

Des espèces pour les
réfugiés somaliens

Mobiliser des ânes pour
améliorer la nutrition en Ethiopie

Savourer des légumes
en Tanzanie

NUTRITION EXCHANGE

ENN



**Renforcement de la
nutrition :
expériences du Pakistan**

**Leçons tirées du Programme
général d'alimentation
supplémentaire au Kenya
2011/2012**

Table des matières

- 3** Éditorial
- 4** Résumés d'articles
 - 4** Émaciation et retard de croissance
 - 23** Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et changement de comportement
 - 26** Agriculture, moyens d'existence et résilience
 - 34** Nutrition des mères et des adolescentes
 - 35** L'eau, l'assainissement et l'hygiène (Water, Sanitation and Hygiene – WASH) et la nutrition
 - 36** Gouvernance et coordination
- 39** Événements à venir

L'ENN aimerait remercier ses traducteurs et relecteurs techniques Anna Kriz et Elise Bécart, Randa el Ozeir et la Jordan Health Aid Society, pour le développement des versions française et arabe de cette publication.

Photographies de couverture

Couverture avant : Une nouvelle installation pour se laver les mains à l'école primaire publique d'Ambohimasina, commune de Talata-Angavo, Madagascar, octobre 2013. WaterAid/Ernest Randriarimalala

Couverture arrière : Water Aid installera de l'eau propre au moyen de pompes à la fin de 2014, Ambohimahatsinjo, Madagascar. WaterAid/Abbie Traylor-Smith

Couverture avant intérieure : Les ânes de l'IMC contribuant à la prise en charge des enfants atteints de MAS, Ethiopie. Birehan Gurmu, 2013

Cette édition de Nutrition Exchange est financée par la subvention d'Irish Aid et de USAID/OFDA octroyée à l'Emergency Nutrition Network dans le cadre d'un projet intitulé « Renforcement des connaissances et des capacités sectorielles et individuelles au niveau national et international afin de répondre aux urgences dans le secteur de la sécurité nutritionnelle et alimentaire » sous l'accord N° AID-OFDA-G-11-00217.



Beaucoup de gens sous-estiment la valeur de leurs expériences individuelles et l'utilité de les partager avec d'autres personnes travaillant dans des situations similaires. L'ENN vise à élargir la gamme des individus, des organismes et des gouvernements qui contribuent en fournissant du contenu à publier à Nutrition Exchange.

Beaucoup des articles que vous voyez dans Nutrition Exchange naissent sous forme de simples listes à puces que les auteurs partagent avec nous. L'équipe éditoriale de Nutrition Exchange peut vous aider à rédiger vos idées et en faire un article à publier.

Pour commencer, il suffit de nous envoyer un email (nutritionexchange@enonline.net) contenant un résumé de vos idées (en moins de 500 mots) et indiquant pourquoi les lecteurs de Nutrition Exchange pourraient être intéressés par vos expériences.

Si vous connaissez d'autres personnes travaillant au niveau national, notamment le personnel des gouvernements locaux et des ONG locales, qui pourront elles aussi contribuer, nous vos serions reconnaissants de transmettre le message.

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 l'apprentissage issus des programmes de nutrition déployés dans des pays où le fardeau de la malnutrition est élevé et les pays à risque de crise. La publication d'articles écrits par les acteurs nationaux est prioritaire. Nutrition Exchange résume également la recherche et fournit des informations sur les conseils, les outils et les formations à venir dans le domaine de l'alimentation et autres secteurs connexes.

Nutrition Exchange contient également des informations à jour sur les références, les lignes directrices, les outils, les formations et les événements. Il est disponible en anglais, en français et en arabe.

À quelle fréquence est-il publié ?

Nutrition Exchange est une publication gratuite annuelle disponible en version papier et électronique.

Comment s'abonner ou soumettre un article

Pour vous abonner, rendez-vous à l'adresse <http://www.enonline.net/nutritionexchange>

Pour contribuer à Nutrition Exchange ou encore faire part de vos commentaires à nos éditeurs, merci d'envoyer un email à nutritionexchange@enonline.net

À propos de l'Emergency Nutrition Network (ENN)

L'ENN facilite le réseautage et l'apprentissage dans le domaine de la nutrition et la constitution d'une base de données probantes pour les programmes de nutrition. Nous nous concentrons sur les communautés en crise et les endroits où la malnutrition est un problème chronique. Notre travail est guidé par les besoins des praticiens, qui se doivent de travailler efficacement.

- Nous recueillons et échangeons des expériences de praticiens à travers nos publications et nos forums en ligne
- Nous effectuons des recherches et des comptes-rendus lorsque les données probantes sont insuffisantes
- Nous organisons des discussions techniques en cas de manque de consensus
- Nous soutenons le leadership au niveau mondial et l'intendance en matière de nutrition.

Éditorial

Nous sommes heureux de partager avec vous le quatrième numéro de Nutrition Exchange. En plus des résumés habituels des publications majeures liées à la nutrition, ce numéro comporte 12 articles originaux de nos lecteurs à travers le monde. Il s'agit d'un ajout considérable aux trois articles originaux que nous avons publiés dans le numéro 3 et nous souhaiterions poursuivre sur cette lancée. Notre prochain objectif est que NEX devienne la principale publication consacrée à la nutrition écrite par des acteurs nationaux pour les lecteurs nationaux. Un chaleureux merci à tous les auteurs nationaux d'avoir pris le temps de documenter et de partager leurs précieuses expériences.

Les 12 articles originaux décrivent toute une série d'expériences liées à la mise en œuvre des programmes axés entièrement ou en partie sur la nutrition en Afrique et en Asie. Nous vous proposons des articles sur la Tanzanie, la Gambie et les camps de réfugiés somaliens au Kenya au sujet de l'amélioration de l'accès à des aliments variés grâce à des approches innovantes telles que les activités de jardinage effectuées par les femmes, ou encore les groupes d'épargne ou les transferts d'espèces. Deux articles d'auteurs du Pakistan se concentrent sur les expériences liées à la mise en place des outils nécessaires au renforcement de la nutrition et les stratégies visant à remédier aux pratiques d'alimentation douteuses des nourrissons et des jeunes enfants. Vous trouverez également six articles d'auteurs du Kenya, d'Éthiopie, du Tchad et du Pakistan décrivant différentes approches ayant pour but de réduire les niveaux élevés de malnutrition aiguë dans des environnements limités en ressources, et de Somalie, décrivant un projet visant à accroître la fréquentation scolaire, en particulier chez les filles.

Les principales publications et réunions présentées dans ce numéro mettent en évidence la reconnaissance mondiale de l'importance de prévenir le retard de croissance, les liens physiologiques entre l'émaciation et le retard de croissance, les implications liées aux politiques et aux programmes ainsi que les liens entre la croissance économique et la sous-nutrition infantile.

Deux comptes-rendus sur les liens entre l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et la croissance de l'enfant sont également présentés. Le lien WASH-nutrition représente un domaine de recherche de plus en plus exploité suscitant l'intérêt grandissant des programmes et nous espérons présenter davantage d'expériences sur les liens concrets entre WASH et la nutrition dans notre prochain numéro. Nous résumons également deux études importantes sur la nutrition des mères et des adolescents.

Cette édition ne présente pas beaucoup d'informations sur les nouveautés et les événements. En effet, l'ENN est en train d'améliorer son site Web, ainsi, à compter de juin 2014, les nouveautés, les événements, les formations, les liens pertinents et les possibilités d'emploi formeront une rubrique permanente et continuellement mise à jour. Le site mettra également en vedette le contenu traditionnel du bulletin électronique de l'ENN ; le dernier bulletin électronique sera donc publié en mai. N'oubliez pas de consulter les changements sur www.enonline.net et maintenez-vous à jour en visitant le site régulièrement !

La traduction en arabe et en français de l'édition sera prête d'ici juillet 2014.

Comme toujours, nous apprécions vos commentaires sur la publication ainsi que vos idées d'articles pour le prochain numéro qui paraîtra en mai 2015.

Salutations,
L'équipe Nutrition Exchange Team de l'ENN
(Carmel, Valerie et Chloe)





© UNICEF/NYHQ/2012-0156/Nyanti Quanyime, 2012

Base de données conjointe sur la malnutrition des enfants UNICEF/OMS/Banque mondiale

En septembre 2013, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont mis à jour leur base de données commune sur la malnutrition des enfants et ont publié de nouvelles estimations mondiales et régionales pour 2012. Pour la première fois, la base de données contient des estimations mondiales et régionales sur l'émaciation et l'émaciation sévère.

Principaux résultats

Le retard de croissance

Au niveau mondial, 162 millions d'enfants de moins de cinq ans accusaient un retard de croissance en 2012.

La tendance mondiale en termes de prévalence et de fardeau du retard de croissance ne cesse de diminuer. Entre 2000 et 2012, la prévalence du retard de croissance a diminué de 33 % à 25 % et le fardeau a diminué de 197 à 162 millions.

En 2012, 56 % parmi les enfants avec un retard de croissance vivaient en Asie et 36 % en Afrique.

L'insuffisance pondérale

Dans le monde, 99 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en insuffisance pondérale en 2012.

La tendance globale de la prévalence de l'insuffisance pondérale continue de diminuer, mais à un rythme lent. Entre 1990 et 2012, la prévalence de l'insuffisance pondérale a réduit de 25 % à 15 %, ce qui reste insuffisant pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) selon lequel il faut réduire de moitié la prévalence observée en 1990 d'ici 2015.

En 2012, 67 % parmi les enfants souffrant d'insuffisance pondérale vivaient en Asie et 29 % en Afrique.

Émaciation et émaciation sévère

Sur la base de données sur la prévalence, à l'échelle mondiale, 51 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient émaciés et 17 millions étaient gravement émaciés en 2012.

Globalement, les taux de prévalence de l'émaciation modérée et de l'émaciation sévère en 2012 ont été estimés à près de 8 % et un peu moins de 3 % respectivement.

En 2012, environ 71 % parmi les enfants souffrant d'émaciation grave résidaient en Asie et 28 % en Afrique, avec des chiffres similaires pour les enfants émaciés, à savoir 69 % et 28 % respectivement.

Surpoids

En 2012, 44 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids à travers le monde.

La tendance globale de la prévalence et du fardeau du surpoids augmente. Entre 2000 et 2012, la prévalence du surpoids a augmenté de 5 % à 7 % et le fardeau mondial a augmenté de 32 millions à 44 millions. L'augmentation de la prévalence du surpoids se reflète dans toutes les régions, alors que le fardeau est en augmentation en Afrique, en Asie et dans les pays développés, mais stagne en Amérique latine et en Océanie.

En 2012, la prévalence du surpoids était la plus élevée en Afrique du Sud (18 %), en Asie centrale (12 %) et en Amérique du Sud (7 %).

Tableaux de bord de données

Six tableaux de bord interactifs en ligne ont été développés pour permettre aux utilisateurs d'explorer toute la série chronologique (1990 - 2012) des estimations mondiales et régionales des indicateurs de prévalence et de fardeau du retard de croissance, de surpoids, d'insuffisance pondérale, d'émaciation et d'émaciation sévère par pays et par région et en termes de revenus. Les tableaux de bord sont disponibles en ligne http://www.childinfo.org/malnutrition_dashboard.html

¹ À noter qu'il est très souhaitable que les estimations d'émaciation soient basées sur les données d'incidence car on estime que les données de prévalence sous-estiment le fardeau véritable à l'échelle mondiale

Réunion du Groupe d'intérêt technique sur l'émaciation et le retard de croissance : Résumé des principales observations

Une réunion a été convoquée par l'ENN pour discuter des données prouvant les liens entre l'émaciation et le retard de croissance et les implications que cela peut avoir pour les programmes et les politiques. Les principales conclusions de la réunion ont été les suivantes:

Les liens entre l'émaciation et le retard de croissance chez les enfants:

- L'émaciation affecte négativement la croissance linéaire et la reprise de poids suite à l'émaciation est bénéfique pour la croissance linéaire.
- Chez les enfants émaciés, la croissance linéaire ralentit et peut finir par s'arrêter. Bien que nous ne sachions pas exactement quand cela se produit, on pense que la croissance linéaire est contrôlée par des niveaux de graisse corporelle.
- L'émaciation et le retard de croissance coexistent souvent chez le même enfant.

Facteurs de risque et effets communs

- L'émaciation et le retard de croissance sont associés à une mortalité accrue, en particulier lorsqu'ils coexistent.
- L'émaciation et le retard de croissance partagent de nombreux facteurs de risque, tel qu'illustré par le cadre conceptuel de l'UNICEF et attesté par la littérature, incapable d'identifier des facteurs de risque de l'émaciation qui ne s'appliqueraient pas en même temps à un retard de croissance.
- Des données attestent que les conditions in utero et la croissance du fœtus contribuent de manière significative à un éventuel retard de croissance à la naissance et durant la petite enfance ; elles contribueraient également à l'émaciation.
- Des données probantes suggèrent que la courbe de la croissance en taille pendant l'enfance est liée à la taille-pour-âge initiale à la naissance (et par association, à la croissance du fœtus) et dans une certaine mesure, au poids-pour-taille initial à la naissance. Les réserves de graisse peuvent jouer un rôle.
- Les maladies infectieuses au cours de la petite enfance contribuent grandement à l'émaciation et au retard de croissance.
- Des données suggèrent que l'inflammation et la santé intestinale peuvent également jouer un rôle important à la fois dans l'émaciation et le retard de croissance (par les effets d'une inflammation chronique, un syndrome de malabsorption et/ou des effets de l'appétit).
- Il existe des traitements efficaces contre l'émaciation ; mais on manque de preuves d'interventions curatives efficaces pour soigner le retard de croissance.
- La séparation en vigueur dans les politiques, les conseils et les ressources en rapport à l'émaciation et au retard de croissance limite l'incidence des efforts actuels visant à réduire la sous-nutrition infantile.

- Étant donné que l'émaciation et le retard de croissance partagent de nombreux facteurs de risque communs, des directives politiques claires sont nécessaires afin d'encourager et de faciliter les liens pratiques pour des programmes plus intégrés.
- Compte tenu des tendances saisonnières de l'émaciation et du retard de croissance, il est nécessaire de s'assurer que les politiques des bailleurs facilitent les interventions préventives précoces visant à atténuer les pics saisonniers.

Implications politiques potentielles

- Étant donné qu'il a été prouvé que le poids et la taille à la naissance déterminaient la croissance linéaire plus tard, les programmes ciblant l'environnement in utero, par exemple par l'intermédiaire de la santé de la mère et du soutien nutritionnel, peuvent agir à titre d'interventions de prévention majeures contre le retard de croissance (et potentiellement l'émaciation).
- La séparation actuelle entre des programmes visant le traitement d'une part et la prévention d'autre part limite à la fois la reprise de poids continue de l'enfant émacié et la prévention de nouveaux épisodes d'émaciation, avec des incidences potentielles sur la croissance linéaire.
- Les programmes doivent relier les services s'attaquant aux différents facteurs de risque communs au retard de croissance et à l'émaciation, plutôt que de traiter chaque relation de façon linéaire.

Des lacunes dans la recherche ont également été identifiées. Le travail est en cours et se terminera plus tard en 2014. Pour le résumé complet de la réunion et les documents connexes, veuillez contacter Tanya@ennonline.net



Samaritan's Purse, Cambodia, 2010

Dépistage de la malnutrition aiguë au niveau communautaire

Numéro spécial sur la nutrition maternelle et infantile

Favoriser la croissance saine et prévenir le retard de croissance pendant l'enfance, septembre 2013 (Volume 9, Supplément S2 Pages 1-149)

Favoriser la croissance saine et prévenir le retard de croissance pendant l'enfance : un défi mondial (éditorial)

Adelheid W. Onyango

L'Assemblée mondiale de la Santé a fixé comme objectif de réduire le nombre d'enfants de moins de cinq ans émaciés de 40 % (2010-2024). Des efforts politiques, techniques et universitaires mondiaux importants ont été déployés pour résoudre ce problème y compris le Pacte mondial en faveur de la nutrition pour la croissance qui définit les engagements des pays et mobilise des ressources pour la nutrition. Le *Lancet Series* consacré à la nutrition maternelle et infantile décrit les interventions susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la lutte contre la sous-nutrition et le surpoids, leur coût, l'importance des interventions sensibles à la nutrition et

comment tirer parti de l'élan politique actuel. Dans le même temps, l'OMS met en œuvre le projet « Promoting Healthy Growth and Preventing Childhood Stunting » (Promotion de la croissance saine et prévention du retard de croissance chez les jeunes enfants) dans le but de développer des outils et un cadre pour que les pays puissent établir et mettre en œuvre des programmes de réduction de retard de croissance et attirer l'attention des institutions nationales sur le retard de croissance plutôt que sur l'insuffisance pondérale. Ce supplément est un recueil d'articles qui reflètent plusieurs aspects des défis posés par l'objectif de réduction de retard de croissance et les moyens d'y remédier.

La justification économique de l'investissement dans la réduction du retard de croissance

John Hoddinott et al.

Il y a une justification intrinsèque évidente quand il s'agit d'investir dans la réduction du retard de croissance ; toutefois, quand il s'agit d'investissements publics visant à réduire le retard de croissance, il est utile d'avancer des arguments solides démontrant que ces investissements auront des retombées économiques importantes. Le présent document décrit la justification économique des investissements en matière de réduction du retard de croissance dans le but de produire des estimations crédibles de rapports coûts-avantages pour un ensemble plausible d'interventions nutritionnelles.

Les auteurs présentent un cadre qui illustre les conséquences du retard de croissance tout au long du cycle de vie. Une caractéristique importante de ce cadre est qu'il sépare les causes sous-jacentes de retard de croissance en deux catégories : d'une part celles qui reflètent les décisions privées/familiales et d'autre part celles qui reflètent les décisions politiques publiques quant au fait de procéder ou non à des investissements visant à atténuer les facteurs de risque du retard de croissance.

Le retard de croissance peut avoir plusieurs conséquences tout au long du cycle de vie. Pendant les 1 000 premiers jours de vie de l'enfant, ces conséquences sont classées comme suit : aspects physiques, compétences cognitives, compétences socio-émotionnelles et fonctions exécutives/autorégulation. Plus tard dans le cycle de vie, les conséquences comprennent également

la participation au marché du travail, le salaire, les résultats sur le marché du mariage, l'implication dans la criminalité et la violence, la santé des adultes et l'état nutritionnel, et la fertilité et la parentalité de la prochaine génération. Le cadre indique qu'investir dans des efforts qui réduisent le retard de croissance peut avoir un certain nombre d'impacts positifs potentiels sur le cycle de vie.

La recherche empirique liée aux conséquences du retard de croissance, y compris la perte du potentiel de croissance physique, les troubles cognitifs et le risque accru de maladie chronique, est présentée et les lacunes sont identifiées.

Les estimations des avantages associés aux différentes interventions nutritionnelles visant à réduire le retard de croissance (décrites dans la série *The Lancet* sur la santé maternelle et infantile) sont présentées. Les consensus sur leur efficacité et leurs coûts sont discutés. L'avantage: les ratios de coûts associés à la mise en œuvre de ces interventions dépassent 1 dans tous les pays faisant partie de l'étude (ce qui dépasse de nombreuses interventions de développement).

Les auteurs concluent en suggérant que les pays qui veulent générer et entretenir une prospérité généralisée ont tout intérêt à envisager le renforcement des ces interventions nutritionnelles car elles comptent parmi les meilleurs investissements possibles.

Articles supplémentaires dans le Supplément sur la nutrition des mères et des enfants :

- L'objectif mondial de l'Organisation mondiale de la santé de réduire le retard de croissance chez les enfants d'ici à 2025 : justification et mesures proposées
- La contextualisation de l'alimentation complémentaire dans un cadre plus vaste pour la prévention du retard de croissance
- Les interventions multisectorielles pour une croissance saine
- Taille des parents et la croissance de l'enfant de la naissance à l'âge de 2 ans dans l'Étude multicentrique sur la référence de croissance de l'OMS
- La justification économique de l'investissement dans la réduction du retard de croissance (résumé ci-dessous)
- Les principes et les pratiques des activités de plaidoyer

- concernant la nutrition : données probantes, expérience et voie à suivre pour la réduction du retard de croissance
- Les principes clés pour améliorer les programmes et les interventions liés à l'alimentation complémentaire
- Concevoir des recommandations appropriées en matière d'alimentation complémentaire: outils d'action programmatique
- Introduire des indicateurs d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les systèmes nationaux de suivi de la nutrition: les leçons du Vietnam

Accès gratuit disponible pour tous les articles : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.2013.9.issue-s2/issuetoc>

Opportunités critiques pour les interventions nutritionnelles visant à lutter contre le retard de croissance

Andrew M Prentice et al.

Am J Clin Nutr. May 2013; 97(5): 911–918

Une analyse précoce des courbes de croissance chez les enfants dans 54 pays pauvres en ressources d'Afrique et d'Asie du Sud-est montre une chute rapide de la taille-pour-âge en z-score au cours des deux premières années de vie, et sans reprise jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de cinq ans ou plus. Cette découverte a attiré l'attention sur la période allant de la conception à l'âge de 24 mois qui serait une « période opportune » pour les interventions ciblant le retard de croissance et a gagné un soutien politique considérable avec des investissements ciblant les 1 000 premiers jours de vie. Il est apparu que les interventions en dehors de cette période sont peu susceptibles d'avoir un quelconque effet.

