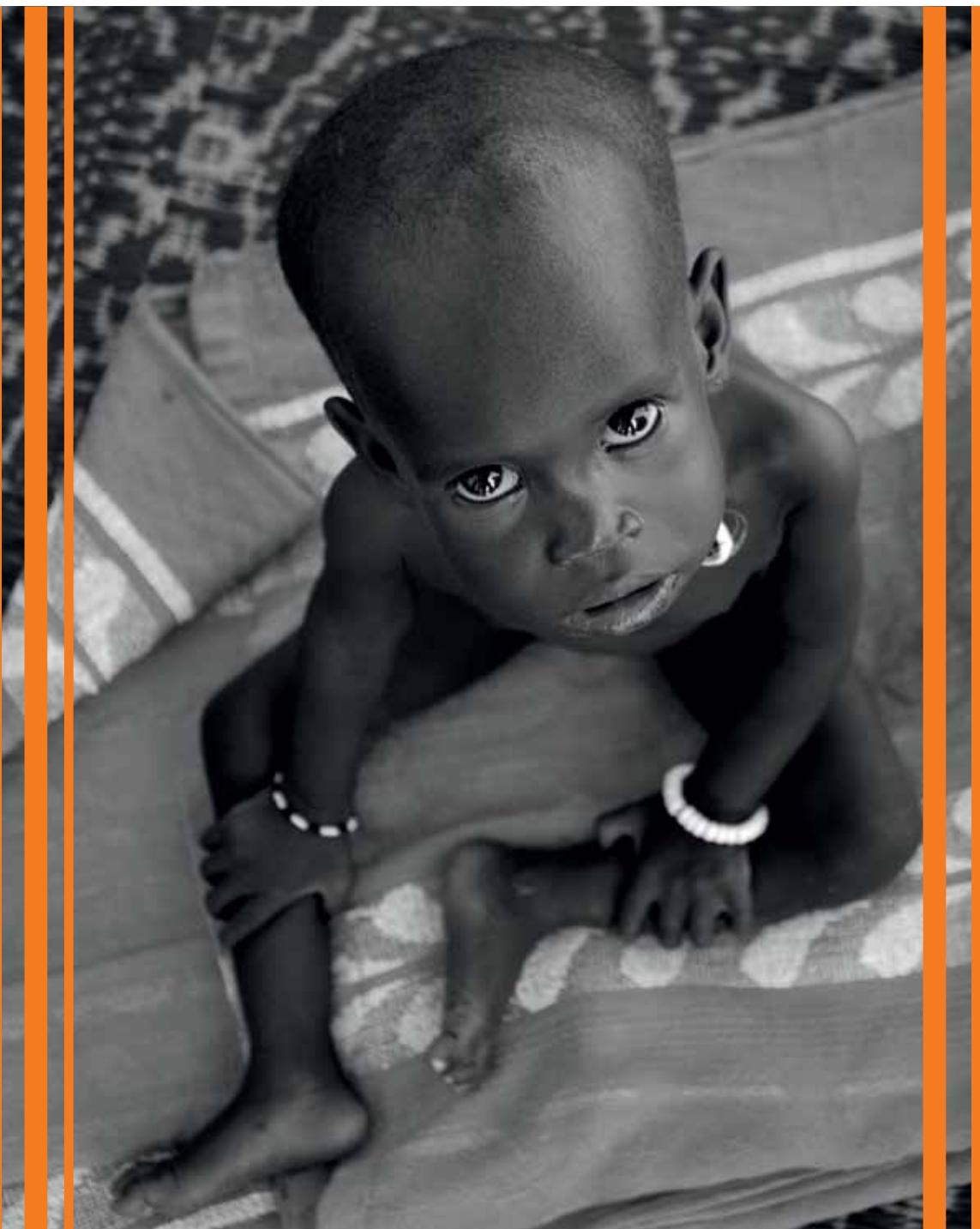


L'AIDE À LA NUTRITION

Les financements permettant de renforcer la lutte contre la malnutrition peuvent-ils être évalués avec précision ?



L'AIDE À LA NUTRITION

Les financements permettant de renforcer la lutte
contre la malnutrition peuvent-ils être évalués avec précision ?

DROITS DE REPRODUCTION

© La reproduction du contenu de cet ouvrage n'est autorisée que si la source en est citée ou mentionnée. Née d'une urgence, celle des réfugiés afghans au Pakistan qui, en 1979, fuyaient les combats, Action contre la Faim (ACF) a été fondée dans le but d'éradiquer la faim de manière globale, durable et efficace dans le monde. Sa mission consiste à sauver des vies par la prévention, la détection et le traitement de la malnutrition. En intégrant ses programmes avec les systèmes régionaux et nationaux, Action contre la Faim s'assure que les interventions à court terme deviennent des solutions à long terme.

Une publication d'Action contre la Faim - ACF International

AUTEUR PRINCIPAL : Sandra Mutuma

s.mutuma@actionagainsthunger.org.uk

CO-AUTEURS : Elodie Fremont, Adebukola Adebayo

RELECTURE ET RÉDACTION : Hugh Lort-Phillips

PHOTO DE COUVERTURE: ACF - Tine Frank

MISE EN PAGE : Amanda Grapes

TRADUCTION : Mathilde Vu, Edouard Marchal, Aurélie Palancher, Judith Sarano, Valérie Lucas, Sandra Métayer, Christina Lionnet. Avec le soutien gracieux de Traducteurs sans Frontières.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier tous ceux qui ont donné de leur temps pour que cet ouvrage puisse être publié, en particulier:

Serge Breysse, Amador Gomez, Elena Gonzalez, Jean-Michel Grand, Samuel Hauenstein Swan, Philip James, Mariana Merelo-Lobo, Elise Rodriguez, Yara Sfeir, Marie-Sophie Whitney (du réseau ACF International), Rocio Hiraldo, Antony Penney (contributeurs externes) et Ricardo Almon (du Family Medicine Research Centre School of Health and Medical Sciences, Örebro).

Nous remercions également, pour leur aide et conseils :

Elise Rodriguez (ACF France), Stephen Spratt and Lawrence Haddad (IDS).

TABLE DES MATIÈRES

Glossaire, liste des tableaux et graphiques	4	3.7	Estimation de l'aide à la nutrition en 2009 incluant ECHO, la France et la BMGF	33
RÉSUMÉ	7	4.	DISCUSSION	35
1. INTRODUCTION	11	4.1	Les limites du suivi de l'aide à la nutrition dans la base de données du SNPC	36
1.1 Quelle est l'étendue du problème ?	12	4.1.1	Des lacunes dans le reporting des bailleurs	36
1.2 Quels progrès ont été réalisés pour enrayer le problème de la sous-nutrition ?	13	4.1.2	Manque de pertinence de certaines interventions classées sous le code-objet 'nutrition de base'	36
1.3 Que faudra-t-il pour éradiquer la sous-nutrition ?	13	4.1.3	Les activités d'aide en nutrition sont reportées dans divers codes-objet	37
1.4 Tendances des financements dans la nutrition	15	4.2	Les financements en nutrition sont-ils suffisants pour répondre aux besoins estimés ?	37
1.5 L'efficacité de l'aide	16	4.3	Comment les financements sont-ils répartis entre les interventions directes et indirectes en nutrition ?	39
2. MÉTHODOLOGIE	19	4.4	Comment les fonds sont-ils répartis entre les différentes interventions directes en nutrition ?	39
2.1 Champ d'investigation de l'étude	20	4.4.1	Augmentation de l'apport en vitamines et minéraux	39
2.1.1 Identification des interventions en nutrition	20	4.4.2	Aliments thérapeutiques pour les enfants malnutris	39
2.1.2 Processus de sélection des bailleurs	21	4.4.3	Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles	40
2.1.3 Autres aspects étudiés du financement de la nutrition	22	4.4.4	Financement des programmes nutritionnels complets	40
2.2 Limites de l'étude	22	4.5	Prise en charge et prévention de la malnutrition de manière transversale	40
2.2.1 Les limites de la base de données du SNPC de l'OCDE	22	4.6	Les interventions en nutrition sont-elles accessibles à ceux qui en ont le plus besoin ?	41
2.2.2 Limites rencontrées dans la collecte de données et le suivi des bailleurs	23	4.7	Qui sont les bailleurs les plus importants en nutrition ?	42
3. RÉSULTATS	25	5.	CONCLUSION ET TRAVAUX À VENIR	43
3.0 Résumé des principaux résultats	26	5.1	Conclusion	44
3.1 Comment le financement en nutrition dans le cadre de l'Aide publique au développement (APD) est-il reporté dans la base de données du SNPC ?	27	5.2	Travaux à venir	45
3.2 Quelles sont les tendances des bailleurs de l'APD en nutrition pour la période de 2005 à 2009 ?	28	6.	BIBLIOGRAPHIE	46
3.2.1 Comment l'investissement est-il réparti entre les diverses interventions directes en nutrition ?	29	7.	ANNEXES	47
3.3 Secteurs de réalisation des interventions en nutrition	30			
3.4 Qui sont les bailleurs « champions » de la nutrition ?	30			
3.5 L'APD va-t-elle aux régions qui en ont le plus besoin ?	30			
3.6 La redevabilité	32			



GLOSSAIRE

ACF	Action contre la Faim
ACDI	Agence Canadienne de Développement International
AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AFD	Agence Française de Développement
APD	Aide Publique au Développement
BMGF	Fondation Bill and Melinda Gates
CAD	Comité d'Aide au Développement
DFID	Département Britannique pour le Développement International
ECHO	Office Humanitaire de la Communauté Européenne
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FED	Fonds Européen de Développement
FEWSNET	Famine Early Warning Systems Network : Système d'alerte contre la famine
FTS	Système de Marquage Financier (Financial Tracking System)
GAFSP	Programme mondial de sécurité alimentaire et agricole
IDA	Association Internationale de Développement
IDS	Institute of Development Studies
IEC	Information Education Communication
UE	Union Européenne
MAEE	Ministère des Affaires Étrangères et Européennes
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PCMA	Prise en Charge à base communautaire de la Malnutrition Aiguë
REACH	Efforts renforcés contre la faim et la sous-nutrition du jeune enfant (Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition)

RNB	Revenu National Brut
SNPC	Système de Notification des Pays Créditeurs
SWAPs	Approches sectorielles
SUN	Scaling Up Nutrition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1 : Le poids des maladies et de la mortalité liées à la sous-nutrition	12
TABLEAU 2.1.1 : Mots clés utilisés par type d'activité	20
TABLEAU 3.5 : Classement des pays destinataires de l'APD	31
TABLEAU 4.2 : Estimation de l'APD pour la nutrition, rapportée par les différents chercheurs.	38

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1.2 : Malnutrition infantile en Afrique Sub-Saharienne et Asie du Sud et Centrale	13
GRAPHIQUE 1.4 : Tendances des engagements en nutrition de base et autres secteurs dans le cadre de l'APD	15
GRAPHIQUE 3.1 : Reporting par les bailleurs des interventions en nutrition par codes-objet spécifiques du SNPC de 2005 à 2009	27
GRAPHIQUE 3.2 : APD destinée aux interventions directes et indirectes en nutrition de 2005 à 2009	29
GRAPHIQUE 3.2.1 : Partage de l'APD selon les différentes catégories des interventions en nutritions directes	29
GRAPHIQUE 3.3A : Secteurs dans lesquels sont mises en œuvre les interventions directes en nutrition	30
GRAPHIQUE 3.3B : Secteurs dans lesquels sont mises en œuvre les interventions indirectes en nutrition	30
GRAPHIQUE 3.5 : Répartition de l'APD entre les régions les plus affectées par la sous-nutrition	31
GRAPHIQUE 3.6A : Différence entre les engagements et les déboursements sur la période étudiée	32
GRAPHIQUE 3.6B : Différence entre les engagements et les déboursements en fonction des bailleurs étudiés	33
GRAPHIQUE 3.7 : Estimation de l'APD pour les interventions en nutrition pour chaque bailleur en 2009	34



RÉSUMÉ

Cette étude a pour objectif d'évaluer le montant des financements dédiés à la lutte contre la malnutrition de 2005 à 2009. L'étude analyse la quantité mais aussi la transparence, la qualité et l'efficacité des financements en nutrition.

La source principale de notre étude est la base de données du Système de Notification des Pays Créditeurs (SNPC) de l'OCDE. Les États membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) assurent un reporting de leurs activités au SNPC chaque année. Toutefois, il n'a pas été possible d'analyser les financements des 24 États membres du CAD. Certains bailleurs de fonds-clés n'ont pas pu être inclus dans l'analyse en raison d'un manque de données dû notamment à de mauvaises pratiques de reporting. Au total, dix bailleurs ont été analysés à partir de la base de données du SNPC. Ce sont : le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, les États-Unis, l'Espagne, la Suède, la Norvège, l'Union Européenne, l'IDA et l'UNICEF.

La base de données du SNPC regroupe les informations sur l'aide au développement en utilisant un système de classification des projets par secteur, chaque secteur étant découpé en un certain nombre de « codes-objet ». Il existe un code-objet ‘Nutrition de base’, mais il ne regroupe pas l'intégralité des projets liés à la nutrition. Nous avons ainsi étudié au total neuf codes-objet pour identifier, puis analyser, les interventions en nutrition. Nous nous sommes intéressés à la fois aux interventions directes en nutrition, c'est-à-dire celles qui s'attaquent aux facteurs immédiats de la sous-nutrition et qui sont identifiées dans les *Lancet Series* sur la sous-nutrition maternelle et infantile de 2008, et aux interventions indirectes en nutrition, c'est-à-dire celles qui s'attaquent aux facteurs sous-jacents de la sous-nutrition (comme la nourriture disponible, la qualité de l'eau, l'accès à l'eau et à l'assainissement).

Cette étude devait nous permettre de répondre aux questions suivantes : Comment l'investissement est-il reporté dans la base du SNPC ? La lisibilité de l'aide est-elle assurée ? Y a-t-il assez d'argent investi dans la lutte contre la malnutrition, en particulier dans les interventions directes ? Cet argent atteint-il ceux qui sont les plus affectés par la sous-nutrition ? Existe-t-il une corrélation entre les engagements formels de la communauté internationale en faveur de la nutrition et les financements alloués à la lutte contre ce fléau ?

Voici les principaux résultats de cette étude :

- Entre 2005 et 2009, le montant de l'aide à la nutrition s'élève à 438 millions de dollars US par an en moyenne. 73 millions en moyenne servent à financer des interventions directes en nutrition et 365 millions des interventions indirectes. L'aide à la nutrition représente 0,6% de l'APD totale.
- Alors que les besoins pour financer les interventions prioritaires en nutrition (c'est-à-dire directes) s'élèvent à 11,8 milliards de dollars US par an, l'aide pour les interventions directes en nutrition entre 2005 et 2009 est de 73 millions de dollars, ce qui ne couvre que 0,6% des besoins.
- Près de la moitié des fonds pour les interventions directes visent à réduire les déficiences en micronutriments. Les programmes intégrés comprenant la totalité des interventions en nutrition sont insuffisants (seulement 2% des financements).
- Les interventions directes en nutrition sont essentiellement menées dans le secteur de la santé (61%) ou en réponse à des crises humanitaires (33%).
- L'aide à la nutrition n'est pas toujours dirigée vers les pays où la sous-nutrition est la plus importante ni vers les populations les plus vulnérables.
- Les bailleurs ne respectent pas suffisamment leurs engagements de financement pour la nutrition. En moyenne, 11% des sommes promises entre 2005 et 2009 n'ont pas été versées.
- Beaucoup de projets reportés dans le code-objet ‘Nutrition de base’ du SNPC n'ont aucun lien avec la nutrition. Seuls 48% des fonds enregistrés dans ce code (soit 106 millions de dollars) concernaient réellement des interventions en nutrition.
- Les activités en nutrition, directes et indirectes, sont reportées dans une multitude de codes-objet du SNPC. Seuls 24% des projets liés à la nutrition sont reportés dans le code ‘Nutrition de base’. Les 76% restants sont répartis dans au moins huit codes-objet différents.
- Les lacunes dans le reporting de plusieurs bailleurs comme l'UE, la France, le PAM, la FAO, l'OMS et d'autres, limitent l'efficacité de la base SNPC comme source unique d'information pour le suivi des activités d'aide.

Nos résultats nous ont inspiré les recommandations suivantes :

1. Tous les bailleurs bilatéraux et les agences multilatérales ainsi que les bailleurs privés doivent respecter les principes de transparence de l'aide en améliorant leurs processus de reporting dans la base de données du SNPC. Cela implique des reportings plus précis et rapides de la part des bailleurs (aujourd'hui, la base de données est dépassée de presque deux ans). Cela assurera la redevabilité vis-à-vis des citoyens et électeurs qui financent le développement au travers de leurs impôts et donations privées.
2. Le Groupe de travail sur les statistiques du CAD (Comité d'aide au développement) doit modifier la liste des actions de nutrition comprises dans le code-objet 'Nutrition de base' du SNPC, afin que seules les activités vraiment liées à la nutrition soient incluses et que celles qui ne le sont pas soient ré-affectées à d'autres codes-objet dans la base de données. Cette réforme du code 'Nutrition de base' permettrait notamment d'améliorer considérablement la visibilité de l'aide à la nutrition.
3. Tous les bailleurs et gouvernements qui se sont engagés dans le cadre du mouvement SUN doivent augmenter fortement leurs financements dans des interventions directes ou spécifiquement axées sur la nutrition, afin d'atteindre les 11,8 milliards de dollars nécessaires par an.
4. Il est essentiel que les 13 interventions directes en nutrition qui ont été identifiées soient considérées comme un « paquet minimum d'activités en nutrition » par les bailleurs pour mettre sur pied une réponse solide au problème de la sous-nutrition. De ce fait, il est nécessaire pour tous les bailleurs d'améliorer la coordination de leurs financements de manière à ce que toutes les interventions directes en nutrition soient suffisamment financées.
5. Les liens entre la santé et la nutrition doivent être mieux compris et renforcés par les bailleurs, les gouvernements des pays destinataires de l'aide comme par les autres acteurs afin de faciliter et optimiser un travail intersectoriel. La contribution que peut apporter la nutrition au renforcement du secteur médical doit être mieux clarifiée par l'OMS et reconnue par les acteurs du mouvement SUN. De plus, les moyens dédiés au renforcement des systèmes de santé doivent prendre en compte les besoins liés à l'intégration des activités de nutrition.
6. Les bailleurs doivent augmenter et planifier leur aide au développement, et consacrer une part accrue pour le traitement et la prévention de la sous-nutrition, dans les situations d'urgence comme de non-urgence, notamment lors de crises alimentaires prolongées ou saisonnières, de manière à assurer un accès équitable et durable aux services en nutrition.
7. ACF demande un rapport annuel indépendant, exact et exhaustif mesurant l'APD en nutrition, de façon à placer le besoin de financements pour la nutrition au cœur des priorités politiques jusqu'à ce que la sous-nutrition dans les pays les plus affectés soit réduite de manière significative ou éliminée.



INTRODUCTION



ACF, contribution de Tine Frank

1. INTRODUCTION

1.1 QUELLE EST L'ÉTENDUE DU PROBLÈME ?

La malnutrition est la conséquence d'un déséquilibre entre les nutriments dont le corps humain a besoin et ceux qu'il reçoit ou utilise. Le terme inclut la sous-nutrition (consommation insuffisante de calories et/ou de nutriments) et la surnutrition (ingestion excessive de calories et/ou de nutriments). La sous-nutrition revêt différentes formes : retards de croissance, émaciation, carences en vitamines et minéraux essentiels (souvent appelés "micronutriments"). Elle est la cause sous-jacente de 43,53% des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde (comme indiqué dans le tableau 1.1). Elle contribue aussi aux maladies chroniques, aux troubles de l'apprentissage et à des retards dans l'éducation et le développement.

Il y a consensus croissant sur le fait que la sous-nutrition est un défi de santé publique majeur, en particulier dans les pays en voie de développement (Caulfield *et al.*, 2004). Ces pays peuvent perdre jusqu'à 3% de leurs Produit intérieur brut (PIB) en raison d'une productivité amoindrie (Horton

et al., 2010). Plus de 3,5 millions de femmes et enfants meurent chaque année de causes liées à la sous-nutrition, essentiellement recensés dans 36 pays en voie de développement (listés en Annexe 1). Les femmes affectées par la sous-nutrition courent un plus grand risque de donner naissance à des enfants en sous-poids, eux-mêmes plus susceptibles de contracter des maladies ou de mourir prématurément. Ceux qui survivent risquent de souffrir d'un développement physique et cognitif limité, et d'être plus exposés aux maladies et à la mort que les enfants bien nourris (UNICEF, 2009).

La sous-nutrition est une intolérable violation du droit de l'enfant à des conditions de vie lui permettant de se développer pleinement physiquement et mentalement. Ce droit est reconnu dans l'article 6, paragraphe 2 et l'article 24, paragraphe 2c de la Convention des Droits de l'Enfant.

Les différences de développement entre les enfants s'expliquent non pas par la génétique, mais par l'environnement dans lequel ils naissent

TABLEAU 1.1. LE POIDS DES MALADIES ET DE LA MORTALITÉ LIÉS À LA SOUS-NUTRITION

	Décès	Pourcentage des décès chez les enfants de moins de 5 ans	Poids de la maladie (1 000 AVCI)	Pourcentage des AVCI chez les enfants de moins de 5 ans
Émaciation	1 509 236	14,6%	64 566	14,2%
Retard de croissance	1 491 188	14,5%	54 912	12,6%
Poids faible à la naissance	337 047	3,3%	15 536	3,1%
Déficience en vitamine A	667 771	6,5%	22 668	5,3%
Déficience en zinc	453 207	4,4%	16 342	3,8%
Déficience en fer	20 854	0,2%	2 256	0,5%
Déficience en iodé	3 619	0,03%	2 614	0,6%
TOTAL	4 482 922	43,53%	178 894	40,7%

AVCI = Année de Vie Corrigée de l'Incapacité

Source : European Communities 2011, Addressing Undernutrition in external assistance, reference document number 13



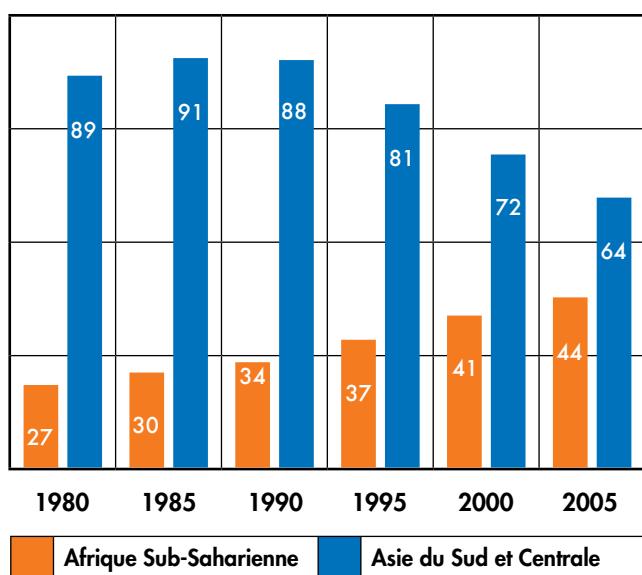


et grandissent. Les normes OMS de croissance de l'enfant démontrent que les enfants de diverses régions du monde ont des modèles de croissance et des potentiels de développement très similaires quand leurs besoins en santé et en nutrition sont respectés. Les États ont donc le devoir de mettre en place des systèmes sociaux garantissant un accès à la nourriture et la santé, permettant à chaque individu de recevoir les calories essentielles et la diversité alimentaire qui lui apporteront tous les micronutriments dont il a besoin (De Schutter, 2011).

1.2 QUELS PROGRÈS ONT ÉTÉ RÉALISÉS POUR ENRAYER LE PROBLÈME DE LA SOUS-NUTRITION ?

L'évolution de la sous-nutrition a été différente selon les régions du monde. Les taux de sous-nutrition ont baissé en Amérique latine mais le problème n'a pas disparu. Quant à la situation en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, elle n'a cessé de se dégrader. Aujourd'hui, l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne sont les régions qui ont les plus hauts taux de sous-nutrition (Banque Mondiale, 2006).

**GRAPHIQUE 1.2 : MALNUTRITION INFANTILE (EN MILLIONS)
EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE ET ASIE DU SUD ET CENTRALE
(SUMNER *et al.*, 2007)**



Le renforcement des interventions en nutrition dans les pays les plus affectés de ces régions pourrait mener à la réalisation du 1^{er} Objectif du Millénaire pour le Développement (réduire la faim de moitié d'ici 2015). Elle pourrait aussi augmenter les chances d'atteindre les OMD 4, 5 et 6 (réduire la mortalité infantile ; améliorer la santé maternelle ; combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies). Pour atteindre les OMD, le défi consiste à trouver et mettre en œuvre des solutions intersectorielles et durables pour éradiquer les causes de la sous-nutrition - notamment la pauvreté, le manque d'éducation, les inégalités sociales et de genre. La nutrition mérite donc d'être une priorité des stratégies de développement.

Jusqu'à présent, les efforts mondiaux pour renforcer la nutrition ont été trop lents et inégaux. Sans d'importants financements pour la nutrition, les taux de sous-nutrition continueront à augmenter en Afrique sub-saharienne et resteront élevés en Asie comme nous le montre le graphique 1.2.

1.3 QUE FAUDRA-T-IL POUR ÉRADICER LA SOUS-NUTRITION ?

Pendant presque quarante ans, les efforts pour éradiquer la sous-nutrition se sont essentiellement concentrés sur l'augmentation de l'apport global en calories par la hausse de la production de denrées de base. Mais les liens entre la nutrition et l'agriculture ainsi que l'importance d'un régime varié pouvant fournir tous les micronutriments essentiels ont souvent été négligés. De plus, les autres fonctions de l'agriculture (l'assurance de revenus pour les cultivateurs ou le maintien des écosystèmes) ont été négligés (De Shutter *et al.*, 2011). Cependant, des changements encourageants tendent à prendre en compte ces facteurs.



Des initiatives et des politiques ciblées sur la nutrition ont été élaborées, et vont au-delà de l'importance accordée traditionnellement à l'apport insuffisant en calories :

- En 2008, la FAO, l'OMS et l'UNICEF se sont engagés dans le cadre de l'initiative REACH (Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition/“Efforts renouvelés contre la faim et la sous-nutrition chez les enfants”). Son objectif est de renforcer la capacité des États à accroître l'efficacité des interventions en nutrition, par l'action coordonnée des agences des Nations-Unies, de la société civile, des bailleurs de fonds et du secteur privé, dans le cadre de plans menés par les pays.
- La même année, le Consensus de Copenhague (Martoell *et al.*, 2008) publiait un rapport intitulé “Malnutrition and Hunger Challenge Paper”. Ce document démontrait que les progrès dans le domaine de l'enseignement primaire, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et le combat contre le SIDA, la malaria et d'autres maladies dépendaient fondamentalement de la nutrition (Annexe 2).
- On sait aussi que l'amélioration de l'éducation des femmes joue un rôle tout aussi important dans la réduction de la sous-nutrition de l'enfant que l'accroissement des revenus du pays ou encore l'amélioration de l'environnement sanitaire (Smith et Haddad, 2000).
- L'équipe spéciale de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur la sécurité alimentaire a mis à jour le Cadre d'Action Global afin qu'il aborde ensemble la sécurité alimentaire et la nutrition, en se focalisant sur les liens entre l'agriculture, les systèmes alimentaires et les apports nutritionnels.
- L'Initiative de Muskoka a été adoptée en 2010 par les pays du G8. Elle avait pour objectif d'améliorer de manière significative les systèmes de santé des pays en développement où la mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5

ans est particulièrement importante. Cela couvre différents domaines comme la nutrition de base, l'accès à l'assainissement, à une eau saine et à l'hygiène.

- La publication *The Lancet Maternal and Child Undernutrition series* (Black *et al.*, 2008) a identifié les interventions pouvant potentiellement améliorer la nutrition et la santé à condition qu'elles soient mises en œuvre à l'échelle des pays ayant les taux les plus élevés de sous-nutrition. Le Lancet a étudié plus de 45 interventions pour identifier les 13 interventions en nutrition directes (Annexe 3) ayant le plus d'impact sur la réduction de la mortalité infantile et des maladies associées à la sous-nutrition (Bhutta *et al.*, 2008). La couverture universelle de l'ensemble de ces interventions pourrait faire chuter d'un quart la mortalité infantile, réduire d'un tiers le retard de croissance et faire reculer de manière générale les maladies. Cependant, ces interventions préviennent plus efficacement les séquelles irréversibles quand elles sont administrées dans les 1000 premiers jours (ou 2 ans) de la vie d'un enfant.
- Le mouvement multi-acteurs du SUN (Scaling Up Nutrition) a été lancé en 2009 et a proposé, un an après, un cadre d'action global (*SUN Framework for Action.*) Ce cadre préconise des actions et des financements ciblés sur l'amélioration de la nutrition materno-infantile pendant la période critique des 1000 premiers jours. Il propose une double approche : promouvoir les 13 interventions directes et encourager les États à adopter des plans nationaux pour renforcer le volet nutritionnel de diverses politiques sectorielles liées à la sous-nutrition (santé, éducation, agriculture...). Le mouvement SUN mise également sur le développement de partenariats entre les bailleurs de fonds, les entreprises, les organisations de la société civile et les gouvernements pour mettre en œuvre ces interventions.





1.4 TENDANCES DES FINANCEMENTS DANS LA NUTRITION

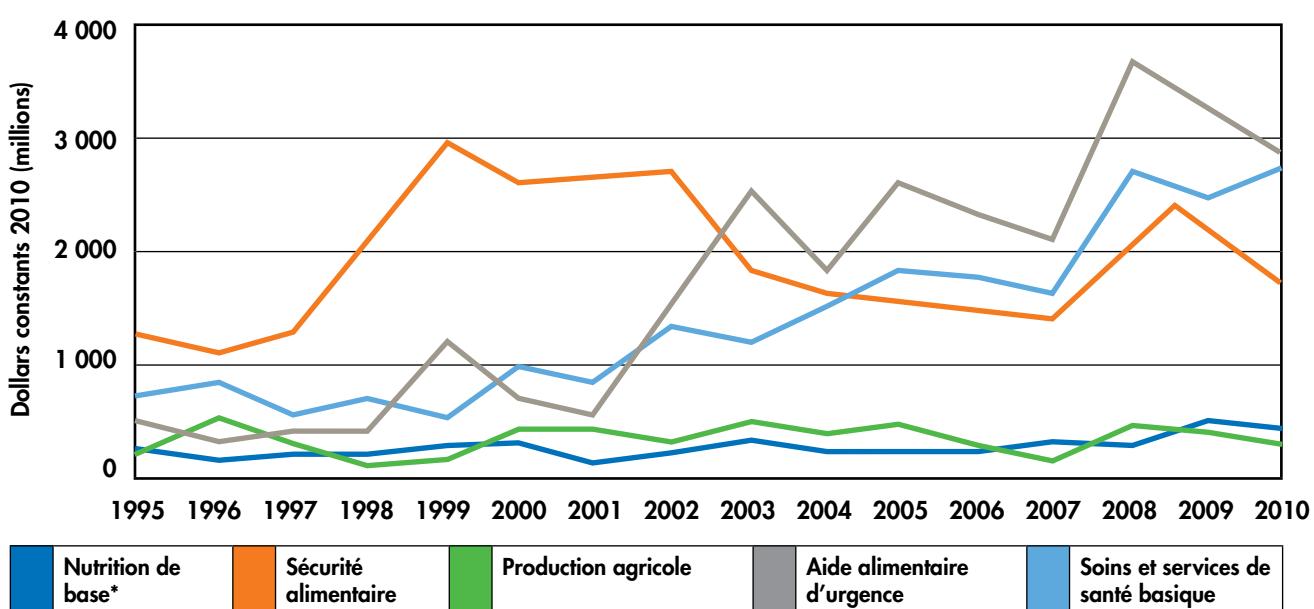
Des ressources financières sont engagées tous les ans pour la lutte contre la sous-nutrition. Cependant, malgré la gravité des conséquences à court et à long terme, les sommes destinées à la nutrition dans les pays les plus touchés ne représentent qu'une toute petite part de l'aide au développement qu'ils reçoivent. Le graphique 1.4 illustre cette tendance globale de l'Aide publique au développement (APD) entre 1995 et 2010. En comparaison avec les autres secteurs, l'APD pour la nutrition de base a été relativement faible durant les 15 dernières années et ceci en raison du peu d'importance accordé à la nutrition dans les politiques en matière de santé et de développement.

