

La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure Une approche intégrée par secteurs et modalités de l'aide

Préparé par la Commission européenne,
l'Allemagne, la France, l'Irlande, la Pologne
et le Royaume-Uni

Septembre 2011



COMMISSION
EUROPÉENNE

Document de référence N° 13

La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure

Une approche intégrée par secteurs et modalités de l'aide

Préparé par la Commission européenne,
l'Allemagne, la France, l'Irlande, la Pologne
et le Royaume-Uni

Septembre 2011

**Europe Direct est un service destiné à vous aider
à trouver des réponses aux questions
que vous vous posez sur l'Union européenne.**

**Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

() Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès
aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.*

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet
via le serveur Europa (<http://europa.eu>)

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2011

ISBN 978-92-79-16975-5

ISSN 1830-8228

doi : 10.2783/51980

© Union européenne, 2011

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Imprimé en Belgique

IMPRIMÉ SUR PAPIER RECYCLÉ

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	2
Liste des tableaux	2
Liste des encadrés	2
Abréviations	3
Remerciements	4
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	9
1.1 Objectif et champ du document de référence	11
1.1.1 Utilisation du document de référence	11
1.1.2 Comprendre la malnutrition et la sous-nutrition	12
1.2 La sous-nutrition et ses conséquences	14
1.2.1 Les conséquences au niveau individuel	14
1.2.2 Conséquences au niveau national	15
1.2.3 Conséquences au niveau international	15
1.3 L'ampleur du problème	16
1.3.1 États fragiles	18
1.3.1 Tendances	18
1.4 Les causes de la sous-nutrition	19
CHAPITRE 2 : AMÉLIORATION DE LA NUTRITION PAR DES MESURES LIÉES À THÉMATIQUES CLÉS	23
2.1 Amélioration de la nutrition via la santé	25
2.2 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène	26
2.3 Amélioration de la nutrition via l'éducation	27
2.4 Amélioration de la nutrition par des mesures liées au genre	28
2.5 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à la protection sociale	29
2.6 Amélioration de la nutrition via la sécurité alimentaire	31
2.7 Amélioration de la nutrition via l'agriculture	33
2.8 Amélioration de la nutrition via l'environnement et la gestion durable des ressources naturelles	35
2.9 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à la gouvernance	36
2.10 Améliorations de la nutrition des mesures liées aux droits de l'homme	38
CHAPITRE 3 : INTÉGRATION DE LA NUTRITION AUX PHASES DE PROGRAMMATION	41
3.1 Analyse et compréhension de la sous-nutrition dans son contexte	42
3.1.1 Y a-t-il un problème de sous-nutrition?	42
3.1.2 Analyse et compréhension des mesures prises par les gouvernements face à la sous-nutrition	43
3.1.3 Analyse et compréhension des réponses des autres parties prenantes à la sous-nutrition	44
3.2 Mesures de sensibilisation à la nutrition au niveau national	44
3.3 Formulation d'une réponse des donateurs à la sous-nutrition	46
3.3.1 Définition des priorités	46
3.3.2 Approches spécifiques relatives à la réponse humanitaire, aux situations de transition et aux États fragiles	47
3.4 Conception des mesures de suivi, d'évaluation et d'apprentissage	49
CHAPITRE 4 : LA NUTRITION DANS LES MODALITÉS DE L'AIDE	51
4.1 Contribuer à l'amélioration de la nutrition par les approches générales et sectorielles	54
4.2 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets	59
4.2.1 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets de développement	59
4.2.2 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets humanitaires	61
ANNEXE 1 : GLOSSAIRE	67
ANNEXE 2 : PAYS LES PLUS TOUCHÉS PAR LA SOUS-NUTRITION	73
ANNEXE 3 : INDICATEURS	75
ANNEXE 4 : DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	84
ANNEXE 5 : INTERVENTIONS RELATIVES À LA SANTÉ EFFICACES POUR LA NUTRITION	85
ANNEXE 6 : ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE	86
ANNEXE 7 : TERMES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION DES RESULTATS NUTRITIONNELS DES PROGRAMMES	91

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Vue d'ensemble du document de référence	12
Figure 2 :	Vue d'ensemble de la sous-nutrition	13
Figure 3 :	90 % des enfants atteints d'un retard de croissance du monde vivent dans 36 pays	17
Figure 4 :	Progrès régionaux accomplis dans la lutte contre l'insuffisance pondérale chez les enfants	18
Figure 5 :	Modèle des chaînes causales aboutissant à la sous-nutrition	20
Figure 6 :	Cadre d'action relatif à la nutrition	21
Figure 7 :	Modalités de l'aide utilisées par la Commission européenne	52
Figure 8 :	Mesures visant à rendre les méthodes d'acheminement de l'aide sensibles à la nutrition	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Charge de morbidité et décès liés à la sous-nutrition	14
Tableau 2 :	La nutrition dans les objectifs du millénaire pour le développement	16
Tableau 3 :	La nutrition dans le document de stratégie par pays (DSP) des donateurs	47
Tableau 4a :	Approche générale/globale : mesures relatives à l'intégration de la nutrition	55
Tableau 4b :	Approche sectorielle : mesures relatives à l'intégration de la nutrition	56
Tableau 5 :	Mesures visant à intégrer des aspects nutritionnels lors de la préparation du soutien à un projet	60
Tableau 6 :	Mesures destinées à intégrer la nutrition aux projets des situations d'urgence	62

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 :	Indicateurs d'impact susceptibles de présenter un intérêt pour tous les aspects de l'assistance extérieure	24
Encadré 2 :	Indicateurs clés relatifs aux gains nutritionnels découlant de la santé	26
Encadré 3 :	Indicateurs clés relatifs aux gains nutritionnels découlant de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	27
Encadré 4 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de l'éducation	27
Encadré 5 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de mesures liées au genre	28
Encadré 6 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la protection sociale	30
Encadré 7 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la sécurité alimentaire et de l'agriculture	34
Encadré 8 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de l'environnement et de la gestion durable des ressources naturelles	35
Encadré 9 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la gouvernance	38
Encadré 10 :	Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant des droits de l'homme	39
Encadré 11 :	Intégration d'objectifs nutritionnels au cadre stratégique national	45
Encadré 12 :	Intégration d'objectifs nutritionnels à la programmation	46
Encadré 13 :	Principes de l'engagement international dans les États fragiles	48
Encadré 14 :	Terminologie relative aux approches sectorielles	52
Encadré 15 :	Indicateurs nutritionnels relatif aux approches générales et sectorielles	57
Encadré 16 :	Problèmes clés concernant la nutrition dans une action humanitaire	61
Encadré 17 :	Indicateurs nutritionnels clés relatifs dans les situations d'urgence	64

ABRÉVIATIONS

ASN	analyse de la situation nutritionnelle
AVCI	année de vie corrigée du facteur invalidité (voir le glossaire)
BM	Banque mondiale
CAD	Comité d'aide au développement (de l'OCDE)
CE	Commission européenne
CSLP	cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSP	document de stratégie pays - Country Strategy Paper
DG	direction générale de la Commission européenne
DG DEVCO	direction générale du développement et de la coopération – EuropeAid
DG ECHO	direction générale de l'aide humanitaire et de la protection civile
DTA	dispositions techniques administratives
EDS	enquête démographique et de santé
EM	États membres de l'Union européenne
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FED	Fonds européen de développement
GCP	gestion du cycle de projet
GFP	gestion des finances publiques
ICD	instrument de la coopération au développement
IMC	indice de masse corporelle (voir le glossaire)
MAG	malnutrition aiguë globale (c'est-à-dire modérée et sévère)
MAM	malnutrition aiguë modérée
MAS	malnutrition aiguë sévère
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey, enquête en grappes à indicateurs multiples
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAA	programme d'action annuel
PAN	Programa Articulado Nutricional, (programme national du Pérou)
PAPS	programme d'appui aux politiques sectorielles
PIB	Produit Intérieur Brut
PIN	programme indicatif national
PROGRESA	Programa De Educación, Salud y Alimentación, (programme national du Mexique)
SBG	appui budgétaire général
SBS	appui budgétaire sectoriel
SEAE	service européen pour l'action extérieure
SWAp	approche sectorielle
TdR	termes de référence
UE	Union européenne
UNDAF	plan-cadre des Nations unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

REMERCIEMENTS

Le présent document a été préparé par le Service Conseil en Nutrition : Claire Chastre, Lola Gostelow, Dominique Blariaux, Yves Martin-Prével, Carlos Navarro-Colorado, Lawrence Haddad et Cristina Lopriore.

Cette préparation a été coordonnée par des représentants de la France, de l'Allemagne, de l'Irlande, de la Pologne et du Royaume-Uni ainsi que de divers services de la Commission européenne, qui ont également contribué à son contenu.

À la lumière de l'expérience acquise dans la rédaction de ce document de référence, des modifications et adaptations lui seront apportées au fur et à mesure des besoins. Votre participation à ce travail est la bienvenue. Merci, pour y contribuer, de transmettre vos observations, questions et suggestions à EuropeAid à l'adresse de courrier électronique suivante : DEVCO-Nutrition-Support@ec.europa.eu.

Le document, ainsi que d'autres documents connexes, peuvent être téléchargés sur les sites suivants :

- Internet : <http://www.cc.cec/wikis/display/>
- Site internet EuropeAid : DEVCO-Nutrition-Support@ec.europa.eu
- Intranet EuropeAid : <http://capacity4dev.eu/topic/fighting-hunger>

RÉSUMÉ



Bachari et son ami, Maman, ont tous deux trois ans, mais la croissance de Bachari (à droite), qui a souffert de malnutrition lorsqu'il était bébé, a été gravement retardée.

Source: Amadou Mbodj – Save the Children (*Running on Empty*)

Le **document de référence de l'UE, *La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure***, vise à transformer les programmes d'aide pour leur permettre de réaliser des progrès réels dans la prévention de la sous-nutrition. Il présente une description détaillée des améliorations de la nutrition qui peuvent être réalisées par la modification de la conception des programmes dans tous les secteurs et domaines thématiques – de la santé à la gouvernance, et de l'éducation au genre. Des objectifs axés sur la nutrition doivent être intégrés aux programmes d'assistance, quels que soient le secteur ou la modalité de l'aide, pour chercher à atteindre des résultats mesurables spécifiques en matière de nutrition. La lutte contre la sous-nutrition devient alors la responsabilité de chacun, pas seulement celles des experts techniques.

Il est destiné à servir de **guide pour l'incorporation pratique d'objectifs nutritionnels aux secteurs appropriés et aux différentes méthodes de financement** utilisées par l'Union européenne (UE) que ce soit dans la coopération au développement ou dans l'action humanitaire. Il s'adresse principalement aux gestionnaires de l'aide qui travaillent au sein des équipes de pays, c'est-à-dire les délégations de l'UE et les bureaux des États membres.

Le Document de référence est structuré de manière **à ce que les chapitres puissent être lus indépendamment les uns des autres**. La seule exception concerne l'assistance humanitaire, car il n'existe pas de démarcations absolues entre les interventions nutritionnelles des situations d'urgence et les interventions en matière de développement. Pour garantir des progrès durables en nutrition et sauver des vies, une contiguïté est nécessaire entre l'action d'urgence en matière de nutrition et le développement. Comme toujours, il est essentiel de bien analyser la situation pour déterminer la meilleure voie à suivre.

Le **chapitre 1** fournit un aperçu des conséquences de la sous-nutrition, l'ampleur du problème et ses causes.

La sous-nutrition représente le principal problème de développement auquel le monde est confronté¹.

La sous-nutrition tue plus de 3 millions d'enfants tous les ans. Elle est associée à la mortalité maternelle dans un cas sur cinq. Actuellement, la réalité ² veut que :

- dans les pays à revenus faibles ou moyens, **un tiers des enfants de moins de cinq ans** (environ 195 millions) sont trop petits pour leur âge;
- dans les pays à revenus faibles ou moyens, **environ 75 millions (13 %) d'enfants** de moins de cinq ans sont émaciés, dont 26 millions gravement;
- chaque année, **19 millions d'enfants naissent avec un petit poids de naissance** en raison d'une croissance intra-utérine insuffisante.

La sous-nutrition est à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté. Ses répercussions, sur le plan des **coûts économiques, ont été estimées à 10 % des revenus des individus durant toute leur vie ³ et à de 2 à 8 % du PIB d'une nation ⁴.**

L'amélioration de la nutrition peut stimuler la croissance économique. Une croissance économique équitable, qui profite aux plus pauvres, peut à son tour améliorer considérablement la nutrition. Cependant, les pays et les acteurs du développement doivent, premièrement, créer un environnement politique axé sur l'élimination de la sous-nutrition et, deuxièmement, investir dans un ensemble cohérent de mesures.

Il y a de multiples causes possibles de la sous-nutrition qui agissent aux niveaux de l'individu, du ménage, de la communauté et d'une nation : de politiques inappropriées à la pauvreté des revenus et du régime alimentaire, de la discrimination liée au genre au manque d'accès aux services de base. Étant donné l'ensemble complexe des causes, la mobilisation de plusieurs secteurs décrite dans ce document est nécessaire pour agir sur les déterminants multiples et prévenir et/ou répondre à la sous-nutrition sur le long terme.

Le **chapitre 2** fournit une **description détaillée de la contribution que peuvent apporter les secteurs et thèmes pertinents à la réduction de la sous-nutrition** – de la santé à la protection sociale, de l'agriculture à l'eau et l'assainissement – en choisissant les indicateurs appropriés pour suivre les progrès.

Le **chapitre 3** fournit des conseils sur **comment la nutrition peut être intégrée aux différentes étapes de la programmation** ; afin qu'elle soit analysée et comprise dans un contexte donné et que la réponse du donateur soit conçue en cohérence avec les stratégies et actions du gouvernement et des autres acteurs.

¹ Ce fut l'une des conclusions d'un groupe d'économistes du consensus de Copenhague de 2008 <http://www.copenhagenconsensus.com>.

² Chiffres tirés de *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition*, Unicef, 2009.

³ Banque mondiale, 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development - A Strategy for Large-Scale Action*.

⁴ Horton et Ross, 2003. *The economics of iron deficiency*. *Food Policy* 28 (2003) 51–75.

Le **chapitre 4** fournit des **conseils pour répondre à la sous-nutrition à travers deux modalités de l'aide : appui budgétaire général/sectoriel et l'approche projet**. Chaque modalité de l'aide offre une opportunité d'introduction et d'intégration de la nutrition et des facteurs liés. Le processus propre à chaque modalité tend à inclure plusieurs étapes clés qui sont communes à toutes : analyse de situation, conception de l'assistance, suivi et apprentissage.

Appel à une action coordonnée

L'intégration est au cœur de ce document de référence de l'UE, *La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure*, qu'il s'agisse de faire le lien entre les données et l'action, de connecter différents niveaux de cause afin de pérenniser les améliorations, d'unir les efforts entre les secteurs pour renforcer la cohérence, de mieux lier les aspirations et les efforts des gouvernements à l'aide développement ou de joindre les investissements à court terme aux progrès à plus longue échéance. À terme, nous espérons également que ce document soutiendra les efforts déployés actuellement pour relier les approches et priorités des institutions d'aide à travers l'Union européenne, afin de donner ainsi au niveau international une impulsion qui permettra d'éliminer la sous-nutrition une fois pour toutes.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION



Nutritional survey in the primary school

La sous-nutrition tue plus de 3 millions d'enfants tous les ans. Elle peut avoir des conséquences irréversibles pour la croissance physique et le développement mental de ceux qui survivent et porte ainsi atteinte, à son tour, à pratiquement tous les aspects du développement économique et humain. Elle peut entraîner des pertes représentant jusqu'à 8 % du PIB.

Pourtant, la sous-nutrition est entièrement évitable, et des données solides ont été recueillies sur les mesures susceptibles d'être les plus efficaces. L'assistance internationale doit être planifiée de manière exhaustive afin d'utiliser l'ensemble des solutions qui permettront de prévenir les conséquences particulièrement graves de la sous-nutrition.

Les préoccupations actuelles de la communauté internationale et l'engagement croissant démontré signifient que le moment est venu d'exploiter les possibilités qui s'offrent de lutter contre la sous-nutrition. Au sommet de L'Aquila 2009, les chefs d'État ont appelé à l'augmentation du soutien visant à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution portant spécifiquement sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ⁵ appelant à des politiques nutritionnelles favorables aux pauvres, axées sur les personnes ayant des besoins nutritionnels spécifiques et ancrées dans une approche multisectorielle.

L'Union européenne a adopté récemment plusieurs politiques reflétant son engagement accru à lutter contre la sous-nutrition. Empruntant des voies différentes, les communications relatives à la santé mondiale, à la sécurité alimentaire et à l'assistance alimentaire constituent les premiers pas vers la création, pour l'UE et ses États membres, d'un cadre commun de lutte contre la malnutrition. Surtout, divers pays ont lancé leurs propres programmes et stratégies⁶. Le présent document suit la même direction qu'eux et souligne les mesures concrètes permettant de traduire les engagements politiques par des actions et des impacts mesurables.

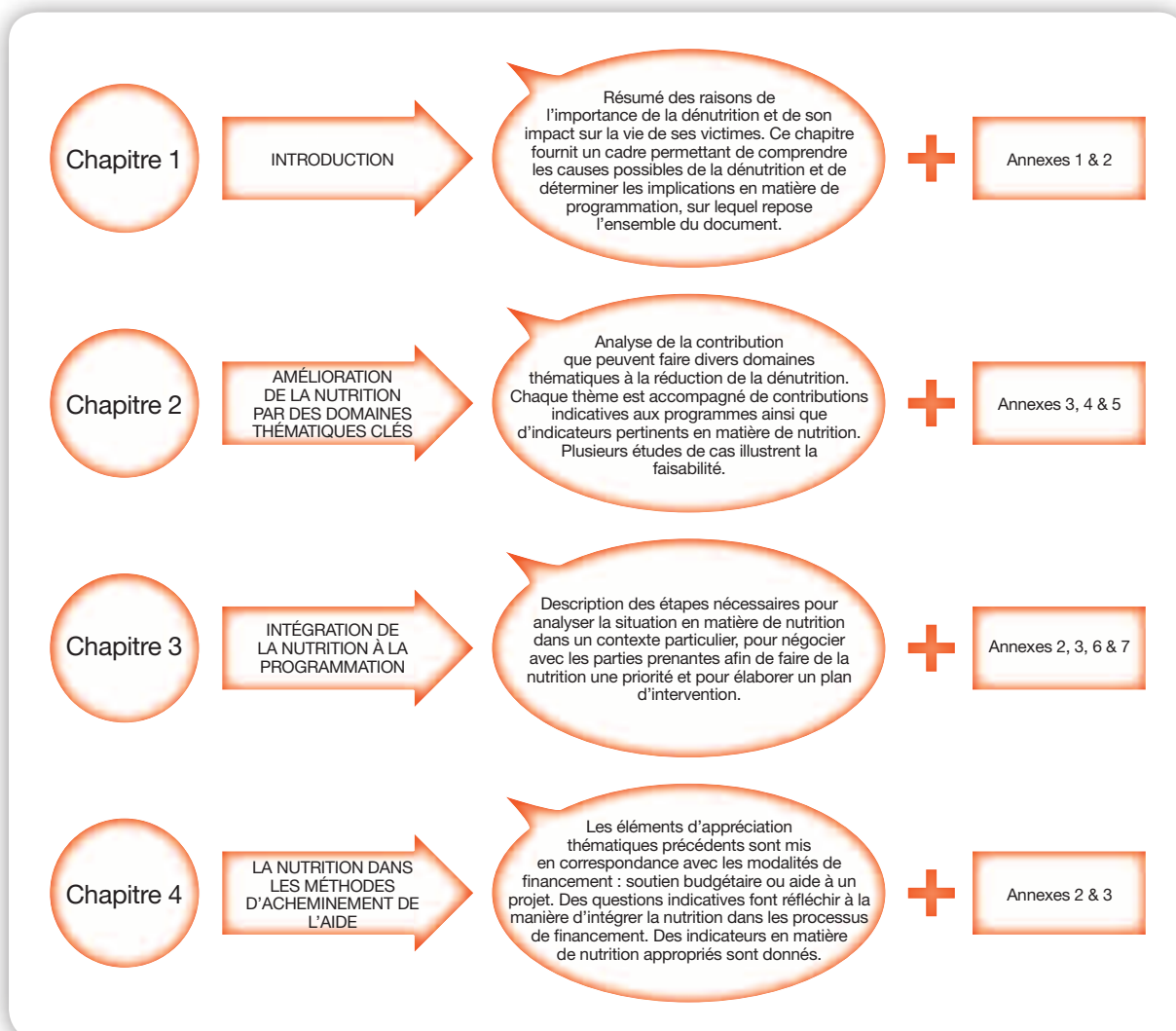
Le terme «sous-nutrition» englobe un éventail de troubles causés par une prise alimentaire insuffisante et des maladies infectieuses fréquentes. Ces troubles se présentent diversement sous la forme d'une insuffisance pondérale, d'une taille insuffisante, d'une maigreur dangereuse (émaciation) ou de carences en vitamines et/ou minéraux (malnutrition par carence en micronutriments).

La sous-nutrition est étroitement associée à l'insécurité alimentaire et à la faim mais en est distincte. Elle est un effet physique; l'insécurité alimentaire décrit les circonstances socio-économiques dans lesquelles les individus ne peuvent accéder à des aliments de qualité en quantité suffisante pour mener une vie saine et active. Le terme «faim» est utilisé pour décrire le déficit estimé de l'apport alimentaire pour des groupes de population, qu'il y ait ou non des indications d'une sous-nutrition.

5 Résolutions de la 60e Assemblée mondiale sur la santé, 21 mai 2010 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/wha_closes_20100521/fr/index.html.

6 Par exemple, «The neglected crisis of undernutrition: DFID's strategy» (<http://collections.europarchive.org/tna/20100423085705/http://dfid.gov.uk/Documents/publications/nutrition-strategy.pdf>) et la stratégie du gouvernement français, «Nutrition dans les Pays en Développement – Document d'Orientation Stratégique» (http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/ministere_817/publications_827/enjeux-planetaires-cooperation-internationale_3030/documents-strategie-sectorielle_20004/les-pays-developpement-nutrition_87987.html).

1.1 Objectif et champ du document de référence



Le présent document a pour objectif de contribuer à transformer les programmes d'aide de manière à ce qu'ils réalisent de réels progrès dans ce domaine. La solution consiste à intégrer des objectifs de nutrition dès la conception des programmes et à suivre les progrès au moyen d'indicateurs appropriés.

Il est destiné à servir de guide pour l'incorporation pratique d'objectifs nutritionnels aux secteurs appropriés et aux différentes méthodes de financement utilisées par l'Union européenne (UE) que ce soit dans la coopération au développement ou dans l'action humanitaire.

Il s'adresse principalement aux gestionnaires de l'aide qui travaillent au sein des équipes de pays, c'est-à-dire les délégations de l'UE et les bureaux des États membres. Il tente de compléter et de développer les efforts existants déployés par les États membres. En outre, il est prévu que les débats qu'il suscitera ici pourraient se révéler utiles pour les homologues nationaux et autres parties prenantes.

L'application des recommandations qu'il contient ne nécessite aucune expertise en matière de nutrition.

1.1.1 Utilisation du document de référence

Les lecteurs du document se concentreront sans doute sur les sections qu'ils jugent les plus utiles pour eux. Pour cette raison, ses chapitres sont structurés de manière à pouvoir être lus indépendamment les uns des autres. La seule exception concerne l'assistance humanitaire, car il n'existe pas de démarcations absolues entre les interventions nutritionnelles des situations d'urgence et les interventions en matière de développement. Pour garantir des progrès durables en nutrition et sauver des vies, une contiguïté est nécessaire entre l'action d'urgence en matière de nutrition et le développement. Comme toujours, il est essentiel de bien analyser la situation pour déterminer la meilleure voie à suivre. Par conséquent, toutes les sections ont été rédigées en gardant à l'esprit tous les types de contextes opérationnels. À divers endroits, des éléments d'information sont donnés concernant la nutrition dans les situations d'urgence.

Figure 1 : Vue d'ensemble du document de référence

Dans l'ensemble du document, le corps du texte est accompagné des informations complémentaires suivantes:



des études de cas, présentées dans des encadrés à fond orange ou disponibles sur internet



des conseils pratiques et des orientations



des aspects critiques à examiner



des sources d'informations complémentaires.

Une liste des références est disponible par l'intermédiaire d'un lien Internet.

L'italique indique qu'il s'agit de citations textuelles des références données.

1.1.2 Comprendre la malnutrition et la sous-nutrition

La «malnutrition» englobe à la fois la sous-nutrition et la surnutrition (obésité). Bien que l'augmentation de l'obésité dans le monde et les pressions qu'elle exerce sur les systèmes de santé suscitent de graves inquiétudes de santé publique, la nécessité impérieuse de lutter contre la sous-nutrition demeure plus forte que jamais, d'où le thème du présent document de référence.

La sous-nutrition se définit ⁷ comme la résultante d'une prise alimentaire insuffisante et de maladies infectieuses à répétition. La sous-nutrition recouvre un éventail de problèmes : un poids insuffisant pour l'âge, une taille trop petite pour l'âge (retard de croissance), une maigreur dangereuse (émaciation) et des carences en vitamines et en minéraux (carences en micronutriments). Elle est évaluée de diverses manières, en général au moyen de mensurations telles que le poids, la taille et le périmètre brachial (anthropométrie).

Les termes sont pleinement expliqués dans le glossaire de l'annexe 1. La figure 2 résume sous une forme simplifiée les différents types de sous-nutrition.

S'il est admis que la nutrition joue un rôle important tout au long de la vie d'une personne, les périodes critiques de vulnérabilité maximale sont celles de la grossesse et de la naissance à deux ans. C'est alors qu'à moins d'être enrayée, la sous-nutrition peut avoir les conséquences les plus durables pour la santé et le développement (telles qu'elles sont décrites ci-dessous). Ces périodes sont donc prioritaires. Elles offrent une occasion cruciale de faire en sorte que les conditions nécessaires soient réunies pour une croissance optimale.

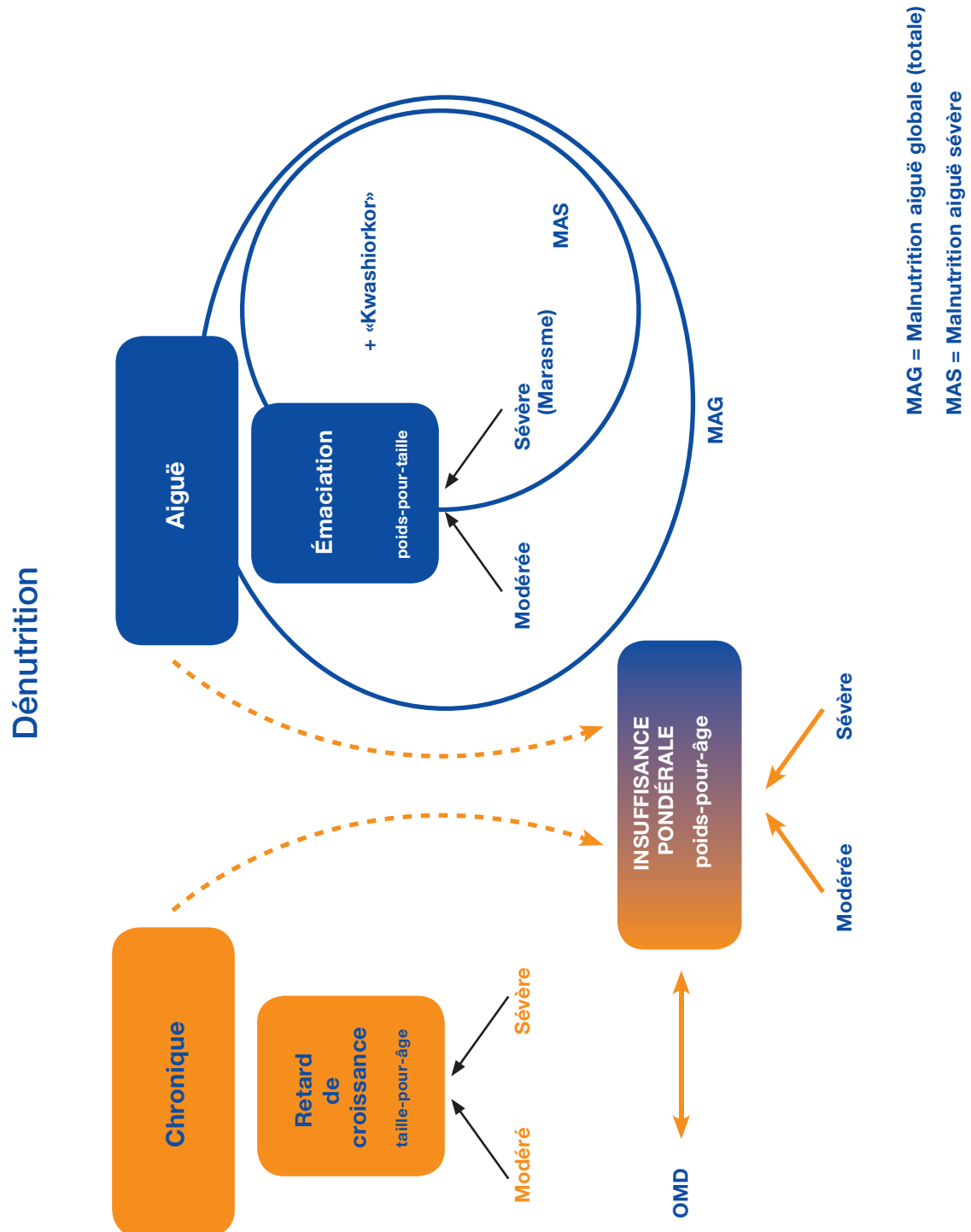
Faire de la période allant de la grossesse à l'âge de deux ans une priorité fondamentale suppose de rechercher et de mesurer les résultats des actions spécifiquement sur ce groupe/cette période. Cependant, cela n'entraîne pas nécessairement d'exclure d'autres catégories préoccupantes. Cette période ne constitue pas nécessairement un critère de ciblage car les actions qui visent les ménages, les communautés ou les nations peuvent elles aussi conduire à une amélioration de la nutrition des femmes enceintes et des enfants de moins de deux ans (voir la section 1.4). De même, les interventions pourraient être étendues aux enfants de moins de cinq ans, catégorie dans laquelle la sous-nutrition est à l'origine de taux de mortalité élevés.

La période s'étendant de la grossesse à 24 mois offre une période propice cruciale pour la réduction de la sous-nutrition et de ses effets néfastes ⁸.

⁷ La définition donnée ici est celle de l'Unicef.

⁸ Bryce J. et al, 2008: *Maternal and Child Undernutrition 4. Maternal and child undernutrition: effective action at national level. The Lancet.*

Figure 2 : Vue d'ensemble de la sous-nutrition



1.2 La sous-nutrition et ses conséquences

La sous-nutrition englobe un large éventail de troubles qui résultent d'un déficit de l'apport alimentaire en calories, en protéines et/ou en micronutriments. Ce déficit peut être causé par une prise alimentaire insuffisante (et peut être décrit par le terme «faim») ou par une mauvaise assimilation des nutriments consommés (associée à la maladie ou à la «morbidité»). Voir la section 1.4.

1.2.1 Les conséquences au niveau individuel

La sous-nutrition des enfants et des mères a des conséquences dévastatrices dans les pays en développement :

- la sous-nutrition provoque la mort de plus de 3 millions d'enfants par an;⁹
- elle contribue à 35 % des maladies contractées par les enfants de moins de cinq ans;
- elle contribue à 11 % des maladies contractées dans le monde (adultes et enfants);
- la sous-nutrition dans l'enfance augmente le risque de maladies chroniques à l'âge adulte (comme le diabète et l'obésité) et entraîne donc de graves conséquences pour la santé, la productivité et la survie des adultes;
- une fillette qui souffre d'un retard de croissance au début de sa vie (de la période intra-utérine à deux ans) a plus de risques de rester de petite taille. Ces carences se répercutent sur le cycle des naissances : les enfants auxquels elle donnera naissance seront en général plus petits et courront un plus grand risque de sous-nutrition;
- de plus, les mères dénutries ont plus de chances de mourir en couches (l'anémie liée à une carence en fer et la petite taille interviennent dans un cinquième des cas de mortalité maternelle).

Tableau 1 : Charge de morbidité et décès liés à la sous-nutrition¹⁰

	Décès	% de décès chez les enfants de moins de cinq ans	Charge de morbidité (1000 AVCI)	% d'AVCI chez les enfants de moins de cinq ans
Retard de croissance	1 491 188	14,5	54 912	12,6
Émaciation	1 509 236	14,6	64 566	14,8
Petit poids de naissance	337 047	3,3	15 536	3,1
Carence en vit. A ¹¹	667 771	6,5	22 668	5,3
Carence en zinc ¹²	453 207	4,4	16 342	3,8
Carence en fer ¹³	20 854	0,2	2 156	0,5
Carence en iode ¹⁴	3 619	0,03	2 614	0,6

N. B.: les AVCI sont les années de vie corrigées du facteur invalidité.

⁹ Sauf indication contraire, les statistiques sont tirées de la Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition 2008.

¹⁰ Source: Lancet Series 2008, Global deaths and disability-adjusted life years (DALYs) in children under 5 years of age attributed to nutritional status measures and micronutrient deficiencies in 2004.

¹¹ Chez les enfants, les carences en vitamine A provoquent la cécité et augmentent le risque de maladie et de décès suite à des infections graves.

¹² Les carences en zinc suscitent chez l'enfant une augmentation du risque de diarrhée, de pneumonie et de paludisme.

¹³ Chez l'enfant, les carences en fer augmentent le risque de morbidité et portent atteinte au développement physique et cognitif. Chez la femme, elles donnent lieu à un plus grand risque de grossesse à issue problématique et réduisent la productivité au travail.

¹⁴ Les carences en iode nuisent au développement cognitif des enfants. Durant la grossesse, ces carences, si elles sont sévères, peuvent provoquer la naissance d'enfants mort-nés, des avortements spontanés et des anomalies congénitales comme le crétinisme.

La sous-nutrition a une incidence non seulement sur l'état physique, mais aussi sur les capacités mentales :

- La sous-nutrition nuit au développement du cerveau et conduit à de moins bons résultats scolaires. Selon les données disponibles, il apparaît que par rapport aux enfants de taille normale, les enfants avec un retard de croissance ont moins tendance à être scolarisés, commencent souvent leur scolarisation plus tard, atteignent un niveau moins bon pour leur âge et possèdent des capacités cognitives inférieures ou obtiennent des scores moins bons.¹⁵
- des études réalisées dans 79 pays montrent qu'à chaque augmentation de 10 % du nombre d'enfants souffrant de retard de croissance correspond une diminution de 7,9 % de la proportion d'enfants atteignant la dernière classe de l'enseignement primaire.¹⁶
- les carences en iode portent atteinte au développement mental de 18 millions des bébés nés chaque année.¹⁷
- le petit poids de naissance peut réduire le quotient intellectuel de cinq points de pourcentage.

La combinaison d'une diminution physique et mentale et d'une moins bonne santé réduit les possibilités de revenus et de réussite professionnelle d'un individu. Les coûts économiques de la sous-nutrition ont été estimés à 10 % des revenus des individus durant toute leur vie¹⁸, ce qui a une incidence sur les perspectives de développement des pays.

1.2.2 Conséquences au niveau national

La sous-nutrition est à la fois une conséquence et une cause de la pauvreté. Elle touche les pauvres de manière disproportionnée. Ainsi, les retards de croissance sévères sont trois fois plus fréquents dans les groupes de populations les pauvres que chez les plus riches¹⁹.

Les coûts économiques de la sous-nutrition ont été estimés entre 2 et 8 % du PIB²⁰. Il suffit même d'une carence en un seul micronutriment pour que l'économie d'un pays s'en ressente. Ainsi, on a montré que l'anémie liée à une carence en fer était responsable d'une baisse de 5,2 % du PIB au Pakistan et de 7,9 % au Bangladesh, bien que des travaux de recherche complémentaires soient nécessaires pour valider ces conclusions²¹.

La sous-nutrition met à l'épreuve les systèmes de santé surchargés, non seulement immédiatement, car les personnes dénutries ont plus tendance à être malades, mais aussi à long terme, car la sous-nutrition chez les enfants est liée à l'apparition, plus tard, de maladies chroniques coûteuses.

