

Améliorer la contribution de la CE à la lutte contre la malnutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes

Note de cadrage

Janvier 2009



COMMISSION
EUROPÉENNE



●● Document publié en janvier 2009

Le présent document a été élaboré sous la direction de AIDCO E6, après le séminaire de la CE «*Améliorer la contribution de la CE à la lutte contre la malnutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes* » tenu à Bruxelles du 7 au 8 mai 2008. Les commentaires sont les bienvenus et peuvent être adressés à l'adresse suivante : EuropeAid-E6-natural-resources@ec.europa.eu

Le but de ce document est de présenter la progression de la CE en matière de nutrition et il ne doit pas être considéré comme un document officiel.

Table des matières

<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	- 0 -
<u>I. INTRODUCTION</u>	- 1 -
<u>II. POURQUOI LA NUTRITION DEVRAIT-ELLE CONSTITUER UNE PRIORITÉ POLITIQUE DE L'UNION EUROPÉENNE ET DES ÉTATS MEMBRES ?</u>	- 2 -
<i>CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION</i>	<i>- 2 -</i>
<i>SOUS-NUTRITION: REFLET D'UNE MAUVAISE GOUVERNANCE ET DE VIOLATION DES DROITS DE L'HOMME</i>	<i>- 2 -</i>
<i>SOUS-NUTRITION ET VOLATILITÉ DES PRIX ALIMENTAIRES MONDIAUX</i>	<i>- 3 -</i>
<u>III. LA NATURE DE LA SOUS-NUTRITION ET SES IMPLICATIONS</u>	- 4 -
<u>IV. VALEUR AJOUTÉE DE L'UNION EUROPÉENNE DANS LE CONTEXTE ACTUEL DES BAILLEURS DE FONDS</u>	- 6 -
<i>CARACTÉRISTIQUES CLÉS DU CONTEXTE DES BAILLEURS DE FONDS</i>	<i>- 6 -</i>
<i>POSITION DE LA CE, SES POINTS FORTS ET SES AVANTAGES COMPARATIFS</i>	<i>- 7 -</i>
<u>V. ACTIONS PRIORITAIRES INTERNES</u>	- 8 -
<u>VI. ACTIONS PRIORITAIRES EN PARTENARIAT/ COLLABORATION AVEC D'AUTRES</u>	- 10 -
<u>ANNEXES</u>	- 12 -
ANNEXE 1 : ACRONYMES	- 13 -
ANNEXE 2 : GLOSSAIRE	- 14 -
ANNEXE 3 : LES 36 PAYS AVEC UNE PRÉDOMINANCE DU RETARD DE CROISSANCE DES ENFANTS ≥ 20% COUVRANT 90 % DU NOMBRE MONDIAL ESTIMÉ DE 178 MILLIONS D'ENFANTS EN RETARD DE CROISSANCE	- 15 -
ANNEXE 4 : CADRE DES RELATIONS ENTRE LA PAUVRETÉ, L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET D'AUTRES CAUSES SOUS-JACENTES ET IMMÉDIATES DE MALNUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE AINSI QUE SES CONSÉQUENCES À COURT TERME ET À LONG TERME	- 16 -
ANNEXE 5 : INTERVENTIONS AVEC UN IMPACT AVÉRÉ SUR LA MALNUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE PARMI LES PROGRAMMES « TRADITIONNELS » DE NUTRITION	- 17 -
ANNEXE 6 : PRIORITÉS DES ACTIONS SELON LE DOCUMENT DES DÉFIS DU CONSENSUS DE COPENHAGUE 2008	- 18 -

I. Introduction

La Commission européenne est en phase de revoir son implication dans le domaine de la nutrition dans les pays en développement¹.

Cette initiative a d'abord été déclenchée par le désir de la CE de maximiser l'impact de ses ressources sur la nutrition et la sécurité alimentaire ainsi que de mieux soutenir les progrès concernant le premier objectif des OMD : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de personnes qui souffrent de la faim. Deuxièmement, elle a été incitée par la sensibilisation au fait que la malnutrition « structurelle », et la malnutrition chronique en particulier, a été en grande partie négligée et n'est pas souvent reprise dans les priorités de développement. Troisièmement, la CE souhaite mieux coordonner les réponses à la malnutrition pendant les actions d'urgence et de postcrise et, de là, renforcer le LARD (liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement) afin d'aborder correctement la malnutrition.

Le processus de révision ayant mené à ce document comprend un document d'information et le séminaire « *Améliorer la contribution de la CE à la lutte contre la malnutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes* », tenu par EuropeAid en mai 2008².

Le champ d'application de ce document (et le processus y ayant mené) est restreint à une forme de malnutrition³ : la sous-nutrition⁴ (cf. annexe 2 : glossaire). L'accent mis sur la sous-nutrition maternelle et infantile reflète l'étendue de la question parmi ces groupes et ses

conséquences sur la mortalité, la morbidité et le développement.

Ce document s'appuie sur les résultats/recommandations du séminaire et des publications récentes⁵. Il est principalement destiné au personnel de la CE au niveau du siège et dans les délégations. Il est également censé informer d'autres acteurs concernés en matière de nutrition et contribuer à une meilleure coordination et complémentarité.



Ce document suggère des lignes directrices pour la CE afin de donner la priorité à la nutrition et d'élaborer un document stratégique/plan opérationnel de nutrition.

La première section présente les raisons clés pour lesquelles la nutrition devrait constituer une priorité politique de l'UE et de ses États membres. La deuxième examine la nature de la sous-nutrition et ses implications en termes de mise en œuvre. La troisième section fournit un bref aperçu du contexte des bailleurs de fonds pour la nutrition et les secteurs connexes et met en lumière la force et l'avantage comparatif de la CE. La quatrième et la cinquième section suggèrent les prochaines étapes: actions pour la mise en œuvre interne à la CE et activités à mener en collaboration avec d'autres partenaires.

1 La CE a entrepris un processus semblable sur le sujet : « Droit et accès aux produits alimentaires : systèmes de transferts sociaux pour combattre la pauvreté extrême ». Le développement simultané des deux notes de concept a facilité la convergence des deux processus et permet à la CE de tirer profit des transferts sociaux pour réduire la sous-alimentation.

2 Ce séminaire a réuni des experts en nutrition et le personnel de la CE afin d'informer la CE des priorités de la stratégie et des réponses pour contrecarrer la sous-alimentation.

