

SAVING
LIVES
CHANGING
LIVES



Manuel de l'alimentation et de la nutrition

Décembre 2018

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Programme alimentaire mondial

Division de la nutrition (OSN)

Via Cesare Giulio Viola, 68

nutrition@wfp.org

wfp.org/nutrition

Décembre 2018

Table des matières

Préface	i
Introduction	1
L'ampleur et les effets de la malnutrition mondiale	1
L'approche du Programme alimentaire mondial de la bonne nutrition	2
Domaine prioritaire du PAM : la nutrition optimale	2
Présentation du Plan stratégique du PAM (2017-2021)	3
Présentation de la politique du PAM en matière de nutrition (2017-2021)	4
L'approche du PAM en matière de partenariat	6
Qui sont les partenaires du PAM ?	6
Lectures-clés et ressources supplémentaires	9
Chapitre 1 : Principes fondamentaux de la nutrition	10
Présentation générale	10
Nutriments	10
Macronutriments	11
Micronutriments	12
Comprendre la malnutrition	13
Types de malnutrition	13
Dénutrition	14
Surnutrition	14
La convergence des différents types de malnutrition	15
Les facteurs de la malnutrition	15
Cycle malnutrition-infection	16
Le cycle intergénérationnel de la malnutrition	16
Résumé	17
Lectures-clés et ressources supplémentaires	18
Chapitre 2. Évaluation de l'état nutritionnel individuel	19
Présentation générale	19
Mesurer la malnutrition grâce à l'anthropométrie	20
Déterminer l'état nutritionnel : comparer l'individu à une population de référence en bonne santé	21
Comment convertir les indices nutritionnels : écart-type ou Z-score	21
Expliquer les écarts-types (ÉT) ou le Z-score : un exemple au moyen de mesures de la taille debout	22
Mesures corporelles et indices nutritionnels	23
Utiliser l'anthropométrie pour déterminer l'état nutritionnel parmi les différents groupes	24
Interprétation des données anthropométriques : seuils	25
Évaluation clinique	27

Marasme et kwashiorkor	28
Œdème.....	28
Évaluation biochimique	28
État de carences en micronutriments et évaluation	29
Apport alimentaire.....	30
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	32
Chapitre 3. Analyses de la situation nutritionnelle	33
Présentation générale	33
Analyses de la situation dans les programmes de nutrition	33
Pourquoi le Programme alimentaire mondiale effectue-t-il des analyses de la situation nutritionnelle ?	33
Examen stratégique Faim zéro	34
Comblar les carences en nutriments.....	34
Méthodes pour effectuer des analyses de la situation nutritionnelle.	37
Les questions clés	37
Cadre conceptuel de la sécurité alimentaire et nutritionnel du PAM	38
État nutritionnel.....	40
Analyses de la situation dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome de l'immunodéficience acquise et de la tuberculose.....	40
Sources de données pour les informations relatives à la nutrition.....	41
Enquêtes ou évaluations nutritionnelles.....	41
Groupe nutrition	42
Analyse du coût du régime alimentaire.....	43
Systèmes de surveillance de la nutrition	43
Suivi des programmes.....	43
Analyser les informations relatives à la nutrition.....	44
Résumé	44
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	45
Chapitre 4. Analyses des capacités d'intervention	46
Présentation générale	46
L'environnement institutionnel	46
Analyses des parties prenantes, partenariats et capacités	50
Analyses des interventions nationales dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose.....	51
Résumé	51
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	52
Chapitre 5. Outil d'aide à la décision	53
Présentation générale	53
Malnutrition aiguë	55

Malnutrition chronique	56
Carences en micronutriments	58
Surnutrition.....	59
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	61
Chapitre 6. Programmes de prévention	62
Présentation générale	62
Les pierres angulaires de la prévention de la malnutrition	63
Analyses des facteurs et des manifestations potentiels de la malnutrition	63
Accorder la priorité à ceux qui ont le plus de besoin de bénéficier de la prévention de la malnutrition	63
Fournir un ensemble complet d'interventions.....	63
Mettre en œuvre une évaluation et un suivi solides.....	64
Actions spécifiques visant à prévenir la malnutrition	64
S'assurer que personne ne souffre de malnutrition	65
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	66
Chapitre 6.1. Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition aiguë.....	67
Présentation générale	67
Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention de la malnutrition aiguë ?	67
Quels sont les programmes du PAM visant à prévenir la malnutrition aiguë ?.....	68
Communication pour un changement social et comportemental et alimentation du nourrisson et du jeune enfant	69
Activités de sensibilisation et de vulgarisation communautaires	69
Interventions liées à la santé	70
Programmes généraux de supplémentation alimentaire	70
Formulation des programmes généraux de supplémentation alimentaire	71
OÙ ? Ciblage géographique pour un programme général de supplémentation alimentaire	71
QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires	71
COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus.....	72
COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires	73
QUOI ? Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés.....	74
DURÉE ? Durée d'un programme général de supplémentation alimentaire	78
Mise en œuvre d'un programme général de supplémentation alimentaire	78
Comment un programme général de supplémentation alimentaire s'inscrit-il dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?.....	79
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	80
Chapitre 6.2 Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition chronique	81
Présentation générale	81
Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention de la malnutrition chronique ?.....	82

Quels sont les programmes nutritionnels du PAM pour prévenir la malnutrition chronique ?	82
Formulation du programme	83
OÙ ? Ciblage géographique	84
QUI ? Identification du groupe bénéficiaire cible.....	84
COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus.....	84
COMMENT ? Mise en œuvre des trois piliers des programmes de prévention des retards de croissance	85
QUOI ? Que fournir	86
DURÉE ? Durée du programme	89
Mise en œuvre du programme.....	89
Comment les programmes de prévention de la malnutrition chronique s'intègrent-ils dans des programmes nutritionnels plus larges ?	89
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	91
Chapitre 6.3 Conception de programmes visant à prévenir les carences en micronutriments.....	92
Présentation générale	92
Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention des carences en micronutriments ?	93
Quelle est la réponse du PAM à la question des carences en micronutriments ?.....	93
6.3.1 Enrichissement au point d'utilisation	94
À quoi servent les micronutriments en poudre dans l'enrichissement au point d'utilisation ?	94
À quoi servent les LNS-SQ dans l'enrichissement au point d'utilisation ?	95
Formulation du programme	95
OÙ ? Ciblage géographique	95
QUI ? Critères de ciblage individuel.....	96
COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus.....	96
COMMENT ? Réseau de distribution et partenaires	96
QUOI ? Micronutriments en poudre et LNS-SQ pour différents groupes d'âge	98
DURÉE ? Durée d'un programme d'enrichissement au point d'utilisation	99
Rations	99
Mise en œuvre du programme.....	100
Comment les programmes d'enrichissement au point d'utilisation s'inscrivent-ils dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?	100
6.3.2 Enrichissement de masse	101
Qu'est-ce que l'enrichissement de masse ?	101
Pourquoi le PAM soutient-il l'enrichissement de masse ?	101
Formulation du programme	102
OÙ ? Ciblage géographique pour un programme d'enrichissement de masse	102
QUI ? Populations cibles	103
COMBIEN ? Calcul de la portée des aliments enrichis.....	104

COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires	104
QUOI ? Choisir la bonne nourriture et le bon fortifiant	105
Autres éléments essentiels d'un programme d'enrichissement de masse.....	107
Mise en œuvre du programme.....	109
Comment l'enrichissement de masse s'inscrit-il dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?.....	109
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	110
Chapitre 6.4. Programmes à dimension nutritionnelle	111
Présentation générale	111
Qu'est-ce qu'un programme à dimension nutritionnelle ?.....	111
Pourquoi le PAM s'efforce-t-il d'élaborer des programmes tenant compte des besoins nutritionnels ?.....	112
Formulation du programme	112
OÙ ? À dimension nutritionnelle dans l'ensemble des programmes du PAM.....	112
QUI ? Cibler les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel.....	113
QUOI ? Exigences minimales de la dimension nutritionnelle.....	114
COMMENT ? Tracer un parcours d'incidence du programme, et sept opportunités pour une programmation à dimension nutritionnelle	115
Autres considérations : Planification conjointe et allocation des ressources.....	119
Mise en œuvre du programme.....	119
Coordination et collaboration tout au long du cycle du programme	119
Surveiller et documenter les programmes à dimension nutritionnelle	120
Comment la prise en compte de la nutrition s'inscrit-elle dans le cadre plus large des programmes du PAM ?	121
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	122
Chapitre 7. Conception de programmes visant à traiter la malnutrition aiguë modérée.....	123
Présentation générale	123
Pourquoi le PAM traite-t-il la MAM ?.....	124
Quels sont les programmes du PAM pour traiter la MAM ?.....	125
Soutien diététique	125
Conseils en nutrition	125
Interventions complémentaires	125
Traitement médical en cas de maladie selon la PCIME.....	125
Programmes d'alimentation d'appoint ciblés	126
Maximiser l'efficacité des programmes de traitement de la MAM	126
Formulation d'un programme d'alimentation de supplémentation alimentaire	127
OÙ ? Ciblage géographique pour un programme d'alimentation d'appoint ciblé.....	127
QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires	127
COMBIEN ? Calculer le nombre de bénéficiaires prévus.....	129

COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires	130
QUOI ? Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés	132
Durée ? Durée d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé.....	133
Mise en œuvre d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé.....	133
Comment les programmes d'alimentation d'appoint ciblés s'intègrent-ils dans un programme de nutrition plus large ?.....	134
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	135
Chapitre 8 : Programmes d'alimentation et de nutrition dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose	136
Présentation générale	136
Pourquoi le PAM soutient-il des programmes alimentaires et nutritionnels dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?.....	137
Quels sont les programmes du PAM dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?	138
En quoi consiste la programmation du PAM axée sur le VIH/sida et la tuberculose ?	138
Qu'est-ce que la programmation du PAM sur le VIH/sida et la tuberculose ?	139
Quels sont les programmes du PAM sur le VIH/sida et la tuberculose dans les situations d'urgence ?	139
Quand les programmes alimentaires et nutritionnels sont-ils appropriés dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?.....	140
Formulation et mise en œuvre du programme	140
OÙ ? Ciblage géographique	141
QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires	141
QUOI ? Que fournir	144
Comment ? Canaux de distribution et partenaires	145
DURÉE ? Durée de l'intervention.....	145
Renforcement des capacités nationales.....	145
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	147
Chapitre 9. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC).	148
Présentation générale	150
Pourquoi le PAM soutient-il la CCSC dans ses programmes de nutrition ?	151
Est-il facile de changer les comportements liés à la nutrition ?.....	151
Figure 9.1 Niveaux multiples d'influence sur les comportements nutritionnels	152
Le CCSC s'efforce-t-il d'améliorer les comportements en matière de nutrition ?	152
Quels sont les programmes du PAM en matière de nutrition dans le cadre de la CCSC ?	153
Quels sont certains des aspects clés d'une CCSP efficace ?	153
Comment la CCSC peut-elle être comparée à l'IEC et à d'autres termes utilisés dans la promotion de la santé ?.....	155
Formulation du programme de CCSC	155
Phase formative	156

OÙ ? Ciblage géographique des activités de CCSC	156
QUI ? Comprendre les segments d'audience	157
Phase d'élaboration	158
COMMENT ? Canaux de communication	158
COMBIEN ? Estimation de la portée des activités de CCSC	160
QUOI ? Élaboration de messages ciblés	161
Mise en œuvre du programme de CCSC.....	162
Phase de programmation	162
DURÉE ? Durée des activités de CCSC.....	162
Phase de suivi.....	163
Comment la CCSC s'inscrit-elle dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?	163
Interventions spécifiques à la nutrition	164
Interventions à dimension nutritionnelle	164
La nutrition dans les situations d'urgence.....	164
Lectures-clés et ressources supplémentaires.....	166
Glossaire	167

Préface

Le Programme alimentaire mondial (PAM) est la principale organisation humanitaire de lutte contre la faim dans le monde. Le PAM aide 80 millions de personnes dans plus de 80 pays chaque année, apportant une aide alimentaire dans les situations d'urgence et travaillant avec les communautés pour améliorer la nutrition et renforcer la résilience. En fonction du contexte – au moyen d'une aide humanitaire immédiate jusqu'à des interventions de développement à long terme – le PAM travaille avec les gouvernements et les partenaires pour améliorer la nutrition dans trois principaux domaines :

- Améliorer la mise à disposition d'aliments nutritifs sains et abordables
- Améliorer l'accès aux aliments nutritifs
- Améliorer la demande et la consommation d'aliments nutritifs

Le présent manuel s'adresse au personnel du PAM à tous les échelons. Il est également pertinent pour tous les partenaires du Programme alimentaire mondial sur le terrain, y compris les gouvernements, les organisations de la société civile, les organisations internationales/non gouvernementales et le secteur privé qui s'intéressent au programme du PAM sur le terrain. Il devrait servir de référence et permettre de mieux comprendre les questions d'alimentation et de nutrition en rapport avec le Programme alimentaire mondial. Ce manuel vise à fournir des outils pratiques pour s'atteler à des tâches contextuelles spécifiques et de base liées à la nutrition ainsi qu'à permettre de juger s'il y a lieu de demander des conseils spécialisés en matière de nutrition. Nombre de références citées dans le présent manuel sont universelles ; toutefois, lorsque ces références renvoient à des documents internes, il est recommandé aux partenaires de demander à leurs collègues du Programme alimentaire mondial d'accéder à ces documents à partir du site Web interne du PAM.

Ce manuel est une mise à jour du précédent manuel de l'alimentation et de la nutrition publié en 2003 intitulé « Food and Nutrition Handbook ». Il est adapté au contexte de l'Objectif de développement durable (ODD) 2 : « *Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable* » et de l'ODD 17 « *Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser* ». Il a été conçu comme un document autonome, renvoyant à d'autres directives opérationnelles du Programme alimentaire mondial le cas échéant. Il ne se substitue toutefois pas à la consultation technique d'experts ou à d'autres documents de référence essentiels sur la nutrition (comme des documents du HCR et de l'OMS et les standards minimaux d'assistance humanitaire de SPHÈRE). Ce manuel permettra d'évaluer et d'analyser la situation nutritionnelle dans des pays ou régions spécifiques et d'aider à gérer la conception et la mise en œuvre des interventions.

Le manuel est divisé en deux parties. La première partie, les chapitres 1 à 5, traite des concepts alimentaires et nutritionnels pertinents, du processus d'évaluation et d'analyse des types de problèmes nutritionnels et de leurs causes, et d'un outil d'aide à la décision pour éclairer les programmes dans divers contextes donnés. La deuxième partie, les chapitres 6 à 9, traite des applications pratiques des interventions en matière de nutrition. Le chapitre 6 se concentre sur la conception des programmes *de prévention* : prévention de la malnutrition aiguë ; prévention de la malnutrition chronique ; prévention des carences en micronutriments ; et programmes visant à prévenir les facteurs sous-jacents de la malnutrition (programmes à dimension nutritionnelle). Le chapitre 7 porte sur les programmes *de traitement* de la malnutrition aiguë modérée et le chapitre 8 sur les programmes de nutrition dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose. La communication pour le changement social et comportemental est abordée dans le chapitre 9.

Chaque chapitre commence par un énoncé d'objectifs et une liste d'objectifs d'apprentissage, en indiquant les connaissances ou les compétences que le personnel du Programme alimentaire mondial pourrait s'attendre à

acquérir grâce à la lecture de ce chapitre. Chaque chapitre comprend également une liste de lectures-clés et de ressources supplémentaires.

Introduction

L'ampleur et les effets de la malnutrition mondiale

La malnutrition survient lorsque l'apport en nutriments et en énergie ne satisfait pas ou excède les besoins d'une personne pour maintenir sa croissance, son immunité et ses fonctions organiques. La malnutrition est un terme général qui couvre à la fois la dénutrition (carence) et la surnutrition (excès). La malnutrition sous toutes ses formes comprend la dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale), les carences en vitamines ou en minéraux, le surpoids, l'obésité et d'autres types de suralimentation qui causent des maladies non transmissibles liées à l'alimentation¹. La malnutrition est un problème à très grande échelle et universel.

- La dénutrition joue un rôle dans environ 45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans. Ces décès interviennent principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans le même temps, dans ces mêmes pays, les taux d'enfants en surpoids ou obèses sont en hausse¹
- Parmi les enfants de moins de 5 ans, 50,5 millions souffraient d'émaciation en 2017, 16 millions souffrant d'émaciation sévère^{1,2}
- Et 150,8 millions (22,2 %) des enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance en 2017. Plus de la moitié de tous les enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance vivent en Asie et plus d'un tiers d'entre eux vivent en Afrique². L'Afrique est la seule région où le nombre d'enfants présentant un retard de croissance a augmenté depuis 2000, passant de 50,5 millions à 58,2 millions.^{2,3}
- et 38,3 millions (5,6 %) des enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses en 2017. En Afrique, le nombre d'enfants en surpoids de moins de 5 ans a augmenté de presque 50 % depuis 2000, passant de 6,6 à 9,7 millions d'enfants²
- Au niveau mondial, 462 millions d'adultes présentaient une insuffisance pondérale alors que 1,9 milliard étaient en surpoids ou obèses en 2017¹
- 2 milliards de personnes présentaient une carence en micronutriments en 2017, notamment en micronutriments-clés comme le fer et la vitamine A³
- 88 % des pays sont gravement frappés par deux ou trois formes de malnutrition³

Le monde est confronté à une grave situation en matière de nutrition. Le nombre de personnes directement affectées par la malnutrition est colossal à l'échelle mondiale, touchant des pays dans toutes les régions et de tous niveaux de revenu. Les effets sur le développement, l'économie, la société et la santé du fardeau mondial de la malnutrition sont graves et durables, pour les individus et leurs familles, pour les communautés et pour les pays.

Le corps a besoin de la bonne quantité et de la bonne qualité d'aliments et de nutriments pour se développer, se reproduire, construire des tissus et accomplir les fonctions nécessaires pour rester en bonne santé. La dénutrition peut non seulement accroître le risque de décès, mais également empêcher les enfants de grandir pour atteindre leur plein potentiel. Les enfants qui n'ont pas accès à une alimentation adéquate pendant les 1 000 premiers jours de leur existence (entre la conception et le deuxième anniversaire) sont plus vulnérables aux infections, aux troubles du développement cognitif, à une capacité d'apprentissage réduite et à un risque accru de maladies non transmissibles plus tard dans la vie. Ces difficultés initiales persistent avec le temps, car

¹ Organisation mondiale de la santé, 2018. Principaux repères : Malnutrition. Genève. OMS.

² International Food Policy Research Institute, 2017. *2017 Global Food Policy Report (Rapport sur les politiques alimentaires mondiales)*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

³ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale. 2018. *Levels and Trends in Child Malnutrition: UNICEF, WHO, World Bank Joint Child Malnutrition Estimates*. (Niveaux et tendances de la malnutrition infantile : estimations conjointes de la malnutrition infantile de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale). Genève : OMS.

les enfants sous-alimentés ont tendance à moins bien réussir à l'école, à gagner moins bien leur vie à l'âge adulte et à moins contribuer à l'économie. En outre, les effets de la dénutrition sont intergénérationnels : les enfants dont la mère souffre d'un retard de croissance risquent davantage de mourir que ceux qui sont nés de mères en bonne santé⁴.

Dans le même temps, les progrès sociaux et économiques et les taux rapides d'urbanisation ont entraîné une augmentation de la consommation d'aliments riches en énergie et pauvres en nutriments et une diminution de l'activité physique, en particulier chez les populations urbaines⁵. Par conséquent, à l'échelle mondiale, la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité est en hausse⁶. L'augmentation des taux de surpoids et d'obésité a de multiples implications : la surnutrition engendre une augmentation de la mortalité infantile et de la morbidité maternelle, ainsi qu'une augmentation des maladies non transmissibles telles que l'hypertension et le diabète.

La malnutrition représente un grave problème de santé publique pour tous les pays du monde et affecte le potentiel global des nations, réduisant la productivité économique et le potentiel de gains des individus ainsi que le capital humain des nations, entravant ainsi la croissance économique et le développement. La recherche montre que les enfants qui connaissent un retard de croissance gagnent 20 à 65 % de moins lorsqu'ils sont adultes que ceux qui ont reçu une nutrition adéquate^{7,8}. Au niveau de la population, le coût de la dénutrition et des carences en micronutriments est estimé à 2 à 3 % du PIB mondial, ce qui équivaut à entre 1,4 à 2,1 trillions de dollars des États-Unis par an.

La malnutrition, cependant, est un problème qui peut être résolu : il existe des interventions peu coûteuses et efficaces. La Banque mondiale estime que la mise en œuvre d'un ensemble complet de 13 interventions, effectivement mises en œuvre à l'échelle, pourrait réduire la mortalité infantile d'un million de décès par an, avec d'autres avantages, notamment une amélioration du développement cognitif et physique, de la santé et des revenus⁹. Selon le Rapport mondial sur la nutrition¹⁰, pour chaque dollar dépensé pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, on peut s'attendre à un retour sur investissement de 16 dollars des États-Unis grâce à une réduction des coûts des soins de santé et à une productivité accrue.

L'approche du Programme alimentaire mondial de la bonne nutrition

Domaine prioritaire du PAM : la nutrition optimale

Une alimentation appropriée est nécessaire à la fois pour prévenir et pour remédier à la malnutrition. Une bonne nutrition renforce le système immunitaire, développe un corps et un cerveau solides et sert des nations entières. Lorsque les enfants se développent bien, les communautés et les pays deviennent plus forts, contribuant ainsi à briser le cycle de la pauvreté. Les adultes bien nourris ont tendance à être plus productifs et à gagner plus que ceux qui souffrent de malnutrition.

Le Programme alimentaire mondial s'emploie à ce que chaque individu ait accès à une bonne nutrition pour une croissance et un développement optimaux, et ait une vie saine et épanouissante. Outre la conception et la mise

⁴ Özaltın E, Hill K, Subramanian SV. Association of Maternal Stature with Offspring Mortality, Underweight, and Stunting in Low- to- Middle Income Countries. *Journal of the American Medical Association*. 303(15):1507-1516 (2010).

⁵ Shrimpton R. & Rokx C. The Double Burden of Malnutrition: A review of global evidence. (Le double fardeau de la malnutrition : examen des données probantes mondiales). Document de réflexion sur la santé, la nutrition et la population, Banque mondiale (2012).

⁶ Black R.E. et al. Maternal and Child Nutrition Series: Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (2013)

⁷ Hoddinott J, et al 'The Consequences of Early Childhood Growth Failure over the Life Course' (« Les conséquences d'un retard de croissance pendant la petite enfance »), IFPRI, document de réflexion 01073, Mars 2011, www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ifpridp01073.pdf.

⁸ Grantham-McGregor S et al 'Development potential in the first 5 years for children in developing countries' (« Potentiel de développement durant les cinq premières années chez les enfants des pays en développement »), *The Lancet*, 369 : 60 -70 2007.

⁹ Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal M, and Brooks JK. *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* La Banque mondiale. Washington, DC: 2010.

¹⁰ International Food Policy Research Institute. 2016. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030.* (Rapport mondial sur la nutrition 2016 : des promesses aux effets : éradiquer la malnutrition d'ici 2030) Washington, DC. (Page 28)

en œuvre de programmes de prévention et de traitement de la malnutrition, le PAM aide les gouvernements à renforcer les capacités nationales et s'efforce d'influencer le dialogue politique plus large sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Lorsque les régimes alimentaires locaux ne fournissent pas les nutriments nécessaires et qu'il n'existe pas d'aliments suffisamment nutritifs, le PAM s'efforce d'accroître la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments qui contribuent à un régime alimentaire diversifié et nutritif, notamment des aliments frais, des aliments enrichis ou des aliments nutritifs spécialisés selon les besoins. Toutefois, le PAM reconnaît que les aliments nutritifs spécialisés devraient compléter l'allaitement maternel et le régime alimentaire local, plutôt que de les remplacer, et inclut la communication pour le changement social et comportemental en tant qu'élément d'information des programmes de nutrition pour appuyer ces comportements alimentaires sains. En outre, le PAM considère la fourniture d'aliments nutritionnels spécialisés comme une réponse à court terme, qui devrait être liée à une solution à plus long terme : accroître l'accès à des régimes alimentaires sûrs et nutritifs, la disponibilité, la consommation et la demande de ces régimes qui répondent aux besoins nutritionnels des groupes vulnérables.

Présentation du Plan stratégique du PAM (2017-2021)

Le Plan stratégique du PAM 2017-2021¹¹ comporte deux buts stratégiques, cinq objectifs stratégiques et huit résultats stratégiques (voir la figure 1). Les deux buts stratégiques sont les suivants : 1) aider les pays à atteindre l'objectif « Faim zéro » (ODD 2), et 2) nouer des partenariats pour faciliter la mise en œuvre des ODD (ODD 17). Le but stratégique 1 comporte trois objectifs stratégiques : 1) éliminer la faim en préservant l'accès à l'alimentation 2) améliorer la nutrition, et 3) assurer la sécurité alimentaire. Le but stratégique 2 comporte deux objectifs stratégiques : 1) appuyer la mise en œuvre des ODD, et 2) travailler en partenariat pour de meilleurs résultats au regard des ODD.

¹¹ Plan stratégique du PAM (2017-2021). Novembre 2016. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/eb/wfp286743.pdf>

Figure 1. Cadre de résultats associé au plan stratégique du PAM (2017-2021)



Présentation de la politique du PAM en matière de nutrition (2017-2021)

La programmation du PAM dans le domaine de la nutrition est guidée par la politique en matière de nutrition 2017-2021¹². Cette politique s’aligne sur les ODD (en particulier les ODD 2 et 17) et sur le plan stratégique du PAM.

ODD 2 - Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l’agriculture durable.

ODD 17 - Renforcer les moyens de mise en œuvre et redynamiser le partenariat mondial pour le développement durable.

La politique s’appuie sur les réalisations accomplies depuis l’approbation de la première politique en matière de nutrition du Programme alimentaire mondial en 2012. Elle reflète également les données probantes mondiales en matière de nutrition qui ont émergées ces dernières années, ainsi que plusieurs recommandations-clés de l’évaluation de la politique de nutrition de 2015, notamment :

- Aborder les problèmes de surpoids, de l’obésité et le double fardeau de la malnutrition
- Améliorer la place faite à l’égalité entre les sexes
- Assurer diverses stratégies et approches allant au-delà de solutions axées sur des produits
- Souligner l’importance des transferts monétaires et de bons en plus des transferts en nature
- Encourager le passage à de nouveaux indicateurs nutritionnels et un suivi et une évaluation améliorés
- Accentuer le renforcement des capacités des gouvernements nationaux et de la gouvernance de la nutrition

Principaux aspects de la politique

La politique est axée sur un apport adéquat en nutriments en tant que condition préalable à une bonne nutrition et une bonne santé. Mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes implique d’améliorer la disponibilité, la consommation et la demande d’alimentation saine et nutritive qui réponde, sans les excéder, aux besoins nutritionnels des groupes vulnérables, ainsi que d’en faciliter l’accès. L’alimentation nutritive est adaptée afin de répondre aux besoins en nutriments de la population ciblée et doit, par conséquent, être adaptée à l’âge, diversifiée et peut contenir des aliments disponibles localement, des produits enrichis et des aliments nutritionnels spécialisés, selon les besoins, en fonction du contexte et des carences en nutriments recensées.

Les mécanismes pour parvenir à un apport alimentaire adéquat comprennent :

- Aider les gouvernements à élaborer des politiques et plans nationaux pour parvenir à une bonne nutrition

¹² PAM. 2017. Politique en matière de nutrition : <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>

- Cultiver les partenariats afin de renforcer la protection sociale, l'éducation, la santé/WASH (Eau, Assainissement et Hygiène pour tous), l'agriculture et les systèmes alimentaires
- Intégrer des concepts et des approches à dimension nutritionnelle dans la programmation, notamment des objectifs et des indicateurs de nutrition spécifiques afin d'améliorer la nutrition
- Plaider en faveur d'une coordination multisectorielle et multipartite et s'engager sur des plateformes mondiales, telles que le mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) et le Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA) pour améliorer la gouvernance en matière de nutrition ainsi que la couverture/l'exécution des interventions

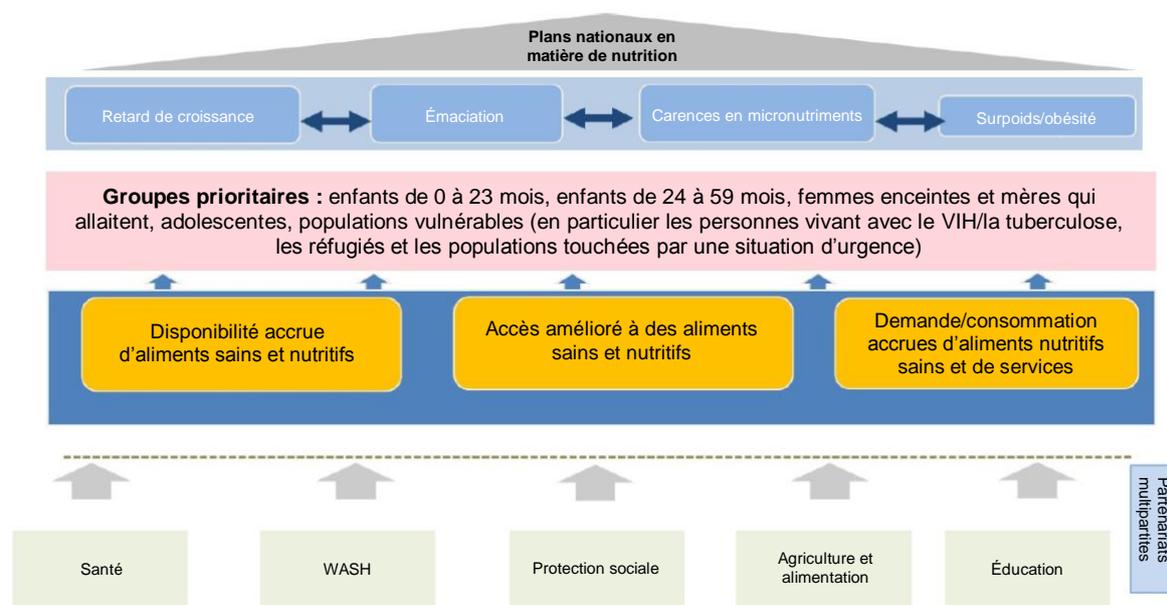
Programmes à dimension nutritionnelle

Les programmes à dimension nutritionnelle abordent certains des facteurs sous-jacents et fondamentaux de la nutrition, notamment la sécurité alimentaire, les soins adéquats, l'accès aux services de santé et leur utilisation, et un environnement sûr et hygiénique. Ces programmes sont mis en œuvre dans une grande variété de secteurs et, bien que leur objectif premier ne soit pas nécessairement lié à la nutrition, ils énoncent des objectifs, actions et indicateurs nutritionnels spécifiques.

Si cette politique est pleine de changements passionnants et opportuns, elle renforce également l'engagement du PAM à :

- maintenir et renforcer les capacités alimentaires dans les situations d'urgence,
- prévenir la malnutrition grâce à des approches spécifiquement axées sur la nutrition, notamment en améliorant la prise en charge de la malnutrition aiguë par la collectivité et la continuité des soins,
- se concentrer sur les 1 000 premiers jours de la vie en tant que fenêtre d'opportunité essentielle pour la prévention du retard de croissance,
- effectuer des analyses et des évaluations contextuelles en collaboration avec le gouvernement et d'autres partenaires pour s'assurer que les interventions atteignent les groupes vulnérables de manière efficace et efficiente sans faire double emploi,
- générer des faits probants autour des modalités de transfert appropriées (en nature, en espèces, sous forme de bons),
- aider les communautés à renforcer leur résilience aux chocs qui affectent l'état nutritionnel.

Figure 2. Domaines d'action prioritaires du PAM pour réduire la malnutrition



L'approche du PAM en matière de partenariat

L'amélioration de la nutrition exige des efforts collectifs de multiples parties prenantes et secteurs. Le PAM reconnaît que l'alimentation peut avoir une incidence encore plus grande sur la vie des gens lorsqu'elle fait partie d'un ensemble de prestations de services, de soins de santé et d'aliments. La participation active à des partenariats avec les gouvernements nationaux, les institutions spécialisées des Nations Unies, les organisations non gouvernementales (ONG), le secteur privé, les institutions politiques, les universités et les fondations privées, ainsi que les plateformes mondiales dédiées à la nutrition, est un élément important de l'approche positive du Programme alimentaire mondial en matière de nutrition.

Le PAM considère le partenariat comme une relation de collaboration avec un mode d'engagement établi et spécifique. Des protocoles d'accord ont été élaborés entre le PAM et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies, bien qu'un protocole d'accord ne soit pas obligatoire pour un partenariat du PAM. Les accords de partenariat sur le terrain sont conclus entre le PAM et les ONG¹³ et/ou les partenaires de coopération lorsqu'ils travaillent en partenariat sur un programme particulier (voir le chapitre 6.1 pour des exemples de responsabilités définies dans un accord de partenariat sur le terrain).

Voici d'autres exemples d'accords de partenariat :

- **Les principes de partenariat de la Plateforme humanitaire mondiale** qui ont été élaborés pour assurer une compréhension commune du partenariat entre les organisations humanitaires des Nations Unies et les organisations humanitaires qui ne relèvent pas du système des Nations Unies.
- **Le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD)**, qui fournit un programme-cadre pour les équipes de pays des Nations Unies.

Qui sont les partenaires du PAM ?

Institutions spécialisées des Nations Unies

Le PAM établit une coopération avec trois autres principales institutions des Nations Unies sur la base de mandats clairs en matière de nutrition : l'UNICEF, la FAO et l'OMS. D'autres partenariats avec les Nations Unies impliquent l'UNESCO, le PNUD, le FNUAP, le HCR, le FIDA et ONU-Femmes.

¹³ Pour de plus amples informations concernant le travail avec les ONG, consulter le site <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>.

Organisations non gouvernementales et organisations de la société civiles partenaires :

Le Programme alimentaire mondial entretient des partenariats avec plus de 2 000 organisations non gouvernementales (ONG) et organisations de la société civile. Ils sont essentiels en termes de réponse à court terme et à long terme et constituent un moyen d'accroître la présence du PAM sur le terrain. Cette présence permet un engagement avec les gouvernements d'accueil, afin d'harmoniser notre approche avec les priorités nationales, garantissant ainsi une appropriation locale et un renforcement des capacités pour promouvoir des solutions durables pour combattre la malnutrition.

Acteurs du secteurs privés

Les partenariats du PAM avec les acteurs du secteur privé ont joué un rôle essentiel en nous aidant à disposer des bons outils pour lutter contre la malnutrition. Qu'il s'agisse des technologies alimentaires de pointe, de la mise au point d'aliments nutritionnels spécialisés pour le traitement de la malnutrition ou d'innovations dans le domaine des télécommunications qui permettent au PAM d'atteindre les populations des régions reculées, les partenariats du PAM avec des entreprises alimentaires, nutritionnelles, logistiques et de télécommunications contribuent à renforcer notre capacité à fournir des interventions appropriées, efficaces et sans danger en matière de nutrition.

Plateformes et initiatives de coordination

Le PAM s'engage activement et contribue à façonner les principaux efforts internationaux en matière de nutrition et les plateformes mondiales dédiées à la nutrition, notamment le mouvement multipartite « Renforcer la nutrition ». Le PAM s'engage à favoriser la cohérence et la coordination des Nations Unies en matière de nutrition en appuyant le Réseau des Nations Unies et le principe de la responsabilité sectorielle du comité directeur interinstitutions.

SUN¹⁴ : Le PAM est un fervent partisan et un actif participant du mouvement Renforcer la nutrition, qui a galvanisé un engagement politique sans précédent en faveur de l'amélioration de la nutrition pendant la période critique des 1 000 jours : de la conception jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant.

En juillet 2010, un cadre global d'action multisectorielle visant à lutter contre la dénutrition grâce à un partenariat renforcé et à des investissements dirigés par un engagement gouvernemental a été élaboré par un large éventail d'institutions spécialisées des Nations Unies (dont le PAM), de gouvernements et d'organismes donateurs, la société civile, la communauté des chercheurs, le secteur privé, des organisations intergouvernementales et des organismes de développement. La Feuille de route mondiale pour le mouvement SUN a été lancée en septembre 2010, décrivant comment les parties prenantes nationales, régionales et internationales peuvent collaborer dans un programme de renforcement de la nutrition.

Depuis septembre 2018, 60 dirigeants de gouvernements nationaux ont fait part de leur détermination à renforcer la nutrition. Le mouvement Renforcer la nutrition appuie les approches menées par les pays qui sont inclusives et multisectorielles et promeut l'intensification des interventions spécifiques à la nutrition ainsi que les interventions à dimension nutritionnelle.

La politique du PAM en matière de nutrition est pleinement alignée sur celle du SUN. Le PAM est une partie prenante clé et il contribue à façonner le programme du mouvement Renforcer la nutrition pour l'avenir. Le PAM est membre du Groupe principal du mouvement SUN qui représente le réseau plus large des Nations Unies dans les accords d'orientation du mouvement SUN.

Comité permanent de la nutrition des Nations Unies¹⁵ : Le Comité permanent de la nutrition comprend les cinq institutions spécialisées des Nations Unies qui ont un mandat explicite en matière de nutrition, à savoir la FAO, le FIDA, l'UNICEF, le PAM et l'OMS, visant à améliorer les niveaux de nutrition dans le monde. Toutefois, tous les organismes des Nations Unies qui s'intéressent de près ou de loin aux questions liées à la nutrition peuvent devenir membres du Comité permanent de la nutrition. Le Comité permanent de la nutrition des

¹⁴ <http://scalingupnutrition.org>

¹⁵ www.unscn.org

Nations Unies est la plateforme mondiale interinstitutions qui encourage, coordonne et soutient les efforts de nutrition dans tout le système des Nations Unies, afin d'harmoniser les orientations techniques et politiques en matière de nutrition. Le Comité permanent de la nutrition travaille également en partenariat avec le mouvement SUN. Le Programme alimentaire mondial préside le Comité permanent de la nutrition des Nations Unies.

No Wasted Lives¹⁶ : La coalition No Wasted Lives aide à développer les connaissances en matière de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë, catalysant les investissements et s'efforçant d'augmenter le pourcentage d'enfants bénéficiant d'un traitement pour une malnutrition aiguë sévère, tout en réduisant le nombre d'enfants qui en ont besoin.

Réforme humanitaire et principe de la responsabilité sectorielle du Comité directeur interinstitutions des Nations Unies

Le programme de réforme humanitaire, notamment le principe de la responsabilité sectorielle, a été élaboré afin de combler les lacunes de l'intervention humanitaire. Le principe de la responsabilité sectorielle vise à renforcer la prévisibilité, la capacité d'action, la coordination et la responsabilité d'une intervention d'urgence. Pour ce faire, les responsabilités des secteurs techniques sont attribuées à des institutions spécifiques au niveau mondial, les partenariats sont renforcés et l'on précise quelle institution a la responsabilité de prévenir et de combler les lacunes en tant que « fournisseur en dernier ressort ».

L'UNICEF est le chef de file sectoriel pour la nutrition. Le PAM est un membre actif du Groupe nutrition du Comité permanent interorganisations et participe aux groupes nutrition nationaux et régionaux lorsqu'ils existent.

Le PAM est un organisme co-dirigeant du Module mondial de la sécurité alimentaire dont les membres sont la FAO, le PAM; des ONG, la Croix rouge et le Croissant rouge¹⁷.