L'amélioration de la nutrition permet de stimuler la croissance économique. Une croissance économique équitable – c'est à dire qui tient compte des plus pauvres - peut à son tour améliorer considérablement la nutrition. Cependant, même une croissance économique équitable ne suffit pas pour lutter contre la sous-nutrition. Les pays et les acteurs du développement doivent, premièrement, créer un environnement politique axé sur l'élimination de la sous-nutrition et, deuxièmement, investir dans un ensemble cohérent de mesures.

La sous-nutrition représente le principal problème de développement auquel le monde est confronté²².

1.2.3 Conséquences au niveau international

L'intérêt des responsables politiques a été déclenché par les retards pris dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qui doivent être atteints d'ici 2015, et par une prise de conscience que la réalisation de trois de ces OMD requiert une nutrition adéquate (**voir le tableau 2**).

15 Grantham-McGregor et al., 2007. *Child development in developing countries 1. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet 2007; 369: 60–70. Extraits de la page 63.

16 Ibid, page 63.

17 Banque mondiale, 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development. A Strategy for Large-Scale Action*. Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Washington.

18 Banque mondiale, 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development - A Strategy for Large-Scale Action*.

19 Données émanant de 50 pays. Gwatkin R.D. et al., 2007. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries – An overview*. Banque mondiale.

20 Horton et Ross, 2003. *The economics of iron deficiency*. Food Policy 28 (2003) 51–75.

21 Ibid.

22 This was one of the conclusions of an expert panel of economists at the Copenhagen Consensus of 2008 (www.copenhagenconsensus.com).

Tableau 2 : La nutrition dans les objectifs du millénaire pour le développement**Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim**

Cible: Réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim

- Indicateurs: 1.1 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
1.2 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport énergétique

Objectif 4 : réduire la mortalité infantile

Cible: Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

- Indicateurs: 4.1 Taux de mortalité des moins de 5 ans
4.2 Taux de mortalité infantile
4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

Objectif 5 : améliorer la santé maternelle

Cible: Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle

- Indicateurs: 5.1 Taux de mortalité maternelle
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

En outre, la sous-nutrition entrave la réalisation de trois autres objectifs ²³ :

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous (les enfants dénutris ont moins tendance à être scolarisés, ont tendance à commencer leurs études plus tard et à les abandonner prématurément).

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (les fillettes dénutries ont moins tendance à poursuivre leurs études et donc moins de chances d'être maîtresses de leurs choix de vie futurs).

Objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (la sous-nutrition accélère l'apparition du sida chez les séropositifs; les enfants nés de mères séropositives sont parfois dénutris en raison de l'arrêt prématuré de l'allaitement maternel ou même de l'absence d'allaitement maternel exclusif; la sous-nutrition réduit les taux de survie au paludisme et à la tuberculose et rend moins résistant à l'infection).

Par conséquent, les OMD et la nutrition sont interdépendants : d'un côté l'amélioration de la nutrition contribue à la réalisation des OMD, de l'autre, la réalisation des OMD sert de base à une réponse efficace contre la sous-nutrition.

1.3 L'ampleur du problème ²⁴

- Dans les pays à revenus faibles ou moyens, environ 195 millions d'enfants de moins de cinq ans, soit un tiers de cette population, accusent un retard de croissance.
- Environ 75 millions d'enfants de moins de cinq ans (13 %) sont émaciés, dont 26 millions gravement.
- 19 millions d'enfants naissent chaque année avec un petit poids de naissance causé par une croissance intra-utérine insuffisante.
- Environ 33 % (190 millions) des enfants d'âge préscolaire et 15 % (19 millions) des femmes enceintes ont une alimentation trop pauvre en vitamine A et peuvent être classés parmi les personnes atteintes d'une carence en vitamine A.
- Les carences en fer atteignent environ 25 % de la population mondiale, en particulier les jeunes enfants et les femmes.
- 41 millions de nouveau-nés sont exposés à des troubles dus à la carence en iode ²⁵.

Bien que les nombres concernés soient élevés, la sous-nutrition est concentrée dans un nombre relativement faible de pays.

- Environ 80 % des enfants avec un retard de croissance dans le monde vivent dans 24 pays.
- Environ 80 % des enfants en insuffisance pondérale du monde vivent dans 10 pays ²⁶.
- Les régions les plus touchées par la sous-nutrition se trouvent en Asie centrale méridionale et en Afrique sub-saharienne.

Dans l'**annexe 2**, figure la liste des pays qui ont le plus d'enfants avec un retard de croissance, et les prévalences (proportion) les plus élevées. Les pays les plus affectés sont présentés dans la **figure 3**.

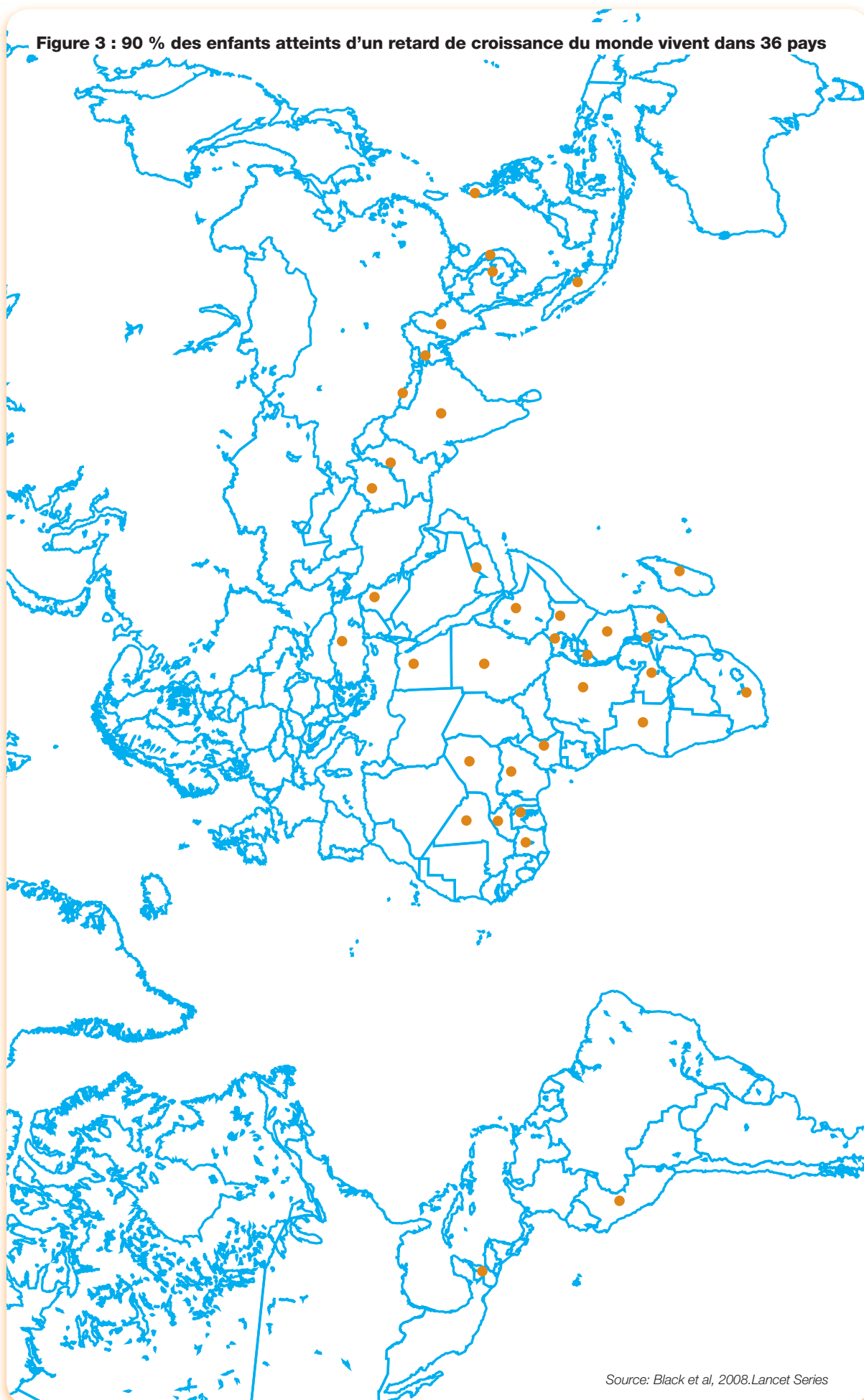
²³ SCN, 2004. 5th Report on the World Nutrition Situation

²⁴ Les chiffres cités dans la présente section sont tirés de *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition*, Unicef, 2009.

²⁵ Tiré de http://www.childinfo.org/idd_status.html (données de 2003 - 2008).

²⁶ Inde, Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Chine, Éthiopie, Indonésie, République Démocratique du Congo, Philippines et Afghanistan.

Figure 3 : 90 % des enfants atteints d'un retard de croissance du monde vivent dans 36 pays



Source: Black et al, 2008.Lancet Series

1.3.1 États fragiles

Le concept de fragilité s'applique à des structures faibles ou défaillantes et à des situations dans lesquelles le contrat social est rompu du fait de l'incapacité ou du refus de l'État d'assurer ses fonctions de base et d'assumer ses obligations et responsabilités en ce qui concerne la fourniture des services, la gestion des ressources, l'État de droit, l'égalité d'accès au pouvoir, la sécurité et la sûreté de la population ainsi que la protection et la promotion des droits et libertés des citoyens²⁷.

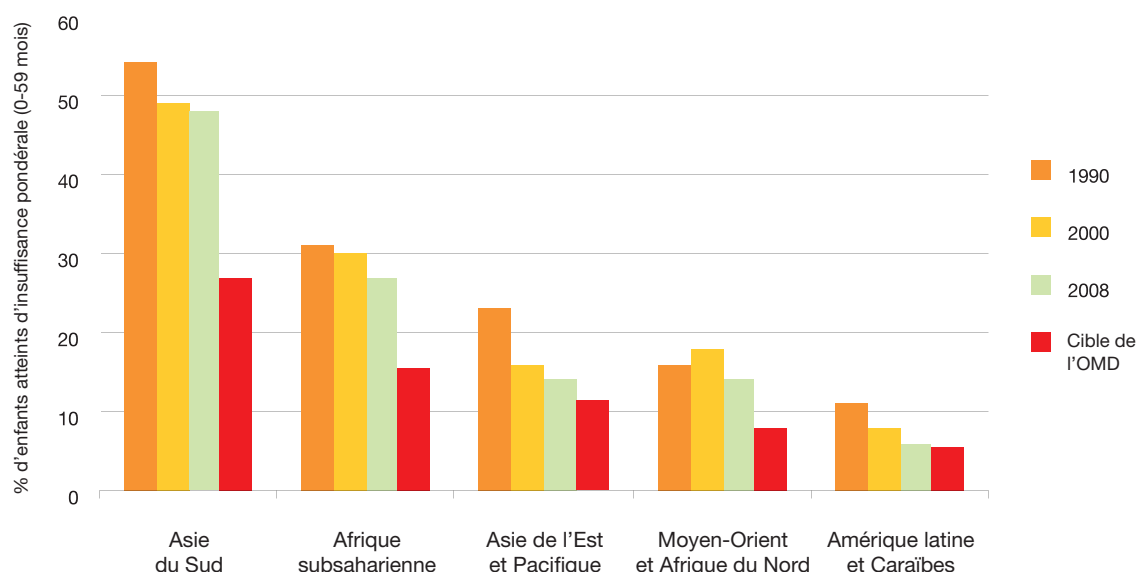
Environ le tiers des enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance du monde vivent dans 48 pays définis comme fragiles ou en proie à des conflits par l'OCDE. La moitié des 36 pays où vivent 90 % des enfants en retard de croissance du monde sont considérés comme « fragiles » conformément aux critères de l'OCDE²⁸.

Les carences nutritionnelles et la faim peuvent contribuer à la fois aux causes et aux conséquences de la fragilité. Des alertes précoces relatives à l'insécurité alimentaire et des indications d'une détérioration nutritionnelle peuvent être intégrées aux analyses de la fragilité d'un État. L'UE et ses États membres se sont engagés à prévenir la fragilité, à s'attaquer à ses causes profondes et à lutter contre ses conséquences. Cela nécessite un engagement d'ensemble associé à l'application coordonnée de divers instruments relevant des domaines de l'aide humanitaire, du développement, de la diplomatie, du maintien de l'ordre et de la sécurité.

1.3.1 Tendances

Les progrès relatifs à l'OMD 1 sont lents et insuffisants. La proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance pondérale est passée de 31 à 26 % de 1990 à 2008, l'objectif fixé pour 2015 étant de 15 %. (La **figure 4** montre que cette proportion a diminué dans toutes les régions.)

Figure 4 : Progrès régionaux accomplis dans la lutte contre l'insuffisance pondérale chez les enfants



Source: UNICEF, 2010. Progrès pour les enfants: réaliser les OMD avec équité. No 9, septembre 2010. Page 16

- Sur 118 pays, 37 ont réalisé des progrès insuffisants, et 19 n'en ont accompli aucun ²⁹. La plupart de ces derniers se trouvent en Afrique, où, selon les projections, le nombre absolu d'enfants atteints d'insuffisance pondérale devrait continuer à augmenter (étant passé de 27 millions en 1980 à 44 millions en 2005 ³⁰)
- À travers les régions en développement (Asie du Sud-Est, Afrique subsaharienne ainsi que Moyen-Orient et Afrique du

²⁷ Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. Vers une réponse de l'UE aux situations de fragilité - s'engager pour le développement durable, la stabilité et la paix dans des environnements difficiles. Bruxelles, 25.10.2007 COM(2007) 643 final. http://ec.europa.eu/development/center/repository/COM_2007_0643_FR.pdf. Page 5.

²⁸ La liste de pays du Lancet a été comparée à celle de l'OCDE figurant dans le rapport annuel Resource Flows to Fragile and Conflict-Affected States de 2008. OCDE.

²⁹ Unicef, 2010. Progrès pour les enfants: réaliser les OMD avec équité. Numéro 9, septembre 2010. Page 16.

³⁰ IDS, 2007. Greater DFID and EC Leadership on Chronic Malnutrition: Opportunities and Constraints. A. Sumner et autres Institute of Development Studies, commandé par Save the Children UK. Pages 4 et 33.

Nord), l'insuffisance pondérale est plus répandue chez les enfants les plus pauvres et chez ceux qui vivent dans les zones rurales ³¹.

- Les améliorations en nutrition ne sont pas réparties également à travers toutes les catégories de la population. En Inde, par exemple, la prévalence des enfants atteints d'insuffisance pondérale parmi les 20 % d'enfants les plus riches a diminué d'environ un tiers de 1990 à 2008, alors que parmi les 20 % d'enfants les plus pauvres, on n'observe aucune différence significative ³².
- Les tendances relatives aux carences en micronutriments sont moins claires, en partie à cause de changements apportés aux méthodologies, de l'inclusion d'enfants plus jeunes et de l'expansion des programmes de prévention. Les données concernant 2004 montrent qu'elles restent importantes, en particulier en ce qui concerne la vitamine A et le zinc ³³.

1.4 Les causes de la sous-nutrition

Les causes possibles de la sous-nutrition sont nombreuses. Elles sont en général divisées en trois catégories : les causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales. Ces trois niveaux sont ceux établis dans le cadre conceptuel élaboré par l'Unicef dans les années 1990, qui reste à la base d'une grande partie de la réflexion menée sur ce problème au niveau international (**voir la figure 5**).

- Les causes immédiates concernent l'individu et revêtent deux dimensions : l'apport alimentaire et l'état de santé. Cette distinction met l'accent sur les limites du terme « faim » pour dénoter la sous-nutrition, car la sous-nutrition n'est pas toujours causée par la faim.
- Les causes sous-jacentes interviennent au niveau des ménages et des communautés. Elles se divisent en trois catégories : la sécurité alimentaire des ménages, les soins prodigués aux enfants et aux femmes et l'environnement sanitaire ainsi que les services de santé. L'insuffisance des revenus est à la base de ces trois catégories.
- Les causes fondamentales englobent un éventail de facteurs intervenant au niveau sous-national, national et international qui s'étendent des ressources naturelles aux événements politiques en passant par les environnements sociaux et économiques.

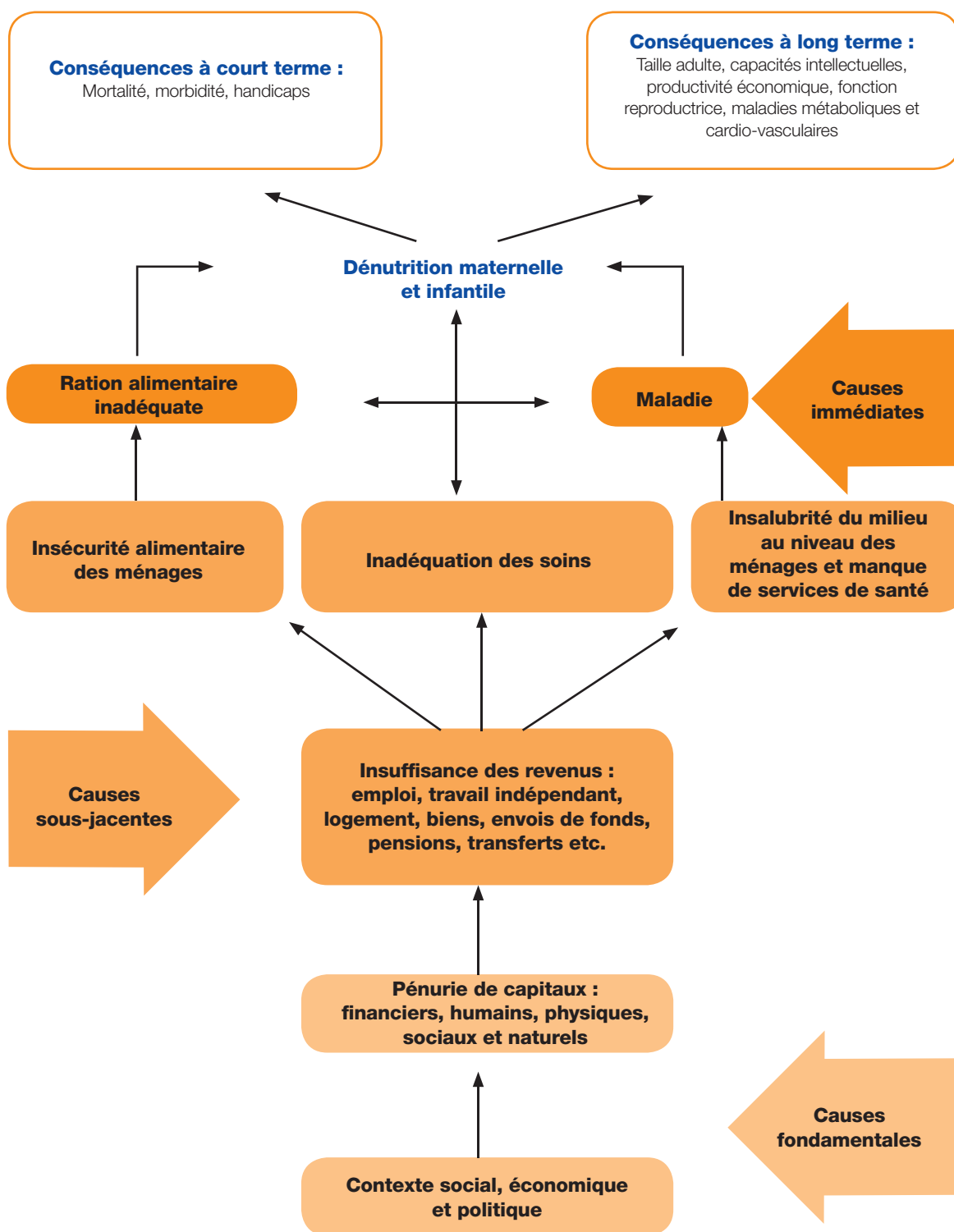
L'importance relative des causes potentielles dépend de la dynamique spécifique de chaque situation et de chaque catégorie de population. Pour cette raison, il est essentiel d'effectuer une analyse rigoureuse de la situation avant de déployer des mesures (**voir le chapitre 3**).

Les divers déterminants de la sous-nutrition agissent parfois en synergie si bien qu'une cause influence les autres. Compte tenu de la complexité de ces interactions, il est nécessaire d'adopter une approche multisectorielle pour agir sur des déterminants multiples et prévenir ou éliminer la sous-nutrition à long terme. Ce principe s'applique également dans les contextes humanitaires, bien que l'assistance ait alors tendance à donner la priorité aux interventions visant à sauver des vies, axées sur les causes immédiates et sous-jacentes.

31 Unicef 2010. *Progrès pour les enfants: réaliser les OMD avec équité*. Numéro 9, septembre 2010. Page 17.

32 Ibid. page 17.

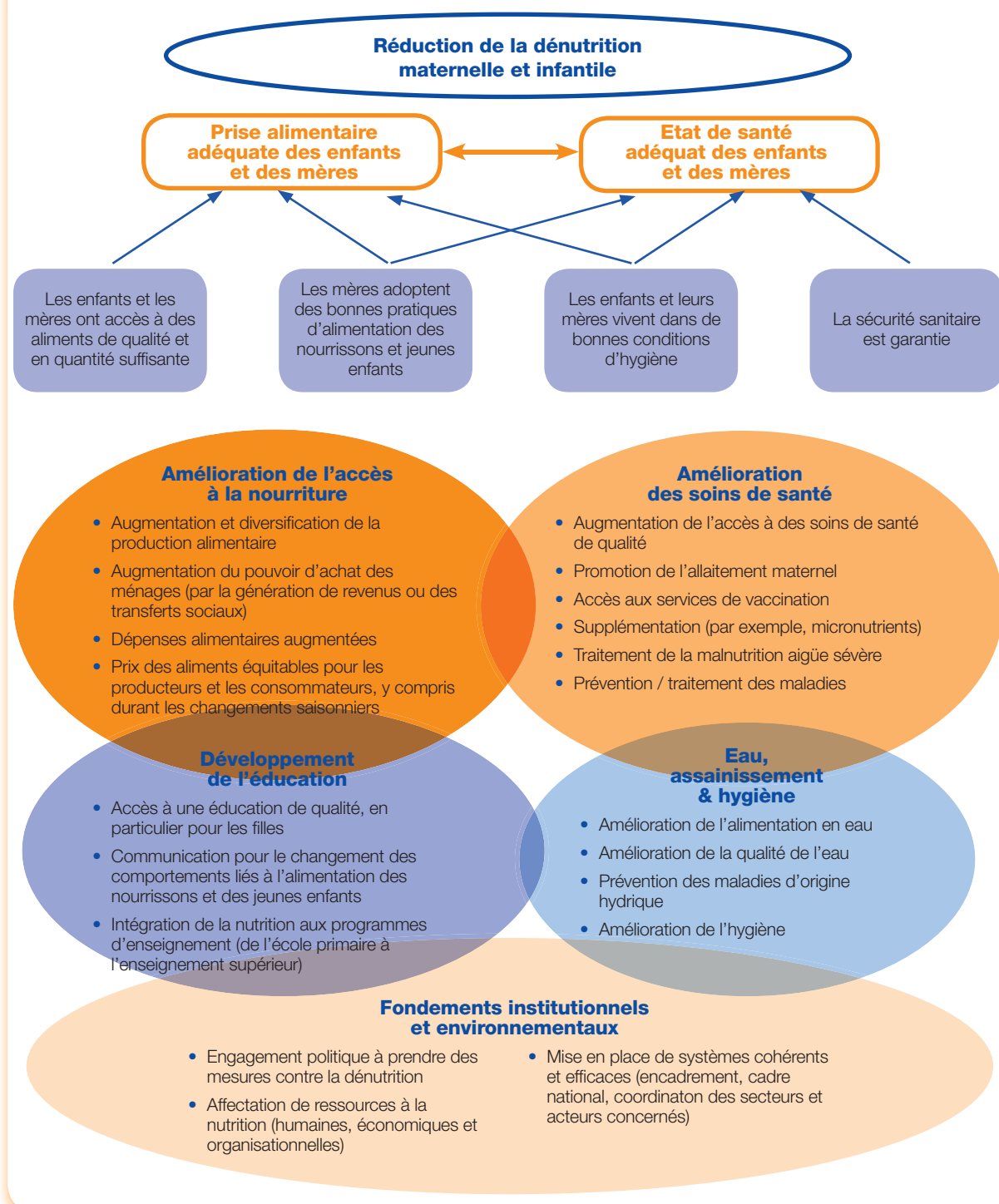
33 Black, et al, (2008), 'Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences' *The Lancet*, p. 15.

Figure 5 : Modèle des chaînes causales aboutissant à la sous-nutrition

Source: diagramme tiré de la Stratégie visant à améliorer la nutrition des enfants et des femmes dans les pays en développement, UNICEF, 1990; adapté dans la Lancet Series (2008).

La sous-nutrition peut se développer rapidement (malnutrition aiguë), ou sur une période prolongée (chronique). Pour lutter contre, deux approches globales peuvent être appliquées. Premièrement, il existe des stratégies et interventions qui ont un impact **direct** sur l'état nutritionnel car elles ciblent **les causes immédiates** de la sous-nutrition, comme les programmes d'alimentation, la distribution de suppléments en micronutriments ou le soutien à l'alimentation des enfants. Deuxièmement, il existe des stratégies et interventions qui ont un impact **indirect** sur l'état nutritionnel car elles ciblent **les causes sous-jacentes ou fondamentales** de la sous-nutrition, comme les mesures visant à améliorer l'état de santé, l'hygiène³⁴ et l'accès à des aliments plus abondants ou de meilleure qualité, ou à augmenter les revenus des ménages. Les deux approches sont en général nécessaires. La figure 6 résume les différentes possibilités de programmation susceptibles de contribuer à la réduction de la sous-nutrition.

Figure 6 : Cadre d'action relatif à la nutrition



³⁴ La distinction entre les interventions directes et indirectes a été établie auparavant, y compris dans la Note de cadrage de la CE: Améliorer la contribution de la CE à la lutte contre la malnutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes. Janvier 2009. http://ec.europa.eu/europeaid/infopoint/publications/europeaid/183a_fr.htm.



Données provenant de plusieurs pays sur la lutte contre la sous-nutrition

Des données provenant de 63 pays montrent l'effet de différents investissements sur la réduction de l'insuffisance pondérale chez l'enfant¹:

Causes sous-jacentes:

- 43 % de la réduction totale de la sous-nutrition découlait d'améliorations des soins prodigués aux enfants liées à l'éducation des femmes (taux de scolarisation);
- 26 % venaient d'augmentations des disponibilités alimentaires par habitant;
- 19 % étaient liées à des améliorations de l'environnement sanitaire (accès à l'eau propre); et
- 12 % résultaient d'améliorations du statut des femmes² (espérance de vie des femmes par rapport à celle des hommes).

Causes fondamentales:

- 50 % de la réduction de la sous-nutrition résultaient d'une augmentation des revenus nationaux par habitant
- 0 % venait d'améliorations d'ensemble liées à la démocratisation, malgré l'influence potentielle puissante de la démocratie, qui donne aux citoyens la possibilité de s'exprimer concernant la répartition des ressources publiques. Aucune amélioration n'avait été observée généralement au niveau de l'obligation de rendre des comptes dans les pays étudiés durant la période de l'étude.

L'étude conclut que les actions menées dans les secteurs qui ne font pas habituellement l'objet de mesures nutritionnelles permettent de réaliser des progrès importants dans la réduction de la sous-nutrition. Cependant, cette approche nécessite une plus grande conscience des rôles que jouent ces causes fondamentales dans la réduction de la sous-nutrition ainsi qu'un engagement politique en faveur de cet objectif.

1 Smith et Haddad, 2000. *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Rapport de recherche 111, Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires. <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/rr111.pdf>.

2 La faible contribution du statut des femmes, malgré le fort impact que pourrait avoir son amélioration, s'explique par le fait qu'il a peu évolué entre 1970 et 1995 dans les pays étudiés.

Le chapitre suivant montre ce qui peut être réalisé dans le cadre de différents domaines sectoriels et thématiques des investissements de l'aide pour lutter contre les causes immédiates, sous-jacentes ou fondamentales de la sous-nutrition.



Sources d'informations complémentaires

- DANIDA, 2009. Addressing the Underlying and Basic Causes of Child Undernutrition in Developing Countries: What Works And Why? Étude d'évaluation 2009/2. <http://www.um.dk/NR/rdonlyres/8A1655B7-736C-4403-AE6A-9F7AAF3942F1/0/200902Nutritionfinaltilwww.pdf>
- UNICEF, statistiques sur La Situation des enfants dans le monde <http://www.unicef.org/french/rightsite/sowc/statistics.php>
- FAO, Aperçus nutritionnels par pays http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/profiles_by_country_fr.stm#africa
- Banque mondiale, Health, Nutrition and Population (HNP) Statistics <http://web.worldbank.org/wbsite/external/topics/exthealthnutritionandpopulation/extdatastatistics/0,,print:Y~isCURL:Y~contentMDK:21187239~menuPK:3342157~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:3237118,00.html>
- Banque mondiale, World Development Indicator Database http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=1336&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED
- Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère: une priorité en matière de survie et de développement, UNICEF, 2009 http://www.unicef.org/french/publications/index_51656.html
- EDS, résultats des enquêtes: <http://www.measuredhs.com/countries/start.cfm>
- MICS, résultats des enquêtes: http://www.unicef.org/french/statistics/index_countrystats.html
- OMS, le Vitamin and Mineral Nutrition Information System qui contient des informations par pays.
- Troubles dus à la carence en iode: <http://www.who.int/vmnis/iodine/data/en/index.html>
- Anémie: <http://www.who.int/vmnis/anaemia/data/en/index.html>
- Carence en vitamine A: <http://www.who.int/vmnis/vitamina/data/en/index.html>
- Statistiques sanitaires mondiales, Tableau 2: Mortalité par cause spécifique et morbidité <http://www.who.int/whosis/whostat/fr/index.html>

CHAPITRE 2 : AMÉLIORATION DE LA NUTRITION PAR DES MESURES LIÉES À THÉMATIQUES CLÉS



Source: Héroïse Troc

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, les causes de la sous-nutrition concernent de nombreux secteurs et niveaux (voir la figure 5). Par conséquent, les mesures visant à lutter contre elle ne seront efficaces que si elles sont prises dans tous les secteurs appropriés afin de permettre l'élimination des causes sur lesquelles ils peuvent avoir une influence. De cette approche, découleront également plusieurs autres avantages :

- amélioration de la pertinence, du rendement et de l'efficacité,
- augmentation de la durabilité, de l'équité et de l'efficacité des efforts de réduction de la pauvreté;
- atténuation des risques de crise sociale résultant d'un stress lié à la nutrition (émeutes liées à l'augmentation des prix, à la faim, au déplacement);
- diminution de la nécessité d'une aide d'urgence et du coût social, économique et financier des crises grâce à la prévention; et
- impulsion à l'autonomisation de l'ensemble des citoyens par le renforcement des capacités en faveur d'une meilleure intégration de la nutrition. Les avantages en seront ressentis tout particulièrement par les pauvres, les femmes et les peuples indigènes car cela favorisera une culture de démocratie partagée, de participation et de conscience des droits.

Les avantages ainsi attendus ne seront réalisés que s'ils sont pris en considération dans plusieurs domaines thématiques et secteurs et leurs sont intégrés. Pour que les orientations fournies dans le présent document trouvent un écho chez les 27 États membres de l'Union européenne ainsi que à la Commission européenne et qu'elles soient utilisables par eux, nous avons structuré ce chapitre de manière à refléter les aspects des domaines d'assistance définis dans le Consensus européen pour le développement ³⁵ et le Consensus européen sur l'aide humanitaire³⁶.

Quel que soit le domaine ou secteur thématique concerné, il est important de mesurer sa contribution à la lutte contre la sous-nutrition. La liste des indicateurs possibles est très longue et de ce fait, ils ne peuvent pas tous être énumérés dans le présent document de référence. L'encadré 1 présente les principaux indicateurs d'impact nutrition et sont susceptibles de jouer un rôle précieux dans un éventail d'approches sectorielles. L'annexe 3 présente d'autres possibilités d'indicateurs aux ressources (inputs), réalisations (outputs) et résultats (outcomes). Tous les indicateurs utilisés dans le présent document de référence découlent de normes actuellement reconnues au niveau international ³⁷.

Les encadrés figurant à la fin de chaque section ci-dessous contiennent seulement les indicateurs qui présentent une utilité particulière pour la nutrition. Ils sont destinés à compléter les indicateurs de base habituels relatifs à chaque secteur ou domaine thématique. Certains indicateurs et points d'entrée sont valables pour plusieurs secteurs et sont donc répétés.



Encadré 1 : Indicateurs d'impact susceptibles de présenter un intérêt pour tous les aspects de l'assistance extérieure

(voir l'annexe 3 pour des informations complémentaires)

- Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence de la malnutrition aiguë sévère (œdème compris) chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence du faible périmètre brachial (6 à 59 mois)
- Taux de petits poids de naissance
- Prévalence du faible indice de masse corporelle chez les femmes en âge de procréer
- Prévalence du surpoids chez les femmes en âge de procréer
- Prévalence des troubles dus à la carence en iode
- Prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants (de 2 à 5 ans)
- Prévalence de la carence en vitamine A chez les femmes enceintes ou allaitantes
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes
- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances d'enfants vivants)
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité des moins de cinq ans

³⁵ (2005) http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/european_consensus_2005_fr.pdf.

³⁶ (2007) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CJ:C:2008:025:0001:0012:FR:PDF>.

³⁷ Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Première partie – Définitions, OMS et autres, 2008; Guidelines for measuring household and individual dietary diversity, FAO/FANTA, 2008; Statistiques sanitaires mondiales – Indicator compendium – version provisoire, OMS, 2010; Nutrition Landscape Information System – Country profiles – Interpretation guide, OMS, 2010. Sphere, 2011: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response.

2.1 Amélioration de la nutrition via la santé

Le secteur de la santé joue un rôle essentiel pour la nutrition. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté plusieurs résolutions³⁸ sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, dont une³⁹ en mai 2010. Le secteur de la santé contribue à la nutrition en prenant des mesures pour soutenir la santé infantile et maternelle et par un ensemble d'actions liées spécifiquement à la nutrition telles que la promotion de l'allaitement maternel (voir l'annexe 4), la gestion de la malnutrition aiguë sévère et la supplémentation en vitamine A.

Parmi les points d'entrée possibles à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent les suivants :

- politiques sanitaires : élimination des disparités empêchant les femmes et les jeunes enfants d'accéder à des programmes généraux d'interventions nutritionnelles;
- systèmes d'informations sanitaires : intégration d'indices nutritionnels aux rapports réguliers des établissements sanitaires et aux procédures de supervision/d'évaluation. Diagnostics sanitaires communautaires, enquêtes nationales [par exemple enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS)] et surveillance englobant une analyse de la situation nutritionnelle (nature, niveaux, répartition, tendances, causes);
- soins de santé primaires : pour le diagnostic précoce et le traitement des maladies et donc la prévention de la détérioration nutritionnelle; gestion communautaire de la malnutrition aiguë (voir, en ligne, les études de cas Malawi : expansion de la prise en charge de la malnutrition aiguë et Inde : la stratégie Dular dans le chapitre 2); détection des problèmes nutritionnels; et campagnes de nutrition en particulier à l'intention des femmes enceintes et allaitantes et des enfants (par exemple supplémentation en fer/folates et vitamine A; promotion de l'hygiène; déparasitage; supplémentation en zinc contre la diarrhée et Communication pour le changement de comportement sur l'allaitement maternel ou l'alimentation de complément) (voir en ligne l'étude de cas sur le Zimbabwe concernant la promotion de l'allaitement maternel);
- soins de santé tertiaires (établissements sanitaires de district et de référence) : pour le traitement des cas de malnutrition aiguë sévère et des carences en micronutriments sévères (par exemple anémie sévère avec complications médicales). Supplémentation nutritionnelle pour les principales maladies prévalentes (VIH/sida, tuberculose, diabète, complications de la rougeole, maladies parasitaires endémiques) (voir en ligne l'étude de cas sur le Zimbabwe concernant le VIH);
- campagnes de vaccination et autres mesures sanitaires spéciales : distribution de vitamine A ou d'autres micronutriments; dépistage des cas modérés ou sévères de sous-nutrition et référence des personnes atteintes; campagnes visant à encourager une alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants; examen des contraintes qui ont une incidence sur les pratiques de soins et recherche de solutions;
- développement des capacités : sensibilisation à la sous-nutrition et développement des compétences nécessaires du personnel sanitaire à tous les niveaux, y compris modules sur la nutrition dans la formation des médecins, infirmiers et assistants sanitaires; mise en place de capacités pour la gestion communautaire de la malnutrition aiguë (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Burundi concernant le renforcement des capacités);
- chaîne d'approvisionnement : livraison et fourniture de produits et équipements nutritionnels; soutien pour la production locale de produits alimentaires prêts à l'emploi (voir, en ligne, de nouveau les études de cas sur le Malawi concernant la prise en charge de la malnutrition aiguë, et Inde : la stratégie Dular);
- augmentation de la collaboration avec d'autres secteurs et exploitation des synergies (par exemple en établissant des liens avec les services de protection sociale). Voir l'étude de cas sur le Pérou figurant dans le chapitre 4;
- mesures visant à encourager la production locale de produits spécialisés correspondant à des normes de qualité;
- actions de plaidoyer et soutien des politiques : intégration de la nutrition aux stratégies et plans nationaux, y compris aux plans de préparation aux urgences et aux stratégies de réduction de la pauvreté.