3 La malnutrition englobe à la fois la sous-alimentation et l'obésité/surconsommation d'éléments nutritifs spécifiques. L'obésité et les maladies chroniques non-transmissibles liées au régime s'étendent rapidement et constituent la principale question de santé/nutrition publique. Elles devraient être incluses à un stade ultérieur du processus.

4 La sous-alimentation inclut une vaste gamme d'effets : restriction de croissance intra-utérine aboutissant à un petit poids à la naissance ; poids insuffisant qui se reflète par un petit poids par rapport à l'âge ; retard de croissance, une restriction chronique de croissance en termes de taille indiquée par une petite taille par rapport à l'âge ; dépérissement, une perte aiguë de poids indiquée par un faible poids par rapport à la taille ; et des insuffisances en oligo-éléments moins visibles. Résumé de Lancet Series, 08

5 Principalement « Lancet Series – Maternal and Child Undernutrition », 2008 mentionné dans ce document par les termes « Lancet Series 08 » et « Greater DFID and EC Leadership on Chronic Malnutrition: Opportunities and Constraints », Institut d'études de développement, 2007.

II. Pourquoi la nutrition devrait-elle constituer une priorité politique de l'UE et des États membres ?

Conséquences de la sous-nutrition

Au-delà des morts qu'elle cause, la sous-nutrition maternelle et infantile (voir la case 1) provoque de terribles dévastations dans les pays en développement, avec des conséquences négatives de grande ampleur dans plusieurs domaines.

La sous-nutrition est estimée⁶ être responsable de **3,5 millions de décès d'enfants par an**⁷, de 35 % de la charge des maladies parmi les enfants de moins de 5 ans et de 11 % du total mondial "d'années de vie ajustée sur l'incapacité"⁸. L'anémie (déficience en fer) est responsable d'au moins 20% de la mortalité maternelle (estimée à 115.000 décès/an).

La sous-nutrition compromet le développement physique et cognitif qui réduit à son tour le potentiel économique des personnes et des sociétés et contribue à la perpétuation de la pauvreté. **Les coûts économiques de la malnutrition sont estimés à 2-3 % du PIB et 10 % des revenus**⁹. **Trouver une solution à la sous-nutrition est donc essentiel pour réduire la pauvreté et doit faire partie intégrante de la stratégie de stimulation de la croissance de la CE.**

Les conséquences de la sous-nutrition (décès, maladie, développement physique et mental altéré) **minent les progrès relatifs à plusieurs OMD**, non seulement le premier

OMD, mais également l'OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) et l'OMD 5 (réduction de la mortalité maternelle). La sous-nutrition entrave, directement ou indirectement, l'enseignement primaire, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/SIDA, la malaria et d'autres maladies.



Sous-nutrition: reflet d'une mauvaise gouvernance et de violations des droits de l'homme

Assurer une bonne nutrition est une question de droit international. Cette question est reflétée dans plusieurs déclarations internationales telle la déclaration des droits de l'homme : *«les États parties doivent prendre des mesures appropriées visant à réduire la mortalité juvénile et infantile et visant à combattre la maladie et la malnutrition »*¹⁰.

La sous-nutrition doit être liée à l'agenda gouvernance car *«la persistance ou l'aggravation des tendances à la malnutrition dans une population sont le sombre reflet de la qualité de sa gouvernance»*. *«L'absence d'investissements dans la réduction de la malnutrition chronique est une véritable remise en cause de la qualité de la gouvernance. (SC UK, IDS, 2007)»*. L'échec de la gouvernance est particulièrement frappant dans les endroits où la croissance économique est forte, mais la sous-nutrition persiste.

⁶ Lancer Series, 2008, données à partir de 2005

⁷ En comparaison, environ 9 millions de personnes ont été tuées pendant les 4 années de la Première Guerre mondiale. Le nombre de victimes du génocide rwandais de 1994 a été estimé à 800.000. 881.000 décès d'enfant est imputable à la malaria chaque année (OMS, 2008).

⁸ DALY : "Disability Adjusted Life Year" un indicateur développé pour le calcul de la charge d'une maladie et qui quantifie, dans un indicateur unique, le temps perdu en raison du décès prématuré par rapport au temps vécu avec une incapacité

⁹ « Repositioning Nutrition as Central to Development - A Strategy for Large-Scale Action », la Banque mondiale, 2006

¹⁰ Article 24 de la convention des droits de l'enfant

Sous-nutrition et volatilité des prix alimentaires mondiaux

L'augmentation des prix alimentaires mondiaux révèle des problèmes préexistants et ajoute un défi sans précédent pour la nutrition. La réduction du pouvoir d'achat affaiblit d'autant plus l'accès des ménages à un régime alimentaire approprié et leur capacité à s'occuper de leurs enfants. Des actions sont nécessaires pour compenser l'impact négatif de la hausse des prix et pour

empêcher une augmentation de la sous-alimentation dans les zones rurales et urbaines. Cependant, les discussions récentes sur l'architecture internationale en réponse à la hausse des prix alimentaires (par exemple, le Partenariat Mondial pour l'Agriculture et la Sécurité Alimentaire) ont négligé l'aspect de la malnutrition.

Les raisons d'aborder la sous-nutrition sont impérieuses, mais trop peu de choses ont été réalisées.

Case 1 : les niveaux et les tendances de la sous-nutrition – points clés

- Les dernières estimations¹¹ signalent que 13 millions d'enfants naissent, chaque année, avec une restriction de croissance intra-utérine, **55 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'émaciation et 178 millions présentent un retard de croissance**.
- Entre 40 et 50 % des femmes enceintes et des enfants d'âge préscolaire souffrent d'anémie (carence en fer) dans le monde entier¹².
- Environ 40 % des enfants grandissent avec une carence en vitamine A¹³.
- Environ 15 % des personnes dans les pays en développement manquent d'iode¹⁴.
- La réduction des problèmes d'insuffisance pondérale (de 32 % à 27 % entre 1990 et 2006)¹⁵ est nettement plus faible que le chiffre nécessaire pour atteindre l'objectif OMD 1 (réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui présentent un poids insuffisant).
- Les régions les plus touchées par la sous-nutrition sont le sud de l'Asie centrale et l'Afrique subsaharienne. **Environ 80 % des enfants en retard de croissance du monde vivent dans 20 pays et 90 % dans 36 pays** (cf. annexe 3).
- **En Afrique subsaharienne**, bien que la prédominance de l'insuffisance pondérale semble avoir chuté (32% en 1990 à 28% en 2006)¹⁶, **le nombre d'enfants avec un poids insuffisant est en augmentation** (29 millions en 1990 à 37 millions en 2003)¹⁷. Entre 2005 et 2015, on s'attend à 3,7 millions d'enfants supplémentaires avec un poids insuffisant¹⁸.
- En Asie du Sud, la prédominance de l'insuffisance pondérale (54% en 1990 à 46% en 2006)¹⁹ et le nombre d'enfants avec un poids insuffisant (88 millions en 1990 et 64 millions environ en 2005²⁰) déclinent.