Tout en soutenant l'importance des 1 000 jours et des interventions pour répondre au problème de la sous-nutrition au cours de cette période, ce document présente une analyse montrant qu'il existe d'autres périodes opportunes pour s'attaquer au retard de croissance, périodes qui ne doivent pas être négligées et qui pourraient bien offrir des occasions d'intervention supplémentaires. Les auteurs soutiennent que l'adolescence représente une période supplémentaire au cours de laquelle les interventions favorisant la croissance pourraient avoir un cycle de vie important et des effets intergénérationnels.

L'efficacité des programmes généraux d'alimentation supplémentaire en matière de prévention de la malnutrition aiguë : Données probantes issues de la recherche menée au Tchad

Note d'information ENN 2013

Paluku Bahwere et al.

Disponible à www.ennonline.net

A ce jour, peu d'études ont été menées sur l'efficacité des programmes généraux d'alimentation supplémentaire (PGAS) quant à la prévention de la détérioration de l'état nutritionnel au niveau de l'individu ou de la population. En collaboration avec le PAM, Oxfam Intermon, le Centre de support en santé internationale et le ministère de la Santé du Tchad au niveau national, l'ENN a effectué des recherches dans un PGAS conçu pour empêcher une augmentation de cas de malnutrition aiguë (MA) au cours de la crise alimentaire de 2012 chez les enfants âgés de 6 à 23 mois à Magalme, au Tchad.

Les enfants ciblés ont reçu 200 g/jour de Super Cereals plus, les mères allaitantes ont reçu 220 g/jour de Super Cereals plus et les ménages en situation d'insécurité alimentaire sévère ont reçu une ration familiale (450 g de sorgho, 60 g de légumineuses, 25 g d'huile et 5 g de sel). Les ménages avec enfants vulnérables et classés comme étant en situation d'insécurité alimentaire sévère ont reçu deux Super Cereals plus pour l'enfant ainsi que la ration familiale.

Principales conclusions

- L'ensemble des interventions (PGAS, espèces, WASH et les interventions de contrôle des prix alimentaires) a empêché l'augmentation typique de 5 % des taux de malnutrition aiguë que l'on observe en cas de crise alimentaire grave, de prix élevés des aliments de base et

de niveau annuel élevé de malnutrition aiguë en saison de famine.

- Les résultats de la recherche indiquent une diminution des taux de mortalité dans la zone d'intervention au cours de la période de soudure.
- Un nombre important d'enfants bien nourris à la base (34,6 %) se sont mis à développer la malnutrition aiguë au cours de la période de suivi, malgré l'ensemble des interventions.
- L'analyse de la vitesse de croissance suggère que les saisons de soudure successives contribuent de manière significative à l'augmentation de la prévalence du retard de croissance, et l'atténuation effective de la faim saisonnière comme moyen d'améliorer les résultats en matière de nutrition ne devrait pas être considérée uniquement comme une intervention pour lutter contre la malnutrition aiguë, mais aussi comme une stratégie visant à réduire les taux de retard de croissance.
- Un PB <135 mm et un z-score poids-pour-taille <-1 au début de la saison de la faim étaient des facteurs prédictifs indépendants de la malnutrition aiguë et pourraient être considérés comme des critères de sélection lorsque les denrées alimentaires se font rares.
- L'état nutritionnel de la mère, défini par le périmètre brachial, indique si l'enfant est à risque de développer la malnutrition aiguë au cours de la saison de la faim.

Leçons tirées du Programme général d'alimentation supplémentaire au Kenya 2011/2012

Par Joyce Owigar

Joyce est actuellement responsable de programme pour la nutrition au sein du Programme alimentaire mondial au Kenya, où elle travaille depuis 2007.

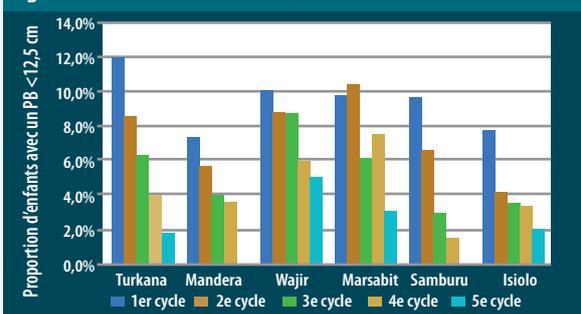
En raison de la sécheresse récurrente dans les comtés arides du Kenya, le PAM et le secteur de la nutrition au Kenya ont mis en œuvre des programmes généraux d'alimentation supplémentaire (PGAS) pour empêcher la détérioration nutritionnelle des groupes vulnérables (notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes). En juillet 2011, en réponse à des niveaux élevés de malnutrition aiguë globale (MAG) en raison de précipitations insuffisantes lors des saisons des pluies courtes et longues, des PGAS ont été mis en œuvre dans six comtés arides : Turkana, Mandera, Wajir, Isiolo, Samburu et Marsabit.

Les PGAS fournissaient un ensemble de services essentiels de santé et de nutrition, y compris le dépistage de la malnutrition aiguë, des conseils en santé et en nutrition et un traitement systématique, en plus de la distribution alimentaire (mélange maïs-soja enrichis et huile végétale).

Dès le début des PGAS, la situation nutritionnelle a été suivie au moyen d'enquêtes nutritionnelles et de séances de dépistage pour tous les bénéficiaires à chaque distribution. Les enquêtes nutritionnelles de juin à novembre ont indiqué une baisse des niveaux de malnutrition aiguë globale.

Un dépistage anthropométrique (PB et œdème) tout au long de l'intervention montre une amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans au fil des distributions.

Figure 1 : Tendances du PB chez les enfants dans six comtés



La diminution globale de la prévalence de la MAG et les tendances du périmètre brachial chez les enfants étaient positives, mais il est clair que d'autres facteurs et/ou programmes auraient également contribué à l'amélioration de la situation nutritionnelle.

Réalisations

Un démarrage rapide. Parmi les réussites des PGAS, on compte la capacité de démarrer la mise en œuvre dans une période de temps relativement courte. Le PGAS de 2011/2012 a commencé dans la région la plus touchée, le Turkana du Nord, dans le mois de la publication des résultats de l'enquête nutritionnelle indiquant un niveau de

MAG de 37 %. L'intervention a débuté dans le deuxième mois pour les autres comtés en situation critiques, en privilégiant les enfants de moins de trois ans et les femmes enceintes et les mères allaitantes pour les première et deuxième distributions et en incluant tous les enfants de moins de cinq ans à partir de la troisième distribution. Le développement d'une stratégie de mise en œuvre des PGAS et la bonne coordination entre les partenaires de mise en œuvre ont grandement facilité le processus.

Une bonne couverture. La couverture prévue a été dépassée en raison des vastes activités de mobilisation communautaire et des rations de qualité fournies. Le tableau suivant montre la couverture prévue par rapport aux données réelles au cours du PGAS.

Tableau 1

Districts	Bénéficiaires des CYCLES						
	planifié	Cycle 1	Cycle 2	planifié	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5 ¹
ISILOLO	33,358	13,629	15,751	37,289	25,562	27,266	33,968
MANDERA	103,292	93,138	118,090	146,826	166,170	179,142	-
MARSABIT	27,503	28,049	30,501	46,577	45,233	46,488	46,581
SAMBURU	30,016	35,026	46,996	59,609	58,210	60,774	-
TURKANA	81,805	73,270	92,189	139,933	135,288	131,682	125,774
WAJIR	86,297	86,763	98,505	193,661	185,173	196,165	200,845
Grand Total	362,271	329,875	402,032	623,895	615,636	641,517	407,168
Proportion de la cible	100%	91%	111%	100%	99%	103%	98%

Les leçons apprises

Plusieurs enseignements ont été tirés de la mise en œuvre du PGAS de 2011-2012.

Ensemble complet d'interventions : les enfants et les femmes qui n'avaient pas reçu de vaccins et de supplémentation ont reçu ces services au cours du PGAS. Les bénéficiaires ont également reçu une formation sur la santé et ont été référés à un spécialiste de la santé le cas échéant. Cependant, alors que la nourriture était disponible pendant les premier et deuxième cycles, les vaccinations et les suppléments n'ont été disponibles qu'à partir du troisième cycle.

Leçon : une planification et une coordination complètes de la part du secteur de la nutrition et d'autres, y compris le département de l'immunisation au sein du ministère de la Santé, dès le début du déploiement, assureraient une approche plus harmonisée.

Prépositionnement des stocks : L'approvisionnement en denrées alimentaires en quantité suffisante (maïs-soja et huile) s'est rapidement avéré être un défi. L'insuffisance des stocks au début des activités a empêché de cibler tous les enfants de moins de cinq ans. La priorité a été accordée aux enfants de moins de trois ans, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes pendant les deux premières distributions.

Leçon : Il est nécessaire d'assurer qu'un stock de denrées alimentaires soit immédiatement disponible pour les interventions d'urgence. En 2011, le PAM a établi un

² Le cinquième cycle n'a pas été prévu pour Mandera et Samburu, étant donné le changement de saison et la réduction de la vulnérabilité

mécanisme d'achat anticipé au niveau régional en Afrique de l'Est visant à assurer la disponibilité des stocks pour des régions spécifiques de différents pays. En conséquence, les pays sont mieux préparés aux urgences en matière de disponibilité des approvisionnements.

Planification des interventions : Le PGAS avait prévu cinq distributions pendant cinq mois (août à décembre 2011) dans l'espoir que la sécurité alimentaire et la situation nutritionnelle se seraient améliorées au début de 2012 en raison de la saison des pluies d'octobre à décembre 2011. Toutefois, en raison de retards dans les approvisionnements alimentaires et des routes emportées par les eaux, le PGAS a continué jusqu'en mars 2012 (huit distributions). Cela a abouti à des défis supplémentaires étant donné que certains des coûts opérationnels tels que le niveau de dotation en personnel, les locaux et les véhicules ont été maintenus tout au long de la période de mise en œuvre prolongée. En outre, l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité à la sous-nutrition variaient selon les comtés et certains ont eu besoin de plus de soutien tandis que d'autres non.

Leçon : Le moment et le type d'intervention devraient être conçus en fonction du contexte de chaque région.

Informations d'alerte précoce : Les données de suivi nutritionnel existantes (sur la base du dépistage par PB) disponibles à la fin de 2010 et au début de 2011 n'étaient pas crédibles et des enquêtes nutritionnelles ont donc été menées. Des enquêtes ont été réalisées pendant le pic de la saison sèche et reflètent la situation au cours de la période la plus difficile. Le PGAS a été mis en œuvre pour empêcher une nouvelle détérioration des niveaux de malnutrition, mais, idéalement, aurait dû être mis en place beaucoup plus tôt.

Leçon : les systèmes de surveillance existants devraient être renforcés pour être en mesure d'indiquer une détérioration de la situation le cas échéant afin de permettre une intervention qui atténuera l'urgence. Alternativement, les enquêtes devraient être menées plus tôt pour permettre une réponse rapide.

Liaison entre le PGAS et l'IMAM : Dans le cadre de la stratégie PGAS, les individus diagnostiqués comme souffrant de malnutrition aiguë devaient être référés au programme de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (IMAM) du gouvernement du Kenya. Toutefois, dans les faits, référer les individus s'est avéré être un défi dans les zones où la capacité de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë était limitée.

Leçon : Pour la programmation future, la mise en œuvre des PGAS doit être prévue en harmonie avec les interventions IMAM existantes afin d'assurer une intégration totale. Des éléments supplémentaires (personnel, véhicules et fournitures) peuvent être nécessaires pour la mise en œuvre de l'IMAM afin d'assurer des liens efficaces.

Ressources humaines :

Dotation en personnel : En se basant sur les leçons tirées du PGAS de 2010 au Kenya, le PGAS 2011/2012 a élaboré et mis en œuvre une stratégie de dotation en personnel détaillée avec un total de 21 employés pour 250 bénéficiaires pour un site donné, tel qu'illustré ci-dessous.

En raison de l'urgence des interventions, le personnel nécessaire complet pourrait ne pas être recruté à temps, le recrutement se poursuivrait donc au cours de la mise en œuvre.

Formations : La qualité des formations a varié. Les formations réalisées au début de l'intervention étaient plus longues et ont fourni plus de détails que les formations ultérieures.

Le roulement du personnel était élevé et, par conséquent, il y avait un besoin continu de formation. Le recrutement de personnel qualifié, en particulier les infirmières, dans un très court laps de temps, a aussi été un réel défi. Les infirmières disponibles étaient rares dans les comtés, et un certain nombre de partenaires ont dû faire appel à des comtés voisins ou communiquer avec les collègues de formation médicale. Cela a entraîné des retards dans la mise en œuvre de la composante du traitement systématique du programme.

Leçons : La formation doit être une constante, avec un financement alloué à la formation continue. Pour réduire le taux de roulement élevé du personnel, le personnel du PGAS devrait avoir des contrats flexibles pour la durée de la mise en œuvre, par opposition aux contrats occasionnels (ce qui à son tour réduira la quantité de formations requises). En ce qui concerne le personnel qualifié, comme les infirmières, une réserve d'infirmières devrait être mise en place pour rappel d'urgence par le secteur de la santé, dans le but d'assurer la disponibilité à court préavis pour répondre efficacement aux situations d'urgence futures.

Documentation : Le PGAS de 2011/2012 a développé un système d'information complexe dans lequel le processus des données de suivi de routine (nombre de bénéficiaires, dépistage, traitement systématique et rapports de stocks) ont été recueillies par les partenaires d'exécution à partir de chaque site de distribution et soumises à Save the Children (SCUK), chef de file du suivi du processus. SCUK a consolidé ces rapports et a généré des rapports d'étape des PGAS par mois/cycles qui ont servi de base aux discussions et aux actions de suivi aux niveaux national et des districts. Hellen Keller International a également surveillé les aspects qualitatifs du programme et a aussi généré des rapports par mois/cycles à des fins de discussion et de suivi. Ces rapports devaient être intégrés aux rapports de routine du gouvernement ; cependant, cela n'a, pour la majorité, pas été le cas car les rapports ne sont pas parvenus aux établissements de santé ou, dans le cas contraire, n'ont de toute façon pas été consolidés avec les rapports de routine au niveau de l'établissement. En conséquence, le nombre de bénéficiaires qui ont reçu un traitement systématique par l'intermédiaire du PGAS n'a pas été signalé dans les rapports des établissements de santé au niveau du comté.

Leçon : la collecte de données et la production de rapports PGAS devraient être intégrés aux systèmes d'information de gestion de la santé de routine et au processus de documentation ; les formats et les exigences doivent être clairs pour toutes les parties prenantes dès le début.

Encadré 1 : Composition d'une équipe de distribution pour 250 bénéficiaires

- 4 agents de dépistage (œdème, taille et PB)
- 2 bureaux d'enregistrement
- 5 contrôleurs de foule
- 4 membres du personnel de distribution (2 pour le maïs-soja et 2 pour l'huile végétale)
- 2 chargeurs (réapprovisionnement en maïs-soja et huile végétale)
- 1 membre du personnel de vérification (impression à l'encre)
- 1 ASC (infirmière assistante)
- 1 infirmière (distribution de traitement systématique et de vaccination)
- 1 superviseur

² Pour les enfants, la vitamine A et le zinc pour le traitement de la diarrhée. Pour les femmes enceintes - fer/acide folique, déparasitage et vaccination antitétanique. Pour les femmes qui allaitent - vitamine A.

Association entre la croissance économique et la sous-nutrition au cours de la petite enfance : données issues de 121 études démographiques et de santé menées dans 36 pays avec revenus faibles à intermédiaires

Sebastian Vollmer et al.

Lancet Glob Health 2014; 2: e225–34

On part généralement du principe qu'une croissance économique accrue entraînera une augmentation du revenu moyen, en particulier l'amélioration des revenus des populations pauvres, qui à son tour permettra d'améliorer l'accès aux biens et services bénéfiques pour l'état nutritionnel et la santé, et le recours à ces derniers. Toutefois, bien que quelques études portant sur la relation entre la croissance économique et la sous-nutrition aient été réalisées, on déplore toujours des preuves solides à l'appui. Cette étude a examiné si les changements dans la croissance économique nationale étaient associés à une réduction de la prévalence du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émacyation au cours de la petite enfance.

- La croissance des revenus pourrait être inégalement répartie.

- Si la hausse des revenus atteint la plupart des ménages, ceux-ci pourraient ne pas nécessairement dépenser ces revenus de manière à améliorer l'état nutritionnel des enfants.
- La hausse des revenus moyens pourrait ne pas servir à l'amélioration des services publics qui sont essentiels pour améliorer l'état nutritionnel de la population.

Surtout, cette constatation globale conteste l'idée selon laquelle la croissance économique conduit automatiquement à une réduction de la sous-nutrition chez les enfants. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre l'accent sur les investissements directs en matière de santé et de nutrition.

L'utilisation du périmètre brachial comme facteur déterminant la fin ou la poursuite du traitement de la malnutrition aiguë sévère conduit à des gains de poids plus élevés chez la plupart des enfants souffrant de malnutrition

Nancy M Dale et al.

PLOS One, Février 2013, Volume 8, Numéro 2

La Déclaration conjointe des Nations Unies sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) (2009) recommande que les enfants admis dans des programmes nutritionnels thérapeutiques sur la base d'un PB <115mm devraient être déchargés des soins après un gain de poids de 15-20 %. Lorsque cette recommandation est respectée, les enfants les plus sévèrement malnutris reçoivent un traitement plus court par rapport aux enfants qui sont moins sévèrement malnutris.

MSF Suisse a mené une étude en utilisant le PB comme critère pour l'admission ainsi que pour la décharge dans un programme de nutrition d'urgence à Gedaref, Nord-Soudan, pour voir si ce procédé élimine l'effet de courte durée de traitement chez la plupart des enfants sévèrement malnutris.

Les programmes traitaient des enfants âgés de 6 à 59 mois avec un PB <115 mm et/ou un œdème léger. Les enfants ayant un bon appétit et pas de complications médicales graves ont été admis au programme thérapeutique ambulatoire (PTA). Les enfants nécessitant une stabilisation ont été référés à l'hôpital le plus proche.

En se basant sur les données indiquant un très faible taux de mortalité chez les enfants avec un PB supérieur à 125 mm, les critères de décharge pour les enfants en PTA ont été fixés à PB > 125 mm pour deux mesures consécutives en plus d'un poids stable ou d'un gain de poids continu, de l'absence d'œdèmes bilatéraux pendant quatre semaines, d'un bon état clinique et d'un bon appétit.

Les résultats des enfants en PTA respectaient les normes SPHERE avec des proportions de guérison, d'abandon et de

décès de 82 %, 15 % et 1 % respectivement. Les 2 % restants ont été référés vers l'hôpital principal du district. La durée moyenne de séjour de tous les enfants était de 60 jours. Les enfants ayant un PB inférieur à l'admission avaient de plus longues durées de traitement. Le gain de poids global de tous les enfants était de 21 % et la majorité des enfants pesaient 15 % de plus qu'à l'admission.

Cette étude montre ce qui suit :

- Utiliser le PB comme critère de décharge élimine l'effet d'un traitement plus court chez les enfants les plus sévèrement malnutris et d'un traitement plus long chez les moins sévèrement malnutris, comme on l'observe avec le pourcentage de gain de poids.

- À la suite du traitement plus long, les enfants les plus sévèrement malnutris tels que ceux avec le PB plus bas à l'admission ont bénéficié d'un gain de poids plus élevé que le pourcentage recommandé de 15 %.
- L'utilisation du PB comme critère de décharge ne semble pas augmenter la durée du séjour et par là même le coût du programme, bien que cela puisse varier en fonction des contextes.

Les auteurs concluent en affirmant que l'utilisation d'un critère de décharge de PB > 125 mm est possible et a conduit à des durées de traitement et des gains de poids acceptables dans ce contexte. Ils suggèrent de confirmer la validité de ce critère dans d'autres contextes.



Forum Alive and Thrive sur la réduction du retard de croissance : Octobre 2013

En octobre 2013, le gouvernement de l'Éthiopie et Alive & Thrive ont co-organisé un forum sur la réduction du retard de croissance : la nutrition et au-delà pour trouver des solutions (Nutrition & Beyond for Solutions). Le Forum a réuni plus de 100 experts techniques, des représentants gouvernementaux, des organisations de mise en œuvre de programme, des institutions de recherche, des bailleurs et des invités internationaux. L'objectif du Forum était d'explorer des

approches ayant pour but de réduire le retard de croissance en mettant l'accent sur des conseils pratiques pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de réduction du retard de croissance.

Le programme comprenait des présentations, des vidéos, une foire aux questions et un groupe de bailleurs discutant de la voie à suivre.