En 2002, le Consensus de Monterrey issu de la Conférence internationale sur le financement du développement, visait à redonner toute sa place à

l'aide au développement en encourageant les États membres de l'OCDE à augmenter leurs contributions à hauteur de 0,7% de leur RNB avant 2015. Des pays comme la Suède, le Luxembourg ou le Royaume-Uni sont en passe d'atteindre ces 0,7%. À l'inverse, la France, l'Allemagne et l'Italie sont peu susceptibles de l'atteindre avant 2015. Les crises pétrolière, financière et alimentaire récentes, ont mené certains bailleurs de fonds majeurs à réduire ou à ajourner leurs promesses.

Avant ces crises, certaines régions progressaient vers la réduction par deux de la proportion de leur population touchée par la sous-nutrition. L'Asie du Sud-Est avait fait des progrès significatifs, tout comme l'Amérique Latine, les Caraïbes et le Moyen-Orient. Cependant, en raison de l'érosion des revenus liée à la décroissance et l'inflation, l'accès des populations vulnérables à une nourriture saine et suffisante a été fortement réduit (Hossain *et al.*, 2010).

GRAPHIQUE 1.4 : TENDANCES DES ENGAGEMENTS EN NUTRITION DE BASE ET AUTRES SECTEURS DANS LE CADRE DE L'APD
(SOURCE : BASE DE DONNÉES OCDE 2012)



* La nutrition de base fait partie du secteur de la santé

Néanmoins, une tendance encourageante est en train d'apparaître, avec des financements en nutrition qui commencent à croître dans le cadre de l'aide au développement. Les leaders mondiaux commencent à reconnaître que le fait de consacrer des fonds à la nutrition fait partie des investissements les plus rentables pour améliorer la santé maternelle et infantile, mais aussi stimuler le développement dans les pays pauvres (Lie, 2011). Plusieurs initiatives visant à évaluer l'aide au développement dédiée à l'amélioration de la nutrition ont déjà vu le jour.

- Une évaluation des dépenses en nutrition et du budget général de l'aide entre 1995 et 2004 du Département pour le Développement International du Royaume-Uni (DFID) et de la Commission Européenne (CE), deux des plus grandes agences humanitaires, a été réalisée en 2007 (Summer *et al.*, 2007). Les conclusions démontrent que leurs financements consacrés aux interventions directes en nutrition étaient relativement faibles comparé aux interventions indirectes.
- Morris *et al.* (2008) ont fait l'analyse agrégée des montants des aides bilatérales et multilatérales dans le code 'Nutrition de base' du SNPC entre 2000 et 2004. L'estimation finale indiquait que 250 à 300 millions de dollars US par an étaient alloués à la nutrition.
- En 2008, Médecins Sans Frontières (MSF) a conduit une analyse minutieuse, projet par projet pour évaluer le financement de la nutrition. Leurs estimations variaient entre 185 et 511 millions de dollars US entre 2004 et 2007. Il en a été conclu que le montant de 350 millions de dollars US par an pour la nutrition était le plus réaliste pour cette période (MSF, 2009).
- Un rapport récent a proposé une analyse quantitative de l'aide à la nutrition, incorporant

le code-objet 'Nutrition de base', en plus des codes-objet 'Aide alimentaire d'urgence' et 'Aide alimentaire à des fins de développement' du SNPC (Coppard & Zubairi, 2011). L'analyse portait sur les financements engagés par les bailleurs européens entre 2000 et 2009, avec un focus particulier sur la période allant de 2005 à 2008. L'aide officielle pour la nutrition était estimée à environ 2 milliards de dollars US en 2009.

1.5 L'EFFICACITÉ DE L'AIDE

L'aide est considérée comme efficace lorsque la manière dont elle est apportée maximise son impact sur le développement. Les progrès en matière d'efficacité nécessitent que les bailleurs, comme les récipiendaires, soient plus redevables entre eux, et envers leurs contribuables sur les engagements qu'ils ont pris pour le développement.

La déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (OCDE, 2005) est basée sur 5 principes :

- Les destinataires de l'aide dans les pays en développement doivent maintenant élaborer leurs propres stratégies nationales de développement avec leurs parlements et leurs élus (*appropriation*)
- Les bailleurs de fonds doivent soutenir ces stratégies (*alignement*)
- Les bailleurs de fonds doivent rationaliser leurs efforts dans les pays destinataires (*harmonisation*)
- Les politiques de développement doivent avoir des buts clairs et les progrès vers ces objectifs doivent être mesurés (*résultats*)
- Les bailleurs et les destinataires doivent être tous deux responsables de la réalisation de ces objectifs (*responsabilité mutuelle*)

La Déclaration de Paris a aussi élaboré une feuille de route pratique, orientée vers l'action, visant à améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement (OCDE, 2005). Cependant, l'aide internationale à la nutrition est très fragmentée et les activités en nutrition directes sont insuffisamment priorisées (Morris *et al.*, 2008).

Les *Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition* (Morris *et al.*, 2008) ont fourni la liste définitive des interventions directes en nutrition, à partir de laquelle la traçabilité des financements pourrait se faire.

En théorie, cette liste faciliterait le suivi et l'évaluation des fonds destinés à la lutte contre la malnutrition. De plus, la Banque Mondiale a évalué à 11,8 milliards de dollars US la somme nécessaire annuellement pour mettre à l'échelle ces interventions, afin qu'elles soient accessibles à 100% des populations cibles dans les 36 pays qui, collectivement, portent 90% du fardeau de la sous-nutrition. (Horton *et al.*, 2010).

Alors que le mouvement SUN ne se concentre plus seulement sur l'élaboration de politiques mais aussi sur leur mise en œuvre, il est important - afin de soutenir les politiques et la prise de décisions - de mieux suivre et évaluer le financement destiné au renforcement des interventions réelles en nutrition, et de le mettre en perspective par rapport aux besoins.

Dans un contexte où les initiatives et les engagements politiques en faveur de la nutrition se sont multipliés, le principal objectif de ce rapport est d'évaluer le niveau de l'aide actuelle au développement destinée aux interventions en nutrition, et notamment d'évaluer le financement des interventions directes ayant prouvé leur efficacité.



MÉTHODOLOGIE



ACF, contribution de Tine Frank

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 CHAMP D'INVESTIGATION

Cette étude a pour objectif d'évaluer le montant des financements dédiés à la lutte contre la malnutrition de 2005 à 2009. La base de données en ligne du SNPC établie par l'OCDE a été utilisée comme source principale. L'analyse porte précisément sur les dépenses des bailleurs et non sur leurs engagements. La base de données regroupe les informations sur l'aide en utilisant un système de classification par secteur qui permet de mesurer la part de chaque secteur ou catégorie par rapport à l'aide totale. Il existe 26 secteurs, chacun d'eux étant découpé en un certain nombre de « codes-objet ». Chaque activité ne peut être assignée qu'à un code-objet pour éviter les doublons. Pour les activités s'étendant sur plusieurs secteurs, il sera utilisé soit un code multi-secteur, soit le code correspondant aux caractéristiques prépondérantes de l'activité.

2.1.1 IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS EN NUTRITION

Le financement de la nutrition peut être affecté à plusieurs types de programmes : Santé, Eau et Assainissement, Sécurité Alimentaire et Aide Humanitaire. Il y a trois raisons à ce découpage :

- La diversité des interventions en nutrition (directes/indirectes et différents secteurs concernés)
- La mise en œuvre transversale de certaines interventions de nutrition
- L'affectation variable des interventions à différents codes-objet par les bailleurs de fonds.

L'analyse de la base SNPC a donc d'abord consisté en un travail de repérage des projets ayant pour objet la lutte contre la malnutrition.

Une recherche par mot clef a été utilisée pour nous permettre de faire un état des lieux des activités directes de nutrition affectées à plusieurs codes-objet (voir Tableau 2.1.1). Nous avons suivi le financement de projets en nutrition de 9 codes-objet, les plus

susceptibles de contenir des interventions directes en nutrition et précisément celles identifiées par le *Lancet* (Annexe 4).

D'autres mots clefs ont été ajoutés, comme "nutrition", "faim", "alimentation" pour s'assurer que toutes les interventions reliées à la nutrition soient sélectionnées. Cela s'est avéré particulièrement utile pour les catégories liées à la nutrition comme « Soins de santé élémentaires » et « Approvisionnement en eau potable et assainissement - dispositifs de base ». La recherche par mot clef a été appliquée aux titres ainsi qu'aux courtes et longues descriptions de la base

TABLEAU 2.1.1 MOTS CLEFS UTILISÉS PAR TYPE D'ACTIVITÉ

INTERVENTIONS DIRECTES EN NUTRITION	I. PROMOTION DES BONNES PRATIQUES DE NUTRITION ET D'HYGIÈNE
	<ul style="list-style-type: none">• Lavage des mains• Sensibilisation à l'hygiène• Allaitement
	II. AUGMENTATION DES RATIONS DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX
	<ul style="list-style-type: none">• Micronutriments• Suppléments• Déparasitages• Vitamines
	III. ALIMENTATION THÉRAPEUTIQUE POUR ENFANTS MALNUTRIS AVEC NOURRITURE SPÉCIFIQUE
	<ul style="list-style-type: none">• Malnutrition aiguë• Aliments complémentaires• Alimentation thérapeutique
POPULATION CIBLÉE	<ul style="list-style-type: none">• Enfants de moins de 5 ans• Femmes enceintes ou allaitantes
AUTRES MOTS CLEFS	<ul style="list-style-type: none">• Faim• Nutrition• Nourrir

de données. Toutes les descriptions des interventions sélectionnées de façon automatique ont d'autre part été lues individuellement.

Nos travaux nous ont conduit à la classification suivante :

- Interventions directes en nutrition
- Interventions indirectes en nutrition
- Projets rejetés car non liés à la nutrition
- Projets rejetés car l'information est insuffisante pour statuer sur le caractère nutritionnel

Les interventions directes en nutrition s'attaquent aux facteurs immédiats de la sous-nutrition (comme la qualité des rations alimentaires individuelles et celles des services de santé pour les personnes). Pour cette étude, nous avons défini les interventions directes comme celles citées dans la liste des 13 interventions du *Lancet*. Nous avons ensuite réparti les interventions directes en nutrition en trois grands ensembles : « promotion des bonnes pratiques de nutrition et d'hygiène », « augmentation des rations de vitamines et de minéraux » et enfin « alimentation thérapeutique pour enfants malnutris avec nourriture spécifique ». Cela a facilité l'identification des financements des bailleurs de fonds dans différentes catégories d'interventions directes en nutrition.

Les interventions indirectes en nutrition s'attaquent aux facteurs sous-jacents de la sous-nutrition (comme la nourriture disponible, la qualité de l'eau, l'accès à l'eau et l'assainissement). Pour cette étude, nous nous sommes donc intéressés aux approches multi-secteurs, puisque dans certains cas, les activités nutritionnelles étaient intégrées à d'autres secteurs comme la santé, l'éducation et la sécurité alimentaire. Pour s'assurer que ces interventions ciblaient indirectement la sous-nutrition, nous avons sélectionné des projets qui stipulaient clairement un objectif de nutrition dans leur description d'activité. Par exemple, la description d'une ligne de projet pour une aide alimentaire ou d'un programme alimentaire dans une école stipulant clairement que l'objectif est « de réduire la malnutrition chez les

populations destinataires » a été classée comme une intervention indirecte en nutrition. De même, les activités comme le plaidoyer pour la nutrition et les conférences ou réunions sur la nutrition ont été classées dans les interventions indirectes.

Dans certains cas, les projets mixaient interventions directes et indirectes en nutrition et il était impossible d'établir quelle proportion des fonds allait à chaque type d'activité. Ces lignes de projets ont été classées comme des interventions indirectes. Nous avons estimé qu'il était préférable de classer ces projets comme indirects plutôt que directs, suivant les indications du rapport Sumner *et al.* (2007). Nous présumons que la part des fonds dédiés à des interventions directes est très faible dans ces projets mixtes. Par ailleurs, les interventions en nutrition classées comme actions directes par d'autre rapports (Sumner *et al.*, 2007 et MSF, 2009) mais non-incluses dans la liste des 13 interventions directes identifiées par Morris *et al.* (2008) ont été également classées comme interventions indirectes (voir Annexe 5 pour plus d'information).

2.1.2 PROCESSUS DE SÉLECTION DES BAILLEURS DE FONDS

Nous avons inclus dans l'étude les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux qui avaient été précédemment identifiés comme des pourvoyeurs importants d'APD en nutrition (Sumner *et al.* 2007, MSF, 2009). Certains bailleurs ont été exclus de la liste finale en raison des lacunes dans leur reporting au SNPC. La liste finale des bailleurs considérés dans l'étude est donc :

- Bailleurs de fonds bilatéraux : Canada, Union Européenne, Irlande, Norvège, Espagne, Suède, Royaume-Uni et États-Unis.
- Agences multilatérales : UNICEF et IDA (Association Internationale du Développement de la Banque Mondiale)
- Bailleurs de fonds privés : Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF). Veuillez noter que les données n'étaient disponibles que pour

2009 et dans des codes-objet se rapportant principalement à la santé.

Pour la période 2005-2009, dix bailleurs ont été analysés à partir de la base de données SNPC. En parallèle, nous avons réalisé une estimation de l'aide à la nutrition pour l'année 2009 en incluant trois bailleurs supplémentaires : la France, ECHO et la BMGF.

2.1.3 AUTRES ASPECTS DU FINANCEMENT DE LA NUTRITION ÉTUDIÉS

- **Le ciblage des pays destinataires prioritaires :** notre étude consistait également à évaluer la pertinence du ciblage par les bailleurs des populations les plus affectées par la sous-nutrition. Une liste de 15 pays hautement prioritaires a été établie par ACF en sélectionnant les pays qui comportent le nombre de cas le plus élevé d'enfants souffrant d'un retard de croissance (issue de la liste des 36 pays les plus touchés identifiés dans la revue *The Lancet* (2008)), avec une prévalence importante ($\geq 10\%$) d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (source UNICEF). Ces pays ont ensuite été classés en fonction du nombre de cas d'enfants souffrant de retard de croissance. La méthodologie précise est disponible en Annexe 1.
- **Redevabilité :** le SNPC étant un outil statistique qui enregistre les engagements et les déboursements pour chaque projet, il nous a permis d'évaluer dans quelle mesure les engagements avaient été honorés.

2.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

Le Comité d'aide au développement est composé de 24 États-membres et il n'était pas possible d'analyser chacun d'eux dans le niveau de détails exigé pour l'étude. Comme évoqué dans la section 2.1.2, il était nécessaire de sélectionner les plus grands bailleurs de fonds pour la nutrition. Certains bailleurs de

fonds clés n'ont pas pu être inclus dans l'analyse en raison d'un faible reporting et donc d'un manque de données (Japon, France, PAM, FAO, OMS), rendant impossible une étude. Dans d'autres cas, certains bailleurs de fonds n'ont pas fourni au SNPC les données nécessaires sur la période étudiée. De plus, tous les bailleurs de fonds pour l'aide à la nutrition ne rendent pas de comptes au SNPC. Les pays n'appartenant pas au CAD n'ont pas l'obligation de rendre compte de leurs activités au SNPC, de même que les bailleurs de fonds privés. Cependant, depuis 2009, ces données sont disponibles pour un pays n'appartenant pas au CAD, les Emirats Arabes Unis et un bailleur privé, la BMGF. De même, les agences multilatérales ne rapportent au SNPC que sur une base volontaire et toutes ne sont pas encore engagées dans cette démarche. Pour ceux qui notifient leurs actions au SNPC, la disponibilité des données et la qualité des rapports restent insuffisantes.

Il y a un risque que l'aide publique du développement pour les interventions directes en nutrition ait été sous-estimée dans la mesure où toutes les interventions contenant des activités mixtes (directes et indirectes) ont été classées comme des interventions indirectes pour la nutrition. Comme expliqué plus tôt, cette décision résulte du fait que le partage des fonds entre les différentes activités au sein de projets mixtes n'était pas quantifiable.

Il se peut que les interventions indirectes en nutrition aient aussi été légèrement sous-estimées car notre recherche se base sur neuf codes-objet de la base de données du SNPC et il est possible que certaines interventions indirectes existent dans des codes-objet qui n'ont pas été analysés.

2.2.1 LIMITES DE LA BASE DE DONNÉES DE L'OCDE

Bien qu'il s'agisse incontestablement d'un outil essentiel pour identifier les flux officiels d'aide, le SNPC reste insuffisant sur certains points et n'est pas exhaustif.

D'une part, au début de l'année 2012, l'année la



plus récente qui était consultable dans la base de données était 2009. Ce délai dans le reporting demeure un frein à une analyse actualisée des enjeux de financements. La base de données a déjà presque deux ans de retard. Il existe des erreurs ou des difficultés de compréhension de la part des bailleurs pour reporter correctement les projets dans la base.

Deuxièmement, la définition et le contenu des codes-objet sont unanimement acceptés par tous les États-membres du CAD. Cependant, notre analyse a révélé que certains programmes n'avaient pas été bien classés. Ainsi, certains fonds qui avaient été affectés au code 'Nutrition de base' n'avaient en réalité que très peu de lien avec la nutrition. Cela pouvait être dû à une mauvaise compréhension des codes-objet par les bailleurs de fonds.

Troisièmement, les flux de financements pour certains programmes régionaux ont été enregistrés comme « bilatéraux non spécifiés » et il est difficile de calculer exactement le montant alloué spécifiquement aux différents pays. Nous avons en partie réglé le problème en supposant que les schémas de financement devaient être similaires dans les différents pays (voir Annexe 1 pour plus d'explication).

2.2.2 LIMITES DANS LA COLLECTE DES DONNÉES ET LE REPORTING DES BAILLEURS DE FONDS

Les bailleurs bilatéraux et multilatéraux sont censés rendre un décompte précis de leurs flux d'APD en concordance avec les directives du SNPC (OCDE, n.d.). Cependant, dans certains cas, les colonnes détaillant les programmes comportaient des descriptions insuffisantes. Ce manque de données dans le reporting a constitué un obstacle à notre recherche de deux façons :

Manque de description : une partie des informations comprises dans la base de données étudiée n'a pas pu être utilisée car il n'y avait pas de description

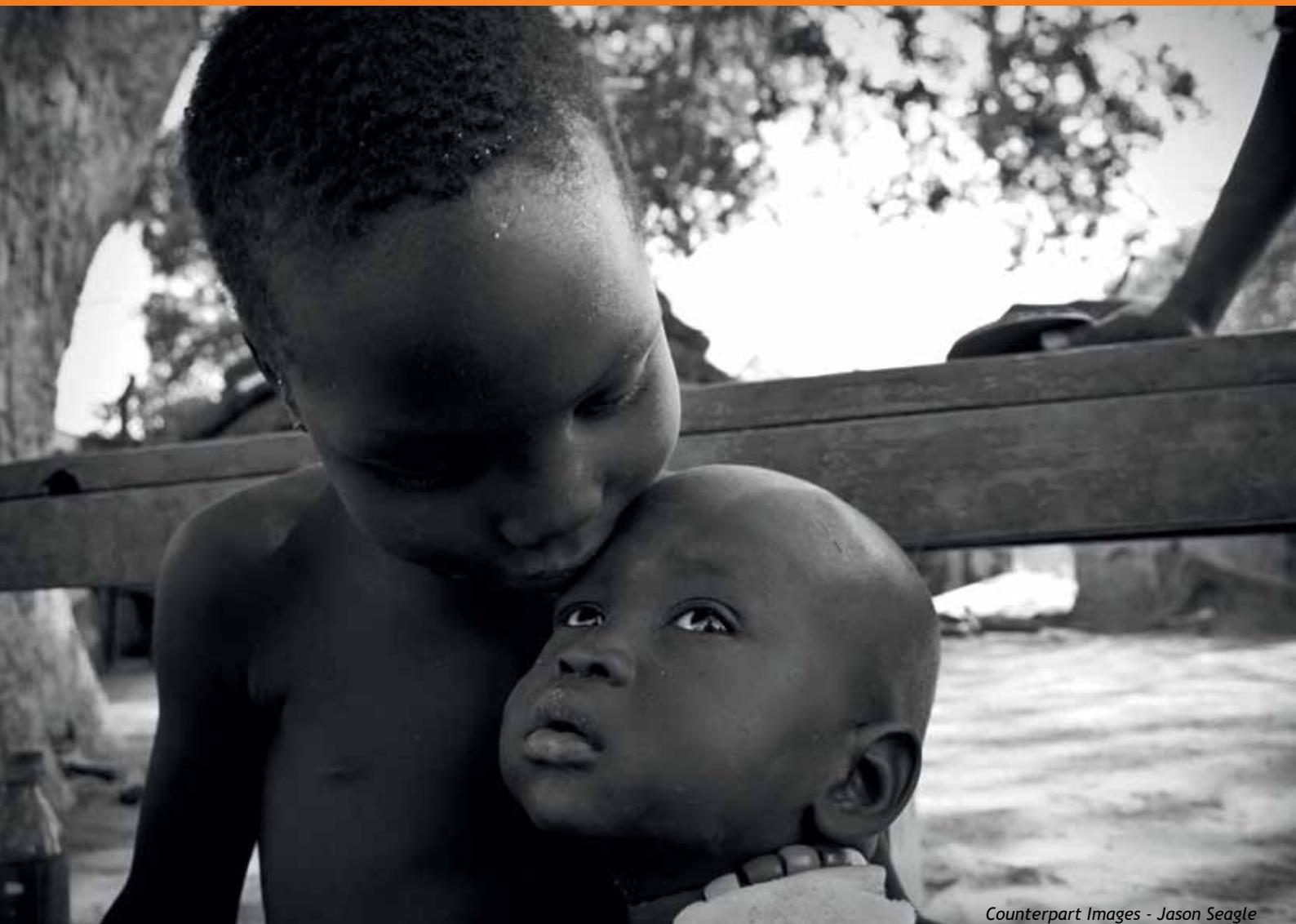
des programmes réalisés (les cellules destinées aux descriptions étaient vides ou ne spécifiaient pas quel type d'action était mis en place).

Qualité insuffisante des données : les descriptions des programmes pouvaient être trop courtes ou vagues, ce qui nous a empêché d'examiner leurs objectifs et activités réels. Pour certains programmes, les informations sur les pays destinataires étaient incomplètes.

Malgré les obstacles que nous avons rencontré, nos constats et conclusions permettent des enseignements précieux sur l'ampleur, la qualité et l'efficacité de l'APD en nutrition. Les résultats soulèvent des interrogations quant à la redevabilité de certains bailleurs de fonds majeurs qui ont pour mandat de porter assistance à ceux qui en ont besoin. Bien que nos conclusions soient le résultat d'une analyse détaillée, elles n'offrent qu'une estimation de l'aide à la nutrition et doivent être considérées comme une interprétation globale des tendances. Nous pensons que ces informations pourront contribuer à d'autres recherches, à la planification et la prise de décision dans le but de promouvoir, surveiller et renforcer efficacement les interventions en nutrition.



RÉSULTATS



Counterpart Images - Jason Seagle

3. RÉSULTATS

3.0 RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Entre 2005 et 2009, le montant de l'aide à la nutrition s'élève à 438 millions de dollars US par an en moyenne. 73 millions en moyenne servent à financer des interventions directes en nutrition et 365 millions des interventions indirectes. L'aide à la nutrition représente donc 0,6% de l'APD totale.
- Alors que les besoins pour financer les interventions prioritaires en nutrition (c'est-à-dire directes) s'élèvent à 11,8 milliards de dollars US par an, l'aide pour les interventions directes en nutrition entre 2005 et 2009 est de 73 millions de dollars, ce qui ne couvre que 0,6% des besoins.
- Près de la moitié des fonds pour les interventions directes visent à réduire les déficiences en micronutriments. Les programmes intégrés comprenant la totalité des interventions en nutrition sont insuffisants (seulement 2% des financements).
- Les interventions directes en nutrition sont essentiellement menées dans le secteur de la santé (61%) ou en réponse à des crises humanitaires (33%).
- L'aide à la nutrition n'est pas toujours dirigée vers les pays où la sous-nutrition est la plus importante ni vers les populations les plus vulnérables.
- Les bailleurs ne respectent pas suffisamment leurs engagements de financement pour la nutrition. En moyenne, 11% des sommes promises entre 2005 et 2009 n'ont pas été versées.
- Beaucoup de projets reportés dans le code-objet ‘Nutrition de base’ du SNPC n'ont aucun lien avec la nutrition. Seuls 48% des fonds enregistrés dans ce code (soit 106 millions de dollars) concernaient réellement des interventions en nutrition.
- Les activités en nutrition, directes et indirectes, sont reportées dans une multitude de codes-objet du SNPC. Seuls 24% des projets liés à la nutrition sont reportés dans le code ‘Nutrition de base’. Les 76% restants sont répartis dans au moins huit codes-objet différents.
- Les lacunes dans le reporting de plusieurs bailleurs comme l'UE, la France, le PAM, la FAO, l'OMS et d'autres, limitent l'efficacité de la base SNPC comme source unique d'information pour le suivi des activités d'aide.





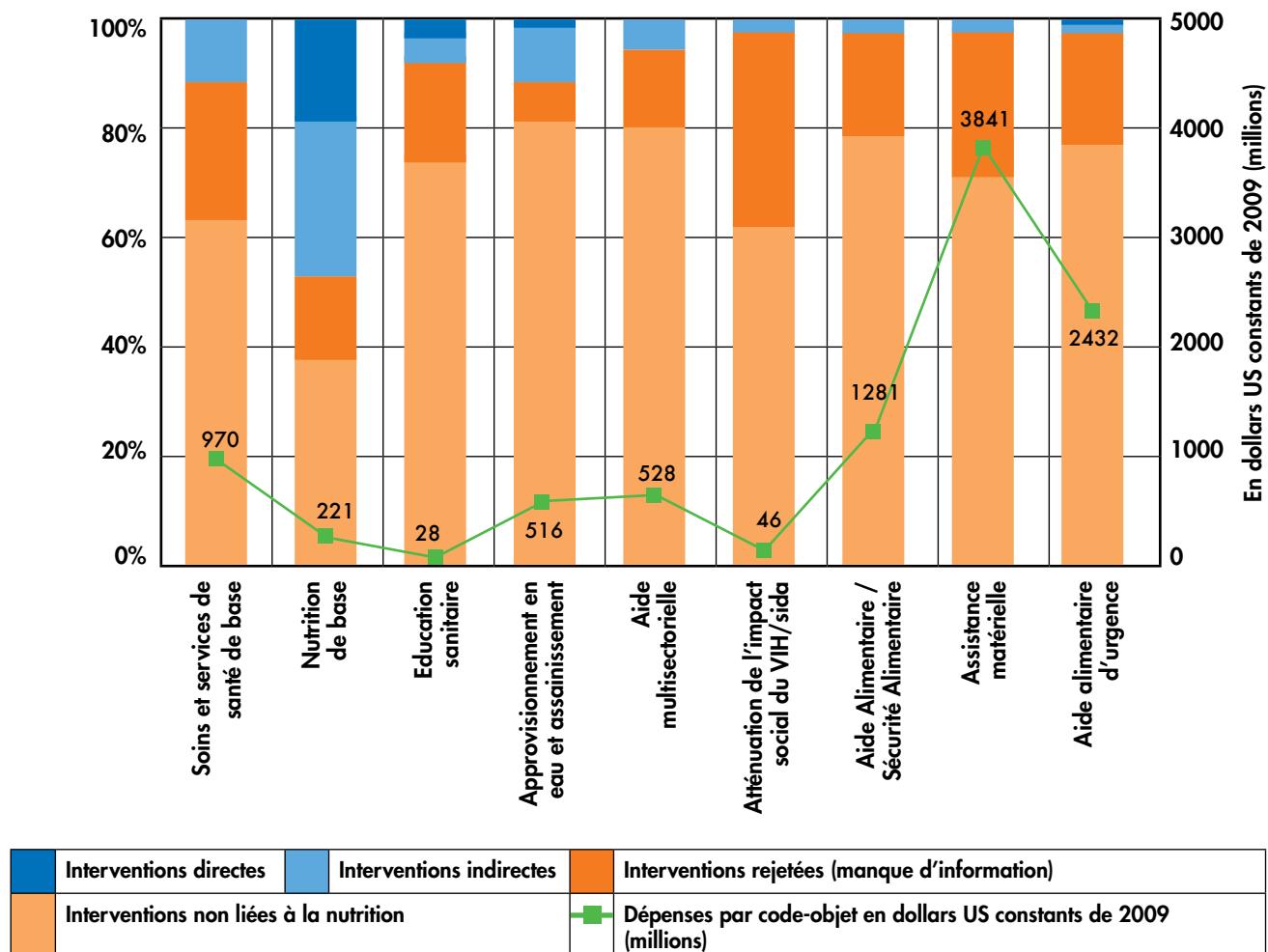
3.1 COMMENT LE FINANCEMENT EN NUTRITION DANS LE CADRE DE L'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT (APD) EST-IL REPORTÉ DANS LA BASE DE DONNÉES DU SNPC ?

Les États-membres du CAD assurent un reporting de leurs activités d'aide au SNPC chaque année. Cependant, les bailleurs privés comme la BMGF n'ont commencé leur reporting auprès du SNPC qu'en 2009. De plus, les lacunes dans le reporting de certains bailleurs comme la France et le PAM ne nous ont pas permis de les inclure dans notre étude sur cette période. Ainsi, dix bailleurs (Canada, UE, Royaume-Uni, IDA, Irlande, USA, UNICEF, Espagne, Suède et Norvège) ont été analysés dans la base de

données du SNPC de 2005 à 2009. Notre étude nous a montré qu'en moyenne, entre 2005 et 2009, le montant de l'aide à la nutrition était de 438 millions de dollars US. 73 millions ont servi à financer des interventions directes en nutrition et 365 millions des interventions indirectes¹.

Le graphique 3.1 montre que les bailleurs de fonds utilisent différents codes-objet au sein de la base de données du SNPC pour notifier leurs financements en nutrition. Ainsi, l'analyse de plusieurs codes-objet liés à la nutrition nous donne un état des lieux plus précis. Le financement allant à chacun des codes-objet analysés varie beaucoup. Le code 'Nutrition

GRAPHIQUE 3.1 : REPORTING PAR LES BAILLEURS DES INTERVENTIONS EN NUTRITION PAR CODES-OBJET SPÉCIFIQUES DU SNPC, DE 2005 À 2009



¹ En parallèle de cette étude pour la période 2005-2009 incluant 10 bailleurs, nous avons réalisé une estimation ad hoc de l'aide à la nutrition pour l'année 2009 uniquement en incluant trois bailleurs supplémentaires (ECHO, la France, la BMGF). Voir partie 3.7, p.33

de base' est l'un de ceux qui attirent le moins de financements (221 millions de dollars par an en moyenne sur la période de 2005 à 2009), comparé à d'autres comme 'Aide alimentaire d'urgence' (2432,5 millions de dollars).