L'annexe 5 contient une liste d'interventions santé qui ont fait les preuves de leur efficacité dans l'amélioration de la nutrition. Cette liste nécessitera d'être révisée et augmentée au fur et à mesure que de nouvelles données deviendront disponibles. D'après la Lancet⁴⁰ Series on Maternal and Child Undernutrition de 2008, une couverture universelle et l'application de l'ensemble des interventions efficaces « permettrait d'éviter environ le quart des décès d'enfants de moins de 36 mois et de réduire d'environ un tiers la prévalence des retards de croissance à 36 mois ⁴¹ » dans les 36 pays qui comptent 90 % d'enfants atteints d'un retard de croissance. L'expansion de ces interventions pour réaliser une couverture étendue et équitable et la maintenir demeure difficile pour de nombreux pays. Cela s'explique souvent par l'insuffisance des ressources humaines et financières et la faible priorité stratégique accordée à la nutrition.

38 http://www.who.int/nutrition/topics/wha_nutrition_jcyn/en/index.html.

39 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R23-fr.pdf.

40 **Le Lancet** est la principale revue médicale générale indépendante du monde. Elle a une couverture internationale qui englobe tous les aspects de la santé humaine.

41 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607616936/fulltext>.

Les auteurs de la Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition 2008 soulignent également la nécessité «d'exclure les actions inefficaces pour éviter la dilution des efforts et le gaspillage des ressources humaines et financières». «Dans ce contexte, on entend par actions inefficaces celles qui ont peu de chance d'améliorer l'état nutritionnel ou ses déterminants sous-jacents.» Trois interventions fréquemment mises en œuvre «ont été jugées inefficaces comme contributions directes à la réduction de la sous-nutrition des mères ou des jeunes enfants : la surveillance de la croissance (à moins qu'elle ne soit liée à des conseils en nutrition adéquats et à un système de référence vers des spécialistes); les programmes d'alimentation préscolaire s'adressant aux enfants de plus de 24 mois et les programmes d'alimentation scolaire ciblant les enfants de plus de cinq ans».

L'encadré ci-dessous recense seulement les indicateurs qui ont des avantages spécifiques pour la nutrition. Ils sont destinés à compléter les indicateurs santé essentiels pour la nutrition comme la vaccination et les soins prénataux.



Encadré 2 : Indicateurs clés relatifs aux gains nutritionnels découlant de la santé

(voir aussi les indicateurs d'impact de l'encadré 1 et les informations complémentaires sur les indicateurs de l'**annexe 3**)

- Initiation précoce de l'allaitement maternel
- Allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois
- Couverture de la supplémentation en vitamine A destinée aux enfants
- Supplémentation en vitamine A post-partum
- Couverture de la supplémentation en fer/folates durant la grossesse
- Couverture du traitement de la malnutrition aiguë sévère
- Introduction adéquate d'aliments complémentaires
- Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)
- Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)

Pour garantir un maximum d'efficacité, l'action relative à la nutrition doit être pleinement intégrée au système de santé, à la stratégie santé et au budget santé d'un pays.

2.2 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène

La réalisation de l'ODD 7c, «Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base», joue un rôle essentiel pour celle de l'indicateur relatif à la nutrition de l'ODD 1. Les interventions concernant l'assainissement, l'hygiène et l'eau réduisent la sous-nutrition par la prévention de la diarrhée et d'autres maladies entériques (voir en ligne l'étude de cas sur le Zimbabwe concernant la recherche sur les maladies diarrhéiques). Les progrès nutritionnels les plus importants seront sans doute accomplis dans ce domaine en investissant dans l'assainissement et la promotion de l'hygiène. L'analyse de données venant de huit pays a montré que les améliorations de l'assainissement étaient liées à des augmentations de la taille allant de 0,8 à 1,9 cm.⁴²

Parmi les points d'entrée possibles à la lutte contre cet aspect de la sous-nutrition figurent les suivants :

- les politiques et programmes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène
- les soins de santé (soins de santé primaire ou santé des enfants) et promotion de l'hygiène
- les infrastructures (traitement et distribution de l'eau, assainissement, traitement des eaux usées et réduction de la pollution des ressources en eau)
- les droits à l'eau et la réduction des inégalités relatives à l'accès à l'eau (par exemple augmentation de la couverture des mécanismes de distribution de l'eau, mise en œuvre de technologies visant à augmenter l'accès à l'eau des ménages pauvres et à réduire la charge de travail des femmes);
- l'instauration de règlements visant à garantir le respect de normes (tarification équitable, qualité de l'eau, efficacité) par les fournisseurs d'eau ;
- l'intégration d'indicateurs relatifs à la nutrition aux systèmes de surveillance et d'évaluation.

⁴² Esrey, SA (1996). *Water, waste and well-being. A multi-country Study*, American Journal of Epidemiology, Vol. 43, no 6, 608 – 623.

Encadré 3 : Indicateurs clés relatifs aux gains nutritionnels découlant de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène

(voir aussi les indicateurs d'impact de l'encadré 1 et les informations complémentaires sur les impacts figurant dans l'annexe 3)

- Disponibilité de savon
- Utilisation de sources d'eau potable améliorées
- Distance au point d'eau le plus proche
- Utilisation d'installations sanitaires améliorées



Les programmes relatifs à l'eau et à l'assainissement peuvent améliorer la nutrition (par exemple en donnant la priorité aux zones où la sous-nutrition et les maladies diarrhéiques sont les plus fréquentes) et doivent chercher à mesurer l'impact de ces interventions en matière de nutrition (outcomes).

2.3 Amélioration de la nutrition via l'éducation

Le chapitre 1 souligne l'importance de la nutrition durant la petite enfance pour les résultats scolaires futurs. Le secteur de l'éducation joue également un rôle essentiel à long terme dans la réduction durable et équitable de la sous-nutrition. Son effet se répercute à travers les générations, et les progrès réalisés au niveau de l'éducation des femmes entraînent une amélioration de la nutrition de leurs enfants, car ils conduisent à de meilleures pratiques de soins, renforcent les perspectives économiques et retardent le moment de la première grossesse. D'après les enquêtes menées, la sous-nutrition est beaucoup moins répandue chez les enfants dont la mère a fait des études secondaires que chez ceux dont la mère s'est arrêtée au primaire ou n'a pas fait d'études. Ainsi, les enfants dont la mère a suivi des études secondaires courent un risque de retard de croissance de deux fois et demi inférieur au Burundi, de moitié inférieur au Laos et de quatre fois inférieur au Niger, par rapport aux enfants dont la mère n'a pas fait d'études.⁴³

Parmi les points d'entrée possibles à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent les suivants :

- le programme d'enseignement – introduction de la nutrition et de la croissance; planning familial, grossesse et promotion de l'alimentation du nourrisson et de l'hygiène dans les programmes existants;
- la formation des enseignants – sur des programmes améliorés;
- la scolarisation – mesures visant à accroître la scolarisation et à améliorer le taux de fréquentation, en particulier pour les filles;
- la gestion des établissements scolaires – intégration de services de santé et de nutrition aux calendriers scolaires, du type campagnes d'immunisation, déparasitage et planning familial ainsi qu'aménagement d'installations adéquates (par exemple assainissement);
- les mesures mises en œuvre au niveau de la communauté – recours aux enfants ou aux associations de la société civile pour promouvoir des pratiques de nutrition appropriée au sein des ménages et au niveau local.

Les programmes d'alimentation scolaire ont souvent été utilisés pour tenter d'améliorer la santé, la croissance et les résultats scolaires. Cependant, les données ⁴⁴ indiquent que ces programmes ont un effet limité sur la nutrition. Pour cette raison, les investissements souvent substantiels réalisés dans l'alimentation scolaire au titre des lignes budgétaires relatives à la nutrition sont fréquemment critiqués pour les résultats qu'ils donnent. De plus, la distribution d'aliments réalisée dans le cadre de ces programmes a lieu en dehors de la période la plus propice à ces interventions, c'est-à-dire de la conception à deux ans.

Encadré 4 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de l'éducation

(voir également les indicateurs d'impact de l'encadré 1 et les informations complémentaires sur les indicateurs figurant dans l'annexe 3)

- Fréquentation scolaire et résultats des filles (taux net de fréquentation du secondaire par les filles, taux d'alphabétisation des jeunes femmes)
- Nutrition dans le programme d'enseignement



Les programmes d'enseignement qui visent à améliorer la nutrition à long terme doivent prendre en considération les avantages démontrés des politiques qui favorisent la scolarisation et l'éducation des filles.

⁴³ Enquêtes MICS de 2006: http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html.

⁴⁴ School Feeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Students, Kristjansson B. et autres., Campbell Systematic Reviews, 2006. Voir aussi: School feeding: Outcomes and costs, Galloway R. et autres., Food and Nutrition Bulletin, vol. 30, no 2, 2009.

2.4 Amélioration de la nutrition par des mesures liées au genre

Les analyses fondées sur le genre portent sur les différents rôles et responsabilités des femmes et des hommes et sur l'effet de ces différences sur la société, la culture, l'économie et la politique. Ces analyses montrent que les femmes ont beaucoup moins accès aux ressources que les hommes et qu'elles disposent à leur égard d'un contrôle bien moindre. Les femmes sont trop souvent marginalisées dans leur famille et leurs communautés et souffrent d'un manque d'accès au crédit, aux terres, au pouvoir décisionnel et aux droits à travailler.

La nutrition est étroitement liée aux rôles biologiques, économiques et sociaux des femmes et influence leur propre état nutritionnel et celui de leurs enfants. Les femmes sont les principales responsables des soins prodigués aux nourrissons et aux jeunes enfants, et les efforts visant à garantir que les femmes aient les moyens et le temps d'allaiter et de prodiguer des soins adéquats sont par conséquent essentiels pour réduire la sous-nutrition. En tant qu'acteurs économiques, les femmes contribuent à la sécurité alimentaire et aux moyens de subsistance des ménages (voir, en ligne, l'étude de cas sur l'Asie concernant la production agricole familiale). L'égalité d'accès aux possibilités et au contrôle des ressources pour les deux sexes contribue à améliorer l'état nutritionnel de l'ensemble de la famille.

Parmi les points d'entrée possibles à la lutte contre cet aspect de la sous-nutrition figurent les suivants :

- la place prioritaire donnée à la nutrition des femmes dans les politiques en matière de santé maternelle et génésique;
- l'intégration d'une dimension genre aux politiques agricoles pour améliorer l'état nutritionnel;
- l'amélioration de l'accès des femmes à l'éducation;
- l'élaboration de politiques de protection sociale sensibles à la dimension genre (ciblant par exemple le soutien aux femmes enceintes et allaitantes pour les décharger de leur fardeau économique durant les derniers stades de la grossesse et la période d'allaitement ou soutien pour le soin des enfants afin de permettre aux femmes de travailler);
- la mise en place de cadres juridiques pour la protection des droits des femmes (par exemple droit à hériter de terres, politiques de soutien à l'allaitement sur le lieu de travail);
- la réduction du temps nécessité par l'accomplissement des tâches pour les femmes par l'amélioration des infrastructures (par exemple aménagement de routes de desserte des marchés, d'installations sanitaires ou de systèmes d'alimentation en eau plus proches des communautés) (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Laos concernant la valeur des analyses).



Encadré 5 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de mesures liées au genre

(voir aussi les indicateurs d'impacts figurant dans l'encadré 1 et d'autres informations sur les indicateurs dans l'annexe 3)

- Scores de diversité alimentaire individuels chez les femmes en âge de procréer
- Fréquentation scolaire et résultats des filles (taux net de fréquentation du secondaire des filles, taux d'alphabétisation des jeunes femmes)
- Taux de fécondité des adolescentes

Le statut social des femmes et le degré d'autonomie dont elles disposent jouent un rôle crucial dans le succès nutritionnel. En outre, des analyses récentes mettent en lumière l'importance critique d'investir dans la nutrition des femmes pour obtenir des bénéfices durables à travers les générations.

2.5 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à la protection sociale

Les politiques ou programmes de protection sociale sont élaborés en réponse à certains niveaux de vulnérabilité, de risques et de pauvreté. Des indications croissantes, venant par exemple de l'Afrique du Sud, du Brésil, du Malawi, du Mexique et du Nicaragua, montrent que parmi les nombreuses mesures de protection sociale (telles que les cadres juridiques visant à protéger les droits des citoyens ou l'assurance-maladie), les transferts sociaux peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la sous-nutrition (voir les études de cas sur le Mexique et le Pérou ci-dessous ainsi que l'étude de cas sur le Brésil en ligne). Les transferts sociaux sont des transferts de ressources non contributifs⁴⁵, financés par l'État, directs et prévisibles (en espèces ou en nature) destinés aux individus ou aux ménages pauvres et vulnérables. Ils ont pour but de réduire leurs déficits de consommation, de les protéger contre les chocs (y compris économiques et climatiques) et, dans certains cas, de stimuler leur capacité de production.

Les programmes de transferts sociaux contribuent à diminuer la sous-nutrition de plusieurs manières.

Premièrement, ils permettent de réduire les inégalités et de remédier à la pauvreté des revenus économiques au niveau des ménages. Cette caractéristique est de première importance car la sous-nutrition et la pauvreté ont tendance à être étroitement liées. En agissant sur la pauvreté des revenus économiques et les déterminants économiques de la sous-nutrition, les transferts sociaux peuvent avoir une influence positive sur les trois causes sous-jacentes : l'accès aux denrées alimentaires et la diversité alimentaire, la qualité des soins prodigués aux femmes et aux enfants et l'accès aux soins de santé.

Deuxièmement, ces programmes offrent le moyen de mettre en œuvre des mesures axées spécifiquement sur la nutrition, telles que la distribution de suppléments alimentaires aux femmes enceintes et allaitantes et aux jeunes enfants.

Troisièmement, ils permettent d'établir des liens à d'autres services (en particulier les services de santé) nécessaires pour améliorer l'état nutritionnel des femmes et des jeunes enfants. Ces transferts peuvent être effectués avec pour condition que leurs bénéficiaires (en particulier les femmes) fréquentent des dispensaires, comme c'est souvent le cas en Amérique latine. La Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition de 2008 a conclu que les distributions d'argent conditionnelles peuvent jouer un rôle efficace⁴⁶ dans l'amélioration de la nutrition ([voir l'annexe 5](#)).

Parmi les points d'entrée possibles, figurent les suivants :

- la mise en œuvre prioritaire d'allocations destinées aux mères et à leurs enfants;
- le ciblage prioritaire des zones et des populations les plus touchées par la sous-nutrition et l'élimination des disparités;
- l'adaptation de la conception des transferts sociaux, par exemple exemption des femmes enceintes et allaitantes des exigences en matière de travail (voir, en ligne, l'étude de cas sur l'Éthiopie concernant le Programme de filet de sécurité productif [PSNP] ou décaissement rapide d'argent ou de bons lors des urgences (voir l'étude de cas sur le Niger - distribution d'argent dans le contexte d'une crise alimentaire – chapitre 4);
- la création de liens avec d'autres programmes et services (par exemple de santé) en encourageant la fréquentation d'un service ou en envisageant d'imposer la fréquentation comme condition des transferts;
- l'adaptation de la nature du transfert social, par exemple en distribuant des suppléments alimentaires ainsi que de l'argent;
- la prise en compte du pouvoir d'achat des ménages et du coût d'une alimentation équilibrée en fixant le montant du transfert.

⁴⁵ Les programmes non contributifs ne nécessitent aucune contribution financière personnelle directe de la part du bénéficiaire éventuel.

⁴⁶ La Lancet Series a nuancé sa conclusion en précisant des « contextes spécifiques » car la plupart des exemples analysés venaient d'Amérique latine.



Mexique : le programme Oportunidades

Oportunidades (anciennement PROGRESA), au Mexique, est un exemple de programme multisectoriel de réduction de la pauvreté qui a eu un effet positif sur la sous-nutrition. Il a pour principal objectif de développer le capital humain par l'amélioration de l'éducation, de la santé et de la nutrition pour sa population.

Lancé en 1997, ce programme s'est adressé pour commencer à 300 000 ménages répartis dans 11 États ruraux. Dès 2007, il touchait 5 millions de ménages dans les 31 États du Mexique et disposait d'un budget total de 3,7 milliards de dollars des États-Unis.

PROGRESA a été financé pour commencer à partir des fonds nationaux mais a bénéficié par la suite d'un financement international.

Le volet nutrition du programme Oportunidades prévoit le versement aux femmes d'aides monétaires qui représentent 20 % des dépenses mensuelles du ménage. Ces aides leur sont remises à condition qu'elles fréquentent les services de santé. Ces derniers ont été renforcés par le programme et proposent des séances d'éducation à la santé et à la nutrition. En outre, le programme distribue des suppléments nutritionnels aux femmes enceintes et allaitantes, aux enfants de 6 à 23 mois et aux enfants de 24 à 60 mois dont le poids est insuffisant pour leur âge.

Une évaluation a été menée en 2008 pour faire le bilan des dix premières années du programme. Globalement, la prévalence des retards de croissance a diminué considérablement dans les sept États évalués à partir de 1998, où elle a chuté en moyenne de dix points de pourcentage (p. 110). Cependant, les retards de croissance ont persisté dans tout les États, la prévalence atteignant son niveau le plus élevé dans le sud du pays (36,3 %), parmi les populations indigènes (33 %), parmi les communautés hautement et très hautement marginalisées (37,2 %) et parmi les ménages les plus pauvres (32 % contre 14,1 % chez les moins pauvres).

En 2007, la prévalence de l'anémie chez les enfants bénéficiaires avait diminué de près de la moitié (35,8 %) par rapport au pourcentage observé en 1999 (61,0 %), bien qu'une réduction semblable ait été signalée également parmi les enfants non bénéficiaires (64,7 % en 1999 contre 35,2 % en 2007). Cependant, une évaluation antérieure du programme, menée de 1997 à 1999, a montré que chez les enfants bénéficiaires du programme PROGRESA, l'incidence de l'anémie était de plus de 10 % inférieure à celle du groupe témoin dont la participation au programme avait commencé un ou deux ans après.

Toutes les analyses font apparaître un lien étroit entre le bien-être économique et la prévalence des retards de croissance et de l'anémie. Cependant, certaines des causes directes probables les plus importantes de la sous-nutrition chez les enfants, en particulier les pratiques inadéquates en matière d'allaitement et d'alimentation de complément, continuent de poser des problèmes. Ainsi, plus de 50 % des enfants de moins de deux ans avaient commencé très tôt (dès un mois) à recevoir des liquides et laits autres que le lait maternel.

L'évaluation a montré que les suppléments destinés aux jeunes enfants (6 à 24 mois) n'avaient pas l'effet désiré car d'autres membres de la famille en consommaient une bonne partie à leur place.

Considéré généralement comme un modèle efficace, Oportunidades a été copié et adapté dans plusieurs pays d'Amérique latine. Les Transferts conditionnels en espèces ont pour caractéristique essentielle qu'ils visent à éliminer à la fois les aspects immédiats et à long terme de la pauvreté. Ainsi, en luttant contre la sous-nutrition maternelle et les retards de croissance chez les enfants de moins de deux ans, ils visent à briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition.

Sources : «External Evaluation of Oportunidades 2008. 1997-2007: 10 Years of Intervention in Rural Areas Executive Synthesis». Secretaría de Desarrollo Social Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2008. Skoufias E., 2005, «PROGRESA and its Impacts on the Welfare of Rural Households in Mexico», IFPRI, et Bassett L., 2008, «Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reducing Child Undernutrition?», Banque mondiale.

L'encadré ci-dessous contient seulement les indicateurs qui présentent des avantages spécifiques pour la nutrition. Ils sont destinés à compléter les indicateurs relatifs à la protection sociale essentiels pour la nutrition tels que les indicateurs du pouvoir d'achat (spécifiques au contexte) et de la capacité des ménages à prendre en charge les besoins de base (par exemple, capacité à couvrir le coût d'une alimentation équilibrée).



Encadré 6 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la protection sociale

(voir aussi les indicateurs d'impacts figurant dans l'encadré 1 et d'autres informations sur les indicateurs dans l'annexe 3)

- Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)
- Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)
- Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)
- Poursuite de l'allaitement maternel durant les 12 premiers mois de la vie

Les transferts sociaux et les mesures de protection sociale apportent un soutien essentiel aux personnes et ménages pauvres et vulnérables. Ils représentent donc un moyen efficace de toucher les catégories les plus atteintes ou les plus menacées par la sous-nutrition.

2.6 Amélioration de la nutrition via la sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est la situation dans laquelle

«tous les êtres humains ont, à tous moments, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ⁴⁷»

Cela suppose de prendre en considération la sécurité alimentaire à d'autres niveaux que ceux des pays et des ménages et de comprendre les situations et les contraintes affrontées par les individus.

Les points d'entrée à la lutte contre cet aspect de la sous-nutrition sont utiles dans les contextes d'urgence et de développement et comprennent :

Politiques et gouvernance :

- la promotion de cadres politiques exhaustifs pour lutter contre la sous-nutrition et la faim;
- l'intégration d'objectifs et indicateurs nutritionnels (par exemple apport alimentaire et qualité de l'alimentation ainsi qu'anthropométrie) aux systèmes de suivi et d'évaluation des politiques, programmes et projets (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Mali – application d'une perspective nutritionnelle aux projets de sécurité alimentaire,);
- l'intégration d'indicateurs relatifs à la nutrition aux systèmes d'information sur la sécurité alimentaire et aux systèmes d'alerte précoce;
- les réformes des politiques alimentaires (subventions, prix, échanges, investissements dans le secteur agricole) et des politiques favorables aux pauvres conçues pour éliminer les disparités de manière durable.

Mesures sociales et économiques :

- des distributions d'argent et d'autres transferts sociaux (y compris distribution d'aliments) visant à augmenter l'accès à la nourriture y compris dans les urgences : voir les points d'entrée possibles pour la protection sociale, au paragraphe 2.5, ainsi que l'étude de cas sur le Niger – distribution d'argent dans le contexte d'une crise alimentaire (dans le chapitre 4), et l'étude de cas sur le Kenya – programme intégré pour l'amélioration de l'alimentation, de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance (chapitre 2)
- la génération de revenus et l'amélioration de l'accès aux services financiers pour les pauvres
- l'amélioration de l'équité d'accès aux possibilités d'emploi pour les ménages pauvres (par exemple par la création et l'application de cadres juridiques visant à protéger les pauvres sur les marchés du travail et par le soutien à des formes non traditionnelles d'emploi)
- l'autonomisation des femmes en raison du rôle essentiel qu'elles jouent dans l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages, de la santé et de la nutrition
- l'agriculture – (voir les points d'entrée possibles concernant l'agriculture, au paragraphe 2.7);
- la gestion des ressources naturelles – (voir les points d'entrée possibles concernant la gestion des ressources naturelles, au paragraphe 2.8)
- les interventions relatives aux marchés – mesures visant à faciliter l'accès physique et/ou économique (y compris investissements dans des infrastructures rurales telles que des routes de desserte)
- l'amélioration de l'équité d'accès aux biens productifs (par exemple bétail, moyens de transport)
- l'amélioration de la capacité des communautés à résister aux chocs par la création d'actifs et une amélioration des systèmes d'alerte précoce
- les mesures visant à encourager la production locale de produits spécialisés conformes à des normes de qualité

Bien que les programmes de sécurité alimentaire aient parfois des avantages nutritionnels importants, ils donnent en général de meilleurs résultats, en particulier pour les enfants, lorsqu'ils sont associés à des actions ciblant d'autres déterminants de la nutrition des enfants (tels que la santé maternelle et les pratiques de soins) (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Bangladesh – projet relatif aux moyens de subsistance axé sur la nutrition). Quelle que soit ce que la stratégie choisie, une attention doit être accordée aux effets secondaires négatifs potentiels des programmes de sécurité alimentaire sur l'état nutritionnel, en particulier lorsque les femmes sont ciblées mais qu'elles sont aussi censées être les premières responsables des soins aux jeunes enfants. Cela souligne la nécessité d'une analyse rigoureuse de la situation et d'une surveillance constante permettant de prendre des décisions bien fondées concernant les interventions. Des mesures correctives peuvent être intégrées pour surmonter les obstacles, par exemple programmation de périodes et de lieux réservés à l'allaitement maternel dans les programmes agricoles ou de travaux publics, ou distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide parallèlement aux programmes d'irrigation de surface pour éviter l'augmentation du paludisme.

47 Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation, 1996.

Voir la liste d'indicateurs clés des avantages nutritionnels liés à la sécurité alimentaire et à l'agriculture dans **l'encadré 7** ci-dessous.

Les programmes de sécurité alimentaire doivent mesurer de manière cohérente la réalisation des objectifs nutritionnels et recenser les actions efficaces selon le contexte.



Kenya : diversification de l'alimentation au moyen d'interventions axées sur le bétail et les marchés

Au Kenya, dans la Province du nord-est, l'augmentation des problèmes climatiques associée aux conflits et au déplacement des habitants ont un effet dévastateur sur les moyens de subsistance locaux. Les gardiens de troupeaux sans ressources qui ont perdu leurs animaux prennent des emplois temporaires ou se livrent au petit commerce, ramassant par exemple du bois à brûler qu'ils vendent pour survivre. Ces changements spectaculaires font qu'ils cessent d'avoir directement accès aux produits animaux et entraînent une diminution de leur pouvoir d'achat, ce qui a un effet délétère sur l'alimentation des familles.

Dans ce contexte, deux ONG qui possèdent une expertise spécifique et une expérience de longue date dans la région (Vétérinaires Sans Frontières concernant le pastoralisme et les marchés, et Save the Children concernant la nutrition et les systèmes de coupons) ont uni leurs efforts. Ayant mené des évaluations initiales des marchés du lait, de l'économie des ménages, des causes de la malnutrition et des initiatives de restockage, elles ont conçu un programme intégré couvrant la nutrition, la santé, la sécurité alimentaire et le développement rural.

Leur action visait à diversifier l'alimentation d'enfants vulnérables au moyen d'un système de coupons tout en apportant également un soutien efficace à l'économie locale. Ces coupons pouvaient être échangés contre du lait et des produits carnés sur les marchés locaux, ainsi que contre des haricots.

La conception de l'ensemble du programme s'appuyait sur d'autres initiatives existantes qui complétaient le système de coupons (production de fourrage, soutien du marché régional, etc.) et englobaient un soutien aux activités des ministères concernés (ministère des terres arides, ministère de la santé).

Globalement, le programme a permis:

- augmentation de la consommation directe d'aliments riches en protéines** des ménages vulnérables et de leurs enfants par des coupons et une éducation à la nutrition associée à une formation à l'alimentation et aux soins aux enfants;
- soutien de l'économie locale** par l'augmentation des revenus que peuvent tirer les ménages pastoraux de la vente de produits animaux et par le soutien direct de leurs systèmes de production et de commercialisation: formation en gestion laitière, culture, soutien aux services de santé vétérinaire, amélioration de la production de fourrage, etc.
- amélioration de la disponibilité d'ensemble et de la qualité des produits animaux sur les marchés locaux** qui a contribué, entre autres, à prolonger la durée de conservation et à améliorer les conditions d'hygiène et la sûreté des produits laitiers et a augmenté à son tour les bénéfices tirés par les commerçants (y compris de sexe féminin).

Source: cette étude de cas est tirée de l'évaluation d'impact finale du volet «moyens de subsistance» du programme «Reducing the Impact of Drought» (Réduire l'impact de la sécheresse) (RID) financé par ECHO

2.7 Amélioration de la nutrition via l'agriculture

Outre son objectif traditionnel de production de denrées alimentaires et de cultures de rapport, l'agriculture présente des possibilités considérables pour la réalisation des objectifs nationaux généraux de réduction de la pauvreté et de la sous-nutrition. Si elle accorde une plus grande importance aux aspects nutritionnels, l'agriculture permettra de résoudre un problème critique et récurrent : la capacité et la productivité insuffisantes de la main-d'œuvre agricole liées, en partie, à son mauvais état sanitaire et nutritionnel.

L'agriculture permet d'améliorer la nutrition de plusieurs manières :

- amélioration de l'alimentation (en quantité et en qualité) grâce à l'augmentation de la consommation par les ménages d'aliments produits par eux et à la diversification de la production;
- réduction de la pauvreté monétaire, grâce à la vente de leurs produits par les ménages ou au travail et à l'emploi agricole, ce qui peut avoir un effet d'entraînement sur la qualité de l'alimentation, l'accès aux services de santé et les soins;
- autonomisation des femmes grâce aux revenus qu'elles obtiennent, aux décisions qu'elles prennent et à leur rôle de principales responsables des soins prodigués aux enfants;
- diminution du prix des denrées alimentaires pour les consommateurs grâce à l'augmentation de la production alimentaire et de la disponibilité d'aliments;
- augmentation du revenu national, qui peut être utilisé pour améliorer les services publics.

En dépit de ce qui précède, l'impact des politiques et programmes agricoles sur la nutrition n'est pas toujours clair. Tout d'abord, les programmes agricoles ne sont pas toujours conçus dans le but d'améliorer la nutrition et ne sont donc pas toujours évalués en fonction de ce critère. Deuxièmement, même ceux qui visent des objectifs nutritionnels donnent souvent des résultats mitigés. Cependant, selon les indications disponibles⁴⁸, les interventions qui privilégient l'augmentation de la production de fruits et légumes (potagers familiaux en particulier) et les produits alimentaires d'origine animale⁴⁸ présentent un potentiel considérable pour la réduction des déficiences en micronutriments – notamment parce que ces programmes ont plus tendance à inclure des objectifs nutritionnels. Ces résultats indiquent que les interventions entraînent des augmentations au niveau de la production, des revenus, de la sécurité alimentaire des ménages et de l'apport alimentaire ainsi qu'une réduction des carences en micronutriments, en particulier lorsqu'elles sont associées à d'autres volets concernant l'éducation, le changement des comportements et l'autonomisation des femmes. Néanmoins, les programmes agricoles qui portent sur la production de denrées de base riches en énergie sont certainement très susceptibles de réduire la sous-nutrition (notamment la sous-nutrition maternelle) mais les données permettant de le prouver ne sont pas encore disponibles.

Parmi les points d'entrée possibles à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent notamment les suivants :

Politiques et programmes :

- l'intégration explicite d'objectifs nutritionnels aux politiques et aux programmes;
- la conception de systèmes de suivi-évaluation robustes, et le suivi d'indicateurs relatifs à la nutrition ainsi qu'à la qualité de l'apport et du régime alimentaire, en plus des chiffres de production et de disponibilité des denrées alimentaires de base;
- l'augmentation de la collaboration avec d'autres secteurs et la programmation conjointe (par exemple création de liens entre les services-conseil agricoles et les services sanitaires concernant des activités comme les systèmes de communication et d'information). Cet aspect présente une importance particulière durant les urgences;
- l'autonomisation des femmes, le renforcement de leurs rôles d'acteurs économiques et la création d'un environnement favorable au soin à l'enfant;
- les mesures donnant la priorité aux zones ou catégories (par exemple les petits exploitants ou les ouvriers agricoles) les plus touchées par la sous-nutrition;
- le contrôle des impacts négatifs potentiels sur la nutrition (par exemple l'augmentation des maladies d'origine alimentaire ou hydrique, ou de la charge de travail des femmes au détriment des soins qu'elles doivent prodiguer à leurs enfants).

Gestion des ressources naturelles

- les mesures visant à garantir l'accès aux terres (par exemple droits à l'exploitation des terres) et à d'autres ressources productives (par exemple l'eau) aux pauvres ou aux catégories marginalisées (par exemple les minorités ethniques, les populations touchées par des urgences, les pastoraux, selon le contexte);
- l'adaptation aux effets du changement climatique (par exemple à la diminution prévue de l'eau disponible en Afrique subsaharienne);

⁴⁸ Les produits animaux constituent une excellente source de protéines et de micronutriments. Ces derniers sont plus facilement assimilés par le corps humain lorsqu'ils sont d'origine animale plutôt que végétale.

- l'atténuation des risques et la gestion des chocs climatiques et dangers naturels (par exemple sécheresses, inondations, ravageurs).

Investissements et services

- les mesures facilitant un accès équitable aux services financiers pour les petits exploitants, y compris les pauvres;
- l'augmentation des investissements dans la production et la consommation de fruits et de légumes (végétaux riches en micronutriments) à côté des cultures de base (voir, en ligne, les études de cas sur l'Asie – diversification des régimes alimentaires par la production familiale et le rôle des haricots mung dans la nutrition);
- l'augmentation de l'accès des ménages aux produits animaux et à leur consommation par l'apport d'un soutien stratégique aux secteurs de l'élevage et de la pêche (par exemple en facilitant l'accès au lait des ménages qui n'ont pas de bétail, ou en augmentant le nombre de propriétaires de bétail tout en veillant à la durabilité environnementale) (voir, en ligne, l'étude de cas sur l'Afrique de l'Est - impact des arbres fourragers sur la production laitière et les revenus,);
- l'augmentation de la productivité des petites exploitations par l'amélioration des pratiques agricoles (par exemple amélioration de la fertilité des sols, maîtrise de l'érosion, conservation de l'eau);
- le soutien aux méthodes de stockage et de transformation visant à réduire les pertes après la récolte et à augmenter les marges bénéficiaires;
- l'enrichissement des aliments de base, y compris bio-fortification (par exemple bio-fortification des patates douces en vitamine A. (Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Nigeria – partenariat entre le secteur public et le secteur privé dans les programmes d'enrichissement).

L'encadré ci-dessous contient seulement les indicateurs qui ont une valeur ajoutée spécifique pour la nutrition. Ils sont destinés à compléter les indicateurs établis au niveau des ménages concernant la sécurité alimentaire et l'agriculture essentiels pour la nutrition, tels que les indicateurs relatifs au pouvoir d'achat (spécifique au contexte), à la proportion des besoins alimentaires satisfaits grâce à la production familiale ou à la proportion des dépenses consacrées à la nourriture.



Encadré 7 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la sécurité alimentaire et de l'agriculture

(voir également les indicateurs d'impact de l'encadré 1 et les informations complémentaires sur les indicateurs figurant dans [l'annexe 3](#))

- Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)
- Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)
- Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer (6 à 23 mois)
- Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)
- Iodation du sel

L'agriculture peut et devrait être un moyen efficace d'améliorer la nutrition. Ce secteur devrait donc systématiquement intégrer des indicateurs nutritionnels lors de la conception des programmes, ainsi que des critères nutritionnels dans les évaluations. Quelque soit le point d'entrée spécifique, une formation et une sensibilisation à la nutrition sont nécessaires pour permettre aux travailleurs agricoles et aux décideurs de comprendre les liens entre elles et de travailler à leur réalisation.

2.8 Amélioration de la nutrition via l'environnement et la gestion durable des ressources naturelles

Les changements environnementaux (par exemple l'urbanisation, la perte de ressources naturelles et la diminution de la diversité biologique) ont une incidence sur des déterminants clés du bien-être nutritionnel. Ainsi, le changement climatique, qui est lié à une fréquence accrue des événements météorologiques d'une extrême gravité (par exemple sécheresses, inondations), porte atteinte aux aspects suivants :

- l'accès aux denrées alimentaires qui est mis en danger par les sécheresses, la pénurie d'eau et les inondations. D'après l'IFPRI, «la diminution des calories disponibles augmentera la malnutrition infantile de 20 % par rapport à ce qui se passerait sans le changement climatique ⁴⁹;
- l'état de santé, car on s'attend à une augmentation des maladies diarrhéiques et à la propagation de certaines infections dans de nouvelles zones.