¹¹ Lancet Series, 2008, données à partir de 2005

¹² Ibidem

¹³ 'Vitamin and mineral deficiency - A global progress report', UNICEF, l'initiative Micronutriments, 2004

¹⁴ Ibidem

¹⁵ 'Progress for Children - A World Fit for Children - Statistical Review' - N° 6, UNICEF, décembre 2007

¹⁶ Ibidem

¹⁷ 'The Millenium Development Goal Report', NU, 2005.

¹⁸ 'Everybody's business, nobody's responsibility', SC UK, 2007 - données disponibles pour 40 pays.

¹⁹ Ibidem

²⁰ Présentation Haddad L., IDS, 2007 (basée sur les estimations De Onis et Blossner 2003)

III. La nature de la sous-nutrition et les implications

La sous-nutrition englobe plusieurs conditions (par exemple, le retard de croissance, l'émaciation, l'anémie, etc.) et chacune de celles-ci est généralement le résultat d'une combinaison de facteurs, comme illustré par le modèle causal de l'UNICEF (cf. annexe 4). Étant donné l'interaction complexe des

facteurs, **prévenir/ aborder la sous-nutrition à long terme exige d'agir simultanément sur plusieurs déterminants et différents niveaux de causes** (causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales).

Un ensemble d'interventions génériques – **pour aborder les causes immédiates** – avec une efficacité avérée devraient être privilégiées. Les recommandations du Lancet Series 08 et du document des défis du consensus de Copenhague 2008 sont présentées aux annexes 5 et 6.

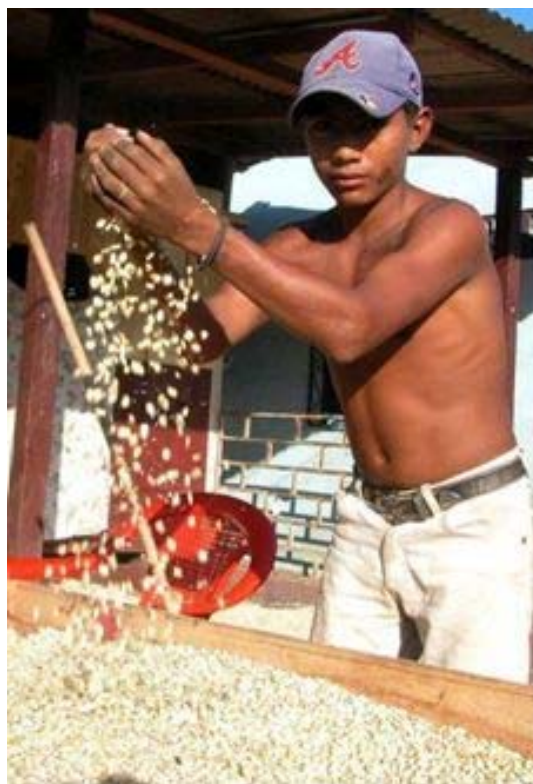
Par exemple, le Lancet Series 08 conclut que *«de toutes les interventions examinées, la promotion de l'allaitement, l'alimentation complémentaire appropriée, la supplémentation avec la vitamine A et le zinc ainsi que la gestion appropriée de la malnutrition aiguë sévère ont été les plus prometteurs pour réduire les décès d'enfant et la charge des maladies futures liées à la sous-nutrition.»*

Case 2 : occasion cruciale

Les dommages physiques et mentaux liés à une mauvaise croissance fœtale et à un retard de croissance sont en grande partie irréversibles après deux ans. En outre, la sous-nutrition passe d'une génération à l'autre car la sous-nutrition maternelle augmente le risque de petit poids de naissance menant à un cycle intergénérationnel de sous-nutrition. Il est donc essentiel de s'assurer que les bonnes conditions sont en place **6 mois avant la grossesse et au cours de celle-ci ainsi que pendant les deux premières années de vie d'un enfant** afin d'éviter les effets défavorables principaux du retard de croissance.

Les auteurs estiment qu'une «couverture universelle avec l'ensemble des interventions avérées aux niveaux observés d'efficacité du programme pourrait empêcher environ un quart des décès d'enfant de moins de 36 mois et réduire la prédominance du retard de croissance à 36 mois d'environ un tiers» dans les 36 pays les plus touchés.

Par conséquent, une autre façon de réduire la sous-nutrition de manière durable repose également sur le **les causes sous-jacentes et fondamentales**. Les actions, comme les réformes foncières, les filets de sécurité/transferts sociaux, les soins de santé primaire, la responsabilisation des femmes, l'enseignement, l'agriculture/agro-biodiversité, les programmes relatifs au cheptel et à l'eau, devraient plus systématiquement être alignés avec les objectifs de nutrition et être conçus pour améliorer les résultats nutritionnels.



Les conditions préalables pour réaliser une réduction substantielle et durable de la sous-nutrition (approche multisectorielle, perspective à long terme et fenêtre d'opportunité) réclament **un ensemble de conditions au niveau du pays** :

- engagement politique et leadership du gouvernement
- ressources financières appropriées et durables
- capacité appropriée au niveau technique, stratégique et de la gestion

- dispositions institutionnelles appropriées, cadres stratégiques et mécanismes de coordination rassemblant les parties concernées compétentes
- mise en œuvre, à l'échelle, des bonnes actions appropriées et atteindre efficacement ceux qui sont dans le besoin.

Ce qui précède serait considérablement amélioré par un leadership international plus clair et une meilleure coordination de la communauté internationale en matière de nutrition.



IV. Plus-value européenne dans l'environnement actuel des bailleurs de fonds

Caractéristiques clés de l'environnement des Bailleurs de fonds

L'investissement global en nutrition est caractérisé par :

1) Hiérarchisation contestable des ressources disponibles au niveau géographique et selon le type d'actions financées

La répartition géographique des ressources reflète des choix dictés par différents agendas, sans pour autant privilégier les pays fortement touchés par la sous-nutrition. Par exemple, entre 2000 et 2005, «l'aide alimentaire d'urgence est allée principalement à six pays seulement : Éthiopie, Soudan, Afghanistan, Angola, Irak, et Corée du Nord, une répartition clairement politisée»²¹.