Nos résultats montrent que beaucoup de projets n'ayant aucun lien avec la nutrition sont répertoriés dans le code 'Nutrition de base'. Près de 85 millions de dollars US, soit 38% des fonds rattachés à ce code-objet, n'étaient en réalité pas liés à la nutrition. De plus, 14% des fonds dans ce même code-objet ont été exclus de notre analyse en raison du manque d'information disponible. Ainsi, seuls 48% des fonds (soit 106 millions de dollars) enregistrés dans le code 'Nutrition de base' étaient réellement dédiés à la nutrition.

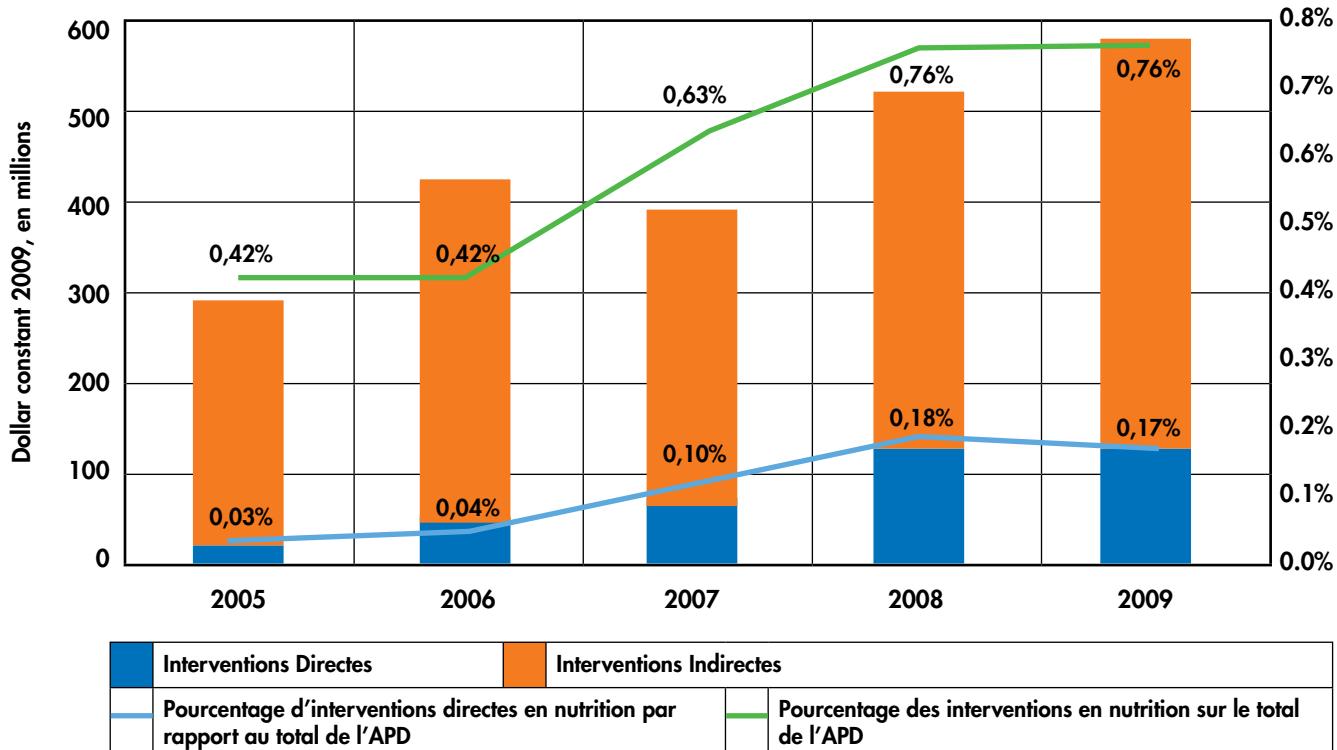
Les autres codes-objet clés ayant attiré le plus de fonds pour les interventions en nutrition sont 'Assistance matérielle et services d'urgence' ainsi que 'Approvisionnement en eau potable et assainissement - dispositifs de base'. En revanche, 'Soins et services de santé de base' ainsi que 'Aide alimentaire/Sécurité alimentaire' sont les codes-objet ayant reçu le moins de fonds. Le code objet 'Soins et services de santé de base' a reçu 970 millions de dollars US de fonds, mais seuls 10% de ce montant a été dépensé pour les interventions indirectes en nutrition. Le code-objet 'Éducation sanitaire' (équivalant à 28 millions de dollars US) a reçu le plus faible montant de fonds et seulement près de 3% des fonds de ce code a été alloué aux interventions directes en nutrition. Parallèlement, le code-objet 'Aide alimentaire d'urgence' a reçu 2,4 milliards de dollars avec 68 millions alloués aux interventions en nutrition. 'Assistance matérielle et services d'urgence' ont reçu 3,4 milliards de dollars dont 64 millions étaient dédiés à la nutrition. Le code 'Aide alimentaire/Sécurité alimentaire' a attiré 1,3 milliard d'APD mais seulement 23 millions étaient destinés à la nutrition. Le code 'Approvisionnement en eau et assainissement - dispositifs de base' a reçu un peu plus d'un demi-milliard de dollars et seule une

faible part a été allouée aux interventions directes en nutrition (4 millions). Ainsi, en moyenne sur la période 2005-2009, les financements effectivement dédiés à la nutrition dans le code 'Nutrition de base' (soit 106 millions de dollars) représentaient 24% de l'aide totale à la nutrition (qui était de 438 millions de dollars). Les 76% de l'aide à la nutrition restants ont été répartis dans au moins huit autres codes-objets.

3.2 QUELLES SONT LES TENDANCES DES BAILLEURS DE L'APD EN NUTRITION POUR LA PÉRIODE DE 2005 À 2009 ?

Dix bailleurs (Canada, UE, Royaume-Uni, IDA, Irlande, USA, UNICEF, Espagne, Suède et Norvège) ont été analysés dans la base de données du SNPC de 2005 à 2009. Cette période a permis une analyse temporelle plus précise. Le graphique 3.2 indique les montants moyens estimés des financements en dollars consacrés à la nutrition et leur pourcentage dans l'aide au développement.

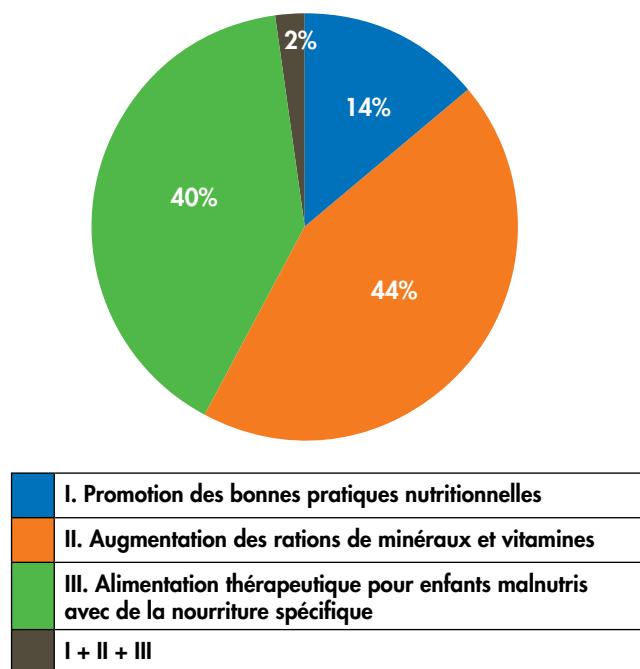
En moyenne, de 2005 à 2009, l'APD annuelle pour la nutrition a atteint 438 millions de dollars US. L'APD pour les interventions directes en nutrition a augmenté chaque année, passant de 20 millions de dollars US en 2005 à 125 millions en 2009. Cependant, étudié sous forme de pourcentages du montant total de l'APD, cela représente une augmentation de 0,03% à 0,2% sur la période, avec une moyenne de 73 millions, soit 0,1% du total de l'APD. Cela montre clairement à quel point la nutrition (et plus particulièrement les interventions directes) est sous financée depuis des années. Bien que le volume de l'APD pour les interventions indirectes ait doublé pendant cette période, son augmentation, proportionnellement au total de l'APD, est relativement faible. Cependant, en moyenne, les interventions indirectes pour la nutrition ont reçu annuellement plus d'APD (365 millions de dollars ou 0,5% du total de l'APD), que les interventions directes.

GRAPHIQUE 3.2 : APD DESTINÉE AUX INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION DE 2005 À 2009

3.2.1 COMMENT L'INVESTISSEMENT EST-IL RÉPARTI ENTRE LES DIVERSES INTERVENTIONS DIRECTES EN NUTRITION ?

La majorité des investissements vers des interventions directes en nutrition est focalisée sur l'augmentation de l'apport en micronutriments (44%), par les aliments supplémentaires ou enrichis. 40% de l'APD pour la nutrition directe a été consacré aux aliments thérapeutiques et supplémentaires pour les enfants sous-nutris.

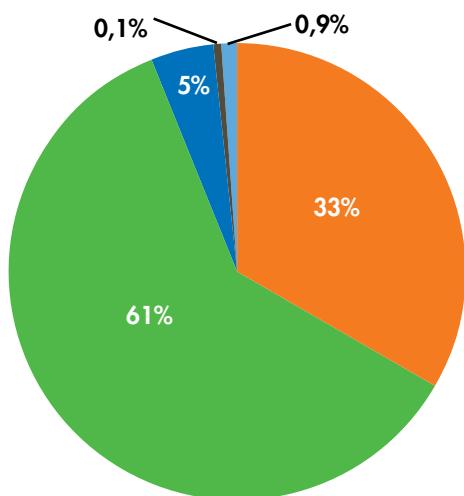
La catégorie consacrée à promouvoir les bonnes pratiques de nutrition, qui comprend l'alimentation des nouveaux nés et des jeunes enfants ainsi que l'hygiène, a reçu 14% des fonds dédiés aux interventions directes en nutrition. Malheureusement, seulement 2% de l'APD a été alloué à des programmes intégrés comprenant des interventions en nutrition venant des trois catégories. Ces financements provenaient de l'APD engagée par les États-Unis. Ceci montre que les bailleurs ont une approche incomplète et incohérente de la lutte contre la malnutrition.

GRAPHIQUE 3.2.1 : PARTAGE DE L'APD SELON LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DES INTERVENTIONS EN NUTRITION DIRECTES

3.3 SECTEURS DE RÉALISATION DES INTERVENTIONS EN NUTRITION

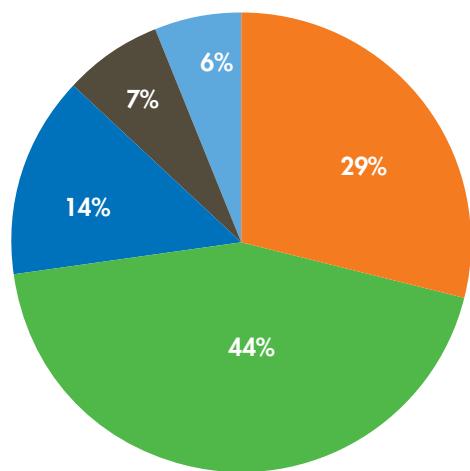
Comme le montre le graphique 3.3A, les interventions directes en nutrition ont été le plus souvent réalisées dans le secteur de la santé (61%) et dans l'aide humanitaire (33%). Elles ont aussi été mises en place au travers de programme d'accès à l'eau et à l'assainissement (5%) ou comme aide alimentaire à des fins de développement (0,9%). De la même façon, le graphique 3.3B montre que les interventions indirectes en nutrition ont été réalisées principalement dans le secteur de la santé et de l'aide alimentaire (44% et 29% respectivement), quoiqu'en proportions légèrement réduites. La part de nutrition indirecte réalisée à travers l'aide alimentaire à des fins de développement, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement était en revanche plus élevée (6% et 14% respectivement). Enfin 7% des interventions indirectes a été réalisé dans le cadre de projets consacrés aux infrastructures et services sociaux.

GRAPHIQUE 3.3A : SECTEURS DANS LESQUELS SONT MISES EN ŒUVRE LES INTERVENTIONS DIRECTES



Aide humanitaire
Santé
Eau & assainissement
Infrastructure sociale et Services
Aide-programme et aide sous forme de produits

GRAPHIQUE 3.3B : SECTEURS DANS LESQUELS SONT MISES EN ŒUVRE LES INTERVENTIONS INDIRECTES



3.4 QUELS SONT LES BAILLEURS « CHAMPIONS » DE LA NUTRITION ?

Les bailleurs de fonds qui financent le plus dans la nutrition, de 2005 à 2009, **indépendamment du montant total de l'APD** sont : le Canada, l'UNICEF, les institutions de l'Union Européenne, le Royaume-Uni, les USA, l'Espagne, l'Irlande, la Norvège et enfin la Suède. Pour les interventions indirectes en nutrition, on trouve l'ordre suivant : le Canada et l'Union Européenne sont ex-aequo, suivis de l'IDA qui a engagé toute son aide dans des interventions indirectes. L'UNICEF et le Royaume-Uni viennent ensuite puis les USA, l'Espagne, la Norvège et l'Irlande.

3.5 L'APD VA-T-ELLE AUX RÉGIONS QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Les tendances du financement de la nutrition dans les deux régions les plus affectées par la sous-nutrition dans le monde sont résumées dans le graphique 3.5.



GRAPHIQUE 3.5 : RÉPARTITION DE L'APD ENTRE LES RÉGIONS LES PLUS AFFECTÉES PAR LA SOUS-NUTRITION

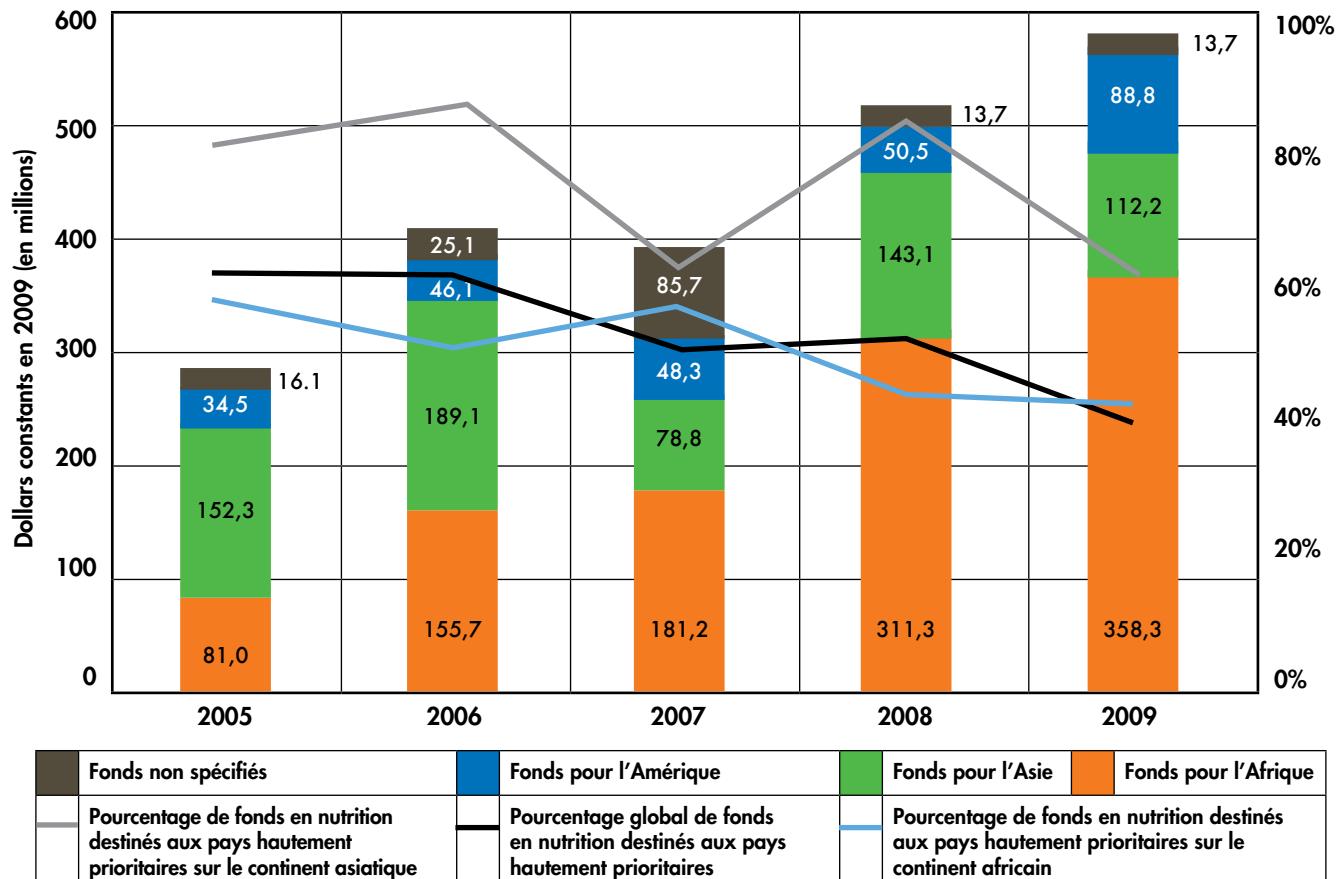


TABLEAU 3.5 : CLASSEMENT DES PAYS DESTINATAIRES DE L'APD

	Pays destinataires	Moyenne annuelle des fonds pour la nutrition entre 2005 et 2009 (en millions de dollars US constants 2009)	Pourcentage total des fonds pour la nutrition	Classement (nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance*)
1	Bangladesh	53,7	12%	4
2	Inde	33,4	8%	1
3	Soudan	31,5	7%	13
4	Ethiopie	27,5	6%	6
5	Somalie	17,4	4%	NR
6	Niger	11,0	3%	22
7	Kenya	9,9	2%	16
8	Guatemala	9,8	2%	27
9	Pérou	8,4	2%	32
10	Congo Dem. Rep.	8,3	2%	7
11	Afghanistan	7,6	1%	10
12	Honduras	7,0	1%	NR
13	Ghana	6,4	1%	29
14	Haïti	6,4	1%	NR
15	Uganda	6,2	1%	12

* Rang selon le nombre de cas d'enfants en retard de croissance dans la liste du Lancet des 36 pays avec les prévalences les plus élevées (2008)

En Afrique, le volume des financements pour les activités de nutrition a augmenté de façon régulière de 2005 à 2009. Pour l'Asie, les financements ont diminué de 152 millions de dollars US en 2005 à 112 millions en 2009. D'autres régions comme l'Amérique ou l'Océanie ont reçu des fonds minimes pendant cette période et certaines interventions n'étaient pas ciblées sur une région particulière ou un pays. Les 5 pays prioritaires (sur 15) classés par ACF selon le nombre de cas de retard de croissance sont l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria, le Bangladesh et le Pakistan. Lorsque l'on étudie le montant des fonds versés aux pays hautement prioritaires (voir Annexe 1 pour la liste complète), l'analyse des tendances indique que presque la moitié de l'APD pour la nutrition en Afrique a été versée à des pays non prioritaires. Toutefois, la majorité de l'APD pour la nutrition en Asie ciblait bien les pays prioritaires. Le graphique

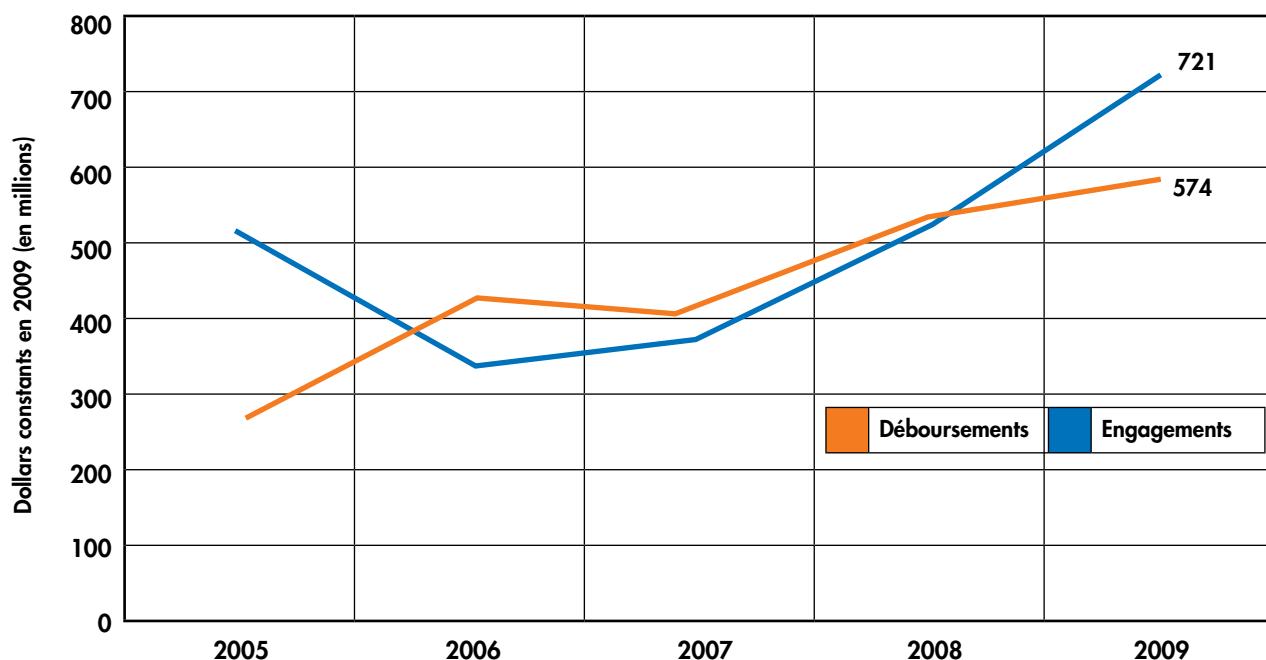
3.5 détaille les 15 pays bénéficiant le plus de l'APD pour la nutrition.

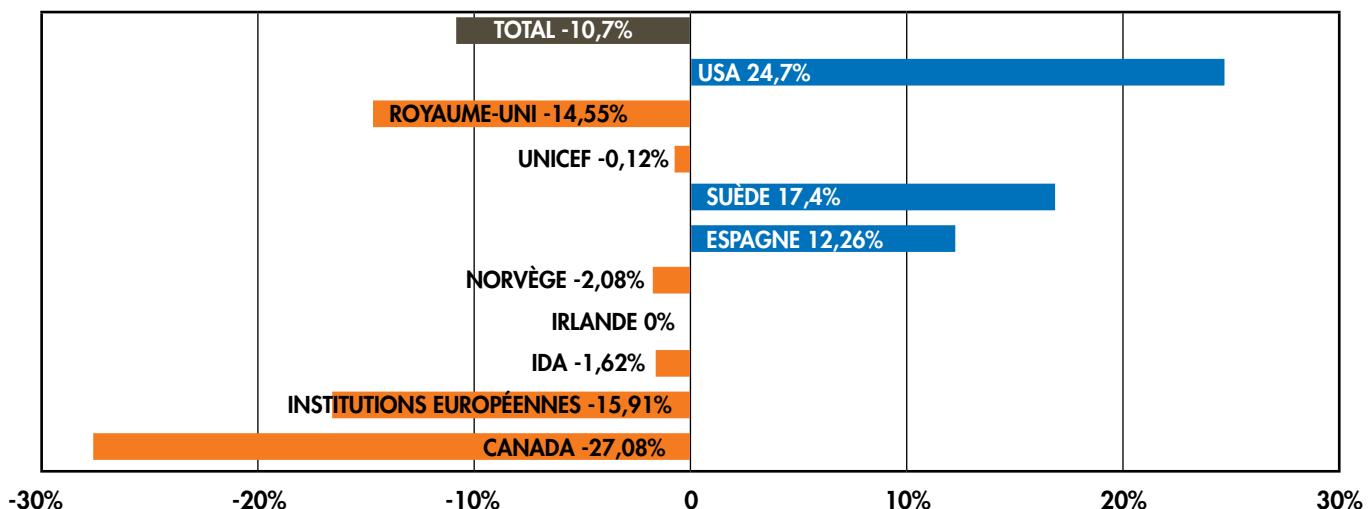
Nos données montrent que le Bangladesh a attiré 12% des fonds pour la nutrition mais qu'il ne se place qu'à la 4^e place pour le classement des pays par nombre de cas de retard de croissance. Au contraire, l'Inde, qui concentre le plus de cas, a reçu moins d'aide que le Bangladesh. Sur les 15 pays récipiendaires les plus importants, seuls 6 sont inclus dans la liste des pays hautement prioritaires.

3.6 LA REDEVABILITÉ

Il a été possible d'analyser dans quelle mesure les bailleurs de fonds exécutaient leurs promesses de financement en considérant ce qu'ils déboursent réellement en APD. D'une manière générale, nous

GRAPHIQUE 3.6 A : DIFFÉRENCE ENTRE LES ENGAGEMENTS ET LES DÉBOURSEMENTS SUR LA PÉRIODE ÉTUDIÉE



**GRAPHIQUE 3.6 B : DIFFÉRENCE ENTRE LES ENGAGEMENTS ET LES DÉBOURSEMENTS EN FONCTION DES BAILLEURS ÉTUDIÉS**

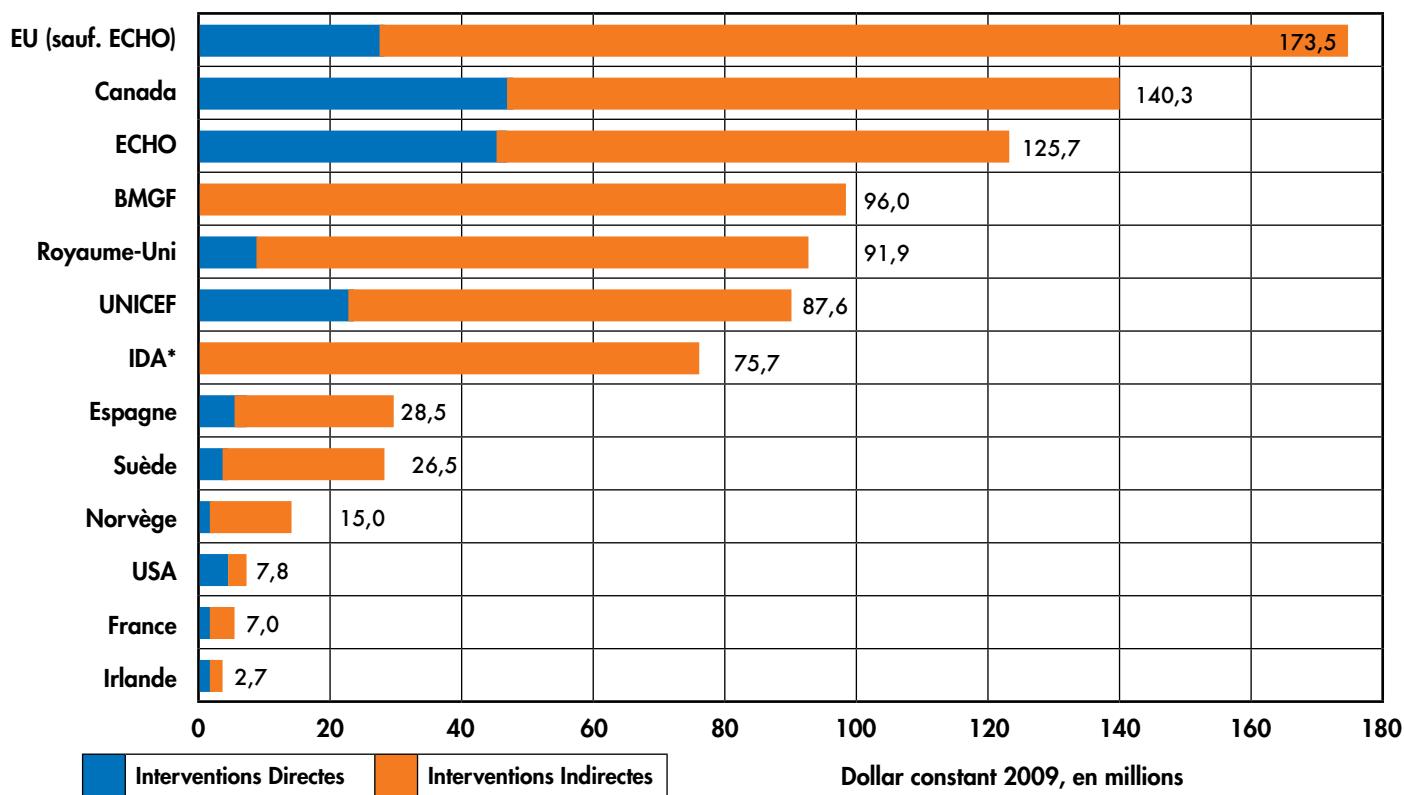
avons noté une augmentation des engagements d'APD et des versements de 2005 à 2009. Cependant, comme le montre le graphique 3.6A, en 2009, le respect des engagements pour les aides à la nutrition a diminué.

Entre 2005 et 2009, le graphique 3.6B indique que la différence de pourcentage entre les promesses des bailleurs et leurs réels versements est globalement négatif (-11%). Cela signifie que les bailleurs de fonds n'ont pas respecté leurs engagements et n'ont pas versé un dixième de leurs promesses d'aide. Cependant, si nous les considérons séparément, il existe de grandes variations entre chacun d'eux. Ceci reflète le caractère volatile et imprévisible de l'aide bilatérale, ce qui rend impossible pour le pays destinataire de développer des politiques sur le long terme pour résoudre le problème de la nutrition.

3.7 ESTIMATION DE L'AIDE À LA NUTRITION EN 2009 INCLUANT ECHO, LA FRANCE ET LA BMGF

En parallèle de notre étude pour la période 2005-2009 incluant dix bailleurs, nous avons réalisé une estimation *ad hoc* de l'aide à la nutrition pour l'année 2009 uniquement, en incluant trois bailleurs supplémentaires : ECHO, la France et la BMGF. Nos informations issues de la base SNPC ont été complétées par des données transmises par ces acteurs.

Nos résultats montrent que pour l'année 2009, l'aide à la nutrition s'élève à 878 millions de dollars. 175 millions ont été consacrés à des interventions directes en nutrition et 703 millions à des interventions indirectes. Si l'on considère uniquement le financement pour les interventions directes, celui-ci permet de financer seulement 1% des interventions prioritaires en nutrition (estimées à 11,8 milliards de dollars US).

GRAPHIQUE 3.7 : ESTIMATION DE L'APPD POUR LES INTERVENTIONS EN NUTRITION POUR CHAQUE BAILLEUR (EN 2009)


* Pour l'IDA, aucune intervention en nutrition n'a été recensée en 2009 en raison de la faible qualité des descriptions. La moyenne 2005-2008 est ici représentée afin de fournir une indication de la contribution de l'IDA.