Pour en savoir plus, visitez <http://www.aliveandthrive.org/events/2013-forum-stunting-reduction>

Nous vous encourageons à consulter certaines présentations :

The role of nutrition within a broader framework for reducing stunting (le rôle de la nutrition dans un cadre plus vaste afin de réduire le retard de croissance) *Kathryn G. Dewey, PhD, University of California, Davis*

National nutrition program (Programme national de nutrition) *Ferew Lemma, Federal Ministry of Health, Government of Ethiopia*

Liens multisectoriels
Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help accelerate progress in improving maternal and child nutrition? (Interventions et programmes sensibles à la nutrition : Comment peuvent-ils aider à accélérer les progrès dans l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile ?) *Marie Ruel, International Food Policy Research Institute (IFPRI)*

Baby WASH: Sanitation and hygiene interventions to prevent environmental enteropathy, stunting, and anemia in infants (WASH pour les bébés : interventions en matière d'assainissement et d'hygiène pour prévenir l'entéropathie liée à l'environnement, le retard de croissance et l'anémie chez les nourrissons) *Mduduzi Mbuya, Zvitambo*

Travailleurs de première ligne
Deploying frontline workers to deliver nutrition impact: Some challenges, many opportunities (Déploiement de travailleurs de première ligne pour exercer un effet sur la nutrition : quelques défis et de nombreuses possibilités) *Purnima Menon, International Food Policy Research Institute (IFPRI)*

Sustainability: A new approach in community for IYCF (Développement durable : une nouvelle approche dans la communauté pour l'ANJE) *Dr. Raisul Haque, PhD, BRAC*

Conseils

SUN initiative in Ethiopia (Initiative SUN en Éthiopie) *Ferew Lemma, Ethiopia SUN*

Scaling up nutrition using a multi-sectoral approach: The Uganda experience (Renforcer la nutrition en utilisant une approche multi-sectorielle : L'expérience de l'Ouganda) *Maureen Bakunzi, Office of the Prime Minister, Uganda*

Changement de comportement
What can other family members do?: Behaviors for fathers in Ethiopia (Quels sont les rôles des autres membres de la famille ? : Comportements des pères en Éthiopie) *Medhanit Zewale, Alive & Thrive Ethiopia, FHI 360*

What behavior will frontline workers do? Supporting handwashing in Bangladesh (Quels sont les comportements des travailleurs de première ligne ? Soutenir le lavage des mains au Bangladesh) *Sumitro Roy, Alive & Thrive Bangladesh, FHI 360*



HOPE Pakistan, 2012.

Dr. Mubina Agboatwalla est présidente de HOPE-Pakistan, une ONG qui œuvre dans le domaine des soins de santé pour les plus démunis. C'est une pédiatre reconnue qui a travaillé sur plusieurs projets de nutrition.

Introduction

La nutrition au Pakistan est un défi colossal, avec 44 % des enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance et 18 % souffrant d'émaciation modérée ou aiguë¹. Après les inondations de 2010 et de 2011, les niveaux de malnutrition aiguë globale (MAG) ont dépassé le seuil d'urgence de 15 % désigné par l'OMS. Pour répondre à cette augmentation de la malnutrition aiguë, les agences des Nations Unies ont soutenu le gouvernement, les organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et les ONG nationales pour développer les interventions de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Après un an, le financement à court terme de la PCMA d'urgence était fini et les activités visant à améliorer la situation nutritionnelle ont cessé. Cet article décrit l'expérience de HOPE, une ONG nationale qui a reçu du soutien afin de mettre en œuvre des activités de PCMA dans trois districts (Thatta, Dadu et Shahdaktot), et raconte comment elle a abordé le problème continu des niveaux élevés de malnutrition aiguë après que le financement d'urgence a pris fin.

En avril 2012, le financement externe des activités de la PCMA organisées par HOPE avait pris fin. Cependant, de vastes régions, y compris les villes de Jhampir, Sakro et Sujawal, continuaient à accuser un niveau alarmant de MAG (21,1 % sur la base d'une enquête nutritionnelle d'ACF/UNICEF). HOPE a décidé de poursuivre ses efforts à un niveau de services réduit de la PCMA en utilisant les ressources existantes dans le district de Thatta, d'avril 2012 en mars 2013.

La mise en œuvre du projet

Les services réduits de la PCMA de HOPE comprenaient 1) le renforcement des capacités du personnel de centre de santé pour effectuer le dépistage de la malnutrition aiguë et fournir des conseils en nutrition, 2) la mobilisation de la communauté et 3) la fourniture d'aliments produits localement aux individus souffrant de malnutrition aiguë tel que décrit ci-dessous.

Le renforcement des capacités. Le personnel de base de HOPE² a formé le personnel du ministère travaillant dans

Prise en charge de la malnutrition aiguë dans un contexte de maigres ressources au Pakistan

Dr. Mubina Agboatwalla, HOPE Pakistan

les centres de santé maternelle et infantile (SMI) et dans les unités de santé de base pour le rendre opérationnel en matière de conseils en ANJE et de dépistage de la malnutrition aiguë. Les membres du personnel de HOPE travaillant dans les centres de santé périphériques, qui, initialement, ne prenaient pas part aux activités de nutrition de HOPE, ont également été formés. La formation comprenait la promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire appropriée.

La mobilisation communautaire. HOPE a continué à soutenir les services de SMNI dans un réseau de centres de santé périphériques et la mobilisation communautaire en termes de nutrition a été intégrée aux activités existantes. En outre, les équipes de sensibilisation de HOPE ont visité des villages, intégré le dépistage et des conseils de nutrition à ces visites communautaires et identifié les enfants souffrant de malnutrition aiguë, puis transporté ces derniers (avec leurs mères) au centre de santé approprié.

Le programme thérapeutique ambulatoire (PTA). HOPE a assuré des services de PTA limités au niveau de l'établissement de santé. Les enfants qui ont été identifiés comme souffrant de MAM (PB 11,5-12,5 cm) et les enfants souffrant de MAS sans complications (PB <11,5 cm) ont reçu un repas et un traitement médical quand ils se sont présentés à l'établissement de santé, tandis que les enfants atteints de MAS avec complications ont été admis en Centre de stabilisation à l'hôpital.

Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) n'étaient pas disponibles en raison des coûts élevés, des aliments nutritifs disponibles localement à faible coût ont donc été préparés tous les jours, comme le khirchri et le sooji (aliments semi-solides constitués de lentilles, de riz et de blé avec de l'huile végétale). Ces aliments étaient cuisinés par le personnel de HOPE et donnés aux enfants par leurs mères ou leurs accompagnants. Les mères ont ensuite été chargées de préparer ces aliments à la maison tous les jours (avec la nourriture qu'ils avaient dans leur ménage - aucun aliment n'a été fourni par HOPE) et de retourner toutes les deux semaines pour une visite de suivi de l'enfant.

¹ La Situation des enfants dans le monde UNICEF 2013

² Coordinateur en chef de nutrition, Responsable de nutrition, Responsable de la communication et du bureau de la protection sociale

Des médicaments nécessaires pour traiter les affections mineures telles que la toux, le rhume, la diarrhée et les vomissements ont été fournis.

HOPE a transporté les enfants dans leurs foyers. Les mères ont été invitées à ramener leurs enfants après deux semaines pour une consultation de suivi. Comme les équipes de HOPE visitaient les villages chaque semaine, elles emmenaient avec elles la plupart des enfants/mères qui devaient retourner au programme.

Les visites de suivi comprenaient une évaluation du PB et du poids, l'évaluation du régime alimentaire et des conseils nutritionnels. Dans les cas de maladies mineures, les médicaments ont été fournis. Si les enfants n'avaient pas pris de poids, le personnel de santé donnait des conseils aux mères et suggérait des techniques d'alimentation.

Les enfants atteints de MAS (PB <11,5 cm) avec des complications ont été pris en charge dans un hôpital où leurs complications médicales étaient traitées. Le traitement nutritionnel était basé sur la fourniture de khitchri, de sooji et de sagodana (une bouillie à base de riz). À l'hôpital, les mères ont bénéficié de démonstrations de préparations culinaires ainsi que de conseils sur les pratiques d'allaitement et d'ANJE. Les patients étaient déchargés du traitement sur la base d'un gain de poids de plus de 15 % et ramenés dans les villages par les agents de santé communautaires de HOPE. Les patients étaient encouragés à se rendre à l'établissement de santé le plus proche (PTA fixe) pour un suivi mensuel.

Les résultats du programme

Ce projet de service réduit de la PCMA a continué pendant près d'un an, d'avril 2012 à mars 2013. Pendant ce temps, un total de 9600 enfants souffrant de malnutrition aiguë ont été identifiés dans les établissements de santé périphériques, comme le montre le tableau ci-dessous. Parmi les enfants diagnostiqués comme souffrant de MAM, 5616 (90 %) ont été traités et guéris, même si le taux d'abandon était élevé, à savoir 9,5 % (593 enfants). Parmi les enfants souffrant de MAS sans complications, 1253 enfants (87 %) ont été guéris tandis que 151 enfants (12 %) ont abandonné le programme.

Durant cette période, 231 patients (13,8 % parmi les enfants atteints de MAS) ont été admis au Centre de stabilisation. Parmi ceux-ci, 137 (59,2 %) ont été guéris, tandis que 32 patients (14 %) ont abandonné (n'étant pas disposés à être hospitalisés). Aucun changement de poids n'a été observé chez 37 patients (16 %) tandis que 18 patients (7,8 %) ont perdu du poids, comme le montre le tableau ci-dessous.

Une durée moyenne de 5,4 mois a été nécessaire pour se remettre de la MAM. Les enfants atteints de MAS sans complications sont restés dans le programme pendant une durée moyenne de 6 mois. Les dossiers montrent que 86 % des enfants ont été suivis dans leurs maisons par les agents de santé communautaires. Il est reconnu que les résultats de guérison des enfants souffrant de MAS avec complications ne répondent pas aux normes internationales de SPHERE. On estime que c'est dû à l'appui nutritionnel limité fourni ; en

effet, il n'y avait pas de lait thérapeutique (F-75 ou F-100) ni d'ATPE dans le centre de stabilisation.

Défis

Le programme a dû relever de nombreux défis.

Il n'y avait pas de financement externe, HOPE a dirigé le programme avec son infrastructure, son personnel et ses moyens médicaux existants.

- Il y avait peu de personnel spécifiquement dédié à la nutrition
- Les ATPE n'étaient pas disponibles pour le PTA ni pour le centre de stabilisation et il n'y avait pas de F75 ou F100 pour la prise en charge à l'hôpital.
- Les mères ne voulaient pas rester à l'hôpital pendant une semaine ou dix jours parce qu'elles avaient d'autres enfants à la maison.

Coûts

Le coût global du programme de santé de HOPE s'élevait à 68 000\$ pour l'année³. Près de 35 % du budget est allé à la rémunération du personnel, 20 % aux médicaments, 30 % à la logistique et près de 15 % à la nourriture. Basé sur l'expérience de HOPE, cela représente environ 40 % des coûts d'un programme de PCMA d'envergure similaire financé par un bailleur.

Conclusion

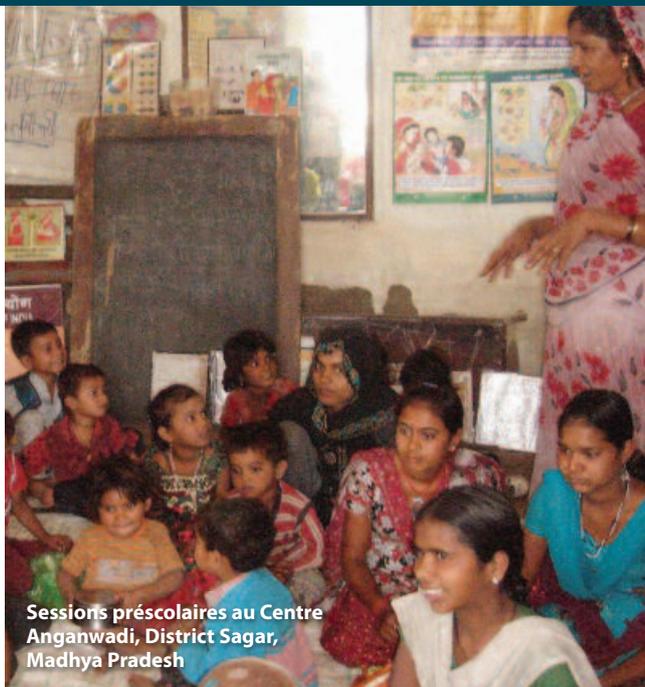
En raison de ressources limitées, HOPE, en consultation avec son personnel qualifié en PCMA (pédiatres et nutritionnistes), a conçu et mis en œuvre un programme pour traiter les enfants souffrant de malnutrition aiguë en utilisant des ingrédients locaux, le tout agrémenté d'un soutien médical approprié, pendant une année. Bien que la performance du programme ait répondu aux normes internationales de Sphere en termes de guérisons en soins ambulatoires, le taux d'abandon s'est avéré élevé et la durée du séjour était beaucoup plus longue que recommandé. Les cas d'hospitalisation pour MAS n'ont pas récupéré selon les normes Sphere. Cependant, la mobilisation de la communauté a continué et HOPE a tenté de favoriser un changement de comportement pour soutenir des pratiques de santé et de nutrition positives en l'absence d'autres moyens.

La situation n'est pas idéale, mais elle est monnaie courante à la fin d'un programme d'urgence. Sur la base de cette expérience, HOPE prie instamment les bailleurs de revoir leur politique de financement d'urgence à court terme et plaide pour un soutien aux programmes de nutrition à plus long terme ou d'être plus souple pour permettre aux programmes de continuer au-delà de la phase d'urgence, en particulier en cas de fardeau lourd ou de contextes pauvres en ressources propices à l'urgence. En outre, HOPE invite le gouvernement à prendre en charge les services de nutrition et encourage la planification stratégique commune pour assurer la durabilité.

³ Cela comprend les activités de PCMA ainsi que des activités de santé plus vastes. Comme les activités de la PCMA ont été intégrées aux activités de santé plus larges, il n'est pas possible de déterminer le coût des activités de PCMA seules.

Enfants dépistés et admis dans le programme	
Total d'enfants (moins de 5 ans) dépistés	9600
Enfants atteints de MAM	6240
Enfants atteints de MAS sans complications	1440
Enfants atteints de MAS avec complications	231

Résultats du programme pour les enfants admis en PTA			
	Guéris	Abandons	Décès
Enfants atteints de MAM	90%(5616)	9.87%(616)	0.1%(8)
Enfants atteints de MAS sans complications	87%(1253)	12%(173)	1%(14)
Enfants atteints de MAS avec complications	59.2%(137)	14%(32)	3%(7)



Sessions préscolaires au Centre Anganwadi, District Sagar, Madhya Pradesh

Valid International, India

Un programme intégré procure un bon taux de survie, mais des taux de guérison moyens chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère en Inde

Victor Aguayo et al.

American Journal of Clinical Nutrition 2013; 98:1335-42

A tout moment, 8 millions d'enfants indiens en moyenne souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS). Dans l'État du Madhya Pradesh, environ 1,26 % des enfants de moins de cinq ans sont atteints de MAS. Pour réagir à la MAS, un programme intégré a été mis en place ; les enfants sont d'abord admis dans le cadre d'une phase de traitement en établissement dans un centre de réhabilitation nutritionnelle (CRN) et ensuite, les enfants passent à la phase communautaire à domicile. Cet article évalue l'efficacité d'un modèle intégré pour la prise en charge de la MAS en Inde basé sur des soins en établissement de santé et au sein de la communauté en utilisant des protocoles adaptés aux contextes locaux pour forger la conception et la mise en œuvre future de programmes pour la prestation de services visant les enfants atteints de MAS en Inde.

La détection de la MAS est effectuée au niveau de la communauté par les travailleurs Anganwadi, à savoir les travailleurs de première ligne du programme intégré des services au développement de l'enfant en Inde. L'émaciation sévère est définie par un PB <115 mm et/ou un poids-pour-taille z-score inférieur à -3 du z-score moyen selon les normes de l'OMS sur la croissance de l'enfant. Tous les enfants âgés de 6-59 mois présentant des œdèmes bilatéraux et/ou un z-score inférieur à -3 et/ou un PB <115 mm ont été admis au CRN. Les enfants ont été traités selon les protocoles de l'OMS, en les faisant passer par les phases de la stabilisation, de la transition puis de la réhabilitation. Les enfants avec un appétit normal et sans complications médicales sont entrés dans la phase de réhabilitation dès le jour de l'admission. Tous les enfants ont fait un séjour obligatoire de 14 jours au CRN et ont été transmis à la phase communautaire où ils ont été suivis par des travailleurs communautaires, puis sont retournés au CRN pour une visite de suivi tous les 15 jours après la décharge.

Résultats et discussion

Les enfants admis étaient très jeunes, 78,7 % avaient entre 6 et 23 mois ; 55,7 % étaient des filles et 64,1 % étaient issus de castes ou familles de tribus répertoriées. Les auteurs recommandent que les programmes pour les enfants souffrant de MAS dans le Madhya Pradesh accordent la priorité aux enfants de moins de deux ans, en particulier aux filles, issus des groupes socio-économiquement défavorisés.

Les résultats globaux suivants ont été recueillis :

- Décès : deux enfants (0,1 %) sont décédés pendant leur séjour au CRN.
- Abandons : 531 enfants (19,8 %) ont abandonné le traitement (ont quitté le CRN avant 14 jours de séjour)
- Déchargés : 2151 enfants (80,1 %) ont été déchargés du CRN pour être orientés vers la phase communautaire du programme.

Les auteurs soulignent l'importance du faible taux de mortalité comparable aux normes de prise en charge nationales et internationales. Toutefois, la proportion d'abandons (32,0 %) était plus élevée que ce que prévoient les normes de prise en charge nationales et internationales. On pense que le taux élevé d'abandon est dû au coût d'opportunité élevé pour la famille lié au fait que leur enfant séjourne dans un établissement pendant 14 jours consécutifs. La proportion d'enfants déchargés du programme (67,6 %) était inférieure aux normes de prise en charge nationales et internationales, principalement en raison de la proportion importante d'enfants qui avaient abandonné le programme avant la fin de la durée de séjour prévue. Le gain de poids moyen au cours de la phase en établissement était en dessous des normes minimales nationales et internationales, ce qui suggère que la qualité de la nourriture thérapeutique utilisée au CRN n'était pas optimale. Le gain de poids moyen observé dans la phase communautaire du programme était inférieur à celui observé dans les programmes de PCMA déployés ailleurs, indiquant que la densité nutritionnelle des aliments utilisés dans cette phase ne suffisait pas à assurer le gain de poids approprié et la récupération en temps opportun.

Les auteurs concluent que les protocoles actuels et les aliments thérapeutiques doivent être améliorés. Compte tenu du fardeau de la MAS en Inde, vouloir traiter tous les enfants souffrant de MAS en CRN n'est pas réaliste. L'expérience dans le Madhya Pradesh montre que les systèmes de santé existants peuvent être renforcés au moyen d'ajustements afin de fournir des soins efficaces aux enfants atteints de MAS à l'aide d'un modèle intégré qui comprend une prise en charge thérapeutique en établissement et à base communautaire.

Réagir face aux pics de demande de PCMA au sein des services publics de santé au Kenya

Regine Kopplow et al.
Field Exchange 47, p3

La communauté humanitaire et les gouvernements nationaux reconnaissent de plus en plus que les alertes et les réactions précoces sont plus efficaces et moins coûteuses que les réactions tardives. En pratique, cela reste difficile à réaliser. Sur la base des leçons tirées des interventions tardives dans les zones de terres arides et semi-arides (ZASA) du nord du Kenya en 2010-2011, Concern Worldwide a développé un modèle d'aide à la PCMA en cas de hausse soudaine.

Ce modèle PCMA de hausse soudaine est basé sur le principe selon lequel la détection précoce de la malnutrition aiguë conduit à des résultats améliorés et à moins de cas de malnutrition aiguë sévère (MAS). Le modèle demande au système de santé de planifier, détecter et répondre efficacement aux pics de malnutrition aiguë modérée (MAM) et à la prévalence et hausse de cas de MAS. Le modèle vise à renforcer la capacité des systèmes de santé du gouvernement afin de gérer efficacement la charge accrue de malnutrition aiguë en cas d'urgence prévisible sans déstabiliser le système de santé, le fonctionnement d'autres services et les efforts en cours visant le renforcement des systèmes.

Le modèle PCMA à hausse soudaine est approprié pour les contextes où :

- on observe des pointes saisonnières récurrentes de la prévalence de la malnutrition aiguë, avec un risque de morbidité et une mortalité importantes ;
- la prise en charge de la malnutrition aiguë est considérée comme un service de santé gouvernemental standard ;
- les systèmes de santé publics fonctionnent à un niveau modéré pendant les périodes de non-urgence et des efforts de renforcement du système de santé appropriés sont en place (le cas échéant) ;

Le modèle à hausse soudaine contient une série d'éléments qui renforcent les piliers du système de santé de l'OMS (prestation de services, personnel de santé, information, technologies et produits médicaux, financement, leadership et gouvernance).

En mai 2012, le modèle PCMA à hausse soudaine a été mis à l'essai avec des équipes de gestion de la santé de district et des travailleurs de la santé dans trois districts de Marsabit ; il est encore en place à ce jour. Le modèle sera évalué plus tard en 2014 afin qu'il soit répliqué ou déployé à plus grande échelle dans d'autres ZASA. Les enseignements tirés à ce jour comprennent les éléments suivants :

- L'acceptation du modèle est étroitement liée à sa simplicité.
- L'intégration des systèmes communautaires au modèle est importante et sert au développement des initiatives.
- Une révision régulière du seuil est nécessaire compte tenu des changements survenant dans le contexte local.
- Une gouvernance décentralisée permet une prise de décision souple et localisée, une opportunité pour le modèle à hausse soudaine.

L'expérience du projet pilote souligne également qu'une capacité localisée est essentielle compte tenu de la nature prévisible des situations d'urgence en matière de « nutrition » ; pour cela, les organismes externes et le personnel de santé du gouvernement devront travailler différemment. Le modèle PCMA à hausse soudaine pourrait faciliter le réalignement des rôles au sein du gouvernement et en dehors du gouvernement quant à des services de PCMA plus efficaces et plus rentables permettant de rassembler davantage de personnes au bon moment.

Série d'études Accès pour tous d'ACF

ACF a publié trois publications pour plaider la cause de l'amélioration de la couverture des programmes de nutrition et offrir au secteur des solutions fondées sur des données probantes pour l'y inciter.