Le Lancet Series 08 a estimé que le financement annuel total pour des interventions nutritionnelles, de 2000 à 2005, n'a pas dépassé US\$ 250-300 millions²². Au cours de la même période, le financement annuel pour l'aide alimentaire/sécurité alimentaire s'est élevé à US\$ 1,375 milliard, contre US\$ 5,7 milliards au VIH/SIDA. Selon le Lancet, il n'y a pas plus de jours (DALYS) perdus à cause du VIH que de jours perdus à cause de la sous-nutrition maternelle et infantile.

2) Le sous-financement de la nutrition de base²³

Si l'ensemble de US\$ 250-300 millions «était octroyé, avec un ciblage parfait, aux 20 pays représentant 80 % de tous les enfants en retard de croissance, alors chacun des 130 millions d'enfants de moins de 2 ans vivant dans ces pays pourrait profiter d'un investissement de plus de 2 dollars par an, ce qui est bien inférieur aux 5–10 dollars par enfant que les programmes de nutrition

communautaires efficaces, à grande échelle, sont censés coûter.»

Un nombre relativement réduit de gouvernements donateurs soutient de manière substantielle les programmes de nutrition de base. Selon une étude de l'IDS (qui a estimé les investissements réalisés par les gouvernements et la CE pour répondre au retard de croissance) et les séries de la revue The Lancet 2008, les États-Unis sont le principal donateur pour la nutrition de base suivis des Pays-Bas, du Canada et du Royaume-Uni.

3) Investissements indirects²⁴ trop rarement axés sur des objectifs de nutrition et conçus pour améliorer les résultats nutritionnels

Les investissements indirects ont le pouvoir d'empêcher/de réduire la sous-nutrition en s'attaquant à ses causes sous-jacentes et fondamentales. Néanmoins, ils s'accompagnent rarement d'objectifs nutritionnels clairement énoncés et ne sont pas nécessairement conçus pour optimiser les résultats nutritionnels. Par conséquent, leur impact sur la malnutrition n'est pas garanti et, s'ils en ont un, il est rarement mesuré.

4) Investissement insuffisant dans les stratégies d'appui, comme le renforcement des capacités, l'intégration dans les DSRP et la coordination

Une analyse de la Banque mondiale – qui n'incluait pas la CE – s'est penchée sur les investissements des bailleurs de fonds dans les secteurs tels que l'intégration de la nutrition dans les DSRP, le suivi-évaluation. Elle a conclu que :

- L'essentiel des efforts consacrés au développement des capacités «se concentrait sur l'amélioration des compétences des nutritionnistes au lieu d'orienter le personnel clé des gouvernements vers la nutrition et de créer un engagement et un soutien pour la nutrition dans les ministères des Finances et de la Planification. »

- Parmi les bailleurs de fonds étudiés, seul un petit nombre a investi dans le suivi-évaluation, la construction d'un engagement et l'intégration de la nutrition dans les DSRP ainsi que les approches sectorielles. Une telle situation reflète le faible niveau d'intérêt pour la nutrition et sa relégation au second plan dans les programmes de développement.

²¹ Lancet Series 2008

²² Y compris les contributions de la Banque mondiale et de la fondation Gates

²³ également mentionné comme des interventions directes dans la littérature, par exemple conseil sur l'allaitement, aide alimentaire ciblée, supplémentation en oligo-éléments

²⁴ Par exemple, l'aide à l'agriculture, la sécurité alimentaire, le système de santé, l'enseignement, la gouvernance.

Position de la CE, ses points forts et ses avantages comparatifs

La CE pourrait accorder une plus grande priorité stratégique à la lutte contre la sous-nutrition en général, comme elle le fait déjà dans les contextes d'urgence. Les interventions en matière de nutrition de base tendent à tomber sous le mandat du secteur de la santé, qui n'est pas toujours un domaine prioritaire pour la CE²⁵. Les instruments actuels de la CE et leurs procédures restreignent la capacité à opérer selon l'approche du contiguum, malgré la nécessité reconnue de relier l'aide d'urgence à la réhabilitation et au développement.

Néanmoins, la CE dispose d'un ensemble distinctif de points forts sur lesquels elle pourrait s'appuyer pour améliorer sa contribution à la lutte contre la sous-nutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes.

1) La CE consacre d'importantes ressources aux interventions indirectes qui ont le potentiel de combattre les causes sous-jacentes de la sous-nutrition

Entre 2000 et 2004, la CE était le deuxième donateur pour l'aide au développement de l'aide alimentaire et la sécurité alimentaire²⁶. Selon l'IDS, la CE s'est classée en première position en ce qui concerne les investissements indirects réalisés par les gouvernements et la CE pour répondre à la malnutrition. Par exemple, ses investissements substantiels dans la recherche, l'agriculture, la protection sociale ainsi que les montants alloués plus récemment pour compenser les hausses mondiales des prix alimentaires pourraient exercer un impact significatif sur la prédominance de la sous-nutrition.

2) Elle est impliquée dans le développement et l'aide humanitaire. Via ECHO, une grande priorité est accordée à la malnutrition aiguë

Les dépenses de la DG ECHO en 2008, à ce jour presque 350 millions d'euros, ont été consacrés aux produits alimentaires²⁷ et à la nutrition. Conformément aux années précédentes, plus de 60 millions d'euros ont été directement affectés à la prévention et au traitement de la malnutrition aiguë, soit presque 10 % du budget ECHO. La priorité va

aux approches et à la gestion communautaire de la malnutrition dans les institutions de santé. Outre ce qui précède, ECHO a également soutenu des interventions plus larges visant à réduire la malnutrition aiguë grâce à une meilleure compréhension de la situation (enquêtes nutritionnelles / surveillance, systèmes d'alerte précoce et évaluations de l'alimentation et des moyens de subsistance), grâce à la réduction de l'insécurité alimentaire et financière (par exemple, des interventions basées sur l'argent, et la distribution de vivres) ainsi que grâce à un soutien significatif aux mesures d'atténuation sous forme d'appui aux projets relatifs à la santé, à l'eau et à l'assainissement ou d'éducation des mères (pratiques alimentaires).

3) Elle a un potentiel d'influence significatif

- Par rapport aux autres bailleurs de fonds, la CE dispose d'une présence nationale et régionale significative (118 délégations) dans les pays à faibles et moyens revenus. Elle considère le dialogue politique comme une dimension clé de sa coopération. Par conséquent, elle a le potentiel d'exercer une influence politique afin que la sous-nutrition se place au centre de l'agenda politiques et de développement dans les pays bénéficiaires de l'aide.