DISCUSSION



ACF, contribution de Samuel Hauenstein Swan

4. DISCUSSION

4.1 LES LIMITES DU SUIVI DE L'AIDE À LA NUTRITION DANS LA BASE DE DONNÉES DU SNPC

L'évaluation des interventions directes en nutrition dans la base de données SNPC est particulièrement complexe, comme cela a été constaté par d'autres qui ont auparavant tenté l'exercice (Sumner *et al.*, 2007 ; Morris *et al.*, 2008 ; MSF, 2009 ; Coppard *et al.*, 2011). La méthode pour recenser les activités en nutrition par les chercheurs se fait d'une ou de plusieurs façons : Morris *et al.* (2008) et Coppard & Zubairi (2011) ont analysé des codes-objet agrégés pour 'Nutrition de base' ainsi que d'autres codes-objet. Sumner *et al.* (2007) et MSF (2009) ont conduit une analyse détaillée de la base de données SNPC, ligne de projet par ligne de projet, en utilisant de multiples codes-objet et ont classé les projets comme étant des interventions directes ou indirectes.

Notre objectif a été de recenser le financement dédié aux 13 interventions directes en nutrition, ayant démontré leur coût-efficacité (Morris *et al.*, 2008 ; Horton *et al.*, 2010). Cependant, nous avons rencontré de nombreux obstacles limitant la transparence dans l'identification de l'aide des bailleurs et la précision de l'estimation de l'APD allouée à la nutrition.

4.1.1 DES LACUNES DANS LE REPORTING DES BAILLEURS

L'analyse a été entravée par le caractère partiel et incomplet de certaines informations sur les projets reportés dans les codes-objet analysés de la base de données SNPC. Nous n'avons pas été en mesure d'analyser 22% des projets dans cette étude en raison du manque d'informations adéquates. De plus, les bailleurs ne respectaient pas toujours les directives existantes pour le reporting dans la base de données SNPC. Certains bailleurs comme ECHO, le Programme Alimentaire Mondial (PAM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la France, les Pays-Bas et le Japon n'ont pas pu être analysés du tout en raison du manque d'informations suffisantes. Une estimation *ad hoc* avec de nouvelles informations obtenues auprès de certains bailleurs a été réalisée pour l'année 2009 (voir p.33) De même, lorsque les bailleurs ont alloué l'APD à plusieurs pays, les pays

destinataires n'étaient pas identifiés et se trouvaient regroupés dans une région (e.g. Afrique ou Asie). Parfois, ni le pays, ni la région n'étaient spécifiés, entravant le suivi de l'aide. Nos résultats appuient les résultats trouvés par d'autres chercheurs (Sumner *et al.*, 2007 ; Morris *et al.*, 2008 ; MSF, 2009 ; Coppard & Zubairi, 2011).

Tous les bailleurs bilatéraux et les agences multilatérales ainsi que les bailleurs privés doivent respecter les principes de transparence de l'aide en améliorant leurs processus de reporting dans la base de données du SNPC. Cela implique des reportings plus précis et rapides de la part des bailleurs (aujourd'hui, la base de données est dépassée de presque deux ans). Cela assurera la redevabilité vis-à-vis des citoyens et électeurs qui financent le développement au travers de leurs impôts et donations privées.

4.1.2 MANQUE DE PERTINENCE DE CERTAINES INTERVENTIONS CLASSÉES SOUS LE CODE-OBJET 'NUTRITION DE BASE'

Nos résultats démontrent que les analyses agrégées du code 'Nutrition de base' et d'autres codes peuvent être trompeuses et conduire à la sur-estimation de l'APD dédiée à la nutrition. 'Nutrition de base' est le code-objet dédié aux financements de la nutrition dans la base de données SNPC. Les interventions comprises dans ce code-objet sont listées en Annexe 6. Cependant, nous avons exclu 38% des projets détaillés dans ce code parce qu'ils n'étaient pas liés à la nutrition. Certaines interventions classées dans ce code 'Nutrition de base' telles que le suivi de la croissance, la sécurité alimentaire des ménages et l'alimentation à l'école n'ont pas démontré leur impact sur la réduction de la sous-nutrition (Bryce & Coitinho, 2008). Or, en incluant 'la sécurité alimentaire des ménages' dans ce code-objet, le SNPC suggère que cette intervention a un impact direct sur la nutrition. Les activités accomplies par un ménage pour améliorer sa sécurité alimentaire ne mènent pas nécessairement à l'amélioration du statut nutritionnel des membres du ménage. Les activités visant à déterminer le statut nutritionnel sont aussi inclus dans



le code-objet. Celles-ci ne sont pas des interventions directes mais permettent de mesurer la prévalence de la sous-nutrition.

En conséquence, bien que les sommes comprises dans ce code atteignent 221 millions de dollars US annuels de 2005 à 2009, les interventions liées à la nutrition s'élèvent en réalité à 106 millions, moins de 50% du financement total reporté dans ce code.

Le Groupe de travail sur les statistiques du CAD (Comité d'aide au développement) doit modifier la liste des actions de nutrition comprises dans le code-objet ‘Nutrition de base’ du SNPC, afin que seules les activités vraiment liées à la nutrition soient incluses et que celles qui ne le sont pas soient ré-affectées à d'autres codes-objet dans la base de données. Cette réforme du code ‘Nutrition de base’ permettrait notamment d'améliorer considérablement la visibilité de l'aide à la nutrition.

4.1.3 LES ACTIVITÉS D'AIDE EN NUTRITION SONT REPORTÉES DANS DIVERS CODES-OBJET

Un mapping précis et détaillé de l'aide à la nutrition a été conduit en analysant chaque projet dans chaque code-objet spécifique et en les classant comme des interventions nutritionnelles directes ou indirectes. L'importance d'inclure des codes-objet autres que ‘Nutrition de base’ nous a paru évidente dans cette analyse lorsque nous avons observé que 40% des financements directs en nutrition étaient reportés dans d'autres codes-objet. Les interventions en nutrition ont totalisé une proportion minime de ces codes, comptabilisant moins de 3% des codes ayant reçu environ un milliard de dollars, comme par exemple ‘Aide alimentaire d'urgence’, ‘Soins et services de santé de base’, ‘Assistance matérielle et services d'urgence’, ‘Aide alimentaire/sécurité alimentaire’. D'autres codes-objet sont importants pour le suivi de l'aide à la nutrition, notamment ‘Approvisionnement en eau et assainissement’ et ‘Aide multisectorielle’.

Ces problématiques limitent la transparence des activités d'aide des bailleurs. L'incapacité à régler

ces facteurs empêcherait le SNPC de réaliser son ambition d'être la seule source d'informations sur la distribution sectorielle et géographique de l'aide, de pouvoir faire état des modalités et conditions de l'aide multilatérale et bilatérale et d'offrir la possibilité d'une comparaison fiable des données. De plus, ces problématiques limitent également la possibilité pour la base de données de pouvoir répondre aux besoins des agences humanitaires en matière de programmation, d'analyse par pays et par secteur, et de constituer ainsi un outil de suivi de la mise en œuvre des politiques.

4.2 LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

De 2005 à 2009, les fonds des bailleurs pour lutter contre la sous-nutrition ont varié. Notre recherche a montré que, sur cette période, une moyenne annuelle de 438 millions de dollars US (déboursements en dollars constants 2009) a été déboursé pour la nutrition. Il est frappant de voir que le financement des interventions directes avérées ne s'élève qu'à 0,6% (soit 73,3 millions de dollars US, moyenne annuelle en dollars constants 2009) des 11,8 milliards nécessaires chaque année pour prévenir et traiter la sous-nutrition (Horton *et al.*, 2010). Les données montrent à quel point le financement des interventions nutritionnelles doit être augmenté. Notre estimation à 438 millions de dollars de toutes les interventions liées à la nutrition rejoint les estimations réalisées précédemment et suivant une méthodologie similaire à la nôtre.

Lorsque l'on étudie les estimations réalisées par d'autres chercheurs, il est important de noter que la liste des interventions directes en nutrition dressée par MSF (2009) est plus large et plus proche de la liste de Sumner *et al.* (2007) que de la liste des 13 interventions identifiées par Morris *et al.* (2008). L'Annexe 5 montre la différence entre les interventions incluses dans les rapports cités dans le tableau 4.2. La différence entre notre estimation de l'APD pour les interventions directes en nutrition et celle de MSF (2009), plus élevée, peut s'expliquer en

partie par la liste plus large des interventions qu'ils qualifient de « directes ». Ce sont Coppard & Zubairi (2011) qui ont eu la plus haute estimation pour 2009. Cependant, elles peuvent avoir été surestimées en raison des problématiques soulevées dans les sections 4.1.1, 4.1.2 et 4.1.3.

Sion constate une hausse des financements à la nutrition sur la période 2005-2009, les données de la base SNPC suggèrent que le financement dans la nutrition en tant que secteur reste largement insuffisant par rapport aux besoins estimés, particulièrement pour les interventions directes ayant fait leurs preuves. Il faut noter que l'aide à la nutrition représente 0,6% de l'APD totale en moyenne.

Notons également que cette analyse ne prend pas en compte les financements de certains bailleurs qui ne reportent pas à l'OCDE, ni les contributions nationales des États affectés par le fléau de la sous-nutrition.

Alors que la tendance actuelle est aux coupes sévères de budget et la compétition entre actions prioritaires, il est important de souligner que le renforcement des interventions nutritionnelles ayant fait preuve de leur coût-efficacité contribuerait à l'efficacité de l'aide humanitaire et accélérerait la réalisation des OMD.

Tous les bailleurs et gouvernements qui se sont engagés dans le cadre du mouvement SUN doivent augmenter fortement leurs financements dans des interventions directes ou spécifiquement axées sur la nutrition, afin d'atteindre les 11,8 milliards de dollars nécessaires par an.

En 2010, l'APD nette des pays membres du DAC de l'OCDE a atteint un niveau record de 128,7 milliards de dollars, représentant 0,32% de leurs Revenus Nationaux Bruts (RNB) combinés (Fifth High Level Dialogue on Financing for Development, 2011). Néanmoins, les ratios nets APD/RNB des bailleurs les plus importants étaient bien en dessous de l'objectif de 0,7% fixé par les Nations-Unies. De plus, les membres du G8 (le Royaume-Uni, les USA, le Canada, le Japon, la France, l'Italie, l'Allemagne et la Russie) n'ont pas tenu leurs promesses d'augmenter l'aide à l'Afrique de 25 milliards de dollars US (prix constant 2004).

ACF travaille avec des chercheurs de l'Institute of Development Studies (IDS) pour qu'ils proposent diverses méthodes pour combler le manque de financement afin d'assurer que les interventions nutritionnelles directes soient mises à échelle.

TABLEAU 4.2 ESTIMATION DE L'APD POUR LA NUTRITION, RAPPORTÉE PAR LES DIFFÉRENTS CHERCHEURS.

Études	Période étudiée	Interventions directes (en millions de dollars US)	Pourcentage des besoins estimés	Interventions indirectes (en millions de dollars US)	Total
ACF (2011)	2005 à 2009	73	0.6%	365	438
	2009	175	1%	703	878
Coppard & Zubairi (2011)	2009	-	-	-	539*
MSF (2009)	2004 à 2007	-	-	-	511
Morris <i>et al.</i> (2008)	2000 à 2004	269	2%	-	269

4.3 COMMENT LES INVESTISSEMENTS SONT-ILS RÉPARTIS ENTRE LES INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Le cadre d'action du SUN (2010) soutient les interventions nutritionnelles directes et indirectes. Les interventions directes tendent à s'attaquer aux déterminants immédiats de la sous-nutrition, tels que la qualité des aliments consommés et l'accès aux soins de santé individuels (Sumner *et al.* 2007). Les résultats de cette étude ont indiqué que les financements pour les interventions nutritionnelles directes restaient faibles, s'élevant seulement à 0,1% du total de l'APD, clairement surpassé par les financements des interventions nutritionnelles indirectes (0,5% de l'APD). Ces résultats rejoignent ceux de Sumner *et al.* (2007) qui ont démontré que les financements des interventions nutritionnelles directes avaient varié entre 0,01% et 0,6% pour la période 2000-2004. Existe-t-il un équilibre idéal entre les financements des interventions directes et indirectes ? La question reste ouverte au débat.

4.4 COMMENT LES FONDS SONT-ILS RÉPARTIS ENTRE LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS DIRECTES EN NUTRITION ?

Les trois principales catégories d'interventions nutritionnelles directes visant à prévenir et traiter la sous-nutrition sont : l'augmentation des apports en vitamines et minéraux, les aliments thérapeutiques pour les enfants malnutris aigus et la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles. Évaluer comment l'APD est répartie entre ces différentes interventions peut mettre en lumière les améliorations requises et fournir des indications sur l'efficacité des financements en nutrition de l'APD (voir le tableau 3.2.1 à la page 29).

4.4.1 AUGMENTATION DE L'APPORT EN VITAMINES ET MINÉRAUX

Les programmes visant l'augmentation de l'apport en micronutriments ont mobilisé 44% - presque la moitié de tous les financements nutritionnels directs. Cela n'est pas surprenant étant donné que le consensus de Copenhague place l'augmentation d'apport en

micronutriments, notamment la supplémentation en vitamine A et en zinc pour les enfants, parmi les dix meilleures solutions pour mettre fin à la sous-nutrition. En effet, les vitamines et les minéraux sont peu onéreux, petits en taille et facile à intégrer dans les programmes de santé infantile existants. Ainsi, dans le cadre de la stratégie PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) de l'OMS, les enfants souffrant de malnutrition aiguë ou d'anémie sévère reçoivent systématiquement une dose de vitamine A. Dans de nombreux pays, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage sont effectuées de façon biannuelle à travers des services de proximité, faisant partie intégrante des approches intégrées qui développent des interventions pour la survie de l'enfant, à coût réduit et impact important.

4.4.2 ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES POUR LES ENFANTS MALNUTRIS

Les interventions en alimentation thérapeutique et de supplémentation à l'aide d'aliments adaptés s'élèvent à 40% de tous les financements directs en nutrition. Sur les 13 interventions, le renforcement de l'alimentation thérapeutique pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë est la plus onéreuse, estimée à 6,3 millions de dollars US chaque année. Malgré le coût important de ces interventions, le traitement de la malnutrition aiguë est prioritaire puisqu'il sauve la vie des enfants. De plus, le ratio coût-efficacité du traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) à l'aide d'aliments thérapeutiques est comparable à celui d'autres programmes pourtant considérés comme moins chers. Le ratio coût-efficacité de 42 dollars par AVCI (Année de vie corrigée de l'incapacité) du traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) est dans l'échelle moyenne des ratios coût-efficacité estimés pour d'autres interventions de soins de santé infantiles prioritaires (Wilfred *et al.*, 2011). Ceux-ci incluent la prise en charge communautaire ou à travers les infrastructures existantes des cas d'infection aiguë de voies respiratoires inférieures (39 dollars US), la prise en charge intégrée des maladies infantiles (38 dollars), l'iodation généralisée du sel (34-36 dollars) et la fortification en fer (66-70 dollars).

Traditionnellement, la supplémentation ou la prise en charge thérapeutique des enfants atteints de malnutrition aiguë ont été mis en œuvre dans le cadre de la réponse aux urgences. Ces programmes souffrent donc d'une approche "stop-start" des bailleurs, c'est-à-dire que le programme est financé et initié seulement lorsque les taux de prévalence de la malnutrition aiguë excèdent les seuils prédéterminés et est supprimé progressivement quand la prévalence diminue. Cependant, cette dernière décennie, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) a été considérée comme étant une approche clé dans la lutte contre la malnutrition aiguë et constitue l'une des interventions directes prioritaires dans le renforcement de la nutrition. Bien que 55 pays aient développé la PCMA, nombre de ces programmes sont des programmes pilotes démarrés en réponse à une urgence, comme en Ethiopie ou au Malawi, deux pays qui ont maintenant mis à l'échelle la PCMA au niveau national (UNICEF/Valid, 2011). La mise à l'échelle prenant de l'ampleur, les financements de ces programmes devraient augmenter.

4.4.3 PROMOTION DES BONNES PRATIQUES NUTRITIONNELLES

La promotion des bonnes pratiques nutritionnelles, soit l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et la promotion de l'hygiène, a reçu 14% des financements des interventions directes en nutrition. Ceci inclut la promotion de l'allaitement, les pratiques d'alimentation complémentaire adaptées (provision de nourriture exclue) et une bonne hygiène, en particulier le lavage des mains. Une nouvelle résolution sur la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants (WHA 63.23) souligne que « l'amélioration des pratiques d'allaitement exclusif, l'alimentation complémentaire adaptée et au bon moment, ainsi que l'allaitement prolongé sur 2 ans et plus, pourrait sauver la vie chaque année d'1,5 millions d'enfants de moins de 5 ans ».

4.4.4 FINANCEMENT DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS COMPLETS

Nos données indiquent que les bailleurs ont peu adopté une approche intégrée. Seuls 2% des financements a servi à financer des programmes comprenant des interventions appartenant à chacune des trois grandes catégories d'interventions directes. Ce type de financement provenait d'un seul bailleur, les États-Unis. Cette pratique devrait être adoptée par tous les acteurs engagés dans le renforcement et la mise à échelle de la nutrition.

Il est essentiel que les 13 interventions directes en nutrition qui ont été identifiées soient considérées comme un « paquet minimum d'activités en nutrition » par les bailleurs pour mettre sur pied une réponse solide au problème de la sous-nutrition. De ce fait, il est nécessaire pour tous les bailleurs d'améliorer la coordination de leurs financements de manière à ce que toutes les interventions directes en nutrition soient suffisamment financées.

Il est important que les membres du DAC investissent plus amplement dans les interventions nutritionnelles adaptées, en les priorisant par rapport à celles qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité ou dont on sait qu'elles n'ont pas d'effet direct sur la sous-nutrition (Bryce & Cointinho, 2008). Si ces recommandations ne sont pas prises en compte, l'efficacité de l'aide sera amoindrie et fournira des résultats décevants dans la lutte contre la sous-nutrition.

4.5 PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION DE MANIÈRE TRANSVERSALE

Nos données ont démontré que le secteur de la santé est le premier concerné pour la prise en charge et la prévention de la sous-nutrition dans des contextes humanitaires et de développement. Dans ces contextes, le secteur de la santé est le principal canal des interventions nutritionnelles directes (61%) et indirectes (44%).

La santé et la nutrition sont intrinsèquement liées. Une étude a démontré les liens entre le retard de croissance, un indicateur de la malnutrition chronique, et une prévalence forte de paludisme dans un groupe d'enfants séropositifs et séronégatifs vivant dans une zone très touchée par la malaria (Arinaitwe & Gasasira, 2012). Cependant, la faiblesse des systèmes de santé, et notamment le manque de personnel qualifié pour diagnostiquer et traiter la sous-nutrition, ralentira l'intégration d'approches telles que la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) dans les politiques de santé et dans le paquet minimum de soins de santé pour les femmes et les enfants.

Il a aussi été démontré que les facteurs sanitaires associés à un faible TMI (Taux de mortalité infantile) incluent - mais ne se limitent pas - à une densité plus importante de médecins et à un accès durable à l'eau et l'assainissement (Muldoon, Galway, et al., 2011). Ceci souligne le besoin d'une approche multisectorielle afin de mettre fin au problème de la sous-nutrition.

Les liens entre la santé et la nutrition doivent être mieux compris et renforcés par les bailleurs, les gouvernements des pays destinataires de l'aide comme par les autres acteurs afin de faciliter et optimiser un travail intersectoriel. La contribution que peut apporter la nutrition au renforcement du secteur médical doit être mieux clarifiée par l'OMS et reconnue par les acteurs du mouvement SUN. De plus, les moyens dédiés au renforcement des systèmes de santé doivent prendre en compte les besoins liés à l'intégration des activités de nutrition.

4.6 LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Le mapping des financements de l'APD fait par ACF indique que les financements en nutrition sont plus réactifs et liés aux interventions humanitaires

d'urgence qu'ils ne sont proactifs et inclus dans l'agenda du développement. Les interventions menées dans le cadre de l'aide humanitaire représentaient 33% de l'APD pour les interventions nutritionnelles directes alors que l'aide alimentaire à des fins de développement représentait seulement 1%. Cette approche ne favorise pas la survie des personnes affectées ni le recul des maladies à long et court termes. Elle n'est pas non plus rentable, ni durable.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'il y a trop peu d'adéquation entre la destination de l'aide et les zones où on en a le plus besoin. Pourtant, la plupart des pays bénéficiant le plus de l'APD en nutrition faisait partie des 36 pays ayant la plus grande prévalence de malnutrition chronique. Par exemple, parmi les 15 pays recevant le plus d'APD en nutrition, le principal destinataire était le Bangladesh, quatrième pays en nombre d'enfants malnutris chroniques dans le monde. L'Inde, qui est le pays avec le plus grand nombre d'enfants malnutris chroniques, recevait moins d'aide que le Bangladesh. Le Soudan et l'Ethiopie, représentant les troisième et quatrième plus grands bénéficiaires de l'APD, ne sont, en termes de nombre de cas d'enfants malnutris chroniques, qu'à la treizième et sixième place respectivement. À l'inverse, les deuxième et troisième pays à avoir le plus grand nombre d'enfants malnutris au monde, c'est-à-dire l'Indonésie et le Nigeria, n'étaient même pas dans la liste des 15 plus grands bénéficiaires de l'APD en nutrition. Cela pourrait s'expliquer par divers facteurs comme par exemple les préférences géopolitiques des bailleurs, une volonté politique trop faible de financer ou de prioriser la nutrition au niveau national ou encore une capacité faible du gouvernement à mettre en place une réponse appropriée.

Coppard & Zubairi (2011) ont aussi montré que l'aide à la nutrition ne reflète pas clairement les besoins ; ils ont constaté que les pays représentant 90% de tous les enfants malnutris chroniques ont reçu seulement 57% des financements par les pays membres du DAC

pour le code-objet ‘Nutrition de base’, et ce, bien que l’Afrique Sub-Saharienne ait clairement été une priorité des bailleurs.

Les bailleurs doivent augmenter et planifier leur aide au développement, et consacrer une part accrue pour le traitement et la prévention de la sous-nutrition, dans les situations d’urgence comme de non-urgence, notamment lors de crises alimentaires prolongées ou saisonnières, de manière à assurer un accès équitable et durable aux services en nutrition.

4.7 QUI SONT LES BAILLEURS LES PLUS IMPORTANTS EN NUTRITION ?

Notre recherche nous a amené à constater que la liste des plus importants bailleurs pour la nutrition variait en fonction du type d’intervention, directes ou indirectes. Pour les interventions directes, le Canada, l’UE, le Royaume-Uni, les USA, l’Espagne, la Norvège, la Suède et l’Irlande, dans cet ordre, sont les plus importants bailleurs bilatéraux ; l’UNICEF est le plus important bailleur des agences multilatérales. Un rapport précédent, qui couvre la période 2000-2004 identifiait les USA, le Canada, l’Espagne, le Royaume-Uni, la Suède et l’UE comme les plus importants bailleurs bilatéraux et l’UNICEF et l’IDA comme les plus importants bailleurs multilatéraux (Sumner *et al.*, 2007).

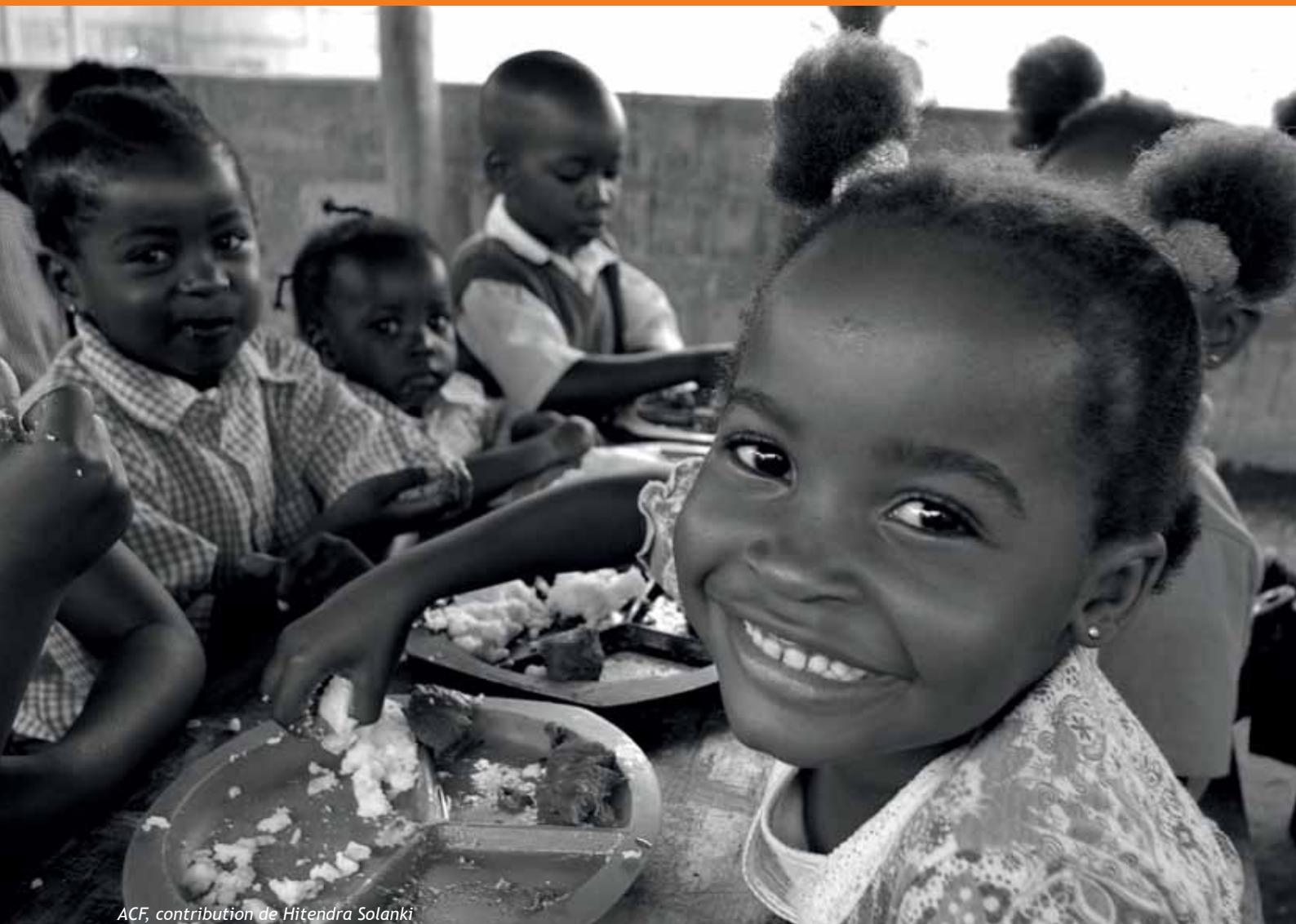
Cependant, notre classement a été établi uniquement sur la base de données du DAC de l’OCDE et sur une liste plus restreinte d’interventions. MSF (2009) classait les bailleurs à partir des informations récoltées directement auprès de ces derniers et de l’OCDE. Cela plaçait l’UE en première place, suivie par la Banque Mondiale, le Canada, les États-Unis, l’UNICEF, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Royaume-Uni, l’Espagne, le Fonds Asiatique de Développement et enfin la Norvège pour la période 2004-2007. Notre analyse des financements de la nutrition pour 2009 confirme l’UE comme le plus grand bailleur pour la nutrition (voir p.33).

Coppard & Zubairi (2011) ont recensé les plus grands bailleurs de la nutrition en analysant à la fois les contributions multilatérales et bilatérales pour la nutrition basique (en comptabilisant notamment l’aide à la nutrition délivrée indirectement à travers les contributions des pays aux agences multilatérales). Leurs résultats corroborent les nôtres pour 2009. Les plus importants bailleurs en termes de volume étaient le Canada, l’UE, le Japon, le Royaume-Uni, l’UNICEF, alors qu’en termes de contributions bilatérales et de contributions multilatérales imputées, le Canada était là aussi le plus important bailleur, suivi par le Japon, le Royaume-Uni, l’Allemagne et la France. Les différences d’investissement entre bailleurs pour les interventions nutritionnelles directes ou indirectes dépendent du niveau de priorité qu’un bailleur assigne aux interventions nutritionnelles directes.

Sumner *et al.*, (2007) ont montré que, dans la plupart des cas, la perception par les bailleurs de la question de la nutrition influait sur leur contribution au secteur. C’est notamment le cas quand il n’y a pas de mobilisation politique autour de la question ou quand il n’y a pas d’outil fiable de traçabilité des flux. Nos données montrent clairement que, malgré le fait que de nombreux bailleurs soient engagés officiellement dans le renforcement de la nutrition, ils se concentrent plus sur les interventions nutritionnelles indirectes. Des analyses de chacun de ces bailleurs sont proposées à la fin de ce rapport en Annexe 7.

ACF demande un rapport annuel indépendant, exact et exhaustif mesurant l’APD en nutrition, de façon à placer le besoin de financements pour la nutrition au cœur des priorités politiques jusqu’à ce que la sous-nutrition dans les pays les plus affectés soit réduite de manière significative ou éliminée.

CONCLUSION ET TRAVAUX À VENIR



ACF, contribution de Hitendra Solanki

5.1 CONCLUSION

Tracer l'aide allouée à la nutrition reste une entreprise compliquée. Cela amène les chercheurs à faire beaucoup de suppositions qui risquent de sur ou sous-estimer l'aide à la nutrition. Notre étude confirme le besoin urgent de réformer le Système de Notification des Pays Créditeurs de l'OCDE et de standardiser les pratiques de reporting des bailleurs de fonds, pour permettre un suivi et une évaluation efficaces des flux d'APD. En particulier, le code-objet 'Nutrition de base' doit être réformé afin de n'inclure que les activités liées directement au traitement et à la prévention de la sous-nutrition. La base de données du SNPC peut constituer une source de référence extraordinairement utile pour évaluer l'ensemble de l'aide à la nutrition si elle est correctement utilisée et régulièrement actualisée.

Malgré les difficultés auxquelles nous avons été confrontés pour réaliser cette étude, nos conclusions montrent que l'aide à la nutrition est loin d'atteindre les 11,8 milliards de dollars US nécessaires par an pour financer les interventions directes en nutrition. Ces interventions directes en nutrition, reconnues efficaces et nécessaires pour enrayer le fléau de la sous-nutrition, n'ont concerné que 0,1% du total de l'APD entre 2005 et 2009.

Si on constate une hausse des financements pour la nutrition sur cette période, cette amélioration témoigne d'une attitude réactive, notamment suite à la crise des trois "F" (Food, Fuel, Finance : nourriture, carburant, finances), plutôt que d'un investissement de long terme dans le secteur de la nutrition. Une prise en compte accrue du traitement et de la prévention de la malnutrition aiguë dans l'agenda du développement est nécessaire.

D'autre part, nos résultats montrent que les financements pour les interventions directes en nutrition sont non seulement insuffisants, mais également inadaptés : ils ne touchent qu'une petite partie des populations qui en ont besoin, et ce, de façon irrégulière. Ceci affecte le principe du renforcement de l'efficacité de l'aide, que la plupart des gouvernements se sont engagés à respecter.

Enfin, l'approche multisectorielle doit s'appliquer à la fois aux interventions directes et indirectes.

Certaines initiatives ciblant la nutrition, notamment le mouvement SUN, offrent un cadre très prometteur pour affronter l'un des plus grands problèmes mondiaux de santé publique et pour placer la nutrition au cœur des priorités politiques. Mais si rien n'est fait pour améliorer le suivi des flux d'aide, le plan d'action du SUN risque d'être mis en place dans l'opacité, outre la faiblesse de son financement évoqué plus haut. En cas de progrès, ses avancements ne pourront pas être évalués efficacement. Pourtant, il est indispensable que les nombreux acteurs qui soutiennent le SUN puissent suivre les progrès effectués dans le financement du renforcement de la nutrition, afin de guider les politiques et les prises de décision, et assurer que les bailleurs et les destinataires respectent les principes de l'efficacité de l'aide.