¹⁶ <https://www.nowastedlives.org>

¹⁷ <http://foodsecuritycluster.net>

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Pour de plus amples informations sur l'évaluation des partenariats du PAM : <https://docs.wfp.org/api/documents/e309db1795774bd491e41ab3332ea7bf/download/>
- Pour de plus amples informations sur les Principes du partenariat : <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp273179.pdf>
- Le mouvement SUN : <http://scalingupnutrition.org/>
- No Wasted Lives : <https://www.nowastedlives.org>
- Comité permanent de la nutrition des Nations Unies : <https://www.unscn.org/>
- ÉVALUATION STRATÉGIQUE : évaluation conjointe des efforts renouvelés contre la faim et la dénutrition chez les enfants (REACH) 2011-2015 : <https://docs.wfp.org/api/documents/5e98cca6c4ab4879bb6d1892c22dc95c/download/>
- Politique en matière de nutrition du PAM 2017 : <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>
- SDGs – a quick guide (PAM, 2016) : <http://newgo.wfp.org/documents/sustainable-development-goals-a-quick-guide>
- ODD : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- UNICEF-OMS-La Banque mondiale : Niveaux et tendances de la malnutrition infantile : estimations conjointes de la malnutrition infantile <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>
- Programme alimentaire et Nutrition (10 minutes) E-apprentissage. Disponible à partir de l'espace WFP WeLearn : https://wfp.eu.crossknowledge.com/candidat/product_sheet.php?trainingcontent_id=38836&locale=en-US

Chapitre 1 : Principes fondamentaux de la nutrition

Objet :

Ce chapitre a pour objet de présenter les principes fondamentaux de la nutrition. Ce chapitre définira également les formes les plus courantes de dénutrition et ses facteurs fondamentaux, immédiats et sous-jacents.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer la différence entre les macronutriments et les micronutriments, et citer des exemples de chacun d'entre eux.
- Comprendre la dénutrition sous toutes ses formes et décrire ses causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales.

Présentation générale

La nutrition est l'ensemble du processus d'obtention de la nourriture, de consommation de cette nourriture, d'absorption de ses nutriments et de son énergie. L'apport alimentaire, considéré en relation avec les besoins alimentaires de l'organisme, est l'un des fondements de la bonne santé tout au long de la vie d'une personne. La nutrition englobe le processus par lequel les gens :

- obtiennent les types et les quantités d'aliments nécessaires pour répondre aux besoins nutritifs nécessaires à l'entretien, à la croissance et à l'activité du corps,
- préparent les aliments pour les consommer,
- consomment les aliments,
- absorbent les nutriments et l'énergie provenant de la nourriture qui a été consommée.

Une bonne nutrition ne consiste pas seulement à consommer suffisamment de nourriture, mais aussi à s'assurer que les bons nutriments pénètrent dans l'organisme (par exemple, en allaitant les nourrissons et les jeunes enfants et en leur offrant une alimentation variée tout au long de leur vie) et y restent (par exemple, des traitements antidiarrhéiques de réhydratation).

L'état nutritionnel désigne l'équilibre entre les besoins en nutriments et en énergie et l'apport en la matière.

- Un nutriment est une substance qui fournit une nourriture essentielle au maintien de la vie et à la croissance.
- L'énergie provient des aliments que nous mangeons et se mesure le plus souvent en kilocalories (kcal).

La malnutrition se produit lorsque le régime alimentaire fournit trop peu de nutriments ou un apport excessif de nutriments et/ou d'énergie. Il en résulte un déséquilibre qui peut affecter la croissance et le développement et causer des maladies. La malnutrition peut également survenir lorsqu'une personne ne peut pas traiter ou absorber les nutriments en raison d'une maladie. Par exemple, les maladies infectieuses comme le paludisme peuvent gâcher des nutriments en empêchant leur absorption ou en les détournant pour répondre à l'infection.

Nutriments

Tous les aliments sont composés de nutriments. Le corps utilise les nutriments pour :

- fabriquer des tissus et réparer des tissus endommagés,

- produire de l'énergie,
- accomplir toutes les autres fonctions nécessaires pour rester en bonne santé.

Pour une bonne nutrition, le corps a besoin d'une combinaison de nutriments, qui se classent en deux catégories : les macronutriments et les micronutriments, en fonction de la quantité requise par le corps humain. En outre, l'eau est essentielle pour le fonctionnement normal du corps, bien que ce ne soit pas un nutriment.

Les macronutriments (glucides, protéines et lipides) sont consommés en quantités relativement importantes (les quantités, par exemple, sont exprimées en grammes). Les macronutriments fournissent toute l'énergie nécessaire à l'organisme et constituent l'essentiel de l'alimentation.

Les micronutriments (vitamines et minéraux, y compris les oligo-éléments) ne sont nécessaires qu'en petites quantités (p. ex. en milligrammes ou en microgrammes), mais sont utilisés dans un large éventail de fonctions et de processus de l'organisme. Certains micronutriments sont largement disponibles dans toute une gamme d'aliments et les carences sont inhabituelles. D'autres micronutriments se trouvent uniquement dans un éventail restreint d'aliments et les carences peuvent être courantes.

Macronutriments

Il existe trois catégories de macronutriments.

Les **glucides** fournissent une importante source d'énergie pour les fonctions vitales des organes (comme la respiration et le maintien de la chaleur corporelle) et l'activité physique. Ils comprennent les amidons et les sucres. Les aliments végétaux couramment consommés comme les grains entiers, les tubercules et les légumineuses contiennent des glucides.

Les sources de glucides sont :

- les céréales (comme le maïs, le riz et le sorgho),
- les racines et les tubercules (par ex. le manioc, les patates douces et les carottes),
- les légumineuses (comme les lentilles, pois chiches et haricots rouges),
- les légumes (p. ex. légumes-feuilles et brocolis),
- les fruits (p. ex. les bananes, les pommes et les mangues).

Les **lipides (les graisses et les huiles)**, composés d'acides gras, fournissent une source importante d'énergie et aident l'organisme à absorber les vitamines liposolubles (A, D, E et K). Certains acides gras sont également importants pour le développement du cerveau, l'acuité visuelle et l'humeur. La plupart des acides gras peuvent être synthétisés par le corps humain à partir de sources générales de graisses et d'huiles. Cependant, deux acides gras essentiels, l'acide linoléique et l'acide alpha-linolénique, qui sont nécessaires à la croissance normale du fœtus et à la croissance et au développement du nourrisson, ne peuvent être synthétisés par le corps humain et doivent être introduits directement par l'alimentation. Il est particulièrement important que les femmes enceintes et les mères allaitantes consomment du poisson, des fruits de mer et des sources végétales riches en acides gras essentiels. La composition des acides gras essentiels dans l'alimentation maternelle est le déterminant le plus important de la quantité et des types d'acides gras essentiels sécrétés dans le lait maternel, et donc de l'apport alimentaire de l'enfant allaité.

Les sources de graisses et d'huiles comprennent :

- les sources d'origine végétale (comme les noix, les graines et la margarine),
- les sources d'origine animale (par exemple le beurre, le beurre clarifié, la viande et le poisson).

Comment obtenir des acides gras essentiels

L'acide linoléique et l'acide alpha-linolénique sont les deux acides gras essentiels qui doivent être introduits par des ressources alimentaires. Les principales sources d'acide linoléique sont les poissons gras (thon, sardines, saumon, maquereau, hareng, truite). Les principales sources alimentaires d'acides alpha-linoléniques sont l'huile et les noix (huile d'olive, huile de colza, noix, graines de lin).

Les **protéines** fournissent les éléments constitutifs des tissus corporels. Lorsqu'elles sont en excès, les protéines sont utilisées pour l'énergie. Les protéines sont composées d'acides aminés. Les acides aminés essentiels doivent être obtenus à partir des aliments puisqu'ils ne peuvent pas être fabriqués par l'organisme.

Les sources de protéines sont :

- les sources d'origine animale (p. ex. œufs, lait, volaille, poisson et autres fruits de mer et viande),
- Les sources d'origine végétale (p. ex. légumineuses, noix et haricots rouges).

Comment obtenir tous les acides aminés essentiels

Alors que les protéines d'origine animale contiennent tous les acides aminés en quantités équilibrées, les protéines d'origine végétale manquent de certains des acides aminés essentiels. Il est donc nécessaire de combiner différents aliments végétaux pour obtenir un équilibre en acides aminés essentiels, par exemple, des céréales avec des haricots.

Micronutriments

Il existe deux catégories de micronutriments :

Les **vitamines** qui sont nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme, y compris aux processus métaboliques essentiels. Par exemple, la vitamine A est nécessaire pour la vue, la fonction immunitaire et la reproduction. Les vitamines sont soit hydrosolubles (comme la vitamine C), soit liposolubles (comme la vitamine A). Les vitamines liposolubles peuvent être stockées dans les tissus adipeux. Inversement, les vitamines hydrosolubles qui sont consommées en excès par rapport aux besoins sont excrétées par l'urine et d'autres liquides organiques.

Les **minéraux** sont des composants essentiels des hormones, des enzymes et d'autres tissus de l'organisme. Le fer, par exemple, est nécessaire pour synthétiser l'hémoglobine dans les globules rouges. L'hémoglobine transfère l'oxygène des poumons aux tissus, donc sans fer, le corps ne peut pas utiliser l'oxygène que nous respirons. Les oligo-éléments sont nécessaires en quantités infimes pour une croissance et un développement corrects et une bonne santé. Un exemple d'oligo-élément est l'iode, qui est nécessaire à la fonction thyroïdienne. Bien qu'ils soient nécessaires en très petites quantités, sans oligo-éléments, nous ne pouvons pas survivre.

La transformation, le stockage et la cuisson affectent la teneur des aliments en micronutriments.

La façon dont les aliments sont transformés, entreposés et préparés peut avoir une incidence sur leur teneur en micronutriments. Par exemple, les légumineuses en germination peuvent augmenter la teneur en vitamine C tandis que la fermentation des céréales peut augmenter la disponibilité du fer, du zinc, du calcium et du phosphore. Dans le même temps, la cuisson peut réduire la teneur des nutriments en vitamines hydrosolubles.

Comprendre la malnutrition

Une alimentation nutritive apporte tous les nutriments dont le corps a besoin. La malnutrition peut augmenter le risque pour les personnes qui en souffrent de tomber malades et entraver leur développement physique et mental, rendant la tâche plus difficile pour eux de devenir des membres productifs de la société.

Un adulte en moyenne a besoin d'environ 2 100 kcal par jour pour l'accomplissement des fonctions corporelles de base. Ces calories doivent provenir d'une alimentation variée afin de répondre à tous les besoins nutritionnels. L'énergie provient des macronutriments ; les micronutriments ne sont pas une source d'énergie. Les besoins nutritionnels varient d'une personne à l'autre, changent tout au long du cycle de vie et varient en fonction de facteurs comme l'âge, le sexe et les conditions environnementales. Les besoins en énergie et en nutriments peuvent également augmenter avec l'augmentation de l'activité physique, pendant la maladie, pendant les périodes de croissance, ainsi que pendant la grossesse et l'allaitement.

Types de malnutrition

La malnutrition est un terme général qui désigne un large éventail de conditions. La malnutrition survient lorsque l'apport en nutriments et en énergie ne répond pas ou excède les besoins d'une personne pour maintenir sa croissance, son immunité et ses fonctions organiques. Dans le contexte du travail du Programme alimentaire mondial, les termes de malnutrition et dénutrition sont souvent utilisés à tort comme des synonymes. En réalité, la dénutrition est une forme de malnutrition, au même titre que la surnutrition :

- **La dénutrition** survient lorsque l'apport ou l'absorption d'énergie ou d'un ou plusieurs nutriments (protéines et/ou micronutriments) est inférieur aux besoins. La dénutrition peut aboutir à une malnutrition chronique, à une malnutrition aiguë et/ou à des carences en micronutriments.
- **La surnutrition** est une consommation excessive de nutriments et d'énergie telle qu'elle a des effets nocifs sur la santé. La surnutrition peut engendrer un surpoids et l'obésité, ainsi que des maladies non transmissibles liées à la nutrition.

Dénutrition

La dénutrition est le résultat d'un apport insuffisant en énergie, en protéines et/ou en micronutriments, ou d'une mauvaise absorption ou d'une perte rapide de nutriments due à une maladie ou à une dépense énergétique accrue. La dénutrition contribue à la mauvaise santé, à la mortalité et comporte des effets négatifs à long terme. Les enfants sous-alimentés sont plus vulnérables aux infections et connaissent des troubles du développement cognitif. La dénutrition chez les enfants peut avoir des conséquences à long terme, notamment des aptitudes scolaires diminuées, de mauvais résultats scolaires et des revenus inférieurs à l'âge adulte, autant de facteurs qui réduisent la contribution à l'économie d'un pays. Assurer une nutrition adéquate pendant **les 1 000 premiers jours** depuis la conception jusqu'au deuxième anniversaire d'un enfant – période également connue sous le nom de « **fenêtre d'opportunité** » – peut avoir un potentiel particulièrement élevé concernant les effets à court terme comme à long terme.

Lorsqu'une personne consomme moins d'énergie que nécessaire, elle commence à perdre de la graisse et des tissus musculaires, devient maigre et plus vulnérable aux infections et aux maladies. Lorsqu'une personne consomme moins d'un nutriment particulier que nécessaire, elle peut développer toute sorte de problèmes de santé. Par exemple, si une personne ne consomme pas suffisamment de vitamine A, elle peut devenir aveugle, un état qui est irréversible.

Il existe trois formes de dénutrition :

- **La malnutrition aiguë**, qui survient suite à une récente perte de poids rapide (ou, chez les enfants, suite à une incapacité à prendre du poids) et qui est associée à la morbidité et la mortalité accrues. La malnutrition aiguë se divise en malnutrition aiguë modérée (MAM) et malnutrition aiguë sévère. Les concepts de malnutrition aiguë modérée et sévère et la manière dont ces formes de malnutritions peuvent être traitées et prévenues sont abordés de manière plus approfondie aux chapitres 6.1 et 7.
- **La malnutrition chronique** se développe suite à une nutrition inadéquate, à des infections répétées ou les deux. Elle est associée à un mauvais développement cognitif, un apprentissage médiocre et une productivité limitée. Elle s'accumule au fil du temps, en particulier durant les 1 000 premiers jours. Un indicateur de malnutrition chronique est le retard de croissance. Certains résultats négatifs associés au retard de croissance peuvent être irréversibles ; il convient donc de prévenir le retard de croissance. Le retard de croissance est abordé plus avant au chapitre 6.2.
- **Une carence en micronutriments** est un manque de vitamines et minéraux essentiels. Les personnes qui souffrent de carences en micronutriments peuvent ne présenter aucun signe ou symptôme, c'est pourquoi on les désigne parfois par le terme « faim cachée ». Les carences en micronutriments peuvent prendre de nombreuses formes en fonction de la carence en micronutriment(s) présente dans l'alimentation. À l'échelle mondiale, les carences en fer, en vitamine A et en iode sont les trois carences les plus courantes. Les femmes enceintes et les mères allaitantes ainsi que les enfants sont les personnes les plus sujettes aux carences en micronutriments. Les carences en micronutriments sont abordées plus avant au chapitre 6.3.

Surnutrition

Il y a surnutrition lorsque l'apport d'un ou de plusieurs nutriments et/ou d'énergie est supérieur aux besoins, au point que la santé en est affectée. La forme la plus courante de surnutrition se produit lorsque l'apport énergétique est supérieur aux besoins, ce qui entraîne une augmentation de la masse grasse corporelle et peut entraîner **un surpoids** ou **l'obésité**. Une personne est classée comme étant en surpoids ou obèse selon son indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est défini comme le poids corporel divisé par le carré de la taille corporelle,

exprimé en unités de kg/m². Un adulte dont l'IMC est supérieur ou égal à 25 est considéré en surpoids, tandis qu'un adulte dont l'IMC est supérieur ou égal à 30 est considéré obèse¹⁸.

Le surpoids et l'obésité rendent une personne plus vulnérable aux risques immédiats et à long terme pour la santé, définis **comme des maladies non transmissibles**. Parmi les risques immédiats du surpoids ou de l'obésité figurent les anomalies métaboliques, notamment des taux élevés de cholestérol, de triglycérides et de glycémie et l'hypertension artérielle. Les risques à plus long terme comprennent : les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux), le diabète de type II et certains types de cancer (comme le cancer gastro-intestinal). Les enfants en surpoids ou obèses ont plus de risque d'être en surpoids ou obèses à l'âge adulte. Comme dans le cas de la dénutrition, une croissance optimale au cours des 1 000 premiers jours est essentielle à la prévention du surpoids.

Parmi les autres formes courantes de surnutrition, il convient de mentionner la surconsommation de sodium (que l'on trouve le plus souvent dans le sel et de nombreuses sauces de soja et de poisson), qui peut causer une hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires, et la surconsommation d'acides gras trans, qui est également liée aux maladies cardiovasculaires.

Les changements survenant dans les habitudes alimentaires et l'activité physique sont souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux liés au développement et de l'absence de politiques de soutien dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, la transformation alimentaire, la distribution, le marketing et l'éducation.

La convergence des différents types de malnutrition

De plus en plus de données montrent que différents types de malnutrition peuvent survenir en même temps.¹⁹ L'émaciation, le retard de croissance, les carences en micronutriments et, de plus en plus, le surpoids et l'obésité coexistent chez les mêmes populations vulnérables, communautés, ménages et, parfois, chez les individus²⁰. Cette coexistence de la dénutrition et de la surnutrition est appelée le double fardeau de la malnutrition.

Le double fardeau de la malnutrition s'observe aussi bien au niveau de la population qu'au niveau des ménages, par exemple, une mère en surpoids avec un enfant présentant un retard de croissance. Le double fardeau peut également être observé au niveau individuel. Par exemple, une personne en surpoids ou obèse peut souffrir d'anémie ferriprive ou présenter une carence en zinc ou en vitamine A (entre autres micronutriments). Ce phénomène se produit souvent à la suite d'une mauvaise alimentation, caractérisée par la consommation d'aliments riches en énergie et/ou en sel, en sucres et en graisses, mais pauvres en vitamines et minéraux.

Les facteurs de la malnutrition

Les différents types de malnutrition partagent un certain nombre de causes, notamment : une mauvaise alimentation, une mauvaise nutrition maternelle, des maladies infectieuses, des soins inadéquats pour les nourrissons et les enfants et des pratiques d'alimentation complémentaire.

L'état nutritionnel d'un individu est le résultat d'un large éventail de facteurs.

- **Les déterminants immédiats** sont les maladies et une alimentation inappropriée au niveau individuel.
- **Les déterminants sous-jacents** sont une sécurité alimentaire, des pratiques de soins, des soins de santé et un environnement sanitaire inappropriés au niveau des ménages.
- **Les déterminants de base** sont attribués aux pratiques sociales et culturelles au niveau communautaire ou sociétal, en raison de l'environnement sociopolitique, de la gouvernance, de la capacité de leadership et des ressources financières, ainsi que des connaissances et des données probantes.

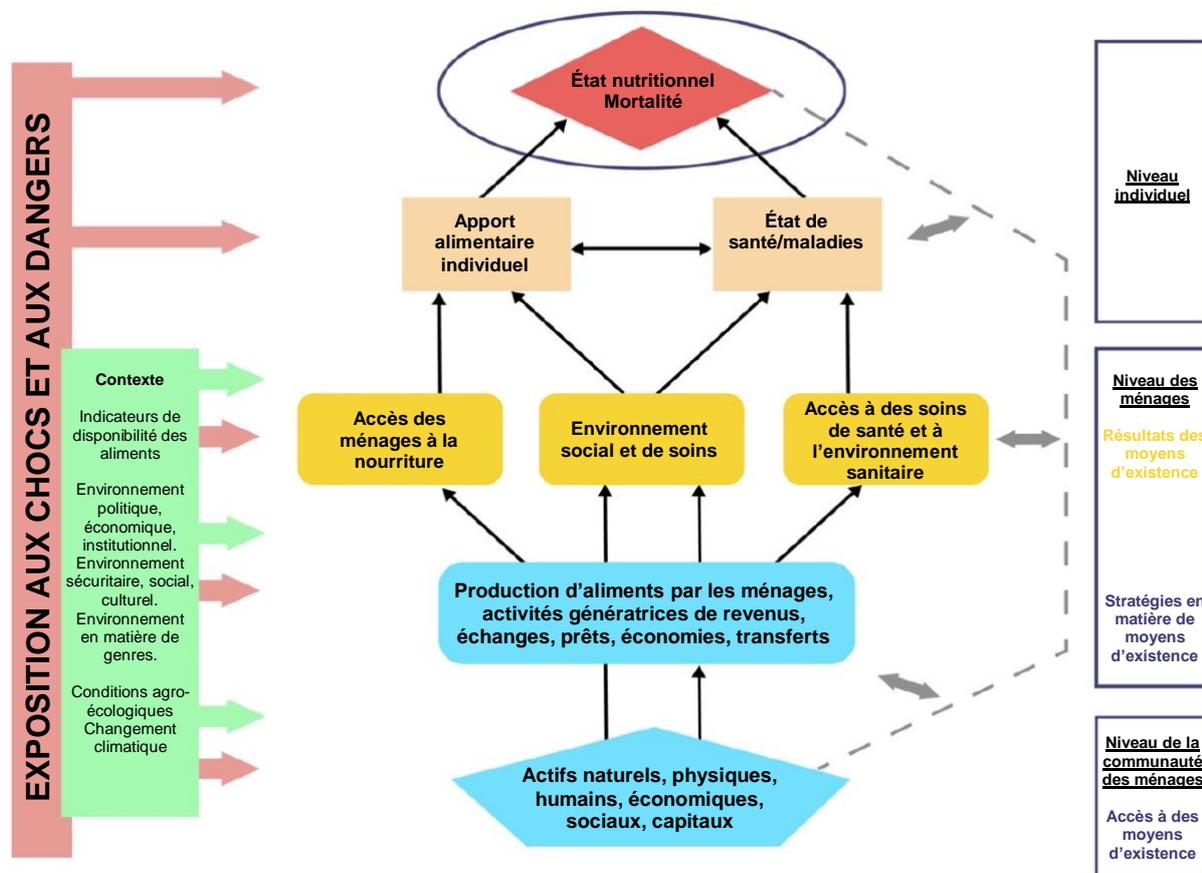
¹⁸ OMS, Principaux repères, Obésité et surpoids, n° 311 (2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

¹⁹ Bergeron, Gilles et Castleman, Tony. 2012. « Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences » (Réponses du programme à la malnutrition aiguë et chronique : divergences et convergences) *Advances in Nutrition*. Volume 3, pp. 242-249.

²⁰ OMS. The double burden of malnutrition. Policy brief. Genève. Organisation mondiale de la Santé ; 2017.

Pour comprendre les facteurs de la malnutrition, il est utile d'utiliser un cadre conceptuel, tel que le Cadre de sécurité alimentaire et nutritionnelle du PAM²¹ présenté ci-après.

Cadre conceptuel de la sécurité alimentaire et nutritionnelle



Cycle malnutrition-infection

La relation bidirectionnelle entre la nutrition et l'infection a été bien établie et est appelée le cycle Malnutrition-Infection. Diverses maladies peuvent avoir un impact sur l'état nutritionnel en réduisant l'appétit et donc l'apport alimentaire individuel, en entravant l'absorption et le métabolisme des nutriments et en augmentant les pertes de nutriments. Dans le même temps, un enfant mal nourri a souvent des épisodes de maladie plus graves et plus fréquents en raison d'une immunité réduite, ce qui perpétue le cycle de la malnutrition et de l'infection.

Dans les milieux pauvres en ressources, les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la rougeole. Chez les enfants comme chez les adultes, la tuberculose et le VIH/SIDA contribuent également à la mortalité. La dénutrition maternelle et infantile est associée à toutes ces causes de décès. En fait, 45 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans pourraient être évités si la dénutrition n'existait pas²².

Le cycle intergénérationnel de la malnutrition

En outre, les effets négatifs de la malnutrition peuvent être liés d'une génération à l'autre par le biais d'un cycle intergénérationnel de la malnutrition. Les mères souffrant de malnutrition sont plus susceptibles d'avoir des

²¹ Adapté du cadre conceptuel de l'UNICEF. PAM. 2016. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000021096/download/>

²² <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou un nourrisson de petite taille pour l'âge gestationnel, ce qui équivaut à un retard de croissance à la naissance ; ces nourrissons ont moins de chances de survie et sont souvent en mauvaise santé tout au long de leur vie. Le fait d'être né avec une insuffisance pondérale à la naissance augmente le risque de décès et de maladie pendant l'enfance, et de maladies non transmissibles à l'âge adulte. Si les enfants souffrent de malnutrition, leur développement et leur croissance peuvent être affectés, ce qui a pour conséquence que les adolescentes et les femmes en âge de procréer ne sont pas physiologiquement préparées à la grossesse. Lorsque les femmes se trouvant dans cet état tombent enceintes, elles sont là encore plus susceptibles de donner naissance à un nourrisson présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou un nourrisson de petite taille pour son âge gestationnel.

Résumé

Le corps a besoin à la fois de macronutriments et de micronutriments pour être bien nourri. Les macronutriments (glucides, protéines et lipides) sont consommés en quantités relativement importantes, comblent tous les besoins énergétiques et constituent l'essentiel de l'alimentation. Les micronutriments (vitamines et minéraux) sont nécessaires en petites quantités pour la croissance et le développement, un système immunitaire sain et le bon fonctionnement de l'organisme. La malnutrition sous toutes ses formes comprend la dénutrition (indiquée par l'émaciation, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale), un apport insuffisant en vitamines ou minéraux, le surpoids et l'obésité. Les facteurs immédiats de la malnutrition sont l'apport alimentaire et la maladie. Les facteurs sous-jacents sont une sécurité alimentaire et des pratiques de soins insuffisants au niveau des ménages, ainsi que le manque d'accès aux soins de santé et à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Les fondamentaux de la nutrition (10 minutes) E-apprentissage. Disponible à partir de l'espace WFP WeLearn :
https://wfp.eu.crossknowledge.com/candidat/product_sheet.php?trainingcontent_id=38831&locale=en-US
- Principes fondamentaux de la nutrition (45 minutes). E-apprentissage. Disponible à partir de l'espace WFP WeLearn : https://ckls-cdn-eu.crossknowledge.com/8af5c2278136b36a59c8185541581d4e/learning_objects/E22DD06D-E936-5395-86E3-A47BB392E34D/index_lms.html

Chapitre 2. Évaluation de l'état nutritionnel individuel

Objet :

L'objet de ce chapitre est de permettre au lecteur de comprendre comment l'état nutritionnel d'un individu est mesuré et classé et d'aider à l'interprétation des résultats.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Comprendre le processus de calcul de l'état nutritionnel individuel chez les enfants, les adolescents et les adultes au moyen de mesures anthropométriques, cliniques et biochimiques et de l'apport alimentaire.
- Comprendre comment interpréter l'état nutritionnel d'une personne en fonction des seuils fixés.

Présentation générale

Une évaluation nutritionnelle est un moyen efficace de déterminer l'état nutritionnel d'une personne et si ses besoins nutritionnels sont satisfaits. Les évaluations individuelles de la nutrition permettent de déterminer si une personne a besoin de soins pour malnutrition et si une croissance saine est finalement atteinte. Les évaluations nutritionnelles au sein d'un groupe de population peuvent être utilisées pour la planification et la conception de programmes, la fixation d'objectifs de programmation et le suivi et l'évaluation des programmes.

L'état nutritionnel peut rarement être observé directement. Il existe quatre principales méthodes utilisées pour évaluer l'état nutritionnel d'une personne et identifier la malnutrition. Ces domaines sont les suivants :

- Anthropométrie
- Évaluation clinique
- Évaluation biochimique
- Apport alimentaire (qui indique le risque de mauvais état nutritionnel)

Les évaluations anthropométriques et cliniques sont les plus couramment utilisées dans les situations d'urgence et pour évaluer les populations. Différentes méthodes sont utilisées pour identifier différents types de malnutrition ([Tableau 2.1](#)).

Tableau 2.1. Méthodes permettant d'identifier les différents types de malnutrition

Méthodes	Malnutrition aiguë	Malnutrition chronique	Carences en micronutriments	Surpoids et obésité
Anthropométrie	x	x		x
Évaluation clinique	x		x	
Évaluation biochimique			x	

Mesurer la malnutrition grâce à l'anthropométrie

L'anthropométrie est la mesure des dimensions physiques du corps. Les mesures anthropométriques sont largement utilisées avec succès, étant donné que les mesures corporelles indiquent l'état nutritionnel et sont peu coûteuses, faciles et rapides à recueillir et à utiliser.

Les dimensions physiques courantes utilisées pour interpréter l'état nutritionnel sont le poids, la taille debout ou couchée et la circonférence du milieu de la partie supérieure du bras (ou périmètre brachial). D'autres variables doivent être mesurées pour une interprétation correcte de l'anthropométrie : l'âge, le sexe et, dans le cas des femmes, la situation en termes de grossesse (c.-à-d. enceinte ou non) et d'allaitement (c.-à-d. allaitement au sein ou non).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dispose d'une série de manuels de formation pour favoriser des mesures d'excellente qualité des mesures anthropométriques sur le terrain²³. En résumé, les nourrissons peuvent être pesés de diverses manières, notamment à l'aide de balances spéciales pour mères et nourrissons ou de balance suspendue. Les enfants plus âgés peuvent être pesés de la même manière que les adultes en utilisant des pese-personnes debout²⁴.

La taille couchée ou debout peut être mesurée en situation réelle au moyen de tableaux de mesures. Si un enfant est âgé de moins de 2 ans ou fait moins de 85 cm environ debout ou couché, il faut mesurer sa taille couchée. Les enfants, les adolescents et les adultes doivent être mesurés debout. Si un enfant est trop jeune ou malade pour se tenir debout, il est préférable de mesurer sa taille couchée plutôt que debout.

Le périmètre brachial est mesuré à l'aide de rubans spéciaux à code de couleur conçus pour les environnements de terrain. Le ruban sert à trouver l'endroit où se trouve le milieu du bras, puis à mesurer la circonférence à partir de ce point. Le ruban comporte une partie en rouge qui indique quand la circonférence du bras d'un enfant témoigne d'une malnutrition aiguë sévère et une partie en jaune qui indique quand la circonférence du bras d'un enfant témoigne d'une malnutrition aiguë modérée (voir le tableau 2.3 pour les seuils). Le reste du ruban est vert pour indiquer qu'il n'y a aucun signe de circonférence insuffisante du bras. Voir la série d'apprentissage en ligne de l'UNICEF pour une formation précise sur la mesure du périmètre brachial²⁵.

L'âge, le sexe et la situation en termes de grossesse et d'allaitement peuvent être mesurés au moyen d'entretiens. Cependant, il faut savoir que la situation de grossesse est souvent culturellement sensible et que les questions doivent être rédigées d'une manière appropriée en fonction du contexte. La meilleure façon de déterminer l'âge est de demander la date de naissance et de la calculer en fonction de la date du jour. Si la date de naissance n'est pas connue, les manuels anthropométriques de l'OMS fournissent des indications pour

²³ Les modules de formation de l'OMS sont accessibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/childgrowth/training/en/>

²⁴ Voir le cours de formation de l'OMS sur les normes de croissance de l'enfant, page 16 http://www.who.int/childgrowth/training/module_b_measuring_growth.pdf

²⁵ <https://www.unicef.org/nutrition/training/3.1.3/1.html>

déterminer au mieux l'âge de l'enfant²³. Certaines techniques d'entretien, comme demander aux soignants si un enfant est né avant ou après la saison des pluies, la récolte, etc. peuvent aider à obtenir une estimation plus précise.

Déterminer l'état nutritionnel : comparer l'individu à une population de référence en bonne santé

Les mesures du poids et de la taille des individus varient évidemment en fonction de leur âge et de leur sexe. Afin de prendre en compte les différences d'âge et de sexe, les mesures anthropométriques sont transformées en **indices nutritionnels** qui décrivent l'état nutritionnel ou anthropométrique d'une personne par rapport aux normes statistiques d'une population de référence en bonne santé. Les indices nutritionnels les plus couramment utilisés pour surveiller une croissance saine et indiquer quand un enfant est tombé dans un état de malnutrition sont le poids pour l'âge, la taille pour l'âge et le poids pour la taille. Depuis 2006, la norme de croissance de l'OMS²⁶ pour les enfants de moins de 5 ans fournit des informations sur la répartition normale d'une population en bonne santé pour ces indices nutritionnels. La norme de croissance est répartie par sexe, car les garçons et les filles, en moyenne, sont différents en taille et en poids, même pendant la petite enfance. La norme de croissance de l'OMS s'applique à tous les pays et à tous les enfants, quels que soient leur origine ethnique et leur statut socioéconomique.

Chacune des variables recueillies fournit un élément d'information sur une personne. Lorsqu'elles sont utilisées ensemble, elles peuvent fournir des informations importantes sur l'état nutritionnel d'une personne. Lorsque deux de ces variables sont utilisées ensemble, on les appelle *indices nutritionnels*.

Avant 2006, la référence internationale de 1978 du National Center for Health Statistics (NCHS) servait de population de référence. Pour analyser les tendances dans le temps en fonction des résultats d'enquêtes nutritionnelles basées sur le NCHS et de la norme de croissance de l'OMS, il est possible de convertir les résultats du NCHS en norme de croissance de l'OMS.

Comment convertir les indices nutritionnels : écart-type ou Z-score

Les indices nutritionnels pour les enfants peuvent être exprimés par rapport à la norme de croissance de l'OMS basée sur une population de référence en bonne santé, en convertissant ces indices en mesures d'écart-types, également connues sous le nom de Z-score. Le Z-score est la mesure de la distance entre la valeur de l'indice nutritionnel de l'enfant et la valeur attendue de la population de référence. Les Z-scores anthropométriques de 95 % de la population de référence sont compris entre -2 et +2, c'est-à-dire situés dans la plage normale. Si le Z-score d'un enfant se situe en dehors de la plage normale, cela indique un écart de son état nutritionnel par rapport à la norme. Si l'on prend la mesure du poids-pour-la-taille comme exemple, le Z-score permet d'estimer dans quelle mesure le poids d'un enfant est éloigné du poids moyen d'un enfant en bonne santé de même taille²⁷, et si cette valeur indique une variation hors norme entre des individus.

²⁶Normes de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/childgrowth/en/>

²⁷ Le « pourcentage de la valeur moyenne » pourrait être plus largement utilisé sur le terrain que les écarts-types étant donné que les pourcentages sont plus faciles à comprendre. Il indique les mesures de l'enfant en tant que pourcentage de la valeur attendue pour la population de référence. Le pourcentage de la valeur moyenne se calcule ainsi : $[\text{Poids réel} / \text{poids de référence de l'enfant}] \times 100$.

Les Z-scores pour les indices nutritionnels ne peuvent pas être calculés à la main lorsqu'on utilise la norme de croissance de l'OMS, en raison de la répartition des données et de la complexité mathématique. Au lieu de cela, il convient d'utiliser des tableaux de référence pour classer le statut, tandis que des programmes informatiques tels que l'ENA pour SMART ou l'AnthroPlus de l'OMS peuvent calculer automatiquement le Z-score spécifique pour un individu.²⁸

Voir le module du logiciel **Anthro de l'OMS** intitulé « Enquête nutritionnelle » pour analyser les ensembles de données du NCHS au moyen des normes de l'OMS :

<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>.

Expliquer les écarts-types (ÉT) ou le Z-score : un exemple au moyen de mesures de la taille debout

La figure 2.1 montre la variation naturelle de la taille debout de la population de référence de l'OMS d'enfants en bonne santé. Quarante-vingt-cinq pour cent de la population bien nourrie se trouve dans la zone rouge. Même parmi les populations bien nourries, on s'attend à ce que 2,5 % de la population soit naturellement petite et 2,5 % naturellement grande. On observe une certaine variation génétique de la taille au sein des populations, mais la variation entre les populations est beaucoup plus faible. Même pour les populations considérées comme très petites, si on leur permet d'atteindre leur potentiel génétique (grâce à une nutrition optimale et des milieux de vie optimaux), elles se conforment à cette courbe statistique.

Au niveau de la population, s'il y a plus de 2,5 % de personnes qui se trouvent en dessous de -2 écarts-types (dans la zone blanche à gauche), cela signifie qu'il y a des enfants qui souffrent d'un retard de croissance dans la population. De plus, les enfants qui ne sont pas classés comme souffrant d'un retard de croissance n'atteindront pas non plus leur plein potentiel de croissance. Plus la courbe d'une population est déplacée vers la gauche, c'est-à-dire plus la prévalence de retard de croissance est élevée, plus tous les enfants sont touchés par la dénutrition. L'objectif du Programme alimentaire mondial est d'appuyer une croissance et un développement optimaux pour tous : il ne s'agit pas seulement de mettre l'accent sur la « partie à la traîne » du diagramme, mais de modifier la répartition de l'ensemble de la population.

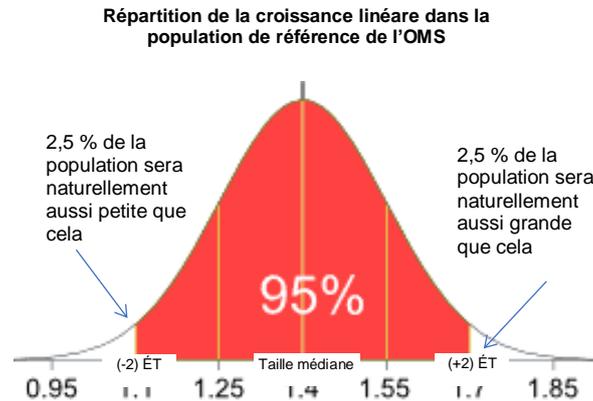
²⁸ Les tableaux de référence pour la norme de croissance de l'OMS sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/childgrowth/en/>

ENA pour SMART est accessible à l'adresse suivante : <https://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-emergency-nutrition-assessment/>

AnthroPlus de l'OMS est accessible à l'adresse suivante :

Figure 2.1 Variation de la taille de la population de référence de l'OMS d'enfants en bonne santé



Mesures corporelles et indices nutritionnels

Les indices nutritionnels les plus couramment utilisés pour identifier les formes de mauvais état nutritionnel sont les suivants :

- Z-score du poids-pour-la-taille (P/T) debout ou couchée : est utilisée pour détecter les pertes ou gains de poids à court terme, afin de déterminer l'émaciation chez les enfants de 0 à 59 mois. Les Z-scores du poids par rapport à la taille debout et du poids par rapport à la taille couchée sont également utilisés pour détecter si un enfant souffre de malnutrition aiguë sévère ou de malnutrition aiguë modérée. (La malnutrition aiguë sévère et la malnutrition aiguë modérée sont abordées plus avant dans les chapitres 6.1 et 7.)
- Z-score de la taille couchée pour l'âge ou de la taille debout pour l'âge : reflète la croissance linéaire et est couramment utilisé pour déterminer si ceux qui sont observés souffrent d'une malnutrition chronique. Le Z-score de la taille debout pour l'âge est le meilleur indicateur pour le retard de croissance.
- Z-score du poids pour l'âge : indique le niveau d'insuffisance pondérale, qui peut traduire une combinaison de malnutrition aiguë et chronique. Le Z-score du poids pour l'âge est généralement utilisé dans les programmes de surveillance de la croissance pour déterminer les défauts de croissance dans une phase précoce afin de prendre d'autres mesures.
- Périmètre brachial : le périmètre brachial est une mesure qui peut être utilisée indépendamment et qui n'a pas besoin d'être comparée à la courbe d'une population. C'est un bon indicateur du risque de mortalité et il est utilisé pour évaluer la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois. C'est également un indicateur de qualité pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent. C'est une mesure directe qui ne nécessite pas de calcul supplémentaire ; il est souvent utilisé pour le filtrage et l'admission dans les programmes de nutrition.
- Indice de masse corporelle (IMC) : l'IMC est un calcul utilisant le poids et la taille (Kg/m²) qui est couramment utilisé pour mesurer la malnutrition chez les hommes adultes et les femmes adultes non enceintes et non allaitantes. Il indique une insuffisance pondérale, un poids normal, un surpoids ou l'obésité et c'est un calcul autonome sans qu'il soit nécessaire de le comparer avec une courbe de population.
- Z-score de l'IMC-pour-l'âge : l'IMC peut être ajusté en fonction de l'âge pour générer un IMC pour l'âge. Il est utilisé pour les enfants lors de la mesure du surpoids et de l'obésité. Il est également utilisé chez les adolescents pour mesurer la malnutrition aiguë, ainsi que le surpoids et l'obésité, afin de s'adapter aux changements de taille et de poids qui surviennent à la puberté et au développement de l'adolescent.

Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) = Poids (kg) / Taille debout (m)²

L'IMC est défini comme le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètre (kg/m²). Par exemple, un adulte qui pèse 58 kg et dont la taille est de 1,70 m aura un IMC de 20,1 : $IMC = 58 \text{ kg} / (1,70 \text{ m} \times 1,70 \text{ m}) = 20,1$

Remarque : les mesures de l'IMC doivent être utilisées avec prudence chez les personnes dont l'équilibre hydrique est altéré, qui sont enceintes, qui ont une masse musculaire élevée ou une graisse viscérale élevée. Dans ces cas, y compris pour les femmes enceintes, le périmètre brachial est l'indicateur privilégié pour évaluer l'état nutritionnel.

(Voir le tableau 2.2 ci-dessous.)

Utiliser l'anthropométrie pour déterminer l'état nutritionnel parmi les différents groupes

Habituellement, les évaluations de l'état nutritionnel se concentrent sur les enfants âgés de 6 à 59 mois, car ils sont les plus vulnérables aux carences nutritionnelles. Cependant, une attention croissante est accordée à l'évaluation de la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents, les adultes (en particulier les femmes enceintes et les mères allaitantes) et les personnes âgées. La malnutrition chez les adultes et les personnes âgées a été enregistrée dans certaines situations d'urgence ou dans des contextes spécifiques (par exemple, forte prévalence de maladies chroniques comme le VIH et la tuberculose).

Les femmes, en particulier pendant la grossesse et l'allaitement, constituent un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel (une mesure du périmètre brachial inférieure à 230 mm est un indicateur simple de la malnutrition chez les femmes enceintes et les mères allaitantes). L'adolescence, qui survient entre 10 et 18 ans, est une période de croissance rapide. Par conséquent, les indices anthropométriques utilisés pour évaluer la malnutrition aiguë, qui sont utilisés pour les groupes d'âge à croissance plus lente, ne sont pas applicables. L'OMS recommande d'évaluer la malnutrition aiguë chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire en calculant le Z-score de l'IMC-pour-l'âge²⁹.

Les personnes âgées constituent un groupe difficile à définir et particulièrement difficile à évaluer sur le plan anthropométrique. Dans les pays en développement, une personne peut être considérée comme âgée à partir de 45 ans, alors que dans les pays développés, la vieillesse commence vers 60 ans. Comme les personnes âgées sont plus susceptibles d'être handicapées, alitées ou incapables de se tenir droites, il est difficile de mesurer avec précision la taille debout et, par conséquent, l'IMC. En outre, la diminution de la taille chez les personnes âgées se produit à un rythme de 1 à 2 cm par décennie, et encore plus rapidement chez les personnes plus âgées. La recherche suggère que des mesures comme l'envergure des bras (longueur d'une extrémité à l'autre des bras d'une personne lorsqu'ils sont levés parallèlement au sol à hauteur d'épaule, mesurée à partir du bout des doigts), la demi-envergure (longueur du bras tendu depuis le milieu du sternum jusqu'à l'extrémité du doigt le plus long), la hauteur du genou (distance entre la plante du pied et la face antérieure de la cuisse, la cheville et le genou étant chacun inclinés à 90°) peuvent servir à estimer la taille chez les personnes âgées. Toutefois, aucune méthode normalisée d'estimation de la taille à partir de ces mesures substitutives n'a été établie. C'est pourquoi, pour l'heure, l'IMC sur la base de la taille réelle ne peut être évaluée avec exactitude que chez les personnes âgées qui ne sont pas voûtées.

Tableau 2.2 Type de mesures anthropométriques par groupes d'âges*

Groupe d'âges						
Types de malnutrition	Nourrissons (0-6 mois)	Enfants (6-59 mois)	Enfants et adolescents	Femmes enceintes et	Adultes	Personnes âgées

²⁹ Les courbes de croissance de l'OMS pour les enfants et adolescents en âge scolaire sont disponibles ici : http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

			d'âge scolaire (5-19 ans)	mères allaitantes		
Malnutrition aiguë	Z-score du P/T debout	Z-score du P/T debout Périmètre brachial	Z-score de l'IMC-pour-l'âge	Périmètre brachial	IMC	IMC
Malnutrition chronique (retard de croissance)	Petit pour l'âge gestationnel	Z-score de la taille-pour-l'âge				
Insuffisance pondérale (aiguë/ chronique)	Insuffisance pondérale à la naissance	Z-score du poids-pour-l'âge			IMC	IMC
Surnutrition (surpoids et obésité)		Z-score de l'IMC-pour-l'âge	Z-score de l'IMC-pour-l'âge	Périmètre brachial	IMC-pour-l'âge	
<i>*Ces indicateurs ne peuvent être utilisés de manière interchangeable</i>						

L'insuffisance pondérale à la naissance est un indicateur de l'état nutritionnel de la mère et du nourrisson

Les enfants qui sont nés en pesant moins de 2,5 kg sont définis comme présentant une insuffisance pondérale à la naissance. Le poids à la naissance d'un bébé est un important indicateur anthropométrique qui reflète à la fois la durée de la gestation et le taux de croissance du fœtus. Il est associé à la santé et à l'état nutritionnel futurs de l'enfant et est influencé par l'état nutritionnel et de santé de la mère. Par conséquent, au niveau de la population, le poids à la naissance est un indicateur important dans les programmes destinés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes et aux jeunes enfants, car une prévalence élevée d'insuffisance pondérale à la naissance indique un risque élevé de mauvaise nutrition maternelle et une forte probabilité de mauvaise nutrition infantile dans la population dans les mois et années à venir. Des données fiables sur le poids à la naissance sont souvent rares. Les données recueillies dans les hôpitaux peuvent être biaisées en faveur des mères mieux nourries qui sont plus susceptibles d'accoucher dans ces établissements. Néanmoins, des efforts doivent être faits dans le cadre de programmes communautaires pour suivre les poids à la naissance.

Interprétation des données anthropométriques : seuils

L'état nutritionnel d'un individu est classé en comparaison d'une personne bien nourrie. La classification est basée sur des seuils pour chaque indicateur, en fonction des différents groupes d'âge.

Tableau 2.3 Classification de la malnutrition aiguë^{30,31,32,33}

³⁰ Le projet Sphère (2011). La Charte humanitaire et les normes minimales dans les interventions humanitaires, chapitre 3 : normes minimales de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Annexe 4. Genève : Le projet Sphère. <http://www.spherehandbook.org/en/appendix-4/>

³¹ Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/childgrowth/en/>

³² Données de référence de l'Organisation mondiale de la Santé pour les enfants et les adolescents (5-19 ans). <http://www.who.int/growthref/en/>

³³ Organisation mondiale de la Santé. Base de données mondiale des Indices de masse corporelle. <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm>

Groupe d'âges	Indice ou mesure	Modérée	Sévère
Nourrissons de 0-6 mois	Z-score du P/T debout	<-2 à >-3	<-3
Enfants de 6 à 59 mois	Z-score de la taille-pour-l'âge	<-2 à >-3	<-3
	Z-score du poids-pour-l'âge	<-2 à >-3	<-3
	Z-score du P/T debout	<-2 à >-3	<-3
	Périmètre brachial	<125 mm >115 mm	à <115 mm
Enfants et adolescents d'âge scolaire (5-19 ans)	Z-score de l'IMC-pour-l'âge	<-2 à >-3	<-3
Femmes enceintes et mères allaitantes	Périmètre brachial	<230 mm	<210 mm
Adultes (20 – 59,9) et personnes âgées	IMC	16,0 à 17,0	<16,0

Les enfants de moins de 5 ans présentant un œdème bilatéral qui prend le godet sont classés comme souffrant de malnutrition aiguë sévère, quelles que soient leurs mesures anthropométriques. De plus amples informations sur les œdèmes sont données ci-dessous.

Tableau 2.4 Classification du surpoids et de l'obésité

Groupe d'âges	Indice ou mesure	Surpoids	Obésité
Enfants (6-59 mois)	Z-score de l'IMC-pour-l'âge		=> 95e percentile ³⁴
Enfants et adolescents d'âge scolaire (5-19 ans)	Z-score de l'IMC-pour-l'âge	>+1 et <+2 Écart Type (ÉT)	>(+2) ÉT ³⁵
Femmes enceintes	Périmètre brachial		>330 mm ^{36,37}
Adultes (20 – 59,9) et personnes âgées	IMC	≥ 25.0	≥ 30.0 ³⁸

Évaluation clinique

Les évaluations cliniques identifient les signes et symptômes observables pour diagnostiquer la malnutrition. Cette méthode peut aider à identifier la malnutrition aiguë et certaines carences en micronutriments. Par exemple, une carence en vitamine A se manifeste par des problèmes oculaires (yeux). Une évaluation clinique permet de déterminer si une personne présente un certain nombre de problèmes oculaires, des tâches de Bitot à la kératose grave de la rétine. Un professionnel qualifié peut voir ces problèmes dans l'œil, les classer et ainsi diagnostiquer dans quelle mesure la personne est affectée par une carence en vitamine A. De même, l'évaluation et le diagnostic de la cécité nocturne peuvent également conduire à un diagnostic de carence en vitamine A. Parmi les autres manifestations cliniques des carences en micronutriments, il convient de mentionner le rachitisme dû à une carence en vitamine D, le goitre dû à une carence en iode, la perlèche due à une carence en vitamine B12 et en fer et le bériberi pour une carence en vitamine B1.

Les évaluations cliniques peuvent comprendre l'examen de l'état des cheveux, de la bouche, de la peau, des yeux et des ongles, ainsi que des difficultés de déglutition, l'état de déshydratation et les œdèmes. La réalisation d'une série d'évaluations cliniques est une méthode relativement peu coûteuse pour déterminer l'état nutritionnel.

Les évaluations cliniques ont leurs limites, comme la formation nécessaire pour assurer un diagnostic correct. Bien qu'utiles, les signes cliniques sont souvent non spécifiques et peuvent découler d'un certain nombre de conditions sous-jacentes différentes.

³⁴ Pour les normes de croissance de l'Organisation mondiale de la Santé, voir http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/fr/

³⁵ Organisation mondiale de la Santé. Indicateur 13. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicator13/en/>

³⁶ South African Medical Journal. July 2017. Cape Town. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742017000700020

³⁷ Fakia A, Petro G, Fawcus S, National Center for Biotechnology Information, June 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29025451>

³⁸ Organisation mondiale de la Santé. Indicateur 14. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicator14/en/>

Marasme et kwashiorkor

Le marasme et le kwashiorkor sont des formes de malnutrition aiguë sévère. Ces deux états se distinguent par leurs caractéristiques cliniques particulières. Le marasme se caractérise par une perte de poids importante : les côtes sont très proéminentes, les membres sont maigres et les muscles extrêmement émaciés. Les enfants qui souffrent du marasme ont souvent un bon appétit et sont très alertes. S'il est traité correctement et en temps opportun, un enfant souffrant de marasme a un bon pronostic.

Les principales caractéristiques distinctives du kwashiorkor sont l'œdème bilatéral qui prend le godet ou l'accumulation de liquide dans le corps. La perte d'appétit est une autre caractéristique courante. Les changements mentaux sont également fréquents, rendant l'enfant apathique et irritable. De plus, les cheveux de l'enfant deviennent plus fins et, si la couleur naturelle est noire, ils peuvent devenir brun clair ou rouge. Les joues peuvent sembler gonflées, ce qui donne au visage une forme lunaire caractéristique. Tout enfant atteint de kwashiorkor est considéré comme ayant une malnutrition aiguë sévère, quels que soient les indicateurs anthropométriques, et présente un risque élevé de décès.

Certains enfants présentent une forme mixte de marasme et de kwashiorkor, connue sous le nom de kwashiorkor avec marasme.

Œdème

L'œdème nutritionnel est un épanchement anormal de liquide dans les cellules des espaces tissulaires ou des cavités du corps des deux côtés du corps (œdème bilatéral, œdème qui prend le godet) à la suite de graves carences nutritionnelles. L'œdème chez l'enfant est le signe clinique clé du kwashiorkor.

En cas d'œdème nutritionnel, le poids d'une personne augmente en raison de l'accumulation de liquides. Par conséquent, des indices tels que le Z-score du poids-pour-la-taille debout ne sont pas représentatifs de son état anthropométrique réel. Un Z-score ne devrait pas être calculé pour des enfants souffrant d'œdème étant donné que la mesure du poids n'est pas valable.

Un enfant souffrant d'œdème nutritionnel est considéré comme souffrant de malnutrition aiguë sévère, quels que soient le Z-score de son poids par rapport à sa taille debout ou son périmètre brachial.

Évaluation d'un œdème nutritionnel

Pour évaluer l'œdème nutritionnel, exercer une pression moyenne pendant trois secondes sur la partie supérieure des deux pieds (juste en dessous de la cheville). Si le pouce laisse une empreinte, désignée par le terme de godet, sur la partie supérieure des deux pieds, alors l'œdème nutritionnel est présent.



Photo (gauche) :
Oxfam/Geno Teofilo

Photo (droite) : cet enfant souffre de kwashiorkor avec marasme : œdème bilatéral qui prend le godet sur les deux mains et les deux pieds et côtes saillantes.

biochimique

Les évaluations biochimiques désignent l'examen de métabolites spécifiques trouvés dans les fluides corporels tels que le sang et l'urine, afin de déterminer les carences et les anomalies dans le métabolisme des nutriments. Ces mesures portent sur l'hémoglobine, l'albumine, les triglycérides, le cholestérol total, les lipoprotéines de basse densité, le fer et les biomarqueurs de micronutriments. L'évaluation biochimique permet d'identifier certains types de carences en micronutriments avant l'apparition des signes cliniques. Par exemple, des mesures cliniques révélant des signes visibles de carence tels que des taches de Bitot ou un goitre indiquent des carences

Évaluation

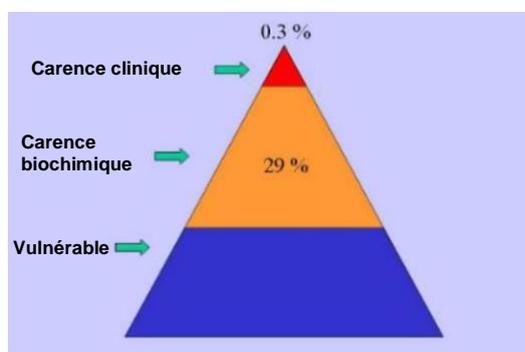
relativement sévères en vitamine A et en iode respectivement. Les mesures biochimiques de la faible teneur en rétinol sérique ou en iode urinaire indiquent des carences moins graves ou subcliniques en vitamine A et en iode respectivement.

Bon nombre de ces tests sont coûteux et les résultats doivent être interprétés par un professionnel de santé qualifié. Lorsque les ressources sont limitées, ces tests ne sont pas essentiels pour les évaluations nutritionnelles.

État de carences en micronutriments et évaluation

Les carences en micronutriments sont souvent moins visibles que les autres formes de malnutrition mais sont tout aussi critiques. Les carences en micronutriments les plus courantes dans le monde sont les carences en vitamine A, en fer et en iode. Appelées « faim cachée », la plupart des carences en micronutriments ne donnent pas de symptômes cliniques évidents chez la majorité des personnes touchées. La figure 2.1 montre en quoi les symptômes cliniques ne représentent que la « partie émergée de l'iceberg » par rapport à l'ampleur globale de la carence dans la population. La figure montre le pourcentage de femmes atteintes de pellagre³⁹ et de carence en niacine lors d'une enquête menée à Kuito, Angola (2004).

Figure 2,1. Répartition des carences en micronutriments au sein d'une population



L'évaluation biochimique exige des échantillons de liquides organiques comme le sang ou l'urine. Ces échantillons doivent normalement être analysés en laboratoire. Cela peut ne pas être faisable ou approprié dans des situations de terrain et d'urgence. Par conséquent, la reconnaissance des signes cliniques demeure souvent le principal moyen d'identifier les carences.

Cependant, s'appuyer sur les signes cliniques pour identifier les carences comporte un inconvénient fondamental : le risque de rater la détérioration de l'état des micronutriments avant l'apparition des signes cliniques et, partant, l'occasion de prendre des mesures préventives. Le tableau 2.5 montre les mesures que le personnel du PAM peut prendre pour prévoir et prévenir le risque d'une flambée de maladie dans une population donnée.

Tableau 2.5 Mesures pour prévenir le risque d'une flambée de maladie au sein d'une population donnée

Mesures	Source d'information
Déterminer quels micronutriments manquent dans le régime alimentaire ou la ration d'aide alimentaire.	Division de la nutrition du PAM pour l'examen du contenu du régime alimentaire et l'analyse du contenu des rations.
Évaluer la disponibilité et l'accessibilité des aliments locaux qui peuvent être consommés pour compléter la ration et déterminer s'ils sont riches en micronutriments particuliers (par exemple, quels	Expertise nutritionnelle locale ou internationale

³⁹ La pellagre est causée par une carence en niacine qui affecte la peau, la trachée gastro-intestinal et le système nerveux, et est parfois appelée les 3D : dermatite, diarrhée, démence.

fruits et légumes sont généralement consommés et pendant quelles saisons ils sont disponibles).	
Déterminer si des composantes de la ration sont échangées ou vendues et déterminer en quoi cela modifiera la teneur en micronutriments du régime alimentaire (p. ex. un aliment enrichi dans la ration, comme un aliment composé, est-il échangé contre un aliment pauvre en micronutriments donnés ?)	Suivi alimentaire par le PAM et expertise locale ou internationale en matière de nutrition
Déterminer quelles étaient les carences en micronutriments existantes au sein de la population bénéficiaire avant le choc, le principal facteur de la carence (c'est-à-dire un manque de nourriture ou une infection) et quels groupes de population étaient les plus à risque.	Expertise sanitaire et nutritionnelle locale ou internationale
Évaluer s'il existe des programmes d'enrichissement ou de supplémentation (par exemple, les centres de santé fournissent fréquemment des comprimés de fer et d'acide folique aux femmes enceintes et de la vitamine A aux jeunes enfants, tandis que des organismes comme l'UNICEF peuvent soutenir la supplémentation systématique de vitamine A ou l'iodation locale du sel)	Expertise locale ou internationale en matière de santé et programmes d'autres agences

Apport alimentaire

Les évaluations de l'apport alimentaire visent à déterminer si l'apport en nutriments et en énergie est suffisant pour la croissance et le développement. Les évaluations alimentaires sont couramment utilisées pour étudier la vulnérabilité des bénéficiaires en ce qui concerne les sources alimentaires, l'équilibre nutritionnel et la carence nutritionnelle globale en fonction de la consommation déclarée de certains aliments ou des habitudes alimentaires. Ces données sur la consommation alimentaire peuvent être utilisées pour évaluer l'adéquation alimentaire, pour identifier les groupes qui ne disposent pas de suffisamment de nutriments spécifiques, pour déterminer la source alimentaire la plus importante pour un nutriment particulier et pour éclairer les choix du programme afin de combler les carences en nutriments.

Les évaluations alimentaires portent souvent sur la diversité alimentaire, qui est un aspect important de la qualité de l'alimentation. La consommation d'un plus grand nombre d'aliments et de groupes d'aliments est associée à une meilleure adéquation nutritionnelle de l'alimentation.

L'apport alimentaire peut être évalué au moyen de différentes méthodes :

- Enquêtes et journaux alimentaires : les enquêtes alimentaires par questionnaires sont des comptes rendus écrits rédigés par les personnes interrogées qui saisissent, au moment de leur consommation, tous les aliments, boissons et suppléments nutritifs consommés au cours d'une période donnée. Elles comprennent des descriptions détaillées des aliments et des boissons, de leur mode de préparation et de leur quantité. Pour déterminer l'apport alimentaire habituel, la durée recommandée est de 3 à 10 jours.
- Méthode du rappel de la consommation des dernières 24 heures : dans la méthode de rappel de la consommation des dernières 24 heures, un intervieweur qualifié demande aux répondants de se rappeler tous les aliments, boissons et suppléments nutritifs, y compris leurs modes de préparation, leur quantité et les noms de marques, consommés au cours des 24 heures précédentes. Parmi les exemples de ces rappels, il convient de mentionner la Diversité minimale acceptable pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et la Diversité alimentaire minimale chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans).
- Questionnaire sur la fréquence alimentaire : un questionnaire sur la fréquence alimentaire recueille des informations sur la fréquence de consommation d'aliments figurant sur une liste d'aliments au cours d'une période donnée, qui peut être d'une semaine ou de plusieurs mois. Il repose sur une perception

individuelle de l'apport usuel au fil du temps et peut comprendre des questions relatives à la taille de la portion consommée. Un questionnaire sur la fréquence alimentaire peut être auto-administré ou administré par un intervieweur, avec des formats à choix multiples ou ouverts. Remplir un questionnaire sur la fréquence alimentaire prend du temps et exige une mémoire précise de la part de la personne interrogée.

- Apport alimentaire habituel : un entretien durant lequel un intervieweur demande à des personnes interrogées de décrire l'éventail des aliments qu'ils consomment « habituellement » à divers moments de la journée. Bien que cette méthode rende compte de plus d'aliments que la méthode de rappel de la consommation des dernières 24 heures, elle peut ne pas être fiable en raison des inexacitudes dans les souvenirs des personnes interrogées.

Le score de consommation alimentaire mis au point par le PAM a été un indicateur indirect fiable et largement utilisé de l'insécurité alimentaire. Il ne faut pas oublier que, bien que le score de consommation alimentaire recueille des informations sur la consommation alimentaire des ménages, il s'agit d'un indicateur indirect de l'accès à la nourriture par opposition à l'apport alimentaire. Ce n'est pas un indicateur de l'état nutritionnel. Si un ménage est en situation d'insécurité alimentaire, ses membres risquent de souffrir de malnutrition. Cependant, si un ménage connaît la sécurité alimentaire, les membres vulnérables peuvent tout de même souffrir de malnutrition.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Normes de croissance de l'OMS : <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
- Évaluation nutritionnelle individuelle du PAM : <http://newgo.wfp.org/documents/individual-level-nutrition-assessment>
- Évaluation de l'état nutritionnel par le PAM dans les situations d'urgence
<http://newgo.wfp.org/collection/nutrition-assessments-emergencies>
- WFP and CDC, 2005. A Manual : Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. (Un manuel : mesurer et interpréter la malnutrition et la mortalité).
<https://docs.wfp.org/api/documents/02644dd9223e4532b58db99858c3cc3c/download/>
- The management of nutrition in major emergencies (OMS, 2000).
<http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/9241545208/en/>
- Pour de plus amples informations sur les tests biotechniques et les seuils pour l'interprétation de la signification pour la santé publique de ces indicateurs, consulter le Module 4 de la formation intitulée « [Harmonised Training Package Module 4](#) » :
<https://www.enonline.net/htpv2module4>
- Pour de plus amples informations sur le bon protocole et les aspects sécuritaires des différentes procédures, consulter [Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality](#). (Mesurer et interpréter la malnutrition et la mortalité). <http://newgo.wfp.org/documents/measuring-and-interpreting-malnutrition-and-mortality>
- Des directives détaillées sur la mesure du poids pour la taille sont disponibles dans le [Module 6 du Harmonised Training Package](#). (Module de formation harmonisé).
<https://www.enonline.net/htpv2module6>
- Les tableaux de référence du poids pour la taille sont disponibles sur le [site de l'OMS](#).
http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_height/en/
- Le Z-score de la taille debout pour l'âge est le meilleur indicateur de le retard de croissance ; les tableaux de référence sont disponibles sur le [site de l'OMS](#).
http://www.who.int/childgrowth/standards/height_for_age/fr/
- Les tableaux de référence du poids-pour-l'âge sont disponibles sur le [site de l'OMS](#).
http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/
- Les données de croissance des enfants et adolescents (5-19 ans) sont disponibles sur le site de l'OMS. <http://www.who.int/growthref/en/>

Chapitre 3. Analyses de la situation nutritionnelle

Objet :

Le présent chapitre a pour objet de donner un aperçu du processus d'analyse de la situation nutritionnelle et de souligner son importance pour les politiques et stratégies gouvernementales, ainsi que pour les programmes du PAM spécifiques à la nutrition et à dimension nutritionnelle.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Comprendre l'importance d'effectuer des analyses de la situation nutritionnelle afin d'éclairer la conception et la mise en œuvre des programmes de nutrition du PAM, en particulier dans le contexte d'un plan stratégique national.
- Comprendre comment effectuer des analyses de la situation nutritionnelle.
- Comprendre l'objet et le calendrier le plus approprié pour effectuer une analyse « Fill the Nutrient Gap » (FNG, Comblent les carences en nutriments), ainsi que le processus d'engagement des parties prenantes, pour éclairer le gouvernement et les priorités du PAM destinées à améliorer la nutrition.

Présentation générale

Une analyse de la situation nutritionnelle évalue l'état nutritionnel d'une population, détermine les principaux problèmes nutritionnels et leurs caractéristiques, décrit les facteurs à l'origine de l'état nutritionnel et examine les risques de détérioration nutritionnelle supplémentaire. Ces informations aident à déterminer si un programme de nutrition est nécessaire et approprié.

Des analyses de la situation nutritionnelle doivent être effectuées avant la conception et la mise en œuvre de chaque programme nutritionnel. Bien que cela puisse être fait à tout moment, l'idéal serait d'effectuer une analyse de la situation nutritionnelle avant d'élaborer un plan stratégique national. Cela permet de s'assurer que des informations actualisées éclairent la programmation nutritionnelle incluse dans le plan stratégique national et permet aux bureaux de pays du PAM de concevoir et de mettre en œuvre les programmes nutritionnels les plus appropriés en fonction du contexte du pays.

Analyses de la situation dans les programmes de nutrition

Pourquoi le Programme alimentaire mondiale effectue-t-il des analyses de la situation nutritionnelle ?

Une analyse de la situation nutritionnelle fournit les informations nécessaires à la planification et à la mise en œuvre de programmes nutritionnels appropriés et adaptés au contexte. Les analyses de la situation nutritionnelle sont des rapports détaillés qui présentent et interprètent l'état nutritionnel actuel et futur potentiel d'une population. De plus, les analyses de la situation nutritionnelle caractérisent la nature, l'étendue, la gravité, l'évolution et la répartition des problèmes nutritionnels. Par exemple, il peut y avoir un problème nutritionnel clé (comme une prévalence élevée de l'émaciation) ou une combinaison de différents problèmes (p. ex. émaciation élevée en période de soudure, retard de croissance élevé ou modéré toute l'année) ; ou il peut y avoir des problèmes nutritionnels différents dans différentes régions géographiques d'un même pays, ou différents facteurs qui contribuent à ces problèmes.

Une analyse de la situation nutritionnelle est effectuée pour :

- Définir les problèmes, les besoins, les contraintes, les opportunités et la géographie des priorités.
- Comprendre les facteurs possibles de la malnutrition.
- Déterminer les lacunes de l'information en matière de nutrition et contribuer à la collecte de données primaires.
- Identifier les groupes vulnérables à hiérarchiser dans un contexte donné et les critères possibles de ciblage.
- Contribuer à la sélection de réponses et de modalités appropriées pour le programme.
- Promouvoir des réponses collaboratives en développant une compréhension commune de la situation avec les partenaires.
- Hiérarchiser l'affectation des ressources.
- Guider les plans de programmation stratégique et la formulation des politiques.
- Façonner les efforts de suivi et d'évaluation.
- Améliorer l'évaluation de l'incidence des programmes en fournissant des informations de base sur la nutrition.

Examen stratégique Faim zéro

Idéalement, la première étape d'une analyse globale de la situation nutritionnelle consiste à aider le gouvernement à mener un examen stratégique national « Faim zéro ». L'examen stratégique Faim zéro est un exercice gouvernemental dirigé par les pays qui détermine les actions collectives nécessaires pour atteindre l'ODD 2 d'ici 2030. Il comprend des analyses des défis spécifiques d'un pays en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle à travers des consultations avec un large éventail de parties prenantes gouvernementales, la société civile, le secteur privé, les donateurs et les organisations internationales⁴⁰. Les résultats de l'analyse éclairent non seulement les programmes de nutrition du PAM dans le cadre de son plan stratégique national, mais aussi les actions du gouvernement et d'autres acteurs nécessaires pour accorder la priorité à l'objectif « Faim Zéro ».

L'examen stratégique Faim zéro fournit une base de référence pour les comparaisons futures et recense des options concrètes pour atteindre l'ODD 2, articulées autour d'une liste d'actions prioritaires approuvées par toutes les parties prenantes.

Bien qu'un examen stratégique Faim zéro ne soit pas mené à l'intention du PAM mais du pays, il permet au PAM d'ancrer correctement sa planification stratégique dans des objectifs de résultats nationaux convenus collectivement. Sur la base de l'examen stratégique Faim zéro, et conformément aux processus de planification du gouvernement et de l'Équipe de pays des Nations Unies, le PAM détermine les objectifs et les cibles nationales des ODD qu'il est bien placé pour appuyer.

L'Examen stratégique Faim zéro détermine les lacunes dans la réponse nationale en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, et propose des options concrètes pour atteindre l'ODD 2.

Comblent les carences en nutriments

En collaboration avec des partenaires techniques, le PAM a mis au point un processus d'analyse de la situation et de prise de décisions appelé « Comblent les carences en nutriments » (Fill the Nutrient Gap, FNG) qui peut être utilisé pour évaluer spécifiquement les goulets d'étranglement et les possibilités d'améliorer la nutrition dans le pays.

⁴⁰ Examen stratégique national « Faim zéro », PAM. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000023337/download/>

Si une analyse FNG est effectuée, elle l'est par une équipe spécialisée de la Division de la nutrition au siège du PAM, en étroite collaboration avec les collègues des bureaux de pays et des bureaux régionaux, ainsi qu'avec les parties prenantes nationales.

Le moment idéal pour effectuer une analyse FNG se situe juste avant ou en parallèle avec l'examen stratégique Faim zéro, ou au moment de l'élaboration ou de la révision des politiques nationales. Elle peut également être effectuée au début de la mise en œuvre d'un plan stratégique de pays, ou pour éclairer des domaines spécifiques du plan de mise en œuvre de la politique nationale de nutrition, par exemple le rôle des marchés et du secteur privé pour améliorer la nutrition.

Une analyse « Comblent les lacunes en nutriments » identifie en particulier les goulets d'étranglement spécifiques au contexte qui entravent l'accès à des aliments nutritifs, notamment pour les différents groupes vulnérables. Sur la base de l'analyse de la situation obtenue au moyen de l'outil FNG et du processus de participation des parties prenantes, les priorités en matière de politiques, stratégies et programmes des différents secteurs et parties prenantes, dont le PAM, sont recensés. Cela permet au PAM d'identifier les domaines dans lesquels il peut le mieux contribuer à soutenir le gouvernement. Par exemple, grâce à des programmes spécifiques à la nutrition ou à dimension nutritionnelle (ou les deux) ; sous la forme d'une mise en œuvre directe ou d'une assistance technique (ou les deux) ; en s'engageant dans des initiatives publiques-privées pour accroître le développement/la production/l'accès à des aliments sains et nutritifs pour des groupes cibles spécifiques ; et/ou en s'assurant que les initiatives de création de biens contribuent à améliorer la nutrition. Ces informations peuvent ensuite être intégrées dans le plan stratégique du pays ou venir façonner certains aspects spécifiques d'un plan stratégique de pays en cours.

En plus d'évaluer les goulets d'étranglement et les possibilités d'amélioration de la nutrition dans le pays, l'analyse FNG s'appuie sur des sources secondaires de données et d'informations contextuelles relatives aux facteurs qui influent directement ou indirectement sur l'accès et la consommation d'aliments nutritifs. Ces données sont recensées et fournies par les parties prenantes et peuvent inclure jusqu'à 100 à 200 sources par pays.

Une autre composante de l'analyse FNG est le coût de l'analyse du régime alimentaire, qui utilise les données relatives aux prix des aliments et aux dépenses alimentaires des ménages pour estimer le coût le plus bas d'une alimentation répondant aux besoins nutritionnels des membres du ménage et la proportion des ménages qui sont en mesure de se permettre ce régime alimentaire nutritif. (De plus amples informations sur le coût du régime alimentaire sont fournies plus loin dans ce chapitre.)

L'information consolidée par l'analyse FNG est examinée par un groupe de parties prenantes multisectorielles, aux niveaux pertinents, afin de parvenir à une compréhension commune des enjeux, du contexte et des solutions. Ce processus consultatif permet d'identifier conjointement des politiques et des programmes d'action optimaux et adaptés au contexte, y compris des points d'entrée possibles pour les interventions.

L'analyse FNG fournit un cadre pour une analyse de la situation renforcée et une prise de décision multisectorielle

L'analyse FNG attire l'attention sur le fait que la capacité des individus et des ménages à améliorer leur consommation d'aliments nutritifs dépend, dans une large mesure, de facteurs qui échappent à leur contrôle. Il s'agit notamment de l'accès physique des ménages aux marchés, de la diversité des aliments produits par le système agricole, du prix des aliments par rapport au revenu, etc. Pour modifier ces facteurs, il faut modifier les systèmes, y compris le système alimentaire, le système de santé et le système de protection sociale - avec un rôle spécifique pour différents secteurs et constituants (par exemple, le secteur public ou le secteur privé). Les conclusions et le processus de l'analyse FNG sont utiles pour parvenir à une compréhension commune des principaux défis contextuels qui doivent être relevés et pour déterminer ce que différents secteurs et intervenants peuvent faire.

Une analyse FNG :

- Rassemble des informations secondaires pour appuyer la formulation de stratégies nationales visant à éliminer les obstacles à un apport adéquat en nutriments, c'est-à-dire l'accès aux aliments nutritifs et la disponibilité de ces derniers.
- Améliore la compréhension de l'accès aux éléments nutritifs et de leur abordabilité chez les parties prenantes des différents secteurs.
- Relie l'analyse des données à la prise de décision en modélisant différentes interventions, modalités et plateformes pour améliorer le pouvoir d'achat, faire baisser les prix et accroître la disponibilité d'aliments nutritifs pour les principaux groupes vulnérables.
- Souligne le lien entre l'accès et les comportements en examinant également l'information secondaire sur les obstacles socioculturels contextuels à un apport alimentaire adéquat.
- Parvient à une compréhension commune des principaux défis propres au contexte et de ce que chaque secteur peut faire pour les relever.

Pour de plus amples renseignements sur l'analyse FNG, son cadre et ses processus, voir l'outil Fill the Nutrient Gap (Comblent les carences en nutriments)⁴¹.

⁴¹ PAM. 2018. Outil Fill the Nutrition Gap (FNG). Analyses, Consensus, Decision Making <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000023229/download>

Méthodes pour effectuer des analyses de la situation nutritionnelle.

Une analyse complète de la situation nutritionnelle s'appuie sur des informations provenant d'évaluations nutritionnelles individuelles, d'évaluations au niveau de la population et d'informations pertinentes sur d'autres facteurs de la malnutrition, notamment : la sécurité alimentaire, les pratiques de soins de santé, l'eau et l'hygiène.

Les questions clés

Il existe cinq questions clés qui doivent être examinées lorsque l'on procède à des analyses de la situation :

<p>Qui ? (est touché par les risques nutritionnels)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des groupes d'âges particuliers, tels que les enfants de moins de cinq ans sont-ils touchés ? • Des personnes ayant un statut physiologique particulier, comme les femmes enceintes et les mères allaitantes sont-elles touchées ? • La malnutrition touche-t-elle un genre, une classe ou un groupe de moyens de subsistance ? • Combien de personnes sont touchées ? • Comment les différents groupes et genres sont-ils touchés durant tout le cycle de vie ?
<p>Quoi ? (Quels sont les problèmes nutritionnels)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observe-t-on une prévalence de l'émaciation et des retards de croissance au sein de la population ? • Existe-t-il une seule forme ou de multiples formes de carences en micronutriments ? • Observe-t-on une prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de la population ? • Quelle proportion de la population est touchée par chaque forme de malnutrition ? • En fonction des seuils de l'OMS, quelles sont les différentes formes de malnutrition recensées comme constituant des préoccupations de santé publique chez la population ? (De plus amples informations sur l'interprétation des valeurs prévalentes au regard des seuils sont fournies plus loin dans le chapitre, ainsi qu'au chapitre 5.)
<p>Quand ? (les problèmes nutritionnels sont-ils manifestes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La malnutrition s'accroît-elle à une certaine époque de l'année ? • Ces tendances sont-elles saisonnières ? • La malnutrition est-elle liée à des problèmes à court terme ? • La situation en matière de nutrition a-t-elle été mauvaise pendant une période prolongée (chronique) ou uniquement récemment (aiguë) ? • La situation devrait-elle s'améliorer ou empirer ?

<p>Où ? (les problèmes nutritionnels surviennent-ils)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la région géographique, la localité ou toute autre zone la plus affectée par la malnutrition ? • Dans quel contexte intervient la situation : développement, conflit, après une crise, une catastrophe naturelle, etc. ? • Dans quelle configuration : personnes déplacées en interne, réfugiés, population d'accueil ? • Dans quel environnement : urbain ou rural ?
<p>Pourquoi ? (les problèmes nutritionnels surviennent-ils)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les facteurs possibles directs et indirects de la malnutrition ? • Comment ces facteurs peuvent-ils avoir une incidence sur la situation de la nutrition à l'avenir ?

Cadre conceptuel de la sécurité alimentaire et nutritionnel du PAM

Pour comprendre la situation nutritionnelle et les facteurs de la malnutrition, il est utile de se référer au Cadre conceptuel du PAM sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle⁴². Ce cadre s'appuie sur le cadre conceptuel de l'UNICEF pour la malnutrition, qui souligne l'importance de comprendre les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux de la malnutrition. Le Cadre conceptuel du PAM pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle ajoute les concepts de moyens de subsistance durables au cadre de l'UNICEF. Il classe les divers facteurs affectant l'état nutritionnel et la mortalité en trois niveaux différents : individuel, familial et communautaire.