Le **volume 1** s'intéresse à la performance des programmes de nutrition dans la dernière décennie et conclut que la performance globale est restée élevée. Cependant, la couverture a été jugée trop variable au long de cette période.

Le **volume 2** étudie les raisons de cette couverture variable, et grâce à un travail sur le terrain au Pakistan, en Ethiopie et au Kenya, fournit une « perspective communautaire » des défis rencontrés par les personnes qui souhaitent utiliser ces programmes. Ce volume montre également que les difficultés rencontrées par les programmes de nutrition sont

les mêmes que celles rencontrées par d'autres interventions de santé publique (par exemple, les initiatives de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme, etc.)

Le **volume 3** examine les moyens employés par d'autres interventions de santé pour surmonter les problèmes d'accès et les manières dont nous, nutritionnistes, pouvons apprendre de l'expérience des autres.

Tous les documents sont disponibles gratuitement sur le site Web du Coverage Monitoring Network : <http://www.coverage-monitoring.org/useful-documents/policy-papers/>





Camp de réfugiés de Mile

Seife Kifleyohannes, 2012

Faire face aux taux d'abandon élevés dans les camps de réfugiés – leçons du Tchad

Seife Kifleyohannes Temere



Seife Kifleyohannes Temere est un infirmier nutritionniste. Il travaille pour l'International Medical Corps depuis 2010 dans les camps de réfugiés de l'Est du Tchad mais a récemment déménagé en Afrique centrale.

Dans l'Est du Tchad se trouvent 12 camps de réfugiés soudanais. Depuis 2004, l'IMC apporte un soutien nutritionnel à deux de ces camps : Mile et Kounoungou. La situation nutritionnelle est précaire, avec une forte prévalence de la malnutrition aiguë. La malnutrition aiguë globale (MAG) a déjà dépassé les seuils « d'urgence » de l'OMS dans le passé, bien qu'en 2013, le taux de MAG ait diminué dans tous les camps par rapport à 2010 et 2011 (voir graphique ci-dessous). Les carences en micronutriments sont également répandues ; une étude HCR/IMC de janvier 2013 a documenté une prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois à un taux de 52,6 % (Mile) et 46,8 % (Kounoungou). Les réfugiés dans ces camps sont très dépendants de l'aide humanitaire et de l'aide alimentaire.

Evaluation du programme

En 2010 et 2011, le soutien nutritionnel de l'IMC était principalement axé sur le traitement de la MAS et de la MAM ; toutefois, ni les partenaires ni l'IMC n'étaient impliqués dans des activités de prévention ou des études pour comprendre les causes sous-jacentes de la malnutrition aiguë dans les camps.

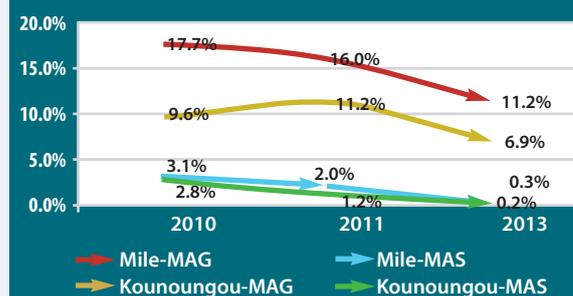
En 2012, le HCR, en collaboration avec l'IMC, a mené une analyse causale de la malnutrition aiguë dans le camp de Mile. Le cadre de causalité de la malnutrition (ACF/UNICEF) a été utilisé, en plus d'outils socio-anthropologiques et de santé dans le but d'identifier les

causes sous-jacentes de la malnutrition. Une revue de la littérature a été effectuée, les hypothèses liées aux causes sous-jacentes ont été identifiées et discutées dans les ateliers, et des informations ont été recueillies auprès des individus, des groupes de discussion et par observation afin de recouper les résultats. Les causes sous-jacentes de la malnutrition dans les camps identifiées sont 1) le manque de nourriture (l'aide alimentaire ne couvre pas les besoins alimentaires de la famille des réfugiés pour un mois complet et les réfugiés vendaient une partie de cette ration pour augmenter leur pouvoir d'achat) ; 2) le manque d'accès à l'eau potable ; et 3) le manque de connaissances sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Les données du programme de routine ont été examinées afin de mieux comprendre la situation. Les données pour le mois de janvier ont montré la persistance de taux d'abandon élevés au sein du programme d'alimentation supplémentaire ciblée (PASC) et du programme de soins thérapeutiques ambulatoires (PTA), comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Le taux d'abandon était bien supérieur à la norme minimale Sphere de <15 %. Les taux élevés d'abandon se

Tendances en matière de malnutrition aiguë aux camps de Mile et de Kounoungou (2010-2013)



traduisent par une faible couverture du programme étant donné que les enfants quittaient le programme avant d'être rétablis. Le manque de résultats peut également mener aux abandons, les mères pouvant décider de mettre fin à la participation de leur enfant au programme si elles ne constatent pas d'amélioration significative de son bien-être. Pour déterminer les raisons de ce taux d'abandon élevé, une étude a été menée sur le sujet. L'étude a documenté un certain nombre d'obstacles détournant les enfants du programme. Les obstacles les plus importants identifiés étaient la nécessité de voyager fréquemment à l'extérieur du camp pour rendre visite aux membres de la famille (dans d'autres camps ou au Soudan), la collecte de bois de chauffage ou le travail rémunéré à la journée. Parmi les autres obstacles et défis, citons ce qui suit :

- Lorsqu'un enfant était malade, les croyances populaires voulaient qu'un guérisseur traditionnel puisse guérir la maladie. Les mères devaient donc d'abord consulter un guérisseur traditionnel et emmenaient souvent l'enfant au PASC ou au PTA pour traitement nutritionnel après avoir épuisé les options thérapeutiques traditionnelles.
- Selon les ménages, la petite ration fournie (2,8 kg toutes les 2 semaines) ne valait pas la peine de s'inscrire au programme et culturellement, la petite ration était partagée parmi tous les enfants.
- La qualité du mélange maïs-soja était parfois médiocre en raison de mauvaises conditions de stockage.
- Le mélange maïs-soja a été perçu comme cause de diarrhée.
- Il y avait trop de monde dans les centres de santé.
- L'ancien programme d'alimentation supplémentaire générale était devenu ciblé, décourageant ainsi les gens de s'y rendre, notamment les mères enceintes et allaitantes.

Activités du programme révisées

Suite aux résultats de l'évaluation de l'abandon, et avec le soutien du HCR, l'équipe de nutrition de l'IMC s'est concentrée sur les activités clés suivantes afin de réduire les taux élevés d'abandon et de malnutrition :

- **Une formation a été dispensée aux guérisseurs traditionnels** afin de leur apprendre à identifier les symptômes et à orienter les enfants et les femmes enceintes et allaitantes vers le programme. Beaucoup de guérisseurs traditionnels sont devenus en quelque sorte des bénévoles du programme, évaluant les enfants à l'aide du périmètre brachial (PB) et référant les enfants à faible PB au programme.
- Lors des discussions avec les mères/les soignants (centres de santé) et toute la famille (visites à domicile), **l'accent a été mis sur le fait que le PlumpyNut et le mélange maïs-soja étaient un traitement et non pas seulement un aliment.**
- **Intégrer un processus de l'évaluation des soins de santé et de la nutrition.** PlumpyNut a été fourni par le personnel de santé pendant les visites anténatales et prénatales aux centres de santé ou par des accoucheuses traditionnelles ou des agents de santé communautaires lors des visites à domicile.
- **Critères de dépistage élargis.** Les protocoles de nutrition tchadiens utilisent à la fois le PB et le poids-pour-taille pour déterminer l'admission. Pour veiller à ce que le dépistage PB identifie tous les enfants à poids-pour-taille faible, un PB de <140 mm a été utilisé au départ pour évaluer les enfants .

Tableau 1

Camp	% d'abandons (janvier 2012)	
	PASC	PTA
Mile	24.2% (16)	16.7% (3)
Kounoungou	19.2% (10)	17.4% (4)

- Mener une **sensibilisation de la communauté lors de la distribution alimentaire générale.** Les familles voyagent beaucoup, mais reviennent généralement pour la distribution générale de nourriture (au début du mois).

Résultats

Après la mise en œuvre de ces activités, le taux d'abandon annuel a diminué, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Conclusion

Grâce à un examen complet du programme et une étude portant sur les causes de l'abandon, le HCR et l'IMC ont identifié les principales barrières à la mise en place d'une meilleure couverture et d'un plus grand impact du programme. Des mesures concrètes pour remédier à ces barrières ont été prises et le taux d'abandon a baissé. Toutefois, la situation nutritionnelle reste précaire et l'IMC reconnaît qu'il reste encore beaucoup à faire pour prévenir et traiter la malnutrition dans les camps. En mai 2012, l'IMC en collaboration avec le HCR a commencé à distribuer Nutributter®, un supplément nutritif à base de lipides, aux enfants âgés de 6 à 24 mois pour prévenir la malnutrition aiguë. En outre, l'IMC prévoit de continuer la recherche de cas d'abandons et lancer de nouvelles activités pour améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les carences en micronutriments.

Pour plus d'informations, veuillez contacter Seife Kifleyohannes Temere par email à l'adresse stemere@internationalmedicalcorps.org

Tableau 2

Camp	Taux d'abandon global par an dans les PASC ^r			Taux d'abandon global par an dans les PTA		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Mile	16.3%	12.2%	6.1%	13.1%	10.7%	4.8%
Kounoungou	16.8%	9.5%	4.7%	17.3%	11.2%	7.0%

¹ Les enfants non admissibles au programme sont félicités et l'accompagnant reçoit une barre de savon.



Charlotte Walford, 2013



Armoire spécialement conçue pour les ATPE, Tigray, Ethiopie

Surmonter les défis de pénurie d'ATPE dans le Tigré, Nord de l'Éthiopie

Lulseged Tolla, Charlotte Walford et Pankaj Kumar, Concern Worldwide Ethiopia



Lulseged Tolla travaille pour Concern Worldwide depuis 2011 et s'occupe de programmes de PCMA et d'ANJE.



Pankaj Kumar compte plus de 4 ans d'expérience auprès de Concern Worldwide en Éthiopie et a travaillé dans plusieurs autres pays africains.



Charlotte Walford travaille pour Concern Worldwide Ethiopia depuis septembre 2012 et son rôle vise à soutenir ses programmes de PCMA et d'ANJE.

Introduction

L'enquête éthiopienne sur la santé et la démographie de 2011 révèle que 9,7 % des enfants de moins de cinq ans sont émaciés et que 44,4 % présentent un retard de croissance dans le pays. Dans la région du Tigré spécifiquement, les niveaux de malnutrition dans ce groupe d'âge sont plus élevés que la moyenne : 10,3 % et 51,4 % respectivement pour l'émaciation et le retard de croissance. Un certain nombre de programmes d'urgence et de développement à grande échelle sont mis en œuvre par le Gouvernement et les principales parties prenantes (ONG et Nations Unies) afin de soutenir l'amélioration de la santé et de la nutrition.

Depuis 2007, Concern Worldwide Ethiopia a apporté son soutien à la région du Tigré en Éthiopie du nord en ce qui concerne le traitement de la malnutrition aiguë à travers un programme thérapeutique de soins ambulatoires (PTA), qui a été intégré à la prestation de services dans les établissements de santé. En août 2009, grâce au financement de la Banque mondiale, les interventions ont été élargies à cinq woredas (districts) accusant des taux élevés de malnutrition aiguë.

Au cours des quatre dernières années de la mise en œuvre des activités du PTA, on a observé que la plupart des postes de santé (PS) rencontraient des problèmes liés à la conservation des ATPE et d'autres fournitures du PTA. Concern Worldwide et le gouvernement local ont procédé à une évaluation de l'état du stockage pour identifier les obstacles à l'entreposage et développer des solutions pratiques et abordables.

Méthode d'évaluation

Une évaluation qualitative basée sur 1) des entretiens des informateurs clés avec les agents de vulgarisation sanitaire (AVS) et les professionnels de santé (superviseurs du programme de vulgarisation de la santé et experts en nutrition de bureau de santé des woredas) et 2) l'observation des équipes a été menée dans 72 PS dans cinq woredas de la région.

Résultats de l'évaluation

Les entretiens et l'observation dans les PS ont permis d'identifier deux principaux problèmes liés au stockage d'ATPE :

- **Entreposage ouvert.** La plupart des postes de santé sont constitués d'une seule pièce, étant destinés à offrir des activités de santé préventive seulement. Bien que de construction récente, ils n'offrent souvent pas l'espace de stockage approprié pour les ATPE et autres fournitures du PTA. Les ATPE étaient rarement stockés dans une unité verrouillée autonome ou une salle séparée, tel que recommandé pour les autres fournitures médicales. Les ATPE étaient conservés dans un cellier avec d'autres équipements médicaux et non-médicaux dans 42 % des PS. Parmi les PS restants, 37 % stockaient les ATPE sur le sol ou sur un banc, 14 % dans des armoires verrouillées ou déverrouillées, tandis que 7 % stockaient les ATPE dans la salle d'examen, dans des sacs ou dans les centres de santé à proximité.
- **Les rongeurs et les insectes.** Rats were a problem in 50% of HPs and small insects (weevils) in 4%. This was largely due to the presence of openings/holes around the edges of windows, doors or under the roof.

Activités de programme

Pour améliorer les conditions de stockage aux PS, un certain nombre de changements ont été mis en place :

- Une armoire métallique convenable fermant à clé pour stocker les ATPE et autres fournitures du PTA a été conçue, fabriquée et livrée à 90 PS. Ces armoires ont d'abord été installées en 2012 et les visites de suivi ont révélé une utilisation à 100 %. Les agents de vulgarisation sanitaire n'ont signalé aucune perte d'ATPE en raison de rongeurs, d'insectes ou de vol une fois les armoires en place. Les armoires devraient avoir une durée de vie de plus de 15 ans. Le coût d'une armoire métallique est d'environ 450 \$US.
- Le personnel des postes de santé a également été formé à la meilleure façon de stocker les ATPE, les médicaments, le matériel et les fournitures pour le PTA, conformément au protocole national de l'Éthiopie pour la prise en charge de la MAS.

Autres recommandations

Pour une amélioration généralisée des conditions de stockage des ATPE en Ethiopie, les mesures suivantes sont recommandées :

- Élaborer des lignes directrices claires concernant la manipulation et le stockage des ATPE en collaboration avec le gouvernement
- Sensibiliser les AVS, les superviseurs et les personnes focales des wordas au sujet de l'importance des ATPE à titre de fournitures médicales, en insistant qu'il ne s'agit pas d'un simple produit alimentaire, afin d'assurer un stockage approprié

- Les AVS devraient recevoir une formation (d'appoint préalable ou continue) sur la gestion de la logistique
- Des installations de stockage verrouillées adéquates pour les ATPE doivent être fournies d'office, que ce soit sous la forme d'une armoire verrouillée ou d'une pièce fermée à clé supplémentaire. La présence d'une armoire pour les fournitures nutritionnelles est maintenant considérée comme meilleure pratique par les partenaires de développement et le gouvernement de l'Éthiopie dans le cadre du programme national de nutrition.

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec Pankaj Kumar, pankaj.kumar@concern.net.

Alimentation scolaire : Expériences de la Somalie

Abdikadir Issa Farah



Mr. Abdikadir Issa Farah est responsable de programme Réseau d'éducation formelle pour les écoles privées (FENPS). Il œuvre dans le domaine de l'éducation dans les situations d'urgence depuis 8 ans.

Mohamed Osman Adam, Somalie, 2013



Enfants recevant leurs cours dans les salles de classe

Article d'origine

Depuis plus de vingt ans, le peuple somalien est touché par les ravages de la guerre, de la sécheresse et des inondations. Des centaines de milliers de familles somaliennes ont été déplacées et on estime qu'un demi-million de Somaliens ont fui le pays pour trouver des endroits plus sûrs où vivre. En 2011, l'une des pires sécheresses depuis 60 ans a dévasté de nombreuses régions de la Somalie. Avec le conflit existant et la mauvaise situation en termes de sécurité alimentaire, l'état de famine a officiellement été déclaré dans de nombreuses parties de la région du sud.

Pour y faire face, le FENPS (Réseau d'éducation formelle pour les écoles privées), une organisation humanitaire créée en 2003, a lancé un projet d'éducation visant à fournir à près de 5 000 enfants d'âge scolaire âgés entre 5 et 15 ans, à Mogadiscio, la capitale de la Somalie, une éducation et une nutrition de qualité gratuites à travers un projet d'alimentation scolaire. La mission du projet consistait à garantir le droit fondamental des personnes en situation de crise à une éducation pertinente et de qualité, tout en portant une attention particulière à la sécurité et au bien-être des enfants.

Le projet a été mis en œuvre du 1er janvier au 31 décembre 2013 au coût de 332 880 \$US. Les fonds ont été fournis par divers bailleurs internationaux à travers le Fonds humanitaire commun. Les frais du projet couvraient les primes des enseignants, la construction d'écoles, le coût de l'eau potable, la nourriture, l'hygiène et les fournitures sanitaires, les coûts liés aux ateliers de formation pour les enseignants et les comités d'éducation communautaire (CEC).

Grâce à ce projet, les enfants ont reçu des cours de nutrition où on leur a appris les bonnes habitudes alimentaires et des pratiques saines. Ces leçons étaient intégrées aux programmes scolaires. Après les cours de nutrition, les enfants recevaient un repas nutritif à base de soupe de fruits (différents fruits mixés et cuits avec de l'eau et de l'huile), de riz cuit, de lait à boire, d'une banane et parfois d'un œuf et/ou de viande cuite, de jus de mangue ou de bouillie. En plus du repas, les enfants recevaient une ration de nourriture supplémentaire à ramener à la maison. Le FENPS a suivi les directives sur le panier alimentaire du PAM pour concevoir les rations. Le FENPS achetait les aliments pour ce programme à partir des cuisines locales dans les marchés.

Dans le cadre du projet, le FENPS a fourni des installations sanitaires aux établissements scolaires ainsi que de l'eau potable et de l'eau pour l'hygiène personnelle, et des bénévoles issus de la communauté ont été formés sur la façon d'utiliser et d'entretenir les installations. Les parents des enfants ont été invités à des ateliers sur la nutrition, afin qu'eux aussi puissent mieux comprendre l'importance de la nutrition pour tous les membres du ménage.

Les évaluations internes du FENPS et une évaluation externe à mi-parcours du projet ont mis en évidence plusieurs résultats positifs, en particulier :

- une fréquentation accrue des enfants (observée par le personnel FENPS).
- un impact positif et un environnement attrayant pour les enfants et les enseignants (basé sur des entretiens

¹ Mené par Africa Primus Inc.

- avec les parents et les enseignants).
- une augmentation de la motivation dans les autres activités de l'école (signalée par les enseignants et autres membres du personnel éducatif).

Défis

Le faible taux de scolarisation des filles par rapport aux garçons comptait parmi les problèmes majeurs rencontrés au cours du projet. Il s'agit d'un obstacle commun en Somalie ; maintenir les filles à l'école demeure aussi un défi. Un certain nombre de pratiques socioculturelles négatives entravent la scolarisation des filles dans les écoles de Somalie, entre autres :

- Les mutilations génitales féminines qui placent les filles en mesure de se marier
- Un sexisme généralisé qui favorise généralement les garçons au détriment des filles
- Le travail des enfants qui affecte de manière disproportionnée les filles auxquelles on demande de compléter le revenu de la famille
- Une sensibilisation insuffisante sur l'importance de l'éducation des filles

Pour répondre à certaines de ces contraintes et améliorer la scolarisation des filles, le FENPS a provoqué des débats sur les avantages et les désavantages pour les filles. En outre, des cours de sensibilisation ont été fournis à l'attention des

parents sur le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines (MGF) pour surmonter ces défis. Dans les endroits où les MGF sont pratiquées, les parents ont été encouragés à se tourner vers d'autres moyens de socialisation des filles (soutien psychosocial, compétences vitales et mentorat).

Alternatives suggérées :

- Éduquer et avoir des dialogues dans les foyers et les écoles.
- Engager des discussions de groupe entre les parents sur les sujets touchant leurs enfants.
- Encourager le dialogue entre les parents et les enfants par l'intermédiaire des écoles.
- Promouvoir la participation des enfants aux forums concernant la protection des droits de l'enfant
- Sensibiliser les parents à l'importance de l'éducation des filles

Plus de filles (51 %) se sont inscrites aux écoles soutenues par le FENPS au second semestre.

Pour l'avenir, le FENPS recommande l'intégration des programmes de nutrition aux interventions d'éducation dans les situations d'urgence. Bien que ce projet soit terminé, la nécessité d'améliorer l'éducation reste bien réelle et le FENPS s'est engagé à soutenir l'amélioration de l'éducation à travers toute la Somalie.



Mobiliser des ânes pour améliorer l'appui nutritionnel dans l'Éthiopie rurale

Abduljebar Osman Abdulahi et Selamawit Yilma



Abduljebar Osman Abdulahi est le coordinateur du projet nutrition pour l'International Medical Corps dans la région d'Oromia, zone Est Hararghe. Depuis 11 ans, il travaille dans le domaine humanitaire avec le gouvernement et les ONG.



Selamawit Yilma est chargée de la communication et de la documentation pour International Medical Corps en Éthiopie. Elle travaille depuis 14 ans pour les ONGI, le monde académique, les médias et une organisation privée.