5.2 TRAVAUX À VENIR

1. ACF travaille avec des chercheurs de l’Institute of Development Studies (IDS) pour qu’ils proposent diverses méthodes pour combler le manque de financement en nutrition afin d’assurer notamment que les interventions directes en nutrition soient mises à l’échelle.
2. Toujours sur la base des données du CAD, ACF met à jour l’estimation de l’aide à la nutrition de certains bailleurs pour l’année 2010.
3. ACF se propose de travailler avec d’autres acteurs du secteur de la nutrition et de l’aide au développement pour inciter les États membres du CAD à réformer le code-objet ‘Nutrition de base’ du SNPC pour s’assurer qu’il n’inclut que les interventions liées à la nutrition.
4. ACF plaide pour la mise en œuvre d’un mécanisme indépendant chargé d’assurer un suivi annuel des flux d’aide au développement consacrée aux interventions ayant prouvé leur efficacité en nutrition.
5. ACF continuera de plaider pour que les bailleurs allouent un budget spécifique au renforcement de la nutrition.
6. Il serait utile que les investissements en nutrition des pays en développement soient répertoriés pour que les gouvernements puissent être redevables de leurs engagements pris en faveur du renforcement de la nutrition. Bien que les données de l’OCDE fournissent des informations conséquentes sur les engagements et déboursements des bailleurs de l’aide au développement, il n’y a aucune méthodologie établie encadrant la traçabilité des dépenses associées à la nutrition des pays à bas et moyens revenus.
7. Enfin, ACF s’engage à travailler avec ses partenaires de différents secteurs en faveur de l’éradiation de la sous-nutrition au travers de la promotion des interventions directes et indirectes. L’accent devra également être mis sur la mise en œuvre de meilleures pratiques dans le cadre d’interventions indirectes dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de la santé, de l’eau et l’assainissement.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Arinaitwe, E. e.** (2012). The association between malnutrition and the incidence of malaria among young HIV-infected and -uninfected Ugandan children: a prospective study. *Malaria Journal*, 90.
- Ashworth, A.** (2006). Efficacy and effectiveness of community-based treatment of severe malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*, S24-S48.
- Bhutta, Z. e., & A. S.** (2008). Alma-Ata: Rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: What difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*, 972-989.
- Bhutta, Z., & al, e.** (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* (371), 417-440.
- Black, R. E., Allen, L. H., & Bhutta, Z. A.** (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional. *Lancet*, 243-60.
- Bryce, J., & Coitinho, D.-H. I.** (2008). Maternal and child undernutrition: effective action at national level. *Lancet* , 510-526.
- Caulfield, L., de Onis, M., & al., e.** (2004). Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhoea, pneumonia, malaria and measles. *American Journal of Clinical Nutrition*, 193-198.
- Coppard, D., & Zubairi, A.** (2011). Nutrition Advocacy Landscaping in Europe. Development Initiatives.
- De Schutter, O.** (2011). A/HRC/19/59 Human Rights Council, 19th session, Agenda Item 3: Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. United Nations.
- Horton, S., Shekar, M., McDonald, C., Mahal, A., & Brooks, J.** (2010). Scaling Up Nutrition, What will it cost? Washington DC: World Bank.
- Hossain, & al., e.** (2010). The Social Impacts of Crisis One Year On: Findings from community-level-research in five developing countries. Institute of Development Studies.
- Lie, G. S.** (2011). Developing a resource tracking system for measuring spending on nutrition in low and middle-income countries. Bethesda, MD: Health System 20/20, Abt Associates.
- Martorell, R. e.** (2008). Copenhagen Consensus 2008 Perspective Paper: Malnutrition and Hunger . Copenhagen: Copenhagen Consensus Center.
- Micronutrient Initiative. (n.d.).** Vitamin A in Child Health Weeks: a toolkit for planning, implementing and monitoring. Micronutrient Initiative.
- Morris, S., Cogill, B., & Uauy, R.** (2008). Maternal and child undernutrition. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? London: The Lancet.
- MSF.** (2009). Malnutrition: How much is being spent? An analysis of nutrition funding flows 2004-2007. Paris : Médecins Sans Frontières.
- Muldoon, K., Galway, L., & al, e.** (2011). Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. *Globalization and Health* , 42.
- OECD.** (2005). Paris Declaration on Aid Effectiveness. OECD Publishing. OECD (n.d.) Directive for reporting to the aid activity [online] www.oecd.org/dac/stats/crsdirectives [Accessed in March 2012]
- Smith, L., & Haddad, L.** (2000). Explaining Child Malnutrition in Developing Countries. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
- Sumner, L., Lindstrom, J., & Haddad, L.** (2007). Greater DFID and EC Leadership on chronic malnutrition: opportunities and constraints. Brighton: Institute of Development Studies.
- The Lancet.** (2008). Maternal and Child Undernutrition Special Series.
- The National Bureau of Asian Research.** (2008). Scaling Up and Sustaining Nutrition Interventions:Lessons Learned from Success in the Asia-Pacific Region White Paper. Washington: The National Bureau of Asian Research.
- Tripode, A. I.** (2011). Undernutrition: What works? A review of policy and practice. ACF International.
- UNICEF.** (2008). State of the World's Children . NY: United Nations Children's Fund.
- UNICEF.** (2009). Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition.
- UNICEF & Valid.** (2011). Global Mapping Review of Community-based Management of Acute Malnutrition. NY: UNICEF.
- United Nations.** (2010). The global financial crisis: impact and response of the regional commissions. UN.
- WHO.** (2011, April). WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition.
- Wilfred, R., Golden, K., & Walker, D.** (2011). Cost-effectiveness of community-based management of acute malnutrition in Malawi. *Health Policy and Planning*, 1-11.
- World Bank.** (2006). Repositioning nutrition as central to development. Washington: World Bank.



7. ANNEXES

TABLES DES MATIÈRES

ANNEXE 1 : LISTE DES 36 PAYS LES PLUS TOUCHÉS	48
ANNEXE 2 : LE CONSENSUS DE COPENHAGUE	50
ANNEXE 3 : INTERVENTIONS INCLUES/EXCLUES DU CALCUL DES COÛTS DU SCALING UP NUTRITION : <i>WHAT WILL IT COST?</i> (HORTON <i>et al.</i>, 2010)	51
ANNEXE 4 : LA SÉLECTION DE CODES-OBJET DANS LA BASE DE DONNÉES SNPC	52
ANNEXE 5 : LISTE DES ACTIVITÉS CONSIDÉRÉES COMME DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES DIRECTES PAR DIVERS CHERCHEURS (2007-2012)	53
ANNEXE 6 : LISTES DES INTERVENTIONS SOUS LE CODE-OBJET « NUTRITION DE BASE » DU SNPC	54
ANNEXE 7 : ANALYSES DES BAILLEURS INDIVIDUELS	55
LA FONDATION BILL ET MELINDA GATES	55
LE CANADA	56
LES INSTITUTIONS DE L'UNION EUROPÉENNE	59
LA FRANCE	62
IDA (BANQUE MONDIALE)	66
L'ESPAGNE	68
LE ROYAUME-UNI	72
LES ÉTATS-UNIS	76
UNICEF	80

ANNEXE 1 : LISTE DES 36 PAYS LES PLUS TOUCHÉS

La liste d'ACF des 15 pays hautement prioritaires a été établie en sélectionnant les pays qui comportent le nombre de cas le plus élevé d'enfants souffrant d'un retard de croissance (issus de la liste des 36 pays les plus touchés identifiés dans la revue *The Lancet* (2008), avec une prévalence importante ($\geq 10\%$) d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (source UNICEF¹). Ces pays ont ensuite été classés en fonction du nombre de cas d'enfants souffrant de retard de croissance. Les 15 pays hautement prioritaires ont été surlignés en orange dans le tableau ci-dessous :

	PAYS	NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE (EN MILLIERS)	PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS ³ (%)	POIDS DU RETARD DE CROISSANCE % DU NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE PAR RAPPORT AU POURCENTAGE MONDIAL)	PRÉVALENCE DE L'ÉMACEMENT CHEZ LES ENFANTS ² (%)
1	Inde	61 206	51,0	34%	20
2	Indonésie	9 772	45,3	5%	14
3	Nigéria	9 571	43,0	5%	11
4	Bangladesh	8 787	50,5	5%	17
5	Pakistan	8 763	41,5	5%	14
6	Éthiopie	7 498	57,4	4%	12
7	République démocratique du Congo	4 977	44,4	3%	10
8	Philippines	3 730	37,8	2%	7
9	Viêt Nam	3 375	42,4	2%	NR
10	Afghanistan	2 967	53,6	2%	9
11	République Unie de Tanzanie	2 920	48,3	2%	4
12	Ouganda	2 675	44,8	1%	6
13	Soudan	2 483	47,6	1%	16
14	Yémen	2 175	59,3	1%	15
15	Népal	2 078	57,1	1%	13
16	Kenya	2 054	35,8	1%	7
17	Myanmar	1 891	40,6	1%	11
18	Égypte	1 813	20,3	1%	7
19	Madagascar	1 724	55,5	1%	13
20	Afrique du Sud	1 616	30,9	1%	0
21	Mozambique	1 547	47,0	1%	NR
22	Niger	1 545	54,2	1%	12
23	Angola	1 511	30,8	1%	8
24	Turquie	1 479	20,5	1%	1
25	Malawi	1 278	54,6	1%	4
26	Irak	1 223	28,3	1%	6
27	Guatemala	1 210	59,9	1%	NR
28	Mali	1 111	42,7	1%	15

29	Ghana	1 104	35,6	1%	9
30	Burkina-Faso	1 060	43,1	1%	11
31	Zambie	1 056	52,5	1%	5
32	Pérou	938	31,3	1%	1
33	Cambodge	901	49,1	1%	9
34	Cameroun	868	35,4	0%	7
35	Côte d'Ivoire	863	31,1	0%	8
36	Burundi	837	63,1	0%	NR
32 autres pays		17 845	<20	10%	
TOTAL		178 451		100%	
	Total des 36 pays les plus touchés	160 606	44 064	90%	
	Total des 15 pays les plus touchés de la liste ACF	124 641	48 880	70%	

Méthodologie du calcul de la proportion de financement ciblant les pays hautement prioritaires dans le cas où aucun pays n'a été spécifié

Afin d'évaluer si le financement de la nutrition concerne les pays ayant les plus grands besoins, nous avons calculé la proportion du financement ciblant les pays hautement prioritaires par rapport au financement général de la nutrition.

Les bailleurs ne précisent pas toujours le nom du pays destinataire. Ils présentent souvent certains projets comme des projets « bilatéraux non spécifiés » ou indiquent simplement le nom de la région, dans le cadre de programmes régionaux. Dans ces cas là, nous avons supposé que ce financement non spécifié suivait le même schéma d'affectation par pays que le financement adressé à des pays spécifiés. Pour les projets « bilatéraux non spécifiés », les ratios ont été calculés par année et par bailleur. Les programmes régionaux ont été différenciés par le calcul d'un ratio pour les régions asiatique et africaine. Aucun ratio n'a été calculé pour l'Amérique, l'Océanie et l'Europe, ces régions ne comportant aucun pays dans la liste des pays prioritaires.

Trois types de ratios ont été calculés par bailleur et par année :

Le ratio général non spécifié, à appliquer au financement de projets « bilatéraux non spécifiés » :

$$\frac{\sum D \text{ [Pays destinataires hautement prioritaires]}}{\sum D \text{ [pays destinataires]}} \times 100$$

Le ratio de l'Afrique, à appliquer au financement régional pour l'Afrique :

$$\frac{\sum D \text{ [Pays destinataires hautement prioritaires d'Afrique]}}{\sum D \text{ [pays destinataires d'Afrique]}} \times 100$$

Le ratio de l'Asie, à appliquer au financement régional pour l'Asie :

$$\frac{\sum D \text{ [Pays destinataires hautement prioritaires d'Asie]}}{\sum D \text{ [pays destinataires d'Asie]}} \times 100$$

Par exemple, si le Canada dépense 100 millions de dollars US pour des interventions nutritionnelles en 2008, dont 10 millions notés comme « bilatéraux non spécifiés » et 45 millions USD à des pays hautement prioritaires, alors le ratio général non spécifié s'élève ainsi à 50%. Nous supposons donc que 50 millions de dollars ($45+10*0,5$) ont visé des pays hautement prioritaires ou 50% du financement canadien en 2008.

ANNEXE 2 : LE CONSENSUS DE COPENHAGUE (2008)

CLASSEMENT	SOLUTION	DÉFI
1	Suppléments de micronutriments pour les enfants (vitamine A et zinc)	Malnutrition
2	Programme pour le développement de Doha	Commerce
3	Fortification en micronutriments (fer et iodation du sel)	Malnutrition
4	Programme élargi de vaccination pour les enfants	Maladies
5	Biofortification	Malnutrition
6	Éradication des vers et autres programmes de nutrition à l'école	Malnutrition et éducation
7	Réduction des frais de scolarité	Éducation
8	Augmentation et amélioration de la scolarisation des filles	Femmes
9	Promotion de la nutrition au sein de la communauté	Malnutrition
10	Soutien aux femmes en matière de reproduction	Femmes



ANNEXE 3 : INTERVENTIONS INCLUES/EXCLUES DU CALCUL DES COÛTS DU SCALING UP NUTRITION: WHAT WILL IT COST? (HORTON et al., 2010)

INTERVENTIONS INCLUES DANS HORTON et al. (2010)	INTERVENTIONS INCLUES DANS LE LANCET (2008)	DIFFÉRENCES ENTRE LES DEUX PUBLICATIONS
Modification des comportements		
Promotion de l'allaitement	Promotion de l'allaitement	Aucune différence
Promotion d'une alimentation complémentaire, au bon moment (n'inclut pas la fourniture des aliments complémentaires)	Communication pour les changements de comportement en vue d'une alimentation complémentaire améliorée	Aucune différence
Promotion du lavage des mains	Promotion du lavage des mains/interventions en hygiène	Aucune différence
Apport en micronutriments et interventions de déparasitage		
Suppléments en vitamine A	Supplémentation ou fortification en vitamine A	Seulement supplémentation en vitamine A
Suppléments thérapeutiques en zinc pour le traitement de la diarrhée	Zinc thérapeutique pour la diarrhée	Aucune différence
Apport de micronutriments en poudre (en sachets ou en comprimés sécables) pour les enfants de moins de deux ans	Non inclus	Les micronutriments en poudre ont été ajoutés pour diminuer l'anémie ; une réunion internationale d'experts s'est tenue après la publication du <i>Lancet</i>
Déparasitage	Interventions de déparasitage incluses dans certaines situations contextuelles seulement	Aucune différence
Suppléments en fer et acide folique pour les femmes enceintes	Suppléments en fer et acide folique et suppléments multi-micronutriments (MMS) pour les mamans	Seuls le fer et l'acide folique ont été chiffrés ici, et ce pour deux raisons. Premièrement, les mères ne bénéficieront que de l'une des deux interventions. Deuxièmement, on ne dispose pas des coûts pour les MMS et les plateformes de mise en place puisque les deux sont identiques.
Enrichissement en fer des denrées alimentaires basiques	Enrichissement en fer recommandé uniquement selon le contexte	Au vu de la prévalence importante de l'anémie liée aux carences en fer et au vu du faible coût de la fortification en fer, une application plus large se justifie.
Iodation du sel	Sel iodé universel	Aucune différence
Capsules d'huile iodée	Suppléments d'iode pour les mères	Aucune différence
Alimentation complémentaire et thérapeutique		
Prévention et traitement des enfants atteints de sous-nutrition modérée de 6 à 23 mois avec des aliments complémentaires	Non inclus	Ajouté ici en raison de recherches récentes et impératifs d'ordre humanitaire.
Traitemennt de la malnutrition aiguë sévère en utilisant la prise en charge à base communautaire de la sous-nutrition aiguë	Traitemennt de la SAM	Gestion communautaire ajoutée sur la base de nouveaux éléments concluants de MSF

ANNEXE 4 : LA SÉLECTION DE CODE-OBJET DE LA BASE DE DONNÉES SNPC

CODE-OBJET	NOM DU CODE-OBJET	DESCRIPTION DU CODE
120 SANTÉ		
12220	Soins et services de santé de base	Programmes de soins sanitaires primaires et de base ; programmes de soins paramédicaux et infirmiers ; approvisionnement en médicaments et en vaccins relatifs aux soins et services de santé basiques.
12240	Nutrition de base	Programmes pour l'alimentation (alimentation maternelle, allaitement et alimentation du sevrage, alimentation de l'enfant, alimentation à l'école) ; identification des déficiences en micronutriments; fourniture de vitamine A, d'iode, de fer, etc. ; surveillance de l'état nutritionnel ; enseignement de la nutrition et de l'hygiène alimentaire ; alimentation domestique.
12261	Éducation sanitaire	Information, éducation et formation de la population pour l'amélioration des connaissances et des pratiques liées à la santé ; campagnes pour la santé publique et programmes de sensibilisation ; promotion de meilleures pratiques d'hygiène personnelle, notamment de l'utilisation d'équipements sanitaires et du savonnage des mains.
140 EAU ET ASSAINISSEMENT		
14030	Approvisionnement en eau potable et assainissement - dispositifs basiques	Programmes dont les composantes relatives aux codes 14031 et 14032 ne peuvent être identifiées séparément. Lorsque les composantes sont connues, elles devraient être individuellement notifiées sous leurs codes respectifs : approvisionnement en eau [14031], assainissement [14032] et hygiène [12261].
160 AUTRES INFRASTRUCTURES ET SERVICES SOCIAUX		
16050	Aide plurisectorielle aux services sociaux de base	Les services sociaux de base incluent l'éducation de base, la santé de base, la santé reproductive/de la population, les systèmes de distribution d'eau potable de base et assainissement de base.
16064	Atténuation de l'impact social du VIH	Programmes spéciaux visant à répondre aux conséquences sociales du VIH/SIDA, par exemple l'assistance sociale, juridique et économique aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris sécurité alimentaire et emploi ; soutien aux groupes vulnérables et aux enfants orphelins du sida ; droits de l'homme pour les personnes atteintes par le VIH/SIDA.
500 AIDE-PROGRAMME ET AIDE SOUS FORME DE PRODUITS		
52010	Programmes de sécurité et d'aide alimentaire	Fourniture nationale ou internationale de produits alimentaires y compris frais de transport ; paiements comptants pour la fourniture de produits alimentaires ; projets d'aide alimentaire et aide alimentaire destinée à la vente quand le secteur destinataire ne peut être précisé ; à l'exclusion de l'aide alimentaire d'urgence.
700 AIDE HUMANITAIRE		
72010	Assistance matérielle et aide d'urgence	Fourniture d'abris, d'eau, d'installations sanitaires et de services de santé, de médicaments et d'autres secours non alimentaires ; aide aux personnes déplacées à l'intérieur d'un pays à des fins autres qu'alimentaires (72040) ou de protection (72050).
72040	Aide alimentaire d'urgence	Aide alimentaire pour distribution gratuite ou programmes alimentaires complémentaires ; soutien à court terme aux populations affectées par des catastrophes. Sont exclus les programmes non urgents de sécurité et d'aide alimentaire (52010).



ANNEXE 5 : LISTE DES ACTIVITÉS CONSIDÉRÉES COMME DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES DIRECTES PAR DIFFÉRENTS CHERCHEURS (2007-2012)

ÉTUDE	PÉRIODE	DÉFINITION DE LA NUTRITION	
		Liste des interventions directes/ spécifiques à la nutrition	Liste des interventions indirectes/mixtes
ACF, 2012	2005-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement • Alimentation complémentaire pour les nourrissons de plus de 6 mois • Amélioration des pratiques d'hygiène • Supplémentation périodique en vitamine A • Supplément thérapeutique en zinc pour la diarrhée • Multi-micronutriments en poudre • Médicaments pour déparasitage chez les enfants (pour réduire les pertes en nutriments) • Supplémentation en acide folique et en fer pour les femmes enceintes pour prévenir et traiter l'anémie • Capsules d'huile iodée si le sel iodé n'est pas disponible • Iodation du sel • Fortification en fer des denrées alimentaires de base • Prévention ou traitement de la sous-nutrition modérée • Traitement de la sous-nutrition sévère avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi 	
COPPARD & ZUBAIRI, 2011	1996-2009		<p>Nutrition de base (base de données SNPC de l'OCDE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes directs d'alimentation • Évaluation du taux de micronutriments et distribution de micronutriments • Suivi et éducation nutritionnels • Sécurité alimentaire des foyers
LANCET, 2008	2000-2004		<p>Nutrition de base (base de données SNPC de l'OCDE, novembre 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'alimentation directe • Évaluation du taux de micronutriments et distribution de micronutriments • Suivi et éducation nutritionnels • Sécurité alimentaire des foyers
MSF, 2008	2004-2007	Toute activité ou projet nutritionnels incluant un objectif nutritionnel, y compris toute activité dont le titre et la description présentent la nutrition comme un objectif seul. Cela inclut également des interventions directes décrites ci-dessous par Sumner <i>et al.</i> (2007).	Toute intervention correspondant à des activités nutritionnelles et à un autre type d'activité, par exemple, les objectifs sanitaires, la sécurité alimentaire et l'hygiène
SUMNER <i>et al.</i> , 2007	1995-1999; 2000-2004	<ul style="list-style-type: none"> • Services nutritionnels et sanitaires basés sur la communauté (promotion de la croissance, alimentation complémentaire) • Conseils en allaitement • Services nutritionnels basés sur les infrastructures (traitement de la sous-nutrition sévère, soins prénataux) • Supplémentation et fortification en micronutriments • Programmes pour les changements de comportement/éducation nutritionnelle/information, éducation et communication (IEC) aide alimentaire ciblée • Programmes de sensibilisation à la nutrition • Plaidoyer pour la nutrition • Interventions nutritionnelles pour les femmes • Surveillance nutritionnelle 	Services de santé primaire et contrôle des maladies infectieuses

ANNEXE 6 : LISTE DES INTERVENTIONS DANS LE CODE-OBJET SNPC « NUTRITION DE BASE »

	INTERVENTIONS SUN/LANCET	INTERVENTIONS « NUTRITION DE BASE » DU SNPC
I. INTERVENTIONS POUR LA MODIFICATION DES COMPORTEMENTS	1. Promotion et soutien de l'allaitement 2. Promotion de l'alimentation complémentaire 3. Savonnage des mains et promotion des pratiques d'hygiène	Allaitement Alimentation de sevrage Éducation à l'hygiène alimentaire et la nutrition
II. INTERVENTIONS DE DEPARASITAGE ET MICRONUTRIMENTS	4. Supplémentation en vitamine A 5. Suppléments thérapeutiques en zinc 6. Poudres multi-micronutriments 7. Déparasitage 8. Suppléments en acide folique et fer pour femmes enceintes 9. Enrichissement en fer des aliments base 10. Iodation du sel 11. Suppléments d'iode	Apports en vitamine A, iode, fer, etc.
III. INTERVENTIONS EN ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE ET THERAPEUTIQUE	12. Prévention et traitement de la sous-nutrition modérée chez les enfants de 6 à 23 mois 13. Traitement de la sous-nutrition aiguë sévère	Alimentation des enfants Alimentation scolaire Allaitement maternel
AUTRE		Sécurité alimentaire des ménages Surveillance de l'état nutritionnel Détermination de carences en micronutriments



ANNEXE 7 : ANALYSE DES BAILLEURS INDIVIDUELS

LA FONDATION BILL ET MELINDA GATES

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE EN NUTRITION DE LA FONDATION BILL ET MELINDA GATES

La Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) veille à ce que les enfants bénéficient de la nutrition dont ils ont besoin pour leur développement. La Fondation s'intéresse notamment à la recherche et au développement de nouveaux produits et outils, dans le but de fournir une nutrition adaptée aux femmes et aux enfants. Cela inclut l'élaboration de nouvelles approches permettant de traiter la sous-nutrition durant les deux premières années de la vie. La BMGF s'appuie sur ses partenaires pour effectuer des interventions nutritionnelles dans le monde entier, notamment en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud, régions les plus touchées par le fardeau de la sous-nutrition. En outre, la Fondation étudie la manière dont ces interventions peuvent être reproduites et étendues pour améliorer la nutrition.

LES FINANCIEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

Ce rapport analyse les subventions de la BMGF pour l'année 2009 qui, au moment de la collecte des données, était la seule année pour laquelle elles avaient été reportées dans la base de données SNPC de l'OCDE. En 2009, la Fondation a dépensé 96 millions de dollars US pour des interventions en nutrition - toutes indirectes. La plupart des activités en nutrition était axée sur la recherche et le développement, ce qui est conforme à la stratégie nutritionnelle de la BMGF. En outre, la BMGF a consacré à la nutrition 5,2% du total de ses subventions pour l'année en question. La BMGF n'a pas financé d'interventions directes, ce qui n'est pas surprenant étant donné que l'objectif principal de la Fondation repose sur le plaidoyer, la recherche et le développement dans le but de faire reculer la sous-nutrition.

COMMENT SONT RÉPARTIS LES FINANCIEMENTS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

En 2009, l'intégralité du financement de la Fondation est allée au secteur de la santé.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

En 2009, 69% des financements de la Fondation ont été classés comme « bilatéraux non spécifiés ». Il a été presque impossible de montrer si les fonds étaient destinés à des pays comportant un nombre de cas élevé de sous-nutrition.

REPORTING ET TRANSPARENCE

Parmi les codes-objet analysés, les activités impliquant des interventions nutritionnelles ont été uniquement rapportées dans le code-objet 'Nutrition de base'. Les descriptions des activités nutritionnelles étaient claires et détaillées. Aucun projet n'a été rejeté en raison d'un manque d'informations. 99% environ de tous les projets présentés avaient un lien avec la nutrition.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- Prioriser et assurer le financement de stratégies qui diagnostiquent et traitent directement la sous-nutrition.
- Augmenter la part des subventions en faveur de la nutrition dans l'ensemble des subventions annuelles de la Fondation dans le but d'accroître proportionnellement le financement de la nutrition.
- Améliorer l'identification des pays destinataires des subventions notifiées au SNPC, afin de favoriser la transparence et la redevabilité, et garantir que les interventions de la BMGF visent bien les pays les plus touchés par la sous-nutrition en Afrique et en Asie.

LE CANADA

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE EN NUTRITION DU CANADA

De 2005 à 2009, le Canada a été le 10^{ème} plus grand bailleur d'APD au monde, avec une moyenne de 2,6 milliards de dollars US par an (0,3% de son revenu national brut (RNB)) par le biais de l'ACDI (Agence canadienne de développement international). Depuis quelques années, le Canada est reconnu pour son engagement à éradiquer la faim en améliorant la sécurité alimentaire. Son objectif est de fournir « un financement plus souple, plus prédictible afin de répondre aux besoins alimentaires et nutritionnels des populations les plus vulnérables et exposées, dans les urgences et à long terme» (ACDI), à travers l'aide alimentaire d'urgence, les filets de sécurité sociaux et les interventions nutritionnelles. La nutrition fait donc partie intégrante de la stratégie de sécurité alimentaire canadienne. Elle est principalement traitée par la composante ‘Supplémentation en micronutriments’, qui comprend également la diversification alimentaire, l'enrichissement des aliments de base et les programmes d'alimentation scolaire.

La nutrition est également une composante de la « Stratégie pour la Santé de la Mère, du Nouveau Né et de l'Enfant » (ACDI 2011). Outre la supplémentation en micronutriments, cette stratégie recommande la promotion de l'allaitement maternel, des pratiques alimentaires spécifiques pour

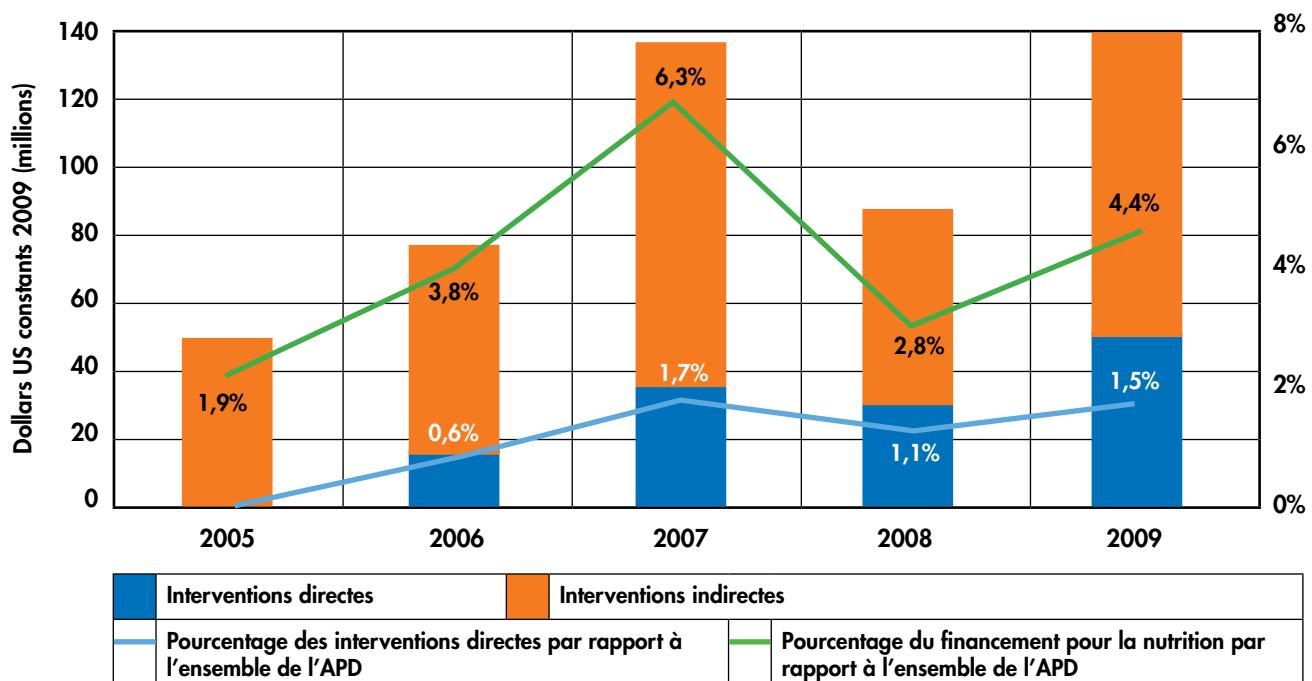
les nourrissons et jeunes enfants et l'administration d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

Les interventions en micronutriments sont principalement mises en œuvre dans le cadre de “l’Initiative pour les micronutriments” émanant de l'ACDI. Celle-ci a gagné en importance suite à l’Initiative pour la Santé de la Mère et de l'Enfant de Muskoka, soutenue par le Canada (Initiative pour les micronutriments, 2012). Par le biais cette initiative, le Canada estime avoir couvert plus de 75% des besoins en vitamine A des pays en voie de développement en 2008.

LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

De 2005 à 2009, l'ACDI a dépensé en moyenne 26 millions de dollars US par an dans des interventions nutritionnelles directes et 71,4 millions dans des interventions indirectes. Collectivement, elles représentent 3,8% de l'APD totale du Canada pour cette période. À l'exception de 2008, le financement de l'ACDI pour la nutrition a constamment augmenté au cours de la période, notamment pour les interventions nutritionnelles directes. En 2009, le financement en nutrition du Canada a représenté plus d'un tiers du financement mondial de ce secteur, faisant de ce pays le plus important de tous les donateurs bilatéraux.