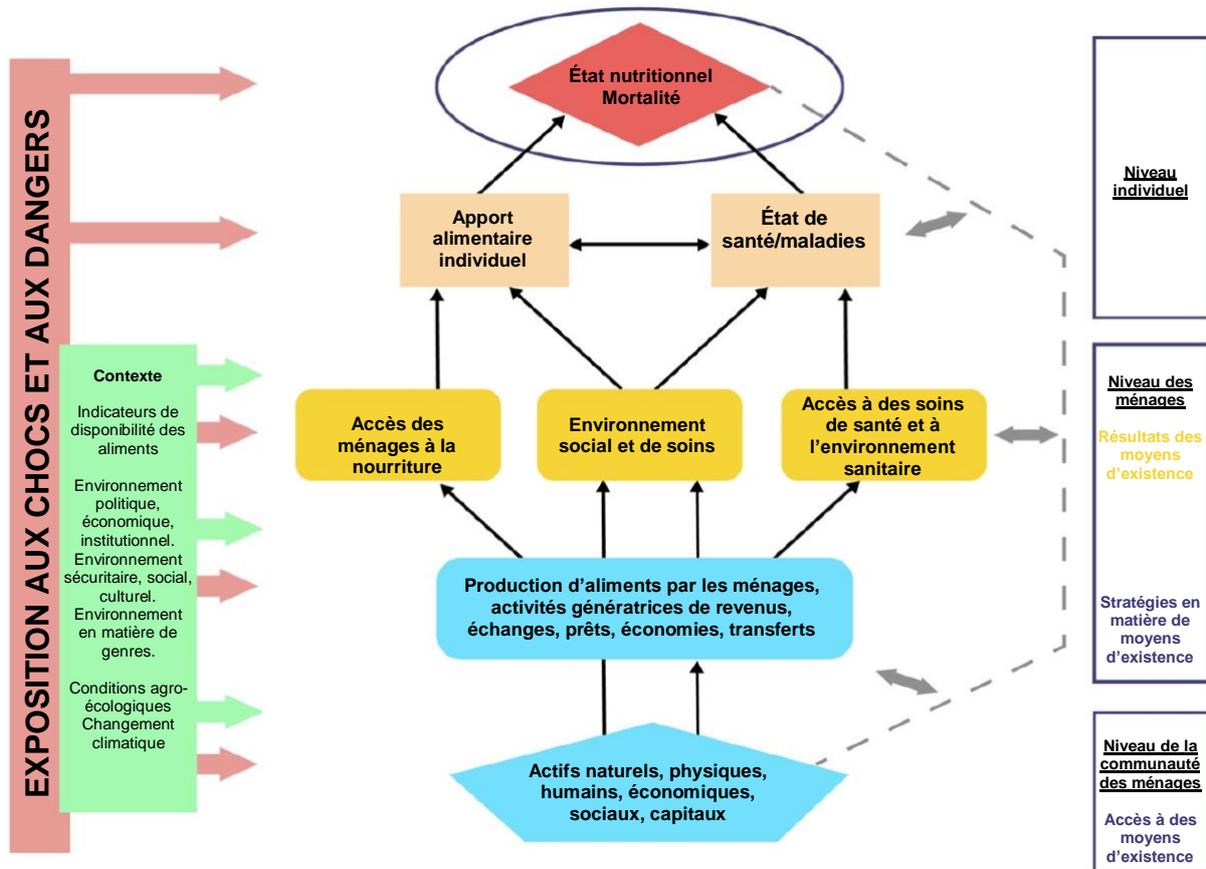
Ce cadre conceptuel est utilisé pour :

- guider la collecte et l'analyse des informations,
- organiser les données disponibles,
- faciliter l'identification des facteurs possibles de la situation nutritionnelle,
- comprendre le rapport entre les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux de la malnutrition.

N. B. : les programmes à dimension nutritionnelle ont adapté encore ce cadre conceptuel pour mettre en évidence l'environnement propice à l'amélioration de la nutrition. Veuillez vous référer au chapitre 6.4 pour le cadre conceptuel à dimension nutritionnelle.

⁴² Adapté du cadre conceptuel de l'UNICEF. PAM. 2016. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-000021096/download/>

Cadre conceptuel de la sécurité alimentaire et nutritionnelle



Le Cadre conceptuel du PAM pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle identifie quatre domaines d'analyse distincts pour comprendre les déterminants de la malnutrition :

- Facteurs liés à l'alimentation :** les facteurs liés à l'alimentation comprennent l'apport alimentaire individuel (quantité et qualité). De bons indicateurs comprennent : l'apport alimentaire minimum acceptable pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, la diversité alimentaire minimale chez les femmes en âge de procréer et l'accès des ménages à la nourriture. L'apport alimentaire individuel est un facteur immédiat de malnutrition, qui, à son tour, est affecté par l'accès des ménages à la nourriture.
- Facteurs non liés à l'alimentation :** l'état de santé ou la maladie d'une personne est un facteur immédiat de malnutrition (car elle affecte l'appétit ainsi que l'utilisation des nutriments par l'organisme et augmente les besoins en nutriments), ce qui est, à son tour, influencé par les facteurs sous-jacents au niveau du ménage : environnement social et de soins, et accès aux soins de santé et à un environnement sain. Ces composantes comprennent de nombreux facteurs qui ne sont pas directement liés à la consommation alimentaire, tels que la disponibilité et la capacité des services de santé et l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).
- Moyens de subsistance :** la perspective des moyens de subsistance vise à comprendre comment la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel sont liés à la manière dont les ménages satisfont leurs besoins fondamentaux. Dans le cadre d'une analyse globale de la situation, les moyens de subsistance actuels devraient être examinés pour comprendre comment un choc a pu modifier ces activités et comment les gens font face à ces changements.

- **Contexte et risques :** deux facteurs influencent tous les niveaux du cadre, à savoir le contexte et les risques. Les facteurs contextuels comprennent la disponibilité et les marchés des aliments, l'environnement politique, économique, institutionnel, sécuritaire, social, culturel et sexospécifique, et les conditions agroécologiques et climatiques. Les facteurs liés aux risques comprennent l'exposition aux chocs et aux dangers, par exemple la sécheresse ou les inondations.

État nutritionnel

L'état nutritionnel de la population peut être décrit au moyen de divers indicateurs anthropométriques et micronutritifs. Les principaux indicateurs de l'état nutritionnel sont les suivants :

- Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans
- L'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans
- Un IMC faible chez les adultes, les femmes non enceintes et les mères non allaitantes.
- Le surpoids et l'obésité parmi les enfants de moins de 5 ans, et les femmes non enceintes et les mères non allaitantes
- L'anémie parmi les enfants de moins de 5 ans ; les enfants d'âge scolaire ; les adolescents ; les femmes non enceintes et les mères non allaitantes
- La cécité nocturne chez les femmes non enceintes et les mères non allaitantes et les enfants de moins de 5 ans
- Un faible taux sérique de rétinol chez les femmes non enceintes et les mères non allaitantes et les enfants de moins de 5 ans
- Un faible taux d'iode urinaire parmi les enfants de 6 à 12 ans

Analyses de la situation dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise et de la tuberculose

- Connaître ses épidémies : recueillir des informations à partir des rapports d'ONUSIDA⁴³ ou de toute autre surveillance nationale approuvée de l'épidémiologie du VIH et de la tuberculose (prévalence et incidence du VIH et/ou de la tuberculose, co-infection VIH/tuberculose, etc). Faire la distinction entre les épidémies concentrées des épidémies généralisées. Identifier et estimer la taille de la population cible, y compris les populations clés.⁴⁴ Estimer le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables à cause du VIH/de la tuberculose dans le pays, l'étendue de leur vulnérabilité et en quoi cela influence l'accès à l'éducation. En outre, définir les questions de normes sexospécifiques, de stigmatisation et de protection qui peuvent constituer des obstacles majeurs à une réponse efficace au VIH et à la tuberculose.
- Connaître les résultats et la couverture de la thérapie antirétrovirale (TAR) et du traitement antituberculeux au niveau national : décrire les résultats et la couverture de la TAR et du traitement antituberculeux (recueillir des informations sur l'observance, le taux de défaillance, le taux de succès du traitement antituberculeux, etc.). En outre, décrire les facteurs qui entravent ou facilitent l'accès aux traitements antirétroviraux et antituberculeux et leur succès, afin de déterminer comment le PAM peut contribuer à remédier à ces goulets d'étranglement et à ces difficultés. Les informations peuvent être recueillies à partir des rapports d'activité d'ONUSIDA par pays et de toute autre surveillance nationale approuvée.
- Définir les éléments facilitateurs primordiaux : les éléments facilitateurs primordiaux sont définis comme « les activités qui sont nécessaires pour appuyer l'efficacité et l'efficience des activités de base du programme »⁴⁵ Les éléments facilitateurs primordiaux permettent de surmonter les principaux obstacles à l'utilisation des services, notamment l'exclusion sociale, la marginalisation, la criminalisation, la stigmatisation, les normes et les inégalités entre les sexes.

⁴³ <http://www.unaids.org>

⁴⁴ Les populations clés identifiées par ONUSIDA comme présentant le risque le plus élevé de contracter et de transmettre le VIH sont les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.

⁴⁵ Investir pour des résultats au bénéfice des individus. Genève, ONUSIDA, 2012 <http://www.unaids.org/>

Épidémiologie

Épidémie concentrée de VIH Le VIH s'est propagé rapidement dans une ou plusieurs sous-populations définies, mais il n'est pas bien établi au sein de la population générale. Données numériques indirectes : la prévalence du VIH est constamment supérieure à 5 % dans au moins une sous-population définie, mais elle est inférieure à 1 % chez les femmes enceintes dans les zones urbaines.

Épidémie de VIH généralisée : le VIH est fermement établi au sein de la population générale. Données numériques indirectes : la prévalence du VIH excède constamment 1 % parmi les femmes enceintes.

Épidémies mixtes : les individus contractent l'infection du VIH dans une ou plusieurs sous-populations et dans la population générale. Les épidémies mixtes sont donc une ou plusieurs épidémies concentrées dans le cadre d'une épidémie généralisée.

Épidémie peu active : la prévalence de l'infection à VIH n'a pas constamment dépassé 1 % dans l'ensemble de la population nationale ou 5 % dans une quelconque sous-population.

Épidémie hyperendémique : le VIH est bien établi au sein de la population générale, mais les différences de niveau ainsi que les moteurs et les facteurs de risque de l'épidémie nécessitent des stratégies supplémentaires pour une prévention efficace du VIH.

De plus amples informations sur les programmes de nutrition dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose sont fournies au chapitre 8.

Sources de données pour les informations relatives à la nutrition

Les données pour les analyses de la situation peuvent être obtenues à partir de la collecte de données primaires ou de sources de données secondaires. Voici quelques exemples de données qui peuvent être utilisées pour des analyses de la situation nutritionnelle :

Enquêtes ou évaluations nutritionnelles

Les enquêtes ou évaluations nutritionnelles fréquentes fournissent des sources de données fiables pour l'analyse de la situation nutritionnelle. Ces enquêtes peuvent consister à la fois en des données primaires (lorsque le PAM collecte les données) et en des données secondaires (données déjà disponibles auprès de sources existantes).

Il existe plusieurs types d'enquêtes nutritionnelles régulièrement menées dans la plupart des pays, notamment :

- Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS)⁴⁶, qui sont menées tous les cinq ans en moyenne.
- Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MIC)⁴⁷, qui sont menées par l'UNICEF.
- Les enquêtes SMART⁴⁸ qui sont généralement utilisées en situation de crise.

⁴⁶ USAID. 2017. The Demographic Health Survey (DHS), <https://www.dhsprogram.com>

⁴⁷ UNICEF. 2018. Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MIC). <http://mics.unicef.org/>

⁴⁸ USAID, ACF. 2018. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART) Methodology. <http://smartmethodology.org/>

- Les enquêtes nutritionnelles standardisées élargies (SENS)⁴⁹ qui sont utilisées par le HCR dans les camps de réfugiés.

Le Programme alimentaire mondial mène régulièrement les évaluations suivantes :

- Évaluations d'urgence de la sécurité alimentaire⁵⁰
- Évaluations complètes de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité⁵¹
- Approche conjointe des évaluations de la nutrition et de la sécurité alimentaire (JANFSA)⁵² en partenariat avec l'UNICEF.

Groupe nutrition

Le Groupe nutrition et les groupes nutrition au niveau des pays travaillent ensemble pour collecter, analyser et interpréter les données pour les analyses de situation. Le Programme alimentaire mondial est membre du Groupe nutrition, un groupe de 33 organisations travaillant dans le domaine de la nutrition. Les membres du Groupe nutrition échangent des informations sur la nutrition au niveau mondial, en fournissant un accès aux archives institutionnelles et aux ressources pour la programmation nutritionnelle⁵³. Au niveau des pays, le PAM travaille là où les groupes nutrition par pays sont actifs.

Analyse et cartographie mobiles de la vulnérabilité (mVAM) pour la nutrition

L'analyse et la cartographie mobiles de la vulnérabilité au service de la nutrition utilise la technologie mobile pour assurer un suivi des informations en matière de nutrition en temps presque réel. Cette méthode est utilisée pour fournir des informations sur l'apport alimentaire minimal acceptable pour les enfants de 6 à 23 mois et sur la diversité alimentaire minimale chez les femmes en âge de se reproduire. L'analyse et la cartographie mobiles de la vulnérabilité pour la nutrition a le potentiel d'alimenter les systèmes de surveillance nutritionnelle à des fins d'alerte rapide.

⁴⁹ UNHCR. 2014. Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS) <http://sens.unhcr.org/>

⁵⁰ PAM. 2009. Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) - Second Edition, 2009 <http://www.wfp.org/content/emergency-food-security-assessment-handbook>

⁵¹ PAM. 2009. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines - First Edition, 2009 <http://www.wfp.org/content/comprehensive-food-security-and-vulnerability-analysis-cfsva-guidelines-first-edition>

⁵² Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000021096/download/>

⁵³ <http://nutritioncluster.net>

Analyse du coût du régime alimentaire

La disponibilité et l'abordabilité d'un régime alimentaire nutritif adéquat ne trouvent pas souvent leur reflet dans les analyses de situation nutritionnelle typiques. L'analyse du coût du régime alimentaire, combinée aux données secondaires existantes sur les marchés (disponibilité et prix des aliments), aux pratiques alimentaires locales et à la malnutrition, permet d'identifier des options pour une alimentation plus nutritive. Le logiciel Cost of the Diet (développé par Save the Children, Royaume-Uni⁵⁴) est également utilisé pour modéliser différents types d'interventions par le biais de différentes plateformes/différents systèmes pour leur impact sur l'accès économique aux aliments nutritifs, pour différents groupes cibles et pour l'ensemble des ménages. L'outil est conçu pour contribuer aux cycles de planification des politiques et des programmes nationaux, ainsi qu'à la planification et à la programmation du PAM lui-même, avec une myriade de points d'entrée potentiels pour une action liée à la nutrition par différents secteurs (y compris les secteurs spécifiques et à dimension nutritionnelle).

Systèmes de surveillance de la nutrition

Les systèmes de surveillance consistent en la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion continues et systématiques de données concernant un événement pertinent. Les systèmes de surveillance recueillent régulièrement un ensemble déterminé de données (par exemple, chaque mois ou chaque trimestre). Cela donne un bon aperçu de la situation nutritionnelle, y compris du caractère saisonnier, des tendances dans le temps et des comparaisons de différentes régions du pays présentant différentes géographies et différents moyens de subsistance. Ces données sont utiles car elles donnent une vision plus longitudinale que les enquêtes nutritionnelles, qui sont des études transversales fournissant une prévalence ponctuelle à une période donnée dans le temps.

Les données pertinentes pour les systèmes de surveillance nutritionnelle sont celles qui peuvent indiquer des moyens de réduire la morbidité et la mortalité résultant d'une mauvaise nutrition, et favoriser l'amélioration de la santé. Les données diffusées par les systèmes de surveillance nutritionnelle peuvent être utilisées pour des actions immédiates, la planification et l'évaluation de programmes, ainsi que la formulation d'hypothèses de recherche. Le type de données incluses pourrait comprendre l'incidence de la malnutrition aiguë ; la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG), de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et de la malnutrition aiguë sévère (MAS) ; la prévalence du retard de croissance ; la diversité alimentaire ; la sécurité alimentaire des ménages ; et bien plus encore. Les systèmes de surveillance varient d'un simple système de collecte de données auprès d'une source unique à des systèmes électroniques qui reçoivent des données de nombreuses sources dans de multiples formats et jusqu'à des enquêtes complexes.

Suivi des programmes

Les données de suivi des programmes peuvent fournir des informations précieuses pour la formulation ou la réorientation d'un programme. Cela peut prendre deux formes principales : i) les données sur les admissions et les résultats obtenus par les centres nutritionnels ; et ii) les données de suivi post-distribution.

Les synthèses des données sur les admissions dans les programmes de traitement de la malnutrition peuvent indiquer à quelle saison les taux de MAG sont les plus élevés ou les périodes où les gens ont moins accès à la nourriture. Les admissions peuvent également faire l'objet d'un suivi dans le cadre d'un ensemble d'indicateurs « d'alerte rapide » pour les pénuries alimentaires. Toutefois, il est important de comprendre les limites de ces

Malnutrition aiguë globale (MAG)

La malnutrition aiguë au niveau de la population est estimée sur la base de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La prévalence de la MAG fait référence aux enfants classés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS). La MAG est utilisée comme un indicateur indirect de la gravité d'une crise alimentaire ou nutritionnelle.

(Voir le chapitre 5 pour de plus amples informations concernant la malnutrition aiguë globale.)

⁵⁴ Cost of the Diet, Save the Children <http://www.securenutrition.org/resource/cost-diet-tool-v2>

données. Les données issues du suivi de programmes ne peuvent être utilisées à des fins d'analyse que lorsque la qualité des données est bonne.

Les données de suivi post-distribution provenant des programmes de nutrition existants peuvent fournir des informations sur les succès et les difficultés de ces programmes, qui peuvent être utiles pour mieux comprendre le contexte nutritionnel. Ces données ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la zone géographique que si elles sont statistiquement représentatives. Si elles ne sont pas représentatives, les données peuvent être utilisées dans l'analyse qualitative.

Analyser les informations relatives à la nutrition

Il existe des seuils pour interpréter la prévalence de la dénutrition, mais ils doivent être utilisés en contexte. Il est important de comprendre comment la situation actuelle peut être comparée au passé afin de savoir si la situation s'améliore, se stabilise ou se détériore. Pour ce faire, on examine les tendances.

En termes d'analyse des tendances, les indicateurs peuvent différer d'un point à un autre pour un certain nombre de raisons telles que le caractère saisonnier. Il est courant que les conditions changent tout au long de l'année. Par exemple, la prévalence de la MAG provenant d'enquêtes comparables est mieux comparée d'une année à l'autre à l'aide de données provenant d'un même point dans l'année. Une analyse statistique peut être nécessaire pour déterminer s'il y a une différence réelle.

L'analyse des tendances doit également tenir compte du décalage entre les changements de situation, tels que la détérioration de la sécurité alimentaire des ménages, un épisode de choléra, un déplacement soudain de population et l'éclatement des familles, et les signes mesurables de dénutrition.

La dénutrition n'est pas toujours due à un manque de nourriture, mais aussi à une mauvaise qualité alimentaire (manque de diversité et donc de nutriments nécessaires à la croissance, à la santé et au développement) ainsi qu'aux maladies.

Dans de nombreux contextes d'intervention du PAM, on observe également des tendances saisonnières significatives dans les taux de malnutrition. Les niveaux d'émaciation, en particulier, peuvent changer rapidement au fil du temps et soudainement augmenter en raison de changements dans l'accès à la nourriture, l'utilisation des aliments, la santé des enfants, l'hygiène et l'accès à l'eau. Par exemple, une épidémie de diarrhée pendant la saison des pluies ou un accès limité à la nourriture pendant la période de soudure peut entraîner une augmentation significative des niveaux de malnutrition aiguë. Par conséquent, lorsqu'on effectue une analyse de la situation en vue d'une éventuelle intervention nutritionnelle, il est important de bien comprendre le caractère saisonnier de la malnutrition aiguë dans le pays.

Résumé

Une évaluation et une analyse approfondies et de qualité de la nutrition sont essentielles à la conception et à la mise en œuvre de programmes de nutrition. Dans de nombreux cas, des données secondaires peuvent être utilisées et analysées pour comprendre les facteurs de la malnutrition au sein d'une population. Les évaluations nutritionnelles permettent d'élaborer des interventions nutritionnelles bien conçues et adaptées au contexte.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- PAM. 2016. Plan stratégique du PAM (2017-2021). <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/eb/wfp286743.pdf>
- PAM. 2017. National Zero Hunger Strategic Review. Guidelines <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000023337/download/>
- Résultats 2016. Politique en matière de plans stratégiques de pays. <http://newgo.wfp.org/documents/policy-on-country-strategic-plans-csp>
- PAM. 2018. Fill the Nutrient Gap (FNG). Identifying context-specific solutions to improve nutrition across systems. <http://newgo.wfp.org/collection/fill-nutrient-gap>
- PAM. 2018. Outil Fill the Nutrition Gap (FNG). Analyses, Consensus, Decision Making <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000023229/download/>
- PAM. 2016. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA) <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000021096/download/>
- USAID. 2017. The Demographic Health Survey (DHS), <https://www.dhsprogram.com>
- UNICEF. 2018. Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MIC). <http://mics.unicef.org/>
- USAID, ACF. 2018. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART) Methodology. <http://smartmethodology.org/>
- PAM. 2009 Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) - Second Edition, 2009 <http://www.wfp.org/content/emergency-food-security-assessment-handbook>
- PAM. 2009. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines - First Edition, 2009 <http://www.wfp.org/content/comprehensive-food-security-and-vulnerability-analysis-cfsva-guidelines-first-edition>
- WFP Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance. <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-monitoring-and-evaluation>
- OMS. 2018. Global Database on Child Growth and Malnutrition <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index5.html>
- UNHCR. 2014. Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS) <http://sens.unhcr.org/>
- Global Nutrition Cluster <http://nutritioncluster.net>
- WFP VAM resource centre – a Food Security knowledge base: <https://resources.vam.wfp.org/mVAM>
- WFP mVAM for Nutrition – revolutionizing collection of nutrition information: https://www.anh-academy.org/sites/default/files/mVAM%20for%20Nutrition%20presentation%20and%20Kenya%20study%20for%20ANH_updated.pdf

Chapitre 4. Analyses des capacités d'intervention

Objet :

Le but de ce chapitre est de donner un aperçu du processus d'analyse des capacités d'intervention en matière de nutrition.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Comprendre pourquoi il est important d'effectuer des analyses des capacités d'intervention en matière de nutrition pour éclairer la conception et la mise en œuvre des programmes de nutrition du PAM.
- Comprendre comment effectuer des analyses des capacités d'intervention.

Présentation générale

Une fois l'analyse de la situation terminée, la prise de décision se fonde sur une analyse de la capacité d'intervention. Il s'agit d'un examen de l'environnement opérationnel, fondé sur l'environnement institutionnel, ainsi que sur l'analyse des parties prenantes, des partenariats et l'évaluation des capacités. Les informations recueillies au cours de l'analyse de la capacité d'intervention aident à déterminer les programmes nutritionnels les plus appropriés à mettre en œuvre dans un contexte donné.

Les gouvernements nationaux, qui ont la responsabilité ultime de la lutte contre la faim et la malnutrition dans un pays, sont les principaux partenaires du PAM. La fourniture par le PAM d'une aide alimentaire et de programmes de nutrition devrait appuyer et renforcer les efforts nationaux, et non pas les remplacer.

La programmation du PAM doit être conforme aux priorités stratégiques et politiques du gouvernement national. Une certaine analyse est nécessaire pour déterminer quelles sont ces priorités et comment le PAM peut les compléter au mieux. Le processus d'analyse variera cependant d'un pays à l'autre en termes de niveau de formalité, de consultation et de leadership. Par exemple, cette analyse peut être effectuée de manière consultative par l'intermédiaire du mécanisme de coordination de la nutrition ou peut être une consolidation moins formelle de l'information au sein du PAM.

Le PAM a également un rôle à jouer dans l'encouragement du gouvernement et des partenaires du développement à inclure la faim, le rôle des aliments et des nutriments, la sécurité alimentaire, le marché, le commerce et les catastrophes dans les cadres politiques et les normes nationales. Cela implique la formation de coalitions de partenaires grâce à un plaidoyer afin d'être en mesure d'influencer positivement l'environnement institutionnel.

L'environnement institutionnel

L'environnement institutionnel comporte de nombreux aspects :

- Les cadres politiques, les principes directeurs et la législation
- La capacité en ressources humaines
- Les programmes de nutrition en cours

- L'engagement financier

Cadres politiques, principes directeurs et législation

Les pays ont souvent défini des normes et des priorités en matière de nutrition sous forme de politiques, de directives techniques et de législation. L'analyse doit examiner :

- la politique de développement du gouvernement ou le cadre d'intervention en cas d'urgence,
- les plans sectoriels pour la santé et la nutrition,
- les protocoles techniques pour la nutrition,
- les normes de qualité et de sécurité alimentaires.

Les normes existantes devraient être évaluées pour déterminer dans quelle mesure elles sont conformes aux normes internationales. Ce faisant, il sera possible de déterminer l'appui technique attendu du PAM, le cas échéant, pour mettre à jour, élaborer ou appliquer les normes nationales.

Même lorsque les bonnes politiques sont en place, elles ne pourraient être que partiellement mises en œuvre. Le degré d'application des normes devrait être évalué afin d'identifier les obstacles auxquels le PAM devra peut-être s'attaquer. Ce niveau d'analyse est important car il arrive souvent que des difficultés d'ordre institutionnel et politique, plutôt que le manque de connaissances techniques, entravent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de nutrition. Il peut être remédié à cette limitation en partie par un plaidoyer auprès des parties prenantes.

Dans le cas où il n'existe pas de politiques ou de directives traitant directement des aliments et de la nutrition, la nutrition peut tout de même être intégrée dans un certain nombre de politiques et de directives connexes. Les normes dans d'autres secteurs peuvent également influencer la situation nutritionnelle et l'intervention. Par exemple, le contrôle de la qualité des aliments réglemente souvent l'importation de produits alimentaires nutritionnels spécialisés et les lois du travail, telles que les droits liés à la maternité peuvent influencer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Politique de développement du gouvernement ou cadre d'intervention d'urgence

Les cadres politiques varieront d'un pays à l'autre. Cependant, dans de nombreux contextes, vous trouverez :

- Un document de stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSNCRP) - une stratégie globale par pays qui décrit les politiques et les programmes qui seront mis en œuvre sur plusieurs années pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté, ainsi que les besoins de financement extérieur et les sources de financement associées.
- Le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) - un document de programme entre un gouvernement et l'équipe de pays des Nations Unies qui décrit les actions collectives, les stratégies et les responsabilités des institutions spécialisées des Nations Unies pour la réalisation des priorités nationales de développement.
- Le Plan d'action humanitaire commun - dans les situations d'urgence, un plan d'intervention stratégique pour l'ensemble du contexte d'urgence. Le plan d'action humanitaire commun comprend une analyse du contexte, des scénarios les meilleurs, les pires et les plus probables, des priorités stratégiques, des objectifs et des plans hiérarchisés pour chaque groupe, ainsi qu'un cadre de suivi et d'examen de la situation humanitaire et des plans sectoriels.



Cadre politique de la santé et de la nutrition

Le cadre politique variera d'un pays à l'autre mais peut comprendre :

- La politique nationale en matière de nutrition ou la politique alimentaire et nutritionnelle nationale
- Le plan et la stratégie nationaux en matière de nutrition et d'alimentation
- La politique de développement sanitaire nationale
- Le plan stratégique national du secteur sanitaire
- La politique nationale en matière de VIH

Voici quelques axes de réflexion :

- Dans quelle mesure le rôle des nutriments et des aliments dans la lutte contre la dénutrition est-il clairement défini ?
- Les politiques dans des secteurs autres que la santé, la santé publique ou la nutrition reconnaissent-elles et abordent-elles leur lien avec la nutrition ?

Protocoles et directives techniques

Les directives et protocoles techniques varieront d'un pays à l'autre mais peuvent comprendre :

- Le protocole national pour le traitement de la malnutrition
- Le protocole national pour la prévention de la malnutrition aiguë
- Le protocole national pour la prévention du retard de croissance
- Le protocole national pour la prévention et le traitement des maladies dues à des carences en micronutriments
- Le plan stratégique en matière de VIH ou la stratégie en matière de VIH et de nutrition
- Les directives nutritionnelles pour les personnes qui souffrent du VIH
- Les directives et stratégies nationales concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Les informations relatives à la nutrition ou les directives en matière d'enquête nutritionnelle

Voici quelques axes de réflexion :

- Les directives et protocoles techniques sont-ils conformes aux directives internationales, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des aliments nutritifs spécialisés ?
- Ces directives et protocoles sont-ils mis en œuvre tels qu'ils sont rédigés ? Dans le cas contraire, pourquoi ?

Normes de qualité et de sécurité alimentaires

Les aliments nutritifs spécialisés, bien qu'ils soient utilisés pour atteindre un objectif nutritionnel, sont souvent réglementés en tant que produits alimentaires. Dans certains pays où les aliments nutritifs spécialisés n'ont jamais été utilisés auparavant, la législation et les normes en vigueur régissant la qualité et la production des aliments peuvent ne pas être propices à leur production ou à leur importation. Dans ce contexte, le PAM devrait collaborer avec le gouvernement, et en coordination avec d'autres parties prenantes de la nutrition, pour mettre en œuvre une législation visant à faciliter l'importation et l'utilisation des aliments nutritifs spécialisés. En outre, le PAM devrait s'efforcer de trouver des solutions novatrices pour améliorer la qualité de l'alimentation là où des aliments produits localement sont disponibles, sains et nutritifs. Ces solutions comprennent la mise en place de transferts monétaires pour accroître l'accès aux aliments locaux ; la mise en œuvre de la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) (pour de plus amples informations sur la CCSC, voir le chapitre 9) afin de favoriser la sensibilisation à la nutrition optimale ; des efforts créatifs pour surmonter les

tabous culturels relatifs à la consommation de certains aliments ; et le renforcement de la chaîne logistique interne pour obtenir une plus grande diversité alimentaire dans les pays et les régions du monde.

Capacité en ressources humaines

Il existe deux niveaux de capacité en ressources humaines à prendre en considération :

- Le niveau institutionnel qui comprend les questions pratiques, telles que le nombre, le type et la répartition du personnel, des fournitures et de l'équipement nécessaires pour mener à bien les programmes de nutrition. Cela implique également les types de fonctions que remplissent les différentes unités des institutions, telles que la gestion stratégique, la supervision, le suivi et l'évaluation, etc. Il peut également inclure les systèmes de formation et d'entretien des capacités du personnel, tels que des activités de formation initiale et continue.
- Le niveau individuel qui correspond à la capacité technique des personnes qui travaillent dans le domaine de la nutrition, et accessoirement dans les domaines liés à la nutrition. Cette composante peut inclure les qualifications requises pour travailler dans le domaine de la nutrition, ainsi que le nombre et la répartition du personnel travaillant dans le domaine de la nutrition et dans les domaines liés à la nutrition.

Voici quelques axes de réflexion :

- Quels sont les membres du personnel responsables des questions de nutrition dans les secteurs de la santé et de la sécurité alimentaire ?
- Quelle est la répartition du personnel aux niveaux national, infranational et des communautés ?

Programme de nutrition en cours

Cette analyse implique de :

- comprendre quels programmes sont opérationnels dans les secteurs de la nutrition et les secteurs liés à la nutrition,
- recenser les lacunes géographiques et thématiques dans la couverture, ainsi que les domaines de collaboration possibles.

La première étape consiste à consulter/consolider les informations quant à « qui fait quoi et où ? ». Ce type d'informations est souvent disponible par l'intermédiaire du mécanisme de coordination de la nutrition spécifique au pays. Les informations détaillées pertinentes comprennent :

- l'agence chargée de la mise en œuvre,
- les modalités et activités spécifiques,
- le groupe cible,
- les cas en attente,
- la couverture géographique.

La deuxième étape consiste à évaluer les programmes de nutrition afin de recenser les lacunes dans la couverture, dans les types de programmes de nutrition nécessaires et les possibilités de liens multisectoriels entre les programmes.

Voici quelques axes de réflexion :

- Si la couverture des programmes de nutrition n'est pas adéquate, quels sont les facteurs de limitation ?
- Quels programmes à dimension nutritionnelle sont actuellement en place (qui, quoi, où et comment) ?
- Existe-t-il des possibilités de collaboration entre programmes ou secteurs pour obtenir un effet positif plus important sur la nutrition ?

Investissement financier

Les gouvernements donnent souvent la priorité à des questions ou zones géographiques spécifiques dans les budgets nationaux. Dans de nombreux pays, cependant, la nutrition n'est pas une priorité. Les gouvernements peuvent également hésiter à lancer certains types de programmes de nutrition s'ils estiment qu'ils n'ont pas la capacité financière d'intégrer ces programmes dans leurs services standard à long terme.

Voici quelques axes de réflexion :

- Quelle proportion des budgets nationaux/budgets infranationaux est allouée à la nutrition ?
- Quel est le calendrier des dépenses et y a-t-il des périodes où le financement n'est pas disponible ?
- Pour quelle durée les budgets sont-ils prévus ?

Comprendre ce qui est classé comme prioritaire dans les budgets gouvernementaux, la différence entre ce qui est budgété et ce qui est réellement mis à disposition pour la programmation, ainsi que le processus de budgétisation aidera à identifier les priorités et les opportunités pour influencer la prise de décision en matière de nutrition.

Analyses des parties prenantes, partenariats et capacités

Le PAM est déterminé à travailler en partenariat au niveau des pays avec les gouvernements, les ONG, le secteur privé, la société civile, les universités et d'autres organismes des Nations Unies pour intervenir comme un front uni. Cela nécessite une compréhension approfondie des partenaires disponibles, de leurs mandats et de leurs intérêts, ainsi que de leurs capacités relatives en matière de nutrition. Les interventions alimentaires et nutritionnelles peuvent avoir un effet plus important lorsque les partenaires travaillent de concert pour apporter une réponse globale. Par conséquent, il convient d'identifier les parties prenantes pertinentes et de comprendre leurs capacités à s'engager dans l'action nutritionnelle. Cela implique de comprendre :

- quels partenaires sont disponibles,
- les mandats et les intérêts de ces partenaires et leurs capacités relatives en matière de nutrition,
- quels partenariats sont appropriés pour atteindre les objectifs du PAM,
- comment ces partenariats peuvent être développés,
- quelles sont les entités dont les capacités doivent être renforcées, et dans quel domaine, pour atteindre l'objectif global du programme du PAM.

Une partie prenante est toute entité ayant un intérêt clair ou potentiel pour un sujet ou une question. L'éventail des parties prenantes concernées variera en fonction de la complexité de la situation. Les parties prenantes peuvent être des particuliers, des organisations ou des groupes non organisés. Dans la plupart des cas, les parties prenantes appartiennent à une ou plusieurs des catégories suivantes :

- instances gouvernementales,
- acteurs internationaux (par exemple, donateurs, institutions spécialisées des Nations Unies, ONG internationales),
- acteurs nationaux ou politiques (p. ex. législateurs, gouverneurs, sénateurs),
- organismes du secteur public (p. ex. ministères),
- groupes d'intérêt (p.ex. syndicats, associations médicales),
- organismes du secteur privé (p. ex. entreprises privées),
- organisations à but non lucratif (ONG nationales, fondations),
- membres de la société civile,
- communauté et bénéficiaires.

Certaines parties prenantes peuvent être plus facilement accessibles que d'autres. Il est souvent difficile d'inclure la communauté et les bénéficiaires dans les processus de consultation officiels. Néanmoins, il est important, dans toute la mesure du possible, de veiller à ce que toutes les parties prenantes concernées participent aux étapes appropriées de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'intervention en matière de nutrition.

L'analyse des parties prenantes variera en fonction du contexte. Elle peut reposer sur un processus de consultation officiel ou sur des discussions informelles. Il peut s'agir de consolider l'information pour la première

fois ou de mettre à jour une analyse des parties prenantes existante. L'analyse peut être menée au niveau national, mais une analyse au niveau infranational peut être utile, selon le contexte et l'éventail des partenaires. L'analyse des parties prenantes peut être effectuée au sein du PAM en ce qui concerne sa propre programmation, ou dans le cadre d'un mécanisme de coordination de la nutrition et revue par le PAM en fonction de ses propres programmes.

La première étape consiste à consolider les informations sur les agences et les institutions pertinentes en matière de nutrition dans une matrice, en s'appuyant sur les renseignements quant à « qui fait quoi et où » décrits précédemment. Il ne faut pas oublier que les parties prenantes ne sont pas de simples partenaires potentiels de mise en œuvre. Les principaux domaines d'information supplémentaire peuvent inclure les points suivants :

- Quel est le mandat des organismes et quel est leur niveau d'intérêt pour les questions de nutrition ?
- Quel est leur domaine d'activité spécifique en matière de nutrition, par exemple, politique, prestation de services, coordination, assurance qualité, etc. ?
- Quelle est leur position par rapport au travail du PAM : soutien actif ou passif ? Opposition active ou passive ?
- Dans quelle mesure leur participation est-elle essentielle pour garantir la capacité du PAM à exécuter les programmes ?
- Quel est leur niveau d'influence sur les questions de nutrition ?

Analyses des interventions nationales dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose

Afin de définir où et comment le PAM peut contribuer aux interventions nationales en matière de VIH et de tuberculose, il est essentiel de s'aligner sur les priorités nationales et sur la réponse globale, y compris celle des autres parties prenantes.

- Cadre politique et stratégique national : décrire le contexte politique national en matière de VIH et de tuberculose (y compris le plan stratégique national relatif au VIH et à la tuberculose) et déterminer si la composante nutrition est prise en compte. Identifier dans quelle mesure les questions liées au VIH et à la tuberculose sont représentées dans les politiques alimentaires et nutritionnelles nationales, y compris les plans d'urgence et d'atténuation des effets des catastrophes naturelles. Clarifier s'il existe des directives et des protocoles nutritionnels et préciser s'ils sont intégrés à l'information concernant spécifiquement les personnes vivant avec le VIH et les personnes atteintes de tuberculose. Évaluer si les indicateurs alimentaires et nutritionnels relatifs aux activités liées au VIH et à la tuberculose sont intégrés dans le système national d'information sur la gestion de la santé.
- Capacités nationales : évaluer la présence de tout organe de coordination national et/ou des Nations Unies de lutte contre le VIH et la tuberculose, et déterminer les rôles des principales parties prenantes dans le domaine du VIH et de la tuberculose, ainsi que de la nutrition. Évaluer l'ampleur et la qualité des programmes nationaux mis en œuvre dans le domaine du VIH et de la tuberculose par le gouvernement et d'autres partenaires, en accordant une attention particulière aux activités de nutrition, et décrire en détail la situation financière.
- Partenariat : rechercher des partenaires appropriés pour accélérer les efforts du pays en faveur d'un programme de nutrition dans la prévention et le traitement du VIH et de la tuberculose.

