terme.

[docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/12/SUN-Engaging-and-sustaining-champions-for-nutrition-FR.pdf](https://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/12/SUN-Engaging-and-sustaining-champions-for-nutrition-FR.pdf)



## Outil de supervision pour « Le Code »

Pour soutenir la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code), l'OMS, l'UNICEF et les partenaires ont élaboré la boîte à outils NetCode. Ce guide contient des conseils et des outils pour établir un système de surveillance national ; détecter, enquêter et agir en cas de violation supposée des mesures nationales existantes et du Code ; et mener des évaluations périodiques pour vérifier le niveau d'adhésion aux mesures nationales. Le Chili, l'Équateur et le Mexique ont mené une enquête approfondie sur les pratiques commerciales inappropriées basées sur le protocole, tandis que le Cambodge et le Kenya ont adapté le protocole en préparant un cadre de mise en œuvre et de suivi pour l'application de leurs lois nationales. [www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/netcode-toolkit-monitoring-systems/en](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/netcode-toolkit-monitoring-systems/en)



Une éducatrice conseille les mères sur l'ANJE dans un centre de santé au Soudan du Sud

## Plates-formes en ligne

*Malnutrition Deeply* jette un nouveau regard sur des sujets cruciaux tels que le retard de croissance, la santé maternelle et la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Cette plate-forme couvre les histoires sur le terrain, les débats en cours et la manière dont les innovations transforment la communauté de la nutrition. [www.newsdeeply.com/malnutrition/about](http://www.newsdeeply.com/malnutrition/about)



*Plate-forme de plaidoyer ODD 2* est une initiative réunissant des organisations de nutrition, alimentation et agriculture pour œuvrer de façon stratégique vers la famine zéro afin de répondre à l'objectif de développement durable 2. Les membres peuvent travailler en réseau et accéder au contenu, aux outils de plaidoyer et aux conseils de campagne via la plate-forme en ligne. [www.sdg2advocacyhub.org/index.php/](http://www.sdg2advocacyhub.org/index.php/)

## Outils au service de l'égalité des sexes

L'Indice d'autonomisation des femmes dans l'agriculture sur le plan de l'initiative (pro-WEAI) aide les projets de développement agricole à évaluer l'autonomisation des femmes dans le cadre de projet, à diagnostiquer les zones de déresponsabilisation des femmes, à concevoir des stratégies pour remédier aux insuffisances et à suivre les résultats du projet.

[weai.ifpri.info/2018/04/27/introducing-pro-weai-a-tool-for-measuring-womens-empowerment-in-agricultural-development-projects/](https://weai.ifpri.info/2018/04/27/introducing-pro-weai-a-tool-for-measuring-womens-empowerment-in-agricultural-development-projects/)



Conçue pour le Programme Alimentaire Mondial (PAM) mais adaptable pour d'autres organisations, la *boîte à outils* sur l'égalité des sexes est un ensemble de ressources pour l'intégration des genres dans le travail et les activités du PAM pour soutenir la réalisation des résultats en matière d'égalité des sexes dans la sécurité alimentaire et la nutrition.

[gender.manuals.wfp.org/en/gender-toolkit/](https://gender.manuals.wfp.org/en/gender-toolkit/)

Une femme collecte des graines de sorgho au Turkana, Kenya

# Mise à jour du Mouvement SUN : Pensez MEAL



Plus tôt cette année, les 60 pays et les trois États indiens du Mouvement SUN ont tenu leur **Convention SUN annuelle commune 2018**. Pour les pays SUN, 2018 constitue la cinquième année du processus permettant la collaboration, la recherche de consensus et la définition des priorités pour l'année à venir.

En collaboration avec ENN et Secure Nutrition, le Secrétariat du Mouvement SUN a organisé une série de webinaires pour aider les pays à se préparer pour cette Convention et à utiliser les tableaux de bord de pays qui mettent en évidence les domaines d'intérêt dans chaque pays. Les tableaux de bord constituent la base du système du Mouvement SUN pour le **suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage** (MEAL), qui mesure l'étendue des résultats et de l'impact de ce Mouvement.