La zone Hararghe Est en Éthiopie est caractérisée par une insécurité alimentaire chronique, avec des sécheresses régulières et des déplacements internes en raison de conflits tribaux entraînant des taux élevés de malnutrition. Les enfants et les femmes enceintes et allaitantes dans cette zone sont les plus vulnérables face à la malnutrition et aux problèmes de santé connexes.

Selon la plus récente classification de l'Unité nationale de nutrition et de coordination d'urgence, tous les woredas d'intervention de l'International Medical Corps (IMC) dans la zone Hararghe Est sont des « woredas à priorité maximale ». Pour s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé et de la malnutrition dans ces zones, l'IMC met actuellement en œuvre cinq projets actifs d'urgence axés sur la nutrition, sur l'assainissement de l'eau et l'hygiène (initiative WASH) et sur la santé reproductive (RH) dans sept woredas sujets à la sécheresse et aux conflits (Gursum, Midega-Tola, Gola-Oda, Chinaksen, Fedis, Meyu-Muluke et Kumbi).

La situation dans la zone Hararghe Est est aggravée par le manque d'infrastructures et l'accès limité aux télécommunications. Dans certains woredas, le mauvais état des routes entrave le transport d'approvisionnement de matériel médical, nutritionnel et autre des centres

de santé (CS) aux postes de santé (PS). En conséquence, ceux qui ont besoin de traitement sont incapables de bénéficier des programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)¹.

IMC Ethiopie soutient le ministère de la Santé (MS) d'un point de vue logistique en aidant au transport de marchandises et d'un point de vue technique en offrant des formations en salle de classe et en milieu professionnel ainsi qu'en assurant la supervision à la mise en œuvre de la PCMA (PTA, PASC et Centre de Stabilisation) depuis 2005.

Les agents de santé dans les woredas mentionnés ci-dessus indiquent souvent que le manque d'accès aux approvisionnements est un obstacle majeur à la prestation de services de la PCMA. Sur 174 PS, 28 font état de défis concernant l'interruption des services surtout pendant la saison des pluies et se disent affectés par l'irrégularité ou l'absence d'approvisionnement pour le traitement de la malnutrition. Ceci réduit le taux de couverture qui est estimée à 16,1 %².

Pour résoudre ce problème, le responsable de la nutrition du ministère de la Santé des zones a suggéré d'utiliser des ânes pour transporter le matériel de PTA et d'autres fournitures de santé des CS aux PS. Dans le woreda Gursum, l'utilisation des ânes pour transporter l'approvisionnement médical a été mise à l'essai (malgré la résistance de certains membres du personnel du ministère de la Santé des zones qui préféraient se procurer des motos). Sur la base de l'efficacité de l'approche, l'IMC a décidé de piloter le projet dans ses zones cibles.

L'IMC a fourni des ânes et des charrettes à douze CS dans sept woredas de Hararghe de juin 2013 à janvier 2014. Les charrettes à ânes ont été achetées à un prix moyen de 2200 Birr (115 \$US), et sont utilisées pour le transport des vaccins, de kérosène, d'ATPE, de médicaments et d'eau des CS désignés aux PS. Les charrettes à ânes sont utilisées trois jours par semaine pour transporter les approvisionnements ; pendant les jours restants, les ânes transportent des articles pour la communauté afin de générer des revenus que les CS utilisent pour acheter de la nourriture et entretenir les ânes. Une personne spécifique dans chaque CS est responsable de l'alimentation, de la vaccination et des soins pour les ânes à un coût moyen de 400 Birr (20 \$US) par mois. Le bureau de santé des woredas couvre ces coûts.

En collaboration avec le gouvernement au niveau des woredas et des zones, l'IMC a régulièrement suivi le projet pilote de transport au moyen d'ânes afin d'identifier l'impact (le cas échéant) sur les activités nutritionnelles. Les résultats de la performance du programme d'un PS dans un woreda (Fedis) où les ânes ont été utilisés pour le transport des ATPE

ont été comparés aux données de performance d'un PS où aucune initiative d'âne n'a été implantée (woreda Kombelcha). Trois PS dans chaque woreda ont été choisis au hasard et le nombre de stocks d'ATPE et le nombre de cas d'abandon au cours d'une période de quatre mois (de septembre à décembre 2013) ont été documentés et comparés. Le tableau ci-dessous indique le nombre de ruptures de stock d'ATPE signalées au PS et le taux d'abandon des enfants inscrits aux services du PTA.

Les données de suivi montrent que le PS dans le woreda Fedis avait rapporté beaucoup moins de rupture de stock d'ATPE que le PS de Kombelcha. En outre, alors qu'on ne compte que trois cas d'abandon au PTA du PS de Fedis, on compte 14 cas d'abandon à Kombelcha au cours de la même période.

L'IMC continuera à surveiller l'impact du projet et à documenter en détail les défis et les leçons apprises dans le cadre de son évaluation et de son compte-rendu en fin de parcours. Toutefois, les données préliminaires présentées ci-dessus indiquent que les ânes mis à profit dans les zones d'intervention contribuent à l'amélioration de l'accès aux fournitures médicales et aux ATPE et potentiellement à réduire les niveaux d'abandon.

En raison de la contribution positive de ces ânes, le CS du woreda de Fedis a pris l'engagement de garder les ânes et de continuer à en prendre soin sur la base de contributions de la communauté en échange de leurs services. Le chef du bureau de la santé du woreda de Fedis a reconnu la contribution des ânes à la réunion d'examen à mi-parcours qui s'est tenue le 19 mai 2013.

« Je m'étais fermement opposé à l'idée lors de l'atelier d'orientation, mais je plaide maintenant pour l'extension de ce projet pilote. Notre service PTA peut se poursuivre sans interruption grâce aux ânes. »

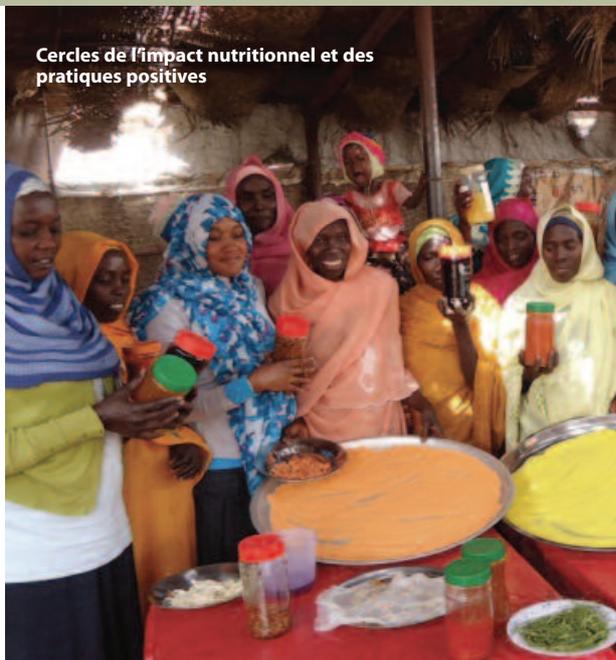
Le ministère de la Santé de zone a également encouragé la mise à l'échelle de cette pratique dans d'autres woredas à l'assemblée de l'Unité nationale de nutrition et de coordination d'urgence. Le chef adjoint du bureau de santé des zones a donné des directives fermes à d'autres partenaires, aux ONG et aux partenaires d'exécution afin qu'ils envisagent des interventions similaires dans le futur.

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Selamawit Yilma (syilma@internationalmedicalcorp.org) ou Emebet Diasso (edlasso@internationalmedicalcorp.org).

¹ La PCMA inclut les soins ambulatoires thérapeutiques, des services de centre de stabilisation et des programmes d'alimentation supplémentaire généraux et ciblés.

² Données du programme

Woreda	PS	Sept.		Oct.		Nov.		Déc.	
		Rapportent 0 ATPE	Nbre d'abandons						
Fedis (ânes utilisés)	Nega Bobasa		0		0		1		0
	Kuf Bobasa		0		1		0		0
	Bidibora		1		0		0		0
			1		1		1		
Kombelcha (pas d'ânes utilisés)	Legehama		0	✓	1	✓	2		2
	Wedesa	✓	1		0	✓	1	✓	3
	Sercema	✓	0	✓	0	✓	2	✓	2
			1		1		5		7



Cercles de l'impact nutritionnel et des pratiques positives

©Goal

Cercles de l'impact nutritionnel et des pratiques positives

Vimbai Chishanu et al., GOAL
Field Exchange 47, p43

La méthodologie par cercles consacrés à l'impact nutritionnel et aux pratiques positives (cercles NIPP) est une approche de nutrition communautaire qui vise à résoudre les problèmes de sous-alimentation de façon durable en aidant les collectivités à s'aider elles-mêmes, et ce en utilisant des ressources disponibles localement et des technologies à faible coût. Les cercles NIPP sont utilisés dans des contextes communautaires au sein desquels le manque de diversité alimentaire et les pratiques de santé inappropriées en matière sociale et en matière de soins, de santé ou d'environnement ont été identifiés comme étant des facteurs aggravant la sous-nutrition.

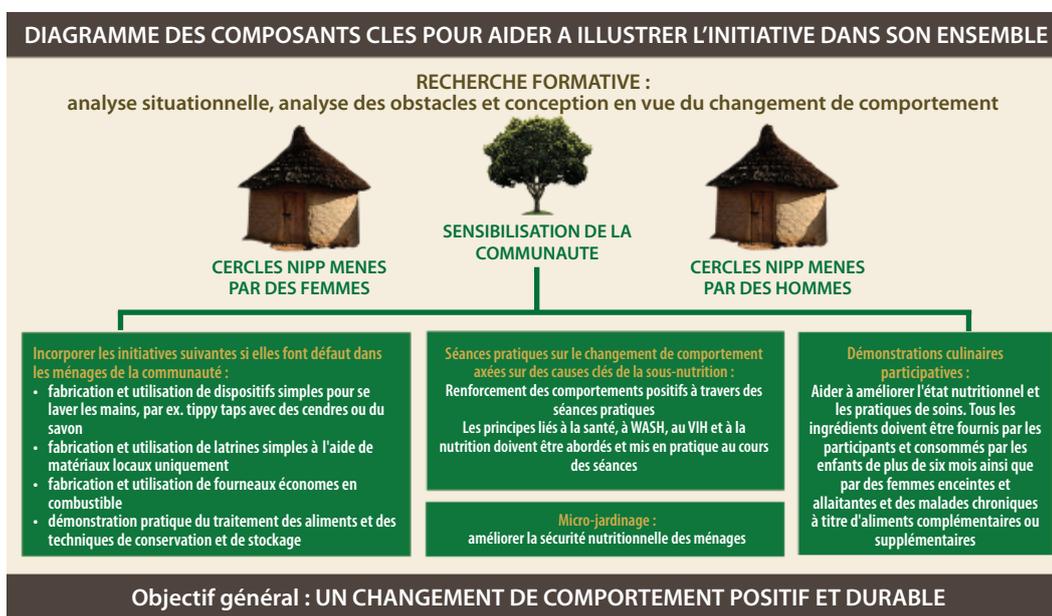
Fonctionnement des cercles NIPP

Les cercles NIPP sont des rassemblements distincts d'hommes et de femmes au sein d'une communauté dont le but est de permettre à chacun et chacune de s'exprimer librement et de se concentrer sur les obstacles spécifiques au sexe et sur les motivations au changement. Les cercles

veulent faciliter les échanges de connaissances et de compétences entre les hommes et les femmes au moyen de discussions de groupe, d'exercices pratiques et de renforcement positif pour aider les familles à adopter des comportements positifs durables. On observe trois principaux domaines d'action: a) communication et conseils en vue d'amener un changement de comportement pour une plus grande prise de conscience et une meilleure pratique b) micro-jardinage, pour améliorer la sécurité nutritionnelle c) démonstrations culinaires, de pratiques d'alimentation et de soins améliorés. Cela permet au projet d'aborder certaines des causes sous-jacentes de la malnutrition.

Sur une période allant jusqu'à 12 semaines, les membres se réunissent sur une base régulière pendant deux à trois heures afin de discuter et d'en apprendre davantage sur les pratiques recommandées et accéder au soutien par les pairs. Les cercles NIPP sont dirigés par des bénévoles formés (hommes et femmes) qui sont des modèles positifs

Figure 1: Schéma des composants clés de l'approche des cercles NIPP



au sein de la communauté et dont les ménages connaissent un état nutritionnel relativement meilleur que les autres.

Un certain nombre de personnes à risque élevé sont priorisées par les cercles NIPP¹, par exemple :

- les enfants ayant terminé un traitement ambulatoire pour malnutrition aiguë sévère (MAS),
- les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM),
- les nourrissons de moins de 6 mois souffrant/à risque de malnutrition,
- les femmes enceintes ou allaitantes souffrant de malnutrition, et
- les familles souffrant de maladies chroniques.

Les enfants souffrant de malnutrition peuvent être admis sur la base d'un faible périmètre brachial, ou des critères poids-pour-taille ou poids-pour-âge, afin d'encourager l'inclusion (par exemple référencement des cliniques de suivi de la croissance).

Les ministères de la Santé et de l'Agriculture, en plus du personnel de GOAL à travers le pays, offrent des formations techniques au personnel et aux bénévoles, y compris le dépistage par PB ; des conseils et des techniques de changement de comportement ; la construction et l'utilisation de micro-jardins ; la construction et l'utilisation de fourneaux économes en combustible ; des démonstrations culinaires participatives ; la conservation, le traitement et le stockage des aliments ; les robinets de puisage tippy-taps² (ou autre) ; et la construction de latrines. Ils contribuent également au suivi et encouragent les ménages à mettre en œuvre des changements de comportement tout en aidant à la collecte de données lorsque la charge de travail le permet.

Les centres de santé sont directement liés aux cercles NIPP, les participants étant orientés vers les établissements de santé pour bénéficier des services disponibles (traitement des maladies, soins prénatals et postnatals, programme élargi de vaccination, suivi de la croissance le cas échéant etc.). Les enfants déchargés des programmes thérapeutiques ambulatoires sont également référés aux cercles NIPP après le traitement.

Déploiement du programme

En collaboration avec les gouvernements et les ONG nationales locales communautaires, GOAL déploie les cercles NIPP au Sud-Soudan, au Soudan et au Zimbabwe. A ce jour 50, 125 et 25 macro cercles NIPP³ y ont été déployés respectivement.

Suivi du programme

Un système de suivi réaliste et simple a été conçu pour permettre à GOAL de surveiller divers résultats, y compris l'état anthropométrique des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes, les soins et les pratiques d'alimentation, le micro-jardinage, l'utilisation de la nourriture, les pratiques d'hygiène-assainissement et la sensibilisation de la prévention du VIH. Les données sont recueillies au départ, puis à l'occasion de la fin du traitement pour tous les patients admis, puis deux mois, six mois et douze mois après la fin du traitement, ce qui contribuera à donner une idée de la durabilité des différents éléments du projet.

Coûts du projet

Sur la base des calculs des coûts du programme au Zimbabwe, un calcul prudent du coût par bénéficiaire (les bénéficiaires directs de base) est d'environ 67£ par personne par an.

Résultats et apprentissage

Le projet de cercles NIPP a donné de nombreux résultats positifs à travers les pays, par exemple :

- Dans un site au Sud-Soudan, les membres du cercle ont mis en place leur propre schéma d'épargne et de prêts dans leur petit village indépendamment de GOAL. Les économies ont été ensuite utilisées pour acheter des cycles de semences lorsque la récolte s'est avérée difficile.
- Dans un autre site au Sud-Soudan, l'un des cercles masculins a demandé à être chargé de la mise en œuvre pratique et de l'entretien des micro-jardins à la place de leurs épouses, dans le cadre du partage des rôles entre conjoints.
- Le rôle important des grand-mères dans la nutrition de la famille a été réaffirmé dans les contextes initiaux et elles sont maintenant explicitement invitées à rejoindre les cercles féminins, en particulier lorsque les pratiques ANJE sont abordées.

Défis du programme

Les principaux défis sont les suivants:

- la faible participation des hommes aux activités de cercle, ce problème étant abordé de différentes manières dans les divers sites, en fonction des obstacles identifiés.
- la participation des bénévoles (au Sud-Soudan) étant donné que GOAL ne propose pas d'incitatif à participer au programme, ce qui a nécessité de sans cesse répéter les mêmes arguments au sein de la communauté afin d'impliquer ses membres à vouloir s'aider eux-mêmes
- le manque d'eau dans les zones arides. Maximiser les rendements au cours des saisons de pluie est encouragé et des méthodes de traitement, de conservation et de stockage sont alors utilisées pour améliorer l'accès aux produits récoltés pendant les périodes de soudure. En outre, l'utilisation des eaux usées des ménages pour arroser les micro-jardins pendant les périodes sèches est encouragée.

GOAL a également connu des problèmes dans un certain nombre de sites sur le terrain, où le manque de coordination entre les ONG partenaires a abouti à la promotion de projets non liés à l'initiative NIPP au moyen de différentes formes d'incitations ciblant les bénévoles (financière, alimentaire ou fourniture d'articles non alimentaires), conduisant à des difficultés en termes de conformité pour le projet NIPP qui fonctionne grâce au bénévolat.

Conclusions

Toutes les équipes de mise en œuvre et de soutien GOAL ont trouvé particulièrement intéressant de s'occuper d'un projet qui vise à répondre à la sous-nutrition à travers une approche communautaire intégrée et multisectorielle, au moyen d'une coordination étroite entre les secteurs. En outre, les réactions positives et la forte implication jusqu'à présent démontrent que les partenaires locaux, les ONG nationales et le ministère de la Santé ont tout intérêt à déployer le projet qui s'avère viable à long terme et peu coûteux.

¹ Pour les détails sur les critères d'admission et de décharge, consultez l'article d'origine dans FEX 47 www.enonline.net/fieldexchange

² Ces robinets sont faciles à construire et servent au lavage des mains à petite échelle pour les ménages, en utilisant des matériaux disponibles localement et facilement accessibles.

³ Un macro cercle est constitué d'un cercle féminin, d'un cercle parallèle masculin et d'un cercle communautaire



Le ministre principal du Baloutchistan présentant la « Loi du Baloutchistan sur la protection de l'allaitement maternel et de la nutrition pour bébés et jeunes enfants » en assemblée provinciale pour approbation

Pakistan, Quetta, 2014

Mise à jour sur les progrès de l'ANJE au Baloutchistan (Pakistan)

Muhammad Sheraz et Dr Ali Nasir Bugti



Muhammad Sheraz est responsable de la gestion de l'information sur la nutrition au ministère de la Santé, gouvernement du Baloutchistan.



Dr Ali Nasir Bugti est le coordonnateur provincial de la nutrition, ministère de la Santé, gouvernement du Baloutchistan.

Le Baloutchistan accuse l'un des plus hauts niveaux de malnutrition au Pakistan et la crise nutritionnelle reflète l'accumulation de mauvaises pratiques alimentaires, les faibles taux d'allaitement maternel exclusif ainsi que d'autres facteurs tels que la mauvaise santé, l'insécurité alimentaire et la pauvreté. Selon le National Nutrition Survey (Enquête Nutritionnelle Nationale), les taux indicateurs de l'ANJE au Baloutchistan sont généralement peu reluisants ; l'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) est de 27 %, le respect de l'âge d'allaitement approprié (0-23 mois) est de 54 % et la diversité alimentaire minimum acceptable (6-23 mois) s'élève à seulement 2,1 %. Le taux d'initiation précoce de l'allaitement maternel est plus encourageant : 64 %.

La cellule Nutrition du gouvernement du Baloutchistan a travaillé sans relâche, avec le soutien de différents partenaires, au développement de la nutrition pour tenter de remédier aux résultats décourageants des indicateurs d'ANJE. En 2013, la cellule Nutrition, en collaboration avec l'UNICEF et HELP (Health, Education & Literacy program, une ONG nationale), a mis en œuvre deux projets différents destinés à faire pression sur les décideurs

politiques pour promouvoir les formations et les approbations dans le domaine de l'ANJE et favoriser la mise en œuvre effective du « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » au niveau provincial.

Ces efforts ont porté fruit car, en janvier 2014, l'Assemblée du Baloutchistan a adopté la « Loi du Baloutchistan sur la protection de l'allaitement maternel et de la nutrition des jeunes enfants » de 2013. Cette loi rend illégale la promotion par un fabricant ou un distributeur de tout matériel qui encourage l'allaitement au biberon ou décourage l'allaitement maternel ; celle-ci devient passible d'un emprisonnement maximal de deux ans et d'une amende allant de 500 \$US à 5000 \$US. La loi interdit d'offrir un cadeau ou tout autre avantage à un agent de santé ou à un médecin, le délit étant passible des mêmes peines. La loi interdit également à qui que ce soit d'affirmer qu'un produit désigné est un substitut ou un équivalent ou qu'il est supérieur au lait maternel. Dans le même temps, elle oblige les fabricants des produits concernés à indiquer sur le contenant un avis bien visible en caractères gras énonçant que « le lait maternel est la meilleure nourriture pour votre bébé et aide à prévenir la diarrhée et d'autres maladies ».

Le gouvernement du Baloutchistan formera un conseil centré sur l'alimentation du nourrisson composé de membres de l'Assemblée provinciale, du ministère de la Santé et de la société civile, dont des pédiatres et des gynécologues de renom. Ce nouveau conseil sera chargé de veiller à la mise en œuvre des règles et des règlements de la loi votée. Si cette loi est soutenue et correctement mise en œuvre, on est en droit d'espérer une amélioration des pratiques d'ANJE au Baloutchistan.