Résumé

Les analyses de la capacité d'intervention, qui évaluent les parties prenantes, le cadre stratégique et les ressources institutionnelles et humaines, complètent les analyses de la situation nutritionnelle pour permettre l'élaboration d'interventions nutritionnelles bien conçues et adaptées au contexte.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- PAM. 2017. National Zero Hunger Strategic Review. Guidelines <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000023337/download/>
- PAM. 2016. Politique en matière de plans stratégiques de pays. <http://newgo.wfp.org/documents/policy-on-country-strategic-plans-csp>
- WFP Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance. <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-monitoring-and-evaluation>

Chapitre 5. Outil d'aide à la décision

Objet :

Ce chapitre a pour objet de démontrer comment interpréter les données recueillies à partir de l'analyse de la situation et d'autres sources afin d'éclairer la prise de décisions en matière de programmes de nutrition.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Intégrer explicitement une gamme de facteurs contextuels situationnels ainsi que l'état nutritionnel de la population dans le processus décisionnel des programmes de nutrition.
- Identifier la stratégie de programme la plus appropriée et la plus réalisable pour lutter contre la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et/ou les carences en micronutriments.
- Qualifier les décisions en matière de programmation à l'aide de données probantes claires.

Présentation générale

Les programmes du PAM en matière de nutrition doivent reposer sur une compréhension approfondie de la situation nutritionnelle afin de pouvoir apporter la réponse la plus appropriée. Il s'agit d'identifier qui souffre de malnutrition, de quel type de malnutrition, quand, où et pourquoi la malnutrition se produit.

L'objectif général d'une intervention en matière de nutrition est de stabiliser la situation et de ramener la prévalence de la malnutrition à des niveaux acceptables. Les programmes de nutrition du PAM visent à traiter et/ou à prévenir la malnutrition, tant dans les situations d'urgence qu'en dehors de ces situations. Plus précisément, le PAM répond généralement à l'une (ou plusieurs) des situations suivantes :

- Malnutrition aiguë (indiquée par l'émaciation)
- Malnutrition chronique (indiquée par le retard de croissance)
- Carences en micronutriments (indiquées par une ou plusieurs carences en certains micronutriments)

Bien que le PAM réagisse traditionnellement à la dénutrition, l'augmentation du « double fardeau » dans de nombreux pays implique que le surpoids et l'obésité peuvent être amenés à jouer un rôle croissant dans les programmes de nutrition du PAM (les sections ci-après fournissent de plus amples informations sur ce point).

Le tableau 5.1 présente certains des indicateurs clés de la malnutrition au niveau de la population qui sont utilisés pour guider les décisions de programmation. En règle générale, une gravité « moyenne » ou supérieure est une indication que le PAM pourrait intervenir au moyen de programmes appropriés. Bien qu'il s'agisse d'indicateurs au niveau de la population, ils peuvent se manifester au niveau national, infranational ou local (par exemple, dans des camps de réfugiés). Si ces seuils peuvent servir de guide universel, des protocoles nationaux devraient être envisagés en partenariat avec les acteurs locaux.

Tableau 5. 1. Classification pour l'évaluation de la gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population

Types de malnutrition	Indicateur	Gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population (%)				
		Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	Population de référence
Malnutrition chronique	Retard de croissance	<10	10-19	20-29	>=30	Enfants de 6 à 59 mois
Dénutrition	Insuffisance pondérale	<10	10-19	20-29	>=30	Enfants de 6 à 59 mois
Malnutrition aiguë	Émaciation	<5	5-9	10-14	>=15	Enfants de 6 à 59 mois
Surnutrition	Surpoids	<5	5-9	10-14	>=15	Enfants de 6 à 59 mois
Surnutrition	Surpoids	<10	10-20	20-30	>=30	Enfants et adolescents (6 à 18 ans) ⁵⁵
Surnutrition	Surpoids	<20	20-30	30-40	40+	Adultes de plus de 18 ans ⁵⁶
Carences en fer et en autres micronutriments	Anémie ⁵⁷	<5	5-19	20-39	>=40	Peut varier en fonction de la population concernée ⁵⁸
Carence en vitamine A	Cécité nocturne	0	0-1	1-5	>5	Enfants de 24-71 mois
Carence en vitamine A	Cécité nocturne				>=5	Femmes enceintes et mères allaitantes ⁵⁹
Carence en vitamine A	Prévalence d'un taux de rétinol insuffisant (0,70 µmol/l ou inférieur)	<2	2-9	10-19	>=20	Enfants de 6-71 mois et femmes enceintes et mères allaitantes ⁵⁷

Les taux de malnutrition peuvent varier considérablement d'un groupe de population à l'autre. L'analyse de l'information devrait tenir compte des différentes vulnérabilités, et donc des différences potentielles d'incidence, entre les femmes, les filles, les garçons et les hommes, ainsi qu'entre les groupes ethniques ou de moyens de subsistance. La compréhension de ces facteurs peut éclairer la prise de décisions pour cibler des

⁵⁵ Pour de plus amples informations concernant le surpoids et l'obésité dans ce groupe d'âges, voir la page de l'OMS : http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/overweight_adolescents/en/

⁵⁶ Pour de plus amples informations concernant le surpoids et l'obésité chez les adultes, voir la page de l'OMS : http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

⁵⁷ N. B. : la prévalence du trouble de carence en fer est probablement 2 à 2,5 fois plus élevée que celle de l'anémie.

⁵⁸ Pour de plus amples informations sur les seuils d'anémie par groupe de population, voir la page de l'OMS : <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/en/>

⁵⁹ Base de données mondiale de l'OMS sur la carence en vitamine A : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44110/9789241598019_eng.pdf?sequence=1

régions géographiques et des groupes de population spécifiques. Les paragraphes ci-dessous donnent de plus amples informations pour chaque type de malnutrition.

Malnutrition aiguë

Tableau 5.2. Classification pour l'évaluation de la gravité de la malnutrition aiguë en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population

Types de malnutrition	Indicateur	Gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population (%)				
		Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	Population de référence
Malnutrition aiguë	Émaciation	<5	5-9	10-14	>=15	Enfants de 6 à 59 mois

Le PAM peut mettre en œuvre des programmes de lutte contre la malnutrition aiguë dans les situations d'urgence et dans les contextes stables, généralement axés sur le traitement et/ou la prévention. Les directives ci-dessous sont conformes aux outils largement acceptés, tels que l'outil décisionnel de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë du Groupe nutrition, qui utilise une méthode de notation basée sur les données de prévalence et les facteurs de risque pour guider les décisions de programmation (c'est-à-dire prévention, traitement ou les deux). Cet outil peut fournir un guide supplémentaire utile.⁶⁰

La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de moins de 5 ans (telle qu'indiquée par les niveaux d'émaciation, voir tableau 5.2.) est un facteur clé dans la décision de mettre en œuvre des programmes pour lutter contre la malnutrition aiguë. L'analyse des tendances, notamment la compréhension du caractère saisonnier de la MAG au sein de la population touchée, est également essentielle pour classer la prévalence de la MAG, car elle peut ne pas être constante dans le temps.

Dans le cas de données de mauvaise qualité, la prévalence de la MAG peut également être corroborée par le nombre d'enfants atteints de MAM et de MAS en traitement si nous avons une compréhension claire de la couverture, et donc du besoin satisfait. Si les données ne sont pas disponibles ou ne sont pas récentes, des données plus anciennes et des données de dépistage disponibles peuvent être utilisées pour porter un jugement sur la prévalence de la MAG.

Outre la prévalence de la MAG, il est important d'être au courant des risques de détérioration au sein de la population. Même si les niveaux de MAG sont faibles, ces facteurs indiquent que les populations peuvent courir un risque de pic des niveaux d'émaciation. Ces risques comprennent :

- Une morbidité accrue : la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la rougeole chez les populations non immunisées sont des maladies infantiles courantes qui peuvent survenir dans les situations d'urgence et les contextes fragiles. L'information de base sur la couverture vaccinale, ainsi que la supplémentation en vitamine A, peuvent donner un aperçu des risques de morbidité et des effets sur la MAG.
- L'accès aux services : l'évaluation de l'accès de la population à l'eau (quantité et qualité), à des services d'assainissement et d'hygiène, et le surpeuplement, est également un élément important pour déterminer les risques.

⁶⁰ Global Nutrition Cluster. Moderate Acute Malnutrition: A decision tool for emergencies (Malnutrition aiguë modérée : un outil décisionnel pour les situations d'urgence). Updated March 2017. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DECISION-TOOL-FOR-MAM_w-exceptional-cicumstances_-May-2017-update-final1.pdf

- Diminution de la sécurité alimentaire (perturbation de la disponibilité, de l'utilisation des aliments ou de l'accès à ces derniers) : les taux de MAG sont susceptibles d'augmenter si les ménages sont confrontés à un accès réduit à la nourriture (par exemple en cas de sécheresse ou de baisse du revenu du ménage). Des indicateurs sur la sécurité alimentaire des ménages, des stratégies d'adaptation et les prix du marché devraient être utilisés pour déterminer l'ampleur, la portée et la durée de l'insécurité alimentaire.
- Déplacement important de populations : les populations déplacées sont souvent plus vulnérables aux pics de malnutrition aiguë, qui peuvent se produire au-delà des frontières (réfugiés) ou à l'intérieur d'un pays (personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays). Ces tendances peuvent influencer sur le type et la fréquence des programmes.
- Densité de la population : la densité de la population est importante pour la prise de décision parce qu'elle influe sur le risque d'éclosion de maladie. En outre, une faible prévalence de la MAG peut tout de même impliquer une incidence élevée chez les populations denses, ce qui pourrait imposer un lourd fardeau aux services de santé.

Les options de programmation du PAM pour répondre aux facteurs susmentionnés sont généralement les suivantes : traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et/ou prévention de la malnutrition aiguë. Les chapitres 6 (programmes de prévention) et 7 (programmes de traitement) présentent des informations détaillées sur les différentes composantes de ces programmes.

Les programmes de traitement de la MAM visent à réduire la mortalité, la morbidité et l'incidence de la malnutrition aiguë sévère (MAS). Ils sont généralement établis dans les pays, provinces ou districts où la prévalence de la MAG est d'au moins 10 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, ou lorsque la MAG est de 5 à 9 % avec des facteurs aggravants (voir la liste ci-dessus).

Souvent, il est recommandé de mettre en œuvre des programmes de prévention de la malnutrition aiguë en plus du traitement. La prévention de la malnutrition aiguë est particulièrement recommandée lorsque l'émaciation saisonnière augmente de manière prévisible, généralement pendant la période de soudure agricole. La prévention de la malnutrition aiguë peut également être envisagée lorsque l'accès aux programmes de traitement de la MAM et de la MAS est faible.

Malnutrition chronique

Tableau 5.3. Classification pour l'évaluation de la gravité de la malnutrition chronique en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population

Types de malnutrition	Indicateur	Gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population (%)				
		Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	Population de référence
Malnutrition chronique	Retard de croissance	<10	10-19	20-29	>=30	Enfants de 6 à 59 mois

Le retard de croissance est l'indicateur de la malnutrition le plus couramment utilisé. Il est évalué par la mesure du Z-score de la taille debout-pour-l'âge, en fonction de seuils spécifiques (veuillez consulter le chapitre 2, Tableau 2.3 pour ces seuils). Au niveau de la population, la prévalence du retard de croissance fait référence à la part d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui sont classés comme souffrant d'un retard de croissance modéré à sévère. La prévalence du retard de croissance est un facteur clé utilisé à la base des décisions de programmation, car il donne une indication de la probabilité qu'un enfant de moins de 5 ans dans une population donnée ne reçoive pas une nutrition adéquate pour atteindre une croissance et un développement optimal.

Le PAM s'est engagé à lancer des programmes de prévention du retard de croissance dans les pays où la prévalence du retard de croissance est d'au moins 20 % ou est inférieur au seuil fixé dans les politiques ou programmes nationaux. Dans certains pays, bien que la prévalence nationale puisse être relativement faible, certaines zones infranationales ou localisées peuvent cependant présenter des taux de retard de croissance très élevés. En outre, les ménages de statut socioéconomique inférieur sont susceptibles d'être confrontés à des taux de retard de croissance beaucoup plus élevés.

À l'intérieur des pays, les programmes de prévention des retards de croissance du PAM devraient cibler les régions où les taux de retard de croissance sont élevés (> 20 %) et où la pauvreté et l'insécurité alimentaire sont élevées. Si la prévention du retard de croissance n'est pas nécessairement un objectif stratégique explicite des programmes d'urgence, les programmes de nutrition d'urgence doivent être élaborés en tenant compte du fait que les besoins nutritionnels qui ne sont pas satisfaits pendant l'urgence peuvent avoir des effets négatifs sur le retard de croissance et les carences en micronutriments.

Carences en micronutriments

Tableau 5.4. Classification pour l'évaluation de la gravité de la malnutrition en micronutriments en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population

Types de malnutrition	Indicateur	Gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population (%)				
		Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	Population de référence
Carences en fer et en autres micronutriments	Anémie ⁶¹	<5	5-19	20-39	>=40	Peut varier en fonction de la population concernée ⁶²
Carence en vitamine A	Cécité nocturne	0	0-1	1-5	>5	Enfants de 24-71 mois
Carence en vitamine A	Prévalence d'un taux de rétinol insuffisant (0,70 µmol/l ou inférieur)	<2	2-9	10-19	>=20	Enfants de 6-71 mois
Carence en vitamine A	Cécité nocturne				>=5	Femmes enceintes et mères allaitantes

Les carences en micronutriments particulièrement préoccupantes comprennent la carence en vitamine A, les troubles dus à la carence en iode, l'anémie ferriprive et la carence en zinc, où même les carences légères à modérées peuvent avoir des effets négatifs sur le bien-être. Il est à noter qu'il est peu probable que les carences en micronutriments se produisent isolément ; par conséquent, les données probantes indiquant qu'un groupe particulier souffre d'une carence en micronutriments peuvent indiquer qu'il existe de multiples carences. L'anémie et les carences en vitamine A sont des indicateurs courants de malnutrition en micronutriments, et les seuils de population sont indiqués dans le Tableau 5.4.

Au niveau de la population, l'information sur la prévalence des carences en micronutriments peut être évaluée au moyen d'une enquête nutritionnelle, bien que cette information ne soit pas toujours disponible au moment de planifier une nouvelle intervention. Des informations indirectes devraient donc être utilisées pour estimer la carence nutritionnelle et les besoins en micronutriments, notamment les données existantes sur la prévalence de carences en micronutriments, la prévalence des retards de croissance et les facteurs de risque tels que l'apport alimentaire, les pratiques alimentaires complémentaires et l'insécurité alimentaire des ménages. Des indicateurs diététiques clés tels que la diversité alimentaire minimale chez les femmes, le score nutritionnel de la consommation alimentaire et le régime alimentaire minimal acceptable peuvent indiquer si certains nutriments et/ou groupes d'aliments font défaut dans l'alimentation.

Il existe de nombreuses façons d'atteindre l'adéquation nutritionnelle : en améliorant la diversité de l'approvisionnement alimentaire, en augmentant l'accès à des aliments plus coûteux qui contiennent des nutriments essentiels et en appuyant l'enrichissement des aliments, notamment les aliments complémentaires enrichis.

⁶¹ N. B. : la prévalence du trouble de carence en fer est probablement 2 à 2,5 fois plus élevée que celle de l'anémie.

⁶² Pour de plus amples informations sur les seuils d'anémie par groupe de population, voir la page de l'OMS : <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/en/>

Les interventions visant à prévenir et/ou à traiter les carences en micronutriments comprennent généralement l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie, la diversification alimentaire pour inclure des aliments contenant des vitamines et des minéraux hautement absorbables, l'enrichissement des aliments de base et complémentaires et l'apport d'aliments nutritifs spécialisés. L'enrichissement au point d'utilisation au moyen de micronutriments en poudre est recommandé lorsque les besoins en micronutriments des enfants âgés de 6 à 23 mois ne sont pas satisfaits par le régime alimentaire usuel, c'est-à-dire lorsque des aliments complémentaires appropriés contenant suffisamment de macronutriments sont disponibles localement et abordables, mais pauvres en micronutriments.

Surnutrition

Tableau 5.5. Classification pour l'évaluation de la gravité de la surnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population

Types de malnutrition	Indicateur	Gravité de la malnutrition en fonction des valeurs de prévalence au sein de la population (%)				
		Faible	Moyenne	Élevée	Très élevée	Population de référence
Surnutrition	Surpoids	<5	5-9	10-14	>=15	Enfants de 6 à 59 mois
Surnutrition	Surpoids	<10	10-20	20-30	>=30	Enfants et adolescents (6 à 18 ans) ⁶³
Surnutrition	Surpoids	<20	20-30	30-40	40+	Adultes de plus de 18 ans ⁶⁴

Bien que le traitement et la prévention de la dénutrition demeurent les principaux objectifs des programmes nutritionnels du PAM, ce dernier ne saurait ignorer le problème du surpoids et de l'obésité. L'augmentation rapide du surpoids et de l'obésité en fait l'un des problèmes nutritionnels les plus importants dans certains des pays où le PAM intervient.

Au minimum, le PAM doit tenir compte des effets négatifs involontaires. Il est essentiel que le PAM adopte une approche fondée sur la volonté de « Ne rien faire de nuisible », en veillant à ce qu'à tout le moins, l'appui ne contribue pas à de mauvais résultats nutritionnels. Une analyse de la situation nutritionnelle pour comprendre les questions de nutrition et les facteurs qui les sous-tendent est une première étape cruciale dans la conception de l'aide alimentaire et nutritionnelle. En présence de niveaux élevés de surpoids et d'obésité, des mesures devraient être prises pour ajuster les paniers de provisions (ou bons) afin de tenir compte du risque accru de favoriser une nutrition déséquilibrée.

Les programmes ciblant les femmes enceintes et les mères allaitantes devraient tenir compte des taux de surpoids et d'insuffisance pondérale chez les femmes en âge de procréer. Lorsque les taux de surpoids sont élevés, les rations, y compris le sucre et l'huile, doivent être soigneusement examinées pour s'assurer que l'énergie supplémentaire n'a pas d'effets négatifs sur le régime alimentaire. Les rations pour les femmes

⁶³ Pour de plus amples informations concernant le surpoids et l'obésité dans ce groupe d'âges, voir la page de l'OMS : http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/overweight_adolescents/en/

⁶⁴ Pour de plus amples informations concernant le surpoids et l'obésité chez les adultes, voir la page de l'OMS : http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

enceintes et les mères allaitantes devraient toujours tenir compte des besoins en micronutriments et éviter de ne donner la priorité qu'aux besoins en macronutriments.

Pour les programmes ciblant les jeunes enfants où l'émaciation est faible, le retard de croissance moyen et le surpoids et l'obésité en augmentation, la sélection des aliments nutritifs spécialisés devrait tenir compte des lacunes nutritionnelles spécifiques de l'alimentation. Si l'apport calorique est suffisant, les micronutriments essentiels, y compris les vitamines, les minéraux et les acides gras essentiels, peuvent être fournis avec un minimum de calories supplémentaires.

Plusieurs considérations doivent être prises en compte dans l'approche « Ne rien faire de nuisible » adoptée par le PAM pour programmer des paniers alimentaires appropriés dans d'autres programmes, par exemple :

Repas scolaires :

Les repas scolaires devraient contenir des aliments enrichis, des fruits, des légumes et/ou des aliments d'origine animale lorsque des carences en micronutriments existent, avec un apport équilibré en glucides, protéines et matières grasses. Il faut éviter les aliments vides riches en lipides et en sucres, mais pauvres en vitamines, minéraux et autres micronutriments sains. De plus, la fourniture de barres énergétiques ou de barres de dattes (collations prêtes à manger enrichies) devrait être soigneusement évaluée, car ces barres peuvent être riches en sucre et sont souvent utilisées dans des milieux où la consommation de sucre est déjà relativement élevée. Dans d'autres cas, l'huile est parfois utilisée comme une ration à emporter à la maison afin d'augmenter les adhésions. Dans les milieux où les taux de surpoids et d'obésité augmentent, les régimes alimentaires peuvent déjà être riches en graisses, et une ration plus nutritive à emporter à la maison devrait être envisagée.

Aide alimentaire générale :

L'examen des besoins d'une population en matière d'aide alimentaire générale, en particulier dans les situations d'urgence prolongées, exige une planification minutieuse afin d'éviter les régimes alimentaires potentiellement dangereux pour les populations dépendantes de l'aide alimentaire. Lorsque l'aide alimentaire fournit une alimentation complète, la ration doit être composée d'aliments qui constituent un régime équilibré, c'est-à-dire un régime composé d'environ 50 à 60 % de glucides, 15 à 20 % de protéines et 30 % de graisses, tout en répondant aux besoins en micronutriments et en fournissant 2 100 calories en moyenne par membre de la famille. Dans les régions où les taux de surpoids et d'obésité augmentent, l'assortiment de produits alimentaires du PAM devrait limiter les quantités de sel (3 g par jour), de sucre (20-30 g) et d'huile fournies. Ces considérations s'appliquent également à d'autres aliments qui peuvent être riches en sel, en sucre et/ou en huile, tels que les arachides et les fruits, qui sont sains lorsque consommés avec modération. Les programmes utilisant des bons d'achat ou des espèces devraient équilibrer la promotion de régimes alimentaires sains (renforcement positif), en limitant certains achats, notamment l'achat de sucreries (renforcement négatif).

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Global Nutrition Cluster. MAM task Force. 2017. Moderate Acute Malnutrition: decision tool for emergencies. <http://nutritioncluster.net/resources/ma/>
- WFP & UNHCR : Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence. 2011. <http://www.unhcr.org/4b7421fd20.html>
- WFP, UNICEF, WHO, UNHCR : Food and Nutrition needs in Emergencies. <http://www.unhcr.org/45fa745b2.html>
- WFP 2015. Technical Guidance for WFP's Consolidated Approach for Reporting Indicators of Food Security (CARI). <http://www.wfp.org/content/consolidated-approach-reporting-indicators-food-security-cari-guidelines>

Chapitre 6. Programmes de prévention

Objet :

Le présent chapitre a pour objet de donner un aperçu des programmes de prévention de la malnutrition dans le contexte des priorités du PAM en matière de nutrition.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Comprendre l'importance de prévenir toutes les formes de malnutrition
- Expliquer les pierres angulaires de la prévention de la malnutrition
- Décrire des exemples de programmes susceptibles de prévenir la malnutrition et expliquer les fondements théoriques de ce potentiel

Présentation générale

Tout en réaffirmant l'engagement du PAM en faveur du traitement de la malnutrition aiguë modérée, la politique du PAM en matière de nutrition reconnaît le rôle important des programmes de prévention⁶⁵ dans la lutte contre la malnutrition.

La prévention de toutes les formes de malnutrition réduit la souffrance : la malnutrition augmente la vulnérabilité aux maladies et aux infections ; la malnutrition est la cause sous-jacente d'environ 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans⁶⁶. La prévention conduit également à des gains économiques et de développement à long terme : chaque dollar investi dans la prévention de la malnutrition permet un retour sur investissement de 16 dollars en réduisant les coûts des soins de santé⁶⁷.

De plus en plus de faits probants démontrent que différents types de malnutrition peuvent survenir simultanément et que la présence d'un type de malnutrition peut augmenter le risque d'un autre⁶⁸. Pour chaque enfant de moins de 5 ans souffrant de dénutrition, 1 enfant sur 10 souffre à la fois d'émaciation et de retard de croissance, et le risque de décès est plus élevé chez ces enfants présentant un seul de ces états, soit plus de 12 fois plus que chez les enfants bien nourris⁶⁹. Le surpoids/l'obésité et la dénutrition peuvent coexister au sein des mêmes populations, communautés, ménages vulnérables et, parfois chez une même personne, ce qui rend la lutte contre la malnutrition encore plus complexe.⁷⁰

Différents types de malnutrition ont de nombreux facteurs communs, notamment, sans pour autant s'y limiter : une mauvaise alimentation, une mauvaise nutrition maternelle, des maladies infectieuses et des pratiques sous-optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Par conséquent, des interventions bien

⁶⁵ PAM. 2017. Politique en matière de nutrition. <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>

⁶⁶ Black et al. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Series, Maternal and Child Nutrition, Volume 382, ISSUE 9890, P 427-451, August 03, 2013. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960937-X/abstract>

⁶⁷ International Food Policy Research Institute. 2016. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. (Rapport mondial sur la nutrition 2016 : des promesses aux effets : éradiquer la malnutrition d'ici 2030) Washington, DC. (Page 28)

⁶⁸ Bergeron, Gilles et Castleman, Tony. 2012. « Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences » (Réponses du programme à la malnutrition aiguë et chronique : divergences et convergences) *Advances in Nutrition*. Volume 3, pp. 242-249.

⁶⁹ Khara T, Mwangome M, Ngari M, Dolan C. Children concurrently wasted and stunted: A meta-analysis of prevalence data of children 6–59 months from 84 countries. *Field Exchange* 57 Feb 2018.

⁷⁰ OMS. The double burden of malnutrition. Policy brief. Genève. Organisation mondiale de la Santé ; 2017.

conçues, parfaitement ciblées et globales, qui s'attaquent à de multiples facteurs de la malnutrition, ont le potentiel de prévenir simultanément de multiples formes de malnutrition.

Les pierres angulaires de la prévention de la malnutrition

Les efforts du PAM pour prévenir la malnutrition doivent reposer sur trois pierres angulaires : analyser toutes les formes et tous les facteurs potentiels de malnutrition ; accorder la priorité à ceux qui ont le plus de chances de prévenir la malnutrition ; et s'associer à tous les secteurs pour coordonner l'action et les services qui améliorent les régimes alimentaires et s'attaquent aux causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition.

Analyses des facteurs et des manifestations potentiels de la malnutrition

Une approche préventive de la lutte contre la malnutrition exige une analyse solide, adaptée au contexte, qui recense les facteurs de la malnutrition. Sachant que plus d'un type de malnutritions peuvent coexister simultanément, les analyses doivent tenir compte des différents types de malnutrition, notamment de la combinaison potentielle de la dénutrition et la surnutrition, communément appelée double fardeau. L'analyse doit également porter sur les questions de nutrition tout au long de la vie, car elles varient selon l'âge. L'analyse devrait se faire en partenariat avec les gouvernements nationaux et d'autres acteurs, y compris les communautés elles-mêmes, pour avoir un aperçu des nombreux facteurs qui influencent la nutrition. L'une des meilleures méthodes utilisées par le PAM pour analyser les obstacles à un apport suffisant en nutriments est l'outil « Fill the Nutrient Gap » (FNG, combler les carences en nutriments).⁷¹ Vous trouverez plus d'informations sur l'outil Fill the Nutrient Gap et sur ce qu'une analyse nutritionnelle devrait inclure au chapitre 3.

Accorder la priorité à ceux qui ont le plus de besoin de bénéficier de la prévention de la malnutrition

Une analyse contextuelle révèle les groupes de population qui sont le plus dans le besoin, et les plus vulnérables d'entre eux devraient être classés comme prioritaires, quels que soient leur âge, leur sexe ou d'autres indicateurs démographiques. Néanmoins, les 1 000 premiers jours (de la conception jusqu'au deuxième anniversaire d'un enfant) sont considérés comme une « fenêtre d'opportunité » essentielle au cours de laquelle une mauvaise alimentation engendre les plus gros problèmes, mais une alimentation optimale offre les plus grands effets possibles⁷². Cette « fenêtre d'opportunité » est une période de développement rapide au cours de laquelle la malnutrition maternelle et infantile doit être évitée afin d'éviter des conséquences à vie. Répondre aux besoins nutritionnels des femmes enceintes, des mères allaitantes et des enfants de moins de 2 ans est donc une condition préalable à l'élimination de la malnutrition. Les données factuelles montrent également qu'il est essentiel de veiller à ce que les adolescentes et les femmes en âge de procréer satisfassent leurs besoins nutritionnels pour briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition. Ces groupes peuvent bénéficier de programmes ou de politiques qui les ciblent directement, tels que des programmes généraux de supplémentation alimentaire ou d'alimentation scolaire, et d'interventions auprès de la population, comme l'enrichissement des aliments de base.

Fournir un ensemble complet d'interventions

Les programmes et politiques visant à prévenir la malnutrition doivent associer les efforts déployés par le PAM pour améliorer l'alimentation à un ensemble intégré d'interventions dans tous les secteurs qui cherchent à s'attaquer simultanément aux autres facteurs de la malnutrition. Un ensemble complet de mesures optimise toutes les possibilités d'améliorer la nutrition en combinant des interventions spécifiques à la nutrition (qui s'attaquent aux causes immédiates de la malnutrition) à des approches à dimension nutritionnelle (qui s'attaquent aux causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition) pour apporter des améliorations durables à la situation nutritionnelle générale. Par exemple, une telle intervention combinée peut consister pour le PAM à fournir aux personnes vivant avec le VIH un aliment nutritif spécialisé ou, si les conditions du marché le permettent, de l'argent comptant ou des bons pouvant être échangés au marché contre des aliments frais nutritifs. Le transfert monétaire pourrait être effectué parallèlement aux activités de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) en vue d'encourager l'amélioration des pratiques en matière de

⁷¹ PAM. 2018. Outil Fill the Nutrition Gap (FNG). Analyses, Consensus, Decision Making <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-000023229/download>

⁷² The 1,000 Day Window of Opportunity, a Technical Guidance Brief. USAID, 2018. <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition/1000-day-window-opportunity>

diversité alimentaire, de lavage des mains, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, etc., et complété par d'autres interventions pour améliorer l'accès à des soins de santé, une éducation, des opportunités génératrices de revenu de qualité, etc. La mesure dans laquelle le PAM pourrait jouer un rôle direct dans des interventions complémentaires dépend du contexte et des capacités du PAM et des autres partenaires. Pour assurer la viabilité d'une bonne nutrition, le PAM devrait donner la priorité au renforcement des systèmes nationaux et des capacités des gouvernements à coordonner, exécuter et suivre un ensemble aussi complet d'interventions.

Mettre en œuvre une évaluation et un suivi solides

Les activités d'évaluation et de suivi évaluent l'adéquation, l'efficacité, l'efficacé et les effets d'une intervention. Le suivi est une évaluation continue et systématique de l'évolution d'un programme dans le temps. Il fait partie intégrante de la gestion quotidienne et devrait permettre au personnel du PAM de détecter les problèmes à tous les niveaux de la programmation nutritionnelle et d'y remédier. Un suivi efficace permet de mettre en œuvre des changements, ce qui rend les programmes de prévention plus efficaces.

L'évaluation est un exercice ponctuel qui peut être effectué une fois le programme achevé ou après une longue période dans le cadre d'une opération prolongée. Les évaluations devraient fournir des informations pour améliorer la programmation future.

Pour de plus amples informations sur le suivi et l'évaluation des programmes de nutrition, veuillez consulter le document intitulé « Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance » (Principes directeurs de l'évaluation et du suivi de la nutrition du Programme alimentaire mondial) du PAM.⁷³

Actions spécifiques visant à prévenir la malnutrition

Les interventions nutritionnelles sont souvent classées en deux catégories : celles qui portent sur les causes immédiates de la malnutrition (interventions spécifiques à la nutrition) et celles qui portent sur les causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition (interventions à dimension nutritionnelle). Des programmes complets de prévention devraient inclure ces deux types d'intervention.

Les causes immédiates de la malnutrition sont l'apport alimentaire et la maladie. Pour y remédier, les programmes de prévention devraient favoriser un apport alimentaire approprié et un état de santé adéquat des groupes vulnérables.

- Mettre en œuvre des stratégies adaptées au contexte pour améliorer l'accès, la disponibilité, la demande et la consommation de régimes alimentaires sains et nutritifs. En ce qui concerne la fenêtre d'opportunité de 1 000 jours, les stratégies visant à améliorer l'alimentation complémentaire devraient inclure des interventions nutritionnelles spécifiques et sensibles à la nutrition pour promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà, et pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments locaux riches en nutriments. Lorsque les familles n'ont pas accès à des aliments appropriés ou ne peuvent pas les acheter pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, les programmes de protection sociale ou de filet de sécurité peuvent fournir des aliments nutritifs spécialisés tels que des suppléments nutritifs à base de lipides en petites quantités, des suppléments nutritifs à base de lipides en quantités moyennes et des aliments enrichis, comme source alternative d'énergie et de nutriments essentiels pour améliorer le régime familial et permettre une bonne croissance et un bon développement.
- Prévenir et traiter les maladies. Toutes les maladies infectieuses affaiblissent le système immunitaire. Les infections gastro-intestinales causant la diarrhée et/ou une inflammation intestinale prospèrent dans un environnement où l'assainissement et l'hygiène sont médiocres. Ces infections restreignent l'absorption des nutriments présents dans les aliments consommés. D'autres infections comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose, le paludisme et les infections respiratoires peuvent également avoir un effet négatif sur l'état nutritionnel en augmentant les besoins nutritionnels quotidiens, tout en restreignant la

⁷³ WFP Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance: <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-monitoring-and-evaluation>

consommation, l'absorption et l'utilisation des nutriments. Par conséquent, la réduction de la fréquence des maladies infectieuses grâce à des activités de traitement et de prévention telles que la vaccination, la promotion d'un assainissement et d'une hygiène adéquats, des mesures de protection individuelle et environnementale, des informations sur les modes de transmission, etc. est nécessaire pour briser le cercle vicieux de la malnutrition et de la morbidité.

Les causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition comprennent l'insécurité alimentaire, un environnement social et de soins inadéquat, un accès limité aux soins de santé, une production alimentaire limitée, la pauvreté, l'instabilité politique et les conflits. Pour y remédier, les programmes de prévention pourraient inclure :

- Des interventions agricoles visant à réduire les obstacles à la disponibilité d'aliments sains et nutritifs et l'accès à ces derniers. Ces interventions pourraient inclure de favoriser l'augmentation de la production et de la variété des cultures et de soutenir l'élevage afin de fournir aux ménages de la viande et des dérivés d'origine animale tels que des œufs, du lait, des yaourts et du fromage.
- Des programmes de protection sociale visant à réduire les obstacles à l'accès, grâce à la fourniture d'argent liquide ou de bons d'achat, combinés à une communication pour le changement social et comportemental, pour permettre aux individus d'acheter des aliments sains et nutritifs lorsqu'ils sont disponibles sur les marchés locaux.
- L'éducation et des interventions d'autonomisation des femmes pour améliorer la nutrition des femmes et des enfants. L'éducation des femmes est associée à une réduction de la malnutrition⁷⁴. En outre, l'autonomie des femmes en matière de santé et de nutrition pour elles-mêmes et leurs enfants, l'accès équitable aux ressources et la participation à la prise de décisions au niveau du ménage permettent également d'améliorer les résultats nutritionnels.
- D'autres interventions dans des secteurs tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), le développement du jeune enfant, l'éducation des enfants et la défense de ces causes auprès des décideurs politiques ont un énorme potentiel en tant que plateformes destinées à intensifier les programmes visant à réduire la malnutrition.

En raison de l'étiologie complexe de la malnutrition et des multiples facteurs qui agissent souvent simultanément, le travail en partenariat est vital pour des programmes de prévention efficaces. L'engagement et la participation des gouvernements, des institutions spécialisées des Nations Unies, des organisations non gouvernementales internationales et nationales, des donateurs et du secteur privé sont nécessaires pour obtenir un effet durable sur la prévention de la malnutrition.

S'assurer que personne ne souffre de malnutrition

Dans n'importe quel contexte donné, des programmes de prévention et de traitement peuvent être combinés pour répondre adéquatement aux besoins spécifiques d'une population. Si la première méthode pour lutter contre la malnutrition est la prévention, il est également impératif, sur le plan humanitaire, d'apporter un traitement salvateur à la malnutrition aiguë. Par conséquent, le chapitre 7 traite des programmes de traitement, tandis que les quatre sections du présent chapitre portent sur la prévention.

⁷⁴ Marphatia, A, Cole, J, Grijalva-Eternod, C, Wells, J. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. March 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29868199>

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- PAM. 2017. Politique en matière de nutrition. <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>
- Bergeron, Gilles et Castleman, Tony. 2012. « Program Responses to Acute and Chronic Malnutrition: Divergences and Convergences » (Réponses du programme à la malnutrition aiguë et chronique : divergences et convergences) **Advances in Nutrition**. Volume 3, pp. 242-249.
- OMS. The double burden of malnutrition. Policy brief. Genève. Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
- Rachmi, Cut Novianti et al. "Stunting Coexisting with Overweight in 2-0–4-9-Year-Old Indonesian Children: Prevalence, Trends and Associated Risk Factors from Repeated Cross-Sectional Surveys". *Public Health Nutrition* 19.15 (2016): 2698–2707. PMC.
- La Banque mondiale. Scaling Up Nutrition: What Will It Cost? 2010. Washington, DC.
- Ruel, et. al., Haiti, 2008; Epicentre/WFP Niger study, 2013; Malawi CIFF midterm report, 2015. Malawi, Mali programmes.
- Global Nutrition Report. 2014.
- De Pee S. Chronic Malnutrition. Dans : Karakochuk C, Whitfield K, Green T, Kraemer K (eds). *The biology of the first 1000 days*. Taylor & Francis (in press).
- S. Horton, M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal and J.K. Brooks, *Scaling Up Nutrition: What Will It Cost?* World Bank, 2009.
- Ruel, Marie T et al. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet* , Volume 382 , Issue 9891, 536 – 551
- OMS. 2017. GUIDELINE: Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition
- PAM. 2018. CRF indicator compendium: <http://newgo.wfp.org/documents/crf-outcome-and-output-indicator-compendium-march-2017>
- WFP Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance: <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-monitoring-and-evaluation>
- WFP 2018 Corporate Monitoring Guidance: <http://monitoring-manuals.wfp.org/en/corporate-monitoring-guidance>

Chapitre 6.1. Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition aiguë

Objet :

Ce chapitre a pour objet de guider le lecteur dans la conception de programmes visant à prévenir la malnutrition aiguë.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer pourquoi le PAM appuie la prévention de la malnutrition aiguë
- Comprendre la programmation du PAM pour la prévention de la malnutrition aiguë
- Comprendre les étapes de la formulation de programmes généraux de supplémentation alimentaire pour prévenir la malnutrition aiguë

Présentation générale

La malnutrition aiguë est directement causée par une diminution rapide et significative de la consommation alimentaire (qualité et quantité), par l'apparition soudaine d'une maladie ou les deux à la fois. Une prise en charge inadéquate ou inappropriée des enfants, une eau et un assainissement ainsi que des pratiques sociales et culturelles médiocres - ou une combinaison de ces facteurs - peuvent également être en cause. La malnutrition aiguë peut survenir aussi bien dans des situations d'urgence qu'en dehors de ces situations et entraîne une perte de poids rapide et/ou l'apparition d'un œdème bilatéral qui prend le godet. La malnutrition aiguë entrave la croissance physiologique et cognitive et réduit la résistance aux maladies, ce qui en fait un facteur de risque majeur de mortalité et de morbidité infantiles.

La malnutrition aiguë peut survenir à tout âge, mais chez les enfants de moins de 5 ans, elle se définit par un faible Z-score du poids-pour-la-taille (P/T) debout, un faible périmètre brachial⁷⁵, la présence d'un œdème bilatéral qui prend le godet ou une combinaison des trois. L'émaciation est définie comme un faible Z-score du P/T debout, mais n'inclut pas les enfants présentant un œdème bilatéral qui prend le godet.

Il existe deux formes de malnutrition aiguë : la malnutrition aiguë sévère (MAS) et la malnutrition aiguë modérée (MAM). L'émaciation peut également être sévère ou modérée.

Le tableau 2.3 du chapitre 2 donne les mesures anthropométriques et les seuils pour tous les groupes d'âge. De plus amples informations sur l'œdème bilatéral qui prend le godet sont également fournies au chapitre 2.

Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention de la malnutrition aiguë ?