- Elle peut influencer sur les politiques des États membres de l'UE pour mobiliser davantage d'appui en faveur de la nutrition au sein de l'UE.

La combinaison de toutes ces forces place la CE dans une position unique pour:

- exercer davantage de leadership en matière de nutrition parmi les acteurs (mal coordonnés) de l'UE en vue d'atteindre un leadership global clair
- augmenter ses engagements/contributions pour lutter contre la sous-nutrition, et
- avoir un impact majeur dans la progression vers la réalisation des OMD 1, 4 et 5

²⁵ Lancet Series 2008 et IDS 2007 (classement de 10 gouvernements donateurs sur 11 et examen de la CE)

²⁶ Après les États-Unis, selon le Lancet Series 2008

²⁷ Selon le Lancet Series 2008, la CE était le deuxième donateur pour l'aide alimentaire d'urgence après les États-Unis entre 2000 et 2004.

V. Actions

Prioritaires internes

Cette section présente des actions pour la mise en œuvre interne de la CE. Celles de la section 5 doivent être entreprises en partenariat/collaboration avec d'autres.

1) Un impact accru sur la nutrition peut être obtenu en considérant les programmes existants à travers le prisme de la nutrition et en les adaptant en conséquence :

- se concentrer sur les interventions les plus efficaces selon le contexte,
- introduire des indicateurs de nutrition,
- améliorer le ciblage (par exemple, les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes),
- réduire les risques d'impacts négatifs,
- mieux intégrer la nutrition dans les domaines/secteurs comme l'agriculture/le développement rural, les transferts sociaux et les octrois récents de fonds pour compenser la hausse mondiale des prix alimentaires

La CE considérera également ce qui suit:

- inclure une analyse de la situation de la nutrition dans les Rapports Techniques Annuels des pays et s'assurer que la nutrition figure dans les directives résultantes
- ajouter des objectifs/programmes de nutrition dans de nouveaux appels à propositions et intégrer un objectif nutrition lors de la conception des appels.

Les pays fortement touchés par la sous-nutrition devraient être prioritaires.

2) Dans le cadre du LARD, surmonter les obstacles qui empêchent une meilleure coopération entre le développement et l'urgence :

- L'aide d'urgence et le développement devraient être considérés de manière contiguë et complémentaire plutôt que de manière successive dans une chaîne.
- ECHO et les Délégations devraient commencer à dialoguer dès la phase de planification avec un droit d'intervention réciproque dans le travail de l'autre. Il

devrait exister des programmes communs avec un suivi partagé.

3) Une meilleure intégration de la nutrition dans les politiques appropriées de la CE et l'inclusion des indicateurs de nutrition dans les rapports (par exemple, insuffisance pondérale comme indicateur OMD1).

L'utilisation des indicateurs de nutrition pour rendre compte des progrès est importante dans les interventions liées à la sécurité alimentaire, y compris les filets de sécurité et la protection sociale, la gouvernance, l'eau et l'assainissement ainsi que la santé.

4) Sensibilisation du personnel de la CE et augmentation de son expertise en matière de nutrition publique

En dehors d'ECHO, les compétences en nutrition sont rares au sein de la CE. La mise à disposition de documents d'orientation (par exemple, ceux semblables au «manuel d'intégration environnementale») et la sensibilisation du personnel de tous les secteurs et à tous les niveaux pourraient constituer une première étape vers un renforcement des compétences. Le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nutritionnelle globale (voir ci-dessous) exigeront davantage de compétences en nutrition publique au sein de la CE.

5) Élaborer un document d'orientation stratégique complet/un plan opérationnel pour la révision du 10^{ème} FED

Les actions de la CE en nutrition doivent être rapidement guidées par un document stratégique complet/un plan opérationnel de sorte qu'elles ne soient pas simplement des actions opportunistes sans lien agissant à petite échelle. En outre, un document stratégique/un plan opérationnel:

- fournira le cadre nécessaire pour maximiser l'impact sur la nutrition en reliant les ressources des secteurs appropriés - tels que la réduction de la pauvreté, l'agriculture, la protection sociale et le développement économique - avec les objectifs de nutrition
- facilitera une synergie, une approche intégrée et une collaboration efficace entre les secteurs appropriés de la CE ainsi qu'avec les partenaires
- fournira une cohérence, une structure et des aides pour aborder la sous-nutrition
- assurera que la nutrition soit une priorité stratégique.

6) Définition des priorités afin de guider l'élaboration du document d'orientation stratégique de nutrition/plan opérationnel de la CE :

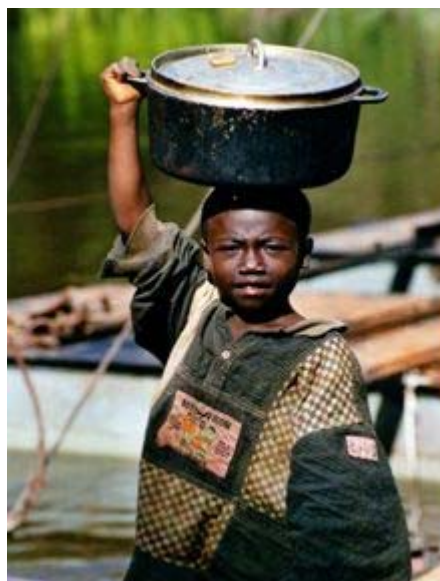
- conduite d'un examen des dépenses **directes et indirectes de la CE en termes de nutrition.**
- Cela permettra à la CE de visualiser ce qui est consacré à la nutrition, d'évaluer son impact et de rédiger des recommandations concernant la manière de réorganiser les dépenses futures en faveur de la nutrition. L'examen pourrait agir comme une ligne de base thématique pour suivre les progrès.
- Il commencera par un inventaire interne pour exploiter l'expérience. Cet examen sera l'occasion d'obtenir un meilleur aperçu de l'effet des investissements substantiels de la CE dans les interventions indirectes (par exemple, l'agriculture, le développement rural, la sécurité alimentaire et les transferts sociaux) sur la nutrition et ses causes (renforcer la base de preuves).
- **Mesure de l'efficacité des différents mécanismes d'aide** (par exemple, aide budgétaire, aide de projet) pour aborder la sous-nutrition. Cela pourrait être lié à un programme de gouvernance consistant à réviser le cadre institutionnel et les modalités de l'aide..

7) L'identification des champions/ points focaux nutrition et des dispositions institutionnelles au sein de la CE rassemblant la DG Développement, ECHO, AIDCO, RELEX ainsi que les Délégations pour mettre en œuvre la stratégie.