Pour plus d'informations, veuillez contacter Muhammad Sheraz : Mohammad.sheraz@live.com

Amélioration de la nutrition et protection des moyens d'existence

Zenebe Desta



Zenebe travaille en tant que conseiller en communication pour Save the Children Ethiopia. Il possède de l'expérience en journalisme, en rédaction et en communication.

Contexte

Le programme USAID/Aliments sur ordonnance (ASO) est implanté dans sept régions en Ethiopie¹. Son objectif est d'améliorer la nutrition, l'état clinique et les résultats chez les individus séropositifs, les femmes enceintes et les nouvelles mères et les orphelins et enfants vulnérables (OEV). Le but est d'intégrer les services d'évaluation et de conseils nutritionnels (Nutrition Assessment and Counseling Services – NACS) dans les départements de soins VIH des établissements de santé et créer des liens avec les initiatives de renforcement économique (Economic Strengthening – ES).

Tous les bénéficiaires du programme ASO bénéficient des NACS et reçoivent un traitement pour la malnutrition aiguë modérée ou sévère. L'initiative ES est un élément clé du programme qui vise à prévenir une rechute de la malnutrition aiguë chez les personnes en âge de travailler en améliorant leur revenu potentiel et leurs moyens d'existence. Les activités ES englobent des Activités génératrices de revenus (AGR), qui comprennent le jardinage urbain, les groupes d'entraide et groupes communautaires pour les petites économies.

Les AGR ont été mises en œuvre il y a plus de trois ans, à partir de la mi-2009. Après trois ans, la direction du programme s'est rendue compte que les bénéficiaires finissaient par utiliser la plupart de l'argent qu'ils ont gagné à rembourser leurs dettes. Souvent, ils ne pouvaient pas réinvestir dans leur entreprise, ce qui conduisait généralement à l'échec, empêchant les changements durables et nuisant à l'économie des ménages.

Projet Back-to-Work (retour au travail)

Pour développer des solutions alternatives à l'initiative ES, le projet pilote Back-to-Work (BTW) (Retour au travail) a été lancé sur un an en novembre 2011 pour favoriser les partenariats d'affaires publics et privés afin de créer des opportunités d'emploi et améliorer l'accès à l'emploi.

Le pilote a démarré grâce à un partenariat avec une ONG locale, Mums for Mums (« Des mamans aux mamans »). Des résultats prometteurs ont été obtenus après seulement quelques mois. Par exemple, Almeda Textile à Adwa a assuré la formation de 27 bénéficiaires pour développer leurs compétences et celles-ci ont commencé la production de divers produits à partir des produits gaspillés au cours du processus de fabrication par l'usine. De même, 50 bénéficiaires ont commencé à fournir des produits alimentaires à la cantine qui sert des centaines



Bénéficiaires suivant une formation en couture, à Tigray, Ethiopie du Nord

Kalidam Yemane, Adwa, Ethiopie, 2013

d'employés dans l'usine de chaux Saba à Adwa. L'Institut Poly à Mekele a embauché directement 11 bénéficiaires et a donné des bourses à 30 autres pour suivre des cours d'enseignement supérieur.

Le projet pilote a été étendu à deux partenaires de USAID/ASO : Akaki Garment à Addis-Abeba et l'usine de sucre Metehara dans la région d'Oromia. Ensemble, les usines ont embauché et formé 45 bénéficiaires BTW. En raison de l'impact positif du projet pilote, un soutien a été octroyé au projet BTW afin de déployer celui-ci dans cinq autres régions au début de 2013 jusqu'à septembre 2014. Un atelier de partage d'expériences au niveau national a été organisé en février 2013 afin que les leçons tirées du projet pilote contribuent au développement des activités dans le cadre du programme.

Depuis la mise à l'échelle du projet BTW, environ 800 bénéficiaires (à travers les différentes régions) ont trouvé un emploi dans les entreprises privées. Environ 700 autres ont participé à des formations pour développer des compétences de base et approchent des employeurs.

Retrait graduel

Le soutien externe au programme BTW prendra fin en septembre 2014 et l'accent est donc mis sur le maintien du projet à long terme. L'unité ES des bureaux de prévention et de contrôle du VIH/sida (HAPCO) a été un partenaire de premier plan tout au long de la mise en œuvre du projet et continuera de diriger l'ensemble des activités après la fin du financement externe. Le programme USAID/ASO travaille en étroite collaboration avec HAPCO afin de s'assurer qu'ils ont la capacité et les outils nécessaires pour continuer à diriger et à superviser la mise en œuvre de ces activités. Cela comprend la production d'un manuel BTW et des documents d'orientation énumérant les fournisseurs ES par ville pour faciliter la planification et les activités communes entre les établissements de santé et HAPCO. Des comités composés de responsables gouvernementaux de services soutenant HAPCO ont été mis en place dans les grandes villes opérationnelles dans le but d'identifier les opportunités et plaider pour le soutien des entreprises publiques et privées.

Le projet continuera à présenter des possibilités d'emploi aux clients par le biais des partenaires d'exécution jusqu'à ce que le financement externe cesse. Dans le même temps, des réunions consultatives seront organisées avec toutes les parties prenantes pour discuter et déterminer les façons d'améliorer les services à l'avenir. Compte tenu de la forte appropriation du projet par les HAPCO nationales et régionales ainsi que par les ONG locales partenaires d'exécution, tout porte à croire que toutes les parties prenantes sont engagées à assurer la poursuite des services après septembre 2014.

¹ Administrations des villes Addis-Abeba et Dire Dawa et Oromia, Harari, Amhara, Tigray et l'Etat régional des Nations, Nationalités et peuples du Sud.

Les participants à l'événement communautaire préparant de l'amarante pour le festin



Issack/HKI, Tanzania/Sengerema, 2012

Savourer des légumes dans une communauté non-végétarienne : les expériences de la Tanzanie

Isaack Kitururu, Victor Kamagenge et Dr. Christina Nyhus Dhillon

Isaack Kitururu travaille pour Helen Keller international et a plus de 5 ans d'expérience à grande échelle dans la conception et la mise en œuvre des programmes de marketing social et de changement de comportement en matière de santé maternelle et infantile, de nutrition, de VIH/sida et d'assainissement et d'hygiène.

Victor Kamagenge a travaillé pour Helen Keller International en tant que coordonnateur de projet pour le projet de renforcement de la production alimentaire de subsistance (Enhanced Homestead Food Production Project). Il travaille depuis plus de 18 ans à la mise en œuvre de programmes consacrés au développement.

Dr. Christina Nyhus Dhillon travaille depuis plus de 15 ans dans le secteur du développement international et a travaillé en Afrique, en Asie, en Amérique latine et en Europe. Elle est actuellement directrice adjointe pays pour HKI en Tanzanie.

"Je ne savais pas qu'il était possible qu'un événement qui rassemble plus de 300 personnes ne propose pas de bœuf, de poulet ou de poisson ! Maintenant, je sais, et je sais qu'il est possible d'avoir un événement avec seulement des légumes à manger, si ces derniers sont bien préparés"
(Alex Ramadhan, agent de développement communautaire, District de Sengerema)

Cuisiner et consommer des légumes n'est pas une pratique courante pour la plupart des ménages dans la zone du lac de Tanzanie. Les ménages qui font cuire les légumes les cuisent en général trop, détruisant ainsi le goût, l'apparence et de nombreux micronutriments essentiels (tels que les vitamines A, B et C). Cela décourage souvent les membres de la famille, surtout les enfants, à consommer ces aliments riches en micronutriments. Réalisant cela, le projet de renforcement de la production alimentaire de subsistance (Enhanced Homestead Food Production Project - EHFP) de Helen Keller International a mis en

place des événements communautaires offrant aux bénéficiaires du programme la possibilité d'apprendre les techniques, d'acquérir des compétences et du soutien pour la culture des légumes et de maîtriser des méthodes de préparation qui préservent au mieux la valeur nutritionnelle, la couleur et la saveur.

L'EHFP est un projet axé sur l'agriculture et sur la nutrition déployé sur trois ans (2011-2014) mis en œuvre dans 12 villages dans deux districts de la zone du lac de Tanzanie, et atteint directement 1 200 ménages avec enfants de moins de deux ans. Le projet vise à améliorer la santé et

¹ y compris le temps de cuisson raccourci pour obtenir la tendresse souhaitée, l'utilisation d'ingrédients appropriés et facilement disponibles, l'utilisation de couteaux pointus (pour couper les légumes proprement au lieu de les abîmer) et l'ajout de jus de citron pour améliorer l'absorption des micronutriments des légumes cultivés chez soi.

² comme la moutarde éthiopienne (loshuu), les graines de soja (soja), le niébé (kunde), les feuilles d'amarante (mchicha), les carottes (karoti), les patates douces à chair orange (viazi lishé) et les solanacées (mnavu)

l'état nutritionnel des mères et des enfants par un accès accru aux aliments riches en micronutriments (y compris les légumes indigènes) et la consommation de ceux-ci, et la promotion des pratiques optimales en matière d'alimentation des mères et d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) suite à l'application du cadre Actions Essentielles en Nutrition (AEN).

Travaillant avec et à travers les structures de l'administration locale, le projet fournit à presque tous les bénéficiaires cibles des intrants agricoles et des formations en horticulture. Cette exposition à des pratiques agronomiques alliée à un soutien régulier de la part des agents de vulgarisation agricole du gouvernement a non seulement mené à l'augmentation de la production totale de légumes, mais a également amélioré la compréhension des bénéficiaires quant aux avantages de consommer des légumes. C'est ce que révèle l'évaluation à mi-parcours où 93 % des participants ont convenu (32 % «tout à fait d'accord») que *les légumes fournissent des nutriments essentiels pour la santé des yeux et protègent contre les maladies, et devraient faire partie de tous les repas, notamment dans le cas des enfants.*

Cependant, la préparation appropriée des légumes reste un défi pour beaucoup. D'avril 2012 à février 2013, les rapports des éducateurs communautaires qui mènent des visites de sensibilisation indiquaient systématiquement que plus de 75% des bénéficiaires concernés avaient des compétences très limitées quant à la préparation appropriée des légumes. Pour faire face au manque de connaissances et d'aptitudes, l'EHFP a ajouté en juin 2012 une activité de communication pour le changement de comportement (CCC) au projet. Trois événements ont été organisés, dont deux mettant l'accent sur les principes de préparation des légumes de base¹ et donnant aux participants la possibilité de s'exercer aux nouvelles techniques en petits groupes sous la supervision de l'équipe EHFP. Les participants ont apporté des légumes frais² (de leurs nouveaux jardins familiaux) et le projet a fourni le riz, l'huile de cuisson, le sel et la farine de maïs. Dans l'un de ces événements, plus de 150 bénéficiaires du projet (environ 25% d'hommes, représentant leur conjointe) et un total de 300 membres de la communauté sont venus de six villages participants. Après l'événement, des discussions informelles individuelles et en petits groupes ont été organisées par l'équipe du projet et les commentaires des participants ont été très positifs.

Un bénéficiaire a déclaré :

« nous cultivons beaucoup de variétés de légumes, mais nous ne les utilisons pas, maintenant nous allons commencer à appliquer ces principes dans nos maisons. »

Un participant a dit :

« Maintenant, je peux en toute confiance aider ma compagne à préparer des légumes et ferai en sorte que chaque repas que nous mangeons ait au moins une variété de légumes. De plus, grâce à ces notes que j'ai prises, je vais pouvoir facilement l'aider quand elle oubliera la recette et m'assurerai que notre famille consomme des légumes bien préparés. »

L'intention de partager les connaissances et les compétences acquises était évidente étant donné que les participants, surtout les hommes, utilisaient des cahiers pour noter les procédures et les recettes.

En dehors de cet événement, d'autres approches de CCC comprenaient des séances de consultation interpersonnelles

dirigées par des conseillers communautaires formés au moyen de visites à domicile et de discussions en petits groupes. Les comportements abordés comprenaient la faible consommation de légumes en raison de perceptions dominantes (par exemple, les légumes sont l'apanage des personnes pauvres qui ne peuvent s'offrir du poisson), l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement dans l'heure de la naissance, la consistance de la première nourriture dans le cadre de l'alimentation complémentaire et la vaccination de routine des poulets.

Le projet rassemble plus de 70 bénévoles qui fournissent des conseils en matière de nutrition aux bénéficiaires et qui sont pris en charge sur le plan technique par le personnel des établissements de santé formés et par des personnes du district qui agissent à titre d'agents de liaison en nutrition et qui sont tous des employés de l'État, ainsi que par le personnel du projet. Les visites sur le terrain permettent à l'équipe de projet de fournir une supervision et du soutien aux exécutants de base (agents de vulgarisation agricole et conseillers au sein de la communauté). Grâce à ces visites, l'équipe est en mesure d'évaluer régulièrement à quel point les bénéficiaires mettent en pratique les connaissances et les compétences acquises. L'équipe a observé des améliorations au niveau des ménages dans l'offre et la demande de légumes ainsi que dans les techniques de préparation appropriées.

Le rapport à mi-parcours a indiqué que près de la moitié des bénéficiaires consommaient des légumes des jardins potagers. Cependant, l'apprentissage du projet a montré qu'une plus grande disponibilité de légumes dans la communauté ne se traduisait pas directement par une augmentation de la consommation. Les préparateurs d'aliments (comme les mères, les pères, les enfants plus âgés, les grands-mères) ont besoin davantage de conseils sur la façon de cuisiner les légumes afin de s'assurer non seulement que les légumes sont consommés et appréciés, mais aussi que leur valeur en micronutriments est, dans la mesure du possible, conservée.

Améliorer la nutrition maternelle et infantile présente de multiples défis et obstacles. L'amélioration de la consommation de légumes riches en micronutriments produits localement est un point de départ pour la réduction durable et à long terme de la malnutrition liée à la carence en micronutriments au sein de ces populations vulnérables.



Faire pour apprendre : la participation des hommes est la clé du bien-être nutritionnel de la famille

Isack/KU, Tanzania/Sengereza, 2012



Camp Sheder, réfugié bénéficiaire d'espèces

Les transferts en espèces pour les réfugiés somaliens : expériences d'un programme pilote en Ethiopie

Samuel Tadesse

Samuel travaille en tant que consultant en sécurité alimentaire et nutritionnelle pour le HCR de l'ONU en Ethiopie. Il possède à son actif plus de 15 années d'expérience de travail dans les programmes d'intervention humanitaire, y compris dans les secteurs de la nutrition, de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence.

L'Ethiopie abrite plus de 400 000 réfugiés en provenance des pays voisins, déplacés par des catastrophes d'origine humaine et naturelle qui ont forcé les gens à fuir leurs maisons et demander de l'aide humanitaire. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), en collaboration avec l'Administration pour les Affaires concernant les Réfugiés et les Rapatriés (ARRA), coordonnent l'aide humanitaire afin d'assurer protection et assistance aux réfugiés. La population de réfugiés dépend principalement des rations alimentaires générales prévues mensuellement par le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM) et administrée par l'ARRA. L'aide alimentaire en nature, composée de grains de blé, de riz, d'aliments mélangés, d'huile végétale, de légumineuses, de sucre et de sel, est prévue pour répondre aux besoins d'énergie de 2100 Kcal par jour et aux besoins en micronutriments essentiels / de base.

La Mission d'évaluation conjointe (JAM) d'octobre 2012 du PAM, du HCR et de ses partenaires a révélé que les réfugiés vendaient et troquaient la nourriture en nature en échange d'aliments préférés et de l'accès à d'autres besoins non satisfaits. Cela a eu un impact négatif sur la diversité des aliments consommés. En outre, la nourriture est souvent vendue à prix désavantageux par rapport aux prix des produits similaires sur le marché local. Le produit alimentaire le plus vendu est le blé. Les informations sur le marché recueillies sur une base régulière révèlent que, dans la plupart des camps, les réfugiés vendent des sacs de 50 kg de blé pour une moyenne de 200 birrs éthiopiens (ETB) (environ 10,68 \$US) et 1 kg de blé pour 4 ETB (0,21 \$US). Pourtant le PAM achète et transporte des quantités égales sur le site pour environ 600 ETB (31,90 \$US) pour un sac de

50 kg et 12 ETB (0,64 \$US) pour 1 kg. À la suite de ces constatations, le JAM a recommandé d'autres moyens d'aide alimentaire, entre autres les espèces ou de bons.

Suite à l'évolution du PAM de l'aide alimentaire vers l'assistance alimentaire et le plan d'action mondial pour les espèces et les bons du PAM et du HCR, le PAM et le HCR en Ethiopie ont rédigé un plan d'action conjoint pour un programme pilote d'espèces et de bons en Ethiopie à la mi-2012. Ce plan a été également discuté avec l'ARRA afin que toutes les parties soient d'accord sur les objectifs et les perspectives. Les trois organisations ont mené plusieurs évaluations du secteur dont : la viabilité et l'accessibilité du marché ; la sécurité ; les systèmes de transactions financières ; le soutien et la cohésion sociale entre les réfugiés et les communautés d'accueil ; la politique du gouvernement. En outre, des évaluations approfondies du marché et des fournisseurs et des consultations des bénéficiaires avec divers groupes dans des sites pilotes possibles (camps somaliens dans l'Est et camps érythréens dans le Nord) ont été menées.

Les résultats de ces études ont montré que les camps dans la partie orientale du pays avaient des marchés fonctionnels et que les commerçants étaient en mesure de répondre à l'augmentation prévue de la demande. Les consultations auprès des communautés de réfugiés ont démontré que ces derniers souhaitent combiner argent en espèces et nourriture en nature afin d'accéder à une plus grande variété d'aliments sur le marché. Simultanément, le PAM a reçu une contribution de 1 million d'euros provenant d'un bailleur pour un projet pilote visant à permettre aux réfugiés de respecter des niveaux minimaux de sécurité alimentaire. Les objectifs spécifiques de ce

financement incluent ce qui suit : répondre aux préférences alimentaires des bénéficiaires, permettre la flexibilité et le choix des produits alimentaires pour les réfugiés, améliorer la diversité alimentaire et atténuer les effets non intentionnels des transferts de produits alimentaires (réduire la vente des rations alimentaires).

Un projet pilote de transfert de fonds a été conçu. Deux camps ont été sélectionnés : Sheder (12500 réfugiés somaliens) et Aw-barre (13500 réfugiés somaliens). En plus de démontrer la pertinence du marché et l'intérêt des bénéficiaires, les camps sélectionnés étaient de taille moyenne et il n'y avait pas d'afflux majeurs attendus en 2013. Les partenaires ont convenu de commencer par une approche prudente en remplaçant 6 kg de blé (environ 50 %) de la ration alimentaire générale mensuelle par 100 Birrs éthiopiens (5,30 \$US) par mois. Cette décision a été prise sur la base de discussions de groupe au sein de la communauté et a été réaffirmée par les habitudes de dépenses des rations et les données de suivi post-distribution. Il a été estimé que ce montant d'argent permettrait aux bénéficiaires d'acheter une quantité similaire de céréales préférées afin de maintenir l'exigence minimale de sécurité alimentaire (2100 Kcal/ jour/ personne). Il a été reconnu qu'il revient aux ménages de décider ce qu'il faut acheter pour soutenir leurs familles. Comme c'est le cas avec de la nourriture en nature, les femmes détiennent la carte de rationnement des ménages et sont le principal bénéficiaire de l'aide aux familles. Les espèces fonctionnaient de la même façon, le PAM/HCR/ARRA ont utilisé la même liste de bénéficiaires pour la partie espèces de la distribution. Par conséquent, sauf dans des familles sans femmes adultes, les femmes étaient la cible et les destinataires principaux de l'argent. Les autres produits alimentaires en nature sont restés dans le panier, comme indiqué dans le tableau suivant.

Panier de produits alimentaires en nature avant l'introduction des espèces	Nourriture et espèces combinées
Grain de blé 11,4 kg	Blé 5,4 kg
Riz 4 kg	Riz 4 kg
Légumineuses 1,5 kg	Légumineuses 1,5 kg
Mélange maïs et soja fortifié (CSB+) 1,5 kg	Mélange maïs et soja fortifié (CSB+) 1,5 kg
Huile végétale 0,9 kg	Huile végétale 0,9 kg
Sucre 450 g	Sucre 450 g
Sel 150 g	Sel 150g
	100 birrs éthiopiens (5,30 \$US)

Le projet pilote a été lancé par phases ; d'abord à Sheder en juillet 2013 puis à Aw-barre en octobre 2013.

Le projet a surtout mis l'accent sur la participation de la communauté à chaque étape afin d'assurer l'implication des réfugiés dans la prise de décision, par exemple dans le choix de la partie du panier alimentaire qui devait être remplacée par de l'argent. Les communautés de réfugiés ont efficacement diffusé l'information pré-distribution et se sont impliquées activement dans la production de rapports des incidents liés à l'argent, le contrôle des foules lors de la distribution, l'octroi de la priorité aux groupes vulnérables et le maintien de la paix et de la sécurité dans leur village. Beaucoup de membres du comité des réfugiés sont des

hommes, et une sensibilisation quant à l'efficacité du message a été menée pour s'assurer que les femmes se sentaient à l'aise et incluses dans les discussions.

Outre un suivi régulier (y compris la surveillance de la distribution mensuelle de nourriture/d'argent et le suivi post-distribution), une étude approfondie a été menée au camp Sheder en octobre 2013, trois mois après le début du projet, afin d'évaluer davantage la pertinence, l'efficacité, le coût-efficacité, les problèmes de protection et l'effet nutritionnel du programme. L'étude consistait à évaluer des différents ménages (y compris des questionnaires sur la diversité de l'alimentation et la fréquence des aliments), à mener des discussions de groupe avec des femmes et des hommes et des informateurs clés (principalement des fournisseurs et le personnel du HCR, du PAM et de l'ARRA).