Ces changements toucheront particulièrement ceux qui sont les moins capables de s'adapter, menaçant les moyens de subsistance déjà mis à rude épreuve, aggravant la pauvreté et augmentant la sous-nutrition. Il est essentiel que les mesures donnent la priorité aux catégories les plus touchées par la sous-nutrition : les femmes, les jeunes enfants et les ménages les plus pauvres.

De plus, «l'état nutritionnel des populations, en tant qu'objectif reconnaissable et mesurable, devrait contribuer à orienter les disciplines scientifiques et les programmes d'intervention dans la recherche de solutions durables aux problèmes environnementaux et économiques qu'affrontent les communautés mondiales»⁵⁰.

Parmi les points d'entrée possibles à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent les suivants :

- la remise en état ou amélioration des ressources naturelles (par exemple réhabilitation des prairies, revégétalisation des berges de ruisseaux);
- les mesures visant à obtenir de droits fonciers de propriété, d'accès et de gestion (par exemple forêts, terres de parcours) et d'autre ressources pour les pauvres et d'autres catégories marginalisées (par exemple les minorités ethniques, les populations touchées par une situation d'urgence);
- la gestion efficace, intégrée et favorable aux pauvres des ressources en eau, y compris le contrôle des impacts négatifs potentiels, tels qu'une augmentation des maladies hydriques;
- l'atténuation des risques et la gestion des chocs liés à l'eau (par exemple sécheresses, inondations, formes extrêmes d'insécurité de l'approvisionnement en eau) au moyen d'infrastructures adéquates, par exemple de stockage et de maîtrise des inondations;
- le soutien à l'adaptation aux effets des changements environnementaux (par exemple changement climatique);
- le renforcement des systèmes d'alerte précoce et de surveillance de la nutrition;
- le développement de la collaboration avec d'autres secteurs et la programmation conjointe de manière à augmenter la capacité de résistance des ménages et des communautés. Ce travail revêt une importance particulière dans les urgences;
- les systèmes de suivi - évaluation, y compris indicateurs relatifs à la nutrition.

L'encadré ci-dessous contient seulement des indicateurs qui ont une valeur ajoutée spécifique pour la nutrition.

Encadré 8 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de l'environnement et de la gestion durable des ressources naturelles

(pour d'autres informations sur les indicateurs, consulter l'annexe 3)

- Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)
- Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)
- Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)

49 Nelson et autres, *Climate change impact on agriculture and costs of adaptation*, IFPRI, 2009.

50 Johns et autres, «A Foundation for Development – Nutrition and the Environment», SCN, 2002.

2.9 Amélioration de la nutrition par des mesures liées à la gouvernance

Par «gouvernance», on entend les règles, processus et comportements servant, dans une société, de cadre pour l'expression des intérêts, la gestion des ressources et l'exercice du pouvoir, ainsi que la capacité et la volonté de l'État à servir ses citoyens. Les programmes de gouvernance tendent à cibler les fonctions publiques, la gestion des ressources publiques et l'exercice des pouvoirs réglementaires publics, du contrôle démocratique et de la participation.

En ce qui concerne la nutrition, le pouvoir et l'opinion des pauvres, et la responsabilité de l'État à leur égard, constituent des aspects importants du contexte dans lequel des améliorations de la nutrition sont recherchées. Des méthodes quantitatives et qualitatives sont nécessaires pour déterminer si les dispositions relatives aux institutions et à la gouvernance permettent d'améliorer la capacité de l'État et de la société civile à réaliser des améliorations de l'état nutritionnel, et leur réactivité ainsi que leur aptitude à rendre des comptes dans ce domaine.

La mauvaise gouvernance est souvent liée à l'incapacité d'un État à respecter les droits fondamentaux de ses citoyens, y compris celui à la nutrition (voir la section 2.10). Elle constitue un obstacle important au développement, car elle limite le choix des modalités de l'aide que peuvent appliquer de manière responsable les donateurs (les programmes de appui budgétaire sont exclus dans les pays caractérisés par de mauvais indicateurs de gouvernance).

Le rôle croissant joué par le secteur privé dans la nutrition est reconnu. Cette prise de conscience s'étend des inquiétudes concernant les pratiques de commercialisation appliquées dans le domaine de l'alimentation des nourrissons, aux débats actuels sur la transformation des aliments et les nouveaux produits, en passant par les transports et la logistique.

Parmi les points d'entrée à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent les suivants :

- l'information et la transparence : mesures visant à permettre l'accès aux informations sur la nutrition⁵¹ dans les affaires publiques; renforcement des systèmes de surveillance de l'alimentation et de la nutrition;
- l'inclusion de la société civile : participation de celle-ci à la planification des stratégies nutritionnelles;
- le budget : suivi des dépenses susceptibles d'avoir des avantages pour la nutrition;
- les politiques nationales : intégration d'objectifs et indicateurs en matière de nutrition aux stratégies et politiques nationales; élaboration de plans d'action nationaux sur la nutrition; intégration de la nutrition aux plans d'urgence nationaux; mesures visant à améliorer la gouvernance, l'exercice du pouvoir par le gouvernement et les dispositions institutionnelles concernant les stratégies et les plans relatifs à la nutrition;
- les instruments internationaux instituant le droit à une nutrition adéquate parmi les droits de l'homme fondamentaux⁵²;
- la capacité de l'État à rendre des comptes concernant ses responsabilités et les promesses qu'il a faites;
- l'amélioration de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel⁵³;
- la coordination avec la société civile, les organisations internationales et celles du secteur privé (par exemple évaluation des avantages comparatifs des partenaires privés et transmission de ces informations aux acteurs locaux; identification de défenseurs efficaces de la nutrition dans différentes catégories de parties prenantes);
- l'exécution de travaux de recherche et de tests pour vérifier que les nouveaux produits respectent les normes européennes.

(Voir l'étude de cas sur l'Inde, ci-dessous)

⁵¹ Les informations sur la nutrition peuvent être très politisées ou avoir un fort contenu politique.

⁵² La Charte des Nations Unies, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant

⁵³ http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.



Inde : la gouvernance en tant que facteur déterminant critique dans la gestion de la sous-nutrition

Malgré la croissance économique impressionnante qu'elle a connue au cours du dernier quart de siècle, l'Inde abrite un tiers des enfants atteints d'un retard de croissance du monde. Ce « géant économique est un nain sur le plan nutritionnel », contradiction qui s'explique largement par une gouvernance défailante à de nombreux niveaux. En fait, le faible lien entre la croissance et la nutrition constitue la définition même d'une gouvernance de la nutrition défailante.

La richesse économique ne s'est pas traduite par la santé nutritionnelle en large mesure à cause des pratiques du gouvernement, qui donne la priorité aux inputs sociaux, aux dépens des résultats et exclut des catégories importantes de la population (en particulier les membres des castes inférieures, les femmes et les filles) des services sociaux de qualité. Les services nutritionnels existants sont en majorité inefficaces. Toute gouvernance de la nutrition défailante se caractérise par une capacité insuffisante à fournir des services appropriés au moment voulu aux populations qui en ont besoin, une incapacité à réagir aux besoins des citoyens et une faible capacité à rendre des comptes au niveau local.

Une volonté politique nouvelle de faire face au « fléau » de la sous-nutrition se manifeste, et le gouvernement indien s'est engagé à augmenter les ressources consacrées à son Integrated Child Development Scheme. Bien que ces investissements soient manifestement nécessaires, il y a peu de chances qu'ils soient suffisants pour permettre des progrès soutenus. Les ressources ne suffiront pas à elles seules à éliminer la sous-nutrition en Inde. Les données dont on dispose font apparaître un faible lien entre les niveaux de sous-nutrition et les dépenses publiques consacrées à la nutrition.

La performance des différents États indiens varie considérablement en ce qui concerne la réduction de la sous-nutrition. Les États qui ont accompli les plus grands progrès jusqu'à présent présentent aussi les caractéristiques suivantes: a) une plus grande réactivité, sur le plan de la réduction de la pauvreté, à la croissance économique; b) une meilleure mise en œuvre des services publics; et c) un meilleur équilibre des forces sur le plan électoral (obligation de rendre des comptes).

En outre, au sein des États, on observe des disparités croissantes au niveau de la protection sociale, qui sont souvent fonction des castes et qui compromettent à nouveau les progrès nutritionnels (et empêchent d'interpréter les taux moyens de sous-nutrition des États). L'exclusion de groupes marginalisés des services de qualité a un impact négatif persistant sur l'état nutritionnel des enfants. Ces disparités doivent être éliminées au moyen de changements politiques fondamentaux. Sans cela, les investissements en matière de santé et de nutrition n'auront qu'un effet limité.

L'expérience de l'Inde montre que plusieurs changements sont nécessaires au niveau de l'offre et de la demande de services, qui contribuent toutes deux à la sous-nutrition. Du côté de l'offre, ces changements englobent l'amélioration de l'approche des groupes mal desservis pour lutter contre l'exclusion, l'augmentation des effectifs dans les principaux centres de fourniture des services et le renforcement de la cohérence institutionnelle (au niveau du gouvernement) afin de stimuler une cohésion intersectorielle. Du côté de la demande, les audits sociaux (dans lesquels l'État [par exemple les collectivités locales] et la société civile collaborent au suivi et à l'évaluation de la planification et de la mise en œuvre d'un programme) ont été utilisés pour améliorer la capacité des pouvoirs locaux à rendre des comptes aux citoyens (bien que rien n'ait encore été fait pour estimer l'impact sur la nutrition).

Un modèle utile de gouvernance souligne trois éléments: capacité, réactivité, et obligation de rendre des comptes. Pour améliorer la gouvernance de la nutrition en Inde, ces éléments sont utilisés pour plaider en faveur des changements suivants:

- Capacité: inscrire la nutrition au programme politique national et l'y maintenir; promouvoir et coordonner l'action interministérielle pour lutter contre la sous-nutrition.
- Réactivité: s'appuyer sur les résultats des mesures de suivi, d'évaluation et d'audit pour adapter plus étroitement les services aux besoins des groupes cibles. Établir des normes opérationnelles pour les services et contrôler la performance nutritionnelle par rapport à ces normes.
- Obligation de rendre des comptes: systèmes ascendants permettant aux citoyens de faire respecter leurs droits et d'obliger les organismes et les groupes chargés de fournir les services à rendre des comptes (ce qui peut également nécessiter de renforcer les capacités de ces institutions et de ces groupes afin de leur permettre de remplir leurs obligations).

Les arguments en faveur de l'amélioration de la gouvernance de la nutrition sont aussi valables pour les acteurs internationaux. Les donateurs, par exemple, peuvent tirer meilleur parti des possibilités d'améliorer la nutrition par des mesures indirectes (par exemple dans l'agriculture, la protection sociale ou la santé). La communauté internationale doit aussi s'accorder sur une vision, des messages et des rôles afin de donner une impulsion aux actions de plaidoyer susceptibles de rassembler les élites aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres.

Enfin, pour éliminer le fléau de la sous-nutrition, un nouveau programme de travaux de recherche est nécessaire concernant la gouvernance de la nutrition. Ce programme s'appuierait sur des disciplines sensibles au pouvoir, aux opinions exprimées et à l'obligation de rendre des comptes pour déterminer si la mise en œuvre d'innovations au niveau des dispositions institutionnelles et de la gouvernance permettrait d'augmenter la capacité, la réactivité et la capacité à rendre des comptes de l'État et de la société civile et d'améliorer ainsi la nutrition.

Source : étude de cas préparée par les auteurs, à partir de l'article introductif de L. Haddad dans Lifting the Curse : Overcoming persistent undernutrition in India. IDS Bulletin 40(4), July 2009. DFID était l'un des bailleurs de ce Bulletin.



Encadré 9 Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant de la gouvernance

(pour d'autres informations sur les indicateurs, consulter l'annexe)

- Inclusion/place prioritaire de la nutrition dans le cadre national (par exemple Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté)
- Inclusion d'objectifs nutritionnels dans les politiques/stratégies/plans sectoriels (par exemple santé, plan d'urgence)
- Gouvernance de la nutrition (y compris système de coordination des secteurs et des parties prenantes, existence d'une stratégie, d'une politique ou d'un plan nutritionnel et statut)
- Disponibilité d'une formation à la nutrition pour les employés des services publics (autres que les services de santé)
- Surveillance de l'application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel et notification des violations
- Indicateurs relatifs aux droits de l'homme (**voir l'encadré 10**)

La participation des habitants aux processus de gouvernance, ainsi que les dispositifs permettant au gouvernement de rendre des comptes aux citoyens, sont un fondement essentiel des programmes de gouvernance liés à la nutrition.

2.10 Améliorations de la nutrition des mesures liées aux droits de l'homme

Il existe un corps de lois internationales sur les droits de l'homme composé d'instruments individuels. Les États ont ratifié une partie ou la totalité de ces instruments et ont donc l'obligation première de respecter, de protéger et d'appliquer les droits de leurs citoyens. La volonté d'un État de donner la priorité à cette obligation joue un rôle crucial dans la possibilité de réaliser ces droits.

Les acteurs non étatiques ont parfois également des obligations importantes à cet égard, en particulier dans les circonstances où ils contrôlent des territoires et jouent de fait le rôle d'un gouvernement. Cependant, même dans ces circonstances, leurs devoirs ne sont pas clairement définis, en particulier lorsque leur contrôle territorial est partiel ou qu'il évolue.

Tous les États ont la responsabilité d'éviter les actions susceptibles d'augmenter la faim, l'insécurité alimentaire et la sous-nutrition. En outre, il est possible d'affirmer que les États se sont également engagés, dans la mesure des ressources disponibles, à investir au maximum dans l'élimination de la faim. Les gouvernements doivent également protéger les citoyens contre les violations de leurs droits. En outre, les États ont reconnu le rôle essentiel de la coopération et de l'assistance internationales.

Parmi les points d'entrée à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition figurent les suivants⁵⁴ :

- le droit à l'alimentation ⁵⁵: *Le droit à l'alimentation est, avant tout, le droit d'être en mesure de se nourrir dans la dignité* ⁵⁶ ;
- les droits à l'emploi : non-discrimination et égalité de rémunération dans la législation et les pratiques en matière d'emploi;
- les droits des enfants, qui englobent le droit à une alimentation adéquate, à la santé et à un logement;
- les droits des femmes;
- la non-discrimination dans le contexte du droit à l'alimentation ou de l'accès aux services de santé et de nutrition;
- le droit relatif aux réfugiés et le droit humanitaire dans les crises prolongées;
- les droits fonciers pour les catégories marginalisées et les femmes en particulier;
- les droits relatifs à l'eau, une attention particulière étant accordée aux ménages pauvres et aux femmes
- la surveillance des droits de l'homme et la notification des violations aux organes conventionnels. Les rapports peuvent révéler des discriminations de la part des instances responsables à l'encontre de certaines catégories; un soutien pour le bureau des droits de l'homme du gouvernement.

⁵⁴ Des conseils sur les points d'entrée figurent dans les Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le contexte de la sécurité alimentaire nationale (FAO, 2004). <http://www.fao.org/docrep/meeting/009/y9825f/y9825f00.HTM>.

⁵⁵ La FAO a créé une «Methodological Toolbox on the Right to Food» (Boîte à outils méthodologique sur le droit à l'alimentation) qui comporte les parties suivantes: 1. Guide pour légiférer sur le droit à l'alimentation; 2. Méthodes pour la surveillance du droit humain à une alimentation adéquate – Vol.I; Méthodes pour la surveillance du droit humain à une alimentation adéquate – Vol.II; 3. Guide pour l'exécution d'une évaluation du droit à l'alimentation; 4. Description du programme d'enseignement sur le droit à l'alimentation; 5. Travail budgétaire en faveur du droit à l'alimentation. http://www.fao.org/righttofood/publi_02_fr.htm.

⁵⁶ Paragraphe 5 de la «Preliminary Study of the Human Rights Council Advisory Committee on discrimination in the context of the right to food». Conseil des droits de l'homme, 22 février 2010.

Encadré 10 : Indicateurs clés relatifs aux avantages nutritionnels découlant des droits de l'homme(pour d'autres informations sur les indicateurs, consulter l'[annexe 3](#))

- Droit à l'alimentation figurant dans le champ d'action des bureaux des droits de l'homme
- Droits fonciers (par exemple des femmes, des catégories marginalisées)
- Promotion des droits de l'homme, y compris à l'alimentation, à la santé et à l'emploi etc., au niveau local



Le discours relatif aux droits de l'homme a tendance à mettre l'accent sur les droits sociaux et politiques, mais les besoins fondamentaux sont en fait également consacrés par le droit international et ont une incidence sur les conditions de vie des populations les plus pauvres du monde. Ces droits doivent également être soulignés.

Sources d'informations complémentaires

- Publications sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant:
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/fr/index.html>
- Publications sur l'allaitement maternel:
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html
- Publications sur la malnutrition aiguë sévère:
<http://www.who.int/nutrition/topics/malnutrition/en/index.html>
- Publications sur la réduction de la malnutrition en micronutriments:
<http://www.who.int/vmnis/publications/en/>
- Lancet Series <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition#>
- Scaling Up Nutrition – What will it cost?, 2010 Scaling Up Nutrition – A framework for Action, 2010
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>
- Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reducing Child Undernutrition?, Banque mondiale, 2008:
<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Safety-Nets-DP/0835.pdf>
- Lasting benefits – The role of cash transfers in tackling mortality, Save the Children, 2009
http://www.savethechildren.org.uk/fr/docs/Lasting_Benefits_low_res_comp_rev.pdf
- 'From Agriculture to Nutrition – Pathways, Synergies, and Outcomes', Banque mondiale, 2007
<http://siteresources.worldbank.org/INTARD/825826-1111134598204/21608903/January2008Final.pdf>
- Publications sur l'eau, l'assainissement et la santé:
http://www.who.int/water_sanitation_health/fr/
- Droit à l'alimentation:
http://www.fao.org/righttofood/publi_02_fr.htm



CHAPITRE 3 : INTÉGRATION DE LA NUTRITION AUX PHASES DE PROGRAMMATION



Woman with baby

Author: Enrique Castro Mendián

Des stratégies de lutte contre la sous-nutrition ont été établies parmi les priorités pour faire face aux principaux enjeux mondiaux ⁵⁷

Le chapitre 1 souligne les causes multiples de la sous-nutrition, tandis que le chapitre 2 met en lumière la contribution potentielle spécifique de différents secteurs ou thématiques. La sous-nutrition nécessite donc d'être considérée comme un problème multisectoriel qui exige une réponse multisectorielle. Mais cette multi-sectorialité fait que les mesures nécessaires pour encadrer et gérer la nutrition n'apparaissent pas toujours clairement aux gouvernements car il n'y a pas pour elle de «résidence» institutionnelle cohérente. Cette cohérence institutionnelle doit donc s'articuler autour d'un leadership au plus haut niveau du gouvernement (voir la section 3.1.2), afin de pouvoir encadrer et coordonner l'action des différents ministères et départements. Le soutien des donateurs joue indubitablement un rôle critique dans la réussite de ces efforts.

3.1 Analyse et compréhension de la sous-nutrition dans son contexte

Cette section contient des conseils sur le diagnostic des causes de la sous-nutrition dans un contexte particulier, afin d'élaborer ou d'améliorer les programmes pour qu'ils visent spécifiquement ces causes. Cette section se focalise sur les approches en matière de lutte contre la sous-nutrition au sein des pays. Cependant, il pourrait être utile également d'examiner les approches qui dépassent le cadre des frontières nationales (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Sahel – valeur ajoutée d'une approche sous-régionale de la nutrition, de la sécurité alimentaire et des politiques publiques) pour démontrer la valeur ajoutée d'une approche régionale.

3.1.1 Y a-t-il un problème de sous-nutrition?

Les causes diverses de la sous-nutrition peuvent agir au niveau de l'individu, du ménage, de la communauté et de l'environnement (voir la figure 5). Dans chaque contexte, l'importance relative de ces causes doit être comprise clairement, y compris la chaîne de cause à effet qui conduit à la sous-nutrition. Pour cela, il est nécessaire de mettre en commun des informations venant de parties prenantes et secteurs différents afin d'examiner les interactions des différents chemins causaux aboutissant à la sous-nutrition, qu'elle soit chronique ou aiguë, chez les mères et les jeunes enfants. En toute probabilité, des discussions seront nécessaires pour parvenir à une conception commune; plus l'ensemble d'informations sur lequel reposeront ces discussions sera solide, plus les paramètres permettant de se mettre d'accord sur la chaîne causale de la sous-nutrition seront clairs.

Il est possible de porter un jugement préliminaire sur la nécessité d'une analyse complète de la situation nutritionnelle à partir d'informations existantes ainsi que de discussions avec les principales parties prenantes. Les systèmes d'information sur la santé et la sécurité alimentaire représenteront sans doute des sources d'information importantes, ainsi que toute donnée existante concernant spécifiquement la nutrition.

Les informations qualitatives permettent également de mieux comprendre les facteurs liés au comportement ou à la pauvreté qui contribuent à la sous-nutrition, notamment les études anthropologiques, les analyses de l'économie de la santé et les évaluations socio-économiques. Dans certains cas, si elle est accessible, la perspective des associations locales peut fournir un aperçu précieux des contraintes auxquelles les familles sont confrontées au quotidien qui sont susceptibles d'avoir un effet sur la nutrition. Les organisations de femmes et associations de la société civile locales peuvent apporter une aide à cet égard.

En outre, les changements progressifs peuvent faire apparaître des liens entre la détérioration de la nutrition et des facteurs causaux possibles tels que les défaillances de la production, la dégradation des écosystèmes, l'augmentation des prix, les changements de la gestion de l'alimentation en eau, les flambées de maladie (qu'elles soient ou non saisonnières) ou les changements importants intervenant au niveau de l'économie locale (tels que les possibilités d'emploi ou les dispositifs d'épargne). Toute détérioration rapide pourrait laisser prévoir l'apparition d'une crise humanitaire; les problèmes endémiques qui se développent plus lentement pourraient nécessiter des mesures à long terme.

Ces différentes sources d'informations mettront en lumière différents aspects du problème de la sous-nutrition et du nombre de cas. Il est possible de créer un profil de la sous-nutrition en les rassemblant et en les examinant collectivement (y compris en menant des discussions structurées avec les parties prenantes clés pour arriver à une analyse commune). Il sera alors possible de fixer des priorités opérationnelles et d'avoir une idée des contributions possibles à la lutte contre la sous-nutrition que pourraient faire divers secteurs, comme nous l'avons montré dans le chapitre 2.

Lorsque ces informations sont limitées (par exemple concernant l'étendue sectorielle ou la couverture géographique), il est alors impossible d'établir un profil permettant de comprendre les causes de la sous-nutrition. Il faut alors combler les

⁵⁷ Consensus de Copenhague 2008 – Résultats. Cinq des neuf principales stratégies approuvées par un panel de spécialistes de l'économie concernaient la dénutrition.

lacunes en informations. Divers outils d'analyse peuvent être utilisés à cet effet. **L'annexe 6** fournit des termes de référence modèles pour l'exécution d'une analyse de la situation nutritionnelle.

(Consulter, en ligne, l'étude de cas susmentionnée sur le Laos concernant la valeur des analyses)

3.1.2 Analyse et compréhension des mesures prises par les gouvernements face à la sous-nutrition

D'après l'expérience acquise dans divers pays du monde, les gouvernements qui se sont engagés en faveur de la nutrition partagent plusieurs caractéristiques essentielles⁵⁸ :

- un encadrement par des responsables hauts placés, appartenant souvent au bureau du président ou du premier ministre;
- l'existence de capacités stratégiques au sein du gouvernement;
- une gouvernance locale solide, une décentralisation et une participation des citoyens (comme en Bolivie);
- des cadres juridiques permettant de garantir les engagements en faveur de la nutrition même dans le cas d'un changement de gouvernement ou de personnel (comme à Madagascar);
- des mécanismes solides de coordination intersectorielle et interministérielle (comme au Pérou);
- l'obligation de rendre des comptes, des mesures de surveillance et la capacité à suivre les progrès;
- une volonté de recourir à des contributions multiples en faveur de la nutrition :
 - au Brésil, le programme relatif à la sécurité alimentaire constituait le point d'entrée principal,
 - au Pérou, ce rôle était joué par la pauvreté,
 - au Laos, la nutrition était liée au programme de croissance économique.
- un financement à partir des budgets nationaux (comme en Bolivie, pays qui a poursuivi des efforts pour exécuter des programmes à grande échelle plutôt que des projets pilotes). La flexibilité des donateurs était aussi jugée essentielle;
- des processus décisionnels fondés sur les faits établis, où les priorités stratégiques sont définies en s'appuyant sur des travaux de recherche, pour l'intégration de la nutrition au plan de développement national (comme en Chine).

L'importance de l'encadrement par le gouvernement et de la capacité stratégique mérite d'être soulignée. Ils sont essentiels pour garantir que la nutrition soit intégrée de manière judicieuse au programme national. Il est nécessaire, pour cette raison, de comprendre la position du gouvernement de manière à ce que les investissements des donateurs puissent s'aligner dessus.

Ces caractéristiques peuvent présenter une utilité stratégique pour les donateurs lorsqu'ils réfléchissent à leur démarche par rapport à la nutrition. Il se pourrait en effet que les stratégies visant à les développer chez les gouvernements soient une condition préalable essentielle à une programmation efficace, en ce qu'elles contribueraient pour ainsi dire à la création d'un environnement favorable, dans lequel les investissements axés sur la nutrition peuvent jouer un rôle efficace (voir la section 3.3). L'étude de cas sur le Brésil (voir en ligne) offre des aperçus de la manière dont ces caractéristiques des gouvernements peuvent imprimer un élan politique réel en faveur de la nutrition tant au niveau national qu'international.

L'annexe 3 définit les indicateurs clés qui peuvent être utilisés pour évaluer l'engagement d'un gouvernement et sa capacité à lutter contre la sous-nutrition. Une évaluation de l'engagement de quelques gouvernements à lutter contre la sous-nutrition a déjà été effectuée (**voir l'annexe 2**).

Questions-clés

- Le cadre stratégique national reconnaît-il la dénutrition de manière adéquate comme un problème de développement?
- La nutrition forme-t-elle partie intégrante de l'analyse de la pauvreté?
- Une stratégie ou un plan d'action relatif à la nutrition ainsi que des outils institutionnels adéquats ont-ils été mis en place?
- Les déterminants multiples de la dénutrition ont-ils été identifiés?
- Les discours sur la nutrition sont-ils suivis d'actions?
- Les stratégies ou actions proposées tiennent-elles compte de la dynamique spécifique du problème de la nutrition?
- Les actions proposées ont-elles été classées par ordre de priorité et leur coût a-t-il été évalué?
- Les capacités existantes limitent-elles les actions proposées?
- Des indicateurs de nutrition sont-ils utilisés pour suivre les progrès accomplis dans la stratégie nationale?
- L'accès à des informations sur la nutrition renforce-t-il les possibilités d'action?



⁵⁸ Rapport sur la réunion de haut niveau sur la nutrition organisée par le Comité permanent de l'ONU sur la nutrition, accueillie par la Commission européenne, 23 et 24 novembre 2009, Bruxelles. Voir la page 3. www.unscn.org/files/Annual_Sessions/2009_Brussels/Brussels_High_Level_Nutrition_Meeting_report_final.pdf

3.1.3 Analyse et compréhension des réponses des autres parties prenantes à la sous-nutrition

Les activités et plans des autres parties prenantes (telles que l'ONU, les ONG, les associations de la société civile et le secteur privé) doivent figurer dans toute analyse contextuelle.



Questions-clés

- Les stratégies reconnaissent-elles en la dénutrition un problème de développement? Leurs investissements reposent-ils sur des données solides (et partagées)?
- L'ONU, la Croix-Rouge et les ONG mettent-elles en œuvre des mesures contre la dénutrition? Si oui, y'a-t-il une logique et une vision communes?
- Y a-t-il une pénurie de fonds pour ces organisations?
- Les priorités (géographiques et/ou sectorielles) sont-elles communes? Y a-t-il des manques ou des duplications?
- Des systèmes de coordination ont-ils été mis en place? Sont-ils efficaces?
- Quelles sont les actions de plaidoyer nécessaires au niveau national ou international pour susciter un consensus sur la nécessité d'une action concertée dans la lutte contre la dénutrition, ou renforcer tout consensus existant?
- Faudra-t-il recueillir des informations ou mener des travaux de recherche, qui nécessiteraient le soutien de donateurs, avant de pouvoir calculer les investissements en matière de nutrition à réaliser dans ce contexte?

Le bilan des positions et capacités des parties prenantes existantes donne une indication de ce qui est faisable dans un contexte donné.

3.2 Mesures de sensibilisation à la nutrition au niveau national

La première mesure consiste à faire de la nutrition une priorité pour le gouvernement national. Cela permettra alors aux donateurs d'élaborer leurs propres stratégies pour soutenir le gouvernement, avec d'autres parties prenantes. Dans les situations d'urgence, les gouvernements s'opposent peut-être à ce que la priorité soit donnée à la nutrition, car l'apparition de la sous-nutrition risque d'être perçue comme un échec des services publics. Les gouvernements souhaiteront peut-être également éviter l'afflux d'organismes d'aide nouveaux et de médias internationaux que peut susciter toute «urgence nutritionnelle». Dans de tels cas, l'existence de preuves solides de la nécessité d'une action humanitaire forme un élément critique des efforts qui pourraient être nécessaires pour les convaincre.

Les donateurs peuvent aider les gouvernements à donner la priorité à la nutrition dans le développement au moyen d'un dialogue politique constant. Parmi les principaux facteurs du développement d'un engagement national en faveur de la nutrition figurent les suivants :

- *Des défenseurs de la nutrition (personnes qui ont accès aux décideurs et peuvent mener une action de plaidoyer fondée sur des données probantes) qui constitueront des partenariats d'individus et d'institutions afin d'influencer les responsables politiques et les organismes chargés de la mise en œuvre. Cela nécessite avant tout de convaincre d'autres responsables du rôle essentiel de l'amélioration de la nutrition dans la réalisation de leurs propres objectifs (qu'il s'agisse de la stabilité politique, de la sécurité nationale, du développement de l'éducation, de l'industrie ou de l'agriculture, ou de la compétitivité internationale).*
- *Une communication efficace, qui est à la clé du renforcement de l'engagement. Des stratégies de communication différentes sont nécessaires pour obtenir le soutien de différentes parties prenantes.*
- *Création de mouvements d'opinion informels dans la fonction publique et la société civile, ainsi qu'au besoin dans l'industrie. Les efforts pour organiser la société civile en soutien de la nutrition jouent un rôle particulièrement critique, car elle peut exercer des pressions publiques sur les gouvernements et les donateurs de manière à ce qu'ils respectent leurs engagements.⁵⁹*

Toute stratégie de coopération menée dans le domaine de la sous-nutrition maternelle et infantile doit tenir compte de la nature du problème, de l'engagement du gouvernement, des points forts et des points faibles des différentes interventions sectorielles ou thématiques du gouvernement et des stratégies des autres parties prenantes. Comme premier point de départ, il faut disposer de politiques nationales sensibles à la nutrition qui favorisent une approche multisectorielle de l'élimination de la malnutrition chronique et aiguë. L'inclusion de la nutrition dans le cadre stratégique national représente un point clé d'influence (**encadré 11**).

L'intégration de la nutrition à une stratégie ou à un plan national offre la légitimité et la faisabilité qui permettent aux donateurs d'acheminer leur soutien. Celui-ci dépendra des conclusions des différentes analyses décrites plus haut (voir la **figure 6** pour un aperçu des possibilités).

59 Extraits édités de *Repositioning Nutrition as Central to Development. A Strategy for Large-Scale Action*, Banque mondiale, 2006, page 108. <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/NutritionStrategy.pdf>



Encadré 11 : Intégration d'objectifs nutritionnels au cadre stratégique national ¹

(pour d'autres informations sur les indicateurs, consulter l'annexe)

Étape 1: déterminer si le pays souffre d'un problème nutritionnel significatif pour la santé publique

- Oui, s'il figure dans l'annexe 2, parmi les 68 pays à forte charge
- Si oui, il existe de bonnes raisons d'inclure les problèmes de nutrition dans le cadre stratégique national.
- Si non, présenter des arguments visant à faire en sorte qu'une place prioritaire soit donnée à la nutrition dans le cadre stratégique national du pays.

Étape 2: si les problèmes de nutrition sont importants

- Examiner l'importance et la nature du problème de nutrition
- En s'appuyant sur les niveaux estimés de sous-nutrition, calculer une estimation des pertes de productivité imputables à la sous-nutrition et faire une analyse coûts-avantages de son élimination.

Étape 3: recenser les causes (possibles) de la sous-nutrition

- Ces informations seront peut-être disponibles dans le pays.
- Si non, commander des analyses – les enquêtes démographiques et de santé (EDS) ⁷ constituent en général une bonne source de données pour ces analyses; voir aussi d'autres ensembles de données comme les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) ⁸ ainsi que les «Living Standard Measurement Survey – LSMS» (Enquête de mesure des niveaux de vie) ².

Étape 4: déterminer ce qui a déjà été fait

- Évaluer l'engagement politique du gouvernement à lutter contre la sous-nutrition
- Passer en revue les politiques, stratégies, programmes, dispositions institutionnelles et capacités du gouvernement
- Passer en revue les autres acteurs nationaux et internationaux du domaine de la nutrition

Étape 5: Élaborer une stratégie d'intervention

- Établir les objectifs et priorités concernant la nutrition dans le pays.
- Sélectionner des stratégies et actions correspondant à l'ampleur et à la nature du problème nutritionnel
- Établir un ordre de priorité pour les actions en fonction de l'épidémiologie du problème et des capacités du pays.
- Veiller à la mise en place de dispositions institutionnelles appropriées pour soutenir la réalisation d'activités nutritionnelles à travers les secteurs.
- Définir des dispositions pour le suivi et l'évaluation ainsi que des plans de développement des capacités.

Étape 6: Allouer des fonds raisonnables et les alimenter travers les stratégies subséquentes

- Soutenir la mise en œuvre.
- Renforcer les capacités et la mise en œuvre au moyen d'un apprentissage sur le tas.

¹ Adaptation de *Scaling Up Nutrition. What will it cost?* Horton S. et autres, Banque mondiale, page 106.

² Banque mondiale, «Living Standard Measurement Survey – LSMS» (Enquête de mesure des niveaux de vie). Ces enquêtes ont été créées par le Development Economics Research Group (DECRG) pour étudier le moyen d'améliorer le type et la qualité des données recueillies sur les ménages par les offices statistiques des pays en développement. <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997.00.html>

3.3 Formulation d'une réponse des donateurs à la sous-nutrition

L'intégration d'objectifs nutritionnels spécifiques (et donc de résultats et d'indicateurs) aux programmes peut se dérouler sur plusieurs phases de programmation. Celles-ci sont résumées dans l'**encadré 12**.

Encadré 12 : Intégration d'objectifs nutritionnels à la programmation

Analyse et phase de définition

Analyse de la situation nutritionnelle – au niveau national ou régional (**voir l'annexe 6**) (gouvernement, États membres, délégation de l'UE, ECHO, société civile, autres parties prenantes)

Négociation des priorités sectorielles, qu'il s'agisse des secteurs de concentration ou hors concentration (gouvernement, États membres, délégation de l'UE, autres parties prenantes)

Conception

Inclusion d'aspects nutritionnels dans le document de stratégie du pays donateur (**voir le tableau 3**)

Inclusion de la nutrition dans le programme national ou régional: modalité de financement décidée et dispositions prises (appui budgétaire, financement en commun ou subventions)

ou

Réalisation et suivi

Inclusion de la nutrition dans les termes de référence des missions annuelles de conception des programmes

Intégration aux secteurs de concentration d'objectifs liés à la réduction ou à la prévention de la sous-nutrition*

Évaluation

Évaluation à mi-parcours: la nutrition figure au programme des missions de suivi (afin d'évaluer les progrès et de revoir les priorités pour atteindre les objectifs nutritionnels)

Inclusion d'objectifs et indicateurs nutritionnels dans l'évaluation, l'analyse des impacts et les missions d'audit

* Le modèle «Managing for Development Results Framework» pourrait, par exemple, être utilisé. <http://www.mfdr.org/>.