Puisque la sous-nutrition ne revient pas automatiquement à un secteur, elle ne devient pas une priorité (sauf en cas d'urgence) ou, comme l'indique l'IDS, elle est **«l'affaire de tous et la responsabilité de personne»**.

L'identification des champions/points focaux nutrition aux niveaux clés (délégations, chefs d'unité, directions, etc.) permettra une vaste mobilisation pour avancer et maintenir la nutrition à l'ordre du jour.

Un leadership clair et des dispositions institutionnelles qui rassemblent les divers organismes au sein de la CE sont une condition préalable à une mise en œuvre réussie de la stratégie. Dans le cas de la CE, la DG ECHO a un mandat clair pour la nutrition en cas d'urgence. Par contre, la Direction qui devrait prendre le leadership et rassembler les différents secteurs dans les contextes relatifs au développement reste à définir. La CE envisage de mener une analyse de la situation interne en examinant les systèmes, les structures, les prises de décision et la capacité internes. Cela pourrait être lié à la recherche sur l'efficacité des différents mécanismes d'aide (voir ci-dessus).



VI. Actions prioritaires en partenariat/ collaboration avec d'autres

1) Pour que la CE mette davantage l'accent sur la nutrition, elle exige un engagement politique au niveau des États membres et de la commission parlementaire européenne.

Afin d'obtenir cet engagement politique, une influence sur les États membres de l'UE, le Parlement européen et les commissaires doit être exercée. Par exemple, la sous-nutrition pourrait être incluse dans les priorités des prochaines présidences de l'UE (République tchèque, Suède). De même, un État membre de l'UE ou une commission parlementaire européenne pourrait demander qu'une plus grande priorité soit accordée à la sous-nutrition (soulevant la question de l'accomplissement de l'OMD 1). «La CE pourrait alors provoquer une discussion des États membres sur les thèmes clés et les meilleures façons de coordonner l'action des États membres de l'UE. Il s'agirait d'opportunités de communication sur les questions relatives à la nutrition.» (IDS, 2007)

2) Promouvoir une meilleure intégration de la nutrition au niveau national dans les ordres du jour relatifs au développement, la réduction de la pauvreté nationale et les plans sectoriels appropriés

En rapport avec ce qui précède, la CE pourrait jouer un rôle dans la revitalisation du dialogue politique sur la nutrition et l'intégration de la nutrition dans les ordres du jour des gouvernements aux niveaux centralisés et décentralisés. Par exemple, la CE pourrait soutenir une meilleure intégration de la nutrition dans les DSRP puisqu'ils offrent le cadre multisectoriel nécessaire pour aborder la sous-nutrition. En outre, la nutrition devrait être intégrée dans les documents stratégiques nationaux de la CE sur 4 ans et les négociations du FED (programme indicatif national, crédits budgétaires, examen en milieu d'exercice et indicateurs).

Par sa ligne budgétaire de sécurité alimentaire, la CE a l'expérience de la coordination multisectorielle et des dispositions institutionnelles complexes au niveau des pays. Elle pourrait appliquer son expérience à la nutrition.

3) Renforcement des capacités de soutien à la nutrition:

- améliorer la capacité d'un vaste groupe d'acteurs (par exemple, les directeurs, les décideurs et les autres spécialistes du secteur) pour aborder la sous-nutrition
- augmenter le nombre de nutritionnistes compétents au niveau des questions structurelles et conjoncturelles.

4) Relier la nutrition à l'ordre du jour de la gouvernance

«... il existe des opportunités claires pour qu'elle (la nutrition) soit utile en vue de révéler la capacité, la responsabilité et la sensibilité des États » (IDS, 2007). Par exemple, la nutrition pourrait être incluse dans le dialogue politique de la CE avec les pays bénéficiaires de l'aide, particulièrement pendant les négociations d'aide budgétaire.

5) Renforcement de la participation dans la gestion de la malnutrition aiguë²⁸ (ECHO)

- promouvoir le libre accès au traitement de la malnutrition aiguë sévère dans le cadre des soins de santé
- soutenir la réforme de la prise en charge de la malnutrition aiguë en introduisant les nouvelles courbes de croissance de l'OMS (par exemple, via un renforcement des capacités)
- renforcer le système de santé et assurer un continuum de soins de qualité entre l'urgence et le développement
- soutenir la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
- soutenir le développement des cadres/processus pour établir des normes et réglementer l'accréditation internationale de nouveaux produits enrichis en vitamines et en nutriments visant à aborder la malnutrition aiguë.
- encourager les synergies entre les acteurs du développement et des situations d'urgence afin d'assurer la prévention et le traitement appropriés de la malnutrition aiguë modérée.

²⁸La malnutrition aiguë englobe le déperissement et/ou la présence d'œdème nutritionnel

6) Considérer des pays pilotes afin de tester une approche globale

Les critères suivants seront considérés pour sélectionner les pays: volonté de la délégation de la CE de s'engager dans le pilote, les pays avec un grave problème de sous-nutrition et la présence de partenaires (gouvernement et/ou NU) disposés à s'engager dans ce processus et avec la volonté politique d'aborder la sous-nutrition.

7) Stimuler une meilleure coordination de la communauté internationale

Le système international de nutrition – composé des organisations internationales et des Bailleurs de fonds, du milieu universitaire, de la société civile, et du secteur privé – est «fragmenté et dysfonctionnel»²⁹. La CE contribuera à stimuler un plus grand leadership et une plus grande coordination au sein de la communauté internationale en soutenant le Comité permanent sur la nutrition.

Une plus grande coordination et une meilleure coopération avec d'autres Bailleurs de fonds sont nécessaires pour assurer une répartition plus équitable de l'aide couvrant l'éventail des actions requises pour lutter contre la sous-nutrition et ses causes. Par exemple, la CE pourrait se fonder sur des initiatives et les cofinancer avec d'autres parties concernées clés impliquées dans la nutrition, y compris les États membres de l'UE, la Banque mondiale ou les nouveaux acteurs privés (comme par exemple la fondation Gates)

8) Positionner la CE stratégiquement au sein du contexte d'appui des Bailleurs de fonds, pour aider à assurer un investissement accru pour la nutrition ainsi qu'une allocation plus harmonisée et plus équitable des ressources

La conduite d'une cartographie des Bailleurs de fonds (si les examens des Bailleurs de fonds en cours ne sont pas suffisants) pour acquérir une meilleure compréhension de ce que les autres font en matière de nutrition pourrait aider à positionner la CE.