En ce qui concerne l'impact nutritionnel, les niveaux globaux de consommation alimentaire (FCS) ont été calculés dans le cadre de l'étude post-distribution (octobre 2013) et comparés aux niveaux FCS de référence (août 2012). Les résultats ont montré une amélioration positive des niveaux de consommation alimentaire (tableau 1) ce qui suggère que les réfugiés ont pu acheter une grande variété d'aliments, y compris des fruits et des légumes frais, des sources de protéines animales telles que la viande et le lait et davantage de céréales préférées. Les bénéficiaires ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits de la substitution de l'argent à une partie du blé dans la ration car l'argent leur a fourni de la flexibilité et a permis aux ménages de diversifier leur régime alimentaire (tableau 2). Les discussions de groupe ont révélé que l'argent supplémentaire a renforcé la dignité et le pouvoir de négociation des réfugiés avec les commerçants.

Le résultat du programme sera analysé davantage après les études nutritionnelles communes réalisées en mai 2014, pour voir l'impact nutritionnel par rapport aux données de référence. La rétroaction informelle suggère que l'argent est très apprécié ; de nombreux bénéficiaires ont demandé que l'intégralité de la portion céréales du panier soit remplacée par des espèces.

Évaluation des niveaux de consommation alimentaire	Évaluation de départ août 2012	Évaluation post-distribution octobre 2013	% de changement entre 2012 et 2013
Mauvais	18	8	-55 %
Limité	35	17	-52 %
Suffisant	47	75	+60 %

Types d'aliments	Pourcentage
Lait (fromage et yaourt)	22
Légumes (et fruits)	16
Sucre	14
Pâtes et macaroni	13
Farine de blé	9
Viande et œufs	6
Remboursement de prêts pour la nourriture empruntée	16
Autres aliments (riz, huile, etc.)	4
TOTAL	100%



Le jardinage des femmes en Gambie

Olawale F. Olaniyan



Olawale F. Olaniyan est un chercheur (bénévole) au Centre international de trypanotolérance et compte à son actif plus de sept ans d'expérience dans la recherche agricole pour le développement.

Contexte

L'association de l'agriculture communautaire, qui s'est finalement transformée en Jardin des femmes de Banjulinding, a commencé en 1989 avec une parcelle d'un hectare de terres et une association de 80 membres qui, collectivement, cultivaient du maïs ou du mil au cours de la saison de culture qui s'étend sur trois à quatre mois. En 1996, avec un soutien extérieur, y compris des conseils techniques et des clôtures pour des terres d'une superficie de huit hectares, l'association a été en mesure de cultiver de la pastèque et les arachides. Un an plus tard, elle a pu bénéficier de semis, d'engrais et d'arrosoirs supplémentaires, d'espace de stockage et de locaux, ce qui a permis de planter une plus grande variété de légumes (y compris des tomates, des poivrons et des aubergines ainsi que les légumineuses comme l'arachide) et d'augmenter la production de 120,8 tonnes de produits. Les familles des femmes ont consommé la production et le surplus a été vendu dans les marchés de légumes alentours.

Sur une période de plus de 15 ans, le jardin et l'association ont grandi. Ils comptent maintenant 110 femmes organisées en 22 sous-groupes de cinq femmes chacun. Chaque sous-groupe cultive conjointement des plantes comme l'arachide, le poivron, la tomate, les haricots verts, le gombo, l'aubergine, le concombre et la patate douce sur trois parcelles différentes, chacune de 40 m x 30 m de superficie. Chaque membre a également droit à une parcelle personnelle. La ferme de l'association occupe maintenant 23 hectares au total et peut produire jusqu'à 2000 kg de maïs et 1000 kg d'arachides. Pour diversifier la base nutritionnelle et les sources de revenus, l'association a investi dans le bétail et les lapins. Le lait est traité et vendu sur une base quotidienne aux membres à titre de source importante de protéines animales.

Réalisations :

- **Augmentation de la production alimentaire.** Le rendement annuel moyen de tomates pour un sous-groupe est de 4000 kg en plus des 10 kg/semaine partagés par les cinq femmes pour la consommation domestique. De 2005 à 2013, l'association a augmenté le rendement des cultures de 50%.
- **Amélioration de la sécurité alimentaire et des revenus.** Un système d'irrigation permet de se livrer à l'agriculture

tout au long de l'année, ce qui permet aux membres de disposer de toute une variété de produits et d'une source de revenus, même pendant la période de soudure annuelle (de juin à août). Les revenus générés par la vente de produits de la ferme ont permis une alimentation plus variée, le paiement des frais de scolarité et la prise en charge d'autres besoins de la famille.

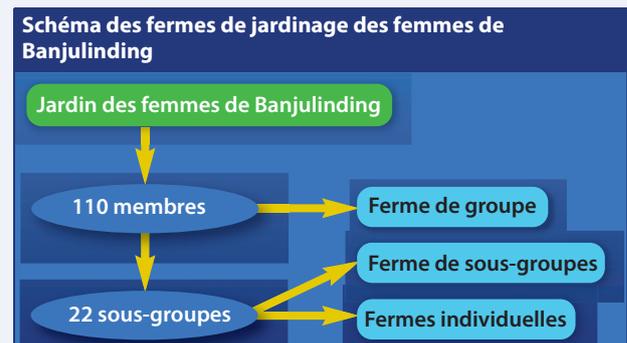
- **Flexibilité de l'emploi, propice aux jeunes enfants.** Les activités agricoles sont flexibles et permettent aux femmes de prendre soin des enfants au moyen du soutien du groupe. Les femmes enceintes dans le dernier trimestre et les mères allaitantes sont relevées de toute activité agricole par les autres membres du groupe. Une partie du jardin est réservée aux nourrissons où ceux-ci sont pris en charge par les membres adultes de la famille. En outre, toutes les femmes bénéficient d'une pause de trois heures chaque jour leur permettant d'être directement impliquées dans la préparation des aliments et de nourrir leurs familles.

Aller de l'avant

Malgré des périodes de désengagement de la part du bailleur à long terme de l'association, le groupe vit des économies effectuées et de la coordination et de l'entraide efficaces de ses membres. Toutefois, trois défis majeurs demeurent : 1) les fluctuations des prix du marché (en particulier pendant la saison des pluies), 2) le manque d'installations de stockage et 3) de mauvaises clôtures. Bien que ces dernières limitent actuellement le jardin des femmes de Banjulinding, des rénovations sont prévues qui, une fois réalisées, assureront une plus grande surface de stockage et une expansion dans un avenir proche.

Conclusion

Le jardin des femmes de Banjulinding est un exemple de la façon dont un groupe de femmes engagées peut s'organiser efficacement pour contribuer à la sécurité alimentaire et nutritionnelle de leur famille et au système agricole dans son ensemble.



Publications du Feinstein International Center de l'Université Tufts



Le Feinstein International Center de l'Université Tufts a publié un compte-rendu en deux parties sur les interventions d'urgence au Soudan liées à l'élevage. La production de bétail est une stratégie d'existence essentielle pour les agriculteurs et la population pastorale dans l'ensemble du Soudan et contribue à une économie plus vaste basée sur la commercialisation du bétail, les produits d'élevage, le fourrage, l'eau et les services de soutien. Le Soudan est caractérisé par une longue expérience des interventions liées à l'élevage. Cette étude a examiné les interventions d'urgence présentes centrées sur l'élevage et la mise en place des Directives et normes pour la gestion du bétail dans les situations d'urgence au Soudan.

Partie 1 : Merry Fitzpatrick et Helen Young. Elevage, moyens d'existence et interventions en cas de catastrophes. Première partie : Examen des projets de moyens d'existence basés sur l'élevage au Soudan. 2013.

Partie 2 : Getachew Gebru, Hanan Yousif, Abdelhafiz Mohamed, Belihu Negesse et Helen Young. Elevages, moyens d'existence et interventions en cas de catastrophes. Deuxième partie : Trois études de cas de programmes d'urgence basés sur l'élevage au Soudan et leçons apprises. 2013.

Les deux publications sont disponibles sur le site Web du Feinstein International Center : <http://fic.tufts.edu/publications/>

Aliments sauvages, prix, régimes et développement : le développement durable et la sécurité alimentaire en milieu urbain, Cameroun

Sneyd, Lauren Q.

Développement durable (2013) 5 (11) 4728-4759.

Cet article analyse la façon dont les aliments sauvages et traditionnels contribuent à la sécurité alimentaire des ménages urbains dans le sud du Cameroun, sur la base de données qualitatives empiriques recueillies au moyen de 371 études de ménages et de marché dans les villes camerounaises.

Les données de l'étude suggèrent que de nombreux aliments sauvages/traditionnels sont la plupart du temps physiquement disponibles dans les villes camerounaises, y compris 66 fruits, légumes, épices et insectes sauvages. La disponibilité de ces aliments dépend de la saison, des conditions météorologiques et de l'accès à la forêt tropicale environnante. Les Camerounais déboursent une quantité considérable de leur budget alimentaire (25 %) aux aliments sauvages/traditionnels et beaucoup pensent que ces

aliments sont nécessaires à la préparation des plats domestiques courants.

Toutefois, les bas salaires et le coût élevé de la vie en ville ont une incidence sur l'accès des ménages aux aliments sauvages/traditionnels. Les ménages remplacent ces aliments par des options de qualité inférieure mais moins onéreuses, telles que le riz importé. Par conséquent, les régimes traditionnels sont en train de changer et les résidents urbains du Cameroun se détournent peu à peu des aliments sauvages/traditionnels riches en nutriments qu'ils préfèrent au profit d'aliments moins nutritifs. L'auteur appelle à poursuivre les recherches sur les effets exercés par ce changement sur la sécurité alimentaire, la nutrition et la santé publique.

Pour plus d'informations, visitez <http://www.mdpi.com/2071-1050/5/11/4728>

Principes des mesures de la résilience - FSIN Technical Series No. 1

Aujourd'hui, tout le monde s'entend pour dire que les interactions entre les tendances du changement climatique, la fragilité de l'écosystème et l'instabilité géopolitique génèrent une nouvelle gamme de risques qui sont de plus en plus difficiles à prévoir. La résilience, considérée par beaucoup comme un moyen de faire face à plusieurs risques imprévisibles qui font obstacle au bien-être, est récemment devenue un concept clé de l'élaboration des politiques et des programmes.

Alors que plusieurs documents et déclarations politiques ont été émis et un large éventail d'initiatives financées ont été

lancées, les mesures ont bénéficié de peu d'attention. Pour y remédier, une consultation d'experts de trois jours sur la mesure de la résilience pour la sécurité alimentaire a eu lieu à Rome, en Italie (19-21 février 2013). La réunion, qui a rassemblé des décideurs, du personnel de programme, des chercheurs et des dirigeants de divers organismes et organisations, a été l'occasion de partager les premiers résultats et de soulever des questions sur la mesure de la résilience. L'un des principaux résultats de la réunion a été la création d'un Groupe de travail technique ayant pour mission de diriger l'élaboration d'un cadre commun d'analyse et de directives techniques pour la mesure de la résilience.



Un document technique a été produit à titre de première étape vers le développement d'un modèle de mesure de la résilience à l'usage des parties prenantes (par exemple, le personnel des programmes, les responsables du suivi et de l'évaluation, les décideurs). Il propose :

- Une définition de la résilience
- Une série de principes déterminant le modèle de mesure
- Des directives techniques générales pour la mesure de la résilience couramment utilisées pour promouvoir la rigueur dans toutes les approches de mesure

- Un ensemble de questions de fond et de préoccupations analytiques

Ce n°1 de FSIN Technical Series est le premier des trois documents qui seront émis au cours de l'année prochaine.

Pour plus d'informations, visitez le site Web du Cluster sécurité alimentaire: <http://foodsecuritycluster.net/document/fsin-paper-series-no1-resilience-measurement-principles>

Squeezed : Life in a Time of Food Price Volatility (la vie en temps de volatilité des prix alimentaires), résultats de la première année

Naomi Hossain et al.



Oxfam International et l'Institut d'études du développement (IDS)

Squeezed est un compte-rendu des pressions cumulatives que la hausse des prix des denrées alimentaires exerce sur la vie quotidienne dans les pays en développement, et la façon dont ces pressions sont en train de changer le comportement, les relations et l'organisation sociale et, par là même, ont un effet sur le développement. La « crise alimentaire » ne fait plus les grands titres, mais n'a pas disparu. Les prix des aliments continuent d'augmenter, parfois en flèche ; il est évident qu'il s'agit d'une contrainte de taille. *Squeezed* vise à aider les décideurs à réfléchir à la façon de répondre à la volatilité des prix des denrées alimentaires en dirigeant l'attention sur ce qui suit :

- comment les gens et les sociétés s'adaptent aux changements de prix des denrées alimentaires ;
- quelles mesures utiles pourraient être prises dès maintenant ;
- quels sont les aspects de l'adaptation qui ont besoin d'un meilleur suivi ;
- que faut-il mieux comprendre au sujet de ces changements complexes.

Squeezed résume les résultats de la première année d'une étude sur quatre ans menée dans 10 pays, appelés Life in a

Time of Food Price Volatility (« La vie en temps de volatilité des prix alimentaires »).

Enfin, *Squeezed* fournit des raisons pour se préparer à la prochaine flambée des prix des aliments et fournit des recommandations pour bien anticiper, y compris :

- l'élargissement de l'aide sociale pour les populations les plus vulnérables ;
- la préparation de mesures temporaires pour éviter la flambée des prix ;
- le suivi des impacts réels sur la vie et le bien-être de la population ;
- une nouvelle conception de la politique de protection sociale ;
- le fait de permettre aux gens de participer à des politiques de lutte contre la volatilité des prix des denrées alimentaires.

Des rapports distincts des résultats de recherche pour chaque pays en 2012 sont disponibles, en plus d'un compte-rendu détaillé de la méthodologie de recherche.

Pour plus d'informations, visitez le site d'Oxfam Royaume-Uni: <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/squeezed-life-in-a-time-of-food-price-volatility-year-1-results-292412>

Seconde conférence internationale sur la nutrition (CIN2) : documents de fond

Une série de documents d'information ont été rédigés en vue de la CIN2 qui se tiendra du 19 au 21 novembre 2014 (voir section Événements pour plus de détails). Voici une liste partielle des documents ; pour une liste complète et le texte intégral, voir <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/preparations/en/?page=5&ipp=5>

Vitamin A: Moving the food-based approach forward
(Vitamine A : Poursuivre l'approche basée sur l'alimentation) par Ted Greiner, Hanyang University

Designing Nutrition-Sensitive Agriculture Programs
(Conception de programmes d'agriculture sensible à la nutrition) par Ladd, ACDI/VOCA – Food Security

Improving nutrition through secondary livestock products of milk and eggs: A pastoralist case study in Kenya (Améliorer la nutrition grâce à des produits d'élevage secondaires de lait et d'œufs : Une étude de cas d'une population pastorale au Kenya) par Lora L. Iannotti et Carolyn Lesorogol

Monitoring and Evaluating the Food Security and Nutrition Effects of Agricultural Projects (Suivi et évaluation des effets des projets agricoles sur la sécurité alimentaire et la nutrition) par F. James Levinson, Tufts University et Anna Herforth, Cornell University

Impact Pathways from Agricultural Research to Improved Nutrition and Health: Literature Analysis and Research Priorities (Comment la recherche agricole peut entraîner l'amélioration de la nutrition et de la santé : analyse de la littérature et priorités de recherche) par Patrick Webb

Linking Agricultural Production Practices to Improving Human Nutrition and Health (Relier les pratiques de production agricole à l'amélioration de la nutrition et de la santé humaines) par Ross M. Welch, Robin D. Graham et Ismail Cakmak Sabanci



Nutrition des adolescentes dans les pays à revenu faible et moyen



David I. Thurnham, *Sight and Life*, Volume 27 (3) 2013.
Disponible à l'adresse <http://www.sightandlife.org>

L'adolescence entre 13 et 19 ans d'âge est une période de changements spectaculaires. Hormis la fenêtre critique des 1000 premiers jours de vie, l'adolescence est la seule période où la vitesse de croissance augmente réellement. Pour beaucoup de filles, la possibilité de tirer profit de cette période de croissance potentielle est enrayée par une grossesse précoce. Cet article décrit l'état et les besoins nutritionnels des femmes adolescentes dans les pays à revenu faible et moyen et met en évidence certains problèmes posés par la malnutrition et le mariage précoce.

Messages clés

- Beaucoup d'enfants dans les pays à revenu faible et moyen entrent dans l'adolescence maigres, en retard de croissance et anémiques, et ont souvent d'autres carences en micronutriments.
- L'adolescence est une occasion de rattraper un retard de croissance.
- Beaucoup d'adolescentes tombent enceintes avant d'atteindre un poids et une taille adultes.
- Le mariage précoce augmente les risques de mortalité maternelle, de complications pendant la grossesse et de perturbation du développement foetal (mère trop petite pour la gestation) et peut empêcher la mère de finir de grandir.

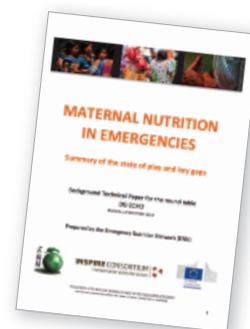
- Mariage précoce, faible niveau d'éducation, mauvaise alimentation et pauvreté sont étroitement liés.
- La promotion de l'éducation secondaire des filles peut retarder les mariages précoces. L'alimentation scolaire composée d'aliments nutritifs attire les adolescentes dans les établissements d'enseignement secondaire et leur donne envie d'y rester.
- Les efforts visant à promouvoir l'enrichissement des aliments en micronutriments, en combinaison avec la diversité alimentaire, contribuent à lutter contre la malnutrition, peuvent avoir un effet bénéfique sur la croissance adolescente et génèrent une main d'œuvre saine pour réduire la pauvreté à l'avenir.

Bien que l'adolescence soit une occasion de rattraper le retard de croissance, une mauvaise alimentation et les exigences physiques liées au mariage et à la grossesse précoces limitent les possibilités de croissance. Pour y remédier, l'éducation doit être encouragée afin de retarder l'âge du mariage ; l'enrichissement en micronutriments doit être soutenu pour améliorer la qualité de l'alimentation, de même qu'une alimentation diversifiée de haute qualité pour assurer une croissance osseuse adéquate.

Nutrition maternelle dans les situations d'urgence : Résumé de l'état d'avancement et principales lacunes

Tanya Khara et Emily Mates, ENN

Disponible à l'adresse www.enonline.net



Les données actuelles soulignent l'importance de l'état nutritionnel des femmes au moment de la conception, pendant la grossesse et pendant l'allaitement à titre de facteur crucial dans la survie, la croissance et le développement sain de ses enfants. Bien qu'elle fasse l'objet d'une moindre attention au niveau mondial, la nutrition maternelle est également essentielle pour la capacité des femmes à mener une vie saine.

Craignant un certain nombre de lacunes au niveau des politiques et des pratiques ainsi que le caractère limité des conseils disponibles pour satisfaire efficacement les besoins nutritionnels des mères, la Commission européenne a commandé une analyse de la littérature et des directives existantes.

Cette analyse résume la littérature relative à la vulnérabilité des femmes, aux implications pour les femmes et leurs

enfants et aux directives internationales actuelles sur la nutrition maternelle et indique ce qui se fait actuellement dans le cadre des programmes d'urgence. Les points clés manquants sont mis en évidence.

Les directives en vigueur sur la malnutrition maternelle étaient limitées jusqu'à récemment ; or, en 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé publie un rapport de l'OMS intitulé « Nutrition des femmes pendant la grossesse » et, en 2013, l'OMS publie les Actions essentielles en nutrition pour améliorer la santé et la nutrition des mères, des nouveau-nés, des nourrissons et des jeunes enfants. Le Cadre du mouvement SUN (renforcement de la nutrition) comprend un certain nombre d'interventions directes en termes de nutrition maternelle, bien que le contexte d'urgence ne soit pas spécifiquement abordé. Le projet SPHERE 2011 donne quelques conseils, mais la plupart sont liées à l'alimentation du nourrisson et au bien-être de l'enfant seulement.

L'analyse rassemble des conseils liés à la supplémentation en macronutriments et en micronutriments, aux soins et au soutien, aux interventions en matière de santé et aux interventions « sensibles à la nutrition » pour améliorer la nutrition des mères d'une façon générale et dans le cadre d'un contexte d'urgence.

Les principaux points clés manquants identifiés comprennent :

- le manque de connaissances sur les moyens d'évaluation et d'analyse, sur les groupes de personnes à cibler et sur l'identification des interventions efficaces ;
- la nature des produits spécifiques à utiliser pour la supplémentation en micronutriments et l'alimentation supplémentaire ;
- les outils pour contrôler l'efficacité et évaluer l'impact des programmes d'urgence sur les femmes enceintes et allaitantes et sur leurs enfants.

L'eau, l'assainissement et l'hygiène (Water, Sanitation and Hygiene – WASH) et la nutrition



WaterAid/Behailu Shiferaw

L'effet des interventions visant à améliorer la qualité de l'eau et l'approvisionnement en eau, à assurer l'assainissement et à encourager le lavage des mains avec du savon sur la croissance physique des enfants (analyse Cochrane) Alan D Dangour et al.