La section 3.3.1 porte principalement sur l'engagement des donateurs dans les contextes caractérisés par la stabilité dans lesquels il sera sans doute possible de s'aligner étroitement sur les priorités du pays. La section 3.3.2 examine les problèmes spécifiques qui pourraient survenir dans les situations d'urgence, de fragilité et de transition. Des informations sur la situation nutritionnelle (besoins et acteurs) peuvent être intégrées à plusieurs des contributions potentielles à la stratégie régionale/de pays du donateur. Celles-ci sont résumées ci-dessous.

3.3.1 Définition des priorités

La déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide de 2005 et le programme d'action d'Accra de 2008⁶⁰ forment les fondements de l'approche des donateurs.

Les mesures prises par un donateur particulier contre la sous-nutrition sont nécessairement dictées par les plans ou priorités du gouvernement, et les plans ou mesures d'autres parties prenantes. Des négociations auront donc lieu avec le gouvernement et d'autres donateurs concernant les secteurs auxquels donner la priorité et dans lesquels investir. C'est à ce stade, par conséquent, que les décisions critiques devront être prises.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, l'analyse de la situation nutritionnelle, y compris de la chaîne de causes à effets qui aboutit à la sous-nutrition, fournit les données nécessaires permettant de porter des jugements éclairés. **Les figures 5 et 6** peuvent être utilisées pour orienter les négociations et déterminer de manière rationnelle la sélection des priorités sectorielles et la contribution de chaque partie prenante.

Lorsqu'un donateur élabore un document de stratégie par pays, il dispose de plusieurs possibilités pour y incorporer la nutrition (besoins, objectifs, actions et indicateurs). Celles-ci sont résumées dans le **tableau 3**.

60 http://www.oecd.org/document/18/0,3746,fr_2649_3236398_37192719_1_1_1_1,00.html.

Tableau 3 : La nutrition dans le document de stratégie par pays (DSP) des donateurs

Contributions possibles au DSP	Questions de nutrition
Objectifs des donateurs	La nutrition figure parmi les objectifs des politiques
Analyse de la situation (économique, politique, sociale et environnementale)	Les principaux problèmes nutritionnels sont définis, ainsi que les facteurs socio-économiques qui pourraient nuire aux progrès. Cette section pourrait comporter par exemple: - les pressions et impacts importants résultant de tendances sociales, économiques et politiques, - les possibilités de lutte contre la sous-nutrition qui pourraient être attrayantes sur le plan économique: par exemple effet sur le PIB des enfants 0 à 24 mois atteints d'un retard de croissance. Quantifier les avantages des investissements dans la nutrition pour la productivité (directs), la scolarisation (impacts indirects sur la productivité) et la santé (mortalité, morbidité, handicaps, AVCI). Recenser les liens entre l'atténuation de la pauvreté et les avantages pour la santé des femmes.
Programme d'action du pays bénéficiaire	Les politiques nutritionnelles nationales, régionales et continentales. La nutrition pourrait également constituer un des indicateurs du cadre national de réduction de la pauvreté.
Description de l'aide apportée par l'UE/les EM	Celle-ci s'appuierait sur les résultats de l'analyse de la situation nutritionnelle, y compris les enseignements tirés des interventions nutritionnelles précédentes, et tiendrait compte également de l'action menée par les autres parties prenantes pour lutter contre la sous-nutrition.
Stratégie de réponse	Celle-ci recenserait les mesures relatives aux problèmes de nutrition, y compris les difficultés, les risques et les contraintes. La stratégie soulignerait les moyens employés pour optimiser les changements positifs produits par l'intervention des donateurs, tels que: 1) la sélection des secteurs de concentration; 2) les objectifs, approches et stratégies relatives aux secteurs de concentration; 3) la sélection des secteurs hors concentration et des types d'actions à soutenir; 4) le programme de travail et le budget; 5) le dialogue politique; 6) les indicateurs.

3.3.2 Approches spécifiques relatives à la réponse humanitaire, aux situations de transition et aux États fragiles

Dans les populations touchées par les situations d'urgence, les efforts portent en priorité sur la malnutrition aiguë (émaciation, et plus rarement, kwashiorkor), qui est associée à un risque supérieur de mortalité et de morbidité. Dans le monde, environ 55 millions (10 %) d'enfants de moins de cinq ans sont émaciés, dont 19 millions gravement. L'émaciation contribue à près de 15 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Un tiers des enfants atteints d'un retard de croissance vivent dans des États fragiles.

Dans ces situations, l'approche des donateurs s'inspirera probablement des principes et bonnes pratiques de l'action humanitaire (Principles of Good Humanitarian Donorship)⁶¹ et des principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires⁶² de l'OCDE.

Des difficultés spécifiques sont associées à la programmation dans les situations d'urgence, les États fragiles et les situations de transition. L'une des principales concerne la nécessité d'élaborer des approches cohérentes et d'établir des liens constructifs entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement (Linking Relief Rehabilitation and Development - LRRD). Cela devrait empêcher, dans la mesure du possible, que les efforts à court terme visant à sauver des vies ne nuisent aux chances de pouvoir gérer de manière adéquate la charge de la sous-nutrition de manière plus permanente. De même, cela devrait garantir que le développement de capacités permettant de gérer la sous-nutrition à plus long terme englobe la capacité à réagir aux chocs et aux crises nutritionnelles, au lieu de la compromettre. Bien que la nécessité de cette cohérence soit généralement reconnue, sa réalisation est parfois plus difficile. L'un des principaux problèmes des LRRD dans les situations d'urgence, les États fragiles et les crises prolongées concerne les relations entre les donateurs, les acteurs de l'aide humanitaire et l'État. Un scepticisme ou une répugnance à soutenir la création de capacités nationales et de systèmes à long terme règnent parfois dans les contextes où le rôle ou la légitimité de l'État sont remis en question ou dans lesquels des liens étroits pourraient compromettre les principes humanitaires.

Il existe également plusieurs contraintes pratiques, telles que les calendriers de financement, le choix des priorités sectorielles ou des modalités de l'aide et les partenaires utilisés (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Mali – problèmes liés à la création de programmes cohérents dans les situations de transition).

61 <http://www.goodhumanitariananddonorship.org/gns/principles-good-practice-ghd/overview.aspx>.

62 Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires. OCDE/DAC, avril 2007, Paris. www.oecd.org/dataoecd/61/44/38368761.pdf.

L'importance du maintien d'une cohérence à travers les situations d'urgence, les situations précaires et les situations de transition est soulignée dans les principes de l'OCDE/DAC, qui sont destinés à servir de guide pour l'engagement international dans les États fragiles (encadré 13). Ces principes soulignent la nécessité d'une coopération étroite entre les acteurs de l'économie, du développement, de la diplomatie, de l'aide humanitaire et de la sécurité. Bien que ces principes soient génériques et concernent les États fragiles plutôt que les contextes humanitaires, ils fournissent souvent néanmoins un rappel précieux des approches qui peuvent servir de base à l'engagement des donateurs concernant la nutrition dans divers contextes, ce d'autant plus que la coopération à travers les domaines de l'aide, du développement et de la sécurité présente une importance de plus en plus forte pour l'UE et de nombreux États membres.



Encadré 13 : Principes de l'engagement international dans les États fragiles*

1. **Prendre le contexte comme point de départ:** nécessite une analyse politique solide permettant de reconnaître les différentes contraintes qui s'exercent en matière de capacité, de volonté politique et de légitimité.
2. **Ne pas nuire:** éviter de créer des divisions sociales et d'aggraver la corruption et les pratiques abusives en exécutant une analyse rigoureuse des conflits et de la gouvernance. La transparence est essentielle pour éviter la corruption.
3. **Faire du renforcement de l'État l'objectif fondamental:** améliorer la gouvernance et les services de base.
4. **Accorder la priorité à la prévention:** réduire les risques futurs; éliminer les causes profondes et éviter les solutions rapides.
5. **Reconnaître qu'il existe des liens entre les objectifs stratégiques, sécuritaires et de développement:** améliorer la cohérence des interventions internationales.
6. **Promouvoir la non-discrimination comme fondement de sociétés stables et sans exclus:** égalité des sexes, inclusion sociale et droits de l'homme.
7. **S'aligner sur les priorités locales d'une manière différente selon le contexte:** chercher à s'appuyer sur les systèmes existants au lieu de tenter d'en créer des parallèles.
8. **S'accorder sur des mécanismes concrets de coordination de l'action des acteurs internationaux:** en coopérant à la réalisation d'analyses, en réalisant des évaluations conjointes, en élaborant des stratégies communes et en coordonnant l'engagement dans la sphère politique.
9. **Agir vite ... mais rester engagé assez longtemps pour avoir des chances de réussite:** l'aide doit être suffisamment souple de façon à tirer parti des occasions propices et à répondre à l'évolution de la situation sur le terrain; éviter les financements imprévisibles.
10. **Éviter de créer des poches d'exclusion («orphelins de l'aide»):** les pays où il n'existe pas d'obstacles politiques majeurs à l'engagement, mais où peu d'acteurs internationaux sont présents et pour lesquels les volumes d'aide sont faibles.

* Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires. OCDE/DAC, avril 2007, Paris. www.oecd.org/dataoecd/61/44/38368761.pdf.

La cohérence dans la réponse globale, la présence de ressources humaines adéquates, expérimentées et bien coordonnées ainsi qu'un financement continu sont indispensables. Dans le cadre d'une approche intégrée fondée sur le principe du développement durable, il y a lieu d'associer de manière appropriée l'aide d'urgence, la gestion de crise, l'aide à la reconstruction et la coopération au développement à long terme ⁶³.

Cette vision d'une approche intégrée et coordonnée a été dans la pratique difficile à appliquer dans les programmes de nutrition. Cela s'explique en partie par une opposition potentielle, au niveau des principes et des objectifs, entre l'action humanitaire et l'action relative au développement⁶⁴, en partie à cause de la volonté (politique) de faire en sorte que cette approche fonctionne, et en partie à cause de la bureaucratie qui rend son application difficile. Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Népal – l'approche de la nutrition dans un contexte transitionnel.

Au bout du compte, les difficultés de l'application cohérente de mesures de lutte contre la sous-nutrition à travers les contextes opérationnels sont moins liées au savoir-faire technique qu'à la nécessité de fixer des priorités et de surmonter les obstacles administratifs et bureaucratiques créés par le système d'aide. Cela est vrai non seulement parce que la nutrition figure rarement parmi les secteurs (de développement) prioritaires dans le soutien des donateurs, mais aussi à cause des différences entre les priorités et critères de financement appliqués dans le contexte des situations d'urgence et dans celui du développement. Ainsi, la transition de l'aide au développement à l'aide humanitaire, et inversement, nécessite un examen attentif de l'évolution du contexte sur le plan de la situation et des besoins (y compris au moyen de systèmes d'alerte précoce, d'informations de surveillance et d'évaluations), des systèmes de coordination et des acteurs concernés (y compris des capacités), ainsi que des possibilités de financement, calendriers et priorités de financement.

63 COM(2007) 643. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions: Vers une réponse de l'UE aux situations de fragilité - s'engager pour le développement durable, la stabilité et la paix dans des environnements difficiles. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0643:FIN:FR:PDF>

64 Alors que les acteurs humanitaires sont guidés par l'impératif humanitaire de sauver des vies et de réagir aux souffrances sans discrimination aucune, les acteurs du développement sont plutôt motivés par la nécessité de maximiser la croissance et le développement en renforçant les capacités nationales, en coopérant étroitement avec les gouvernements nationaux et en aidant les personnes qui ont un potentiel viable par opposition aux plus vulnérables et aux plus nécessiteuses.

Néanmoins, des expériences positives, qui soulignent les liens croissants à travers les contextes opérationnels, en évolution ont également été réalisées. Ainsi, une plus grande attention est accordée à la gestion des risques de catastrophes et à leur réduction au sein de la coopération au développement, tandis que les efforts humanitaires englobent de plus en plus la réalisation d'investissements au niveau des politiques, liés à des perspectives à plus long terme. Un lien solide peut être établi entre les acteurs humanitaires et les acteurs du développement à travers des contextes opérationnels changeants au moyen d'informations fiables et de la mise en œuvre de pratiques de travail visant ce but prenant par exemple la forme d'évaluations conjointes, d'analyses et de suivis conjoints de la situation ainsi que d'efforts de programmation conjoints.

Une vigilance et des analyses constantes sont nécessaires pour garantir l'utilisation optimale des ressources disponibles. La nature des instruments de l'aide nécessaires pour répondre aux besoins nutritionnels prioritaires changera sans doute avec le contexte (et donc les possibilités opérationnelles). Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Mali – la nécessité de surmonter l'opposition entre les secours d'urgence et le développement. Telle est la principale difficulté rencontrée dans les situations de transition. Les analyses précédentes concernant la nécessité d'une approche multisectorielle de la sous-nutrition sont applicables, mais il s'y ajoute le besoin de faire preuve de souplesse dans l'action de manière à intégrer les cadres de l'aide humanitaire et de l'aide au développement.

3.4 Conception des mesures de suivi, d'évaluation et d'apprentissage

L'expérience a montré maintes fois que le suivi des programmes et les efforts pour en tirer des enseignements sont insuffisants; le suivi est envisagé après coup, mal planifié et mal exécuté. Cette remarque s'applique autant à la nutrition qu'à d'autres domaines de programmation. C'est une faille sérieuse, qui doit être corrigée dès le début de la planification des programmes, durant laquelle le suivi à effectuer doit être étudié et négocié avec les homologues du gouvernement pour déterminer les indicateurs à utiliser, la fréquence du recueil des données, les voies hiérarchiques unissant les diverses parties prenantes, la forme des analyses et des rapports requis et les aptitudes et compétences nécessaires. La nécessité d'améliorer ainsi le suivi de la nutrition et les systèmes d'évaluation est encore plus forte en raison de l'attention actuellement accordée aux OMD, et en particulier à l'OMD1, au niveau international.

Le suivi des interventions nutritionnelles, que ce soit dans le contexte d'une urgence ou de l'aide au développement, est un élément essentiel des efforts pour garantir l'efficacité, qu'il s'agisse de sauver des vies ou d'empêcher toute détérioration de la nutrition. Les systèmes de suivi, lorsqu'ils sont efficaces, permettent d'apporter des améliorations aux interventions en temps réel pour atteindre les progrès désirés. Les indicateurs de suivi relatifs à la nutrition couvrent en général les processus, les effets et les impacts ([voir l'annexe 3](#)). L'association de données quantitatives (telles que les estimations de la prévalence de la sous-nutrition) et de données qualitatives (telles que les opinions de groupes cibles sur l'utilité des programmes de protection sociale sensibles à la nutrition) offre une base plus solide pour se faire une meilleure idée de la valeur des interventions et pour évaluer tout changement imprévu (positif ou négatif) suscité. En outre, les évaluations s'appuieront sur les données venant des suivis pour tirer des enseignements d'ensemble concernant les programmes futurs, évaluer l'efficacité des interventions et comparer les coûts des interventions à leur impact. Les évaluations réussies présentent quatre caractéristiques importantes :

- leur but a fait l'objet d'un accord préalable;
- elles permettent de répondre aux questions fondamentales sur le contenu, le lieu, le moment et les raisons;
- elles sont exécutées par une équipe compétente, capable d'obtenir l'avis des groupes cibles à des fins utiles et d'interpréter les données statistiques;
- elles présentent et analysent les résultats et les recommandations sous une forme qui rend leur utilisation probable.

L'efficacité des systèmes de suivi, d'évaluation et d'apprentissage revêt une importance capitale dans le domaine de la nutrition car différents secteurs peuvent contribuer aux changements observés. Chaque secteur doit pouvoir surveiller sa propre contribution aux changements réalisés. On ne dispose notamment d'aucune information indiquant clairement quelles sont les actions en matière de sécurité alimentaire les plus susceptibles d'avoir des avantages pour la nutrition, et des systèmes de suivi et d'évaluation sont donc nécessaires pour tirer des conclusions à cet égard.

Plusieurs problèmes s'opposent à la réalisation de suivis et évaluations efficaces. Le principal concerne la possibilité d'attribuer un changement à un programme spécifique (c'est-à-dire de conclure que le programme a causé le changement). Lorsque des comparaisons sont établies avec des groupes qui n'ont bénéficié d'aucune intervention (ou groupes de contrôle), il est essentiel de sélectionner ceux-ci de manière à pouvoir établir légitimement des comparaisons directes. À ce problème, s'ajoute celui de l'existence et de la qualité des données de référence permettant d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs des projets. La plupart des enquêtes nutritionnelles de grande ampleur menées dans les pays en développement ont été exécutées dans le cadre d'initiatives nationales ou régionales indépendantes des projets. Par ailleurs, un nombre croissant de projets de grande ampleur élaborent leurs propres systèmes de suivi et d'évaluation non standardisés, dans le cadre desquels sont prévues des enquêtes périodiques destinées à contrôler la réalisation des objectifs du projet. Dans les deux cas, l'utilisation de ces données de référence pour attribuer des changements à un projet ou à un programme peut être problématique et mal fondée.

L'efficacité du suivi et de l'évaluation revêt une importance particulière dans les situations d'urgence, qui se caractérisent en général par un manque de standardisation des méthodologies et des indicateurs, l'absence d'une agence chargée d'agir en réponse aux conclusions et un manque de temps pour l'établissement d'informations de référence⁶⁵. Cependant, il existe des lignes directrices pour le suivi et l'évaluation des interventions nutritionnelles (**voir l'annexe 7**). Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Mexique – l'évaluation en temps qu'outil de gestion des programmes.



Sources d'informations complémentaires

- Méthodes d'évaluation pour l'aide extérieure de l'Union européenne. Bureau de coopération EuropeAid, (2006) http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/index_fr.htm
- Bases méthodologiques de l'évaluation, Volume 1.
- Guide pour des évaluations géographiques et thématiques, Volume 2.
- Guide pour les évaluations des projets et de programmes, Volume 3
- Évaluation d'impact des programmes à grande échelle de sécurité alimentaire. Formation en ligne de la FAO en collaboration avec le centre de l'innovation et du développement de l'université et centre de recherche de Wageningen (2010) <http://www.fao.org/spfs/monitoring-evaluation/e-learning/fr/>
- Impact Evaluation in Practice. Paul J. Gertler [et autres] Banque mondiale, 2011. Disponible sous la forme d'un manuel interactif sur le site suivant <http://www.worldbank.org/pdt>
- Monitoring and Evaluation. A Guidebook for Nutrition Project Managers in Developing Countries. Réseau du développement humain, Banque mondiale, sept. 1999 <http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/Tool8-fulltext.pdf>
- OCDE, Comité d'aide au développement (CAD), Evaluating Development Co-operation. Summary of Key Norms and standards <http://www.aideeffectiveness.org/media/k2/attachments/41612905.pdf>
- Monitoring and evaluation of nutrition and nutrition-related programmes. A training manual for programme managers and implementers. Programme de nutrition appliquée, École des sciences et politiques nutritionnelles de l'université de Nairobi, université Tufts, août 2000 http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/63/m&e_training_manual.pdf
- Projet Sphère, 2011: Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes <http://www.sphereproject.org/>
- A guide to monitoring and evaluating policy influence. ODI Background Notes, février 2011 <http://www.odi.org.uk/resources/download/5252.pdf>

CHAPITRE 4 : LA NUTRITION DANS LES MODALITÉS DE L'AIDE

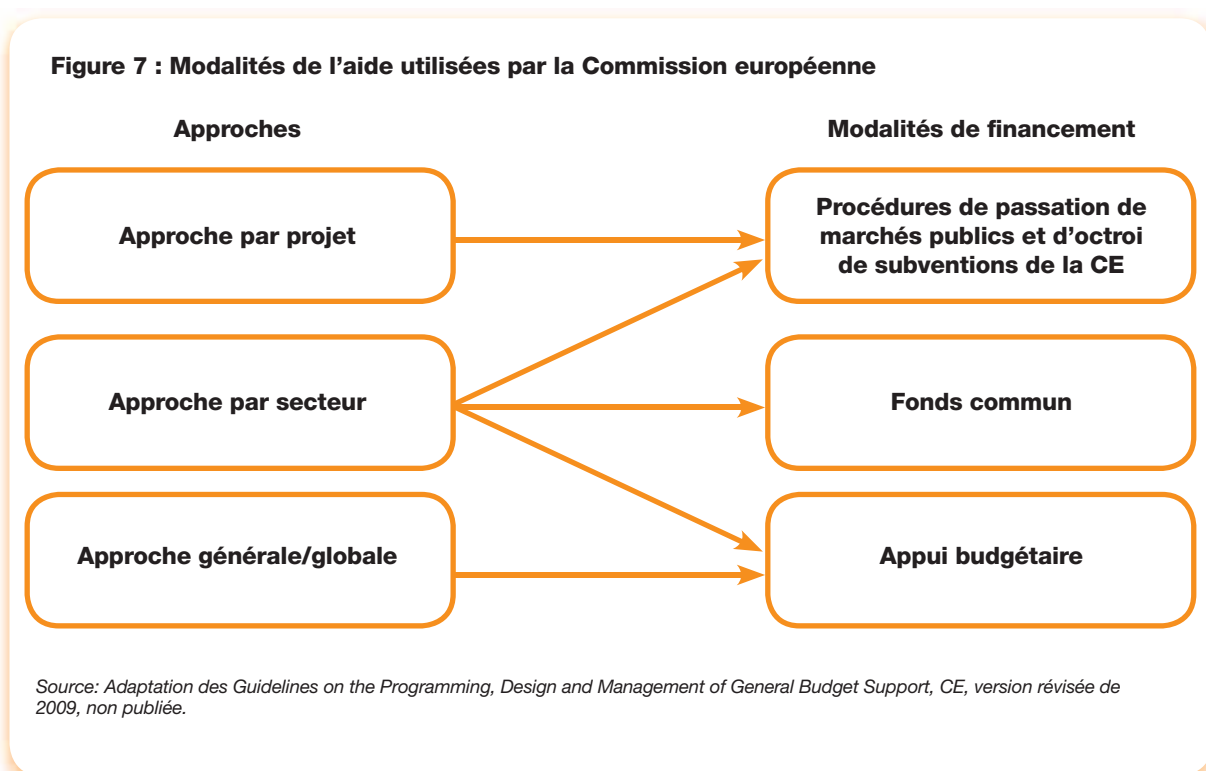


Women selling fruit and vegetables at a street market in Abuja

Author: O. Lehner

Ayant étudié comment intégrer la nutrition à des domaines thématiques et aux stratégies nationales ainsi qu'à celles de donateurs, nous abordons dans le présent chapitre les implications de l'utilisation de différentes méthodes d'acheminement de l'aide. La sélection de la méthode doit être effectuée à la lumière des possibilités de financement institutionnel spécifiques au contexte. Elle conserve pour objectif ultime de soutenir le gouvernement pour l'aider à élaborer et à appliquer une politique ou stratégie nationale sensible à la nutrition.

La figure 7 présente les trois approches souvent utilisées et leurs modalités de financement.



En ce qui concerne les approches par secteur, il existe plusieurs modèles différents de gestion des fonds. L'encadré 14 résume les plus fréquemment utilisés.



Encadré 14 : Terminologie relative aux approches sectorielles

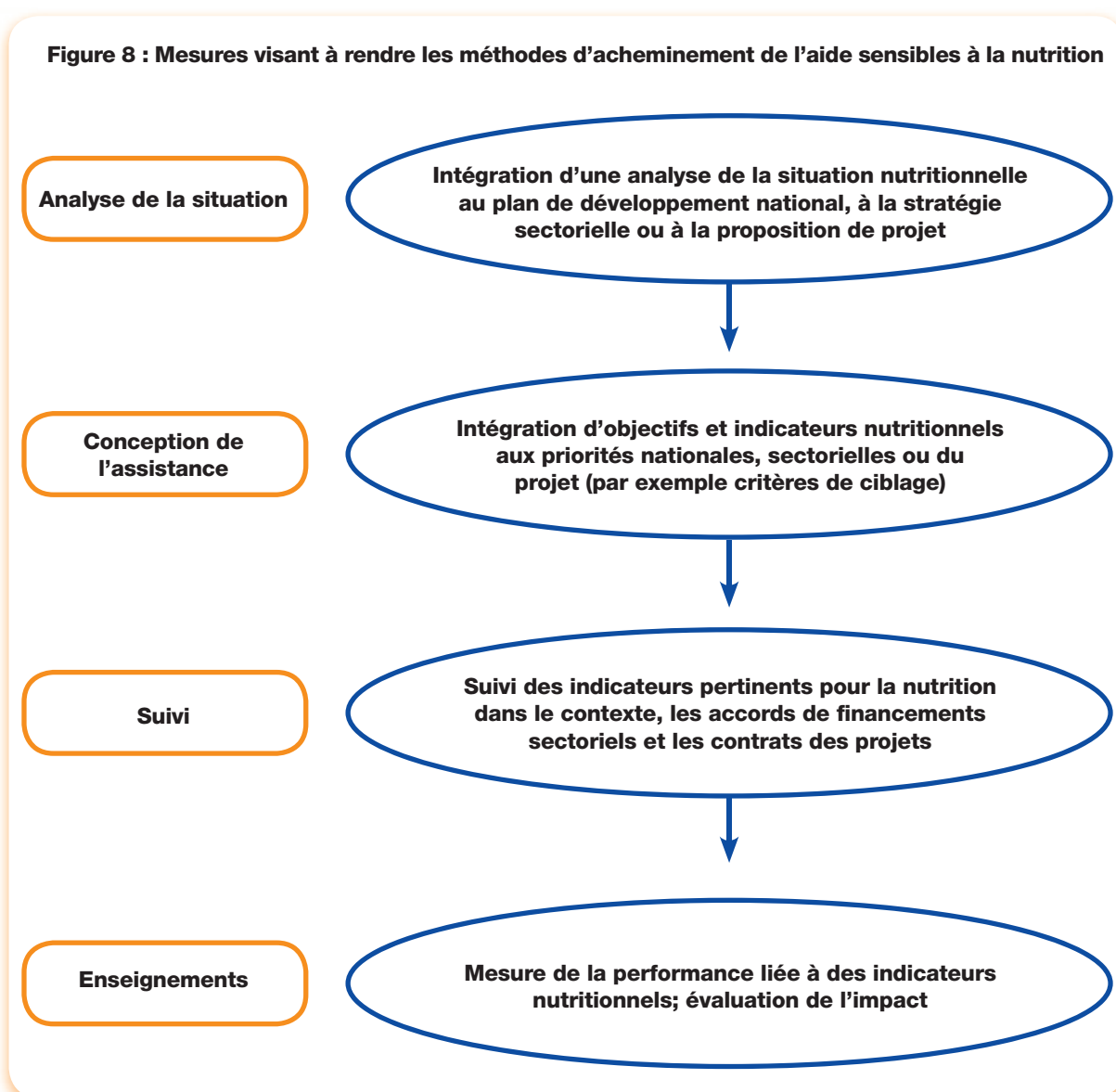
L'approche-programme (PBA) est un moyen d'engager une coopération basée sur le principe d'un soutien coordonné à un programme de développement pris en charge par le pays bénéficiaire. Il peut s'agir d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté, d'un programme sectoriel, d'un programme thématique ou du programme d'une organisation spécifique.

L'approche sectorielle (SWAp) est en général considérée comme une approche par programme appliquée au niveau du secteur. Elle définit tous les financements importants qui soutiennent une politique et un programme de dépenses concernant un secteur unique.

Le programme sectoriel est un programme mis en œuvre par un gouvernement, qui s'appuie sur une politique et une stratégie sectorielles, un budget sectoriel et un cadre de coordination sectoriel. L'instrument d'aide établi par la Commission pour soutenir un programme sectoriel porte le nom de **Programme d'appui aux politiques sectorielles (PAPS)**. L'approche par programme, l'approche sectorielle et le programme d'appui aux politiques sectorielles peuvent être exécutés au moyen d'un soutien par projet, d'un soutien budgétaire sectoriel ou d'un soutien budgétaire général.

Le fonds commun reçoit des contributions d'organismes extérieurs différents et dans certains cas de gouvernements pour financer des lignes budgétaires ou actions éligibles visant à soutenir un programme sectoriel.

Chaque méthode d'acheminement de l'aide offre une nouvelle possibilité d'introduire et d'intégrer des aspects et facteurs relatifs à la nutrition. Les méthodes partagent en général dans leur application plusieurs étapes communes importantes. Celles-ci sont résumées dans la figure 8.



Ce processus sert de toile de fond pour l'examen de mesures et aspects spécifiques qui présentent un intérêt pour différentes méthodes d'acheminement de l'aide. Trois approches sont couvertes dans les deux sections suivantes. La première (4.1) couvre l'approche générale/globale et l'approche sectorielle. Ces deux approches sont examinées ensemble car elles sont toutes deux financées au moyen d'un appui budgétaire. La deuxième (4.2), qui est subdivisée en deux sections, l'une sur les projets de développement et l'autre sur les projets humanitaires, traite de l'approche par projet.

4.1 Contribuer à l'amélioration de la nutrition par les approches générales et sectorielles

Les stratégies nationales des pays partenaires sont en général axées sur la réduction de la pauvreté. Mais pour la réduire, puis l'éliminer, il sera sans doute nécessaire de s'intéresser spécifiquement à la nutrition (voir la section 1.2.2 sur l'impact de la sous-nutrition sur l'économie nationale). Cela doit donc être reconnu dans le dialogue mené au début avec le gouvernement dans le but de décider quelle approche appliquer pour l'aide. Une fois qu'une approche générale ou sectorielle aura été sélectionnée, il faudra réexaminer et développer avec le gouvernement et d'autres parties prenantes certaines des questions examinées durant la phase de programmation.

Ces discussions devraient couvrir la meilleure manière d'intégrer la nutrition aux efforts de réduction de la pauvreté :

- Le gouvernement reconnaît-il le problème de la sous-nutrition? C'est l'obstacle le plus important à surmonter car s'il n'est pas convaincu de son existence, la nutrition risque de ne jouer qu'un rôle accessoire. Il est essentiel de sensibiliser le gouvernement à son importance pour obtenir de sa part un engagement sérieux. Les données prouvant l'ampleur de la sous-nutrition dans le pays, associées peut-être à des modèles économétriques de son impact au niveau national, constituent des aides extrêmement puissantes. Mais de telles analyses sont rares, auquel cas il sera peut-être possible d'utiliser certains des modèles et statistiques présentés dans le chapitre 1.
- Existe-t-il un cadre politique solide, qui bénéficie d'une dotation budgétaire? Sinon, pourrait-il être intégré à l'accord de coopération?
- Des programmes assortis d'objectifs nutritionnels ont-ils été mis en place ou sont-ils prévus? S'ils ne sont même pas prévus, ils pourraient être introduits progressivement au moyen des étapes précédentes pour créer un cadre politique.
- Des indicateurs relatifs à la nutrition figurent-ils dans le cadre d'évaluation de la performance?

Que ce soit dans le cadre d'une approche générale ou sectorielle, l'intervention d'institutions multiples sera sans doute nécessaire pour lutter efficacement contre la sous-nutrition étant donné ses multiples facettes. Dans ce contexte, les conseils suivants pourraient être utiles :

- Il est essentiel de disposer de mécanismes solides de coordination des secteurs et des donateurs. De nombreux acteurs interviendront sans doute (tant au sein du gouvernement qu'en dehors, ce au niveau national et sous-national), et un organisme ou un conseil national institutionnalisé de coordination de la nutrition pourrait être nécessaire.
- Le mandat institutionnel définissant la coordination d'ensemble doit être établi avec soin. Ce rôle pourrait être joué par un ministère central (par exemple finance ou planification), un ministère chargé de responsabilités plus générales ou un bureau de haut niveau extérieur à tout ministère (comme nous l'avons expliqué plus haut).
- De même, la bonne gouvernance dépend fortement d'une action efficace aux niveaux sous-nationaux, en soutien d'initiatives de décentralisation.

Les tableaux 4a et 4b résument les processus et mesures progressives permettant d'intégrer la nutrition aux approches générales/globales et sectorielles. Ils comportent des questions destinées à aider le lecteur à décider comment procéder chaque phase. Toutefois, avant même de commencer la phase 1, il convient préalablement d'intégrer les objectifs et indicateurs nutritionnels à la stratégie ou au cadre national de développement du pays, comme nous l'avons montré au chapitre 3.



Rural women sorting and grading chillies

Author: Anita Deppe

Tableau 4a : Approche générale/globale : mesures relatives à l'intégration de la nutrition

Phases	Actions	Questions directrices
1. Analyse et phase de définition (Identification)	Éligibilité du gouvernement à un appui budgétaire Analyse de la position du gouvernement sur la nutrition Cohérence avec les politiques/stratégies de l'UE et le programme sur l'efficacité de l'aide Problèmes de mise en œuvre Problèmes et état des lieux Risques et suppositions Étapes suivantes, plan de travail et calendrier	Une analyse de la situation nutritionnelle a-t-elle été effectuée? Sinon, pourquoi et serait-il possible d'en prévoir une? Sous quelle forme les politiques/stratégies nationales ou sectorielles font-elles référence à la nutrition? Est-il possible de les renforcer? Quel impact les politiques/stratégies nationales ou sectorielles sont-elles susceptibles d'avoir sur la nutrition maternelle et infantile? Des indicateurs nutritionnels figurent-ils dans la politique et la stratégie nationales? Des indicateurs nutritionnels figurent-ils dans le cadre d'évaluation de la performance (CEP)? Des donateurs alliés s'intéressent-ils à la nutrition? Le gouvernement est-il prêt à coordonner la nutrition à travers différents secteurs? Y a-t-il des lacunes à combler au niveau des capacités (compétences et/ou processus tels que systèmes de suivi de la nutrition)?
2. Conception (Formulation)	Raisons d'être, description du pays Questions de mise en œuvre Document d'appui	Sous quelle forme la nutrition figure-t-elle dans l'analyse contextuelle? Quels indicateurs nutritionnels pourrait-on lier au décaissement? Les indicateurs sont-ils mesurés tous les ans? Le gouvernement supervise-t-il ces indicateurs? Les indicateurs choisis correspondent-ils au contexte national? Des analyses existantes de la sous-nutrition et de la sécurité alimentaire figurent-elles dans la documentation d'appui? Un cadre clairement développé a-t-il été établi pour la recherche d'informations relatives à la nutrition et pour la vérification de leur fiabilité?
3. Mise en œuvre et suivi	Matrice d'indicateurs de performance Cohérence avec les OMD Mesures visant à garantir la qualité des indicateurs de performance	Le gouvernement a-t-il fait des OMD les plus pertinents pour la nutrition (OMD 1, 2, 4 et 5) une priorité? Le gouvernement applique-t-il la cible nutritionnelle de l'OMD 1 (c'est-à-dire réduire de moitié la proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance pondérale)? Pourrait-elle l'être?
4. Évaluation	Évaluation, qui devrait être dirigée par le gouvernement et devrait bénéficier d'un appui budgétaire d'autres donateurs	Le cadre conceptuel relatif à la sous-nutrition offre-t-il des conseils utiles concernant les éléments à évaluer.