Outre ses avantages actuels (des investissements indirects et l'aide humanitaire), la CE devrait envisager d'aborder quelques-uns des déficits du financement international pour la nutrition. Quelques-unes des options sont:

- augmenter l'investissement en nutrition de base pour des actions qui se sont avérées efficaces

- investissements supplémentaires pour s'assurer que les actions atteignent ou ciblent ceux dans le besoin (par exemple, les enfants de moins de deux ans, les femmes pendant et avant la grossesse, les enfants les plus pauvres).
- augmenter l'investissement dans les pays fortement touchés par la sous-nutrition.

En rapport avec ce qui précède, une recherche supplémentaire pourrait être considérée sur les obstacles et les solutions pour augmenter les interventions efficaces, mesurer l'impact des interventions pré-maternelles sur le statut nutritionnel et la mortalité des nourrissons, par exemple.

La CE explorera les opportunités au niveau de ses instruments et des approches innovatrices (par exemple, l'évaluation sociale attachée aux programmes d'infrastructure) et s'assurera que les budgets prennent en compte la nutrition.

Le champ d'application du document stratégique/plan opérationnel pourrait englober la malnutrition au sens large plutôt que de se concentrer sur la sous-nutrition uniquement.

²⁹ Lancet Series 2008

Annexes

Annexe 1 : acronymes

AIDCO :	Office de coopération EuropeAid
CAD :	Le Comité d'aide au développement
Daly :	Disability-adjusted life year (Année de vie ajustée sur l'incapacité)
DfID :	Département pour le développement international (Royaume Unit)
DG DEV :	Direction générale Développement
DG ECHO :	Direction générale de l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne
CE :	Commission européenne
FED :	Fonds européen de développement
UE :	Union européenne
PIB :	Produit intérieur brut
IDS :	Institut d'études de développement
LARD :	Lien entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement
OMD :	Objectif du Millénaire pour le développement
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
DSRP :	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
ATPE :	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
CPN :	Comité permanent de la nutrition
SC UK :	Save the Children UK
UNICEF :	Fonds des Nations unies pour l'enfance
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

Annexe 2: glossaire

Malnutrition aiguë	Faible poids par rapport à la taille (voir émaciation ci-dessous) et/ou œdème bilatéral
Malnutrition chronique	Voir le retard de croissance
Année de vie ajustée à l'incapacité (DALY)	Un indicateur développé pour le calcul de la charge des maladies qui quantifie, dans un indicateur unique, le temps perdu en raison du décès prématuré par rapport au temps vécu avec l'incapacité
Faible poids à la naissance (LBW)	Défini comme un poids corporel à la naissance de moins de 2500 grammes
Malnutrition	La malnutrition englobe à la fois la sous-nutrition et l'obésité/surconsommation des éléments nutritifs spécifiques.
Oligo-éléments	Vitamines et minéraux
MUAC	La circonférence du bras est utilisée par certains comme un indicateur de malnutrition aiguë (principalement dans les cas d'urgence). Ce système prédit le risque de décès quand la circonférence est inférieure à 110 mm chez les enfants ayant 12 (ou 6) – 59 mois. Il peut également indiquer une malnutrition aiguë.
Retard de croissance :	<p>Faible taille par rapport à l'âge. Il est question de la petite taille qui correspond à un déficit de la croissance linéaire. Le potentiel génétique n'est pas atteint suite au mauvais régime et à la maladie.</p> <p>Le retard de croissance est défini comme un indice taille-pour-âge < - 2 écart réduit de la médiane de la population de référence internationale.</p> <p>Le retard de croissance grave est défini comme un indice taille-pour-âge < - 3 écart réduit au-dessous de la médiane de la population de référence internationale.</p>
Sous-nutrition	Restriction de croissance intra-utérine aboutissant à un faible poids à la naissance; un poids insuffisant ; un retard de croissance; un dépérissement et une insuffisance en oligo-éléments moins visibles.
Insuffisance pondérable	<p>Faible poids par rapport à l'âge et un élément du retard de croissance et du dépérissement.</p> <p>Le poids insuffisant est défini comme un indice poids-pour-âge < - 2 écart réduit de la médiane de la population de référence internationale.</p> <p>Un poids insuffisant grave est défini comme un indice poids-pour-âge < - 3 écart réduit au-dessous de la médiane de la population de référence internationale.</p>
Emaciation	<p>Faible poids par rapport à la taille. Ceci est généralement le résultat d'un processus grave (manque de produits alimentaires et/ou maladie) qui a produit des pertes importantes de poids.</p> <p>L'émaciation est définie comme un indice poids-pour-taille < - 2 écart réduit de la médiane de la population de référence internationale.</p> <p>L'émaciation grave est définie comme un indice poids-pour-taille < -3 écart réduit au-dessous de la médiane de la population de référence internationale.</p>

Annexe 3 : Les 36 pays avec une prédominance du retard de croissance des enfants ≥ 20% couvrant 90 % du nombre mondial estimé de 178 millions d'enfants en retard de croissance