POURCENTAGE DU FINANCEMENT POUR LA NUTRITION PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DE L'APD



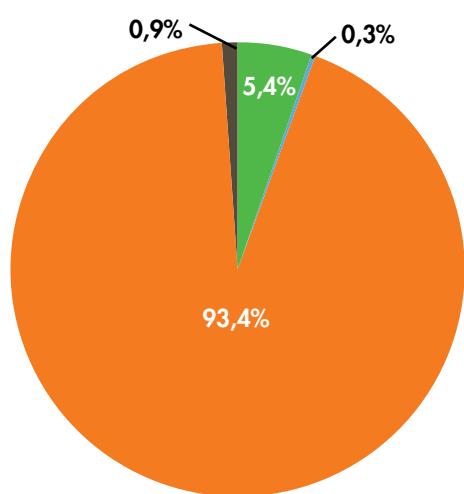


COMMENT SONT RÉPARTIS LES FINANCEMENTS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Interventions directes

En 2009, le Canada a été le premier bailleur d'APD pour la nutrition (donateurs bilatéraux et multilatéraux confondus). Il a consacré une grande partie de ses fonds à des interventions directes, notamment des interventions en micronutriments et de déparasitage. D'ailleurs, au cours de la période étudiée, le financement s'est concentré presque exclusivement sur ces domaines (93%) et seulement 5,4% sur le traitement de la malnutrition aiguë sévère ou modérée. De même, les interventions pour les changements de comportement n'ont reçu que peu de fonds. La quasi-totalité des interventions directes figurait dans le code-objet 'Nutrition de base', démontrant une bonne utilisation du code-objet dans la base de données SNPC. Cependant, seulement 5% du code-objet 'Programmes de sécurité et d'aide alimentaire' disposait d'une composante liée à la nutrition, alors que ce secteur aurait dû constituer pour l'ACDI l'un des principaux canaux de distribution de ses fonds pour la nutrition. Il semble aussi que les activités de sécurité alimentaire reportées n'aient pas englobé suffisamment d'objectifs (ou d'indicateurs) nutritionnels.

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DU CANADA



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation de l'apport en vitamines et en minéraux
III. Alimentation thérapeutique à base d'aliments spéciaux pour les enfants souffrant de malnutrition
II. + III.
III. + I.

Interventions indirectes

L'essentiel du financement pour les interventions indirectes est passé par le secteur de l'aide humanitaire (62%), du secteur sanitaire (26%) et de celui de l'eau et de l'assainissement (10%). Il est surprenant de constater que seulement 2% des initiatives de l'aide alimentaire à des fins de développement comporte une composante nutritionnelle ; d'autant plus qu'une proportion importante du financement pour la nutrition du Canada passe par le canal de la stratégie en sécurité alimentaire.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Sur l'ensemble de la période, le Canada a alloué 55% de son financement pour la nutrition en Afrique, 23% en Asie et 9% en Amérique (13% n'étant pas précisé). En 2009, seulement 20 % de ces financements ont concerné les pays les plus vulnérables, contre 40% en moyenne en 2005.

Seuls deux des cinq premiers pays récipiendaires de l'aide canadienne font partie de la liste des pays hautement prioritaires d'ACF. Cette situation devrait changer dans les prochaines années. En effet, le Canada a redessiné sa zone d'intérêt et prévoit de consacrer 80% de ses fonds à 20 pays, sélectionnés en fonction de « leurs besoins réels, de leur capacité à bénéficier de l'aide et leur concordance avec les priorités canadiennes en matière de politique étrangère » (ACDI 2009). Dix pays (dont cinq figurent dans la liste des pays hautement prioritaires d'ACF) ont été désignés pour bénéficier d'un financement par le biais de la « Stratégie pour la Santé de la Mère, du Nourrisson et de l'Enfant ». Ainsi, Haïti, l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Éthiopie, le Mali, le Mozambique, le Soudan, le Malawi, le Nigéria et la Tanzanie pourront profiter, à ce titre, d'un plus grand nombre d'interventions nutritionnelles directes.

REPORTING ET TRANSPARENCE

20% des projets analysés dans la base de données a été rejeté car ils ne fournissaient pas suffisamment d'informations. Si les projets canadiens étaient décrits de manière détaillée, dans de nombreux cas, ils ne comportaient pas la nature exacte des activités mises en œuvre. Toutefois, le Canada a présenté la plupart de ses programmes en anglais et en français, favorisant ainsi la transparence.

Les interventions directes sont quasiment toutes incluses dans le code-objet 'Nutrition de base'. 63% du financement reporté dans ce code

PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DE L'AIDE DU CANADA				
	Destinataire	Financement moyen annuel de la nutrition de 2005 à 2009 (dollars US constants 2009 (millions))	Pourcentage du financement total de la nutrition	Classement (Nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Soudan	13,3	14%	13
2	Afghanistan	5,1	5%	10
3	Irak	5,1	5%	26
4	Haïti	3,9	4%	NR
5	Ethiopie	3	3%	6

éétait effectivement classé dans notre définition du financement de la nutrition, ce qui démontre l'utilisation adéquate de ce code.

Néanmoins, malgré la convergence des politiques d'interventions en nutrition et des initiatives de sécurité alimentaire pour lutter contre la faim, il est clair que les projets du Canada référencés dans le code-objet "Aide alimentaire à des fins de développement" ne comportaient pas de réelles activités nutritionnelles. Seulement 5% de ces projets était lié à la nutrition, alors que des financements indirects en nutrition se trouvaient dans la plupart des autres codes-objet analysés. La part du financement d'interventions indirectes en nutrition varie entre 16,7% et 40,9% en fonction du code-objet. Par ailleurs, il est très décevant de constater que le Canada diminue son aide publique au développement. Le fait que le Canada ne respecte pas son engagement de faire passer l'APD à 0,7% de son RNB démontre un manque de redevabilité et va à l'encontre de l'Agenda de Paris et d'Accra pour l'efficacité de l'aide.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- Le Canada devrait aborder le traitement et la prévention de la sous-nutrition de manière globale, en considérant l'ensemble des 13 interventions nutritionnelles directes ayant fait preuve de leur coût-efficacité.
- Le Canada devrait davantage diriger son aide vers les pays les plus vulnérables afin que les populations les plus touchées puissent accéder à des services nutritionnels essentiels.
- Le Canada devrait être redevable de sa promesse d'augmenter son APD à 0,7% du RNB.
- Le Canada devrait améliorer la qualité de son reporting sur l'aide alimentaire à des fins de développement, afin d'identifier clairement

les objectifs nutritionnels dans ses projets multisectoriels, notamment dans le domaine de la sécurité alimentaire.

SOURCES

- CIDAa (date non précisée) <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/eng/home> [Consulté en mars 2012]
- CIDAb (date non précisée) Increasing food security: CIDA's food security strategy [online] [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLULimages/Youth-and-Children/\\$file/food-security-strategy-e.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLULimages/Youth-and-Children/$file/food-security-strategy-e.pdf) [Consulté en mars 2012]
- CIDA (2009) A New Effective Approach To Canadian Aid [online] <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/ACDI-CIDA.nsf/eng/NAT-5208469-GYW> (Consulté en mars 2012)
- CIDA (2011) Canada's actions on maternal, new-born and child health: Factsheet on Haiti [online] <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/ACDI-CIDA.nsf/eng/CAR-1117161357-SWA#haiti> (Consulté en mars 2012)
- Micronutrient Initiative (date not specified) <http://www.micronutrient.org/English/view.asp?x=1> (Consulté en mars 2012)
- Scallan, N (2012) Federal budget 2012: Foreign aid spending slashed [online] <http://www.thestar.com/news/canada/article/1153874--federal-budget-2012-foreign-aid-spending-slashed> (Consulté en avril 2012)
- The Canadian Press (2012) Foreign aid cuts focus on accountability, ODA says [Online] <http://www.cbc.ca/news/politics/story/2012/04/18/pol-oda-cida-cuts.html> (Consulté en avril 2012)

INSTITUTIONS DE L'UNION EUROPÉENNE

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE DE L'UNION EUROPÉENNE EN NUTRITION

En moyenne, l'Union européenne (UE) s'est engagée sur une APD de 12 milliards de dollars US par an. Le financement de la nutrition est assuré par deux institutions de la Commission européenne (CE) :

- EuropeAid est responsable de la mise en œuvre de l'aide extérieure de l'UE. Cette organisation est financée par le budget de l'UE et le Fonds européen de développement (FED). Ce dernier est le principal instrument de distribution de l'aide au développement.
- L'Office humanitaire des communautés européennes (ECHO) a pour mandat de fournir un secours d'urgence aux victimes de conflits ou de catastrophes.

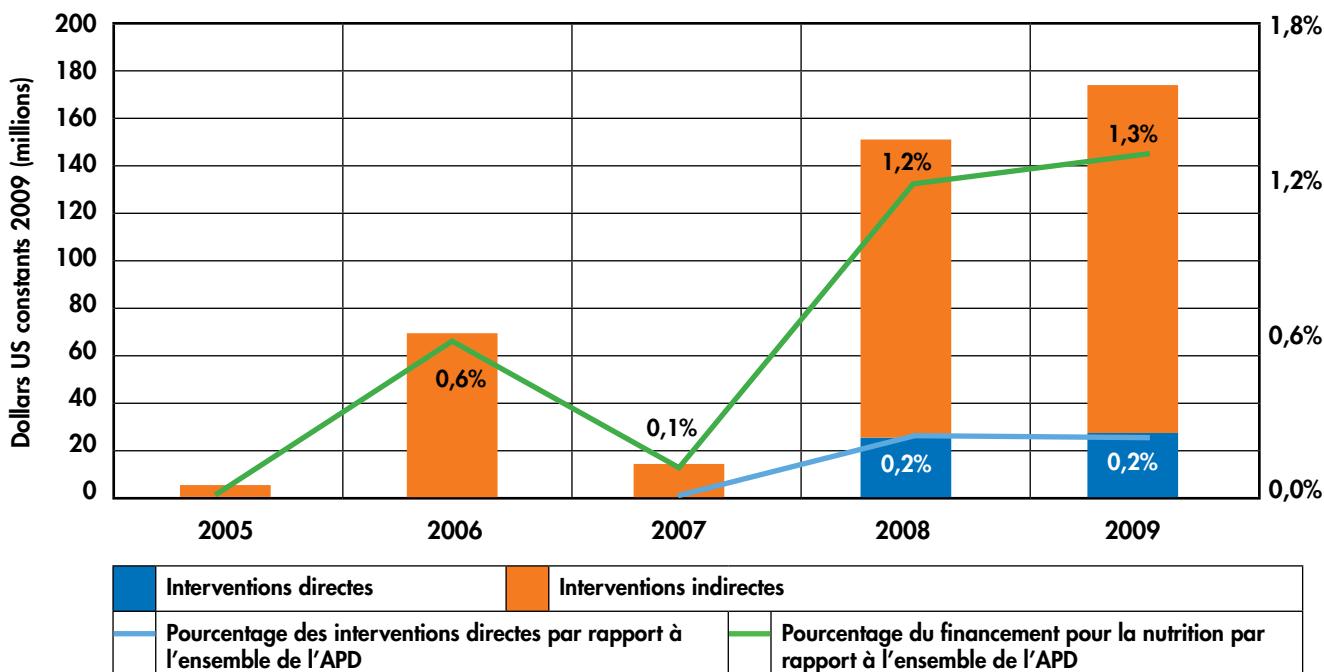
En 2009, EuropeAid a publié une note sur la nutrition qui réaffirme l'importance des projets à long terme (filets de sécurité, soins de santé primaires, autonomisation des femmes, éducation, agriculture, programmes d'élevage et d'accès à l'eau) comportant des objectifs nutritionnels, afin de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la sous-nutrition. L'organisation a souligné également

l'importance de la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles directes afin de s'attaquer aux causes immédiates de la sous-nutrition. De 2007 à 2013, la nutrition a été principalement abordée à travers le prisme de la sécurité alimentaire, en particulier via l'Initiative « Facilité alimentaire », mise en œuvre de 2009 à 2011 en réponse à la flambée des prix des denrées alimentaires.

LES INVESTISSEMENTS DANS LA NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

De 2005 à 2009, les organisations de l'UE ont alloué 10 millions de dollars US en moyenne par an dans des interventions nutritionnelles directes et 71,7 millions USD dans des interventions indirectes, ce qui représente 0,7% de l'ensemble de l'APD de l'UE. Néanmoins, les projets d'ECHO n'ayant pu être analysés dans la base de données SNPC, une analyse séparée des projets d'ECHO a été effectuée pour 2009. Celle-ci a révélé qu'ECHO a consacré 47,4 millions de dollars US à des interventions nutritionnelles directes et 78,3 millions à des interventions indirectes. Si l'on associe les chiffres de la base de données SNPC à ceux du site internet

APD DES INSTITUTIONS DE L'UE (À L'EXCEPTION D'ECHO) POUR LES INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION DE 2005 À 2009





d'ECHO pour l'année 2009, alors l'Union européenne a déboursé près de 300 millions de dollars US dans la nutrition, soit 2,3% de l'ensemble de son APD.

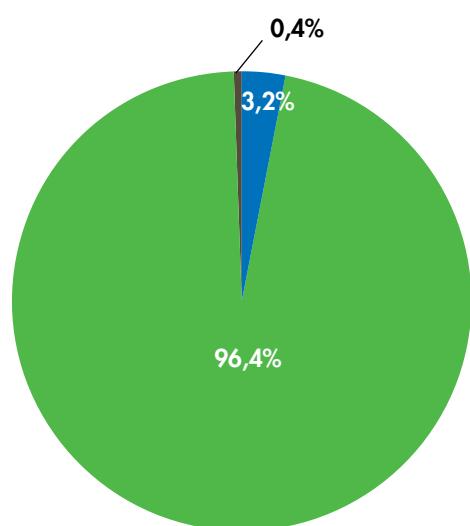
Nos données semblent montrer que l'UE a commencé à accorder davantage de fonds à la nutrition à partir de 2008, probablement en réponse à la crise alimentaire. Le financement européen pour la nutrition a été particulièrement faible en 2005. De 2005 à 2007, l'UE n'a financé aucune intervention nutritionnelle directe.

COMMENT LES FINANCEMENTS SONT-ILS RÉPARTIS ENTRE LES INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Interventions directes

De 2008 à 2009, concernant les interventions nutritionnelles directes, les organisations européennes ont consacré 96% du financement à l'alimentation thérapeutique des enfants souffrant de sous-nutrition avec des aliments spécifiques. L'analyse des interventions directes d'ECHO renforce ces conclusions. En effet, la quasi-totalité du

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DE L'UE



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation de l'apport en vitamines et en minéraux
III. Alimentation thérapeutique à base d'aliments spéciaux pour les enfants souffrant de malnutrition
I. + III.

financement direct d'ECHO se concentrerait alors sur le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS).

Interventions indirectes

La majorité du financement des interventions indirectes a été attribuée via le secteur de l'aide humanitaire (62%). Les secteurs de la santé et de l'eau et l'assainissement ont reçu moins de fonds, avec respectivement 28 et 10%. La même analyse n'a pu être effectuée pour le financement d'ECHO, mais au vu de son mandat, nous pouvons supposer que la plupart de ces projets ont été financés via le secteur de l'aide humanitaire.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

De 2005 à 2009, les organisations de l'UE (à l'exception d'ECHO) ont consacré 53% de leur financement pour la nutrition à l'Afrique, 31% à l'Asie et 15% à l'Amérique (1% était non-spécifié). 57% des fonds ciblaient les pays hautement prioritaires, avant de chuter à 33% en 2009. Toutefois, la même année, 42% des financements d'ECHO ont visé les pays hautement prioritaires.

REPORTING ET TRANSPARENCE

Pour la période étudiée (2005-2009), environ la moitié des données des codes-objet étudiés n'a pu être analysée, en raison d'un manque d'informations décrivant les projets de manière appropriée. Cela est dû en partie à un reporting médiocre. En effet, les projets répertoriés dans la base de données par ECHO ne comprenaient qu'un seul code budgétaire dans le projet. Ainsi, 93% du code 'Aide alimentaire d'urgence' (ou 370 millions de dollars US par an) a été rejeté de l'analyse. Néanmoins, il reste le code dans lequel le plus grand volume d'interventions en nutrition a été identifié (23,5 millions de dollars US par an), alors que 20,9 millions ont été identifiés dans le code-objet 'Soins et services de santé de base' et 12,1 millions dans le code-objet 'Nutrition de base'. Une proportion importante (plus de 40%) des projets dans le code-objet 'Aide alimentaire/Sécurité alimentaire' a été rejetée en raison d'un manque d'informations.

PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DE L'UE								
INSTITUTIONS DE L'UE (SANS ECHO)						ECHO (2009 UNIQUEMENT)		
	Destina-taires	Financement moyen annuel de la nutrition de 2005 à 2009 (dollars US constants 2009 (millions)	Pourcentage du financement total de la nutrition	Classement (Nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*		Destina-taires	Financement moyen annuel de la nutrition de 2005 à 2009 (dollars US constants 2009 (millions)	Pourcentage du financement total de la nutrition
1	Bangladesh	21,6	26%	4	1	Soudan	20,8	17%
2	Éthiopie	7,7	9%	6	2	Kenya	17,4	14%
3	Pérou	7	9%	32	3	Éthiopie	12,8	10%
4	Soudan	5,5	6%	13	4	Somalie	8,5	7%
5	Kenya	3,8	5%	16	5	Niger	7,1	6%
								22

Dans le code-objet ‘Soins et services de santé de base’, 93% des projets européens ont pu être analysés, et presque 100% d’entre eux avaient un lien direct avec la nutrition. La majorité de ces projets a été considérée comme des interventions indirectes.

Les financements directs en nutrition étaient presque entièrement classés dans les codes-objets de l'aide humanitaire (94%), à savoir, ‘l'Assistance matérielle’ et ‘l'Aide alimentaire d'urgence’. Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié du financement institutionnel européen déclaré au SNPC a pu être analysé conformément aux critères de l'étude.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- ECHO doit améliorer la qualité de son reporting à la base de données SNPC et remplir correctement les colonnes de description afin de mettre en évidence la contribution des projets au renforcement de la nutrition et de favoriser une vision transparente et exacte du financement de la nutrition.
- L'UE doit consacrer davantage de fonds à toutes les interventions directes en nutrition dans des contextes non humanitaires, de manière plus durable et plus prédictible, afin de faire avancer la lutte contre la sous-nutrition et permettre d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la faim et à la santé de la mère et de l'enfant.

* Classement du nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans la liste des 36 pays les plus touchés du Lancet (2008).

FRANCE

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE DE LA FRANCE EN NUTRITION

La France est l'un des premiers bailleurs de fonds de l'aide publique au développement au monde avec un volume de dépenses qui s'élève en moyenne à 9,3 milliards de dollars par an entre 2005 et 2009. Concernant la lutte contre la malnutrition, la France s'est dotée d'une stratégie publiée officiellement en 2010.

LES DEUX PILIERS DE LA STRATÉGIE FRANÇAISE EN NUTRITION

1. Aider les pays à détecter, prévenir et traiter la sous-nutrition chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de deux ans :

- 1.1. Renforcer les capacités humaines et institutionnelles
- 1.2. Soutenir les systèmes d'information afin d'améliorer la qualité de l'information pour la prise de décision
- 1.3. Maintenir les opérations de prévention et de traitement de la sous-nutrition chez la mère et l'enfant
- 1.4. Soutenir la recherche et le développement

2. Contribuer à une mobilisation internationale plus efficace contre la malnutrition :

- 2.1. Renforcer les stratégies, la gouvernance et le financement de la lutte contre la malnutrition dans le monde
- 2.2. Accroître la mobilisation des partenaires européens en matière de nutrition
- 2.3. Soutenir la recherche et l'information sur les questions émergentes

Avec cette stratégie nutrition, la France dispose d'un outil de cadrage très pertinent pour mener à bien ses efforts sur la lutte contre la malnutrition.

Le Document d'Orientation Stratégique pour la nutrition (DOS) s'est inscrit dans le cadre de la stratégie sectorielle « Agriculture et Sécurité Alimentaire » de l'aide française. On constate d'ailleurs que la question de la lutte contre la malnutrition est majoritairement traitée à travers le prisme « sécurité alimentaire » et moins santé malgré les priorités définies dans la stratégie.

Il faut à ce titre noter l'engagement français dans la réponse internationale à la crise alimentaire depuis 2008. En effet, la France a joué un rôle moteur dans la mise en œuvre d'un Partenariat Mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire qui a récemment abouti à la création du Comité pour la Sécurité Alimentaire, à l'élaboration des engagements de l'Aquila et à la création du Global Agriculture and Food Security Program (GAFSP). C'est également dans le cadre de cette mobilisation qu'a été créé au niveau français le Groupe Interministériel pour la Sécurité Alimentaire (GISA) réunissant les acteurs français et animé par le MAEE.

Concernant la nutrition spécifiquement, la France soutient le cadre d'action SUN et est signataire de l'alliance des donateurs. Cet engagement se traduit également par un rôle moteur de mobilisation des acteurs au niveau européen.

Enfin, la France est aussi l'un des pays les plus dynamiques pour encourager la communauté internationale à définir de nouveaux modes de financements de l'aide en complément des contributions des États. À l'occasion du Comité de la sécurité alimentaire mondiale 2011, la France a soutenu la création d'une task force sur les financements innovants pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition.

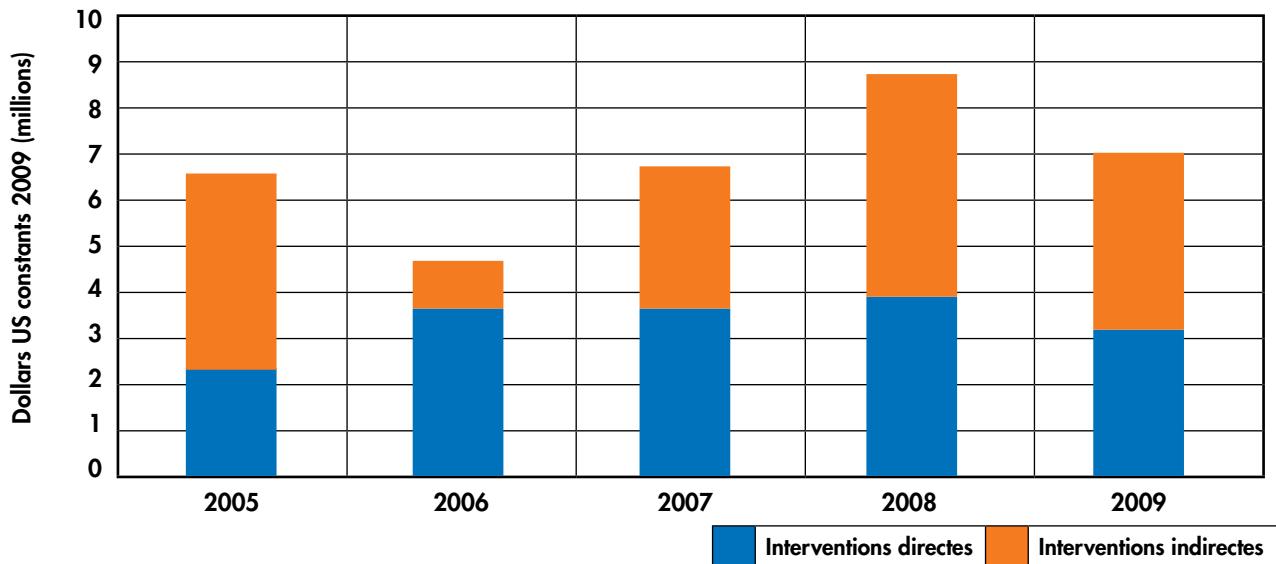
UN REPORTING DES FINANCEMENTS EN NUTRITION INSUFFISANT

Pour la France, le premier constat de cette étude concerne notre incapacité à analyser de façon précise et indépendante les contributions françaises via l'examen unique de la base de données du SNPC. La France a peu décrit les types de programmes rendant notre analyse difficile. Compte tenu de la mobilisation de la France et des engagements formels en faveur de la nutrition et de la sécurité alimentaire pris ces dernières années, nous avons cependant souhaité recueillir des données directement auprès du MAEE.

Deux documents nous ont été transmis : un tableau présentant les interventions en nutrition de l'Agence Française pour le Développement et un bilan des programmes d'aide alimentaire de 2005 à 2009.



**APD DE LA FRANCE POUR LES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES DIRECTES ET INDIRECTES DE 2005 À 2009
(SOURCE : COMMUNICATION DIRECTE AVEC LE GOUVERNEMENT FRANÇAIS)**



Les projets de l'AFD ont été exclus de l'analyse car ils ne pouvaient être comparés à ceux de la base du SNPC (financement de projets pluriannuels et insuffisance des descriptions). De plus, la liste des projets transmis ne comportait pas de programmes multisectoriels susceptibles d'abriter des interventions nutritionnelles indirectes.

QUELLE ÉVALUATION DES MONTANTS DE L'AIDE À LA NUTRITION POUR LA FRANCE ?

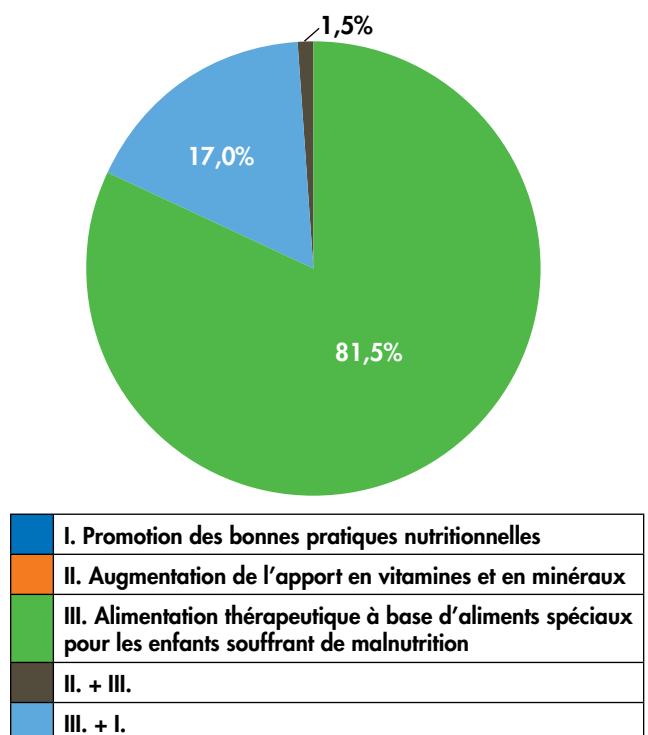
Notre évaluation est partielle puisqu'elle comprend uniquement la contribution via l'aide alimentaire. Selon notre analyse, les interventions nutritionnelles directes et indirectes ont atteint en moyenne 6,7 millions de dollars US entre 2005 et 2009 soit 3,4 millions de dollars pour les interventions directes et 3,3 millions de dollars annuels pour les interventions indirectes.

Notons que la part de l'aide multilatérale française représente 45% de son APD. Si elle était connue, la part d'aide à la nutrition française via le canal multilatéral et notamment les contributions à ECHO (grand bailleur de la nutrition) et aux agences des Nations Unies comme le PAM ou l'UNICEF, devrait augmenter le niveau global de financement français à la nutrition.

QUELS TYPES D'INTERVENTIONS EN NUTRITION ET QUEL CIBLAGE ?

Les interventions identifiées comme « directes » dans le cadre de l'aide alimentaire sont sans surprise principalement concentrées sur le traitement de la sous-nutrition (81,5%).

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DE LA FRANCE



PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DE L'AIDE FRANCAISE				
	Destinataire	Financement moyen annuel de la nutrition de 2005 à 2009 (dollars US constants 2009 (millions))	Pourcentage du financement total de la nutrition	Classement (Nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Ethiopie	1,4	21%	6
2	Somalie	1,3	18%	NR
3	Madagascar	1,1	16%	19
4	Tchad	0,7	9%	NR
5	Niger	0,5	7%	22

De 2005 à 2009, un peu moins de la moitié des interventions en nutrition de la France a ciblé les pays hautement prioritaires de la liste d'ACF (voir Annexe 1). Il convient également de noter que la quasi-totalité de l'APD pour la nutrition a été attribuée à l'Afrique (93%) tandis que l'Asie n'a bénéficié que de 3% des financements pour la nutrition et l'Amérique, 4%. En outre, l'aide s'est concentrée sur une poignée de pays africains. Les cinq principaux pays bénéficiaires représentaient 71% du financement de la nutrition, dont trois sont considérés par ACF comme des pays hautement prioritaires. Ces résultats ne sont en rien surprenants puisque la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) définie par la France se compose principalement de pays africains sub-sahariens. De plus, la stratégie sectorielle nutrition française relève que 20 pays dans cette région font partie des 36 pays les plus touchés tels qu'identifiés par la revue *The Lancet* et seront donc prioritaires dans les années à venir. En outre, diverses approches multisectorielles seront priorisées dans différents pays : agriculture et sécurité alimentaire en Afghanistan, au Cambodge, au Cameroun, au Ghana, à Madagascar, au Vietnam et au Yémen ; eau et assainissement au Burundi, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Mali, au Niger et en Tanzanie et santé au Cambodge, au Cameroun, à Madagascar, au Mozambique, au Niger, au Nigéria et en République démocratique du Congo.

REPORTING ET TRANSPARENCE

De 2005 à 2009, la France a reporté un total de 10,5 millions de dollars US (soit 2,1 millions par an en moyenne) dans le code-objet 'Nutrition de base'. Cependant, la faible qualité des descriptions des projets dans ce code et dans tous les codes-objet sélectionnés ne nous a pas permis de réaliser le mapping détaillé du financement en nutrition. Ces difficultés indiquent que la France ne s'est pas conformée aux principes de transparence de l'aide.

RECOMMANDATION PRINCIPALE

- La France doit prioritairement améliorer la lisibilité de ses interventions en faveur de la lutte contre la malnutrition afin de favoriser la transparence vis-à-vis des citoyens comme des autres acteurs engagés dans le renforcement de la nutrition. Mieux tracer l'aide à la nutrition permettra d'assurer une meilleure coordination des bailleurs, un financement plus prédictible et une meilleure redevabilité vis-à-vis des destinataires de son APD.
- Cet effort renvoie aux difficultés induites par la complexité du dispositif institutionnel français de l'APD.
- Notons enfin que l'AFD, qui est l'organe pivot de l'APD française, doit également favoriser ces progrès grâce à l'élaboration d'une base de données claire, complète et accessible afin de respecter les engagements de transparence qu'elle a pris (AFD, 2012b/2012c).