Tableau 4b : Approche sectorielle : mesures relatives à l'intégration de la nutrition

Phases	Mesures à prendre	Questions directrices
1. Analyse et phase de définition (Identification)	Évaluation de l'état de l'approche sectorielle ainsi que du consensus et de la volonté concernant l'élaboration d'un programme sectoriel. Évaluation préliminaire de la qualité du programme sectoriel à travers les sept domaines d'évaluation: - la politique et stratégie sectorielle - le budget et ses perspectives à moyen terme - la coordination du secteur et des donateurs - le contexte institutionnel et les questions de capacité - les systèmes de suivi de la performance - le cadre macro-économique - les systèmes de gestion des finances publiques (GFP)	En quoi ce secteur contribuerait-il à l'amélioration de la nutrition? Quelles seraient les implications pour la coordination et le suivi? Le secteur possède-t-il une politique bien formulée qui a des implications pour la nutrition? Celle-ci est-elle liée à l'analyse nationale de la pauvreté? La nutrition est-elle un objectif du secteur ou un indicateur de résultat? Sinon, pourrait-elle l'être? D'autres donateurs seraient-ils favorable à cela? Les questions de nutrition influenceraient-elles les décisions relatives au ciblage (par exemple priorité donnée aux zones fortement atteintes par la sous-nutrition)? Dans quelle mesure les problèmes de nutrition pourraient-ils être traités par un groupe de travail réunissant plusieurs parties prenantes? Renforcement des capacités, solidité du secteur (sur le plan de la disponibilité budgétaire et du personnel spécialisé)? Quelle proportion du budget du secteur serait réservée à l'amélioration de la nutrition? Des indicateurs nutritionnels figurent-ils dans le cadre d'évaluation de la performance? Quelles mesures de coopération et de coordination sont nécessaires à travers différents secteurs (par exemple pour utiliser des informations d'autres sources sectorielles, pour obtenir un soutien technique)?
2. Conception (Formulation)	Préparation d'une proposition de financement	
3. Mise en œuvre et suivi	Inclusion d'un soutien à la politique sectorielle comme contribution au programme sectoriel	Les indicateurs nutritionnels présentant une utilité pour le ou les secteurs choisis pourraient-ils également être compatibles avec la stratégie de réduction de la pauvreté?
4. Évaluation	Évaluation de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficacité, de l'impact et de la durabilité du programme, de sa valeur ajoutée dans la réalisation des objectifs sectoriels et de l'adéquation des modalités d'exécution choisies	Le soutien politique a-t-il entraîné des progrès dans le domaine de la nutrition (par rapport aux objectifs et/ou aux indicateurs convenus)?

**Questions-clés**

Les indicateurs nutritionnels sont-ils spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et limités dans le temps, et sont-ils sous le contrôle du gouvernement? Ils devraient être précis, attribuables, disponibles et non sensibles aux changements dans le temps, mais néanmoins réalisables et réalistes, pour éviter les obstacles au décaissement des tranches de financement liées à des exigences irréalistes.

Indicateurs appropriés pour les approches générales et sectorielles

Que ce soit dans les approches générales ou sectorielles, il faudra réfléchir avec soin aux indicateurs liés à la nutrition à appliquer. Les décisions s'appuieront sur des discussions avec le gouvernement et d'autres parties prenantes, le contexte des informations, les capacités nationales (en matière de recueil et d'analyse des données) et les budgets. **L'annexe 3** présente les indicateurs spécifiques à la nutrition qui ont été utilisés à l'échelon international, tout en fournissant des conseils concernant leur interprétation et leur adéquation pour les différentes méthodes d'acheminement de l'aide. **L'encadré 15** s'appuie sur la liste de l'annexe 3 pour énumérer les indicateurs jugés les plus utiles pour les approches générales et sectorielles. Seuls les indicateurs qui ont une valeur ajoutée spécifique pour la nutrition y figurent et ils sont destinés à compléter les autres indicateurs qui pourraient être inclus dans les approches générales et sectorielles. Ils devraient être tirés des politiques et stratégies nationales et ne devraient pas être imposés. Nous espérons que l'annexe donnera des idées et stimulera un examen attentif de ce qui pourrait être approprié dans un contexte particulier.



Encadré 15 : Indicateurs nutritionnels relatif aux approches générales et sectorielles

Indicateur d'impact :

- prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq (indicateur c de l'OMD 1)
- prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de deux ans
- prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans
- prévalence du petits poids de naissance
- prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer
- prévalence des troubles dus à la carence en iode

Indicateurs de résultat (outcome) :

- diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)
- apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)
- score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)
- taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants
- taux de couverture de la supplémentation en fer/folates durant la grossesse
- couverture du traitement de la malnutrition aiguë sévère

Indicateurs de ressource (input) :

- existence d'une stratégie, d'une politique ou d'un plan d'action national en matière de nutrition
- inclusion d'objectifs nutritionnels dans les politiques ou stratégies nationales appropriées
- inclusion ou place prioritaire de la nutrition dans le cadre national
- gouvernance de la nutrition

Les cibles de performance de chaque indicateur seraient normalement établies tous les ans. Lors de la sélection des indicateurs et de leurs cibles, des efforts devraient être déployés pour éviter les problèmes potentiels tels que l'absence de définitions précises et sans ambiguïté ainsi que le manque de cohérence entre le calendrier de l'accord de financement (lié à l'évaluation de la performance) et celui des processus nationaux (y compris la disponibilité de données) qui pourraient retarder les décaissements ou le manque de comparabilité des indicateurs d'une année à l'autre. Voir, en ligne, l'étude de cas sur la Mauritanie – difficultés de l'intégration d'indicateurs nutritionnels au appui budgétaire.

Les sources de chacun des indicateurs devraient être indiquées clairement et il faudrait dans la mesure du possible s'appuyer sur les données du système statistique national (et éviter les indicateurs ad hoc ou liés au projet). La méthodologie utilisée pour calculer chaque indicateur devrait être décrite clairement, y compris dans le cas des données agrégées, de manière à ce qu'ils puissent être comparés avec fiabilité d'une année à l'autre. La sensibilité de chaque indicateur aux changements de politique devra également être évaluée, de manière à ce que le calendrier du suivi corresponde au temps en principe nécessaire pour la réalisation des améliorations désirées.

Sélection des cibles pour les indicateurs

Un niveau de référence clairement défini sera nécessaire par rapport auquel les progrès pourront par la suite être évalués. Les cibles devraient être tirées des stratégies nationales ou sectorielles et devraient concorder avec les objectifs internationaux (en particulier les OMD 1, 4 et 5);

Les indicateurs composites de gouvernance ([voir l'annexe 3](#)) présentent une utilité pour les objectifs concernant le développement et la réalisation des politiques et stratégies nutritionnelles nationales. Le dosage précis des indicateurs de toutes les options possibles dépendra du contexte.



Pérou : appui budgétaire sectoriel programme nutritionnel péruvien

Politique nationale de développement

En 2002, le gouvernement a décidé, avec les principaux partis politiques et les organisations de la société civile, d'adopter une approche nouvelle, désignée par le nom d'Acuerdo Nacional (accord national), dans le cadre de laquelle les politiques publiques seraient élaborées selon un modèle consensuel. Toutes les parties prenantes concernées se mettraient d'accord sur une vision commune des politiques et participeraient activement à son élaboration. L'Acuerdo Nacional couvre les politiques relatives à la réduction de la pauvreté et à la sécurité alimentaire; il donne la priorité aux populations vulnérables, aux catégories victimes d'une exclusion sociale et aux personnes vivant dans l'extrême pauvreté et s'appuie sur un concept global du développement humain.

Une stratégie intégrée de lutte contre la pauvreté – nommée Crecer (mot qui signifie «croître») – a été élaborée en s'appuyant sur le principe que seule une approche commune, réunissant tous les acteurs concernés et englobant différents types d'intervention, permettrait réellement de réduire la pauvreté. Crecer prévoit en priorité la distribution de fonds aux zones rurales les plus pauvres, qui possèdent les taux de sous-nutrition infantile les plus élevés. L'élément-clé de cette stratégie consiste en des interventions multisectorielles qui associent une exécution gouvernementale centralisée à une mise en œuvre décentralisée au niveau local et régional. La stratégie Crecer comprend plusieurs programmes de lutte contre la pauvreté, portant entre autres sur la santé maternelle et infantile, la nutrition, l'éducation de base et les papiers d'identité.

Le programme nutritionnel péruvien (PAN) est l'un des programmes élaborés dans le cadre de Crecer. La sous-nutrition est considérée comme une cause cruciale de pauvreté et comme une fracture de la cohésion sociale. Le PAN a pour objectif de réduire la sous-nutrition de 25 % (en 2005) à 16 % (en 2011), et en 2009, son budget représentait 269 millions d'euros. La structure logique du PAN, qui suit une chaîne produit-résultat-impact, permet le suivi et la mesure d'indicateurs. À la fin de 2009, la Commission s'est engagée à donner 60,8 millions d'euros pour la mise en œuvre du PAN au moyen d'un appui budgétaire sectoriel (économique et financier) ciblant les trois régions les plus pauvres du Pérou. Au début de 2010, afin d'augmenter la responsabilité de ces gouvernements régionaux, le ministère de l'économie et des finances a signé avec chacun d'entre eux un «appui budgétaire sectoriel», adapté à la gestion des finances publiques locales. Cet accord leur confiait la responsabilité d'appliquer la politique sanitaire au niveau régional. Cette initiative vise à consolider le processus de décentralisation et à augmenter les incitations à réaliser l'objectif de réduction de la sous-nutrition.

Suivi de la performance et critères de décaissement

Les décaissements des montants fixes dépendent d'une évaluation positive de la situation macro-économique, de l'application satisfaisante d'un plan d'action d'amélioration de la gestion des finances publiques et de la réalisation satisfaisante du PAN. Parmi les autres conditions spécifiques incluses figuraient les suivantes: i) amélioration de l'accès du public aux informations concernant les programmes stratégiques et de la transparence de celles-ci; et ii) établissement de cibles annuelles concernant les indicateurs des montants variables. Ceux-ci seront mesurés au moyen d'indicateurs sélectionnés préalablement en accord avec les parties prenantes concernées. Par exemple, le pourcentage d'enfants de moins de 24 mois participant à l'assurance-maladie intégrale et bénéficiant de suppléments alimentaires en fer sera déterminé. La proportion devrait passer de 4,5 % (niveau de référence de 2009) à 59,5 % en 2013.

Pour toute information complémentaire, consulter le site suivant:
http://ec.europa.eu/delegations/peru/eu_peru/tech_financial_cooperation/index_en.htm

Source: étude de cas préparée par les auteurs



Lectures complémentaires

- EC Guidelines on the Programming, Design & Management of General Budget Support, 2009
http://ec.europa.eu/europeaid/how/delivering-aid/budget-support/index_en.htm
- DG ECHO Interim Position on Nutrition in Emergencies, 2010 (document interne)
- Communication: L'assistance alimentaire humanitaire, 2010
http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/Food_Assistance_Comm_fr.pdf
- Communication de l'UE: Le rôle de l'UE dans la santé mondiale, 2010
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0128:FIN:FR:PDF>
- Communication de l'UE: Un cadre stratégique de l'UE pour aider les pays en développement à relever les défis liés à la sécurité alimentaire, 2010
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0127:FIN:FR:PDF>
- Collection Outils et méthodes: Lignes directrices no 2. Appui aux programmes sectoriels Couvrant les trois modalités de financement: appui budgétaire sectoriel, fonds commun et procédures spécifiques de la Commission européenne. EuropeAid, juillet 2007.
http://ec.europa.eu/europeaid/infopoint/publications/europeaid/documents/106aguidelines_support_to_sector_prog_sept07_short_fr.pdf
- Note de cadrage de la Commission: Social Transfers: an effective approach to fight food insecurity and extreme poverty, 2010
http://ec.europa.eu/europeaid/infopoint/publications/europeaid/186a_socialtransfer_fr.htm
- Note de cadrage de la Commission: Améliorer la contribution de la CE à la lutte contre la malnutrition maternelle et infantile ainsi que ses causes, 2009
http://ec.europa.eu/europeaid/infopoint/publications/europeaid/137a_fr.htm

Questions-clés

- Le projet peut-il avoir des avantages pour la nutrition?
- Quel est le problème de dénutrition, quelles sont les populations les plus touchées, où et pourquoi?
- Quelles mesures ont déjà été prises pour lutter contre elle et par qui?
- L'action que vous prévoyez touche-t-elle les populations qui suscitent le plus d'inquiétudes (les moins de 2 ans et les femmes enceintes), directement ou indirectement?
- Vos actions risquent-elles de causer des dommages involontaires?
- Quelles mesures peuvent être prises pour renforcer les éléments nutrition?
 - actions relatives à la nutrition (par exemple supplémentation en vitamine A)?
 - choix de l'intervention (diversification de l'agriculture,...)?
 - options du projet, liens à d'autres actions?

**4.2 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets**

Un projet est une série d'activités qui visent à atteindre des objectifs clairement spécifiés dans des délais et avec un budget prédéterminés.

4.2.1 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets de développement

Les stratégies et actions visant à améliorer la nutrition doivent être élaborées en tenant compte des besoins, des ressources et des circonstances du pays concerné ainsi que des objectifs du projet de développement.

Le tableau 5 résume les étapes à suivre dans l'élaboration du soutien de projets. Chaque phase est accompagnée de questions visant à stimuler la réflexion sur la manière d'intégrer la nutrition aux projets.

Tableau 5 : Mesures visant à intégrer des aspects nutritionnels lors de la préparation du soutien à un projet

Phases	Actions	Questions directrices
1. Analyse et phase de définition (Identification)	Évaluation du contexte de la nutrition Examen des propositions Accord avec le gouvernement et les parties prenantes concernées sur l'adéquation des actions proposées Évaluation des capacités et ressources propres des partenaires Évaluation préliminaire de la modalité de financement qui conviendrait le mieux Préparation et commande d'une mission d'évaluation Mise en place d'un mécanisme interne de contrôle de la qualité, par exemple assurance qualité au niveau du pays	La nutrition est-elle une question prioritaire? A-t-elle besoin de l'être? Quelles sont les populations les plus touchées par la sous-nutrition? Dans quelle zone? Quelles sont les causes probables (cf. cadre conceptuel). Tendance: comment la situation nutritionnelle a-t-elle évolué dans le temps? Quelles sont les compétences et l'expérience démontrées des partenaires concernant la nutrition? Y a-t-il une coordination de la nutrition au niveau du gouvernement et parmi les parties prenantes? Y a-t-il une analyse partagée du problème? Y a-t-il un accord concernant la nécessité de prendre des mesures en matière de nutrition?
2. Conception (Formulation)	Description détaillée du projet (analyse de la situation, description du projet, dispositions de gestion, faisabilité et durabilité) Préparation et conclusion de l'accord de financement	Des objectifs nutritionnels sont-ils intégrés à la conception et à la matrice de planification du projet? Quelles sont les actions nécessaires pour faire en sorte que des liens soient établis avec d'autres secteurs pertinents pour la nutrition?
3. Contrat avec les partenaires chargés de la réalisation	Description du projet y compris livrables et exigences en matière de suivi et de comptes rendus spécifiques. Préparation et conclusion de l'accord de financement avec le gouvernement, l'organisation internationale ou la société civile	Y a-t-il une cohérence entre les objectifs et indicateurs relatifs à la nutrition définis dans l'accord financier, les objectifs et impacts nutritionnels et les indicateurs définis par le partenaire chargé de la réalisation?
4. Mise en œuvre et suivi	Fourniture en temps utile d'un soutien financier, administratif et technique pour le suivi de la réalisation du projet et pour veiller à ce que des comptes appropriés puissent être rendus concernant les ressources utilisées et les résultats obtenus, ainsi que pour déterminer les enseignements à tirer de la mise en œuvre	Des indicateurs nutritionnels ont-ils été définis d'un commun accord et sont-ils appropriés? Comment seront obtenues les données sur ces indicateurs? Couverture géographique? Échéancier?
5. Évaluation	Évaluation avec le gouvernement et les partenaires de la pertinence, de l'efficacité, de l'impact et de la durabilité du programme ainsi que de l'adéquation des modalités de mise en œuvre choisies Veiller à ce que des suites soient données aux conclusions de l'évaluation et aux enseignements transférables et à ce qu'ils soient pris en considération lors de l'élaboration et de la programmation de politiques futures.	Le projet a-t-il eu des effets/impacts en ce qui concerne la nutrition (conformément à l'objectif et/ou aux indicateurs)?

Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Bangladesh – projet relatif aux moyens de subsistance axé sur la nutrition, et l'étude de cas sur le Mali concernant les liens entre les secours d'urgence, la réhabilitation et le développement.



Lectures complémentaires

- Méthodes de l'aide: Volume 1. Lignes directrices gestion du cycle de projet. EuropeAid, mars 2004.
http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/publications/manuals-tools/t101_fr.htm

Les indicateurs relatifs aux projets de développement dépendront du contexte, du secteur choisi et du calendrier, et pourraient donc être sélectionnés parmi un large éventail d'options. Pour cette raison, aucun n'est indiqué ici. Veuillez consulter les indicateurs spécifiques à des secteurs figurant dans le chapitre 2 et l'annexe 3.

4.2.2 Contribuer à l'amélioration de la nutrition via des projets humanitaires

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des situations de développement, les réponses d'urgence mettent souvent fortement l'accent sur la sous-nutrition. La difficulté consiste donc non pas à intégrer la nutrition mais à gérer les mesures, à agir suite aux résultats et à démontrer plus systématiquement l'impact de l'action (**voir l'encadré 16**). En outre, dans les situations d'urgence, les problèmes nutritionnels s'ajoutent souvent à une sous-nutrition préexistante, en particulier des retards de croissance, qui fait rarement l'objet de mesures prioritaires. Les situations d'urgence offrent ainsi la possibilité de commencer à s'attaquer aux causes sous-jacentes dans le but de réaliser des améliorations à long terme (voir, en ligne, l'étude de cas sur le Myanmar concernant la relactation dans les situations d'urgence, ainsi que celle susmentionnée sur le Zimbabwe concernant la promotion de l'allaitement).

Encadré 16 : Problèmes clés concernant la nutrition dans une action humanitaire*



Les **situations d'urgence** ou **crises humanitaires** sont des événements qui menacent gravement la santé, la sécurité ou le bien-être d'une population importante. La définition d'une situation d'urgence est basée sur une combinaison de seuils absolus (ceux de Sphère ou de l'OMS) et d'indicateurs relatifs fixés par rapport à une norme contextuelle. Une crise est provoquée par un danger qui peut être naturel ou anthropique, subit ou lent à se déclarer, et bref ou prolongé.

Il n'existe aucune définition consacrée d'une «urgence nutritionnelle», bien que des tentatives aient été faites pour classer la gravité d'une urgence en utilisant la malnutrition aiguë comme l'un des indicateurs. Même si celle-ci pose de graves problèmes durant les situations d'urgence, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments apparaissent également, provoquant des effets négatifs.

Dans les situations d'urgence, la lutte contre la sous-nutrition nécessite de prendre les mesures suivantes:

- réagir aux indicateurs d'alerte précoce;
- promouvoir une gestion de qualité de la sous-nutrition au moyen de décisions et de mesures fondées sur des données probantes;
- développer une base d'évidences dans les priorités de recherche, y compris des méthodes adaptées au terrain pour l'évaluation de l'impact de l'action;
- veiller à avoir un impact global et significatif sur la sous-nutrition;
- mesurer l'impact par rapport à la nutrition et à la mortalité
- renforcer les capacités nationales;
- garantir un soutien plus constant de la part des acteurs du développement pour la lutte contre la sous-nutrition.

* Extraits du document d'ECHO intitulé *Interim Position on Nutrition (IPN)*, 2010

Bien que le tableau figurant au verso dans la section 4.3.1 puisse également s'appliquer aux projets d'urgence, le tableau 6, ci-dessous, présente les étapes les plus importantes à suivre concernant la nutrition durant les situations d'urgence.

Tableau 6 : Mesures destinées à intégrer la nutrition aux projets des situations d'urgence

Phases	Actions	Questions directrices
1. Analyse et phase de définition (Identification)	Évaluation rapide: observation directe de la population et de l'environnement, entretiens avec des informateurs clés, discussions au sein de groupes de discussion, examen des données pertinentes disponibles (par exemple installations sanitaires), enquêtes rapides Enquêtes: enquêtes sur des échantillons en grappe d'enfants de moins de cinq ans (englobant éventuellement les enfants plus âgés et/ou les femmes) Surveillance de la nutrition: enquêtes à passages répétés, système d'information sur la sécurité alimentaire	Y a-t-il une situation d'urgence nutritionnelle ou un risque qu'elle ne se développe? À combien est estimé le nombre de personnes touchées par la sous-nutrition? Quelle est la prévalence de la sous-nutrition? Quels sont les besoins immédiats? Quelles sont les ressources disponibles sur place et quelles sont les ressources extérieures nécessaires? Y a-t-il des carences en micronutriments (susceptibles de poser des problèmes)? Comment la situation nutritionnelle a-t-elle évolué dans le temps? Que pourrait-il se produire dans l'avenir immédiat?
2. Conception (Formulation)	Déterminer la réponse convenant le mieux pour la situation d'urgence: - malnutrition aiguë modérée et/ou sévère: soutien pour une prise en charge communautaire avec une prise en charge dans un établissement de soins pour les cas présentant des complications; alimentation supplémentaire; - carences en micronutriments: fourniture de vitamines A, de fer etc.; - sous-nutrition liée à une maladie: déparasitage, prévention et traitement précoce des maladies diarrhéiques, vaccination contre la rougeole et prévention/contrôle du paludisme; - eau propre, assainissement et hygiène: amélioration de l'accès à l'eau propre, lavage des mains et mesures d'hygiène de base (par exemple savon); - accès à une alimentation adéquate, saine et nourrissante: transferts d'argent ou coupons; distribution générale d'aliments; alimentation générale des catégories à risque; - systèmes d'informations sur la nutrition (alerte précoce); - renforcement des capacités nationales.	Des informations sur la nutrition sont-elles recueillies régulièrement (y compris des données anthropométriques)? Sinon, conviendrait-il d'intégrer ce recueil à la conception du projet? Y a-t-il, au niveau des capacités (locales/nationales), des lacunes à combler pour gérer la situation de sous-nutrition? Les capacités sont-elles suffisantes pour faire face à des pics saisonniers futurs de sous-nutrition? Quelles sont les mesures de préparation et d'atténuation qui contribueraient à renforcer la capacité des communautés et des structures à résister aux chocs futurs (récurrents)?
3. Mise en œuvre et suivi	Le programme correspond aux problèmes identifiés; les changements qui se produisent dans le contexte général sont suivis en permanence; les informations fournies par les catégories touchées sont prises en considération dans les modifications nécessaires.	Comment le programme réduira-t-il progressivement ses activités ou sera-t-il transféré aux structures nationales?
4. Évaluation	Évaluation des interventions d'urgence sur le plan de la rapidité, de la rentabilité et de l'impact.	Les mesures d'urgence correspondent-elles à la stratégie de développement à long terme du pays? Les mesures sont-elles favorables à des gains à long terme?

Enseignements clés relatifs aux liens entre les secours humanitaires, la réhabilitation et le développement⁶⁶

L'expérience a démontré la nécessité d'augmenter au maximum le soutien intersectoriel durable relatif à la sous-nutrition sur le long terme et de ne pas se contenter de déployer des efforts isolés dans le contexte de l'action humanitaire. Voir, en ligne, l'étude de cas sur le Mali concernant les liens entre les secours d'urgence, la réhabilitation et le développement ainsi que celle susmentionnée sur le Népal.

Parmi les enseignements tirés sur le renforcement de la cohérence et de la complémentarité entre les contextes humanitaires et de développement figurent les suivants :

- mesures visant à encourager un dialogue soutenu sur les politiques et les programmes entre les parties prenantes qui interviennent dans le domaine de la nutrition durant les urgences et dans l'action en matière de développement;
- soutien pour la coopération entre les acteurs humanitaires et les acteurs du développement (par exemple à travers un diagnostic et un suivi - évaluation conjoints), afin d'éviter les lacunes ou les doubles emplois dans l'aide fournie et de favoriser la continuité;
- élaboration de mesures de préparation pour faire le lien entre les situations de développement et d'urgence humanitaire;
- mesures mettant l'accent sur la formation, le renforcement des capacités, la sensibilisation, la mise en place de systèmes d'alerte précoce locaux fiables et de plans de contingence;
- efforts pour garantir le plus de flexibilité possible au sein des instruments à utiliser afin de favoriser une transition aisée entre la prévention, la préparation, les mesures d'urgence et le rétablissement;
- promotion du plaidoyer pour garantir que tous les instruments et tous les acteurs prennent des mesures appropriées pour la nutrition dans les situations d'urgence.

Niger : distribution d'argent dans le contexte d'une crise alimentaire



Tessaoua, dans la région de Maradi, au Niger, a connu une période de grave insécurité alimentaire durant la saison de soudure de 2008. Celle-ci a été déclenchée par l'augmentation mondiale des prix alimentaires et par les problèmes économiques locaux qui ont touché le nord du Nigeria voisin (et qui ont donné lieu à une augmentation du prix des denrées de base). Ces facteurs ont exercé de fortes pressions sur le pouvoir d'achat déjà faible des ménages pauvres de la région.

Un projet pilote de distribution d'argent a été établi pour lutter contre l'insécurité alimentaire et la sous-nutrition qui en a résulté. Il avait pour objectifs spécifiques de compenser la perte saisonnière de pouvoir d'achat, de permettre aux ménages de satisfaire aux besoins de première nécessité (y compris alimentaires), de protéger les moyens de subsistance en empêchant l'appauvrissement des actifs productifs et de contribuer à empêcher la sous-nutrition en s'attaquant à ses causes économiques.

Le projet a ciblé les ménages très pauvres (identifiés au moyen de l'«approche de l'économie des ménages» et du classement par richesse) dans les zones en proie à une grave insécurité alimentaire déclarées telles par le gouvernement. Environ 90 euros par mois ont été distribués à 1 500 ménages (environ un tiers de la population) durant une période de trois mois. Ces fonds ont été remis aux femmes à condition qu'elles assistent à des séances de sensibilisation à la nutrition et participent à des activités communautaires de santé publique.

Le projet a été réalisé par Save the Children UK, en partenariat avec le comité sous-régional de prévention et de gestion de la crise alimentaire (CSR/PGCA) de Tessaoua. Il a été financé par ECHO. Le suivi portait sur un échantillon de 100 ménages bénéficiaires et incluait la mesure anthropométrique des enfants de moins de cinq ans.

Résultats:

- amélioration significative de la consommation alimentaire, tant sur le plan de la quantité (énergie) que de la qualité (grâce à une augmentation des achats de produits laitiers, d'huile et de viande, qui fournissent des protéines et micronutriments essentiels);
- après la première distribution d'argent, augmentation du pourcentage de ménages qui étaient en mesure d'ajouter du lait à la bouillie à base de mil habituellement donnée aux enfants (en particulier durant le sevrage), de 50 % avant le projet à 80 %;
- amélioration de l'état nutritionnel (mesuré au moyen du rapport poids/taille) des enfants de moins de cinq ans dans les ménages bénéficiaires à la suite de la première distribution d'argent. Il s'est aggravé entre la deuxième et la troisième, période qui a coïncidé avec l'augmentation saisonnière des cas de paludisme et de diarrhée;
- malgré une amélioration substantielle de la consommation alimentaire des ménages, persistance des carences en micronutriments, en particulier de ceux qui proviennent des produits animaux. Ceux-ci coûtent cher et sont donc consommés en petites quantités et seulement rarement. D'autres mesures sont nécessaires pour compenser le manque de micronutriments: soit en augmentant le montant des distributions d'argent, soit en envisageant les suppléments en micronutriments, ce qui pourrait être moins coûteux à court terme.

Ces résultats indiquent que les distributions d'argent offrent la possibilité d'améliorer les régimes alimentaires et de réduire la malnutrition aiguë. En tant que telles, elles devraient donc être envisagées dans un ensemble de mesures visant à lutter contre la sous-nutrition, en particulier à côté d'autres mesures destinées à augmenter l'accès aux micronutriments (par exemple la supplémentation) et à réduire l'impact nutritionnel des maladies. L'avantage nutritionnel potentiel des distributions d'argent a plus de chances de se faire sentir si la nutrition figure parmi les objectifs explicites et si des mesures sont prises également contre d'autres déterminants non économiques de la sous-nutrition.

Voir également l'étude de cas sur le Kenya dans le chapitre 2.

Un grand nombre des indicateurs spécifiques à des secteurs figurant dans le chapitre 2 s'appliquent également aux situations d'urgence. Le manuel Sphère (édition de 2011) présente un ensemble exhaustif d'indicateurs défini d'un commun accord, qui englobe la nutrition, la sécurité alimentaire, la santé, l'eau et l'assainissement ainsi que l'hébergement et qui devraient être intégrés aux systèmes de surveillance des situations d'urgence. L'encadré 17 souligne ceux qui sont les plus utiles pour une évaluation d'ensemble de la situation.



Encadré 17 : Indicateurs nutritionnels clés relatifs dans les situations d'urgence

- Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence du faible Périmètre Brachial chez les enfants de 6 à 59 mois
- Prévalence de la malnutrition aiguë sévère (y compris œdème) chez les enfants de moins de cinq ans
- Prévalence du bas IMC chez les femmes en âge de procréer
- Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
- Initiation précoce de l'allaitement maternel



Lectures complémentaires

- Sphère, 2011: The Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response
<http://www.sphereproject.org/>
- OMS, 2009: Child Growth Standards
http://www.who.int/childgrowth/publications/technical_report_velocity/en/index.html
- OMS, 2000: Manual on the management of nutrition in major emergencies
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf>
- ECHO, 2010: Interim Position on Nutrition (document interne)
- ECHO, 2010: Food Assistance Policy
http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/Food_Assistance_Comm_fr.pdf
- The Global Nutrition Cluster: The Harmonised Training Package
<http://oneresponse.info/GlobalClusters/Nutrition/Pages/Harmonized%20Training%20Package.aspx>
- PAM, 2003; Food and nutrition needs in emergencies
http://www.who.int/nutrition/publications/en/nut_needs_emergencies_text.pdf
- Save the Children, emergency health and nutrition toolkit,
http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6206891/k.306B/Emergency_Health_and_Nutrition.htm
- Good Humanitarian Donorship Principles, 2003
<http://www.goodhumanitariandonorship.org/gns/principles-good-practice-ghd/overview.aspx>
- Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire, IPC.
http://www.ipcinfo.org/index_fr.php
- Emergency Nutrition Network
<http://www.enonline.net/>

ANNEXES



Woman feeding her baby

Author: Assunta Testa, FONSAN/PRESANCA Evaluator

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

Alimentation artificielle : fait de donner aux enfants de moins de 6 mois un substitut de lait maternel.

Alimentation complémentaire : processus débutant lorsque le lait maternel ou le lait en poudre ne suffit plus pour répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons et que, par conséquent, d'autres aliments et liquides sont nécessaires, en plus du lait maternel ou du substitut de lait maternel. La tranche d'âge cible pour l'alimentation complémentaire est généralement de 6 à 23 mois d'âge.

Aliment composé : mélange enrichi précuit de céréales et d'autres ingrédients tels que les légumes secs, le lait écrémé en poudre et l'huile végétale. Les aliments composés sont en général destinés aux jeunes enfants, car ils contiennent des micronutriments essentiels et sont en outre fortement énergétiques.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : décrit les pratiques d'alimentation des nourrissons (de moins de 12 mois) et des jeunes enfants (de 12 à 23 mois).

Allaitement maternel exclusif : pratique consistant à alimenter le nourrisson uniquement avec le lait maternel sans donner d'autres liquides ou solides. Des gouttes ou sirops de micronutriments ou de médicaments peuvent être administrés.

Anémie : peut être causée par le manque de fer, de folates ou de vitamine B12. Elle est difficile à diagnostiquer avec exactitude à partir de ses signes cliniques, qui englobent la pâleur, la fatigue, les maux de tête et l'essoufflement. L'OMS définit l'anémie chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes comme un taux d'hémoglobine inférieur à 110 g/l, mesuré au niveau de la mer.

Valeurs-seuil permettant de conclure à un problème de santé publique ⁶⁷

Indicateurs	Valeurs-seuil de prévalence permettant de conclure à un problème de santé publique	
Anémie	≤ 4,9	Pas un problème de santé publique
	5,0–19,9	Problème de santé publique léger
	20,0–39,9	Problème de santé publique modéré
	≥ 40,0	Problème de santé publique sévère

Anthropométrie : mensurations du corps humain. Les indices anthropométriques peuvent représenter une mesure unique, telle que le périmètre brachial, ou des combinaisons, tels que le poids et la taille. Ils sont considérés comme des indicateurs représentatifs de l'état nutritionnel.

Approche publique de la nutrition : approche tenant compte du fait que l'état nutritionnel subit l'influence d'un ensemble complexe de facteurs et de tendances, qui tend à englober des voies d'intervention multiples (plutôt qu'une approche unique).

AVCI : année de vie corrigée du facteur invalidité. C'est une estimation des années potentielles de vie en bonne santé (et donc de productivité économique) perdues en raison de troubles de la santé et/ou d'un handicap.

Calorie : mesure de l'énergie, donnée en général en kilocalories (kcal). Peut servir à décrire l'énergie consommée par le corps (dépense d'énergie) ou le contenu énergétique de l'aliment consommé (apport calorique).

⁶⁷ OMS, 2010.

Carence en iode : Voir aussi Goitre et Crétinisme. Une concentration médiane d'iode urinaire inférieure à 100 µg/l, dans une population, indique que l'apport en iode est insuffisant. Cette concentration doit être d'au moins 100 µg/l, et seulement 20 % des valeurs doivent être inférieures à 50 µg/l. Chez les femmes enceintes, l'iode urinaire médian doit être de 150 à 249 µg/l.

Valeurs-seuil permettant de conclure à un problème de santé publique :

Indicateur	Valeurs-seuil de prévalence permettant de conclure à un problème de santé publique	
Carence en iode (concentration médiane de l'IU en µg/l)	< 20 µg/l	Carence sévère
	20–49 µg/l	Carence modérée
	50–99 µg/l	Carence légère
	100–199 µg/l	Concentration optimale
	200–299 µg/l	Risque d'hyperthyroïdie provoqué par l'iode
	≥ 300 µg/l	Risque de conséquences néfastes pour la santé

Référence: OMS, 2008.

Carence en vitamine A (voir également taches de Bitot). Le diagnostic clinique de la carence en vitamine A repose sur l'éventail de troubles oculaires désignés par le terme xérophthalmie, allant d'une légère héméralopie à une nécrose de la cornée. Le diagnostic infra-clinique est fondé sur le taux de rétinol (nom chimique de la vitamine A) dans le plasma ou le sérum. Les taux inférieurs à 0,70 µmol/l sont signe d'une carence en vitamine A infraclinique chez les enfants et les adultes, les taux inférieurs à 0,35 µmol/l dénotent une grave carence en vitamine A.

Valeurs-seuil permettant de conclure à un problème de santé publique :

Indicateur	Valeurs-seuil de prévalence permettant de conclure à un problème de santé publique	
Rétinol du sérum ou du plasma < 0,70 µmol/l chez les enfants d'âge préscolaire	≥ 2 % - < 10 %	léger
	≥ 10 % - < 20 %	modéré
	≥ 20 %	sévère
Héméralopie chez les femmes enceintes	≥ 5 %	modéré

Référence: OMS, 2009 p 8.

Carences en micronutriments : forme de sous-nutrition liée aux vitamines et aux minéraux. Les carences en fer, en iode, en vitamine A et en zinc figurent parmi les dix principales causes de décès par maladie dans les pays en développement. Parmi les autres micronutriments sujets à des carences liées plus spécifiquement aux situations d'urgence, figurent la thiamine, la vitamine B, la niacine et la vitamine C.

Crétinisme : troubles mentaux causés par une carence en iode sévère, subie durant des périodes critiques du développement du cerveau.

Sous-nutrition : englobe les restrictions de la croissance intra-utérine qui aboutissent à un petit poids de naissance, le retard de croissance, l'émaciation et les carences en micronutriments essentiels. La sous-nutrition est causée par une consommation insuffisante, une mauvaise absorption et/ou des troubles de l'assimilation biologique des nutriments.

Sous-nutrition chronique : voir retard de croissance.

Sous-nutrition de l'adulte : la maigreur est évaluée en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC) – c'est-à-dire le poids divisé par le carré de la taille (kg/m²). Les IMC inférieurs à 18,5 dénotent une sous-nutrition modérée, et ceux inférieurs à 16, une sous-nutrition grave. La sous-nutrition chronique de l'adulte joue un rôle important dans l'issue des grossesses : taille inférieure à 145 cm chez les femmes de 15 à 49 ans. Le périmètre brachial (PB) est un autre indicateur de la sous-nutrition des adultes.

Sous-nutrition maternelle : IMC de moins de 18,5 kg/m². La prévalence s'étend de 10 à 19 % dans la plupart des pays. Au-dessus de 20 %, la sous-nutrition maternelle est grave; à 40 %, elle est critique.

Distribution d'argent : forme de transfert social consistant à distribuer de l'argent à des populations cibles. Elle peut être assortie de conditions.

Distribution générale d'aide alimentaire : distribution couvrant l'ensemble d'une population touchée sans cibler de sous-groupes spécifiques.

EDS ou enquêtes démographiques et de santé : enquêtes auprès des ménages, représentatives au niveau national, menées environ tous les cinq ans.