Les indicateurs MEAL s'harmonisent avec les cadres de suivi convenus au niveau mondial et utilisent les données déjà disponibles et ont été examinées pour la qualité (par exemple, les bases de données mondiales de l'UNICEF, l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS). Ceci est associé aux résultats annuels de la Convention ainsi qu'aux données de financement provenant des analyses budgétaires nationales et des examens des dépenses des donateurs.

## Encadré 1 Les huit domaines du système MEAL

 <b>Environnement favorable</b>	 <b>Financement pour la nutrition</b>
 <b>Interventions et approvisionnement en nourriture</b>	 <b>Textes de lois nouvellement promulgués</b>
 <b>Moteurs de nutrition ODD (Objectifs pour le développement durable)</b>	 <b>ANJE + apports alimentaires</b>
 <b>Statut de la nutrition</b>	 <b>ODD liés à la nutrition</b>

Le rapport de référence MEAL 2016 fournit une analyse détaillée de chaque indicateur dans huit domaines (Encadré 1) pour évaluer le progrès des pays SUN. Le système MEAL permet aux nouveaux pays membres de bénéficier de possibilités d'apprentissage avec des membres de longue date et d'une assistance technique afin de renforcer les environnements politiques et financiers favorables. Il démontre également la nécessité de se concentrer davantage sur les pays présentant un risque humanitaire élevé, ainsi que sur les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, grâce à un meilleur accès à l'apprentissage de pays à pays.

Un représentant du Réseau de la société civile SUN a déclaré lors des webinaires : « Le MEAL peut être utilisé pour examiner les données disponibles dans les différents domaines et stimuler les discussions sur les lacunes, les défis et si les travaux en cours sont en ligne avec les objectifs ou non. » Cela a été repris par le Réseau SUN des Nations Unies : « C'est un outil très utile pour rassembler différents réseaux au niveau national. Il peut être utilisé comme outil de réflexion afin d'identifier la position actuelle d'un pays et la direction qu'il souhaite prendre. » Un universitaire et membre du Comité exécutif SUN du Népal a confirmé que le tableau de bord est utilisé pour le plaidoyer sur la programmation et les investissements aux niveaux national et sous-national. Au Kenya, l'utilité potentielle du tableau de bord pour la planification infranationale et l'identification des lacunes dans les données a été notée par le point focal SUN effectué par le gouvernement.

À mesure que les pays SUN entreprennent les Conventions, le MEAL aide à orienter les priorités et les domaines nécessitant une attention particulière. Par exemple, l'outil démontre que la majorité des pays SUN doivent inclure des cibles pour les maladies non transmissibles liées à l'alimentation dans leurs plans nutritionnels, dans leurs plans de développement nationaux et dans leurs stratégies de croissance économique. Cela montre également qu'il faut accorder une plus grande attention à l'importante fenêtre d'opportunité des 1 000 premiers jours, car la plupart des pays SUN ne disposent pas de fonds suffisants pour intensifier efficacement les interventions spécifiques à la nutrition. Il illustre également de manière claire la nécessité de placer les femmes et les adolescentes au centre des efforts.

Un membre du Comité exécutif SUN a déclaré : « Comme l'indique l'excellent tableau de bord SUN pour le Nigéria, le pays réussit bien sur l'environnement favorable et sur la législation, mais il est moins performant sur la mise à l'échelle des interventions et la qualité des approvisionnements alimentaires ainsi que sur les ODD (Objectif de développement durable) moteurs de la nutrition (tels que WASH [Eau, Assainissement et Hygiène], l'autonomisation des femmes et l'âge du mariage) ». Le système MEAL démontre donc l'importance des pays SUN pour optimiser la fourniture d'actions nutritionnelles à fort impact à travers une gamme de plateformes et de secteurs qui vont au-delà de la santé.

Des informations complémentaires sont disponibles sur la page Web du système MEAL :

<http://scalingupnutrition.org/fr/progres-et-impact/suivi-evaluation-redevabilite-et-apprentissage-meal/>



**ENN**  
32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK  
Tel: +44 (0)1 865 324996 Email: [office@enonline.net](mailto:office@enonline.net)  
Charity registration no: 1115156. Company registration no: 4889844

Pour recevoir Nutrition Exchange, allez sur :  
[www.enonline.net/nex](http://www.enonline.net/nex)