SOURCES

- AFD (2012a) Gouvernance [online] <http://www.afd.fr/home/AFD/presentation-afd/GouvernanceAFD> [Consulté en mars 2012]
- AFD (2012a) Gouvernance [online] <http://www.afd.fr/home/AFD/presentation-afd/GouvernanceAFD> [Consulté en mars 2012]
- AFD (2012b) La politique de transparence de l'AFD [online] <http://www.afd.fr/home/AFD/LAFD-s-engage/politique-transparence> [Consulté en mars 2012]]
- AFD (2012c) Liste des projets, <http://www.afd.fr/base-projets/listerProjets.action>
- MAEE (2010) Lutte contre les malnutrition: position Française [online] <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/securite-alimentaire-mondiale-et-crisesalimentaires-et/lutte-contre-les-malnutritions/article/position-francaise-79661> [Consulté en mars 2012]
- MAEE (2011) Rapport Nutrition dans les Pays en Développement, p14-19
- MAEE (2012) Aide au développement et gouvernance démocratique: Zone de solidarité prioritaire [online] <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/aide-au-developpement-et/article/zone-desolidarite-prioritaire> [Consulté en mars 2012]

IDA (BANQUE MONDIALE)

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE DE L'IDA EN NUTRITION

L'Association internationale de développement (IDA) est le « Fonds de la Banque mondiale pour les plus pauvres ». Le mandat de la Banque mondiale consiste à aider les personnes les plus dans le besoin. L'engagement de la Banque à atteindre les OMD se traduit par trois stratégies sanitaires : l'élargissement de l'accès à la santé reproductive, le soutien à la nutrition durant la petite enfance ainsi que la prévention du VIH/SIDA et autres maladies transmissibles (Banque mondiale, 2012). Durant la dernière décennie, l'IDA a prêté en moyenne 825 millions de dollars US par an à des pays en voie de développement pour financer des initiatives en matière de santé, de nutrition et de population (SNP). Entre 2005 à 2010, le total des financements de l'IDA dans les initiatives SNP s'élevait à 5,6 milliards de dollars US. De ce montant, la nutrition s'est vue attribuer la plus faible proportion, soit 5%, tandis que plus de 3 % des fonds ont été consacrés au renforcement des systèmes de santé (IDA, 2010).

L'IDA, pour mettre en œuvre la stratégie SNP, axe son approche du financement sur les résultats. D'autres approches incluent l'intégration d'interventions multisectorielles (approche basée sur l'interdépendance de la santé avec d'autres secteurs

clés), ainsi qu'un suivi et une évaluation améliorées des innovations et programmes en matière de santé.

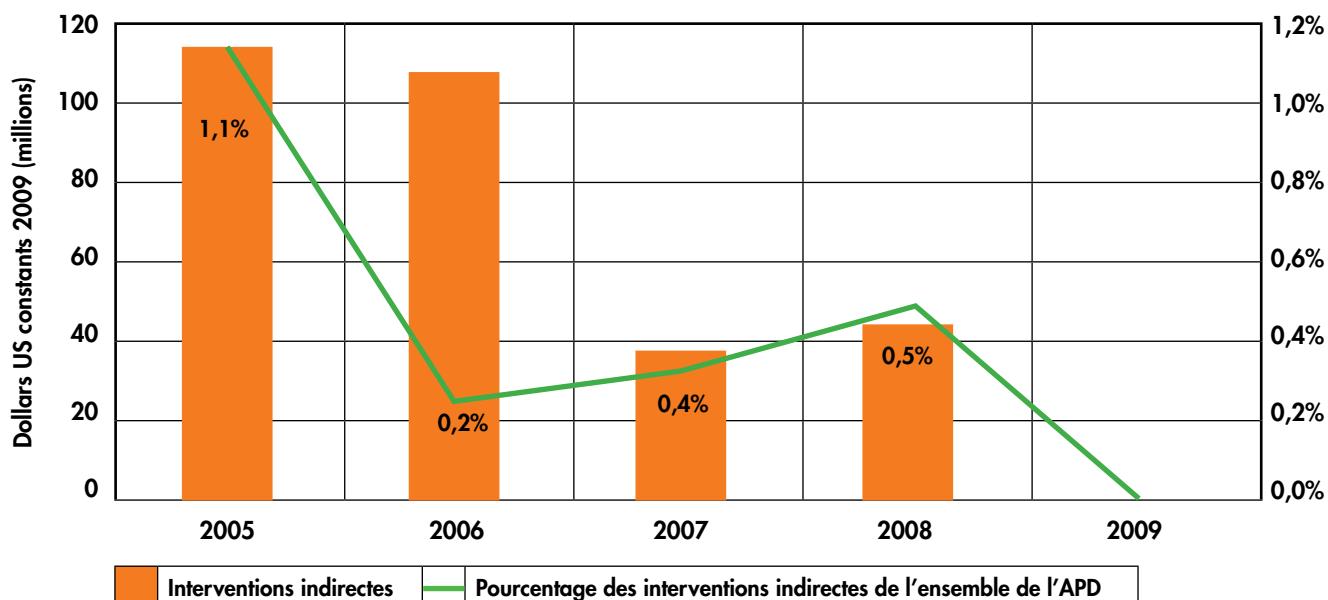
LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ÉSTIMÉS ?

Notre analyse montre que l'IDA a alloué un total de 302,8 millions de dollars US dans la nutrition de 2005 à 2010, ce qui représente 0,4% de l'APD annuelle de l'IDA. L'intégralité a servi à financer des interventions nutritionnelles indirectes. Durant cette période, le financement a été jugé assez instable, chutant de manière drastique entre 2006 et 2007 pour augmenter à nouveau en 2008. En 2009, selon le site internet du SNPC, l'IDA n'a consacré aucun fonds à la nutrition, même si cela peut être dû à une erreur de reporting.

COMMENT LES FINANCEMENTS SONT-ILS RÉPARTIS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Au cours de la période analysée, l'IDA a privilégié les interventions nutritionnelles indirectes. Au sein des interventions indirectes, plus de fonds ont été attribués à des activités incluant la supplémentation en micronutriments qu'à toute autre intervention spécifique à la nutrition. Ces financements ont été alloués via deux secteurs seulement, et se sont matérialisés par des prêts plutôt que par des

APD DE L'IDA POUR LES INTERVENTIONS EN NUTRITION DIRECTES ET INDIRECTES DE 2005 À 2009





PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DE L'IDA

	Destinataires	Financement moyen annuel de la nutrition de 2005 à 2009 (Dollars constants 2009 (millions))	Pourcentage du financement total de la nutrition	Classement (Nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Inde	27,7	46%	1
2	Bangladesh	13,8	23%	4
3	Éthiopie	3,8	6%	6
4	Ghana	2,7	4%	29
5	Madagascar	2	3%	19

subventions. Le financement de la nutrition par l'IDA s'est essentiellement dirigé vers les secteurs de la santé et de l'eau et l'assainissement, avec une part plus importante vers le secteur de la santé (68%). Ceci est cohérent avec la stratégie SNP de l'organisation.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Au cours de la période étudiée, l'IDA a attribué 74% de ses fonds à l'Asie et 25% à l'Afrique. L'Inde en a reçu la plus grande part. Sur les cinq plus grands bénéficiaires de l'aide à la nutrition de l'IDA, quatre figurent dans la liste ACF des quinze pays hautement prioritaires.

REPORTING ET TRANSPARENCE

Bien qu'il y ait des informations suffisantes pour analyser toutes les lignes des projets de l'IDA dans la base de données SNPC, plus de la moitié des interventions rapportée dans le code-objet 'Nutrition de base' n'était pas liée à la nutrition. Cependant, 20% des fonds dans les 'Soins et services de santé de base' et 27,4% de ceux dans 'l'Approvisionnement en eau et assainissement' étaient liés à la nutrition.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- En tant qu'acteur clé de l'initiative SUN, l'IDA devrait également financer des interventions directes en nutrition qui diagnostiquent et traitent la sous-nutrition.
- L'IDA devrait veiller à ce que les fonds soient répartis de manière équilibrée entre les 13 interventions directes en nutrition au sein des trois catégories d'interventions directes ayant

fait leurs preuves. Celles-ci comprennent : les interventions pour les changements de comportement, les interventions pour les micronutriments et le déparasitage, et les interventions en matière d'alimentation thérapeutique.

- L'IDA devrait consacrer davantage de fonds à la nutrition par le biais de subventions plutôt que de prêts, notamment pour les pays pauvres les plus touchés.
- Les financements doivent mieux cibler les pays hautement prioritaires et fortement touchés, en particulier en Afrique.
- Les données reportées dans la base SNPC de l'OCDE devraient inclure des descriptions plus claires des activités.

SOURCES

- IDA (2010) IDA at work: helping country health systems deliver results in a new global context [online] http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/73153-1285271432420/IDA_AT_WORK_Health_2010.pdf
[Consulté en mars 2012]
- World Bank (2012) Health, Nutrition and population overview [online] <http://go.worldbank.org/RQU0H5VGJ0>
[Consulté en mars 2012]

* Classement du nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans la liste des 36 pays les plus touchés du Lancet (2008).

L'ESPAGNE

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE DE L'ESPAGNE EN NUTRITION

L'Espagne a été le 7^{ème} bailleur le plus important en termes d'APD, contribuant en moyenne à hauteur de 3,8 millions de dollars par an entre 2005 et 2009. Cette aide est délivrée à travers l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), partie intégrante du Ministère des affaires étrangères et de la coopération (MFAC). Des communautés autonomes ont aussi contribué largement au financement de la coopération.

De 2005 à 2009, l'Espagne a considéré les problèmes d'accès à l'alimentation comme la cause principale de la faim et de la malnutrition, la pauvreté et les inégalités jouant aussi un rôle important. Ainsi, ces dernières années, l'Espagne a concentré ses efforts dans la lutte contre la faim à travers l'aide humanitaire et l'aide alimentaire (MFAC, 2007). La SFAH (Strategy for the Fight Against Hunger) a été développée afin de guider et renforcer l'AECID dans la réalisation de ces objectifs. Elle est basée sur les analyses des cadres réglementaires, institutionnels et théoriques existant sur le plan national et international.

La coopération espagnole a une conception large du développement rural, prenant en compte les aspects territoriaux mais aussi multi sectoriels pour élaborer ses propres stratégies en sécurité alimentaire et nutritionnelle. Dans le Troisième schéma directeur (Third Master Plan, 2009-2012), les activités dans ce secteur font partie de l'objectif global « contribuant à faire du droit à l'alimentation une réalité et améliorer les conditions de vie et de sécurité alimentaire des populations rurales et urbaines ». L'attention portée plus particulièrement au droit à l'alimentation inclut des éléments relatifs à la sécurité alimentaire tels que la disponibilité, la stabilité et l'utilisation biologique des aliments, prenant en compte la dignité humaine et l'acceptabilité culturelle. De cette façon, les citoyens deviennent des individus avec des droits plutôt que des groupes anonymes qui reçoivent une aide extérieure. Ainsi, l'AECID promeut l'alimentation comme un droit humain et soutient les politiques publiques et les institutions qui contribuent à la distribution et à l'accès équitable aux ressources et services, favorisant l'inclusion des populations

les plus vulnérables. Ceci peut être observé dans les activités de sécurité alimentaire qui ont pour objectif de renforcer la nutrition dans 5 domaines stratégiques :

1. Améliorer l'accès à des quantités adéquates d'aliments nutritifs pour les populations vulnérables et sujettes aux discriminations (avec une attention particulière à la faim cachée) ;
2. Promouvoir des systèmes de production durables ;
3. Améliorer l'accès aux ressources et services et contribuer au développement socio-économique local ;
4. Promouvoir, coordonner et articuler les politiques publiques agricoles ;
5. Renforcer la capacité et la coordination de la coopération espagnole.

Le développement rural est la transformation équilibrée et durable des zones rurales, prenant en compte le potentiel économique, social et environnemental des communautés à travers une politique régionale et une mise en œuvre intégrée au niveau des communautés (Quintana 1999. Spanish Cooperation Strategy to Fight Against Hunger).

Pour l'AECID, le développement rural et la lutte contre la faim sont deux priorités d'action. L'AECID est engagée dans l'agriculture, le développement rural et la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les pays avec qui elle coopère pour contribuer à faire du droit à l'alimentation une réalité. Pour la période 2010-2012, l'AECID a réaffirmé son engagement pour la nutrition dans le 'plan directeur de la coopération espagnole 2009-2012' et dans un nouveau document stratégique où l'accent est mis sur deux lignes stratégiques (voir le tableau ci-dessous, source : AECID, 2012).

LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

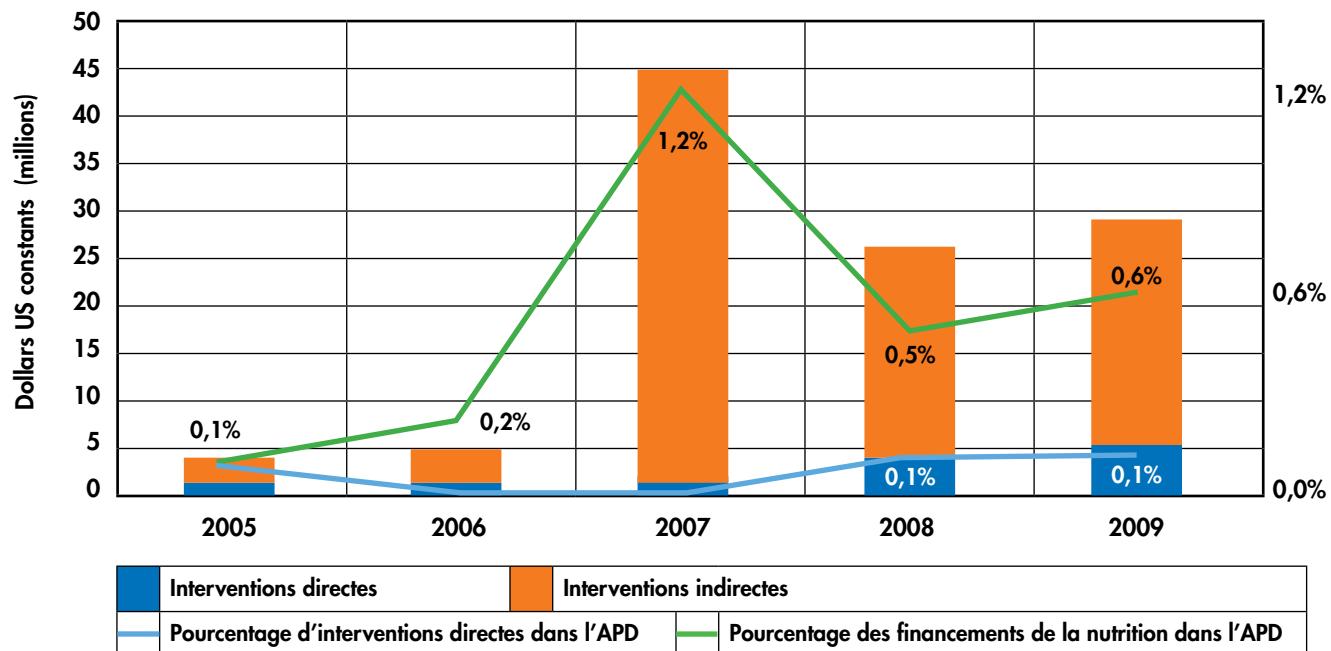
Entre 2005 et 2009, l'Espagne a dépensé en moyenne 2,7 millions de dollars US par an pour les interventions directes en nutrition et 18,9 millions USD pour les interventions indirectes, ce qui représente





1. ACCÈS À UNE ALIMENTATION DÉCENTE ET ADÉQUATE POUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES	
INTERVENTIONS DIRECTES	Prévention et traitement de la malnutrition aiguë infantile (promotion de l'allaitement et des pratiques d'alimentation complémentaires; supplémentation alimentaire et fortification ; traitement de la malnutrition aiguë sévère avec les aliments prêts-à-l'emploi en accord avec les systèmes de santé nationaux)
	Prévention et traitement de la malnutrition chronique (diversification de la production et de la consommation alimentaire afin de pallier aux déficiences en micronutriments; éducation nutritionnelle; programmes d'alimentation à l'école)
	Prévention de la malnutrition des femmes et des mères : autonomisation des femmes afin de faciliter leur accès et contrôle des ressources alimentaires ; promotion des supplémentations en fer, zinc, acide folique lors de la grossesse et de l'allaitement ; éducation nutritionnelle.
INTERVENTIONS INDIRECTES	Soutien aux « filets de sécurité » ayant pour objectif une alimentation adéquate
	Promotion de l'accès à une eau saine et à un assainissement basique
2. SOUTIEN À LA GOUVERNANCE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITION	
Soutien à des initiatives internationales sur la gouvernance en matière de sécurité alimentaire et de nutrition	
Incorporation de la nutrition en tant que résultat transversal dans des secteurs qui lui sont liés comme la sécurité alimentaire, la santé, l'éducation et l'action humanitaire	
Renforcement de la gouvernance régionale et locale par le développement et la mise en œuvre de stratégies régionales pour l'alimentation et la nutrition et par le développement de politiques nationales en matière de nutrition	

APD ESPAGNOLE POUR LES INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ENTRE 2005 ET 2009



0,6% de son APD totale. En 2007, le volume des investissements pour la nutrition a augmenté significativement de 1,2% par rapport à l'APD totale, suite à une augmentation soudaine des financements des interventions indirectes en nutrition. L'Espagne a été le 4^{ème} bailleur le plus important pour la période 2005-2009. Des efforts ont été accomplis pour renforcer son engagement envers la nutrition en élaborant des documents stratégiques et en augmentant ses financements. Cependant, les investissements pour la nutrition restent insuffisants pour répondre aux besoins actuels. Si l'on considère la stratégie 2010-2012 pour la nutrition, il est probable que les contributions espagnoles seront en augmentation et se diversifieront, en interventions directes comme en interventions indirectes.

COMMENT SONT RÉPARTIS LES FINANCIEMENTS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

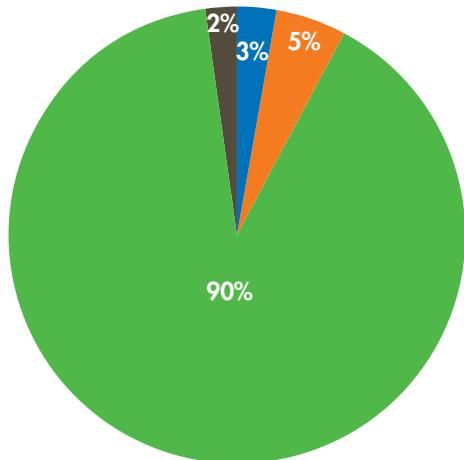
Interventions directes

L'Espagne a dédié presque l'intégralité de son financement à des interventions directes comme le traitement de la malnutrition aiguë tandis que les interventions liées au changement de comportements, à la supplémentation en micronutriments et au déparasitage ont reçu peu de fonds.

Interventions indirectes

Les interventions directes ont été principalement mises en œuvre à travers des programmes d'aide alimentaire (43%), qui font partie intégrante de la stratégie en sécurité alimentaire de l'Espagne. Les secteurs de la santé (24%), les services et infrastructures sociaux (10%) et l'eau et l'assainissement (8%) ont aussi reçu certains fonds pour la nutrition. 15% des financements dédiés à la nutrition ont été attribués à des programmes d'aide humanitaire. Cette répartition des financements montre une bonne intégration des objectifs nutritionnels dans les autres secteurs. Il est prévu que les interventions directes et indirectes soient toutes deux financées pour la période 2010-2012 principalement via la stratégie en sécurité alimentaire mais aussi à travers les programmes en santé, éducation, assainissement et hygiène.

LA RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DE L'ESPAGNE



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation des apports en vitamines et minéraux
III. Alimentation thérapeutique pour les enfants malnutris à l'aide de produits spécifiques
II. + III.
III. + I.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCÉSSIBLES AUX POPULATIONS QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Sur l'ensemble de la période, l'Espagne a orienté 33% de ses financements pour la nutrition en Afrique, 8% en Asie et 23% en Amérique. 36% était non spécifié. Seuls 33,8% de ces financements ciblait les pays les plus vulnérables en 2005-2009. Ce taux reste constant sur toute la période analysée.

Etant donné que l'Espagne a mis en œuvre la majorité de ces interventions en nutrition à travers les programmes en sécurité alimentaire, elle a choisi de prioriser les pays dont l'insécurité alimentaire affecte de façon permanente le développement. Cependant, ces priorités étaient flexibles et ont pu s'adapter à l'émergence de situations de crises, comme au Niger en 2005.

PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DES AIDES DE L'ESPAGNE

	Destinataires	Financement annuel moyen pour la nutrition 2005-2009 (en millions de dollars constants 2009)	Pourcentage total de financements attribués à la nutrition	Classement (nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Niger	1,9	9%	22
2	Pérou	1,3	6%	32
3	Mali	1	5%	28
4	Ethiopie	0,8	4%	6
5	Bolivie	0,7	3%	NR

Ainsi, les priorités géographiques de l'Espagne ont couvert un grand nombre de pays (11 en Amérique Latine, 24 en Afrique et 6 en Asie) qui ont bénéficié des interventions directes et indirectes. Afin de diffuser ses efforts en matière d'aide humanitaire, l'Espagne a défini ses cibles géographiques en accord avec ses stratégies en sécurité alimentaire dans un nombre important de pays.

REPORTING ET TRANSPARENCE

Seuls 12,7% des financements espagnols analysés ont été rejetés en raison d'un manque d'information. Cependant, ce taux passait à 31% dans le code-objet 'Nutrition de base', ce qui explique en partie pourquoi ce code-objet ne contenait que 20,5% des financements espagnols en nutrition (6% directs et 14,5% indirects). Le code-objet 'Programmes de sécurité et d'aide alimentaire' recensait la majorité des fonds (63,5%) pour les interventions directes. Le reporting de l'Espagne dans la base de données SNPC a été assez bon comparé à d'autres. Cependant, sous le code-objet 'Programmes de sécurité et d'aide alimentaire', l'un des codes les plus importants susceptibles de contenir nombre d'interventions indirectes, les projets n'ont pas été assez bien répertoriés, rendant impossible un meilleur suivi des contributions espagnoles en nutrition.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- L'Espagne doit maintenir ses efforts à l'avenir et augmenter davantage ses financements pour la nutrition.
- L'Espagne doit définir une liste de pays destinataires prioritaires, plus proches des régions où les besoins nutritionnels sont les plus importants.
- L'Espagne doit s'efforcer d'améliorer la description de ses projets afin de faciliter le suivi du financement des interventions indirectes en nutrition, en particulier dans les programmes de sécurité alimentaire. Ceci est d'autant plus important aujourd'hui puisque l'Espagne a pour objectif de faire de la nutrition un objectif transversal dans les programmes d'éducation, de santé, d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.

SOURCES

- AECID (2012) <http://www.aecid.es/es/aecid/> [Consulté en mars 2012]
- MFAC (2007) Fight against hunger strategy paper: Executive summary [online] http://www.aecid.es/galerias/programas/Vita/descargas/hambre_resumen_ing.pdf [Consulté en mars 2012]

* Classement du nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans la liste des 36 pays les plus touchés du Lancet (2008).

ROYAUME-UNI

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE DU ROYAUME-UNI EN NUTRITION

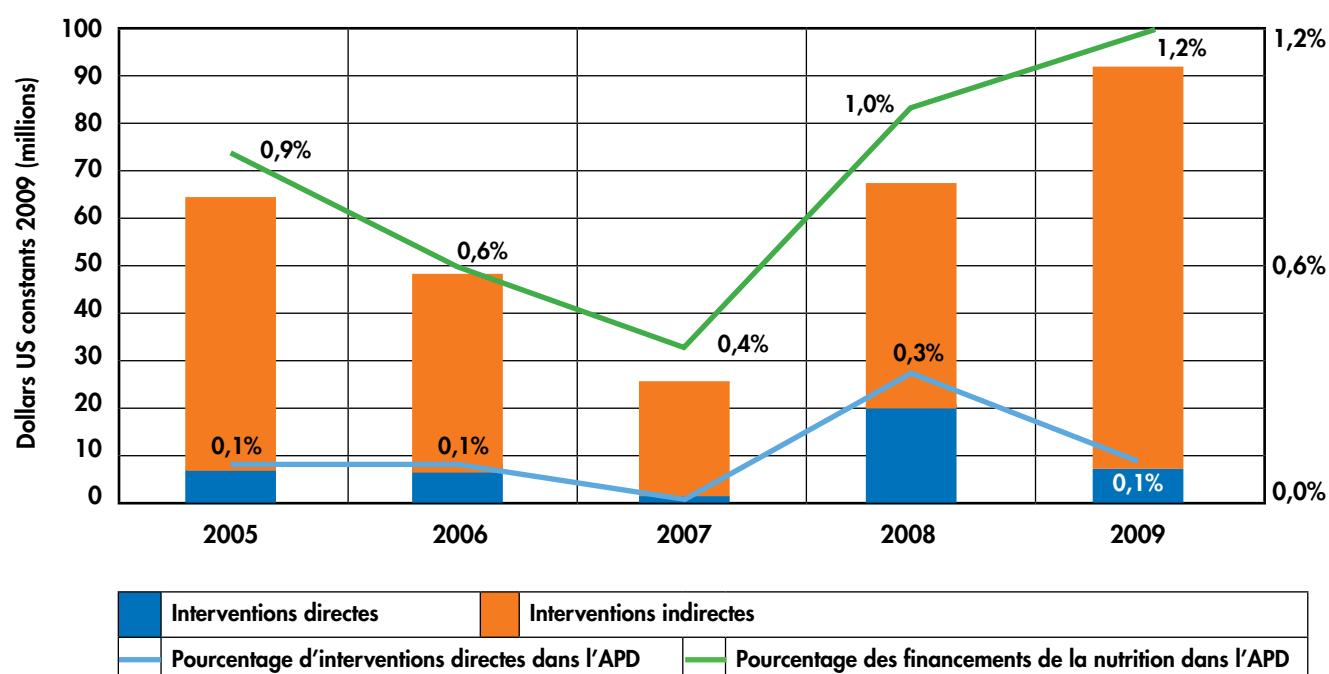
L'aide au développement du Royaume-Uni est délivrée par le Département britannique pour le développement international (DFID). Entre 2005 et 2009, le Royaume-Uni a été le 5^{ème} plus grand contributeur bilatéral à l'APD et a dépensé, en moyenne, presque 7 milliards de dollars US par an. Il est parvenu à attribuer 0,56% de son revenu national brut (RNB) à l'APD en 2010 et est en voie d'atteindre les 0,7% d'ici 2015. Il entend même y parvenir en 2013.

Aujourd'hui, la nutrition est l'une des huit problématiques essentielles retenues par le DFID, parmi lesquelles on trouve également l'éducation, la santé, la croissance économique et le secteur privé, la gouvernance et les conflits, le climat et l'environnement, l'eau et l'assainissement, les catastrophes humanitaires et les urgences et, enfin, l'alimentation et la nutrition (DFID 2002). Le DFID a été par le passé assez réticent à formaliser un engagement stratégique en nutrition, jusqu'à ce qu'un rapport rédigé par l'Institute of development studies (IDS) sur le manque d'attention consacrée

à la nutrition par le DFID et la crise mondiale des prix alimentaires le conduise à constituer un groupe officiel de travail. Le DFID a alors lancé pour la première fois une stratégie en nutrition en 2010 : "The neglected crisis of undernutrition" (La crise oubliée de la sous-nutrition, DFID, 2010). En 2011, sous la nouvelle coalition gouvernementale, le DFID a émis une nouvelle stratégie : "Scaling Up Nutrition : The UK's position paper on undernutrition" (Renforcer la nutrition : positionnement du Royaume-Uni sur la sous-nutrition). Elle définit comment le Royaume-Uni entend aider plus de 6 millions de personnes à sortir de l'extrême pauvreté, parvenir à éradiquer la faim chez 20 millions d'enfants et assurer que 4 millions d'autres aient assez de nourriture tout au long de l'année (DFID, 2011). Ses méthodes pour y parvenir sont :

- Des interventions spécifiques en nutrition ciblant les adolescentes, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans
- Accroître l'impact des interventions en menant des programmes multisectoriels
- Élaborer une réponse internationale plus efficace.

APD CONSACRÉE PAR LE ROYAUME-UNI AUX INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES DE 2005 A 2009





Le DFID s'attachera aussi à construire des partenariats dans les pays cibles, sur le plan international, et avec le secteur privé afin d'accroître les efforts pour réduire la sous-nutrition dans le monde, au cours de la "fenêtre des 1000 jours", allant de la conception aux 24 mois de l'enfant.

De plus, le gouvernement de coalition apporte un soutien actif au mouvement SUN et assure qu'il renforcera ses programmes là où cela aura un "impact rapide et durable".

Dans le souci d'apporter une réponse globale au problème de la sous-nutrition, il soutient également la réalisation d'une formation à distance en « e-learning », appelée "Programming for Nutrition Outcomes" (Des programmes pour des résultats en nutrition) qui doit être lancée en 2012.

Bien que le gouvernement britannique ait réitéré son engagement à consacrer 0,7% de son RNB à l'APD, il n'existe pas de ligne budgétaire dédiée à la nutrition au moment où nous avons rédigé cette étude.

LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

De 2005 à 2009, le DFID a alloué en moyenne 8,5 millions de dollars US en interventions directes en nutrition et 51 millions en interventions indirectes, c'est-à-dire en moyenne 0,8% de l'APD totale du Royaume-Uni. Cependant, le financement de la nutrition a été inégal au cours des années.

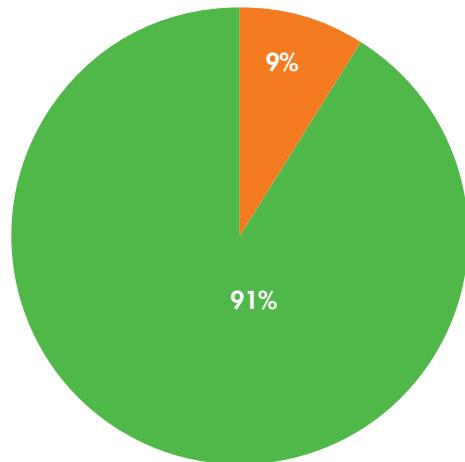
À l'exception de 2008, les interventions indirectes en nutrition ont représenté plus des trois quarts des financements en nutrition, suivant la mise en œuvre inter-sectorielle de l'aide à la nutrition.

COMMENT SONT RÉPARTIS LES FINANCEMENTS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Interventions directes

Les données du SNPC indiquent que le DFID finance beaucoup le traitement de la malnutrition aiguë (91% de ses financements directs à la nutrition). Cependant, les financements en "micronutriments et déparasitage" sont négligeables et aucun d'entre

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DU ROYAUME-UNI



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation de l'apport en vitamines et minéraux
III. Alimentation thérapeutique pour enfants sous-nutris avec aliments spécifiques
II. + III.
III. + I.

européen n'a été enregistré pour les interventions visant la modification des comportements. La proportion des financements directs en nutrition est assez faible comparée aux financements indirects. Le financement de la nutrition est essentiellement affecté à travers des réponses à l'urgence, ce qui explique en partie les variations de l'aide à la nutrition du Royaume-Uni au cours des années étudiées.

Interventions indirectes

Le Royaume-Uni est le deuxième plus grand bailleur bilatéral pour la nutrition. Mais une grande partie des fonds est allouée à des interventions indirectes en nutrition, le Royaume-Uni favorisant l'incorporation du financement de la nutrition dans des interventions inter-sectorielles (comme la sécurité alimentaire, la santé, l'eau et l'assainissement). L'analyse de ces financements va sans doute s'élargir, le Royaume-Uni prévoyant d'inclure "l'autonomisation des femmes" parmi les secteurs au travers desquels les actions en nutrition sont menées.

PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DES AIDES DU ROYAUME-UNI				
	Destinataires	Financement annuel moyen pour la nutrition 2005-2009 (en millions de dollars constants 2009)	Pourcentage total de financements attribués à la nutrition	Classement (nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Bangladesh	15.7	27%	4
2	Soudan	11.3	19%	13
3	Somalie	10.5	18%	NR
4	Kenya	2.4	4%	16
5	Erythrée	2.2	4%	NR

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION

SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Sur la période étudiée, le DFID a alloué la plus grande part de son financement en nutrition à l'Afrique (62%) et à l'Asie (35%) et 60% a ciblé des pays figurant sur la liste du *Lancet* (2008). Cependant, ce financement était concentré sur quelques pays, les trois plus grands destinataires recevant 64% du total des aides. Seuls deux des cinq pays destinataires sont inclus dans la liste ACF des pays hautement prioritaires. Cependant cette répartition pourrait changer dans les années à venir, avec une nouvelle stratégie se concentrant sur six pays (le Bangladesh, l'Ethiopie, l'Inde, le Népal, le Nigéria et le Zimbabwe) dont 5 figurent dans la liste ACF des 15 pays hautement prioritaires. Dans ces pays, une approche multi-sectorielle sera retenue pour combattre la malnutrition. De plus, le DFID poursuivra ses programmes en nutrition dans d'autres pays fortement touchés : RDC, Kenya, Sud-Soudan, Tanzanie, Ouganda, Afghanistan, Pakistan, Vietnam, Yémen.

REPORTING ET TRANSPARENCE

Le reporting du Royaume-Uni mérite d'être salué : seulement 18% des projets présentés sous les codes-objet sélectionnés n'ont pas pu être analysés en raison d'un manque d'informations (un pourcentage sensiblement inférieur par rapport aux autres bailleurs).

Une très grande proportion de ces interventions

directes a été répertoriée sous le code-objet 'Aide alimentaire d'urgence'. Cependant, le Royaume-Uni ne semble pas avoir utilisé les codes-objet 'Nutrition de base' autant qu'il aurait dû le faire : seuls 30% des projets répertoriés sous ce code ont été consacrés à améliorer la nutrition dont 9% pour des interventions directes. Ceci est un point essentiel, le DFID ayant exprimé son souhait de voir augmenter le nombre de projets financés par le Royaume-Uni reportés sous le code 'Nutrition de base', afin de répertorier et contrôler ses dépenses en nutrition et évaluer l'avancement de sa stratégie. DFID prévoit de publier ces chiffres tous les ans.

Le Royaume-Uni s'est en effet efforcé d'améliorer la transparence de son aide au cours des années. De ce fait, 82% des fonds versés ont pu être analysés pour cette étude.

Cependant, le reporting au SNPC pourrait être largement amélioré grâce à des descriptions de projets plus longues (NB : ces descriptions existent maintenant sur la base de données en ligne du DFID). Il se peut que beaucoup des interventions directes en nutrition aient été reportées dans les codes-objet correspondant à la réponse humanitaire, le traitement de la malnutrition ayant été considéré comme une réponse à apporter dans des situations d'urgence.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- Le DFID devrait accroître ses investissements en nutrition tout en les dirigeant vers des programmes de long terme.
- Il faut que le DFID investisse davantage dans le traitement de la sous-nutrition dans des contextes non-humanitaires, dans des programmes qui promeuvent de bonnes pratiques nutritionnelles, ainsi que dans les programmes de micronutriments et de déparasitage, afin d'avoir une approche plus globale de la sous-nutrition.
- Le DFID devrait mieux cibler ses financements, en favorisant les pays hautement prioritaires.
- Le DFID doit améliorer les descriptions des projets reportés dans la base de données du SNPC et le reporting de ses interventions directes en nutrition dans le code-objet 'Nutrition basique', de façon à améliorer la traçabilité de toutes les interventions en nutrition.

SOURCES

- DFID (2002) Eliminating hunger: Strategy for achieving the Millennium Development Goal on hunger, p32-34 [online] <http://www.ruralforum.info/2007/papers/dfid2en.pdf>
[Consulté en mars 2012]
- DFID (2010) The neglected crisis of undernutrition: DFID's strategy [online] <http://www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/2010/DEP2010-0651.pdf>
[Consulté en mars 2012]
- DFID (2011) Scaling-Up nutrition: the UK's position paper on undernutrition [online] <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/scal-up-nutr-uk-pos-undernutr.pdf>
[Consulté en mars 2012]

LES ÉTATS-UNIS

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE EN NUTRITION DES USA

L'APD des États-Unis s'élevait en moyenne à 24,6 milliards de dollars US pendant la période de l'étude. L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) considère l'nutrition comme « une des stratégies les plus rentables pour le développement » (USAID, 2012a). Les progrès dans le domaine de la survie des enfants et du contrôle des maladies ont été et demeurent une priorité pour USAID. L'agence ambitionne de réduire la mortalité des mères et des enfants de moins de 5 ans, ainsi que la sous-nutrition infantile en ciblant les trente pays prioritaires qui recensent 50% des morts chez les nouveaux nés, les enfants et les mères dans le monde.

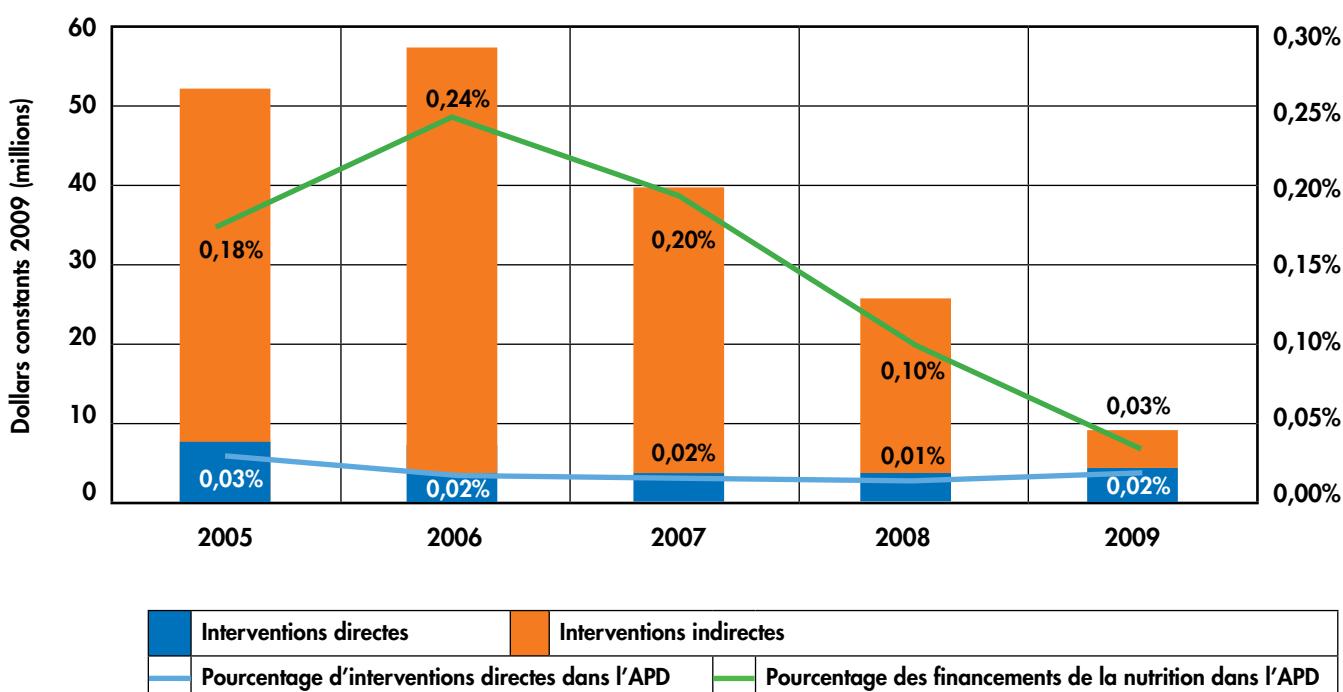
USAID se donne pour objectif de contribuer au renforcement des systèmes de santé et des interventions ayant prouvé leur efficacité. La collaboration avec les agences de l'ONU, le secteur privé et public, les gouvernements des pays destinataires, les agences de coopération, les fondations et les organisations de la société civile représente l'une des composantes essentielles de

l'effort effectué par USAID pour combattre la faim et la sous-nutrition dans le monde. Les bailleurs de fonds partenaires de USAID sont l'Alliance globale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN), l'Initiative pour les micronutriments, Sight and Life, UNICEF, le Centre américain pour la prévention et le contrôle des maladies (US Centre for Disease Control and Prevention - CDC) et l'OMS. L'agence finance aussi un certain nombre d'autres initiatives et de projets comme "AEZ : USAID micronutrient and Child Blindness Project", FANTA II (Food and Nutrition Technical Assistance), "Infant and Young Child Nutrition Project", "Point-of-use Water Disinfection and Zinc Project" ; FEWSNET (the Famine Early Warning Systems Network).

L'agence finance la nutrition à travers quatre domaines principaux :

- Réduction des déficiences en micronutriments avec des supplémentations en vitamine A, des programmes contre l'anémie chez les femmes et les enfants ; la fortification des aliments de base et condiments.
- Prévention de la sous-nutrition à travers des programmes nutritionnels pour les nourrissons,

APD DES USA POUR LES INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION DE 2005 À 2009



les jeunes enfants et les mères ; ces programmes soutiennent l'allaitement exclusif et améliorent les pratiques alimentaires et la consommation de nutriments (vitamine A, iodé et fer).

- Renforcement des programmes de prise en charge au niveau communautaire de la sous-nutrition (USAID a été pionnier dans le soutien à la PCMA au début des années 2000) (USAID, 2005). En 2009, l'Agence s'est engagée à investir 30 millions de dollars US dans ces programmes (USAID, 2009a).
- Amélioration des résultats nutritionnels au travers de soins nutritionnels intégrés pour soutenir les personnes atteintes du VIH ; améliorer l'impact nutritionnel des programmes de sécurité alimentaire (USAID, 2009) et d'assistance humanitaire (USAID, 2003).

Récemment, USAID a exprimé son souhait de maximiser les synergies avec d'autres secteurs comme l'agriculture et la protection sociale (Prayes et Egan 2011). Selon le Foreign assistance dashboard (USAID, 2003), 225 millions de dollars US devraient être alloués à des programmes en nutrition en 2012. USAID finance des programmes de recherche dans lesquels la nutrition a une place majeure (USAID, 2012c). L'agence a aussi publié une étude sur l'état global de la sous-nutrition en 2010 (USAID, 2010).

LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

Entre 2005 et 2009, USAID a dépensé en moyenne 4,5 millions de dollars US annuellement dans des interventions directes en nutrition et presque 32 millions dans des interventions indirectes. Cependant, ces chiffres sont relativement faibles par rapport à l'enveloppe globale de l'APD. En volume, les USA sont le bailleur le plus important. Cependant, cette APD ne représente que 0,21% du RNB. De plus, les USA ont alloué moins de 0,1% du total de leur APD à la nutrition.

Il faut aussi noter que le financement de la nutrition a connu un fort déclin ces dernières années. Par exemple, le financement d'interventions directes

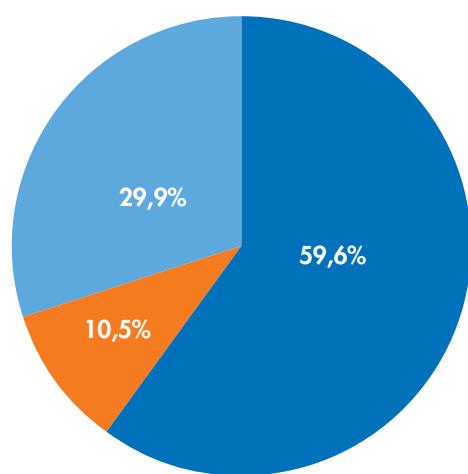
en nutrition a diminué de 45% entre 2005 et 2009 et celui d'interventions indirectes de 92%. Ces chiffres s'expliquent largement par la réduction de la taille des projets eux-mêmes : en 2005, en moyenne, chaque projet en nutrition recevait 0,6 million de dollars US. En 2009, ces chiffres étaient tombés à 0,1 million. Pendant cette période, le financement pour les interventions directes a représenté 12% du total de l'APD pour la nutrition.

COMMENT LES FINANCEMENTS SONT-ILS RÉPARTIS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Interventions directes

La majorité des fonds des États-Unis pour les interventions directes a été allouée à des interventions pour les "modifications des comportements". Cela est dû majoritairement au soutien important du pays aux interventions pour la promotion de l'allaitement et aux programmes nutritionnels supplémentaires, qui entrent dans le programme plus large de USAID intitulé « Nutrition pour les nourrissons, les enfants et les mères ». Des interventions pour la supplémentation

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS DIRECTES DES ÉTATS-UNIS



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation de l'apport en vitamines et minéraux
III. Alimentation thérapeutique pour enfants sous-nutris avec aliments spécifiques
II. + III.
I. + II. + III.

en micronutriments ont aussi été réalisées. Presque un tiers des programmes directement financés appartiennent aux trois thématiques recommandées par le *Lancet* (2008), ce qui est louable, les USA étant le seul pays à avoir financé de tels projets. Ce type de programmes a débuté en 2007 et leur taille a augmenté au fil des années jusqu'à devenir les seules interventions directes financées en 2009 (0,2 million de dollars US en 2007, 2,3 millions en 2008 and 4,2 millions en 2009). Elles ont principalement été mises en place par des ONG et ont ciblé presque exclusivement des pays africains.

Cependant, proportionnellement à l'APD globale, le niveau de financement américain pour la nutrition reste très bas.

Bien que USAID se soit engagée à dépenser 200 millions de dollars US par an pour la nutrition entre 2010 et 2012, la façon dont cet argent va être dépensé n'est pas encore très claire.

Interventions indirectes

USAID finance la plupart de ses programmes en nutrition par le biais du secteur de la santé (98%). Cela est dû au fait que sa stratégie en nutrition fait partie intégrante de sa politique de développement de la santé.

L'aide humanitaire, l'eau et l'assainissement ainsi que la protection sociale ne semblent pas être des secteurs prioritaires dans les programmes d'intervention en nutrition de USAID. Il n'est donc pas surprenant que ces domaines soient absents de l'analyse. Ce n'est cependant pas le cas pour le secteur de la sécurité alimentaire qui représente pour les États-Unis le moyen d'intervention en nutrition le plus approprié.

Le manque de détails dans certaines descriptions de projets n'a peut-être pas permis d'identifier les interventions en nutrition indirectes dans lesquelles la nutrition n'était pas un objectif prioritaire. Cela se confirme dans les projets de sécurité alimentaire et d'aide humanitaire, dans lesquels l'Agence entend pourtant améliorer ses résultats en nutrition.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

En moyenne, seulement 4% des financements annuels en nutrition des États-Unis est allé aux pays les plus touchés par la sous-nutrition entre 2005 et 2009. 68% des financements a été consacré à l'Amérique, région où il n'y a aucun pays prioritaire. Seulement deux des 36 pays les plus touchés définis par le *Lancet* (2008) ont reçu une aide : le Guatemala et le Pérou. L'Afrique et l'Asie n'ont respectivement reçu que 13 et 1% de ces financements.

REPORTING ET TRANSPARENCE

L'Agence est consciente de la nécessité d'améliorer la transparence de son aide. Cela a été visible notamment en 2009 quand Barack Obama a signé le "Memorandum on transparency and open government" (Barack Obama, 2012).

Avec seulement 1,3% des interventions rejetées en raison d'un manque d'informations, le reporting était clair et satisfaisant pour l'analyse, en dépit de descriptions parfois trop concises.

Le financement des interventions directes en nutrition a été principalement reporté dans le code-objet 'Nutrition de base' tandis que celui des interventions indirectes l'a été dans le code-objet 'Soins et services de santé de base'.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

- USAID devrait augmenter et planifier ses investissements de façon à atteindre l'objectif qu'elle s'est fixée de réduire la mortalité maternelle et infantile ainsi que la sous-nutrition chez les enfants de moins de 5 ans.
- USAID doit renforcer les financements vers des programmes d'interventions directes en nutrition, incluant la promotion des bonnes pratiques en nutrition, l'augmentation de l'apport en vitamines et minéraux ainsi que le traitement de la malnutrition par le biais d'aliments thérapeutiques.



PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DES AIDES DES ÉTATS-UNIS

	Destinataires	Financement annuel moyen pour la nutrition 2005-2009 (en millions de dollars constants 2009)	Pourcentage total de financements attribués à la nutrition	Classement (nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Guatemala	6,9	19%	27
2	America, régional	5,7	15%	NR
3	Honduras	4,7	13%	NR
4	Nicaragua	3,9	11%	NR
5	Rep. Dom.	2,7	8%	NR

- Le gouvernement américain doit préserver le volume du budget consacré à l'APD afin que les États-Unis puissent honorer leurs engagements pour le renforcement de la nutrition.
- USAID doit honorer l'engagement qui consiste à cibler les 36 pays les plus touchés (*Lancet*, 2008) comptant plus de 50% de la mortalité maternelle, infantile et des nourrissons, plutôt que ceux qui servent ses intérêts stratégiques.
- USAID devrait améliorer la description de ses projets dans la base du SNPC pour faciliter la traçabilité de ses financements en nutrition.

SOURCES

- Barack Obama (2012) Memorandum for the heads of executive departments and agencies: Transparency and Open Government [online] <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/transparency-and-open-government> [Consulté en mars 2012]
- Payes and Egan (2011) USAID Nutrition Approach: Where we are now? Where are we going? How are we getting there? [online] <http://www.slideshare.net/COREGroup1/nutrition-element-portfolio-review-usaid-roshelle-payes-rebecca-egan101411> [Consulté en mars 2012]
- USAID (2003) Investing in nutrition [online] http://www.usaid.gov/our_work/global_health/nut/publications/micronutrient.pdf [Consulté en mars 2012]
- USAID (2005) Two decades of progress: USAID's child survival and maternal health program, p.6-7
- USAID (2009a) Global Health [online] http://www.usaid.gov/our_work/global_health/home/Publications/docs/gh_brochure/fr_nutrition.pdf [Consulté en mars 2012]
- USAID (2009b) A call to action on nutrition, Factsheets [online] <http://www.usaid.gov/press/factsheets/2009/fs090921.html> [Consulté en mars 2012]
- USAID (2010) Nutrition update 2010 [online] <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/NUT4/> [Consulté en mars 2012]
- USAID (2012a) http://www.usaid.gov/our_work/global_health/nut/ [Accessed on March 2012]
- USAID (2012b) Foreign Assistance sectors: Health http://foreignassistance.gov/ObjectiveView.aspx?FY=2012&tabID=tab_sct_Health_Planned&budTab=tab_Bud_Planned#ObjAnchor [Consulté en décembre 2011]
- USAID (2012c) Health Research Program website [online] <http://www.harpnet.org/> [Consulté en mars 2012]

* Classement du nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans la liste des 36 pays les plus touchés du *Lancet* (2008).

BREF APERÇU DE LA STRATÉGIE EN NUTRITION DE L'UNICEF

Une stratégie commune en santé et nutrition pour la période 2006-2015 a été approuvée par le bureau exécutif de l'UNICEF (UNICEF, 2007). Cette stratégie a pour but de faire des savoirs et des indicateurs renforcés de l'UNICEF des leviers pour les politiques, la législation, la planification et les budgets, et de les traduire rapidement en actions.

L'engagement de l'UNICEF à renforcer la nutrition s'articule autour de quatre principales catégories de programmes (UNICEF, 2010).

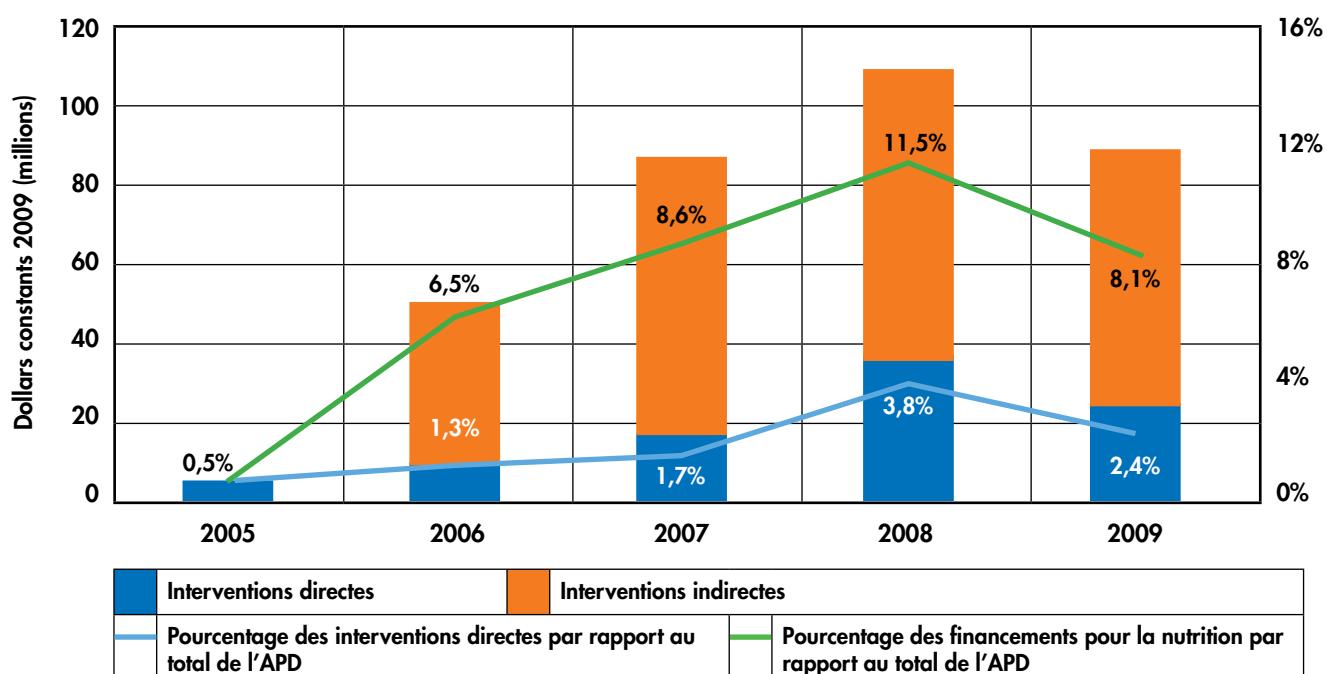
- Alimentation des nourrissons et jeunes enfants : afin d'assurer la croissance et le développement optimal de l'enfant, l'UNICEF soutient l'allaitement maternel dès la première heure qui suit la naissance et l'allaitement exclusif lors des six premiers mois de la vie de l'enfant. Cette étape doit être suivie d'une alimentation complémentaire adéquate, saine et nutritive au sein du foyer, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans.
- Micronutriments : l'UNICEF soutient les gouvernements, ainsi que des organisations publiques et privées, dans la supplémentation

en fer, iodé et vitamine A, tout particulièrement pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ainsi que les femmes enceintes et allaitantes.

- Sécurité nutritionnelle dans les situations d'urgence : ce type de programme vise à prévenir les décès maternels et infantiles lors d'urgences à travers le soutien à l'allaitement, l'alimentation thérapeutique et supplémentaire, l'apport en micronutriments essentiels et l'alimentation des orphelins.
- Nutrition et VIH/SIDA : pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, la réponse de l'UNICEF en matière de nutrition se traduit notamment par des activités de conseils aux mères atteintes par le virus, relatifs à l'alimentation des nourrissons. Il s'agit de répondre aux besoins nutritionnels des enfants atteints de VIH mais aussi de prendre soin des enfants orphelins ou vulnérables à cause du VIH.

On estime que l'UNICEF dépensera approximativement 736 millions de dollars US par an dans les programmes de santé et de nutrition pendant la période couverte par la stratégie conjointe santé-nutrition.

APD DE L'UNICEF CONSACRÉE AUX INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES POUR LA NUTRITION DE 2005 À 2009





LES FINANCEMENTS EN NUTRITION SONT-ILS SUFFISANTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ESTIMÉS ?

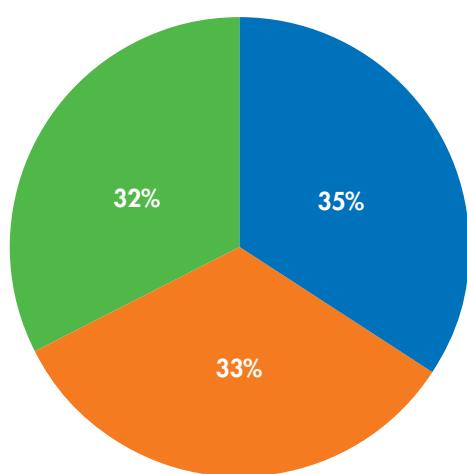
Pour la période de 2005 à 2009, le financement total estimé de l'UNICEF à la nutrition était en moyenne de 68,1 millions de dollars US par an. Ceci représente 7,2% du total annuel de l'APD de l'UNICEF. Les financements les plus importants pour l'aide à la nutrition ont été alloués en 2008 (11,5% de l'APD totale). Cependant, si l'on considère l'engagement pris par l'organisation de faire des programmes en nutrition pour les enfants et les mères une priorité, la part moyenne du financement de la nutrition calculée comme pourcentage de l'APD totale de l'UNICEF était très faible (4,4%) au cours de la période analysée.

COMMENT SONT RÉPARTIS LES FINANCEMENTS ENTRE INTERVENTIONS DIRECTES ET INDIRECTES EN NUTRITION ?

Interventions directes

Les interventions directes en nutrition ont reçu 45% du total des fonds pour la nutrition de l'UNICEF, soit

RÉPARTITION DES FONDS DE L'UNICEF EN FONCTION DU TYPE D'INTERVENTION



I. Promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
II. Augmentation des apports en nutriments et vitamines
III. Alimentation thérapeutique pour enfants malnutris avec de la nourriture spécifique
I. + II. + III.

près de 31 millions de dollars US. Le financement pour les interventions directes en nutrition a augmenté de façon régulière entre 2005 et 2008. Cependant, en 2009, les montants des fonds octroyés aux deux catégories d'interventions en matière de nutrition, directes et indirectes, ont diminué.

Comme le montre le graphique ci-contre, l'UNICEF a réparti de manière équitable ses fonds entre les trois catégories d'interventions directes, ce qui est en conformité avec sa politique. L'organisation a ainsi fourni une réponse complète au problème de la sous-nutrition.

Interventions indirectes

Tout comme les autres bailleurs de fonds analysés dans le présent rapport, l'UNICEF a alloué plus de ressources aux interventions en nutrition indirectes qu'aux interventions directes. Tout au long de la période étudiée, les interventions indirectes ont reçu deux fois plus de fonds que les interventions directes. Plus de la moitié de l'aide a été placée dans le secteur de la santé, 32% dans les infrastructures sociales et de service, 11% dans l'aide humanitaire et 8% dans les programmes d'assainissement. Cependant, aucun financement pour les interventions en nutrition n'a été effectué dans le domaine de 'l'Aide alimentaire à des fins de développement', ce qui montre l'accent mis par l'UNICEF sur la sécurité nutritionnelle dans les situations d'urgence.

LES INTERVENTIONS EN NUTRITION SONT-ELLES ACCESSIBLES À CEUX QUI EN ONT LE PLUS BESOIN ?

Entre 2005 et 2009, environ 54% des fonds de l'UNICEF en nutrition ont été alloués aux pays ayant une prévalence importante de retards de croissance. L'Afrique a reçu 72% des fonds, tandis que l'Asie en a reçu 25%.

L'Ethiopie est le pays qui a reçu la plus grande part des financements. Les cinq pays les plus financés par l'UNICEF figuraient tous dans la liste des pays hautement prioritaires d'ACF. Cependant, ce ne sont pas les pays présentant le plus de retards de croissance (l'Inde et le Nigeria) qui ont le plus reçu de fonds.

PRINCIPAUX PAYS DESTINATAIRES DES AIDES DE L'UNICEF				
	Destinataires	Financement annuel moyen pour la nutrition 2005-2009 (en millions de dollars constants 2009)	Pourcentage total de financements attribués à la nutrition	Classement (nombre de cas d'enfants souffrant d'un retard de croissance)*
1	Ethiopie	9,4	14%	6
2	Inde	4,3	6%	1
3	Nigeria	3,9	6%	3
4	Congo Rep. Dem.	3	5%	7
5	Madagascar	2,5	4%	19

REPORTING ET TRANSPARENCE

Le reporting de l'UNICEF a été effectué de façon adéquate, fournissant assez de détails pour notre étude. Seulement 5% des projets n'a pas pu être analysé, faute d'informations suffisantes. De plus, les activités reportées sous le code-objet 'Nutrition de base' incorporaient en très grande majorité (92%) des interventions en nutrition. Seulement 3% des interventions comprises dans ce code-objet n'étaient pas liées à la nutrition.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Comme l'indique la stratégie commune de santé-nutrition, l'UNICEF s'est engagée "à aider les pays à identifier et résoudre les manques de financement nécessaires à l'application de leurs politiques et de leurs plans en nutrition et dans la santé » (UNICEF, 2006). L'organisation a prévu d'y consacrer en moyenne 736 millions de dollars US par an entre 2006 et 2015. Cependant, les résultats de notre analyse montrent qu'elle en est encore bien loin. Nous recommandons donc :

- En tant qu'agence de référence pour la mise en œuvre des interventions en nutrition, l'UNICEF devrait augmenter son financement destiné aux interventions spécifiques à la nutrition, conformément à ses propres projections annuelles pour la période de 2006 à 2015.
- L'UNICEF devrait reconnaître que la sécurité alimentaire est une partie fondamentale du développement, en augmentant les fonds alloués à la nutrition par le biais de l'aide alimentaire à des fins de développement et

d'autres secteurs, en dehors des situations d'urgence.

- L'UNICEF doit clairement allouer des fonds à la nutrition dans le cadre de sa propre stratégie commune santé-nutrition, de manière à ce que ces financements soient à la fois plus prédictibles et plus durables. Ceci permettrait à l'organisation de mieux contrôler et évaluer ses activités. Elle serait ainsi plus redevable de son engagement à améliorer la nutrition maternelle et infantile et à réaliser l'OMD n°1 d'ici 2015.
- L'UNICEF devrait donner la priorité aux pays comptant le plus de cas de retards de croissance, afin d'assurer que les programmes en nutrition soient accessibles à ceux qui en ont le plus besoin.

SOURCES

- UNICEF (2006) Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 [online] http://www.unicef.org/about/execboard/files/06-8_health_and_nutrition_final_ODS.pdf
[Consulté en décembre 2011]
- UNICEF (2012) Nutrition [online] http://www.unicef.org/nutrition/index_4050.html
[Consulté en décembre mars 2012]



Action Contre La Faim – France
4 rue Niepce / 75662 Paris Cedex 14
T:+33 (0)1 43 35 88 88 F:+33 (0)1 43 35 88 00
www.actioncontrelafaim.org



Action Against Hunger – UK
First Floor, Rear Premises, 161-163 Greenwich High Road
London, SE10 8JA T: +44 (0)20 8293 6190 F: +44 (0)20 8858 8372
E: info@actionagainsthunger.org.uk www.actionagainsthunger.org.uk



Accion Contra el Hambre – Spain
C/Caracas, 6, 1º, 28010 Madrid
T: +34 91 391 53 00 F: +34 91 391 53 01
www.accioncontraelhambre.org



Action Contre la Faim – Canada
1150, boulevard St-Joseph est, Bureau 302, Montréal, QC, H2J 1L5
T: (514) 279-4876 F: (514) 279-5136
www.actioncontrelafaim.ca



Action Against Hunger – USA
247 West 37th Street, 10th Floor, New York, NY, USA 10018
T: +1 (212) 967-7800 Toll free: +1 (877) 777-1420
F: +1 (212) 967-5480 www.actionagainsthunger.org