Émaciation (ou «marasme») : terme qui décrit une malnutrition aiguë caractérisée par un poids insuffisant par rapport à la taille (c'est-à-dire < -2 Z-scores du poids-pour-taille médian⁶⁸ conformément aux normes de croissance de l'OMS). L'émaciation sévère est définie comme un poids-pour-taille < -3 Z-scores de la médiane établie dans les normes de l'OMS. Le poids-pour-taille est recommandé pour les évaluations de la nutrition récente, et en particulier pour les évaluations des urgences humanitaires liées à la nutrition.

Enquêtes nutritionnelles : enquêtes menées pour évaluer la gravité et l'étendue de la sous-nutrition dans une zone géographique donnée. Elles peuvent être effectuées de temps en temps ou dans le cadre d'une surveillance régulière.

Enrichissement des aliments : ajout de micronutriments aux aliments durant ou après la transformation.

État nutritionnel : état physiologique d'une personne résultant de l'équilibre entre les besoins nutritionnels, l'apport alimentaire et la capacité du corps à assimiler ces nutriments.

Faim ou sous-alimentation : ce terme est utilisé au niveau de la population pour décrire la situation dans laquelle la prise alimentaire est inférieure aux exigences minimales (fixées typiquement à une moyenne de 2 100 kcal par personne et par jour). La faim est un effet de l'insécurité alimentaire.

Goitre : grossissement de la glande thyroïde, qui devient visible à l'endroit du cou. Peut être signe d'une carence en iode.

IMC – voir sous-nutrition de l'adulte. Les seuils suivants ont été définis :

- IMC < 17,0 indique une maigreur modérée et sévère
- IMC < 18,5 indique une insuffisance pondérale. De 3 à 5 % des adultes d'une population en bonne santé possèdent un IMC < 18,5.
- IMC 18,5–24,9 indique un poids normal
- IMC ≥ 25,0 indique un surpoids
- IMC ≥ 30,0 indique une obésité

Un IMC < 16,0 est lié à une augmentation marquée du risque de mauvaise santé, de mauvaises performances physiques, de léthargie et même de mort; ce seuil constitue donc une limite extrême valable.⁶⁹

Valeurs-seuil permettant de conclure à un problème de santé publique :

Indicateur	Valeurs-seuil de prévalence permettant de conclure à un problème de santé publique	
IMC < 18,5 (insuffisance pondérale)	≥ 5-9 %	Faible prévalence (signe annonciateur, suivi nécessaire)
	10-19 %	Prévalence moyenne (situation moyenne)
	20-39 %	Prévalence élevée (situation grave)
	≥ 40 %	Prévalence très élevée (situation critique)

Incidence : nombre de cas nouveaux survenant durant une période de temps spécifiée.

Indice nutritionnel : indice calculé en rapportant les mesures du corps d'un individu à la valeur attendue d'un individu de la même taille (ou du même âge) d'une population de référence. L'indice «poids-pour-taille» est le plus fréquemment utilisé pour refléter la malnutrition aiguë (émaciation) dans les évaluations nutritionnelles des situations d'urgence.

⁶⁸ Il faut noter que le poids-pour-longueur est utilisé pour les enfants de moins de 85 cm (ce qui signifie que les enfants sont mesurés allongés); le poids-pour-taille est utilisé pour les enfants de 85 cm et plus (ce qui veut dire qu'ils sont mesurés debout).

⁶⁹ OMS, 2010. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Country profile indicators: interpretation guide. http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf.

Insuffisance pondérale : se définit chez les enfants comme un poids < -2 Z-scores du poids-pour-âge médian établi dans les normes de croissance de l'OMS. L'insuffisance pondérale sévère est < -3 Z-scores. Elle englobe les enfants qui ont un poids-pour-taille faible (émaciation) ou une taille-pour-âge insuffisante (retard de croissance). Les tableaux de croissance basés sur le poids-pour-âge sont utilisés pour le suivi de la croissance dans les programmes de santé. Le poids-pour-âge est moins utile dans les situations d'urgence, mais peut jouer le rôle d'indicateur approché (proxy) de la sous-nutrition en l'absence de données sur la malsous-nutrition aiguë.

Kwashiorkor : forme de malnutrition aiguë sévère, caractérisée par un œdème bilatéral. Le déficit pondéral ne s'observe pas toujours dans les cas de kwashiorkor, où l'émaciation est masquée.

Maladies diarrhéiques : maladie qui provoque la diarrhée (selles liquides, avec sang ou non). Les trois maladies les plus dangereuses sont : le choléra, la dysenterie bacillaire et la typhoïde.

Malnutrition : état physique lié à l'utilisation de nutriments par le corps. Il existe deux formes de malnutrition : la sous-nutrition et la surnutrition. Le présent document porte sur la sous-nutrition.

Malnutrition aiguë : se caractérise par l'émaciation, mais englobe aussi le kwashiorkor (œdème nutritionnel). Elle est causée par une perte de poids rapide récente, ou par une incapacité à prendre du poids pendant une brève période (problème important chez les enfants qui grandissent). La malnutrition aiguë peut-être modérée (MAM) ou sévère (MAS). Ensemble, elles sont désignées par le terme «malnutrition aiguë globale» (MAG). La MAM est une émaciation inférieure à -2 z-scores par rapport à la médiane du poids-pour-taille de la population de référence. La MAS est une émaciation inférieure à -3 z-scores accompagnée ou non d'œdème nutritionnel.

MICS ou enquêtes en grappes à indicateurs multiples : initiative de l'Unicef visant à aider les pays à surveiller la situation des enfants et des femmes dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection infantile et du VIH/sida. Ces enquêtes sont menées dans les pays à peu près tous les cinq ans.

Morbidité : prévalence ou incidence des maladies.

Mortalité : exprimée habituellement sous la forme d'un taux au sein d'une population, précisé pour une catégorie spécifique, par exemple les nourrissons, les mères durant ou après la grossesse ou les enfants de moins de cinq ans. Le taux brut de mortalité englobe une population entière.

Moyens de subsistance : capacités, actifs et activités nécessaires pour subsister. Les ménages ont des capacités et actifs différents et adoptent des stratégies et activités différentes pour protéger leurs moyens de subsistance.

Nutrition : science de la manière dont les nutriments et d'autres substances contenus dans les aliments agissent et interagissent par rapport à la santé et à la maladie. La nutrition concerne également les processus au moyen desquels le corps ingère, assimile, transporte, utilise et excrète les substances alimentaires.⁷⁰

OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim. La troisième cible spécifique prévoit la réduction de moitié de la proportion des individus souffrant de la faim. Ses indicateurs concernent la prévalence des enfants de moins de cinq ans atteints d'une insuffisance pondérale et la proportion de la population dont la consommation énergétique est au dessous du niveau minimal.

PB ou périmètre brachial : mesure anthropométrique utilisée pour évaluer l'état nutritionnel des enfants ou des adultes.

Percentile : classement d'un individu dans une distribution de référence donnée, présenté sous la forme du pourcentage du groupe que l'individu atteint ou dépasse.

Population de référence : population déterminée à partir d'enquêtes sur des enfants sains dont les mensurations représentent une référence internationale pour l'interprétation du statut anthropométrique d'un individu.

Prévalence : pourcentage d'une population qui présente une caractéristique ou souffre d'un trouble particulier (comme la sous-nutrition) à un moment particulier.

Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (CMAM) : méthode rentable et efficace de traitement des cas sévères (et modérés) de malnutrition aiguë au moyen d'aliments prêts à l'emploi. L'hospitalisation est nécessaire pour les cas présentant des complications médicales; autrement, les enfants (et les adultes) dénutris reçoivent une aide par l'intermédiaire de systèmes communautaires.

Programmes d'alimentation sélective : englobent les programmes d'alimentation supplémentaire ou thérapeutique.

Retard de croissance : décrit la sous-nutrition chronique caractérisée par une taille insuffisante pour l'âge (dénnoté par des z-scores <-2 de la taille-pour-âge médiane conformément aux normes de croissance de l'enfant de l'OMS). Le temps nécessaire pour qu'un effet se fasse sentir sur le rapport taille-âge rend la mesure du retard de croissance plus utile pour la planification à long terme et l'élaboration des politiques, que pour les situations d'urgence. Les retards de croissance sévères sont définis comme un indice taille-pour-âge <- 3 Z-scores au dessous de la médiane de la population de référence internationale.

Sécurité alimentaire : décrivant la situation dans laquelle les individus bénéficient d'un accès physique et économique à des aliments suffisants, sûrs, nourrissants et acceptables sur le plan culturel pour satisfaire à leurs besoins alimentaires à tout moment.

Sécurité nutritionnelle 71 : effet direct d'une bonne santé, d'un environnement sain, de bonnes pratiques de soins et d'une sécurité alimentaire au niveau des ménages. Une famille (ou un pays) peut jouir d'une sécurité alimentaire sans que tous ses membres (ou habitants) en bénéficient. La sécurité alimentaire est donc souvent une condition nécessaire mais insuffisante de la sécurité nutritionnelle.

Seuil : fait référence soit à l'état nutritionnel d'un individu soit à la prévalence de la sous-nutrition dans un groupe de la population. Le seuil au dessous duquel l'état nutritionnel est associé à une mortalité excessive varie sans doute selon l'environnement. Les seuils suivants sont des valeurs limites bien établies :

Indicateur	Valeurs-seuil de prévalence permettant de conclure à un problème de santé publique	
Insuffisance pondérale	< 10 %:	faible prévalence
	10-19 %:	prévalence moyenne
	20-29 %:	forte prévalence
	≥ 30 %:	très forte prévalence
Retard de croissance	< 20 %:	faible prévalence
	20-29 %:	prévalence moyenne
	30-39 %:	forte prévalence
	≥ 40 %:	très forte prévalence
Émaciation	< 5 %:	acceptable
	5-9 %:	mauvaise
	10-14 %:	grave
	≥ 15 %:	critique

Référence: OMS, 1995 p. 208 et 212.

Situation d'urgence ou crise humanitaire : situation nécessitant une assistance humanitaire, dans laquelle la santé, la sécurité ou le bien-être d'un groupe nombreux de personnes sont menacés. Les crises ont des causes naturelles ou anthropiques, se déclarent subitement ou lentement et durent plus ou moins longtemps.

Soins thérapeutiques communautaires (STC) : soins consistant à soigner le plus grand nombre de cas possibles de malnutrition aiguë sévère sans symptômes cliniques en ambulatoire, au moyen d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

Statut anthropométrique : mensurations d'un individu par rapport à des valeurs de référence.

71 Gross, R. et autres. (1998): *Community Nutrition: Definition and Approaches. Encyclopaedia of human nutrition*. Réd. M. Sadler, S. Strain et B. Caballero. Londres.

Suivi de la croissance : mesure de la croissance d'un enfant (poids-pour-âge) et inscription des résultats sur une fiche «Chemin de la santé». Cette représentation visuelle de la croissance de l'enfant sert alors de point de départ à un dialogue avec sa mère ou la personne qui s'en occupe [d'où l'utilisation du terme Suivi et promotion de la croissance (SPC)].

Supplémentation : fourniture de nutriments supplémentaires (micronutriments ou énergie/protéines) sous la forme d'aliments, de comprimés, de capsules, de sirops ou de poudres.

Surveillance nutritionnelle : processus consistant à recueillir régulièrement des informations sur la nutrition pour surveiller la situation. Ces informations sont prises en compte dans les décisions concernant les actions ou les politiques qui auront une incidence sur la nutrition.

Système d'alerte précoce : système d'information conçu pour surveiller les indicateurs susceptibles d'annoncer une pénurie alimentaire ou une famine.

Taches de Bitot : plaques triangulaires de kératine accumulée sur la conjonctive de l'œil. Elles représentent l'un des premiers signes d'une carence en vitamine A.

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TM<5) : probabilité pour un enfant de décéder avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Le TM<5 est à strictement parler non pas un taux (c'est-à-dire le nombre de décès divisé par le nombre d'individus d'une population) mais une probabilité de décès calculée à partir d'une table de mortalité et exprimée sous la forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile : nombre de décès de nourrissons (de moins de 12 mois) pour 1 000 naissances vivantes dans une population donnée.

Taux de mortalité maternelle : rapport entre le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Il est utilisé pour mesurer la qualité d'un système de santé. L'OMS définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Vulnérabilité : caractéristiques d'une personne ou d'un groupe liées à sa capacité à prévoir l'impact d'un danger naturel ou anthropique, à y faire face, à y résister et à s'en remettre. La vulnérabilité à la sous-nutrition dépend des dangers de perte d'accès à la nourriture, de soins nutritionnels appropriés, ou d'une incapacité à assimiler physiologiquement les aliments disponibles en raison d'une infection ou d'une autre maladie.

Z-score (ou score d'écart-type) : écart entre la valeur relative d'un individu et la valeur médiane de la population de référence divisé par l'écart-type de la référence.

ANNEXE 2 : PAYS LES PLUS TOUCHÉS PAR LA SOUS-NUTRITION

36 pays avec 20 % ou plus de retards de croissance, abritant 90 % du fardeau mondial des enfants atteints d'un retard de croissance ⁷².

32 pays à fardeau élevé plus léger, avec des taux infantiles de retard de croissance ou d'insuffisance pondérale >20 % ⁷³.

	Prévalence des retards de croissance (%)	Progrès vers l'OMD 1 insuffisants ou nuls ⁷⁴	Intégration de la nutrition à la classification (période) du CSLP ⁷⁵	Gouvernance de la nutrition ⁷⁶
Afghanistan	53,6		(2008-2013) moyenne	Faible
Afrique du Sud	30,9	x		
Albanie	26			
Angola	50,8			
Bangladesh	50,5	x	(à partir de 2005) forte	Forte
Bhoutan	48			
Bolivie	22			
Botswana	29			
Burkina Faso	43,1	x	(2004-2006) moyenne	Forte
Burundi	63,1	x	(à partir de 2006) faible	Moyenne
Cambodge	49,1		(2006-2010) moyenne	Faible
Cameroun	35,4	x	(à partir de 2003) faible	Moyenne
Comores	44	x		
Congo	30			
Côte d'Ivoire	31,1	x		
Djibouti	33	x		
Égypte	20,3	x		
Équateur	23			
Érythrée	44	x		
Éthiopie	57,4	x	(à partir de 2002) moyenne	Moyenne
Gambie	28	x		
Ghana	35,6		(2006-2009) faible	Faible
Guatemala	59,9			
Guinée	40	x		
Guinée équatoriale	43			
Guinée-Bissau	47			
Haïti	29	x		
Honduras	29			
Inde	51	x		
Indonésie	45,3			
Irak	28,3	x		

⁷² Black et autres, 2008. Lancet Series.

⁷³ Banque mondiale, 2006. Renforcement de la nutrition. Les estimations des retards de croissance concernant les 32 pays sont tirées des chiffres de 2003-2008 présentés dans Unicef, 2009: Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère.

⁷⁴ Unicef 2009. Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère.

⁷⁵ Banque mondiale 2008 Poverty Reduction Strategies. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,menuPK:384207~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:384201,00.html>.

⁷⁶ Cité dans SCN, 2009. SCN News no 37: Landscape Analysis on Countries' Readiness to Accelerate Action on Nutrition <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/scnnews37.pdf>.

	Prévalence des retards de croissance (%)	Progrès vers l'OMD 1 insuffisants ou nuls ⁷⁴	Intégration de la nutrition à la classification (période) du CSLP ⁷⁵	Gouvernance de la nutrition ⁷⁶
Kenya	35,8	x	(2003-2007) faible	Faible
Lesotho	42	x		
Liberia	39	x		
Madagascar	55,5	x	(2007-2012) faible	Moyenne
Malawi	54,6	x	(2006-2011) forte	Forte
Maldives	32			
Mali	42,7	x	(2007-2011) faible	Faible
Mauritanie	32	x		
Mongolie	27			
Mozambique	47		(2006-2009) moyenne	Faible
Myanmar	40,6	x		
Namibie	29	x		
Népal	57,1	x	(2002-2007) faible	Moyenne
Niger	54,2	x	(2008-2012) moyenne	Moyenne
Nigeria	43	x	(2003-2007) faible	Forte
Ouganda	44,8	x	(2004-2008) faible	Forte
Pakistan	41,5	x	(à partir de 2003) faible	Faible
Pérou	31,3			
Philippines	37,8	x		
RDC	44,4	x	(2006-2008) faible	Faible
République centrafricaine	43	x		
Rwanda	51	x		
Sao Tomé-et- Príncipe	29			
Sierra Leone	36	x		
Somalie	42	x		
Soudan	47,6	x		
Sri Lanka	18			
Swaziland	29			
Tadjikistan	39			
Tanzanie	48,3	x		
Timor-Oriental	54	x		
Togo	27	x		
Turquie	20,5			
Viêt Nam	42,4		(2006-2010) faible	Forte
Yémen	59,3	x	(2003-2005) faible	Faible
Zambie	52,5	x	(2006-2010) moyenne	Moyenne
Zimbabwe	33	x		

ANNEXE 3 : INDICATEURS

Définitions

Les indicateurs sont en général classés de la manière suivante⁷⁷ :

- indicateurs de ressources (inputs) - mesurent les ressources financières, administratives et réglementaires;
- indicateurs de processus – évaluent les moyens ou méthodes permettant d’atteindre les résultats désirés;
- indicateurs de réalisation (output) – mesurent les conséquences immédiates et concrètes des décisions prises et des ressources utilisées;
- indicateurs de résultats (outcome)⁷⁸ – mesurent les résultats en termes d’avantages pour les groupes cibles;
- indicateurs d’impact – mesurent les conséquences à long terme des objectifs atteints.

La liste des indicateurs est présentée dans les deux tableaux ci-dessous :

- indicateurs d’impact nutritionnel, qui peuvent être utiles dans tous les secteurs;
- indicateurs spécifiques à la nutrition de ressources, de réalisation et de résultats présentés par domaines thématiques.

Sources d’informations complémentaires

- Nutrition Landscape Information System – Country Profiles Indicators – Interpretation Guide, OMS, 2010:
http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf
- Indicateurs de nutrition pour le développement, IRD, 2005
<http://www.fao.org/docrep/007/y5773f/y5773f00.htm>
- Enquêtes démographiques et sanitaires:
<http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/dhs/start.cfm>
- Enquêtes en grappes à indicateurs multiples:
http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
- Statistiques sanitaires mondiales, Indicator Compendium, version provisoire, OMS, 2010
http://www.who.int/whosis/indicators/WHIS10_IndicatorCompendium_20100513.pdf
- Indicateurs pour évaluer les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant
Première partie Définitions, OMS et autres, 2008
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/index.html> et
Deuxième partie, Measurement, 2010
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/en/index.html>
- Guidelines for measuring household and individual dietary diversity, FAO, FANTA, 2008
http://www.foodsec.org/fileadmin/user_upload/eufao-fsi4dm/docs/guidelines_MeasuringHousehold.pdf
- Publications (en anglais) relatives à la réduction de la malnutrition en micronutriments (y compris orientations relatives aux indicateurs):
<http://www.who.int/vmnis/publications/en/>
- Assessing countries’ commitment to accelerate nutrition action demonstrated in poverty reduction strategy paper, UNDAF and through nutrition governance, SCN News 37, 2009
<http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/scnnews37.pdf>
- Sphere, 2011: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response.
http://www.sphereproject.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,70/Itemid,203

⁷⁷ CE Lignes directrices Gestion du Cycle de Projet, p140.

⁷⁸ Ainsi, le montant consacré à l’enseignement primaire peut être considéré comme un «input», le nombre d’enseignants formés est alors un «résultat» et le taux de scolarisation, un «objectif» (un effet), tandis que le taux d’alphabétisation constitue un impact.

Tableau 3a : Indicateurs d'impact

Indicateur d'impact	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles
Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont une taille-pour-âge < - 2 Z-scores (retard de croissance sévère < - 3 Z-scores)	Enquêtes nationales (EDS, MICS); enquêtes ponctuelles	Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité au sein d' une population. Bon indicateur de pauvreté. L'attention accrue portée aux enfants de moins de deux ans peut déclencher ou nécessiter la désagrégation des données au-delà des enfants de moins de cinq ans.
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont un poids-pour-âge < - 2 Z-scores (insuffisance pondérale sévère < - 3 Z-scores)	Enquêtes nationales (EDS, MICS, autres); données de suivi de la croissance; enquêtes ponctuelles	Indicateur de l'OMD 1, donc objectif international. Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population. Le poids-pour-âge est non spécifique car il ne fait pas de différence entre le retard de croissance et l'émaciation. Sa nature composite rend son interprétation complexe. Il ne permet pas ainsi de faire de distinction entre les enfants de petite taille et de poids suffisant et les enfants grands et maigres.
Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont un poids-pour-taille < - 2 Z scores (émaciation sévère < - 3 Z-scores)	Enquêtes nationales (EDS, MICS, autres); enquêtes ponctuelles	Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population. Bonne mesure des changements à court terme.
Prévalence de la malnutrition aiguë sévère (y compris œdème) chez les enfants de moins de cinq ans	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont un poids-pour-taille < -3 Z scores et/ou un œdème bilatéral		
Prévalence du faible PB (6 à 59 mois)	Proportion d'enfants de 6 à 59 mois qui ont un PB < 125 mm (sévère: PB<115mm)	Enquêtes nationales; enquêtes ponctuelles	Relativement facile à mesurer; bon indicateur de mortalité.
Prévalence du petit poids de naissance	Proportion de bébés (accouchement simple) dont le poids de naissance est inférieur à 2500 g/haissances vivantes totales	Système d'informations sanitaires national; enquêtes nationales (EDS, MICS, autres); enquêtes ponctuelles	Également indicateur approché (proxy) de l'état nutritionnel maternel (bien que le petit poids de naissance puisse être le résultat d'une naissance prématurée). Le petit poids de naissance est un déterminant de la mortalité et de la morbidité durant l'enfance, et peut avoir un impact à long terme sur la santé de l'adulte. Les données sont souvent incomplètes lorsque les accouchements ont lieu en dehors d'établissements de soins.
Prévalence du bas Indice de masse corporelle chez les femmes en âge de procréer	Proportion de femmes non enceintes avec un IMC < 18,5 kg/m ² (malnutrition sévère: IMC < 16 kg/m ²)	Enquêtes nationales; enquêtes ponctuelles	Indique une carence énergétique chronique. L'état nutritionnel des femmes, s'il est mauvais, peut entraîner une croissance intra-utérine insuffisante et un petit poids de naissance. Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population.
Prévalence du surpoids chez les femmes en âge de procréer	Proportion de femmes non enceintes avec un IMC > 25 kg/m ² (obésité: IMC > 30 kg/m ²)		Le surpoids est un déterminant majeur dans les maladies non transmissibles comme le diabète et les maladies coronariennes. Problème de santé publique majeur croissant dans les pays en développement.

Indicateur d'impact	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles
Prévalence des troubles dus à la carence en iode (TDCI)	Proportion d'enfants de six à douze ans dont le taux d'iode urinaire est inférieur à 100 µg/l (TDCI sévère: < 20 µg/l)	Enquêtes ponctuelles	L'iode urinaire (IU) est le principal indicateur et peut être utilisé dans les échantillons prélevés dans les établissements scolaires. Les estimations des goitres peuvent être utiles mais la prévalence est difficile à interpréter une fois des programmes d'iodation du sel mis en place. Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population.
Prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de deux à cinq ans	Détectée au moyen de signes cliniques regroupés sous le terme xérophtalmie (par exemple héméralopie ou taches de Bitot) ou d'une mesure biochimique: taux de rétinol plasmatique ou sérique inférieur à 0,70 µmol/l (carence sévère < 0,35 µmol/l)	Système d'informations sanitaires national, enquêtes	La mesure du rétinol sérique est coûteuse. Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population.
Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois	Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ou de femmes enceintes dont le taux d'hémoglobine est inférieure à 110 g/l (anémie sévère <100 g/l)	Système d'informations sanitaires national, enquêtes (par ex. MICS)	La mesure du taux d'hémoglobine nécessite de prélever des échantillons sanguins. Voir le glossaire pour les valeurs seuils permettant d'évaluer la sévérité dans une population.
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes			
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre annuel de décès de femmes pour toute cause déterminée ou aggravée par la grossesse ou l'accouchement ou survenus dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour 100 000 naissances vivantes.	Inscription civile avec couverture complète, enquêtes auprès des ménages, recensements, études ponctuelles	Indicateur d'impact « indirect » car l'anémie liée à une carence en fer et la petite taille maternelle interviennent dans un cinquième des décès maternels. Indicateur de l'OMD 5.
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge d'un an pour 100 000 naissances vivantes		Indicateur d'impact « indirect » car plus d'un tiers des décès infantiles sont liés à la sous-nutrition. Indicateur de l'OMD 4.
Taux de mortalité des moins de cinq ans	Probabilité de décès entre la naissance et l'âge de cinq ans pour 100 000 naissances vivantes		

Table 3b : Indicateurs de ressource (input), de réalisation (output) et de résultats (outcome)

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
NUTRITION ET SANTÉ				
Couverture de la supplémentation post-partum en vitamine A	Proportion de femmes qui reçoivent une dose de supplément en vitamine A dans les six semaines qui suivent l'accouchement	Système de notification des établissements de soins	Données pas toujours disponibles	Résultat
Couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois	Proportion d'enfants (6 à 59 mois) qui ont consommé une ou deux doses de supplément en vitamine A dans l'année	Enquêtes nationales (par ex. EDS, MICS); enquêtes ponctuelles	La distribution des suppléments peut avoir lieu durant les campagnes d'immunisation. Dans ce cas, les indicateurs relatifs à l'immunisation et à la vitamine A peuvent se chevaucher.	Résultat
Couverture de la supplémentation en fer/folates des enfants de 6 à 59 mois	Proportion d'enfants (6 à 24 mois ou 6 à 59 mois) qui reçoivent des suppléments en fer/folates			Résultat
Couverture de la supplémentation en fer/folates durant la grossesse	Proportion de femmes qui ont reçu du fer et de l'acide folique durant la grossesse		Indicateur de la stratégie de réduction de l'anémie, données non disponibles dans de nombreux pays	Résultat
Couverture des micronutriments multiples en poudre	Proportion d'enfants qui reçoivent des micronutriments multiples en poudre.			Résultat
Couverture de la supplémentation en zinc thérapeutique avec sels de réhydratation orale (SRO) dans le traitement de la diarrhée	Proportion d'enfants qui ont reçu du zinc dans le cadre d'un traitement contre la diarrhée aiguë		Au moment de la rédaction du présent document, il n'existait pas de données facilement disponibles, ni de normes reconnues à l'échelon international.	Résultat
Couverture de la prise en charge	Proportion d'enfants souffrant d'une malnutrition aiguë sévère bénéficiant d'un traitement (alternative: admis dans un programme de soins)	Enquêtes à couverture ponctuelle	En l'absence de données sur la couverture (nationale), il est possible d'envisager des indicateurs de la capacité de prise en charge.	Résultat
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	Capacité de prise en charge	Système de notification des établissements de soins, systèmes d'information des ONG ou de l'ONU		Réalisation
				Réalisation
				Ressource

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
Personnels de la santé formés à la nutrition	Nombre de séances de formation. Nombre de travailleurs sanitaires formés au cours des six derniers mois.	Programme d'enseignement, cahiers des absences	La formation ne signifie pas la mise en œuvre; elle n'en est qu'une étape requise.	Réalisation
Initiation précoce de l'allaitement maternel	Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois mis au sein dans l'heure qui suit la naissance	Enquêtes nationales (EDS, MICS, autres); enquêtes ponctuelles		Résultat
Enfants ayant été allaités au sein (moins de deux ans)	Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été allaités au sein			Résultat
Allaitement maternel exclusif	Proportion de nourrissons de 0 à 6 mois alimentés exclusivement au lait maternel		Indicateur clé, car l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de la vie d'un enfant est l'un des moyens les plus efficaces de garantir sa santé et sa survie.	Résultat
Poursuite de l'allaitement maternel durant les 12 premiers mois de la vie	Proportion d'enfants de 12 à 15 mois qui ont consommé du lait maternel le jour précédent			Résultat
Introduction adéquate d'aliments complémentaires	Proportion de nourrissons de 6 à 8 mois qui consomment des aliments solides, semi-solides ou mous			Résultat
Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois)	Proportion des enfants allaités au sein ou non qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des aliments dérivés du lait pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein) le nombre minimum de fois* ou plus le jour précédent. * par ex. 2 fois pour les enfants allaités au sein de 6 à 8 mois, 3 fois pour les enfants allaités au sein de 9 à 23 mois		Indicateur approché (proxy) pour l'apport énergétique d'aliments autres que le lait maternel	Résultat
Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments appartenant à au moins 4 groupes d'aliments ou plus le jour précédent		Indicateur approché (proxy) de l'adéquation en nutriments (principalement en micronutriments) du régime alimentaire	Résultat
Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)	Proportion d'enfants allaités au sein, âgés de 6 à 23 mois, ayant reçu au moins la diversification alimentaire minimum et le nombre de repas minimum le jour précédent. Proportion d'enfants non allaités au sein, âgés de 6 à 23 mois ayant reçu au moins 2 fois du lait, la diversification alimentaire minimum (en dehors des aliments lactés) et le nombre minimum de repas le jour précédent.			Résultat
Score de diversité alimentaire individuel (24 à 59 mois)	Les scores de diversité alimentaire se définissent comme le nombre de groupes d'aliments consommés par un individu au cours d'une période de référence (en général 24 heures).	Enquêtes ponctuelles	Le score de diversité alimentaire individuel est un indicateur approché (proxy) d'une alimentation suffisamment riche en nutriments (principalement micronutriments). Si ce score est bas, cela indique une mauvaise diversité alimentaire (le contraire n'est pas garanti)	Résultat
Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)				Résultat

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
Indicateurs sanitaires particulièrement utiles pour la nutrition	Prévalence d'enfants (0 à 59 mois) atteints de diarrhée qui reçoivent une thérapie de réhydratation orale et continuent d'être alimentés	Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints d'une diarrhée qui ont été soignés au moyen de sels de réhydratation orale ou d'une solution appropriée préparée à la maison et ont continué de s'alimenter durant l'épisode diarrhéique.	Enquêtes (EDS, MICS) Système de notification des établissements de soins	Réalisation
	Couverture du déparasitage (12 à 59 mois)	Proportion d'enfants (12 à 59 mois) qui bénéficient d'un déparasitage.		Réalisation
	Couverture de la vaccination contre la rougeole	Proportion d'enfants d'un an qui ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole dans une année donnée.	Également un indicateur approché (proxy) de la performance du système de santé. Indicateur de l'OMD 4	Réalisation
	Couverture des soins prénatals	Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un enfant vivant qui ont bénéficié de soins prénatals: 1) prodigués au moins quatre fois par un prestataire quelconque, 2) prodigués au moins une fois par un travailleur sanitaire qualifié	Indicateur de l'OMD 5	Ressource
	Pesée des nouveau-nés	Proportion de nouveau-nés vivants pesés à la naissance	Indicateur approché (proxy) concernant l'accès à des services de santé maternelle et infantile. Sert de base à l'interprétation de l'indicateur Petit poids de naissance (en effet, si très peu d'enfants sont pesés à la naissance, le petit poids de naissance cesse d'être représentatif). Indicateur de l'OMD 5	Ressource
	Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans une période donnée		Ressource
NUTRITION ET EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE				
Endroit réservé au lavage des mains	Proportion de ménages qui disposent d'un endroit réservé au lavage des mains, où se trouve de l'eau et du savon	Enquêtes auprès des ménages, MICS, EDS, recensements		Ressource
Disponibilité de savon	Proportion de ménages qui disposent de savon à tout endroit du logement			
Utilisation de sources d'eau potable améliorées	Proportion de la population qui utilise des sources améliorées d'eau potable		Indicateur de l'OMD 7	
Utilisation d'installations sanitaires améliorées	Proportion de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées			
Élimination hygiénique des matières fécales des enfants	Proportion d'enfants de 0 à 2 ans dont les (dernières) selles ont été éliminées de manière hygiénique			

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
Utilisation moyenne d'eau pour la boisson, la cuisson et l'hygiène personnelle dans tout ménage d'au moins 15 l par personne et par jour		États des lieux dans les situations d'urgence	Indicateur SPHERE	Ressource
Distance de tout ménage au point d'eau le plus proche de 500 m au plus				
Temps d'attente à une source d'eau inférieur à 30 minutes				
Toutes les personnes touchées boivent l'eau venant d'une source protégée ou épurée de préférence à d'autres sources d'eau facilement disponibles				
Absence de matières fécales dans l'environnement où vivent tous les membres de la communauté touchée				
Conception, construction et situation adéquates des toilettes				
NUTRITION ET ÉDUCATION				
Taux d'alphabétisation des jeunes femmes	Proportion de femmes de 15 à 24 ans qui sont capables de lire une brève déclaration simple sur la vie quotidienne ou qui fréquentent un établissement d'enseignement secondaire ou supérieur	Enquêtes (par ex. MICS, EDS)	Indicateur de l'OMD 2. Indicateur de la fréquentation scolaire et du niveau d'instruction	Réalisation
Taux net (ajusté) de fréquentation du secondaire des filles	Proportion de filles en âge de faire des études secondaires qui fréquentent un établissement du secondaire ou d'un niveau supérieur		Indicateur de la fréquentation scolaire et du niveau d'instruction	
Nutrition dans le programme d'enseignement		Programme d'enseignement		Ressource
NUTRITION ET GENRE				
Taux de fécondité des adolescentes	Nombre annuel de naissances pour les femmes de 15 à 19 ans pour 1000 femmes de cette tranche d'âge	Enquêtes (par ex. MICS, EDS)	Les taux élevés de grossesses précoces sont un indicateur de l'insuffisance des soins prodigués aux femmes. C'est un facteur de risque des petits poids de naissance.	Résultat
Intervalle entre les grossesses	Proportion de naissances qui ont lieu 24 mois ou plus après une autre naissance		Les grossesses rapprochées sont un indicateur d'un manque d'accès au planning familial et d'une prise en charge insuffisante des femmes.	Résultat
Score de diversité alimentaire individuel chez les femmes en âge de procréer		Voir plus haut		Résultat
Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié durant une période donnée	Enquêtes (EDS, MICS) Système de notification des établissements de soins	Indicateur approché (proxy) de l'accès aux services de santé maternelle et infantile. Sert de base à l'interprétation de l'indicateur du petit poids de naissance (autrement dit, si très peu d'enfants sont pesés à la naissance, le petit poids de naissance cesse d'être représentatif). Indicateur de l'OMD 5	Réalisation

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
NUTRITION ET PROTECTION SOCIALE				
Diversification alimentaire minimale (6 à 23 mois)		Voir plus haut		Résultat
Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois)				
Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)				
Score de diversité alimentaire individuel (24 à 59 mois)				
Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)				
Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer (6 à 23 mois)	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments riches ou enrichis de fer conçus spécialement pour les nourissons et les enfants ou enrichis à la maison au moyen d'un produit contenant du fer le jour précédant	Enquêtes nationales (EDS, MICS, autres); Enquêtes ponctuelles		Résultat
Indicateurs supplémentaires relatifs aux ménages présentant une utilité particulière pour la nutrition : indicateurs du pouvoir d'achat des ménages, de l'accès aux aliments, de la capacité à satisfaire les besoins de base et de la proportion des dépenses en nourriture				
NUTRITION, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET AGRICULTURE				
Diversification alimentaire minimale (6 - 23 mois)		Voir plus haut		Résultat
Fréquence minimale des repas (6 à 23 mois)				
Apport alimentaire minimum acceptable (6 à 23 mois)				
Score de diversité alimentaire individuel (24 à 59 mois)				
Score de diversité alimentaire individuel (femmes en âge de procréer)				
Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer (6 à 23 mois)				Résultat
Iodation du sel	Proportion de ménages qui consomment du sel testé à teneur en iode de 15 ppm. (Les mesures de production ou la disponibilité de sel iodé pourraient également être prises en considération selon les besoins).			
Enrichissement des aliments en fer				Résultat
Indicateurs supplémentaires relatifs aux ménages présentant une utilité particulière pour la nutrition : indicateur du pouvoir d'achat des ménages, de l'accès aux aliments et de la proportion des dépenses en nourriture				

Indicateur	Description	Sources	Interprétation : Points forts et points faibles	Type
NUTRITION ET GOUVERNANCE				
Inclusion/place prioritaire de la nutrition dans le cadre national	Indicateur composite 14: reconnaissance de la sous-nutrition en tant que problèmes de développement, utilisation d'informations nutritionnelles pour analyser la pauvreté et soutenir des politiques, stratégies et programmes appropriés.	DSRP ou cadre stratégique national	Voir le système de notation relatif à cet indicateur composite dans les lectures complémentaires, dans WHO Landscape Analysis	Ressource
Gouvernance de la nutrition	Indicateur composite: existence d'un mécanisme intersectoriel relatif à la nutrition, existence d'une stratégie, d'une politique ou d'un plan relatif à la nutrition, et statut etc.	Gouvernement	Voir le système de notation relatif à cet indicateur composite dans les lectures complémentaires, dans WHO Landscape Analysis	Ressource
Objectifs nutritionnels dans les politiques sectorielles et les plans de préparation aux urgences		Politiques relatives à l'agriculture, aux urgences, à l'emploi, etc.		Ressource
Existence de systèmes d'information nutritionnels	Système de surveillance de la nutrition et système d'alerte précoce	Gouvernement		Réalisation
Formation à la nutrition de personnels autres que les personnels de santé		Programme d'enseignement		Réalisation
Surveillance et notification des violations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel			Indicateur SPHERE	
NUTRITION ET DROITS DE L'HOMME				
Droit à l'alimentation	Droit à l'alimentation inclus dans le champ d'action de la commission ou du bureau chargé de la protection des droits de l'homme			Résultat
Mesures de promotion des droits de l'homme et des droits de l'enfant, y compris à l'alimentation, à la santé etc.,				Résultat
Droits de l'emploi	Dispositions relatives à la non-discrimination et à l'égalité des salaires dans la législation et les pratiques relatives à l'emploi			Réalisation
Droits fonciers (par ex. pour les femmes, les groupes marginalisés)				Réalisation
Droits des femmes				Réalisation
Droits à l'eau	Axés en particulier sur les ménages pauvres et les femmes			Réalisation
Droit relatif aux réfugiés et à l'aide humanitaire durant les crises prolongées				Réalisation

ANNEXE 4 : DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ⁷⁹

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

- Adopter une politique, d'allaitement maternel, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique
 - Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

⁷⁹ WHO/Unicef 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services, a joint WHO/Unicef Statement. <http://www.unicef.org/newsline/tensteps.htm>.