Cochrane Library 2013, numéro 7 disponible en ligne
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0057931/>

Dans les pays à faible revenu, on estime à 165 millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'un retard de croissance les rendant moins grands en taille, et à 52 millions le nombre d'enfants souffrant d'émaciation les rendant très maigres. Une mauvaise croissance au début de la vie d'un enfant augmente les risques de maladie et de décès au cours de l'enfance. Les deux causes immédiates de la malnutrition infantile sont un apport alimentaire inadéquat et les maladies infectieuses telles que la diarrhée. Des interventions en eau, assainissement et hygiène (WASH) sont souvent mises en œuvre pour réduire les maladies infectieuses. Cette étude évalue l'effet que les interventions WASH peuvent avoir sur l'état nutritionnel des enfants. Elle comprend des données provenant d'interventions randomisées et non randomisées visant à i) améliorer la qualité microbiologique de l'eau potable ou protéger la qualité microbiologique de l'eau avant la consommation ; ii) introduire l'approvisionnement en eau nouvelle ou améliorée ou en améliorer la distribution ; iii) mettre en place ou étendre la

couverture et l'utilisation des installations conçues pour améliorer l'assainissement ; ou iv) encourager le lavage des mains avec du savon après la défécation et l'élimination des matières fécales de l'enfant, et avant de préparer et de manipuler des aliments, ou une combinaison de ces interventions, chez les enfants âgés de moins de 18 ans.

Les auteurs ont identifié 14 études à partir de ces interventions impliquant 22 241 enfants au départ, et des résultats de données nutritionnelles pour 9469 enfants. Les méta-analyses des données provenant des essais randomisés par grappes suggèrent que les interventions WASH ont une influence positive, quoi que limitée, sur la croissance linéaire chez les enfants de moins de cinq ans. Bien que potentiellement importante, cette conclusion est basée sur des études à relativement court terme, dont aucune n'accuse une haute qualité méthodologique, et doit donc être considérée avec prudence. Plusieurs vastes études robustes en cours dans des pays à faible revenu devraient fournir des données probantes permettant d'étayer ces résultats.

Inauguration du projet Big Pipe,
Adi Sibhat, Tigray, Ethiopie,
28 décembre 2013



WaterAid / Behailu Shiferaw

Eau, assainissement et hygiène (WASH), entéropathie environnementale, nutrition et développement des jeunes enfants : **établir des liens**

Francis M. Ngure et. Al.

Annales de la New York Academy of Sciences, Volume 1308, le potentiel de chaque enfant : intégration d'interventions sur la nutrition et le développement des jeunes enfants, pp 118-128, janvier 2014

Disponible en ligne sur <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12330/abstract>

Il existe peu de recherches et de données de programmation sur l'effet de la mauvaise qualité de l'eau et des mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène (WASH) sur le développement cognitif, sensori-moteur et socio-affectif des jeunes enfants. En outre, de nombreuses interventions standards WASH ne sont pas spécifiquement conçues pour protéger les bébés dans les trois premières années de leur vie, lorsque les bases de la santé intestinale et de la croissance linéaire sont posées. Les auteurs examinent les données prouvant les liens entre WASH, l'anémie et la croissance des enfants et mettent en évidence les manières dont WASH peut affecter le développement des jeunes enfants, principalement par l'inflammation des intestins, le retard de croissance et l'anémie.

Dans cet article, les auteurs affirment que le manque d'hygiène, qui entraîne l'ingestion microbienne, est un facteur de risque pour le développement des jeunes enfants (DJE). Ils proposent d'élargir le concept de WASH afin que ce dernier soit considéré comme une partie intégrante des

interventions en matière de nutrition et de développement de l'enfant, et pas simplement comme l'aspect « toilettes – lavage des mains par le soignant – purification de l'eau ». Ils suggèrent d'introduire la notion de « WASH pour bébés » - l'objectif étant de mettre fin aux principaux vecteurs de transmission fécale-orale par les mains et par les gestes main-bouche des bébés, en accordant une attention aux excréments animaux ainsi qu'humains.

D'un point de vue programmatique, les interventions WASH pour bébés nécessitent le lavage des mains du bébé à des moments clés et la création d'un environnement de jeu hygiénique et protégé, en plus des interventions d'assainissement telles que les méthodes d'alimentation hygiéniques du nourrisson et le lavage des mains des membres du ménage. Les auteurs préconisent que WASH pour bébés devienne un composant supplémentaire des programmes de DJE. Enfin, les auteurs soulignent la nécessité de poursuivre la recherche pluridisciplinaire sur le lien entre WASH et le DJE.

Réunion du groupe de travail technique sur la nutrition pour finaliser la stratégie de nutrition intersectorielle au Baloutchistan



Pakistan, Quetta, 2013

Renforcement de la nutrition : expériences du Baloutchistan, Pakistan

Muhammad Sheraz et Dr. Ali Nasir Bugti



Muhammad Sheraz est responsable de la gestion de l'information sur la nutrition au ministère de la Santé, gouvernement du Baloutchistan.



Dr Ali Nasir Bugti est le coordonnateur provincial de la nutrition, ministère de la Santé, gouvernement du Baloutchistan.

Parmi les quatre provinces du Pakistan, le Baloutchistan est la plus sous-développée et accuse une situation de santé et de nutrition déplorable. Selon l'étude nationale sur la nutrition menée en 2011, la prévalence du retard de croissance dans le Baloutchistan est de 52,2 %, ce qui la classe parmi les plus élevées dans le monde. La prévalence de l'émaciation est de 16,1 %, dépassant le seuil de l'OMS de 15 %, indiquant un état d'urgence de santé publique. Les femmes et les enfants souffrent également de niveaux des carences vitaminiques et minérales parmi les plus élevés du monde avec un taux d'anémie des mères de 47,3 % et un taux de carence en vitamine A chez les enfants de 74 %. Si l'on se fie aux tendances actuelles, le Baloutchistan n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'Objectif du millénaire pour le développement visant à réduire de moitié le niveau de sous-nutrition de 1990 d'ici 2015.

Le gouvernement du Baloutchistan et ses partenaires reconnaissent les conséquences que ces niveaux élevés de sous-nutrition peuvent avoir sur le développement économique et humain et se lancent donc dans une approche nutritionnelle multisectorielle en harmonie avec le Mouvement SUN.

Le Cadre SUN comprend trois composantes principales :

- Des interventions rentables et basées sur des données

pour prévenir et traiter la sous-nutrition, la plus haute priorité étant la période opportune entre moins 9 mois et 24 mois, appelée « les mille premiers jours ».

- Une approche multisectorielle qui comprend l'intégration de la nutrition dans les secteurs connexes et l'utilisation d'indicateurs de la sous-nutrition comme l'une des principales mesures de progrès global dans ces secteurs.
- Une aide interne et externe considérablement améliorée, au moyen d'une réaction coordonnée des partenaires de développement, pour des programmes et des capacités en termes de nutrition propres à chaque pays.

Le Pakistan, et le Baloutchistan en particulier, ont réalisé d'importants progrès dans ce domaine depuis 2010. En septembre 2011, le ministère des Affaires économiques du Pakistan a franchi une étape importante quand il a convoqué une réunion des partenaires au développement et des bailleurs actuellement engagés dans différents projets au Pakistan et dans le financement de ceux-ci (nommé le groupe D-10) pour examiner le sujet de la nutrition. Lors de la réunion, les provinces se sont engagées à préparer des plans de nutrition multisectoriels. Depuis lors, le Baloutchistan a :

- **élaboré un document de directives** pour évaluer les niveaux provinciaux de sous-nutrition, identifier les programmes sectoriels liés à la réduction de la sous-nutrition et commencer à déterminer les rôles possibles de ces secteurs dans un effort collectif de réduire la sous-nutrition dans la province. Le document contient également la liste des effets bénéfiques attendus de chacun des secteurs sur l'amélioration de la nutrition dans la province.
- **finalisé une stratégie intersectorielle de la nutrition.** Cette stratégie vise à prévenir et à traiter la sous-nutrition directement (interventions spécifiques dans le domaine de la nutrition) et aussi les facteurs de la sous-nutrition (interventions sensibles à la nutrition). L'accent est mis sur les pratiques d'hygiène, l'accès à l'eau potable, l'assainissement et les services de santé,

la sécurité alimentaire des ménages, l'accès à une alimentation diversifiée, les contraintes socio-économiques et l'alphabétisation.

Pour chaque secteur, la stratégie comprend une série d'objectifs stratégiques, des résultats, des produits et des activités avec pour but de mettre en place une entité de coordination au sein du ministère provincial de la Planification et du Développement. La stratégie détermine un sous-ensemble d'indicateurs inclus dans un « cadre de suivi des résultats ». Le suivi et l'examen de ces indicateurs fourniront à la province un moyen d'évaluer les progrès de la stratégie sur une base continue. Compte tenu de la diversité et des causes multisectorielles de la sous-nutrition, une unité distincte se concentrant sur la planification et le suivi sera créée au sein du ministère de la planification et du développement et son rôle consistera à assurer la responsabilité à tous les niveaux clés et à observer les progrès d'ensemble. L'approche sous-jacente de la stratégie sera « de planifier selon un principe multisectoriel, de mettre œuvre selon un principe sectoriel et ensuite d'examiner selon un principe multisectoriel ». La prochaine étape sera d'établir le coût du plan. Actuellement, le ministère de la Planification et du Développement comprend des sections telles que l'agriculture et la santé, mais pas la nutrition. La Section de la santé se penche actuellement sur la nutrition en songeant à mettre en place une section distincte pour la nutrition afin de planifier et de surveiller les progrès d'ensemble de la stratégie intersectorielle.

- **identifié un Comité directeur provincial de la nutrition**, présidé par le Secrétaire général adjoint pour le développement, le deuxième plus haut fonctionnaire au niveau provincial après le Secrétaire général. Les chefs des ministères de la santé, de l'agriculture et des autres ministères concernés sont membres.
- **identifié un Groupe de travail technique (GTT) intersectoriel** relevant du ministère de la Planification et du Développement. Chaque secteur aura un groupe de travail technique spécifique et le GTT chargé de la nutrition et le Comité directeur s'occupent à présent de la transformation de la stratégie intersectorielle de la nutrition en un plan opérationnel.

Le secteur de la nutrition et d'autres secteurs ont été invités à préparer leurs propositions et à établir les coûts, en harmonie avec les interventions spécifiques ou sensibles à la nutrition proposées par la stratégie de nutrition multisectorielle pour chaque secteur. Le comité de direction et GTT de la nutrition ont pour mission d'identifier les ressources nécessaires pour financer l'initiative au moyen des fonds publics ou encore en se tournant vers des bailleurs. Au moment de la rédaction, seul le secteur de la santé avait chiffré son plan pour un total de 14 920 000 \$US (1 492 milliards de Roupies pakistanais) sur une période de trois ans (de juillet 2014 à juin 2017), ciblant les 7 districts à haut risque (sur 30 districts du Baloutchistan au total). Dans ce cadre, le budget combiné destiné à la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) s'élève à 5,42 millions de dollars. Le plan du secteur de la santé vise à :

1. améliorer l'accès et la disponibilité des services liés à l'ANJE et à la PCMA dans les districts ciblés pour les populations ciblées (enfants de sexe masculin et féminin de 0-5 ans et femmes enceintes et allaitantes) ;

2. améliorer la consommation de micronutriments au moyen de l'enrichissement et de la supplémentation ;
3. améliorer le niveau de connaissance et accroître la sensibilisation des interventions nutritionnelles auprès des ménages comprenant des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ou allaitantes ;
4. renforcer le programme de nutrition au sein du ministère de la Santé ; et
5. renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation en mettant l'accent sur la production de contenu pour une planification et une mise en œuvre fondées sur des données tangibles.

Des fonds fiduciaires multidonateur sont disponibles pour les différentes interventions et le ministère de la Santé du Baloutchistan est prêt et disposé à mettre en œuvre le projet une fois que la proposition sera approuvée au niveau national.

Défis attendus

Pour être une réussite, l'approche multisectorielle exigera un niveau élevé d'engagement, une coordination efficace et un leadership éclairé. Certains des défis auxquels devra possiblement faire face le Baloutchistan pour une mise en œuvre efficace comprennent les aspects suivants :

- **Responsabilité** : La Section de la nutrition nouvellement formée au sein du ministère de la Planification et du Développement n'aura pas la compétence d'obliger les autres ministères à rendre compte des résultats liés à la nutrition. Les obligations de résultat des autres secteurs vis-à-vis de la Section de la nutrition demeurent très floues et constituent un défi majeur à venir.
- **Priorité** : La nutrition ne relève pas d'un programme commun à tous les secteurs et ainsi, le niveau de compréhension et de priorité accordée à l'initiative au sein d'autres secteurs peut varier.
- **Ressources** : Il se peut que les ressources soient insuffisantes pour rendre la stratégie de nutrition opérationnelle, étant donné qu'il n'existe actuellement aucun financement des bailleurs au profit de projets sensibles à la nutrition pour les secteurs autres que celui de la santé.
- **Capacité** : There is limited capacity within other sectors, particularly with regards to nutrition sensitive programming, that could limit their understanding on what human resource capacity is required to roll out nutrition sensitive interventions.
- **Coordination** : La province n'a pas d'expérience préalable en coordination intersectorielle pour la programmation thématique.

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Muhammad Sheraz : Mohammad.sheraz@live.com

Pakistan, Ouetta, 2013



Cérémonie de reconnaissance des conseils d'orientation de la politique sur la nutrition au Baloutchistan



Personnel du ministère de la Santé travaillant dans les soins ambulatoires thérapeutiques dans une clinique en Ethiopie

J Spector, Valid Int, Ethiopia

Maximiser la qualité du renforcement des programmes-cadres de la nutrition (MQSUN)

Briefing 02, November 2013

Mejia Acosta, A. et al. Institute of Development Studies, Brighton.

Available <http://www.enonline.net>



Les efforts visant à renforcer l'engagement du gouvernement à réduire la sous-nutrition dans les États fragiles et touchés par les conflits (EFTC) se heurtent à plusieurs défis liés au contexte. Tout d'abord, la plupart des investissements en matière de nutrition ont tendance à cibler des approches humanitaires à court terme pour lutter contre les crises alimentaires et la famine. Deuxièmement, les EFTC n'ont généralement pas la capacité de concevoir et de mettre en œuvre leurs propres stratégies de nutrition, renforçant ainsi leur dépendance aux conseils stratégiques, à la formation technique et à l'aide financière de la communauté des bailleurs. Troisièmement, dans les EFTC, les liens de responsabilisation entre l'Etat et la société sont très faibles voire inexistants ; ainsi, les citoyens n'ont pas les moyens de demander des comptes à leurs gouvernements et les élites politiques ne sont pas incitées à répondre aux demandes des citoyens. Cet exposé examine trois situations spécifiques (Niger, Pakistan et Ethiopie) et propose des recommandations pratiques et des conseils en matière de politique pour relever les défis de la gouvernance de la nutrition dans un contexte fragile.

Recommandations en matière de politique :

- Les gouvernements nationaux doivent évaluer les initiatives de nutrition existantes et chercher à orchestrer plusieurs interventions en termes de nutrition sous une stratégie ou un cadre institutionnels uniques.
- Les bailleurs opérant dans des situations fragiles dans des régions touchées par un conflit devraient donner leur approbation aux interventions de nutrition d'urgence telles que la PCMA ou aux programme d'alimentation générale (blanket feeding) qui présentent le plus grand potentiel d'intégration des soins préventifs. Les transferts d'argent sont un autre outil à fort impact à long terme.
- Les organismes multilatéraux et bilatéraux devraient établir

des façons de financer les programmes de nutrition à long terme en combinant des fonds alloués sur une base annuelle à court terme avec des fonds alloués par un financement pluriannuel. La synchronisation des cycles de financement pourrait ouvrir la porte à une division du travail plus efficace et un financement durable de la nutrition sans compromettre les exigences en termes de rapport.

- Les bailleurs et les gouvernements des pays doivent développer un meilleur suivi budgétaire pour permettre aux gouvernements une plus grande appropriation du financement de la nutrition tout en assurant la responsabilité envers les bailleurs qui ont contribué.

Recherches plus approfondies

- Des travaux sont nécessaires pour définir et mesurer la capacité et la motivation des acteurs étatiques et de l'état lui-même à s'engager efficacement dans des programmes de nutrition.
- Davantage d'efforts doivent être accomplis pour définir et documenter comment les investissements et les stratégies de lutte contre la malnutrition chronique peuvent prévenir la récurrence à long terme de la malnutrition aiguë dans les EFTC et ailleurs. L'incidence du traitement et de la prévention de la malnutrition aiguë sur le retard de croissance doit être documentée et les implications en termes de politiques et de programmes doivent être élaborées.
- De la recherche est nécessaire pour comprendre l'effet des indicateurs spécifiques des EFTC et de l'insécurité alimentaire sur les indicateurs de nutrition.
- Il faut améliorer la conception des programmes de nutrition en développant et en utilisant des dispositifs de suivi budgétaire afin d'identifier la relation entre l'investissement dans la nutrition et les résultats en matière de nutrition dans les EFTC.

Merci de visiter le site web de www.enonline.net pour une liste à jour.

Le site de l'ENN fait l'objet d'un remaniement et le nouveau site sera lancé en juillet 2014.

Il fournira une liste régulièrement mise à jour de nouveautés, d'événements, de formations et de possibilités d'emploi dans le secteur.

Remarque : L'ENN ne publiera plus de bulletins d'information électroniques bimensuels. Le nouveau site contiendra toutes les nouveautés et mises à jour présentées auparavant dans les bulletins d'information.

Réunion technique internationale sur la nutrition organisée par l'ENN : Octobre 2014

L'ENN accueillera une réunion de trois jours à Oxford, au Royaume-Uni, qui se tiendra du 7 au 9 octobre 2014. Il s'agira d'une réunion technique d'apprentissage et de réseautage consacrée à la programmation axée directement ou indirectement sur la nutrition dans les situations d'urgence et les contextes difficiles ; elle se penchera sur les meilleures pratiques, les priorités de recherche et les activités de plaidoyer. La réunion engagera un large public, notamment les ONG, les agences des Nations Unies, le mouvement SUN, le Cluster nutrition mondiale (GNC), les universités, les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé et les représentants gouvernementaux. Une large gamme d'outils en ligne existants de même que les médias sociaux seront mis à profit pour capturer et partager les expériences, les discussions et les résultats de la réunion sur le vif.

Les objectifs spécifiques de la réunion sont les suivants :

- donner aux participants l'occasion de présenter leur travail, mettre en lumière les leçons et partager des expériences pratiques et innovantes ainsi que de nouveaux programmes et domaines de recherche ;
- donner aux participants l'occasion d'identifier les points clés manquants et les questions sans réponse dans les domaines de la recherche et de la programmation et d'en discuter avec des pairs du monde de la nutrition au sens large et des secteurs connexes ;
- fournir aux participants l'espace pour discuter des façons d'avancer tous ensemble dans certains domaines techniques et programmatiques et permettre à des groupes actuels de travail/de direction dans le secteur de convoquer de nouveaux groupes ou d'en permettre la formation, le cas échéant ;
- renforcer la compréhension des bailleurs et du monde académique quant aux défis opérationnels tant dans le secteur que dans les domaines de travail intersectoriels.

Pour plus d'informations, consultez www.enonline.net



Deuxième conférence internationale sur la nutrition (CIN2) : Novembre 2014

La deuxième conférence internationale sur la nutrition (CIN2), une réunion intergouvernementale sur la nutrition organisée conjointement par l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec le groupe d'experts de haut niveau sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire des Nations Unies (HLTF), le FIDA, l'IFPRI, l'UNESCO, l'UNICEF, la Banque mondiale, le PAM et l'OMC, se tiendra à Rome du 19 au 21 novembre 2014.

La CIN2 réunira les décideurs politiques nationaux de haut niveau des ministères de l'agriculture et de la santé, entre autres, et de divers organismes concernés œuvrant dans ces domaines, conviant également les chefs des agences des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales et membres de la société civile, notamment les organisations non gouvernementales, les chercheurs, le secteur privé et les consommateurs. La conférence examinera les progrès accomplis en ce qui a trait à l'amélioration de la nutrition depuis 1992 ; fera la lumière sur les problèmes liés à la nutrition qui restent à régler ainsi que sur les nouveaux défis et les nouvelles occasions d'améliorer la nutrition amenés par les changements de l'économie mondiale et des systèmes alimentaires et par les progrès de la science et de la technologie ; et identifiera les options politiques susceptibles de servir à améliorer la nutrition.

La CIN2 s'appuiera sur les processus et les initiatives politiques actuels dans le monde pour contribuer au développement de la stratégie des Nations Unies pour la période après 2015, y compris l'identification des domaines prioritaires, les objectifs de développement en matière de nutrition ainsi que les politiques nécessaires à les mettre en place, les mesurer et en rendre compte.

Pour plus d'informations, consulter

<http://www.fao.org/food/nutritional-policies-strategies/icn2/en/>



Mohamed Osman Adam, Somalie, 2013

Personnel de l'école distribuant de la nourriture aux élèves après les classes



WaterAid/ Ernest Handiamalala

Collecte d'eau du point d'eau nouvellement construit



Victor HKI, Tanzanie/ Sengerema, 2012

Participants à un événement communautaire préparant des amarantes pour le festin



Emergency Nutrition Network (ENN)

32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK

Tel: +44 (0)1 865 324996 Email: office@enonline.net

N° d'enregistrement (org. de bienfaisance) : 1115156

N° d'enregistrement (société) : 4889844

Pour recevoir Nutrition Exchange, allez sur :
www.enonline.net