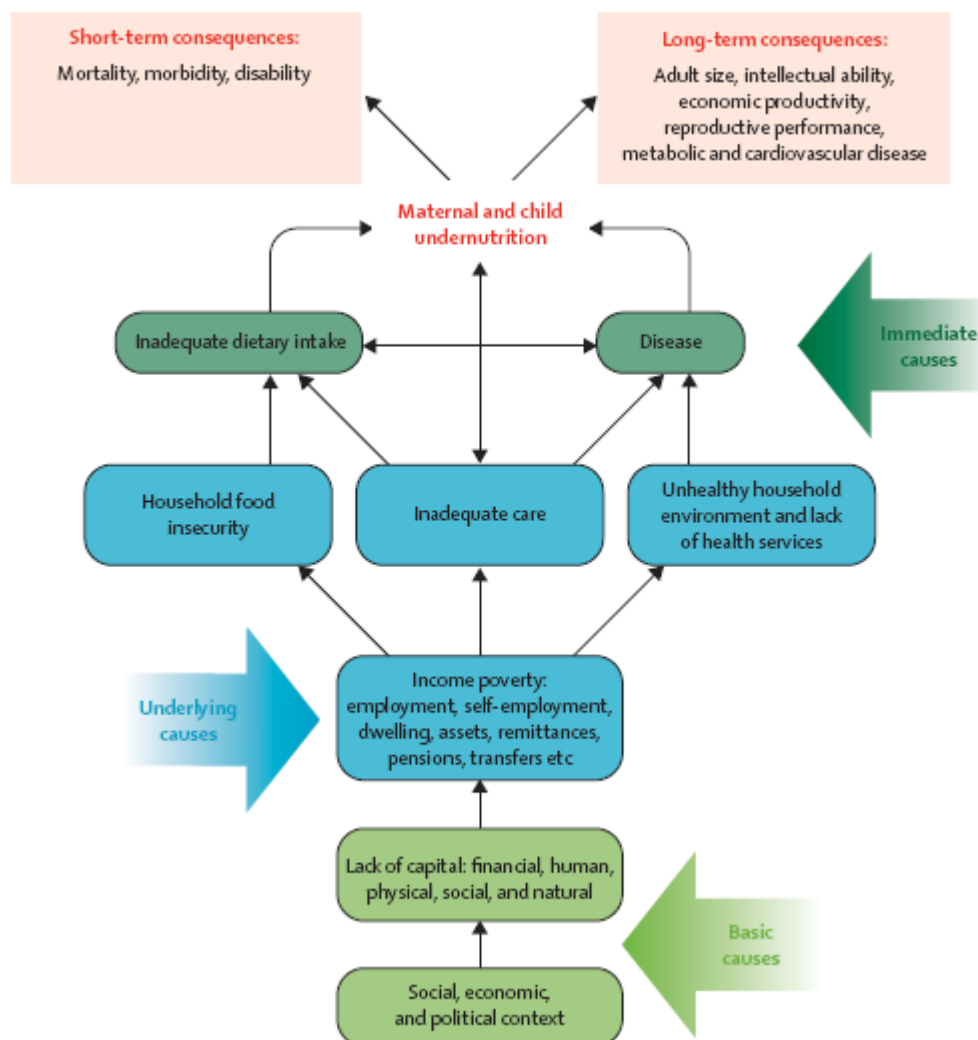
(Source : Lancet Series 08)

Pays ³⁰	%>retard de croissance ³¹	Nombres < 5 ans en retard de croissance en millions
Inde	51.0	61.206
Indonésie	45.3	9.772
Nigeria	43.0	9.571
Bangladesh	50.5	8.787
Pakistan	41.5	8.763
Éthiopie	57.4	7.498
République démocratique du Congo (la)	44.4	4.977
Philippines (les)	37.8	3.730
Viêt Nam	42.4	3.375
Afghanistan	53.6	2.967
République Unie de Tanzanie (la)	48.3	2.920
Ouganda	44.8	2.675
Soudan (le)	47.6	2.483
Yémen	59.3	2.175
Népal	57.1	2.078
Kenya	35.8	2.054
Myanmar	40.6	1.891
Égypte	20.3	1.813
Madagascar	55.5	1.724
Afrique du Sud	30.9	1.616
Mozambique	47.0	1.547
Niger (le)	54.2	1.545
Angola	30.8	1.511
Turquie	20.5	1.479
Malawi	54.6	1.278
Irak	28.3	1.223
Guatemala	59.9	1.210
Mali	42.7	1.111
Ghana	35.6	1.104
Burkina Faso	43.1	1.060
Zambie	52.5	1.056
Pérou	31.3	938
Cambodge	49.1	901
Cameroun	35.4	868
Côte d'Ivoire	31.1	863
Burundi	63.1	837

³⁰ Les 20 pays avec une prédominance du retard de croissance des enfants ≥ 20% couvrant 80% du nombre mondial estimé de 178 millions d'enfants en retard de croissance sont présentés dans la partie grise du tableau.

³¹ Sur la base des normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Données à partir de 2005. Pour l'Afghanistan, la Côte d'Ivoire, les Philippines, l'Afrique du Sud, la Turquie et le Viêt Nam, la prédominance du retard de croissance basée sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS a été dérivée en utilisant un facteur de conversion.

Annexe 4 : Cadre des relations entre la pauvreté, l'insécurité alimentaire et d'autres causes sous-jacentes et immédiates à la sous-nutrition maternelle et infantile ainsi que ses conséquences à court terme et à long terme
(Source: Lancet Series, 2008)



Annexe 5 : Interventions avec un impact avéré sur la sous-nutrition maternelle et infantile parmi les programmes «traditionnels» de nutrition (Lancet Series 08)

Actions avec des preuves suffisantes de l'efficacité et la possibilité de recommander la mise en œuvre dans chacun des 36 pays ³²	Actions avec des preuves de l'efficacité et de la faisabilité de la mise en œuvre dans des situations spécifiques
Maternal and birth outcomes	
Iron folate supplementation	Maternal supplements of balanced energy and protein
Maternal supplements of multiple micronutrients	Maternal iodine supplements
Maternal iodine through iodisation of salt	Maternal deworming in pregnancy
Maternal calcium supplementation	Intermittent preventive treatment for malaria
Interventions to reduce tobacco consumption or indoor air pollution	Insecticide-treated bednets
Newborn babies	
Promotion of breastfeeding (individual and group counselling)	Neonatal vitamin A supplementation
	Delayed cord clamping
Infants and children	
Promotion of breastfeeding (individual and group counselling)	Conditional cash transfer programmes (with nutritional education)
Behaviour change communication for improved complementary feeding*	
Zinc supplementation	Deworming
Zinc in management of diarrhoea	Iron fortification and supplementation programmes
Vitamin A fortification or supplementation	Insecticide-treated bednets
Universal salt iodisation	
Handwashing or hygiene interventions	
Treatment of severe acute malnutrition	
* Additional food supplements in food-insecure populations.	

³² Les 36 pays avec une prédominance du retard de croissance des enfants ≥ 20% couvrant 90% du nombre mondial estimé de 178 millions d'enfants en retard de croissance.

Annexe 6 : priorités des actions selon le document des défis du consensus de Copenhague 2008

Sur base des coûts-bénéfices et de l'analyse coût-efficacité, le document a déterminé les priorités suivantes :

- L'iodisation universelle du sel, la supplémentation de zinc et de vitamine A et la fortification en fer et en folates des produits de base
- pratiques respectueuses des nourrissons pour la promotion de l'allaitement
- anthelminthes (déparasitage)

Selon les auteurs, *«toutes ces solutions potentielles présentent un très bon rapport coût-efficacité, mais n'abordent qu'une proportion modeste de la sous-nutrition». «... seul un quart à un tiers de la sous-nutrition peut être abordé par les interventions des oligo-éléments et l'enseignement.» «Pour réaliser une autre réduction, on devrait considérer des programmes plus larges tels que les transferts alimentaires ou d'argent liquide, améliorer le statut des femmes, etc.»*