ANNEXE 5 : INTERVENTIONS RELATIVES À LA SANTÉ EFFICACES POUR LA NUTRITION ⁸⁰

La liste d'interventions ci-dessous est tirée de la Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition, 2008; de Scaling Up Nutrition – What will it cost? de la Banque mondiale, 2010; et de Scaling Up Nutrition – A framework for Action, 2010, qui a été signé par un éventail de parties prenantes actives dans la nutrition.

	Coût-efficacité ⁸¹ (USD par AVCI évitée)	Estimation du coût ⁸² (USD)
INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION		
Promotion de bonnes pratiques nutritionnelles		
Allaitement maternel	3 – 11	5 – 15 USD/an (incluse dans un programme de nutrition communautaire)
Alimentation complémentaire pour les nourrissons de plus de six mois		
Amélioration des pratiques d'hygiène, y compris lavage des mains	3	
Augmentation de l'apport en vitamines et minéraux		
Suppléments périodiques en vitamine A (6 à 59 mois)	6 – 12	1,2 USD/enfant/an
Suppléments en zinc thérapeutique dans le traitement de la diarrhée	73	1 USD/enfant/an
Micronutriments multiples en poudre (6 à 23 mois)*		1,8 – 3,6 USD/enfant/an
Déparasitage des enfants (pour réduire les pertes en nutriments)		0,25 USD/enfant/an
Suppléments en fer/acide folique pour les femmes enceintes		2 USD/grossesse
Suppléments en iode/capsules d'huile iodée pour les mères		2,16 USD/personne/an
Iodation du sel**	34 – 36	0,05 USD/personne/an
Enrichissement en fer des denrées de base ⁸³ **	66 – 70	0,2 USD/personne/an
Alimentation thérapeutique des enfants dénutris au moyen d'aliments spéciaux		
Prévention/prise en charge de la sous-nutrition modérée (6 à 23 mois)		40 – 80 USD/enfant/an (au moyen d'aliments enrichis)
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au moyen d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi		200 USD/enfant/épisode (prise en charge communautaire)
AUTRES INTERVENTIONS SANTÉ		
Traitement préventif intermittent du paludisme		
Moustiquaires imprégnées d'insecticides	11 (Afrique subsaharienne)	
Réduction de la consommation de tabac ou de la pollution de l'air intérieur		
Clampage retardé du cordon ombilical		
INTERVENTIONS CONNEXES		
Distributions d'argent conditionnelles avec éléments nutritionnels		156 – 432 USD/ménage/an

Noir: indique l'existence de données probantes pour la mise en œuvre dans les pays avec un taux élevé de sous-nutrition

Orange: indique l'existence de données probantes pour la mise en œuvre dans des contextes spécifiques

* ajout à la liste de la Lancet Series

** en partenariat avec d'autres secteurs

Certaines des interventions recommandées dans la Lancet Series ont été omises de la liste car aucune estimation de leur coût n'est disponible (par exemple les suppléments préventifs de zinc, les suppléments maternels en calcium, les suppléments maternels en micronutriments, les suppléments maternels équilibrés en énergie et protéines).

⁸⁰ Unicef 2009, Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère.

⁸¹ DFID, 2010.

⁸² Banque mondiale, 2010.

⁸³ La Lancet Series cite des preuves en faveur de l'application dans des contextes spécifiques, mais la Banque mondiale, 2010, suggère qu'«étant donné la forte prévalence de l'anémie liée à une carence en fer et le faible coût de l'enrichissement fer, une application plus générale est justifiée».

ANNEXE 6 : ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE

Note : *L'italique* dénote les explications/sections à compléter conformément aux circonstances spécifiques.

1. Contexte

Les mesures concernant la nutrition devraient avoir pour point de départ l'exécution d'une analyse de la situation nutritionnelle locale et de ses déterminants, y compris la sécurité alimentaire des ménages, la pauvreté et les questions sociales. Cette analyse devrait former la base des politiques nationales, des cadres législatifs et des stratégies qui font une utilisation optimale des ressources locales. Les orientations politiques et la documentation technique sur les normes internationales déjà établies peuvent faciliter la conception des politiques et le choix de la stratégie de mise en œuvre.

(Donner un bref aperçu du pays, de sa situation sociopolitique actuelle, de la situation nutritionnelle et des mesures prises par le gouvernement et d'autres donateurs dans le domaine de la nutrition).

2. Objectifs

L'analyse de la situation nutritionnelle vise principalement à identifier et à évaluer la situation dans les buts suivants :

- mieux comprendre le problème de la nutrition – les niveaux, les tendances, les personnes les plus touchées, les causes;
- mieux comprendre l'implication du pays dans la nutrition;
- permettre la conception d'une réponse plus adaptée dans le cadre des objectifs/stratégies de coopération;
- fournir aux décideurs du pays partenaires des informations claires sur la situation nutritionnelle et les sensibiliser.

L'analyse de la situation décrit les principaux liens entre la nutrition et la réduction de la pauvreté. Elle contribue à concentrer le dialogue politique et la coopération avec le pays concernant des domaines clés de préoccupation et à sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques.

Elle constitue une source importante d'informations de référence qui pourra servir de base à des discussions, à des justifications et à des priorités d'action et fournir un point de référence par rapport auquel les tendances nutritionnelles futures pourront être comparées, ce qui est essentiel pour évaluer les résultats des mesures prises et permettre l'amélioration des programmes en cours.

3. Résultats

L'analyse de la situation nutritionnelle donne les résultats suivants :

- un bilan des principaux facteurs et tendances nutritionnels :
 - ***nature, tendances, sévérité et distribution des problèmes de la malnutrition maternelle et infantile***
- un bilan des principaux liens entre la nutrition et le développement dans ses multiples dimensions (revenus, consommation, santé, sécurité, vulnérabilité...);
- un bilan de la politique nutritionnelle nationale, des structures et capacités institutionnelles et de la participation de la société civile aux questions de nutrition :
 - ***engagement à résoudre ces problèmes***
 - ***capacité à résoudre ces problèmes***
- une vue d'ensemble de la coopération nationale et internationale passée et en cours dans le domaine de la nutrition.

4. Questions à examiner

4.1 Facteurs et tendances caractérisant la nutrition dans le pays

Ce chapitre analyse l'état et les tendances des principaux aspects de la nutrition dans le pays (voir les lectures complémentaires ci-dessous).

Il sera fait référence, le cas échéant, aux indicateurs nutritionnels qui pourraient être utilisés pour surveiller les changements dans le pays étudié. Dans la mesure où des données sont disponibles, les tendances relatives aux indicateurs des OMD 1,

4 et 5⁸⁴ devraient être fournies; les tendances concernant les indicateurs liés à d'autres problèmes nutritionnels spécifiques du pays peuvent également être fournies, si elles sont disponibles, pour souligner celles qui sont importantes.

Les paragraphes de conclusion devraient résumer les principaux problèmes identifiés (troubles nutritionnels qui suscitent des inquiétudes et leur prévalence, par exemple retard de croissance, émaciation, obésité), décrits sur le plan des situations ou des tendances. Ces informations devraient être organisées conformément aux subdivisions agro-écologiques ainsi qu'aux limites administratives.

Sources d'informations complémentaires

- Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère: une priorité en matière de survie et de développement, UNICEF, 2009
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_51688.html
- Statistiques sanitaires mondiales, OMS,
<http://www.who.int/whosis/whostat/fr/index.html>
- Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), ChildInfo, UNICEF 2009,
http://www.childinfo.org/mortality_igme.html
- Health, Nutrition and Population Statistics, HNP statistics, Banque mondiale 2009,
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTDATASTATISTICSHNP/EXTHNPSTATS/0,,print:Y~isCURL:Y~contentMDK:21187239~menuPK:3342157~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:3237118,00.html>
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTDATASTATISTICSHNP/EXTHNPSTATS/0,,contentMDK:21563582~menuPK:3385544~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:3237118~isCURL:Y,00.html>
- La situation des enfants dans le monde, statistiques UNICEF 2009,
<http://www.unicef.org/french/rightsite/sowc/index.php>



4.2 Principaux problèmes de nutrition du pays et leurs causes

Les principaux problèmes sur le plan de la nutrition et les causes principales de la malnutrition devraient être identifiés en évaluant les trois grands niveaux (immédiat, sous-jacent et fondamental) de l'état nutritionnel au moyen du cadre conceptuel du Lancet (**voir la figure 5**).

Les paragraphes de conclusion devraient exposer les principaux problèmes résultant de la malnutrition (par exemple diminution de la main-d'œuvre active, réduction de la performance scolaire). Les principaux liens entre la nutrition et le développement humain (dans ses dimensions multiples : revenus, consommation, santé, sécurité, vulnérabilité etc.) devraient être soulignés sous la forme d'un modèle causal de la nutrition.

4.3 Politique nutritionnelle nationale, structures institutionnelles et capacités

Une brève description et un examen des points forts et des points faibles des aspects suivants devraient être fournis avec leurs critères d'évaluation, qui sont indiqués ci-dessous à titre d'orientation :

Aspect	Critères d'évaluation
Politiques	Existence de politiques, stratégies et plans d'action nationaux. Mesures importantes prises par le gouvernement pour résoudre les problèmes nutritionnels, et types d'instruments politiques utilisés pour la mise en œuvre. Efficacité dans la réalisation des objectifs.
Institutions chargées de responsabilités dans le domaine de la nutrition	Identité, nombre et qualité des institutions (intervenant dans l'élaboration des politiques, la planification, le suivi et l'application). Niveau de coordination et de décentralisation. Solidité et capacité des différentes institutions. Influence sur d'autres institutions. Pratiques de bonne gouvernance. Capacités, moyens, fonctionnement des services relatifs à la nutrition (santé, agriculture, eau/assainissement, éducation). Principaux instituts, ONG ou autres organisations intervenant dans le programme ou la politique nutritionnel.
Participation du public	Transparence et accès aux informations. Rôle des ONG et de la société civile dans la prise des décisions liées à la nutrition. Réalité de la participation. Participation par les femmes et les groupes en général moins bien représentés.
Services et infrastructures	Services sanitaires et agricoles: nombre, zones, utilité et efficacité. Infrastructures d'assainissement et d'élimination des déchets. Enseignement de la nutrition à l'école (programmes). Mécanismes d'intervention d'urgence.
Système de surveillance de la nutrition	Pertinence des indicateurs sélectionnés (par rapport aux OMD 1, 4 et 5). Mesure des indicateurs: périodicité, responsabilité. Intégration aux indicateurs du développement général.

Cette section devrait examiner brièvement les mesures prises par le gouvernement actuellement et par le passé pour lutter contre la malnutrition. Lorsque des informations sont disponibles, les impacts ou risques potentiels des actions passées ou en cours devraient être identifiés pour le bénéfice des programmes futurs. Les résultats des évaluations et analyses existantes devraient être résumés.

4.4 Intégration des questions de nutrition aux politiques et secteurs principaux

L'évaluation devrait examiner l'intégration des questions de nutrition à l'ensemble de la politique de développement et aux secteurs/domaines qui ont des liens cruciaux avec ces questions et qui pourraient être identifiés comme nécessitant un soutien en tenant compte des options de coopération futures. Cette section devrait examiner si un état des lieux de la nutrition a été effectué pour la stratégie de développement nationale ou la stratégie de réduction de la pauvreté et pour les secteurs présentant un intérêt. La législation et les dispositions et mesures institutionnelles principales du secteur couvrant les questions de nutrition devraient être examinées.

4.5 Mesures prises par le gouvernement face à la malnutrition

S'appuyant sur les résultats de la section 4.3, cette section devrait passer en revue brièvement les mesures prises par le passé et actuellement par le gouvernement pour lutter contre la malnutrition. Lorsque des informations sont disponibles, leur efficacité devrait être évaluée pour le bénéfice des programmes futurs. Les résultats des évaluations/analyses existantes devraient être résumés.

4.6 Interventions des parties prenantes concernant la malnutrition

Cette section devrait analyser les interventions actuelles et passées des donateurs (en particulier des États membres de l'UE, mais d'autres donateurs importants devraient également être inclus) ainsi que l'expérience acquise par eux dans le pays et devrait contenir une liste des projets/programmes récents et prévus qui ciblent la nutrition ou devraient avoir un impact sur elle. Elle devrait évaluer les mécanismes de coordination mis en œuvre entre les donateurs concernant les questions de nutrition.

5. Conclusions et recommandations

La conclusion devrait présenter le plus clairement possible les principaux aspects des facteurs et tendances concernant la nutrition qui caractérisent le pays, y compris les politiques, les contraintes réglementaires et institutionnelles et les enjeux. Ces aspects pourraient être présentés dans une matrice permettant la comparaison des problèmes de nutrition et des principaux secteurs ou politiques.

Des conclusions et recommandations s'appuyant sur une analyse exhaustive des informations disponibles et sur des consultations avec les parties prenantes devraient être formulées sur les mesures optimales que pourraient prendre le gouvernement et les parties prenantes concernant les problèmes de nutrition identifiés, en tenant compte des actions en cours et de toute possibilité de coopération future identifiée préalablement. Ces conclusions et recommandations devraient être prises en compte dans l'analyse de pays, la stratégie d'intervention et peut-être l'identification des secteurs de concentration de la coopération ⁸⁵.

Elles devraient traiter les aspects suivants (mais sans nécessairement s'y limiter) :

- Raisons de prendre en considération la nutrition dans les domaines de coopération, afin d'éliminer les contraintes relatives à la nutrition et de profiter des possibilités qui s'offrent, en fonction des besoins. Parmi les garanties pourraient figurer, par exemple, des propositions relatives au renforcement des institutions et des capacités.
- Recommandations visant à garantir que les problèmes de nutrition soient pris en considération dans la sélection de projets et programmes nouveaux dans différents secteurs de la coopération. Les lacunes en informations qui empêchent de mener à bien ce travail devraient être recensées.
- Possibilités d'une coordination avec d'autres donateurs concernant les questions de nutrition, visant à réaliser des complémentarités et synergies afin d'atteindre de manière plus efficace les objectifs du développement.
- Propositions concernant des indicateurs utiles pour la nutrition à considérer durant la formulation des actions de coopération. Les indicateurs proposés devraient être choisis en tenant compte de la disponibilité des données et de la capacité réelle à suivre leur évolution.

Les différentes recommandations devraient être définies clairement et liées aux problèmes à résoudre ainsi que groupées selon le secteur concerné ou la partie prenante institutionnelle. La priorité relative des recommandations et une indication des obstacles à leur mise en œuvre devraient être données.

6. Plan de travail

Le plan de travail devrait englober les activités suivantes, sans nécessairement s'y limiter :

- Consultation avec les fonctionnaires concernés, les parties prenantes intervenant dans les questions de nutrition, une sélection d'autorités nationales et locales et les acteurs clés nationaux et internationaux de la société civile actifs dans le domaine de la nutrition.
- Analyse des documents et rapports clés, y compris les documents nationaux pertinents; rapports d'évaluation, évaluations existantes (en particulier celles concernant les secteurs de concentration ou potentiels); politiques nutritionnelles ou liées à la nutrition, informations sur le suivi et les indicateurs nutritionnels.
- Visite de terrain aux principaux sites qui suscitent des inquiétudes sur le plan de la nutrition et (si possible) organisation d'un atelier national pour les autorités nationales, les partenaires de développement, les experts et les représentants de la société civile dans le but de définir plus précisément les principaux problèmes de nutrition et de les valider.
- Proposition d'un plan de travail détaillé sur la base du plan de travail résumé et de l'échéancier figurant dans les présents termes de référence.

7. Expertise nécessaire

La mission proposée devrait être menée par une équipe de (deux) experts possédant le profil suivant :

- Niveau I ou II d'expertise – chef d'équipe – possédant au moins 10 ans d'expérience dans la nutrition, y compris ses aspects institutionnels, les politiques internationales, les bilans de la nutrition et l'évaluation rapide d'informations ainsi que l'élaboration de recommandations.
- Niveau II d'expertise avec 10 ans d'expérience dans un domaine nutritionnel complémentaire de celui du chef d'équipe.
- Expérience professionnelle dans le pays ou la région pour au moins un membre de l'équipe.
- Atout : expérience de l'exécution d'analyses nutritionnelles et de la préparation de programmes de développement.
- Avantage : expérience des processus de planification participative et sensibilité à la dimension de genre.

⁸⁵ En tenant compte du fait que d'autres facteurs interviennent dans le choix des secteurs de coopération, y compris les domaines de coopération passés et la «division du travail» entre les partenaires de développement dans le contexte de la déclaration de Paris.

Les experts devraient posséder d'excellentes compétences en ... et ... (Les connaissances en... sont un atout). ... sera la langue de travail et le rapport final doit être rédigé en

8. Rapports

Les résultats de l'étude seront présentés conformément au format indiqué dans la section 10 des présents TDR. Le projet d'analyse de la situation sera remis à (...) en (nombre) exemplaires papier et version électronique (Microsoft Word) au plus tard le (date). Dans les (...) semaines qui suivront, l'organisme contractant communiquera ses observations sur le projet de rapport. Les consultants tiendront compte de ces observations dans la préparation du rapport final (40 pages au maximum, annexes exclues). Le rapport final, rédigé en (langue), sera soumis en (nombre) exemplaires au plus tard le (date).

9. Calendrier (exemple)

	Expert I	Expert II
Analyse documentaire, mise au courant du chef d'équipe leader	5	2
Phase sur le terrain y compris déplacement et éventuel atelier	20	20
Finalisation du rapport	3	2
Bilan de mission à (lieu) – au plus tard le (date)	1	
Rapport final (date)	1	1
Total des jours	30	25

10. Format de rapport concernant une analyse de la situation nutritionnelle

Longueur maximale (annexes exclues) : 45 pages.

Le texte suivant apparaît sur la deuxième de couverture du rapport :

Le présent rapport est financé par (nom de l'autorité contractante) et est présenté par (nom du consultant) pour le/la ... (institution nationale). Il ne reflète pas nécessairement l'opinion de ...

1. Résumé

Présentation claire et succincte des questions principales traitées dans le rapport en suivant l'ordre des titres 2 à 6 donné ci-dessous. Six pages au maximum.

2. Facteurs et tendances nutritionnels caractérisant le pays

3. Principaux problèmes nutritionnels du pays et leurs causes

4. Politiques nutritionnelles, structures institutionnelles et capacités

5. Action du gouvernement concernant la malnutrition

6. Action des parties prenantes concernant la malnutrition

7. Conclusions et recommandations

8. Annexes techniques

- I. Carte nutritionnelle du pays
- II. Liste de référence des documents de politique générale, déclarations et plans d'action relatifs à la nutrition, et autres informations techniques pertinentes

9. Autres annexes

- I. Méthodologie de l'étude/plan de travail de l'étude (1-2 pages)
- II. Itinéraire des consultants (1-2 pages)
- III. Liste des personnes/organisations consultées avec leur affiliation et leurs coordonnées (1-2 pages)
- IV. Liste de la documentation consultée (1-2 pages)
- V. Curriculum vitae des consultants (1 page par personne)
- VI. Termes de référence de l'analyse de la situation nutritionnelle

ANNEXE 7 : TERMES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION DES RESULTATS NUTRITIONNELS DES PROGRAMMES

Note : *L'italique* dénote les explications/sections à compléter conformément aux circonstances spécifiques.

1. Contexte

Décrire l'environnement nutritionnel du pays/de la région, les raisons et objectifs du programme, ses services et activités principaux, les dispositions institutionnelles et le calendrier.

Les objectifs nutritionnels et ceux des programmes relatifs à la nutrition sont trop rarement atteints, en général parce qu'ils reposent sur une analyse insuffisante des causes principales de la sous-nutrition, qu'ils font l'objet d'une supervision et d'une gestion insuffisantes et qu'ils bénéficient d'un financement inadéquat.

L'évaluation des programmes/projets qui visent des objectifs nutritionnels nécessite d'appréhender le problème de la sous-nutrition et les causes qui lui sont associées dans le contexte de la ou des zones ciblées. Cela nécessite une analyse de la situation nutritionnelle ([voir l'annexe 6](#) pour des renseignements complémentaires) déterminant les causes immédiates et sous-jacentes et identifiant les interventions les mieux adaptées. Les activités et ressources du programme ainsi que les indicateurs de l'efficacité et de l'efficacé du projet seront définis à la suite de cette analyse.

Le projet/programme doit prévoir des plans pour l'évaluation future. Ceux-ci reposeront sur des indicateurs intégrés à la conception du système de suivi, qui englobe quatre niveaux : les ressources, les réalisations, les résultats et les impacts.

- Les indicateurs de ressource (input) **mesurent les ressources financières, administratives et réglementaires fournies**. Parmi ceux-ci figurent des éléments comme les aliments, les suppléments en micronutriments, l'équipement et la formation du personnel du projet.
- Les indicateurs de réalisation (output) mesurent les conséquences immédiates et concrètes des décisions prises et des ressources utilisées, telles que le nombre de mères enceintes ou allaitantes qui ont bénéficié d'une distribution d'argent.
- Les indicateurs de résultat (outcome) mesurent les résultats en termes des avantages retirés par les groupes cibles, tels que l'amélioration de l'alimentation des enfants en conséquence d'une distribution d'argent.
- Les indicateurs d'impact mesurent les conséquences à long terme de l'objectif atteint. En ce qui concerne la nutrition, l'impact est en général évalué en déterminant les changements de l'état nutritionnel au moyen de l'anthropométrie ou d'indicateurs de l'état relatif aux micronutriments.

Il est possible que des avantages plus généraux se fassent jour car les impacts s'associent à d'autres facteurs de manière anticipée. De même, des conséquences négatives involontaires surgiront peut-être également et devront être examinées (par exemple une augmentation de la charge de travail des femmes et donc une diminution du temps qu'elles peuvent consacrer à leurs enfants).

2. Objectifs de l'évaluation

Présenter le type d'évaluation (processus ou impacts) avec les objectifs généraux et spécifiques, par exemple couverture, amélioration de l'état nutritionnel, augmentation de la prospérité, diversification de l'alimentation, développement des connaissances concernant les pratiques de soins et d'alimentation des enfants ou la réduction/l'élimination de carences en micronutriments particulières.

Les évaluations examinent la pertinence, l'efficacité et l'efficacé de la contribution du programme à la réalisation d'impacts durables dans le domaine de la nutrition. Elles comportent également des recommandations à intégrer à la conception des programmes actuels ou des plans ou politiques futurs.

L'une des principales difficultés rencontrées dans l'évaluation des programmes relatifs à la nutrition concerne l'attribution des changements éventuels (objectifs atteints) à des inputs spécifiques car d'autres facteurs extérieurs pourraient avoir eu un rôle.

Selon le type d'évaluation, les aspects suivants devraient être examinés :

- Évaluation des processus :
 - évaluation de la quantité, qualité, à-propos et adéquation des ressources du programme;
 - vérification que les ressources ont été transformées, à travers les activités, en des résultats positifs;
 - examen des critères de ciblage et de leur application;
 - recensement des obstacles opérationnels éventuels à l'efficacité du programme, avec recommandations;
 - examen d'un processus ou d'un service pour déterminer s'il correspond aux normes nationales ou internationales;
 - analyse visant à déterminer la contribution des parties prenantes du programme à la réalisation des objectifs du programme durant son exécution.
- Évaluation des impacts :
 - déterminer quel effet le programme a eu sur la population cible et s'il convient d'attribuer les effets aux interventions ou à des facteurs extérieurs. Les effets désirés/objectifs ont-ils été atteints? Les besoins ont-ils été satisfaits?
 - évaluer les avantages positifs ou négatifs sur la communauté
 - prendre en considération tous les facteurs qui menacent la validité du programme, telles que les biais d'entraînement, de substitution ou de sélection. Les besoins ont-ils changé?
 - analyser le respect des délais et le calendrier du programme
 - déterminer quelle a été l'efficacité des stratégies et des systèmes utilisés dans le programme
 - évaluer le niveau de participation des diverses parties prenantes
 - identifier les enseignements qui ont été tirés du projet/programme
 - déterminer quels changements se seraient produits en l'absence du programme et quels changements en sont vraiment le résultat
 - examiner si d'autres facteurs extérieurs ont influencé les changements observés

3. Indicateurs et objectifs visés

Décrire les indicateurs à utiliser

Évaluation des processus

Pour déterminer si l'intervention est exécutée de la manière souhaitée, les obstacles à sa réalisation efficace doivent être identifiés, et des stratégies doivent être conçues pour les surmonter.

Les exemples suivants d'indicateurs peuvent être intégrés aux évaluations des processus :

- cibles de performance;
- ressources et résultats intermédiaires qui jouent un rôle central dans le processus d'exécution (par exemple nombre de visites à domicile effectuées par les travailleurs communautaires, séances de démonstration de la nutrition, participation de la communauté, distribution d'aliments ou de micronutriments);
- données administratives; niveaux de pauvreté; estimation de la prévalence de la malnutrition et des maladies chez les enfants; couverture et ciblage d'autres programmes de nutrition existants;
- suivi des données et enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs finaux; proportion de communautés/familles ciblées par le programme qui y participent en réalité, milieu socio-économique de ces familles, caractéristiques de celles qui s'en sont retirées, accès aux services et qualité.

Évaluation des impacts

L'étape suivante consiste, en évaluant la performance du programme, à tirer des conclusions crédibles sur ses effets causaux sur une population cible. Pour établir l'effet d'une intervention, des indicateurs correspondant au but et à la conception du projet doivent être sélectionnés avec soin (**l'annexe 3** est à cet égard une référence utile).

En outre, les TDR peuvent définir un éventail d'objectifs désirés. Ainsi, les concepteurs du programme pourraient décider qu'au bout de deux ans d'exécution, le taux de malnutrition de la population cible devrait avoir diminué de x %.

Analyse coûts-bénéfices

Les informations sur les coûts, si elles sont rigoureuses, permettent d'établir des comparaisons entre les différentes interventions et renseignent les responsables de l'élaboration des politiques sur la faisabilité financière de l'amplification des programmes. Parmi les aspects clés qui orienteront l'identification et l'estimation des coûts (ou économies) et avantages dans le contexte des évaluations figurent les suivants :

- économies au niveau des ressources consacrées aux soins néonataux;
- économies au niveau des ressources consacrées au traitement des maladies liées au petit poids de naissance;
- réduction des coûts liés à une baisse de la morbidité chez les jeunes enfants;
- augmentation de la productivité due à une amélioration de l'état de santé et des aptitudes motrices et cognitives.

4. Méthodes d'évaluation.

Présenter les méthodes d'évaluation et préciser les raisons du choix de la méthode adoptée.

Les TDR devraient établir des normes minimales concernant les méthodes à employer dans l'évaluation. En outre, ils devraient dresser la liste des informations essentielles pour l'exécution de l'évaluation, sur le plan des données primaires (taille de l'échantillon, méthodes d'échantillonnage, niveau de précision, puissance, etc.) ou des données secondaires (recensements, enquêtes auprès des ménages, etc.) ainsi que les caractéristiques nécessaires pour mener une enquête.

Toute évaluation doit employer des procédures de recueil et d'analyse des données qui fournissent des informations utiles et valables sur les effets d'un projet. La conception de l'évaluation (qui nécessite d'être élaborée avant le lancement du projet pour permettre le recueil de données de référence) devrait inclure le recueil d'informations sur les groupes de participants et les groupes de contrôle.

5. Livrables.

Présenter le résultat attendu de l'évaluation conformément aux six critères d'évaluation définis par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁸⁶. Préciser les types d'analyse requis, les ensembles de données et le nombre de rapports à fournir durant l'évaluation et à la fin.

Les évaluations périodiques sont nécessaires pour tirer des conclusions concernant les effets du projet sur les populations sensibles. Les résultats des évaluations devraient servir à déterminer la mesure dans laquelle les changements voulus sur le plan de la nutrition ont eu lieu et si le projet est à l'origine de ces changements. Les informations présentées devraient permettre à ceux qui planifient, mettent en œuvre et financent des projets assortis d'objectifs nutritionnels de porter des jugements solides sur l'avenir du projet.

6. Équipe de l'évaluation.

Préciser les qualifications, l'expérience et l'expertise que devra posséder au minimum chacun des membres de l'équipe d'évaluation extérieure.

Rôles possibles :

- un directeur de l'évaluation, responsable de la coordination de la planification et de la mise en œuvre de l'évaluation ainsi que de la supervision de l'équipe;
- un nutritionniste chargé de fournir une expertise technique et de contribuer à l'élaboration de recommandations valables;
- d'autres personnes-ressources y compris des membres du personnel du projet/programme, des spécialistes des sciences sociales ou un statisticien
- petit groupe (interne) que l'équipe de l'évaluation pourrait consulter, qui sera responsable de la planification, de la supervision et de l'analyse des informations de l'évaluation.

7. Calendrier.

Définir les dates et les délais concernant toutes les activités à accomplir dans le cadre de l'évaluation.

⁸⁶ OCDE, Comité d'assistance au développement (CAD), *Evaluating Development Cooperation. Summary of Key Norms and standards* <http://www.aideeffectiveness.org/media/k2/attachments/41612905.pdf>

8. Format du rapport

Titre

Le texte suivant apparaît sur la deuxième de couverture du rapport :

Le présent rapport est financé par (nom de l'autorité contractante) et est présenté par (nom du consultant) pour le/la ... (institution nationale). Il ne reflète pas nécessairement l'opinion de ...

Remerciements

Table des matières

Liste des tableaux
Liste des figures
Liste des abréviations
Liste des définitions

1. Synthèse

Résumé des principaux sujets traités structuré selon les titres du rapport (2 à 5 ci-dessous).

2. Introduction

Contexte de l'évaluation
Description du programme
Analyse des travaux antérieurs (documents des programmes)
Objectifs de l'évaluation
Évaluation des questions et sous-questions

3. Méthodologie

Conception de l'évaluation
Méthodes de recueil des données utilisées
Méthodes d'analyse des données

4. Résultats

Présentation et description des données

5. Conclusions et recommandations

Bibliographie

Appendices

Plan du site ou de la zone de l'évaluation
Renseignements complémentaires sur la méthodologie, le recueil des données et les instruments d'analyse utilisés
Liste des personnes contactées
Liste des organisations ou institutions visitées
Liste des membres de l'équipe
Calendrier de l'évaluation
Autres résultats détaillés
Lettres relatives au programme ou à l'évaluation



Sources d'informations complémentaires

- Monitoring and Evaluation. A Guidebook for Nutrition Project Managers in Developing Countries. Human Development Network, Banque mondiale, septembre 1999
<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/Tool8-fulltext.pdf>
- OCDE, Comité d'aide au développement (CAD), Evaluating Development Cooperation. Summary of Key Norms and standards
<http://www.aideeffectiveness.org/media/k2/attachments/41612905.pdf>
- Monitoring and evaluation of nutrition and nutrition-related programmes. A training manual for programme managers and implementers. The Applied Nutrition Programme, École des sciences et politiques nutritionnelles de l'université de Nairobi, université Tufts, août 2000
http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/63/m&e_training_manual.pdf
- Sphere, 2011: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response.
http://www.sphereproject.org/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,70/Itemid,203

Commission Européenne

Document de référence N° 13 : La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure — une approche intégrée par secteurs et modalités de l'aide

Luxembourg : Publications Office of the European Union

2011 — 100 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-79-16975-5

ISSN 1830-8228

doi : 10.2783/51980

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites:

- sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
 - auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.
- Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du Journal officiel de l'Union européenne, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne (http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

Ce document appartient à la « collection outils et méthodes » d'EuropeAid. Celle-ci regroupe les documents méthodologiques produits par la Direction « Qualité des opérations » et se compose de trois sous-collections: lignes directrices, documents de référence et documents de réflexion. La collection propose également les titres suivants:

Lignes directrices

- Lignes directrices (n° 1) - « Programmation, conception et gestion de l'appui au budget général » (2007)
- Lignes directrices (n° 2) - « Appui aux programmes sectoriels: Couvrant les trois modalités de financement: appui budgétaire sectoriel, fonds commun et procédures spécifiques de la Commission européenne » (2007)
- Lignes directrices (n° 3) - « Pour une coopération technique plus efficace » (2009)
- Lignes directrices (n° 4) - « Lignes directrices pour l'intégration de l'environnement et des changements climatiques dans la coopération au développement » (2009)

Documents de référence

- Document de référence (n° 1): « Analyse institutionnelle et développement des capacités: pourquoi et comment? » (2005)
- Document de référence (n° 2): « Appui à la décentralisation et la gouvernance locale dans les pays tiers » (2007)
- Document de référence (n° 3): « Renforcer le contrôle interne de projet: comment améliorer le rôle des gestionnaires de tâches de l'UE » (2007)
- Document de référence (n° 4): « Analyse et prise en compte de la gouvernance dans les opérations sectorielles » (2008)
- Document de référence (n° 5): « Approches sectorielles dans l'agriculture et le développement rural » (2008)
- Document de référence (n° 6): « Boîte à outils pour le développement des capacités » (2010)
- Document de référence (n° 7): « Développement et gouvernance du secteur de l'eau: Complémentarités et synergies entre l'approche sectorielle et la gestion intégrée des ressources en eau » (2009)
- Document de référence (n° 8) - « Engagement et Appui aux Parlements à travers le Monde : Stratégies et méthodologies de la CE pour l'appui aux Parlements » (2010)
- Document de référence (n° 9): « Appui à la réforme de la justice dans les pays ACP » (2010)
- Document de référence (n° 10): « Trade and Private Sector Policy and Development – Support programmes financed by EU external assistance » (2010)
- Document de référence (n° 11): « Emerging good practice on Codes of Conduct, Partnership Principles and Memorandums of Understanding in the Water Sector » (2010)
- Document de référence (n° 12): « Impliquer les acteurs non étatiques dans les nouvelles modalités d'aide – Pour améliorer les programmes de développement et la gouvernance » (2011)
- Document de référence (n° 13): « Addressing undernutrition in external assistance – An integrated approach through sectors and aid modalities » (2011)

Documents de réflexion

- Document de réflexion (n°1): « Réforme du secteur public: Introduction » (2009)
- Document de réflexion (n°2): « Supporting Anti-Corruption Reform in Partner Countries – Concepts, Tools and Areas for Action » (2011)

ISSN 1830-8228
doi : 10.2783/51980



Office des publications