L'une des principales causes de la malnutrition aiguë est un apport alimentaire insuffisant. Le PAM, en tant que plus grande organisation humanitaire de lutte contre la faim dans le monde, soutient l'augmentation de la disponibilité, de la demande et de la consommation de régimes alimentaires sains et nutritifs et de l'accès à ces derniers. Le PAM a donc un rôle clé à jouer dans la prévention de la malnutrition aiguë.

La prévention de la malnutrition aiguë est essentielle parce que les enfants souffrant d'émaciation modérée courent jusqu'à trois fois plus de risques de mourir que les enfants bien nourris, et ceux qui souffrent d'émaciation sévère courent de neuf à douze fois plus de risques de mourir que leurs congénères en bonne

⁷⁵ Le périmètre brachial n'est pas mesuré chez les enfants de moins de 6 mois. La malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 0 à 6 mois est mesurée par le Z-score du P/T debout et la présence d'un œdème bilatéral qui prend le godet..

santé^{76,77}. En outre, le traitement de la MAS nécessite un soutien médical ainsi qu'une alimentation thérapeutique ; et un enfant souffrant de malnutrition aiguë avec des complications médicales, comme une infection grave ou une anorexie, nécessite des soins hospitaliers intensifs. Par conséquent, atteindre les enfants avant qu'ils ne développent une malnutrition aiguë sévère ou des complications médicales peut sauver des vies et réduire la souffrance individuelle et la pression exercée sur les services de santé. Dans de nombreux contextes⁷⁸, il est moins coûteux de prévenir la malnutrition aiguë modérée (et, par conséquent la malnutrition aiguë sévère) que de traiter la malnutrition aiguë sévère.

La prévalence de la MAM peut atteindre des sommets pendant la période de soudure, tant dans les situations d'urgence qu'en dehors de ces situations. La prévention peut atténuer ces augmentations et les risques associés de mortalité, morbidité et de développement global de l'enfant.

Il est important de noter que le traitement de la malnutrition aiguë ne réduit pas le nombre de nouveaux cas et que la prévention est donc nécessaire pour avoir un effet durable sur la prévalence de la malnutrition.

Quels sont les programmes du PAM visant à prévenir la malnutrition aiguë ?

Le PAM appuie une programmation globale qui s'attaque aux causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition. Les interventions spécifiques à la nutrition s'attaquent aux causes immédiates de la malnutrition aiguë : les apports alimentaires inadéquats et les maladies. Les interventions à dimension nutritionnelle abordent certaines des causes sous-jacentes et fondamentales de la malnutrition aiguë, notamment la sécurité alimentaire, la prestation de soins adéquate, l'accès à des services de santé et leur utilisation et un environnement sain et hygiénique. De plus amples informations sur les programmes à dimension nutritionnelle sont présentées au chapitre 6.4.

La fourniture d'aliments nutritifs spécialisés combinée à des activités de sensibilisation et de vulgarisation auprès des communautés, sont les principaux éléments des programmes de prévention. Les programmes comportant des espèces ou des bons d'achat sont également considérés comme des options de programmation, mais leur succès dépend de la disponibilité sur le marché d'aliments appropriés que les ménages peuvent acheter⁷⁹. Les programmes de prévention devraient toujours inclure un plaidoyer pour des interventions complémentaires telles que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et le renforcement des systèmes de santé.

76 Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, de Onis M, Ezzati M. et. al. The Lancet, 2017. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61690-0/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61690-0/abstract)

77 Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. 2013. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0064636>

78 Scaling Up Nutrition, What will it cost? The World Bank, 2010.

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf>

79 Bailey, S and Hedlund, K. The impact of cash transfers on nutrition in emergency and transitional contexts A review of evidence ODI/PHN, January 2012

Communication pour un changement social et comportemental et alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont des éléments importants des programmes de prévention. L'ANJE désigne la protection, la promotion et le soutien d'une alimentation optimale pendant les deux premières années de la vie. Les principales composantes sont l'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de moins de 6 mois, l'alimentation complémentaire pour les enfants âgés de 6 à 23 mois tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.

Les pratiques sous-optimales de l'ANJE augmentent la vulnérabilité à la malnutrition, aux maladies et à la mort. Dans les configurations d'urgence, les déplacements, le surpeuplement, l'insécurité alimentaire, le manque d'eau et d'assainissement, la disponibilité réduite des soignants et un système de soins de santé surchargé, tout cela a un effet négatif sur la capacité du soignant à nourrir le jeune enfant⁸⁰.

Une nutrition optimale pendant les deux premières années de la vie réduit la morbidité et la mortalité infantiles. La protection, la promotion et le soutien des pratiques optimales de l'ANJE sont essentiels pour sauver la vie des enfants.

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) peut être utilisée pour diffuser des messages qui encouragent l'amélioration des pratiques concernant la diversité alimentaire et le lavage des mains, et vantent l'utilisation et les avantages des aliments nutritifs spécialisés. (La communication pour le changement social et comportemental est abordée plus avant au chapitre 9.) Il peut exister des circonstances où la CCSC/ANJE est la seule réponse appropriée : par exemple, lorsque les marchés fonctionnent, que des aliments adaptés à l'âge sont disponibles et que les ménages ont un revenu suffisant pour acheter des aliments nutritifs adéquats⁸¹.

Activités de sensibilisation et de vulgarisation communautaires

La Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) est un outil important pour sensibiliser une communauté à l'importance de la nutrition, aux risques d'une mauvaise nutrition et aux possibilités d'améliorer la nutrition dans la communauté. La sensibilisation de la communauté est l'une des considérations les plus importantes lors de la planification d'un programme de prévention. Veiller à ce qu'une communauté s'implique et comprenne pleinement le programme contribuera à son acceptation et, par conséquent, à son succès.

La sensibilisation de la communauté commence bien avant le programme. Il s'agit notamment de promouvoir l'implication et la participation des dirigeants communautaires, ainsi que de communiquer largement sur le programme auprès des membres de la communauté par le biais des réseaux existants (groupes religieux, anciens de la communauté, groupes de femmes, etc.). Les communautés devraient être informées des objectifs du programme, des personnes qui seront ciblées, de ce qui est fourni, où et pendant combien de temps, des mécanismes de retour d'information en place pour traiter les plaintes et de la stratégie de sortie prévue. Cela permettra d'éviter la confusion et les réactions négatives potentielles. Travailler en étroite collaboration avec la communauté, c'est aussi utiliser ses ressources pour surmonter les barrières linguistiques et les différences culturelles. Cela établit la confiance et stimule l'engagement de la communauté, augmentant ainsi le sens de la responsabilité et l'appropriation de la communauté. En outre, la communauté devrait participer à l'établissement d'un calendrier de distribution pour les aliments nutritifs spécialisés afin de garantir la participation (par exemple, les discussions de groupes ciblés peuvent établir les demandes des femmes en matière de soins, les jours de marché et les restrictions de transport, ce qui peut avoir un effet sur la participation au programme). Le dépistage nutritionnel, y compris pour l'œdème bilatéral qui prend le godet, devrait être inclus autant que possible dans les activités de prévention, en particulier celles qui rassemblent les soignants et les enfants. Un dépistage régulier tout au long de la mise en œuvre du programme permet un suivi efficace du

⁸⁰ OMS. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Principaux repères : <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

⁸¹ Un cadre de décision pour les options de programmation fondées sur la population pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments complémentaires dans les situations non urgentes peut fournir des orientations : voir le document intitulé « Programming Guide for IYCF-E », UNICEF New York, mai 2011

programme et aide à identifier les personnes souffrant de malnutrition aiguë et ayant besoin d'une aide/d'une orientation supplémentaire.

Interventions liées à la santé

Compte tenu que les maladies et les infections peuvent affecter la nutrition de manière négative chez les enfants et les adultes, il est important d'associer les interventions en matière de santé et la programmation de la prévention de la malnutrition. Dans l'idéal, il conviendrait de mener les activités suivantes :

- Déparasitage
- Campagnes de vaccination
- Soutien à l'allaitement
- Nutrition maternelle et éducation sanitaire
- Promotion du planning familial
- Promotion de l'hygiène et de l'assainissement
- Prévention du paludisme

Programmes généraux de supplémentation alimentaire

Les programmes généraux de supplémentation alimentaire sont une intervention essentielle pour prévenir la malnutrition aiguë chez les jeunes enfants, en particulier dans les contextes où l'insécurité alimentaire (disponibilité et/ou accès à la nourriture) ou la prévalence de la dénutrition chronique est élevée⁸². Les programmes généraux de supplémentation alimentaire comprennent la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés à des individus appartenant à un groupe cible, sur une base régulière, pour une période déterminée. L'admission au programme ne dépend pas de l'état nutritionnel mais de l'évaluation des risques.

Les rations des programmes généraux de supplémentation ne sont pas destinées à remplacer un régime alimentaire normal, ni l'aide alimentaire générale si elle est mise en œuvre, mais doivent être consommées en sus du régime alimentaire général, et sans interrompre l'allaitement chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

L'objectif d'un programme général de supplémentation alimentaire est de prévenir la détérioration nutritionnelle et la mortalité qui y est associée chez les populations vulnérables et les groupes à haut risque (voir la section Qui ? ci-dessous).

Dépistage des cas de malnutrition aiguë modérée et de malnutrition aiguë sévère

Le dépistage anthropométrique devrait être inclus dans la mise en œuvre d'un programme général de supplémentation alimentaire. Le dépistage de l'œdème devrait également être inclus. Un dépistage régulier tout au long de la mise en œuvre du programme permet un suivi efficace du programme et aide à recenser les personnes malades, sous-alimentées et ayant besoin d'une assistance ou d'une orientation supplémentaire.

⁸² L'OMS définit la dénutrition comme l'émaciation, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et les carences en micronutriments <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Formulation des programmes généraux de supplémentation alimentaire

Dans le cadre de programmes de prévention complets, les programmes généraux de supplémentation alimentaire encouragent l'accès à une alimentation saine et nutritive pour compléter le régime alimentaire des personnes à risque. Il existe un ensemble de décisions à prendre lors de la conception des programmes généraux de supplémentation alimentaire.

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Critères de ciblage individuel
- **Combien ?** Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus
- **Comment ?** Canaux de distribution et partenaires
- **Quoi ?** Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés
- **Durée ?** Durée du programme général de supplémentation alimentaire

Les questions relatives à la prise de décision sont présentées dans cette section. La conception des programmes n'est pas toujours linéaire, car les décisions initiales devront peut-être être révisées à la lumière des priorités, des ressources et des capacités.

OÙ ? Ciblage géographique pour un programme général de supplémentation alimentaire

Le ciblage géographique a une incidence sur la conception globale du programme en définissant les domaines d'intervention du PAM. Le PAM devrait collaborer avec le gouvernement (autorités nationales et locales) et le groupe sectoriel de la nutrition (lorsqu'il est actif) pour identifier les zones géographiques dans lesquelles un programme général de supplémentation alimentaire aurait le plus d'effets. Les principaux facteurs à prendre en compte pour identifier les zones géographiques (district, province, pays) à programmer sont les suivants⁸³ :

- Une prévalence élevée de la MAM ou un risque de détérioration nutritionnelle qui pourrait entraîner une augmentation du nombre de cas de MAM. La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est considérée comme très élevée lorsqu'elle est supérieure à 15 %, élevée lorsqu'elle se situe entre 10 et 15 % et faible lorsqu'elle est inférieure à 5 %.⁸⁴
- Accès et capacité du PAM à atteindre cette population. Évaluer si la zone est accessible par la route, si le PAM est déjà présent ou s'il existe déjà une forte présence d'organisations non gouvernementales (ONG) avec lesquelles s'associer.
- Les priorités du gouvernement, ainsi que la capacité du PAM dans un domaine donné influenceront sur la prise de décisions géographiques.
- Ces indicateurs de mouvement de population peuvent influencer sur le type et la fréquence des programmes.

Malnutrition aiguë globale (MAG)

La malnutrition aiguë au niveau de la population est estimée sur la base de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La prévalence de la MAG fait référence aux enfants classés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS). La MAG est utilisée comme un indicateur indirect de la gravité d'une crise alimentaire ou nutritionnelle. (Voir le chapitre 5 pour de plus amples informations concernant la malnutrition aiguë globale.)

Veillez consulter le chapitre 5 « Outil d'aide à la décision » (Chapitre 5) pour de plus amples informations concernant la MAG, la morbidité, la densité de la population et les déplacements de population.

QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires

⁸³ Pour de plus amples informations, consulter : Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. Global Nutrition Cluster. 2017. <https://reliefweb.int/report/world/moderate-acute-malnutrition-decision-tool-emergencies>

⁸⁴ La malnutrition aiguë au niveau de la population est estimée sur la base de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La prévalence de la MAG fait référence aux enfants classés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS). La MAG est souvent utilisée comme un indicateur indirect de la gravité d'une crise alimentaire ou nutritionnelle. (Voir le chapitre 5 pour de plus amples informations concernant la MAG.)

Un programme général de supplémentation alimentaire admet tous les individus d'un groupe à haut risque en fonction de leur vulnérabilité accrue.^{85,86} Le groupe cible dépendra du contexte, mais le groupe cible par défaut est celui des enfants âgés de 6 à 23 mois. La mortalité et la prévalence de la malnutrition aiguë sont plus élevées dans le groupe des 6-23 mois et les enfants de cet âge sont plus susceptibles de connaître une détérioration rapide de leur état. Ils présentent également plus de risques d'infection, ont des besoins nutritionnels plus élevés et sont plus vulnérables aux retards de croissance et aux déficiences cognitives. Tout enfant recensé comme souffrant de MAS ou de MAM sera sorti du programme général de supplémentation alimentaire et dirigé vers un traitement de la MAS ou la MAM, respectivement.

Lorsque l'insécurité alimentaire est extrêmement grave ou lorsque la couverture et la qualité du traitement de la MAM sont compromises, le groupe d'âge peut être étendu à 6-59 mois.

Lorsque la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance ou de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de procréer est élevée, les femmes enceintes et les mères allaitantes devraient également être ciblées.

Si le ciblage des femmes enceintes est entravé par des difficultés d'identification, cibler uniquement les mères allaitantes ayant un enfant de 0 à 6 mois est une option (nourrir la mère afin qu'elle puisse nourrir son enfant). Cela peut également permettre de s'assurer que les nourrissons âgés de 0 à 6 mois sont inclus dans le programme général de supplémentation alimentaire lorsqu'ils atteignent l'âge de 6 mois sans avoir à enregistrer de nouveaux ménages.

Les programmes généraux de supplémentation alimentaire ne devraient généralement pas aller au-delà des enfants de 6 à 59 mois ou les femmes enceintes et les mères allaitantes, sauf en cas de circonstances très graves. L'aide alimentaire générale ou une intervention équivalente de sécurité alimentaire des ménages devrait répondre aux besoins alimentaires/nutritionnels nécessaires des autres membres du ménage.

COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus

Le nombre de bénéficiaires prévus définira les ressources totales nécessaires à l'intervention, y compris l'approvisionnement, le matériel et les ressources humaines. Ce calcul repose sur :

- l'estimation de la population du groupe cible dans les zones du programme, généralement tirée des données de recensement du gouvernement ou d'estimations actualisées. Lorsque les données relatives à la population disponibles ne comprennent pas la répartition par sexe et par âge, et en l'absence de recommandations gouvernementales ou sectorielles, il est possible d'utiliser des estimations.
 - Enfants de 6 à 23 mois : représentent environ 10 % de la population
 - Enfants de 6 à 59 mois : représentent environ 20 % de la population
 - Femmes enceintes et mères allaitantes : représentent approximativement 5 % de la population (2,4 % de femmes enceintes, 2,6 % de mères allaitantes)
- La couverture attendue désigne la proportion de personnes qui peuvent être touchées parmi celles qui ont été recensées comme étant dans le besoin. Pour les programmes de prévention du PAM, le taux visé pour la couverture est > 70 %.

N.B. : les calculs comprennent souvent des hypothèses et des estimations les plus plausibles, qui doivent être indiquées clairement dans les documents du programme de nutrition.

⁸⁵ Moderate Acute Malnutrition: A decision tool for emergencies (Malnutrition aiguë modérée : un outil décisionnel pour les situations d'urgence). UNICEF, Nutrition Cluster. 2017. <https://reliefweb.int/report/world/moderate-acute-malnutrition-decision-tool-emergencies>

⁸⁶ http://www.who.int/nutrition/publications/en/selective_feeding_emergencies.pdf



Nombre total de
bénéficiaires =
population x **couverture**

En outre, la couverture effective⁸⁷ de l'intervention dépend des éléments suivants :

- Contexte (par exemple, niveau d'insécurité et donc déplacement des bénéficiaires ciblés)
- Canaux de distribution (par exemple, les camps de réfugiés ont généralement une couverture plus étendue)
- Acceptabilité du programme (et des aliments nutritifs spécialisés) par les bénéficiaires
- Activités de sensibilisation : la couverture tend à être plus élevée lorsqu'il existe de solides programmes de sensibilisation communautaire.

Au fur et à mesure de l'avancement du programme, la couverture effective devrait être évaluée pour procéder à des ajustements, à la hausse ou à la baisse, afin de s'assurer que l'approvisionnement en aliments nutritifs spécialisés est fondé sur les besoins réels du programme.

COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires

Canaux de distribution

Les canaux de distribution seront différents en termes d'efficience et d'efficacité et doivent être évalués en termes de :

Couverture et d'accès : la couverture et l'accès doivent être adéquats afin de garantir un effet. Dans les situations d'urgence, les normes SPHERE stipulent que plus de 90 % de la population cible doit être à moins d'une journée de marche aller-retour du site du programme pour se procurer les rations à emporter à la maison, et à moins d'une heure de marche en cas d'alimentation sur place. La densité de population est un facteur important dans la détermination du nombre de sites de mise en place du programme général de supplémentation alimentaire. Dans les zones densément peuplées, il peut être nécessaire de consacrer plusieurs jours à l'exécution du programme, alors que dans les zones plus faiblement peuplées, il peut s'avérer nécessaire de disposer d'un plus grand nombre de sites pour répondre aux besoins.

Perception du canal par le gouvernement et la communauté : le canal devrait avoir un rôle traditionnel ou institutionnel mandaté pour mener des activités, ou être reconnu par les canaux traditionnels pour son nouveau rôle. Souvent, les politiques gouvernementales exigent que les interventions en faveur des populations vulnérables passent par la santé ou la protection sociale, ce qui limite les possibilités de mise en œuvre du programme. Il est essentiel que la communauté reconnaisse la validité du mode de prestation potentiel afin de promouvoir la participation.

Capacité : le nombre et la capacité des partenaires qui participent à la mise en œuvre peut influencer la livraison d'aliments nutritifs spécialisés. Lorsque la capacité est limitée, les aliments nutritifs spécialisés peuvent devoir être ajoutés à l'aide alimentaire générale ou à d'autres mécanismes de livraison.

⁸⁷ La couverture attendue et effective d'un programme n'est pas nécessairement équivalente à la couverture des besoins réels.

Partenariats

Des partenariats solides avec les gouvernements, les ONG locales et internationales et les réseaux communautaires sont essentiels au déploiement efficace des programmes généraux de supplémentation alimentaire. Le gouvernement a la responsabilité globale du bien-être de sa population.

Dans les situations d'urgence, le PAM travaille sous l'égide du Groupe nutrition du Comité permanent interorganisations et joue un rôle de chef de file auprès de l'UNICEF pour l'intervention nutritionnelle. En ce qui concerne les besoins nutritionnels des réfugiés, des demandeurs d'asile, des rapatriés et, dans certains cas, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, le PAM assure la coordination avec le HCR en tant qu'institution chef de file.

Le PAM collabore également avec divers organismes des Nations Unies et ONG partenaires pour faire en sorte que les causes fondamentales et sous-jacentes de la dénutrition soient prises en compte, notamment l'amélioration des pratiques de soins, l'accès aux services de santé, la sécurité alimentaire et l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour tous.

QUOI ? Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés

L'information recueillie au cours de l'analyse de la situation nutritionnelle devrait éclairer la prise de décision quant au choix des aliments nutritifs spécialisés à utiliser dans un contexte donné.

En fin de compte, les aliments nutritifs spécialisés doivent combler adéquatement les éventuelles carences énergétiques et en nutriments⁸⁸ de la population cible. Celles-ci sont déterminées par l'insécurité alimentaire générale des ménages et la diversité alimentaire ; les informations sur les régimes alimentaires de base des enfants ; et les niveaux de malnutrition chronique et de carences en micronutriments. Lors d'une situation d'urgence, il est possible que les carences en nutriments ne soient pas connues en détail et, par conséquent, certaines hypothèses doivent être faites pour les combler.

⁸⁸ Les carences énergétiques et en nutriments sont la différence entre la consommation requise pour une croissance normale et une santé optimale et ce qui est réellement consommé.

Figure 6.1.1. Ration quotidienne pour les programmes généraux de supplémentation alimentaire⁸⁹

Prévenir la malnutrition aiguë :			
Nom du produit	Supplément nutritionnel à base de lipides – Quantité moyenne (LNS-MQ)	Aliments composés enrichis	
Exemples	<i>P. ex. eeZee50™, WawaMum, PlumpyDoz™</i> 	Super Cereal Plus 	Super Cereal ² 
Groupe cible primaire	Enfants de 6-23 mois	Enfants de 6-23 mois	Enfants de plus de 5 ans ³ et femmes enceintes et mères allaitantes
Autres groupes cibles	Enfants de 24-59 mois	Enfants de 24-59 mois	Population générale
Ingrédients clés	Arachides/pois chiches ⁴ , soja, lait en poudre, sucre, huile, vitamines et minéraux (V&M)	Mais/blé/riz ⁴ , soja, lait en poudre, sucre, huile, V&M	Mais/blé/riz ⁴ , soja, V&M (avec/sans sucre)
Ration quotidienne	Sachet de 50 g	100-200 g (la ration de 200 g comprend les provisions à des fins de partage)	Jusqu'à 200 g (comprend les provisions à des fins de partage)
Profil nutritionnel	255 kcal, 6-8 g de protéine (10 % en), 13-18 g de matière grasse (55 % en). Contient des acides gras essentiels, fournit approximativement 1 apport nutritionnel recommandé pour les enfants en bas âges, PDCAAS >70 %	410-820 kcal, 16-33 g de protéine (17 % en), 10-20 g de matière grasse (23 % en). Contient des acides gras essentiels, 100 g fournissent approximativement 1 apport nutritionnel recommandé pour les enfants en bas âges, PDCAAS >70 %	376-752 kcal, 15-31 g de protéine (16 % en), 8-16 g de matière grasse (19 % en). Même mélange de micronutriments que SC+

² Super Cereal peut être mélangé avec de l'huile et du sucre avant la distribution en portion de 200 g : 20 g : 20 g (énergie estimée 1 005 kcal, 29 g de protéines (12 % en), 35 g de matière grasse (32 % en)). ³Lorsque d'autres aliments nutritifs spécialisés ne sont pas disponibles, les céréales SC peuvent être une option alternative pour les enfants de plus de 36 mois. ⁴La liste des ingrédients positifs peut être élargie pour inclure d'autres ingrédients après confirmation de leur acceptabilité et de leur conformité aux spécifications alimentaires. Abréviations anglaises : LNS = Supplément nutritionnel à base de lipides, RUSF = Supplément nutritionnel prêt-à-l'emploi, FBF = Aliment composé enrichi, MNP = Micronutriments en poudre, EFA = Acides gras essentiels, % en = contribution nutritive proportionnelle à la teneur en énergie de l'aliment, RNI = Apports nutritionnels recommandés, (FAO/OMS); PDCAAS = taux d'acide aminé corrigé de la digestibilité des protéines (min 70 %), V&M = Vitamines et minéraux.

⁸⁹ Tirée de la fiche intitulée « WFP Specialized Nutritious Foods Sheet » d'avril 2018. **N. B. : CETTE FICHE EST RÉGULIÈREMENT MISE À JOUR.** Pour la liste complète des aliments nutritifs spécialisés par type d'intervention, voir <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>

Autres considérations à prendre en compte pour la sélection des produits :

- Les ménages ont la capacité de préparer, d'utiliser et de stocker l'aliment nutritif spécialisé. Le supplément nutritionnel à base de lipides peut être consommé directement au sortir du sachet, mais il peut aussi être mélangé avec de la bouillie ; les céréales Super Cereal et Super Cereal Plus doivent être cuites. Cela exige des installations de cuisson et la disponibilité d'eau propre et saine.
- Des études d'acceptabilité ont été menées pour démontrer que l'aliment nutritif spécialisé correspond aux pratiques culturelles et aux préférences alimentaires.
- Des normes nationales pour les aliments nutritifs spécialisés ont été envisagées et l'utilisation du produit a été approuvée dans le pays.
- La durée de conservation, la production, la disponibilité et les délais de transport du produit correspondent aux paramètres appropriés. Il est possible de se procurer l'aliment nutritif spécialisé à l'échelle internationale ou locale dans la mesure où le produit répond aux normes d'approvisionnement et de qualité alimentaire. Le personnel chargé des achats et de la logistique doit être consulté concernant le choix des produits afin de définir s'il est possible de se le procurer régulièrement et en quantité adéquate⁹⁰.

Il y a également des paramètres plus larges à prendre en compte dans la conception des programmes, tels que l'évaluation systématique des risques des programmes de nutrition et la planification prospective pour promouvoir des programmes de qualité. Voici quelques domaines clés à prendre en considération :

La consommation de tout nutriment en quantités excessives comporte un risque d'effets néfastes. Si les aliments nutritifs spécialisés sont consommés aux doses recommandées, ils ne présentent aucun risque d'apport excessif en nutriments. Cependant, s'ils sont consommés en plus grande quantité que ce qui est recommandé, ou en combinaison avec d'autres aliments enrichis et suppléments, il existe un risque faible mais réel de consommation excessive de nutriments.

Ce risque doit être estimé, et si un apport excessif en nutriments est considéré comme probable, soit l'aliment nutritif spécialisé ne doit pas être utilisé, soit sa formule en micronutriments doit être adaptée (HCR, 2011⁹¹).

- N'utiliser qu'un seul aliment nutritif spécialisé pour chaque groupe cible dans chaque programme spécifique à la nutrition.
- Les enfants ne devraient pas être inscrits à plus d'un programme nutritionnel à la fois et ne devraient pas avoir besoin de plus d'un aliment nutritif spécialisé à la fois.

L'aliment nutritif spécialisé ne peut être consommé par le bénéficiaire prévu en raison d'erreurs de ciblage, de partage au niveau du ménage ou de revente de l'aliment nutritif spécialisé sur le marché. Une communication appropriée, y compris la CCSC ciblant l'utilisation appropriée de l'aliment nutritif spécialisé et la promotion de l'ANJE, est nécessaire pour optimiser les effets du programme. Un suivi approprié après la distribution est également important pour comprendre comment les produits sont utilisés et pour procéder à des ajustements du programme si nécessaire.

⁹⁰ Pour de plus amples informations sur la chaîne d'approvisionnement et les mesures de qualité et de sécurité alimentaire à envisager pour les aliments nutritifs spécialisés, consulter les directives du PAM en matière de chaîne d'approvisionnement. <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>

⁹¹ Pour de plus amples informations, consulter : <http://www.unhcr.org/4f1fc3de9.html>

À emporter ou sur place ?

Le programme général de supplémentation alimentaire peut fournir des rations à consommer à la maison ou sur place. Les rations à emporter doivent être fournies à moins qu'il n'existe une justification claire à la consommation sur site (comme des problèmes de sécurité extrême ou un manque d'accès à des équipements de cuisson).

Rations à emporter (alimentation sèche) : ce type de ration maintient la responsabilité de l'alimentation au sein du ménage et convient particulièrement aux populations dispersées qui ont besoin de se déplacer pour participer. Le temps nécessaire aux aidants pour participer est moins important, ce qui contribue souvent à réduire les taux de défaillance et à accroître la participation.

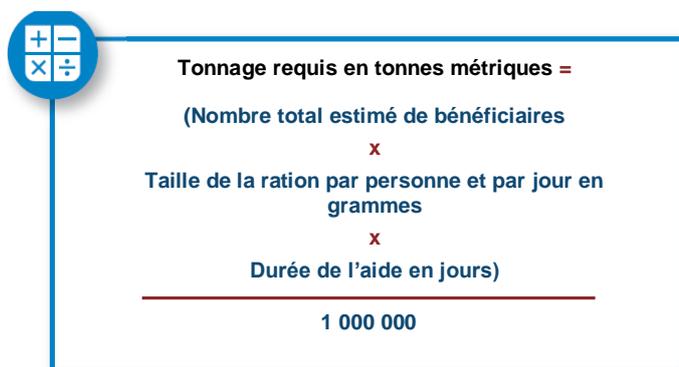
Alimentation sur place (alimentation liquide) : distribution quotidienne de repas cuisinés dans les centres d'alimentation, où la cuisine et la restauration ont lieu dans les mêmes locaux. Il faut un centre spécial où l'on peut cuisiner et manger de façon hygiénique. Un minimum d'un repas par jour doit être offert. L'alimentation sur place comporte un risque d'infection croisée en raison du regroupement de nombreuses personnes vulnérables.

Pour réduire le risque de maladies d'origine alimentaire, il est important de fournir de l'eau saine et d'installations sanitaires pendant les journées de distribution et d'apprendre aux bénéficiaires comment préparer, utiliser et stocker l'aliment nutritif spécialisé. Le PAM devrait s'associer et plaider en faveur de la fourniture d'eau saine et d'installations sanitaires là où elles font défaut.

En cas de rupture éventuelle du canal de distribution, le PAM a mis au point un outil permettant de déterminer les meilleures options de substitution⁹². Les modifications éventuelles de l'aliment nutritif spécialisé distribué doivent être discutées avec les autorités locales et les partenaires. En outre, les communautés et les bénéficiaires doivent eux-mêmes comprendre la raison d'être de tout changement envisagé.

Comment calculer les besoins globaux en aliments nutritifs spécialisés

Une fois que le nombre de bénéficiaires prévus, la couverture, le type de produit à fournir et la durée prévue de la participation d'une personne au programme ont été déterminés, les besoins globaux en produits peuvent être calculés comme suit :



$$\begin{array}{l}
 \text{+} \quad \text{-} \\
 \text{x} \quad \text{÷}
 \end{array}$$

Tonnage requis en tonnes métriques =

(Nombre total estimé de bénéficiaires

x

Taille de la ration par personne et par jour en

grammes

x

Durée de l'aide en jours)

1 000 000

La communication avec les collègues des achats et de la logistique est essentielle pour définir les besoins initiaux estimés et pour traduire ces besoins initiaux en cycles de commande appropriés qui établissent un équilibre entre

⁹² Interim guidance note Substitution of specialized nutritious foods in situations of temporary commodity shortfalls. WFP 2018.

les besoins du programme et les ressources disponibles, ainsi que d'autres considérations liées à la chaîne logistique.

DURÉE ? Durée d'un programme général de supplémentation alimentaire

Durée du programme

Les programmes généraux de supplémentation alimentaires sont établis pour une durée prédéfinie. La durée d'un programme générale de supplémentation alimentaire devrait être guidée par les objectifs du programme, ainsi que par l'ampleur et la gravité de la crise. Dans de nombreuses circonstances, un minimum de trois mois et un maximum de six mois sont envisagés pour un programme générale de supplémentation alimentaire, car l'on s'attend à ce que la situation se soit améliorée d'ici là (par exemple, une alimentation adéquate, des épidémies sous contrôle et une eau saine et suffisante disponible). Toutefois, certains programmes peuvent durer plus longtemps, comme dans les crises prolongées où les populations dépendent entièrement de l'aide humanitaire.

L'état nutritionnel et la situation de la sécurité alimentaire de la population devraient être évalués tout au long de la mise en œuvre pour permettre les ajustements nécessaires. Cela pourrait comprendre une prolongation du programme ou un élargissement des programmes de traitement de la MAM en réponse à une situation nutritionnelle ou de sécurité alimentaire médiocre et/ou à un risque continu de détérioration.

Mise en œuvre d'un programme général de supplémentation alimentaire

En principe, sa mise en œuvre incombe au gouvernement et le PAM dispense des conseils et son assistance selon les besoins. Toutefois, lorsque les capacités gouvernementales sont limitées, les ONG comblent souvent cette lacune en travaillant avec le PAM en tant que partenaires coopérants (PC).

Les partenaires coopérants sont des ONG qui mènent des activités au nom du PAM. Après une évaluation des capacités d'une ONG à mettre en œuvre les activités du programme, un accord de partenariat sur le terrain est établi entre l'ONG et le PAM. Dans le cadre de cet accord de partenariat, le PAM transfère des ressources alimentaires ou des liquidités à l'ONG ou bien l'ONG gère les ressources du PAM dans le cadre d'un programme du PAM. En plus de leurs responsabilités respectives en matière de mise en œuvre, les organisations participent à la conception conjointe et à l'échange d'informations, et une contribution des partenaires au coût total est prévue.

Un exemple de responsabilités partagées entre le PAM et les partenaires coopérants pouvant trouver leur reflet dans l'accord de partenariat sur le terrain est présenté ci-après. Pour des informations détaillées sur la façon de travailler avec une ONG, veuillez consulter la page du site Web du PAM dédiée aux organisations non gouvernementales⁹³.

Tableau 6.1.1 Exemple de rôles et responsabilités partagées entre le PAM et un partenaire coopérant dans un accord de partenariat sur le terrain

Les partenaires coopérants doivent...	Le PAM doit...
---------------------------------------	----------------

⁹³ <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

<ul style="list-style-type: none"> • Assumer la responsabilité de la réception, du stockage et de la manutention des aliments nutritifs spécialisés aux points de livraison et de distribution desdits aliments aux bénéficiaires • Transporter ou coordonner le transport des aliments nutritifs spécialisés vers les points de distribution • Veiller à ce que les aliments nutritifs spécialisés parviennent aux bénéficiaires visés • Tenir des registres/comptes de tous les produits du PAM reçus • Fournir un personnel qualifié • Surveiller les activités sur le terrain et rendre compte au PAM en temps opportun • Encourager la formation de groupes/comités communautaires et le partage d'informations avec les bénéficiaires • Conserver tous les emballages vides et les détruire comme convenu, le cas échéant • Afficher le logo du PAM à côté du logo du partenaire coopérant • Respecter les engagements renforcés à l'égard des femmes de la politique en matière d'égalité des genres du PAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Couvrir les frais liés à la distribution et au stockage physique des aliments du PAM ainsi que d'autres coûts opérationnels directs • Garantir l'approvisionnement concernant le type et la qualité des aliments comme convenu • Livrer les quantités d'aliments convenues et au moment convenu • Fournir des informations en temps et en heure quant à l'arrivée des aliments et aux ruptures anticipées de l'approvisionnement • Proposer des formations selon les besoins • Fournir un personnel qualifié • Fournir un accès aux équipements de communication du PAM • Partager les informations relatives à la situation en matière de sécurité alimentaire • Respecter les engagements renforcés du PAM à l'égard des femmes • Collaborer sur les questions de sécurité
--	---

Comment un programme général de supplémentation alimentaire s'inscrit-il dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?

Il ne faut pas oublier que les programmes du PAM visant à prévenir la malnutrition aiguë s'inscrivent dans le cadre d'une action plus large de lutte contre la malnutrition. L'impact global des programmes de prévention de la malnutrition aiguë peut être limité si l'insécurité alimentaire des ménages n'est pas traitée en même temps.

En ce qui concerne les programmes spécifiques à la nutrition : les programmes généraux de supplémentation alimentaire sont souvent mis en œuvre dans la même zone géographique que les programmes d'alimentation d'appoint ciblés pour traiter la MAM et que les programmes thérapeutiques ambulatoires visant à traiter la MAS. Pour assurer un aiguillage et un traitement appropriés de la malnutrition aiguë, lorsqu'un programme d'alimentation d'appoint ciblé et un programme général de supplémentation alimentaire sont mis en œuvre simultanément, il convient de mettre en place un mécanisme d'aiguillage fonctionnel et bien établi afin d'assurer un accès approprié au traitement de la MAM.

Il est également recommandé d'utiliser les aliments nutritifs spécialisés dans les programmes généraux de supplémentation alimentaire pour améliorer l'apport en nutriments dans le cadre de programmes complets visant à prévenir la malnutrition chronique. Ces deux programmes ciblent un groupe d'âge dans son ensemble et non un état nutritionnel. Ces deux approches du programme diffèrent en termes de durée et d'autres aspects

de la conception du programme. (Voir le chapitre 6.2 pour des informations sur les programmes de prévention de la malnutrition chronique et le chapitre 7 pour de plus amples informations sur les programmes de traitement.)

En ce qui concerne les programmes à dimension nutritionnelle : les programmes d'assistance alimentaire contre biens communautaires (FFA) et d'aide alimentaire générale (GFA) sont de vastes programmes conçus pour faire face à l'insécurité alimentaire des ménages et peuvent servir de plateforme pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes généraux de supplémentation alimentaire. La mise en œuvre conjointe de ces programmes permet au programme général de supplémentation alimentaire de bénéficier des activités en place des programmes FFA/GFA afin d'enregistrer le groupe cible et de lui fournir des services, facilitant ainsi la mise en œuvre et reliant les bénéficiaires à d'autres services. La fourniture conjointe d'un programme général de supplémentation alimentaire, de programmes GFA et FFA, en nature ou en espèces, a un effet synergique sur la réduction de la malnutrition aiguë et de la morbidité.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- FANTA, 2008. CMAM Training Guide, <https://www.fantaproject.org/focus-areas/nutrition-emergencies-mam/cmam-training>
- Global Nutrition Cluster. 2014. Moderate Acute Malnutrition: decision tool for emergencies. <http://nutritioncluster.net/resources/ma/>
- Emergency Nutrition Network, 2011. <https://www.enonline.net/>
- Le projet Sphère. 2011. La Charte humanitaire et les normes minimales dans les interventions humanitaires. <http://www.sphereproject.org/>
- PAM. 2017. Social Behaviour Change Communication (SBCC). Interim Guidance Manual for WFP Nutrition. <http://newgo.wfp.org/documents/sbcc-guidance-manual-for-wfp-nutrition>
- PAM. 2018. WFP Specialized Nutritious Foods Sheet. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>
- PAM. Managing the supply chain of Specialized Nutritious Foods <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>
- UNHCR Guidance on the use of special nutritional products to reduce micronutrient deficiencies and malnutrition in refugee populations <http://www.unhcr.org/4f1fc3de9.html>
- WFP Specialized Nutritious Foods Sheet <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>
- WFP Guidance on partnering with non-governmental organizations: <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

Chapitre 6.2 Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition chronique

Objet :

Le but de ce chapitre est d'orienter le lecteur dans la conception de programmes de prévention de la malnutrition chronique – dont l'indicateur le plus courant est le retard de croissance.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer les causes et les conséquences de la malnutrition chronique
- Expliquer pourquoi le PAM soutient la prévention de la malnutrition chronique
- Comprendre les programmes du PAM en matière de prévention de la malnutrition chronique
- Comprendre les étapes de la formulation des programmes de prévention de la malnutrition chronique

Présentation générale

La malnutrition chronique se développe sur une longue durée en raison d'une alimentation inadéquate, d'infections répétées ou des deux⁹⁴. Un indicateur de malnutrition chronique est le retard de croissance : un enfant de moins de 5 ans trop petit pour son âge⁹⁵, par exemple. Cependant, les effets moins visibles de la malnutrition chronique sont beaucoup plus dévastateurs. Les enfants qui souffrent de malnutrition chronique sont plus susceptibles de tomber malades et plus exposés à un risque de décès. Ils sont plus susceptibles d'abandonner l'école et de devenir des citoyens moins productifs avec un potentiel de revenu inférieur. La malnutrition chronique entraîne un mauvais développement cognitif, un faible niveau d'instruction et des résultats comportementaux négatifs. Les adultes qui souffraient de malnutrition chronique pendant leur enfance courent un risque accru de maladies liées à la nutrition, comme le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques.

Pendant la grossesse, une femme sous-alimentée ou malade est plus susceptible de donner naissance à un nourrisson à faible poids de naissance. Les nourrissons à faible poids de naissance courent un risque accru de souffrir de malnutrition chronique en grandissant et en se développant.

Pendant les six premiers mois de la vie, l'allaitement maternel exclusif assure une nutrition essentielle et une protection contre la maladie. Les jeunes nourrissons qui ne sont pas nourris exclusivement au sein risquent davantage de souffrir de malnutrition et de maladie (en particulier de diarrhée et d'inflammation intestinale), et courent donc un risque accru de souffrir de malnutrition chronique.

⁹⁴ Black RE, et al. Maternal and Child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, Lancet, 2008;371 (9608):243-60
 3OMS, 2018. Reducing stunting in children. Equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025

⁹⁵ OMS, WHO child growth standards methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. 2006, Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Pendant la petite enfance (de 6 à 23 mois), une alimentation diversifiée comprenant de la viande, des œufs, du poisson, des fruits, des légumes et des aliments de base, en combinaison avec du lait maternel, est nécessaire à une croissance et un développement sains. Les jeunes enfants sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition chronique lorsque l'apport en nutriments est insuffisant.

Le risque de malnutrition chronique augmente dans un contexte d'assainissement et d'hygiène médiocres, d'insécurité alimentaire, d'accès limité à l'eau potable et de services de santé, d'éducation et de protection sociale insuffisants.

Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention de la malnutrition chronique ?

La politique du PAM en matière de nutrition pour 2017-2021 précise comment le PAM s'efforcera d'atteindre l'objectif 2 de développement durable, en particulier la cible 2.2 :

- 'à l'horizon 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici à 2025 les objectifs convenus au niveau international concernant le retard de croissance et l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans...'

En 2014, l'Organisation mondiale de la Santé s'est fixé comme objectif de réduire les retards de croissance de 40 % d'ici 2025. Cependant, en 2017, 22,2 % de l'ensemble des enfants de moins de cinq ans (155 millions d'enfants)⁹⁶ souffraient de retard de croissance. En tant que plus grande organisation humanitaire de lutte contre la faim dans le monde, la présence sur le terrain et la portée logistique du PAM, associées à sa collaboration avec les gouvernements, les communautés et le secteur privé, offrent un avantage comparatif pour prévenir la malnutrition chronique.

Quels sont les programmes nutritionnels du PAM pour prévenir la malnutrition chronique ?

Les 1 000 premiers jours (de la conception jusqu'au deuxième anniversaire d'un enfant) sont considérés comme une « fenêtre d'opportunité » essentielle au cours de laquelle une mauvaise alimentation engendre les plus gros problèmes, mais une alimentation optimale offre les plus grands effets possibles⁹⁷. Le PAM appuie les programmes qui ciblent le délai de 1 000 jours, avec une approche multisectorielle et globale pour s'attaquer aux déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux de la malnutrition.

Des interventions spécifiques à la nutrition visant à prévenir la malnutrition chronique s'attaquent aux déterminants immédiats, à savoir l'apport alimentaire inadéquat et les maladies.

Des interventions à dimension nutritionnelle visant à prévenir la malnutrition chronique s'attaquent aux déterminants sous-jacents et fondamentaux. Par exemple, la sécurité alimentaire, l'accès à l'éducation, l'autonomisation des femmes et les filets de sécurité sociale.

Une programmation exhaustive implique un partenariat avec le gouvernement pour soutenir la gouvernance de la nutrition, plaider en faveur de la nutrition et renforcer les capacités du système de santé.

⁹⁶ OMS, 2018. Principaux repères : Malnutrition. Genève : OMS.

⁹⁷ The 1,000 Day Window of Opportunity, a Technical Guidance Brief. USAID, 2018. <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition/1000-day-window-opportunity>

Pour prévenir efficacement la malnutrition chronique, les interventions nutritionnelles doivent :

Mettre en œuvre des stratégies adaptées au contexte pour améliorer la diversité alimentaire des femmes enceintes et allaitantes et des enfants âgés de 6 à 23 mois :

Les stratégies visant à améliorer la diversité alimentaire des femmes enceintes et allaitantes et des enfants âgés de 6 à 23 mois devraient comprendre des interventions spécifiques à la nutrition, à dimension nutritionnelle, afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments nutritifs disponibles localement ; et éduquer les fournisseurs de soins par la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sur les régimes alimentaires sains et équilibrés et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). L'ANJE comprend l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement avec une alimentation complémentaire appropriée pendant au moins deux ans. (De plus amples informations sur la communication pour le changement social et comportemental sont fournies au chapitre 9.)

Lorsque les familles n'ont pas accès ou n'ont pas les moyens d'acheter des aliments appropriés pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants âgés de 6 à 23 mois, les aliments nutritifs spécialisés peuvent combler les carences nutritionnelles.

S'attaquer aux déterminants sous-jacents de la malnutrition chronique :

Les interventions à dimension nutritionnelle dans les domaines de la santé, de l'assainissement, de l'hygiène, de l'agriculture, des filets de sécurité sociale, du développement de la petite enfance et de l'éducation ont un potentiel énorme pour améliorer le renforcement et l'efficacité des programmes conçus pour prévenir la malnutrition chronique. (De plus amples informations sur les programmes à dimension nutritionnelle sont fournies au chapitre 6.4.)

Utiliser des plates-formes de prestation multisectorielles :

Les interventions peuvent être réalisées par le biais de filets de sécurité gouvernementaux, du système de santé, du secteur privé ou d'initiatives communautaires.

Autonomiser les femmes :

Les taux de retard de croissance diminuent lorsque les femmes sont éduquées à être autonomes sur leur propre santé et la nutrition de leurs enfants, à avoir un accès équitable aux ressources et à participer aux décisions du ménage⁹⁸.

Traiter et prévenir les maladies :

La diarrhée, l'inflammation intestinale et les infections parasitaires prospèrent dans un environnement où l'assainissement et l'hygiène laissent à désirer. Ces infections empêchent l'absorption des nutriments. Par conséquent, il est nécessaire de réduire leur fréquence, à la fois par le traitement et par l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène, pour prévenir la malnutrition chronique.

Travailler en partenariat :

L'engagement et la mobilisation des gouvernements, des agences des Nations Unies, des organisations non gouvernementales (ONG) internationales et nationales, des donateurs et du secteur privé sont nécessaires pour avoir un impact durable sur la réduction de la malnutrition chronique.

Formulation du programme

Un programme global de prévention de la malnutrition chronique repose sur trois piliers. Ces piliers sont les suivants :

⁹⁸ Marphatia, A, Cole, J, Grijalva-Eternod, C, Wells, J. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. Mars 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29868199>

Chapitre 6.2 : Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition chronique

- Le soutien à une alimentation complémentaire appropriée qui peut inclure une assistance alimentaire afin d'accroître l'accès à des régimes alimentaires sains et sans danger et d'en améliorer l'accessibilité financière. Dans certains contextes, il peut également inclure la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants âgés de 6 à 23 mois, ainsi que des activités de CCSC pour promouvoir les pratiques de l'ANJE et d'hygiène appropriées.
- La promotion d'activités qui peuvent avoir un impact indirect sur la nutrition, le plus souvent en s'attaquant aux déterminants sous-jacents de la malnutrition (interventions à dimension nutritionnelle).
- Renforcer la capacité des gouvernements nationaux et des partenaires à évaluer, recenser, concevoir, exécuter, suivre et évaluer les programmes intersectoriels qui préviennent directement et indirectement la malnutrition chronique.

Lors de la conception d'un programme de prévention de la malnutrition chronique, une série de décisions doivent être prises :

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Critères de ciblage individuel
- **Combien ?** Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus
- **Comment ?** Mise en œuvre des trois piliers des programmes de prévention des retards de croissance
- **Quoi ?** Que fournir
- **Durée ?** Durée du programme

OÙ ? Ciblage géographique

Les programmes de prévention de la malnutrition chronique devraient cibler les régions où les taux de retard de croissance, de pauvreté et d'insécurité alimentaire sont élevés. Le PAM devrait collaborer avec les gouvernements aux niveaux national et local pour recenser les zones géographiques où un programme aurait le plus grand impact. Les perspectives communautaires sur les besoins et les domaines prioritaires devraient être prises en compte pour encourager la viabilité de l'intervention. Les principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer les zones géographiques (district, province, pays) à programmer sont les suivants :

- Les zones géographiques où les besoins sont les plus importants en termes de nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance
- Les zones géographiques définies comme prioritaires par le gouvernement
- Les zones géographiques où il existe un potentiel de partenariat avec d'autres acteurs travaillant dans des secteurs complémentaires
- Les zones géographiques où les voies de distribution sont fonctionnelles

QUI ? Identification du groupe bénéficiaire cible

Puisque les 1 000 premiers jours sont l'occasion de s'attaquer à la malnutrition chronique, les groupes cibles prioritaires sont les enfants âgés de 6 à 23 mois et les femmes enceintes et allaitantes. Si le programme prévoit une intervention d'alimentation complémentaire sous la forme d'aliments nutritifs spécialisés, tous les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois et les femmes enceintes et allaitantes doivent être inclus, quel que soit leur état nutritionnel.

COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus

Le nombre de bénéficiaires prévus définira les ressources totales nécessaires à l'intervention – y compris les fournitures, le matériel et les ressources humaines. Le nombre estimé de bénéficiaires de l'élément d'alimentation complémentaire dépend de :

Estimation de la population du groupe cible dans les zones du programme, généralement tirée des données de recensement du gouvernement ou d'estimations actualisées. Lorsque les données démographiques disponibles n'incluent pas la répartition par sexe et par âge, et en l'absence de recommandations gouvernementales ou sectorielles, des estimations peuvent être appliquées :

- Enfants de 6 à 23 mois : représentent environ 10 % de la population
- Enfants de 6 à 59 mois : représentent environ 20 % de la population.
- Femmes enceintes et mères allaitantes : représentent environ 5 % de la population (2,4 % de femmes enceintes, 2,6 % de femmes allaitantes)

La couverture attendue désigne la proportion de personnes qui peuvent être touchées parmi celles qui ont été recensées comme étant dans le besoin. Pour le PAM, l'objectif de couverture dans les programmes de prévention est >70 %.

N. B. : les calculs comprennent souvent des hypothèses et des estimations approximatives, qui devraient être précisées dans la documentation du plan de programme. En outre, la couverture effective⁹⁹ de l'intervention dépend des éléments suivants :

- Contexte (par exemple, niveau d'insécurité et donc déplacement des bénéficiaires ciblés)
- Canaux de distribution (les camps de réfugiés ont généralement une couverture plus étendue car ils sont situés plus près des services)
- Acceptabilité du programme (et des aliments nutritifs spécialisés) par les bénéficiaires
- Activités de sensibilisation (la couverture tend à être plus élevée lorsqu'il y a une forte sensibilisation communautaire)



Nombre total de
bénéficiaires =
population x couverture

COMMENT ? Mise en œuvre des trois piliers des programmes de prévention des retards de croissance

- 1) Soutien à l'alimentation complémentaire, ainsi qu'aux activités de CCSC visant à promouvoir les pratiques d'ANJE et d'hygiène appropriées et la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants âgés de 6 à 23 mois, le cas échéant. Lorsque les aliments riches en nutriments ne sont pas disponibles ou inaccessibles dans le contexte local, les aliments nutritifs spécialisés sont recommandés pour les femmes enceintes et allaitantes et pour tous les enfants âgés de 6 à 23 mois. Les aliments nutritifs spécialisés et la CCSC peuvent être dispensés par différents canaux, y compris le secteur de la santé, les programmes de protection sociale, les églises ou la sensibilisation communautaire. Ces canaux devraient avoir un rôle traditionnel ou institutionnel mandaté pour mener des activités, ou être reconnus par les canaux traditionnels pour un nouveau rôle. Il est essentiel que la communauté reconnaisse la validité du mode de prestation potentiel afin de promouvoir la participation.

⁹⁹ La couverture attendue et effective des programmes n'est pas nécessairement équivalente à la couverture des besoins réels.

- 2) La promotion d'activités qui peuvent avoir un impact indirect sur la nutrition, le plus souvent en s'attaquant aux déterminants sous-jacents de la malnutrition (interventions à dimension nutritionnelle). Pour les programmes à dimension nutritionnelle, le PAM peut améliorer la sécurité alimentaire des ménages et accroître l'accès aux aliments nutritifs et leur disponibilité, ainsi que minimiser les obstacles aux pratiques et comportements alimentaires optimaux des populations vulnérables selon plusieurs modalités. Il s'agit notamment de la promotion des moyens de subsistance et des biens de subsistance, de la fourniture d'espèces ou de bons d'achat d'aliments nutritifs là où ils existent sur le marché, ou de la promotion des jardins familiaux et de la production de petit bétail (en partenariat avec des ONG travaillant dans ce secteur). De plus amples informations sur les programmes à dimension nutritionnelle sont fournies au chapitre 6.4.
- 3) Renforcer la capacité des gouvernements nationaux à évaluer, recenser, concevoir, exécuter, suivre et évaluer les programmes intersectoriels qui préviennent directement et indirectement la malnutrition chronique. Le PAM a parfois un rôle à jouer dans le renforcement des capacités techniques et de gestion du gouvernement et de ses partenaires en matière de programmation nutritionnelle destinée aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants âgés de 6 à 23 mois. Le PAM devrait également appuyer les activités de plaidoyer, le dialogue politique, la production locale d'aliments et le suivi et l'évaluation.

QUOI ? Que fournir

Les efforts du PAM en matière de nutrition visent essentiellement à aider les gouvernements à améliorer la disponibilité et l'accès à des aliments complémentaires opportuns et adéquats, à encourager la poursuite de l'allaitement maternel et l'amélioration des pratiques alimentaires et à promouvoir l'utilisation d'aliments locaux nutritifs pour répondre aux besoins nutritionnels des jeunes enfants et autres groupes vulnérables. Toutefois, comme nous l'avons mentionné plus haut, lorsque des problèmes d'accès et de disponibilité se posent, des aliments nutritifs spécialisés peuvent être fournis. Le choix d'un aliment nutritif spécialisé dépendra de l'écart nutritionnel dans l'alimentation, du contexte local et du groupe cible. L'information recueillie au cours de l'analyse de la situation nutritionnelle devrait éclairer la prise de décision quant au choix des aliments nutritifs spécialisés à utiliser dans un contexte donné.

Il est également important que :

- les ménages aient la capacité de préparer, d'utiliser et de stocker les aliments nutritifs spécialisés. Le supplément nutritionnel à base de lipides peut être consommé directement au sortir du sachet, mais il peut aussi être mélangé avec de la bouillie ; les céréales Super Cereal et Super Cereal Plus doivent être cuites. Cela exige des installations de cuisson et la disponibilité d'eau propre et saine.
- des études d'acceptabilité aient été menées pour démontrer que l'aliment nutritif spécialisé correspond aux pratiques culturelles et aux préférences alimentaires.
- des normes nationales pour les aliments nutritifs spécialisés aient été envisagées et que l'utilisation du produit ait été approuvée dans le pays.
- la durée de conservation, la production, la disponibilité et les délais de transport du produit correspondent aux paramètres appropriés. Pour que le produit soit utilisable, il doit arriver dans le pays/district avec suffisamment de temps pour être distribué aux bénéficiaires. Les aliments nutritifs spécialisés peuvent être approvisionnés à l'échelle internationale ou locale dans la mesure où le produit répond aux normes d'approvisionnement et de qualité alimentaire. Le personnel chargé des achats et de la logistique doit être

consulté sur le choix du produit afin de déterminer s'il est possible de l'obtenir régulièrement et en quantité suffisante¹⁰⁰.

Choix d'aliments nutritifs spécialisés pour prévenir la malnutrition chronique

Il existe divers aliments nutritifs spécialisés pour prévenir la malnutrition chronique, comme les suppléments nutritionnels à base de lipides et les aliments composés enrichis. Les suppléments nutritionnels lipidiques sont habituellement à base d'arachides, mais les suppléments nutritionnels lipidiques à base de pois chiches sont disponibles dans certaines régions et peuvent être consommés sans cuisson. Les aliments composés enrichis sont à base de maïs, de blé ou de riz et doivent être cuits.

Choix d'aliments nutritifs spécialisés pour la prévention du retard de croissance :

Pour les enfants de 6 à 23 mois

- Supplément nutritionnel à base de lipides en quantité moyenne (LNS-MQ)
- Supplément nutritionnel à base de lipides en petite quantité (LNS-SQ)
- Super Cereal Plus (anciennement CSB+++)

Pour les femmes enceintes et allaitantes

- Super Cereal

**Voir la « Fiche du PAM sur les aliments nutritifs spécialisés » pour une liste complète des aliments nutritifs spécialisés par type d'intervention.
sur WFPgo <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>*

¹⁰⁰ Pour de plus amples renseignements, voir Gestion de la chaîne logistique des aliments nutritifs spécialisés : <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>

Tableau 6.2.2. Ration quotidienne pour prévenir la malnutrition chronique

Groupe cible	Ration quotidienne	Profil nutritionnel
Femmes enceintes et mères allaitantes	200 g de Super Cereal Super Cereal peut être mélangé avec de l'huile et du sucre avant la distribution en portion de 200 g : 20 g : 20 g (énergie estimée 1005 kcal, 29 g de protéines, 35 g de graisses)	376-752 kcal, 15-31 g de protéines, 8-16 g de graisses, vitamines et minéraux
Enfants âgés de 6 à 23 mois et de 24 à 59 mois	100-200 g Super Cereal Plus (200 g, en prévoyant un partage)	410-820 kcal, 16-33 g de protéines (17 % d'énergie), 10-20 g de graisses (23 % d'énergie). Contient des acides gras essentiels, des vitamines et des minéraux. 100 g fournissent environ 1 ANR pour les jeunes enfants.
	50 g de LNS-MQ	255 kcal, 6-8 g de protéines (10 % d'énergie), 13-18 g de graisse (55 % d'énergie). Contient des acides gras essentiels, des vitamines et des minéraux, fournit environ 1 ANR pour les jeunes enfants.
Enfants âgés de 6 à 23 mois	20 g de LNS-SQ	108 kcal, 2,6 g de protéines (10 % d'énergie), 7 g de graisses (59 % d'énergie). Contient des acides gras essentiels, des vitamines et des minéraux, 1 ANR pour les jeunes enfants par sachet

IMPORTANT : N'utiliser qu'un seul aliment nutritif spécialisé pour chaque groupe cible à un moment donné.

Comment calculer les besoins globaux en aliments nutritifs spécialisés

Une fois que le nombre de bénéficiaires prévus, la couverture, le type de produit à fournir et la durée prévue de la participation d'une personne au programme ont été déterminés, les besoins globaux en produits peuvent être calculés comme suit :



$$\begin{array}{l}
 \text{Tonnage requis en tonnes métriques} = \\
 (\text{Nombre total estimé de bénéficiaires} \\
 \times \\
 \text{Taille de la ration par personne et par jour en} \\
 \text{grammes} \\
 \times \\
 \text{Durée de l'aide en jours}) \\
 \hline
 1\ 000\ 000
 \end{array}$$

La communication avec les collègues des achats et de la logistique est essentielle pour définir les besoins initiaux estimés et pour traduire ces besoins initiaux en cycles de commande appropriés qui établissent un équilibre entre les besoins du programme et les ressources disponibles, ainsi que d'autres considérations liées à la chaîne logistique.

DURÉE ? Durée du programme

La durée recommandée de la prise en charge individuelle des aliments nutritifs spécialisés est de six mois au minimum. Idéalement, les femmes enceintes et allaitantes reçoivent des aliments nutritifs spécialisés jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de 6 mois, après quoi l'enfant reçoit des aliments nutritifs spécialisés jusqu'à l'âge de 23 mois. La durée du programme global de prévention doit être conforme au plan stratégique national et à l'évaluation finale de la situation nutritionnelle dans la zone du programme.

Mise en œuvre du programme

Le PAM met en œuvre ses programmes au travers de partenariats, en particulier avec le gouvernement à tous les niveaux (national, régional et district). Toutefois, dans la plupart des cas, la capacité du gouvernement à soutenir la mise en œuvre des programmes est limitée. C'est pourquoi le PAM fait appel à des partenaires coopérants (PC), qui sont généralement des ONG travaillant sur le terrain, dans un secteur complémentaire.

Le PAM doit évaluer la capacité du partenaire coopérant à mettre en œuvre le programme en utilisant un processus de sélection impliquant un Comité d'examen des projets (CEP). Une fois le partenaire sélectionné, un accord de partenariat sur le terrain doit être élaboré, qui définit clairement les rôles et responsabilités.

Le chapitre 6.1 donne un exemple de responsabilités partagées entre le PAM et les partenaires coopérants pouvant trouver leur reflet dans l'accord de partenariat sur le terrain. Pour des informations détaillées sur la façon de travailler avec une ONG, veuillez consulter la page du site Web du PAM dédiée aux organisations non gouvernementales¹⁰¹.

Comment les programmes de prévention de la malnutrition chronique s'intègrent-ils dans des programmes nutritionnels plus larges ?

En ce qui concerne la prévention de la malnutrition aiguë : la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés est administrée de la même manière qu'un programme général d'alimentation complémentaire (BSFP), où les individus sont inclus sur la base d'un critère spécifique, comme l'âge, plutôt que l'état nutritionnel. Une approche similaire peut entraîner une certaine confusion entre les programmes.

Ce, en raison d'un certain nombre de similitudes :

- Les deux programmes incluent des individus quel que soit leur état nutritionnel.

¹⁰¹ <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

Chapitre 6.2 : Conception de programmes visant à prévenir la malnutrition chronique

- Dans les deux cas, il s'agit de programmes préventifs traitant de l'état nutritionnel de la population plutôt que la réadaptation nutritionnelle individuelle.
- Les deux programmes peuvent utiliser les mêmes aliments nutritifs spécialisés.

Des différences importantes sont à noter :

- Les deux programmes ont des objectifs et des indicateurs d'efficacité très différents.
- Les programmes de prévention de la malnutrition aiguë sont généralement mis en œuvre pour une courte durée, de 4 à 6 mois. Les programmes de prévention de la malnutrition chronique sont généralement mis en œuvre sur de plus longues périodes. Toutefois, les deux programmes devraient comporter une composante CCSC.

En ce qui concerne l'aide alimentaire générale (GFA) : les programmes de prévention de la malnutrition chronique peuvent être intégrés dans des programmes plus vastes du PAM, par exemple parallèlement à une GFA. Les deux programmes se complètent et les messages peuvent être mis en synergie pour sensibiliser davantage la communauté au risque de toutes les formes de dénutrition et à l'importance de l'allaitement maternel et de l'ANJE appropriée.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Levels and trends in child malnutrition. UNICEF, OMS, Banque mondiale. 2017. http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_brochure2017.pdf
- WHO child growth standards methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight for-height and body mass index-for-age. 2006, Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS, 2018. Reducing stunting in children. Equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025
- PAM. 2012. Nutrition at the World Food Programme. Programming for Nutrition-Specific Interventions
- PAM. 2017. Nutrition Policy <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>
- PAM. 2017. Social Behaviour Change Communication (SBCC). Interim Guidance Manual for WFP nutrition. <http://newgo.wfp.org/documents/sbcc-guidance-manual-for-wfp-nutrition>
- PAM. 2018. WFP Specialized Nutritious Foods Sheet. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>
- PAM. Managing the supply chain of Specialized Nutritious Foods (SNFs) <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>
- WFP Specialized Nutritious Foods Sheet <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>
- WFP Guidance on partnering with non-governmental organizations: <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

Chapitre 6.3 Conception de programmes visant à prévenir les carences en micronutriments

Objet :

Le but de ce chapitre est d'aider les pays à concevoir et à mettre en œuvre des programmes appropriés pour prévenir et réduire les carences en micronutriments.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer les causes et les conséquences des carences en micronutriments
- Expliquer pourquoi le PAM soutient la prévention des carences en micronutriments
- Comprendre la formulation et la mise en œuvre du programme pour prévenir les carences en micronutriments
- Comprendre la différence entre l'enrichissement au point d'utilisation et l'enrichissement de masse, et leurs différentes applications
- Comprendre les étapes clés de la conception et de la mise en œuvre des programmes d'enrichissement au point d'utilisation
- Comprendre les étapes clés de la conception et de la mise en œuvre des programmes d'enrichissement de masse

Présentation générale

Les micronutriments (vitamines et minéraux), bien qu'ils ne soient nécessaires qu'en petites quantités, sont aussi essentiels que les macronutriments (protéines, lipides et glucides) pour assurer la vie et la santé d'un individu. Les carences en micronutriments représentent une forme de malnutrition largement invisible mais dévastatrice, souvent appelée « faim cachée ».

Les carences en micronutriments résultent souvent d'une consommation alimentaire inadéquate et de maladies. Divers états pathologiques peuvent diminuer l'absorption des nutriments tout en augmentant les besoins nutritionnels individuels. Ces déterminants directs, l'insuffisance des soins de santé et de l'assainissement, les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et l'insécurité alimentaire des ménages contribuent aux carences en micronutriments et influencent l'admission et la maladie au niveau individuel.

Les effets négatifs des carences en micronutriments incluent :

- Mauvais développement intellectuel
- Mauvaise vue
- Croissance sous-optimale
- Augmentation de la morbidité
- Productivité moindre

Les carences en micronutriments ont des effets négatifs sur le bien-être, tels qu'un mauvais développement intellectuel, une mauvaise vision, une croissance sous-optimale et la morbidité. Il a été démontré que la carence en zinc seule augmente le risque de diarrhée chez les jeunes enfants de 33 %, de pneumonie de 69 % et de paludisme de 56 %¹⁰². L'anémie ferriprive réduit la capacité de travail¹⁰³. La carence en iode a une incidence significative sur le développement mental des enfants de moins de 5 ans¹⁰⁴. Inversement, un apport adéquat en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans peut réduire la mortalité due aux maladies infectieuses (notamment la rougeole, la diarrhée et le paludisme) de 23 à 35 %.

Pourquoi le PAM appuie-t-il la prévention des carences en micronutriments ?

La politique nutritionnelle 2017-2021 du PAM¹⁰⁵ met l'accent sur un apport nutritionnel suffisant comme condition préalable à une bonne nutrition et à la santé. Mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes implique d'améliorer la disponibilité, la consommation et la demande d'alimentation saine et nutritive qui réponde aux besoins nutritionnels des groupes vulnérables, ainsi que d'en faciliter l'accès. La prévention des carences en micronutriments est importante parce que :

- L'Organisation mondiale de la santé classe les carences en zinc, en fer et en vitamine A au nombre des dix principales causes de maladies mortelles dans les pays en développement.
- Le Consensus de Copenhague de 2008 a classé les suppléments de micronutriments pour enfants au premier rang de toutes les interventions en matière de développement en termes de priorités de dépenses basées sur les ratios coûts-avantages.
- Avec l'augmentation des prix des denrées alimentaires et les changements climatiques provoquant des sécheresses et des catastrophes, il est probable qu'une proportion croissante de la population mondiale développera des carences en micronutriments.
- Le PAM dispose de l'infrastructure, des possibilités et de l'avantage comparatif nécessaires pour s'adresser aux carences en micronutriments.

Quelle est la réponse du PAM à la question des carences en micronutriments ?

Le PAM appuie toujours des stratégies visant à améliorer la diversité alimentaire des populations vulnérables. Il s'agit notamment d'interventions visant à renforcer l'accès des ménages à des aliments locaux nutritifs et abordables ; de programmes d'alimentation scolaire à domicile pour fournir aux enfants les micronutriments essentiels à une croissance et un développement en bonne santé ; et d'éducation sur les régimes alimentaires sains et équilibrés et les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) par la communication visant à changer les comportements sociaux (CCSC). (De plus amples informations sur la CCSC sont fournies au chapitre 9.)

Lorsque l'accès aux aliments nutritifs locaux et leur disponibilité sont compromis, le PAM met en œuvre des programmes visant à améliorer l'état en micronutriments des individus par l'enrichissement au point

¹⁰² Caulfield et al. 2004. Zinc deficiency. Comparative Quantification of health risks, World Health Organization. Pp. 256-79

¹⁰³ Haas, Jere D., and Brownlie, Thomas IV., Iron Deficiency and Reduced Work Capacity: A Critical Review of the Research to Determine a Causal Relationship. *American Society for Nutritional Sciences*. 2001, 131:6765-

¹⁰⁴ Bougma et al. Iodine and Mental Development of Children 5 Years Old and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis. *nutrients* ISSN 2072-6643 www.mdpi.com/journal/nutrients

¹⁰⁵ PAM. 2017. Politique en matière de nutrition : <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>

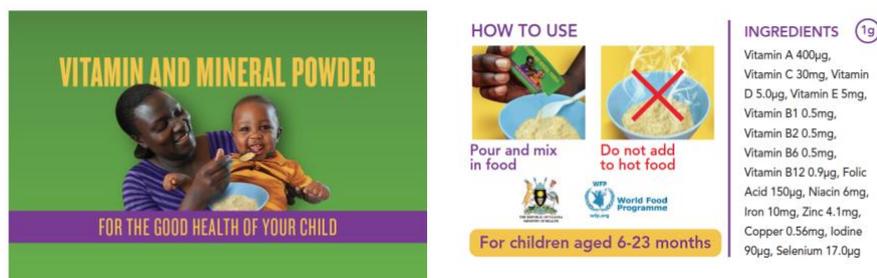
d'utilisation (anciennement appelé enrichissement à domicile¹⁰⁶) et l'enrichissement de masse. Ce chapitre traite des interventions au point d'utilisation et de l'enrichissement de masse.

6.3.1 Enrichissement au point d'utilisation

Il y a plus d'une décennie, le PAM a commencé à étudier des moyens novateurs d'administrer des micronutriments aux personnes les plus vulnérables aux carences en micronutriments, en particulier les nourrissons et les jeunes enfants (6-23 mois) et les enfants d'âge préscolaire et scolaire (2-12 ans). Les micronutriments en poudre sont une solution pour augmenter les vitamines et les minéraux dans les aliments complémentaires et les repas scolaires. Les micronutriments en poudre contiennent des micronutriments, mais pas de macronutriments. Les suppléments nutritifs à base de lipides petite quantité (LNS-SQ) représentent une autre solution. Les LNS-SQ sont destinés aux nourrissons âgés de 6 à 23 mois et contiennent des macronutriments et des acides gras essentiels ainsi que des micronutriments (<20 g/j, équivalent à ≤120 kcal/j).¹⁰⁷

À quoi servent les micronutriments en poudre dans l'enrichissement au point d'utilisation ?

Les micronutriments en poudre sont une combinaison incolore et inodore de vitamines et de minéraux qui sont ajoutés aux aliments juste avant leur consommation. Lorsqu'ils sont destinés aux jeunes enfants, ils se présentent en sachets individuels ; lorsqu'ils sont destinés aux programmes d'alimentation scolaire, ils se présentent en sachets de plusieurs portions.



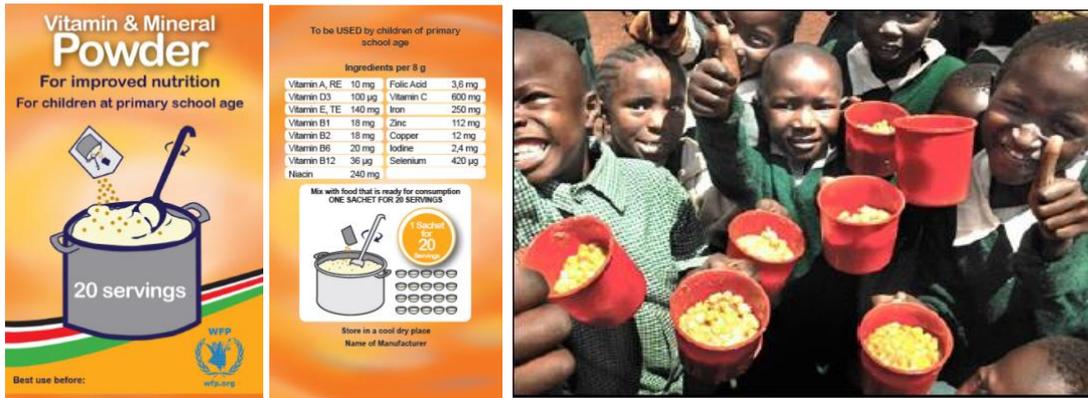
Sachet de micronutriments en poudre pour les enfants âgés de 6 à 23 mois – exemple en Ouganda

Un sachet de micronutriments en poudre pour les jeunes enfants, sous forme de 1 g de poudre, contient l'apport nutritionnel recommandé (ANR) quotidien en vitamines et minéraux pour les enfants de 6 à 59 mois. Un sachet générique de micronutriments en poudre pour enfants d'âge scolaire contient 8 g de poudre pour 20 repas, fournissant 1 ANR par enfant¹⁰⁸ en fer, zinc, iode, cuivre, sélénium, vitamines A, B1, B2, B3, B6, B12, C, D, E ; et acide folique. Toutefois, comme indiqué dans la section **QUOI ?** ci-dessous, la combinaison de vitamines et de minéraux peut être adaptée pour tenir compte des besoins spécifiques aux carences en micronutriments de la population, ainsi que d'autres interventions nutritionnelles menées dans le pays.

¹⁰⁶ 'L'enrichissement au point d'utilisation est souvent appelé « enrichissement à domicile » ; le mot « domicile » a été remplacé par « point d'utilisation », afin de refléter la variété des milieux où cette intervention peut avoir lieu.' Plan global de mise en œuvre sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Dans : Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21-26 mai 2012. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012:12–13 (WHA65/2012/REC/1) ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/%20A65_REC1-en.pdf

¹⁰⁷ Voir la « Fiche du PAM sur les aliments nutritifs spécialisés » pour une liste complète des aliments nutritifs spécialisés par type d'intervention sur WFPgo <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-000001477/download/>

¹⁰⁸ Les micronutriments en poudre utilisés par le PAM ont une formule de vitamines et de minéraux conforme à la déclaration conjointe OMS/PAM/UNICEF sur la fourniture de micronutriments aux populations touchées par les situations d'urgence : http://www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf, ainsi qu'aux directives programmatiques du Groupe consultatif technique sur l'enrichissement à domicile: <https://www.wfp.org/content/programmatic-guidance-brief-use-micronutrient-powders-mnp-home-fortification>



Micronutriments en poudre pour les enfants d'âge scolaire – exemple au Kenya

À quoi servent les LNS-SQ dans l'enrichissement au point d'utilisation ?

Les LNS-SQ sont fabriqués à partir d'arachides ou de pois chiches, de soja, de lait en poudre et d'huile. Chaque sachet de 20 g contient 108 calories, 2,6 g de protéines et 7 g de matières grasses. La liste des ingrédients positifs peut être élargie pour inclure d'autres ingrédients après confirmation de leur acceptabilité par les bénéficiaires et de leur conformité aux spécifications alimentaires. Les LNS-SQ contiennent également des acides gras essentiels, des vitamines et des minéraux équivalents à l'ANR d'un enfant de 6 à 23 mois. Les LNS-SQ peuvent être ajoutés aux aliments complémentaires au point d'utilisation ou consommés directement depuis le sachet.

Formulation du programme

La formulation d'un programme d'enrichissement au point d'utilisation entraîne une série de décisions :

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Critères de ciblage individuel
- **Combien ?** Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus
- **Comment ?** Canaux de distribution et partenaires
- **Quoi ?** Micronutriments en poudre et LNS-SQ pour différents groupes d'âge
- **Durée ?** Durée du programme d'enrichissement au point d'utilisation

OÙ ? Ciblage géographique

L'enrichissement au point d'utilisation est une option recommandée lorsque les aliments complémentaires pour nourrissons et jeunes enfants et les régimes alimentaires quotidiens pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire ne fournissent pas suffisamment de micronutriments essentiels et que les possibilités de diversification alimentaire sont limitées. Cela se produit lorsqu'une ou plusieurs des situations suivantes s'appliquent¹⁰⁹:

- la diversité alimentaire est faible (en raison de la disponibilité limitée ou de l'abordabilité) ;
- les aliments complémentaires préparés pour les nourrissons et les jeunes enfants ont une teneur et une densité nutritionnelles insuffisantes (par exemple, les bouillies liquides et les aliments ayant une faible teneur en micronutriments) ;
- la biodisponibilité des micronutriments est faible en raison de l'absorption d'inhibiteurs dans l'alimentation (excès de fibres, phytate, tanin) ce qui est particulièrement le cas dans les régimes à base végétale.

L'OMS recommande d'envisager l'enrichissement au point d'utilisation dans les régions où la prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans est de 20 % ou plus¹¹⁰.

¹⁰⁹ HF-TAG. 2011. Programmatic guidance brief on use of micronutrient powders (MNP) for point-of-use fortification

¹¹⁰ OMS. 2016. Directive de l'OMS : Utilisation de micronutriments en poudre multiples pour l'enrichissement au point d'utilisation des aliments consommés par les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois et les enfants âgés de 2 à 12 ans

QUI ? Critères de ciblage individuel

Les enfants âgés de 6 à 23 mois sont particulièrement exposés à un risque d'apport insuffisant en micronutriments lorsque la variété et la quantité des aliments sont limitées. Les enfants âgés de 24 à 59 mois peuvent également présenter un risque élevé d'apport insuffisant en nutriments. Les écoliers qui reçoivent des repas scolaires à teneur limitée en micronutriments (parce qu'ils sont composés d'aliments de base, de protéines et de graisses) sont potentiellement exposés à des carences en micronutriments. Les principales populations cibles sont donc les nourrissons et les jeunes enfants, ainsi que les enfants d'âge préscolaire et scolaire.

L'enrichissement au point d'utilisation est une stratégie préventive à mettre en œuvre au niveau de la population sans dépistage d'une maladie ou d'une affection. Les enfants atteints d'anémie doivent être traités de manière appropriée, conformément aux directives de l'OMS et aux directives nationales¹¹¹.

COMBIEN ? Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus

Estimation de la population du groupe cible dans les zones du programme, généralement tirée des données de recensement du gouvernement ou d'estimations actualisées. Pour les programmes d'alimentation scolaire, les données sur le nombre d'enfants fréquentant l'école doivent être disponibles auprès de l'école en question ou des autorités locales. Pour les enfants plus jeunes, si les données démographiques disponibles n'incluent pas la répartition par sexe et par âge, et en l'absence de recommandations gouvernementales ou sectorielles, des estimations peuvent être appliquées :

- Enfants de 6 à 23 mois : représentent environ 10 % de la population
- Enfants de 6 à 59 mois : représentent environ 20 % de la population.

La couverture attendue désigne la proportion de personnes qui peuvent être touchées parmi celles qui ont été recensées comme étant dans le besoin. Pour le PAM, l'objectif de couverture des programmes de prévention est >70 %.

N. B. : les calculs comprennent souvent des hypothèses et des estimations approximatives, qui devraient être précisées dans la documentation du plan de programme. En outre, la couverture effective¹¹² de l'intervention dépend des éléments suivants :

- Contexte (par exemple, niveau d'insécurité et donc déplacement des bénéficiaires ciblés)
- Canaux de distribution (les camps de réfugiés ont généralement une couverture plus étendue car ils sont situés plus près des services)
- Acceptabilité du programme pour les bénéficiaires
- Activités de sensibilisation (la couverture tend à être plus élevée lorsqu'il existe de solides programmes de sensibilisation communautaire)



Nombre total de
bénéficiaires =
population x couverture

COMMENT ? Réseau de distribution et partenaires

Canaux de distribution

¹¹¹ Directive : Supplémentation quotidienne en fer chez le nourrisson et l'enfant. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016

¹¹² La couverture attendue et effective des programmes n'est pas nécessairement équivalente à la couverture des besoins réels.

Chapitre 6.3 Conception de programmes visant à prévenir les carences en micronutriments

L'enrichissement au point d'utilisation pour les nourrissons et les jeunes enfants est mieux introduit dans le cadre d'une stratégie d'ANJE. En effet, l'objectif premier est d'améliorer l'apport en nutriments des aliments complémentaires consommés par les nourrissons lorsqu'ils atteignent l'âge de 6 mois. L'introduction de LNS-SQ ou de micronutriments en poudre devrait être combinée avec la fourniture d'une orientation et de conseils sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, la poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois et au-delà et les pratiques optimales d'alimentation complémentaire. Les établissements de soins de santé ou les services communautaires qui rassemblent les soignants pour discuter de la santé, de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire sont des voies de distribution appropriées.

Les micronutriments en poudre pour les enfants d'âge scolaire sont mieux combinés avec les programmes d'alimentation scolaire. En effet, l'objectif est d'enrichir la qualité des repas scolaires en y ajoutant des vitamines et des minéraux, dans des contextes où les repas fournis à l'école ne sont généralement composés que d'énergie, de protéines et de matières grasses.

Les programmes qui incluent l'enrichissement au point d'utilisation devraient incorporer une stratégie de CCSC visant à promouvoir la sensibilisation et l'utilisation correcte des micronutriments en poudre ou des LNS-SQ, de bonnes pratiques d'hygiène et une bonne préparation des aliments, une alimentation complémentaire optimale pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, et une alimentation nutritive pour les enfants de plus de 2 ans. L'allaitement maternel et le lavage des mains, l'attention particulière portée à la fièvre dans les zones de paludisme, les mesures de prise en charge de la diarrhée et la formation des agents de santé pour qu'ils puissent fournir des conseils et démontrer qu'ils utilisent correctement les micronutriments en poudre ou les LNS-SQ sont également des éléments essentiels des programmes.

Partenariats

Des partenariats solides sont essentiels pour un déploiement efficace. Les principaux partenaires dans le traitement des carences en micronutriments sont les gouvernements nationaux, les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires.

- Le gouvernement a la responsabilité générale de l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de contrôle des carences en micronutriments.
- Le PAM et l'UNICEF peuvent collaborer pour aider le gouvernement à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes d'enrichissement au point d'utilisation, et plaider conjointement en faveur de la lutte contre les carences en micronutriments.
- Dans les camps de réfugiés, le HCR et le PAM mettent en œuvre et suivent conjointement les interventions de la carence en micronutriments impliquant la fourniture de micronutriments en poudre
- Le PAM entretient diverses relations avec les ONG, mais le type de partenariat le plus courant est le partenariat en coopération, où les ONG sont chargées de mener des activités au nom du PAM.

QUOI ? Micronutriments en poudre et LNS-SQ pour différents groupes d'âge

Micronutriments en poudre – contiennent 15 vitamines et minéraux. La composition des micronutriments en poudre pour les enfants âgés de 6 à 59 mois est décrite dans le tableau 6.3.1.

Tableau 6.3.1 Spécifications du PAM pour un sachet de 1 gramme de micronutriments en poudre pour les enfants âgés de 6 à 59 mois

Micronutriment	Enfants (6-59 mois)
Vitamine A µg RE	400
Vitamine D µg	5
Vitamine E mg	5
Vitamine C mg	30
Thiamine (Vitamine B1) mg	0,5
Riboflavine (Vitamine B2) mg	0,5
Niacine (Vitamine B3) mg	6
Vitamine B6 (Pyridoxine) mg	0,5
Vitamine B12 (Cobalamine) µg	0,9
Folate µg	150,0
Fer mg	10,0
Zinc mg	4,1
Cuivre mg	0,56
Sélénium µg	17,0
Iode µg	90,0

Comme nous l'avons vu plus haut, la composition générique des micronutriments en poudre pour les enfants âgés de 6 à 12 ans contient une des vitamines et minéraux de l'ANR. Cependant, lors de la planification d'un programme d'alimentation scolaire utilisant des micronutriments en poudre, le bureau national devra travailler en étroite collaboration avec les gouvernements. Dans les cas où ils ne veulent pas de la composition générique, le contact entre le bureau national, le bureau régional et le siège assurera une qualité et une sécurité appropriées, tout en répondant aux besoins des gouvernements nationaux.

Les LNS-SQ contiennent des macronutriments (kcal, protéines, acides gras essentiels) ainsi que des micronutriments, et sont conçus pour les nourrissons âgés de 6 à 23 mois. La composition des LNS-SQ tient compte de la croissance linéaire (taille), du développement du nourrisson et des carences en micronutriments. Pour plus d'informations sur les LNS-SQ, veuillez consulter la fiche du PAM sur les aliments nutritifs spécialisés¹¹³.

Emballage et étiquetage

¹¹³ Disponible à l'adresse suivante : <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000001477/download/>

Les spécifications relatives à l'emballage et à l'étiquetage des micronutriments en poudre et des LNS-SQ ont été élaborées conformément aux directives du Codex^{114,115,116} ; et, dans le cas des LNS-SQ, par consensus au sein du Groupe de travail interinstitutions sur l'harmonisation. Le Comité du Codex sur l'étiquetage établit des normes internationales pour l'étiquetage des ingrédients, les dates de péremption et le mode d'emploi. Le Groupe de travail interinstitutions sur l'harmonisation a établi des normes pour la conception des sachets de LNS-SQ qui doivent être blancs avec la composition et des graphiques en vert. Dans le cadre des paramètres de ces normes, une conception basée sur le contexte local devrait être développée pour rendre le produit plus pertinent et acceptable pour la communauté locale. Les lignes directrices de la CCSP donnent de plus amples renseignements sur la façon d'élaborer des emballages locaux fondés sur la recherche formative¹¹⁷.

De plus amples informations sur la salubrité et la qualité des aliments sont fournies dans les lignes directrices sur la gestion de la chaîne logistique des aliments nutritifs spécialisés¹¹⁸.

DURÉE ? Durée d'un programme d'enrichissement au point d'utilisation

La durée du programme devrait s'appuyer sur le risque de carence en micronutriments et sur les fonds disponibles. En général, la durée de l'intervention est de 6 à 18 mois pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et d'une année scolaire pour les enfants âgés de 6 à 12 ans. En plus de la ration, une éducation sur l'utilisation des fortifiants et sur les bonnes pratiques en matière de santé et de nutrition devrait être dispensée. Il convient de noter que chaque enfant devrait être exposé au programme pendant au moins 6 mois afin de voir l'incidence sur sa situation en matière de micronutriments.

Rations

La fréquence et la durée de la prise de micronutriments en poudre doivent être telles que, en combinaison avec le régime alimentaire, l'ANR soit respecté. Pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, l'objectif devrait être de 90 sachets de micronutriments en poudre par période de six mois (soit 15 par mois ou 3 à 4 par semaine). Cela représente en moyenne 50 % de l'ANR si le sachet est consommé tous les deux jours. Ne pas distribuer plus de 30 sachets de micronutriments en poudre à la fois, afin de maintenir un contact régulier avec les bénéficiaires. Cela est particulièrement important pendant les premiers mois de distribution des micronutriments en poudre après le lancement du programme.

Pour les enfants d'âge scolaire, les micronutriments en poudre se présentent en sachets de 8 g, soit 20 portions par sachet, à ajouter au repas scolaire et à consommer chaque jour.

Les sachets de micronutriments en poudre doivent être disponibles tout au long de l'année, avec le dosage recommandé suivant :

- Nourrissons et enfants : 90 sachets de 1 g pour une durée de 6 mois
- Enfants d'âge scolaire : un sachet de 8 g pour 20 repas à fournir chaque jour avec le repas scolaire.

¹¹⁴ PAM. 2016. Micronutrient Powders - Technical specifications – children aged 6-59 months:

https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp284911.pdf

¹¹⁵ Home Fortification with micronutrient powders. Sight and Life, UNICEF, WFP, Home Fortification Technical Advisory Group.

http://www.hftag.org/assets/downloads/hftag/Sight%20&%20Life%20supplement%20distributed%20at%20ICN%202013_FULL.pdf

¹¹⁶ PAM, 2017. 10 minutes to learn about micronutrient powders: <http://newgo.wfp.org/documents/10-minutes-to-learn-about-micronutrient-powders>

¹¹⁷ PAM. 2017. Social Behaviour Change Communication (SBCC). Interim Guidance Manual for WFP Nutrition

¹¹⁸ PAM. Managing the supply chain of Specialized Nutritious Foods: <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>

La ration de LNS-SQ est un sachet de 20 g, à consommer tous les jours. Les rations devraient être distribuées de telle sorte que des contacts fréquents ainsi que des conseils en matière de nutrition puissent être fournis aux soignants lorsqu'ils reçoivent la ration, et que des informations puissent être recueillies en retour pour assurer un suivi et une évaluation efficaces et l'adaptation nécessaire du programme.

La communication avec les collègues des achats et de la logistique est essentielle pour définir les besoins initiaux estimés et traduire les besoins initiaux en cycles de commande appropriés, qui établissent un équilibre entre les besoins du programme tout au long de l'année et les ressources disponibles, ainsi que d'autres considérations liées à la chaîne logistique (de plus amples informations sont fournies dans 'Gestion de la chaîne logistique des aliments nutritionnels spécialisés'¹¹⁹).

Mise en œuvre du programme

Le PAM met en œuvre ses programmes au travers de partenariats, en particulier avec le gouvernement à tous les niveaux (national, régional et district). Toutefois, dans la plupart des cas, la capacité du gouvernement à soutenir la mise en œuvre des programmes est limitée. C'est pourquoi le PAM fait appel à des partenaires coopérants (PC), qui sont généralement des ONG travaillant sur le terrain, dans un secteur complémentaire.

Le PAM doit évaluer la capacité du partenaire coopérant à mettre en œuvre le programme en utilisant un processus de sélection impliquant un Comité d'examen des projets (CEP). Une fois le partenaire sélectionné, un accord de partenariat sur le terrain doit être élaboré, qui définit clairement les rôles et responsabilités. Dans le cadre de l'accord de partenariat sur le terrain, le PAM transfère les aliments nutritifs spécialisés pour l'intervention et des fonds pour les frais connexes au partenaire coopérant ; certains partenaires coopérants peuvent également contribuer avec leurs ressources.

Le chapitre 6.1 donne un exemple de responsabilités partagées entre le PAM et les partenaires coopérants pouvant trouver leur reflet dans l'accord de partenariat sur le terrain. Pour des informations détaillées sur la façon de travailler avec une ONG, veuillez consulter la page du site Web du PAM dédiée aux organisations non gouvernementales¹²⁰.

Comment les programmes d'enrichissement au point d'utilisation s'inscrivent-ils dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?

Par rapport à d'autres programmes spécifiques de nutrition : les aliments nutritifs spécialisés utilisés dans la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë sont conçus pour fournir aux bénéficiaires tous les micronutriments dont ils ont besoin. Les micronutriments en poudre et les LNS-SQ ne sont pas distribués dans le cadre de ces programmes ; cependant, les LNS-SQ peuvent être utilisés comme un élément d'une programmation globale pour prévenir la malnutrition chronique.

En ce qui concerne l'enrichissement de masse : l'enrichissement de masse cible la population générale, tandis que l'enrichissement au point d'utilisation cible des groupes spécifiques qui ont généralement un accès limité à un apport suffisant en micronutriments. L'enrichissement de masse et l'enrichissement au point d'utilisation peuvent être utilisés simultanément au sein d'une même population.

En ce qui concerne les programmes d'alimentation scolaire : lorsque la prévalence des carences en micronutriments est devenue une question de santé publique importante et que l'analyse de l'écart nutritionnel montre qu'elle est appropriée, les micronutriments en poudre sont utilisés dans les programmes d'alimentation scolaire pour augmenter la teneur en micronutriments des repas scolaires.

En ce qui concerne l'alimentation scolaire à domicile : les micronutriments en poudre peuvent être combinés

¹¹⁹ https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp259937.pdf

¹²⁰ <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

avec l'alimentation scolaire à domicile pour avoir un impact à court terme tandis que l'alimentation scolaire à domicile est en cours de développement à grande échelle.

6.3.2 Enrichissement de masse

Qu'est-ce que l'enrichissement de masse ?

L'enrichissement de masse est la pratique consistant à augmenter délibérément la teneur en vitamines et en minéraux des aliments couramment consommés, dans l'intérêt de la santé publique. Les séries 2008¹²¹ et 2013¹²² du Lancet sur la nutrition maternelle et infantile, le Consensus de Copenhague¹²³ et l'initiative Renforcer la nutrition (SUN) reconnaissent et approuvent tous l'enrichissement de masse comme une intervention durable et rentable ayant un impact prouvé sur la santé publique et le développement économique.

Un enrichissement de masse réussi améliore la qualité nutritionnelle de l'aliment et procure des avantages pour la santé publique sans augmenter considérablement le coût de l'aliment, ni nuire à son goût ou à son acceptabilité générale. Les aliments peuvent être enrichis pour augmenter la teneur en nutriments spécifiques ou pour restaurer les nutriments perdus pendant la production alimentaire. L'Organisation mondiale de la santé recommande l'enrichissement du riz, de la farine de blé et de la farine de maïs, qui représentent 94 % de la consommation mondiale totale de céréales^{124,125,126}.

Les programmes d'enrichissement de masse devraient contribuer à améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la consommation d'aliments enrichis dans le cadre d'une alimentation saine. Avec l'appui du gouvernement et les capacités du secteur privé, l'enrichissement de masse est une stratégie efficace et efficiente pour améliorer la nutrition au niveau de la population et réduire le risque de carence en micronutriments. À ce titre, l'enrichissement de masse peut jouer un rôle crucial pour briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition¹²⁷.

Pourquoi le PAM soutient-il l'enrichissement de masse ?

L'enrichissement des aliments couramment consommés est un moyen puissant de réduire les carences en micronutriments, qui permet aux personnes et aux sociétés d'atteindre leur plein potentiel cognitif, physique et productif. Un bon exemple est l'iodation du sel, qui est bien établie dans de nombreux pays à revenu élevé, moyen et faible, et qui a entraîné une diminution spectaculaire des troubles dus à la carence en iode comme le crétinisme et le goitre.

Selon le Consensus de Copenhague 2004, « aucune autre technologie n'offre autant de possibilités d'améliorer les conditions de vie à un coût aussi bas et en si peu de temps ». En 2008 et 2012, le Consensus de Copenhague a classé l'enrichissement en micronutriments parmi les trois priorités absolues du développement

Exemples de certains avantages directs de l'enrichissement des aliments

- Prévenir l'anémie nutritionnelle
- Prévenir les malformations congénitales affectant le cerveau et la colonne vertébrale
- Accroître la productivité
- Améliorer le progrès économique

¹²¹ Black RE, Allen LH, Bhutta ZA et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008;371:243–260.

¹²² Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet 2013;382:452–77.

¹²³ Copenhagen Consensus 2012, disponible sur www.copenhagenconsensus.com/copenhagen-consensus-iii.

¹²⁴ World Health Organization – fortification of rice: http://www.who.int/elena/titles/rice_fortification/en/

¹²⁵ World Health Organization – fortification of wheat flour: <http://www.who.int/elena/titles/wheat-flour-fortification/en/>

¹²⁶ World Health Organization – fortification of wheat flour: <http://www.who.int/elena/titles/maize-fortification/en/>

¹²⁷ Why fortify flour and rice? Food Fortification Initiative: http://www.who.int/elena/titles/rice_fortification/en/

international¹²⁸. Chaque dollar dépensé pour l'enrichissement se traduit par 9 dollars d'avantages pour l'économie¹²⁹.

Cependant, même dans les pays où il existe des aliments enrichis; ces derniers n'atteignent pas automatiquement les zones rurales reculées et ne sont pas souvent accessibles aux ménages les plus vulnérables. Pour mieux faire face aux problèmes de nutrition, la première étape consiste à appuyer les efforts d'enrichissement des aliments et à fournir des aliments enrichis dans les rations du PAM.

Exemples de certains avantages supplémentaires de l'enrichissement de masse

- L'enrichissement peut être intégré dans les programmes et partenariats existants
- Avec un faible coût initial, l'enrichissement des aliments a un retour sur investissement élevé en termes d'avantages pour l'économie locale et pour les populations que nous servons.
- L'enrichissement renforcera la contribution aux politiques et objectifs nationaux en matière de nutrition
- Les aliments enrichis peuvent souvent être achetés à l'échelle locale et régionale

Formulation du programme

La formulation d'un programme d'enrichissement de masse entraîne une série de décisions :

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Populations cibles
- **Combien ?** Calcul de la portée des aliments enrichis
- **Comment ?** Canaux de distribution
- **Quoi ?** Choisir la bonne nourriture et le bon fortifiant
- **Autres éléments essentiels** d'un programme d'enrichissement de masse

OÙ ? Ciblage géographique pour un programme d'enrichissement de masse

Tenir compte des carences en micronutriments

Le ciblage géographique pour l'enrichissement de masse peut être n'importe quel pays où la majorité de la population risque d'être ou de devenir carencée en un ou plusieurs micronutriments spécifiques. Dans certains cas, les carences en micronutriments sont démontrables, comme en témoignent des apports inacceptables et/ou des signes biochimiques de carence. Dans d'autres, la population peut ne pas présenter de signes extérieurs visibles de carence, mais elle est susceptible de bénéficier d'un enrichissement.

Dans les cas où il est possible de démontrer qu'il existe un risque de contamination par des carences en micronutriments et où cela est réalisable sur le plan industriel, l'enrichissement de masse peut avoir des effets bénéfiques notables pour la santé publique ; dans de tels cas, le PAM peut jouer un rôle consultatif dans les initiatives gouvernementales. L'anémie, les anomalies du tube neural, les carences en vitamine A et en zinc sont les problèmes de santé les plus fréquemment traités par l'enrichissement. L'ajout d'acide folique à la farine de

¹²⁸ Copenhagen Consensus 2012, disponible sur www.copenhagenconsensus.com/copenhagen-consensus-iii.

¹²⁹ http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/Copenhagen_Consensus_2008_Results_Press_Release.pdf

blé pour réduire le risque de malformations congénitales, qui a été introduit au Canada, aux États-Unis et dans de nombreux pays d'Amérique latine, est un exemple d'enrichissement de masse.

Tenir compte du secteur de l'industrie alimentaire

Un autre facteur important lorsqu'on considère la cible géographique d'un programme d'enrichissement de masse est le secteur de l'industrie alimentaire. Il s'agit notamment du nombre, de la capacité et de la répartition géographique des producteurs, ainsi que de la présence de tout soutien ou contrôle gouvernemental et de l'environnement commercial existant.

Un programme d'enrichissement de masse a plus de chances de réussir lorsque le secteur industriel en question est soit relativement centralisé (c'est-à-dire limité à une poignée de grands producteurs), bien organisé, soit les deux. S'il y a de nombreux petits producteurs largement dispersés, l'enrichissement sera plus difficile à réaliser, à moins que ces petites unités ne disposent d'une certaine forme d'arrangement collectif, comme une association industrielle établie.

QUI ? Populations cibles

La population cible des programmes d'enrichissement de masse comprend tous les individus susceptibles de consommer les aliments enrichis. Il s'agit notamment de ceux qui sont généralement exposés au risque de carence en micronutriments, comme les femmes enceintes et allaitantes, les enfants et les adolescents, les malades chroniques, les personnes âgées, les populations appauvries, les populations dont l'assainissement et l'hygiène sont médiocres et les populations déplacées.

Les niveaux d'enrichissement sont fixés pour chaque fortifiant spécifique, de sorte que même ceux qui consomment de grandes quantités de l'aliment fortifié ne dépassent pas la limite supérieure de consommation tolérable.

Le potentiel pour les individus de bénéficier de l'enrichissement alimentaire de masse varie tout au long du cycle de vie en fonction des facteurs suivants :

- Besoins en micronutriments
- Niveau d'enrichissement
- Quantité d'aliments enrichis consommée
- Écart alimentaire dans la satisfaction des besoins en micronutriments

Par exemple :

- Les femmes enceintes et allaitantes ont des besoins élevés en micronutriments et sont susceptibles de consommer une quantité suffisante d'aliments enrichis pour contribuer de façon significative à satisfaire leurs besoins en micronutriments. Cependant, comme les besoins en micronutriments sont élevés, lorsque la carence alimentaire est importante, il est souvent nécessaire d'ajouter des suppléments pour combler cette carence en nutriments.
- Les enfants âgés de 6 à 23 mois ont également des besoins très élevés en micronutriments. Cependant, étant donné la petite taille de leur estomac, le potentiel de l'enrichissement de masse est faible pour combler complètement une carence en nutriments¹³⁰. L'enrichissement au point d'utilisation en combinaison avec l'enrichissement de masse peuvent aider à combler cette carence.
- Les femmes en âge de procréer, les adolescentes et les adultes (hommes et femmes non enceintes, non allaitantes) présentent également un potentiel important de bénéficier de l'enrichissement

¹³⁰ Codex Alimentarius Commission. (2006). & Codex standard for processed cereal-based foods for infants and young children. Rome, Italie : CODEX STAN, 074-1981.

alimentaire de masse étant donné leurs besoins en nutriments et la quantité de nourriture consommée.

COMBIEN ? Calcul de la portée des aliments enrichis

L'enrichissement de masse est à destination de l'ensemble de la population. La portée estimée du programme dépendra des habitudes de consommation des aliments enrichis au sein de la population, par exemple : les aliments couramment consommés par la plupart des individus contre les aliments consommés uniquement par les adultes ou des sous-groupes spécifiques. Les enquêtes menées dans le cadre d'un programme national de surveillance ou par le biais d'une collecte de données indépendante peuvent servir à évaluer les habitudes de consommation permettant d'estimer le nombre de personnes touchées.

COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires

Canaux de distribution

La grande diversité des situations nationales et des objectifs de santé publique dans le monde a donné lieu à l'élaboration de nombreuses approches différentes en termes de réglementation quant à l'enrichissement des aliments. Dans la plupart des pays à revenu intermédiaire et supérieur, les paramètres d'enrichissement des aliments sont établis par la loi ou par des accords de coopération. Ailleurs, les aliments enrichis sont produits sans aucune forme d'orientation ou de contrôle gouvernemental. Comme il incombe au gouvernement de protéger la santé publique, il est généralement recommandé que toutes les formes d'enrichissement des aliments soient réglementées de façon appropriée afin d'assurer la sécurité de tous les consommateurs et le bénéfice maximal pour les groupes cibles. Le PAM peut être un partenaire technique pour aider les gouvernements à élaborer des règlements et des politiques en faveur de l'enrichissement de masse.

D'un point de vue juridique, l'enrichissement peut être considéré comme obligatoire ou volontaire. Ces termes désignent le niveau d'obligation exigé des producteurs de denrées alimentaires de se conformer aux intentions gouvernementales exprimées dans la législation :

- L'enrichissement obligatoire a lieu lorsque les gouvernements obligent légalement les producteurs de denrées alimentaires (qu'il s'agisse de denrées produites sur le sol national ou importées) à enrichir certains aliments avec des micronutriments spécifiques. L'enrichissement obligatoire devrait être mis en œuvre lorsque la majorité de la population a un important besoin de santé publique ou risque de souffrir de carences en micronutriments spécifiques. Dans certaines circonstances, un avantage démontré pour la santé publique d'une consommation accrue d'un micronutriment donné peut être considéré comme un motif suffisant pour justifier l'enrichissement obligatoire, même si la population n'est pas considérée comme sérieusement à risque.
- Lorsque l'enrichissement n'est pas obligatoire, les aliments peuvent encore être enrichis volontairement par le secteur privé. L'enrichissement volontaire a lieu lorsque les producteurs de denrées alimentaires prennent l'initiative d'ajouter un ou plusieurs micronutriments à certains aliments. Des normes, une réglementation et une surveillance sont encore nécessaires. Les gouvernements devraient exercer un degré de contrôle approprié sur l'enrichissement volontaire par le biais de législations alimentaires ou d'autres accords de coopération, tels que les codes de pratiques de l'industrie. Il est à noter que dans le cas de l'enrichissement volontaire, le niveau d'adoption par l'industrie est généralement influencé par les conditions du marché.

Chapitre 6.3 Conception de programmes visant à prévenir les carences en micronutriments

La distinction fondamentale entre la réglementation obligatoire et volontaire est le niveau de certitude au fil du temps qu'un aliment donné contiendra une quantité prédéterminée d'un micronutriment. En offrant un niveau de certitude plus élevé, la probabilité pour que l'enrichissement obligatoire procure un avantage durable pour la santé publique est plus grande. L'enrichissement volontaire est moins susceptible de fournir un apport garanti et accru en micronutriments dans la population.

La distribution d'aliments enrichis peut également se faire par le biais de filets de sécurité sociale et de programmes de protection. Cette mesure peut être mise en œuvre parallèlement à l'enrichissement obligatoire et volontaire des aliments. La distribution d'aliments enrichis par le biais de filets de sécurité sociale permet de cibler les personnes les plus vulnérables aux carences en micronutriments. Par exemple, la farine enrichie ou le riz enrichi par le biais de la protection sociale/des filets de sécurité sociale peuvent être distribués directement ou mis à disposition au moyen de bons. Selon le contexte, le rôle du PAM pourrait inclure la distribution directe de ces produits ou un rôle consultatif auprès du gouvernement pour renforcer les programmes nationaux.

Partenariats

Le maintien de l'accès, de la disponibilité et de la demande d'aliments enrichis n'est possible que grâce à un partenariat entre les secteurs public et privé. Travailler en partenariat avec le gouvernement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales peut favoriser un environnement propice à l'enrichissement des aliments. Bien qu'il s'agisse d'une excellente opportunité, il faut aussi relever les défis. Par exemple, les différents buts et objectifs des partenaires des secteurs public et privé.

Dans de nombreux pays, le PAM est un partenaire stratégique au sein de groupes de travail chargés de promouvoir et d'appuyer l'enrichissement des aliments. Le Programme national égyptien d'enrichissement de la farine de blé¹³¹, lancé en 2008, a été géré par le PAM jusqu'en 2011, date à laquelle le programme a été remis au gouvernement. Le PAM a joué un rôle de catalyseur dans la création de l'Alliance nationale pour l'enrichissement, qui regroupe tous les partenaires et parties prenantes. Parmi ses membres figuraient l'Institut national de la nutrition, le Ministère de l'approvisionnement et du commerce intérieur, le Ministère de la santé et de la population, le Ministère de l'agriculture, le Ministère de l'éducation, l'Académie nationale de la recherche scientifique, le Centre national de recherche, le Ministère des finances, la faculté de médecine, la faculté d'agriculture, les chercheurs égyptiens en nutrition et la Société holding de l'industrie alimentaire (qui gère les usines appartenant au pays). L'Alliance a été un facteur clé de réussite dans le programme d'enrichissement de la farine de blé, qui a finalement fourni de la farine enrichie à plus de 60 millions d'Égyptiens.

QUOI ? Choisir la bonne nourriture et le bon fortifiant

Les décisions concernant le produit à enrichir et le fortifiant à ajouter, ainsi que les quantités appropriées, sont fondées sur une série de facteurs.

Choisir le bon aliment

Les programmes d'enrichissement complets devraient prendre en compte les aliments ou les combinaisons d'aliments susceptibles d'atteindre le plus grand nombre de personnes à moindre coût. Il est à noter que même si l'enrichissement est bien adapté à l'augmentation des niveaux de micronutriments dans la population, il n'est pas recommandé de se fier à un seul vecteur alimentaire pour éradiquer les carences en micronutriments de tous. Une gamme d'aliments devrait être enrichie avec différents types et niveaux de micronutriments. En outre, si l'enrichissement représente un outil important pour lutter contre les carences en micronutriments et

¹³¹ Pour plus d'informations sur ce programme, veuillez consulter l'étude de cas : https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp274581.pdf?_ga=2.76172434.600777093.1540992532-1635615786.1487855650

améliorer l'état des micronutriments, d'autres approches (telles que la promotion de régimes alimentaires diversifiés, l'éducation nutritionnelle et les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) sont toujours nécessaires et souhaitables.

Choisir le bon fortifiant

Chaque pays devrait établir des normes concernant les fortifiants, en fonction des besoins de sa population. Le PAM s'aligne sur les normes régionales et nationales, le cas échéant. Lorsque les normes nationales sont inférieures aux normes du PAM ou aux recommandations mondiales (par exemple les Directives OMS/FAO¹³²), le PAM s'efforce de négocier l'alignement.

Le fer, l'acide folique, la vitamine B12, la vitamine A et le zinc sont les cinq micronutriments les plus couramment utilisés pour l'enrichissement, car ils sont reconnus comme ayant une importance pour la santé publique dans les pays en développement^{133,134}.

Les programmes d'enrichissement des aliments devraient comprendre des mesures d'assurance et de contrôle de la qualité appropriées dans les usines, ainsi qu'un suivi réglementaire et de santé publique de la teneur en éléments nutritifs des aliments enrichis, et une évaluation des impacts nutritionnels et sanitaires des stratégies d'enrichissement.

¹³²Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'enrichissement des aliments en micronutriments.

http://www.who.int/nutrition/publications/guide_food_fortification_micronutrients.pdf

¹³³Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sur l'enrichissement de la farine de blé et de maïs.

http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/wheat_maize_fort.pdf

¹³⁴Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sur l'enrichissement du riz.

http://www.who.int/elena/titles/guidance_summaries/rice-fortification/en/

Efforts déployés par le PAM pour intensifier l'enrichissement des aliments

Depuis 2004, le PAM s'approvisionne et fournit des aliments enrichis, tels que des céréales, des huiles et du sel, pour les programmes et les distributions alimentaires. Les données de 2016 indiquent que 90 % de la farine de blé, 58 % de la farine de maïs et plus de 99 % de l'huile végétale achetée par le PAM ont été enrichies.

Le PAM joue également un rôle de facilitateur en aidant les gouvernements et les acteurs du secteur privé à fortifier les aliments au niveau local, et en plaidant en faveur de l'enrichissement dans les politiques nationales et internationales.

Jusqu'à récemment, le riz a été largement négligé dans les efforts d'enrichissement mondiaux. Cependant, comme le riz est un aliment de base pour la moitié de la population mondiale et peut contribuer jusqu'à 70 % de l'apport énergétique quotidien dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'enrichissement du riz a un énorme potentiel pour aider à combattre les carences en micronutriments à grande échelle.

En 2018, le PAM a distribué 330 000 tonnes de riz dans le cadre de ses programmes. Grâce à cette distribution à grande échelle, le PAM s'efforce d'accroître la quantité de riz enrichi dans ses programmes. En voici quelques exemples :

- Inde : le PAM collabore avec le gouvernement pour fournir du riz enrichi aux enfants dans les repas scolaires et à 800 millions de personnes dans le cadre d'un programme national de protection sociale.
- Bangladesh : en partenariat avec le gouvernement et les acteurs du secteur privé, le PAM a mis en place une chaîne d'approvisionnement en riz enrichi qui est distribuée par le biais de filets de sécurité nationaux et des programmes de responsabilité sociale des entreprises du secteur du vêtement.

Autres éléments essentiels d'un programme d'enrichissement de masse

Une attention particulière aux petits transformateurs

Lorsque les marchés ne sont pas consolidés, il peut être difficile d'obtenir un impact généralisé sur la santé publique. Dans le contexte des petites entreprises de transformation, la coopération avec le secteur privé et d'autres partenaires est essentielle pour identifier des solutions innovantes et durables tout au long de la chaîne d'approvisionnement, y compris la fourniture de prémélanges (le mélange de vitamines et de minéraux – c'est-à-dire les fortifiants – ajoutés aux aliments).

Connaissances des consommateurs sur les aliments enrichis

L'enrichissement volontaire dépend généralement de l'intérêt des consommateurs et/ou de la demande d'aliments enrichis. Bien que le comportement des consommateurs soit influencé par de nombreux facteurs, il pourrait être généré par la promotion commerciale ou des programmes spécifiques d'éducation nutritionnelle. Des programmes ciblés de CCSC pourraient être utiles (voir le chapitre 9).

L'enrichissement obligatoire est susceptible d'être plus efficace lorsque les connaissances des consommateurs sont faibles, que la demande de produits enrichis est faible et qu'il existe peu de possibilités d'éducation nutritionnelle communautaire.

Tableau 6.3.2 Considérations lors de la planification d'un programme d'enrichissement des aliments.

Principes du PAM pour permettre l'enrichissement des aliments	
Nutrition	Analyser les données sur les carences nutritionnelles dans le pays et déterminer quelles carences peuvent être comblées par l'enrichissement.
Apport	Tenir compte des aliments couramment consommés et préciser quels aliments enrichir pour obtenir l'effet désiré sur la santé. Toutes les farines de céréales, les aliments transformés à base de céréales, le riz, l'huile comestible et le sel, qu'ils aient été obtenus ou reçus sous forme de dons en nature, sont de bons vecteurs potentiels d'enrichissement. Des exceptions ne seront faites que dans les cas où l'enrichissement est prohibitif ou non disponible dans les délais requis.
Industrie et distribution	Déterminer le nombre de grandes usines dans le pays et identifier l'équipement et la formation dont elles ont besoin pour commencer et maintenir l'enrichissement. Élargir les partenariats public-privé pour accroître la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments enrichis grâce à un filet de sécurité sociale et à des programmes de protection sociale, et trouver des solutions fondées sur le marché dans des contextes de sécurité alimentaire et d'insécurité alimentaire. Cela devrait inclure l'utilisation de transferts en espèces et de bons d'achat comme moyen d'améliorer l'accès aux aliments enrichis.
Partenariat	Les partenariats entre le gouvernement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales peuvent favoriser un environnement propice à l'enrichissement des aliments. Les forums internationaux, les ateliers et les activités de plaidoyer connexes sont également importants.
Normes et législation	L'objectif national devrait être d'établir des normes nationales, en conformité avec les recommandations et les normes mondiales en matière d'enrichissement. Les normes nationales devraient préciser les éléments nutritifs à ajouter, ainsi que la quantité et la nature de chaque élément nutritif. Les pays qui importent/exportent devraient prendre en considération les normes avec leurs partenaires commerciaux. Le PAM peut aider les gouvernements à adopter et à appliquer des politiques, normes et réglementations en matière d'enrichissement des aliments en leur fournissant une assistance technique, en renforçant leurs capacités et en étant un partenaire clé dans les forums multipartites aux niveaux national et sous-national.
Soutien et suivi	Le PAM peut fournir une assistance technique pour la production locale d'aliments enrichis de qualité. Si les mesures de qualité sont suivies régulièrement, si les résultats sont analysés et si les problèmes sont corrigés, l'enrichissement aura un impact maximal sur la santé. Le processus comprend le contrôle des aliments et le suivi du programme. Des indicateurs peuvent être élaborés pour suivre les progrès et l'impact de l'enrichissement. L'Organisation mondiale de la santé a une liste d'indicateurs qui peuvent être adaptés et adoptés par les pays pour leurs programmes d'enrichissement.
Communication	Contribuer à la base mondiale de données probantes pour l'intensification de l'enrichissement des aliments - en particulier l'enrichissement du riz. La recherche devrait se concentrer sur l'exécution efficace des programmes, au-delà de la seule fourniture de produits, y compris l'identification des facteurs clés de réussite pour des approches efficaces, évolutives et durables visant à rendre les aliments enrichis accessibles et disponibles pour ceux qui peuvent le plus bénéficier de leur consommation.
Éducation	Contribuer à accroître la demande de régimes alimentaires sains, y compris d'aliments enrichis – en particulier parmi les populations qui peuvent en bénéficier le plus. Tenir compte des programmes de CCSC.

Mise en œuvre du programme

Le maintien d'un programme d'enrichissement réussi exige des partenariats solides. La coopération des différents secteurs est essentielle, car chacun est responsable d'un aspect différent du processus. Divers acteurs peuvent créer des programmes d'enrichissement efficaces :

- Une personne influente pour catalyser un programme de plaidoyer
- Une institution dotée d'une capacité de recherche pour surveiller l'impact
- L'industrie alimentaire pour produire des aliments enrichis
- Des décideurs qui s'assurent que les règlements sont en place
- Autres organismes pour surveiller la conformité

La création et le maintien de partenariats efficaces est une activité qui exige un entretien de tous les instants. La première recommandation à tout pays qui envisage d'enrichir son territoire est de former une alliance nationale. Rechercher la participation et l'engagement des dirigeants nationaux représentant les secteurs public, privé et civique. S'assurer que chaque partie prenante comprend les avantages pour la santé et les avantages économiques de l'enrichissement. Impliquer tous les secteurs dès le début du processus permet d'éviter de négliger des informations clés. De plus, chaque groupe s'engage à travailler à la réussite.

Comment intensifier l'enrichissement de masse

- Sensibiliser les donateurs locaux et le gouvernement à l'importance de l'enrichissement.
- Évaluer l'environnement national en matière d'enrichissement ; aider le gouvernement à élaborer ou à améliorer la législation, les normes et les systèmes de suivi réglementaire en matière d'enrichissement.
- Organiser des réunions entre les acteurs du secteur privé et le gouvernement autour de l'enrichissement. Le réseau SUN (Scaling Up Nutrition Business Network - Initiative Renforcer la nutrition) pourrait potentiellement fournir un soutien.
- Offrir une formation au secteur privé pour renforcer la capacité d'enrichir les aliments de base localement.
- Contacter les bureaux régionaux et le siège pour obtenir un appui technique.

Comment l'enrichissement de masse s'inscrit-il dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?

La réduction des carences en micronutriments est une stratégie importante pour atteindre les objectifs de développement durable. L'amélioration de l'accès aux aliments enrichis, de leur disponibilité et de la demande de consommation d'aliments enrichis est une stratégie essentielle pour répondre aux carences en micronutriments et contribuer à la réalisation de la cible 2.2 des ODD.

Le PAM reconnaît que l'enrichissement des aliments ne doit pas être une intervention ou une stratégie isolée. Son efficacité dépend plutôt d'une approche intégrée, globale et adaptée au contexte qui comprend la diversification de l'alimentation, l'amélioration des pratiques d'ANJE (y compris l'allaitement maternel optimal et les pratiques d'alimentation complémentaire), le contrôle des maladies et l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Caulfield et al. 2004. Zinc deficiency. Comparative Quantification of health risks, World Health Organization. Pp. 256-79
- Haas, Jere D., and Brownlie, Thomas IV., Iron Deficiency and Reduced Work Capacity: A Critical Review of the Research to Determine a Causal Relationship. *American Society for Nutritional Sciences*. 2001, 131:676S-
- Bougma et al. Iodine and Mental Development of Children 5 Years Old and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis. *nutrients* ISSN 2072–6643 www.mdpi.com/journal/nutrients
- HF-TAG, 2011. Programmatic guidance brief on use of micronutrient powders (MNP) for home fortification
- OMS. Directive de l'OMS : Utilisation de micronutriments en poudre multiples pour l'enrichissement au point d'utilisation des aliments consommés par les nourrissons et les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois et les enfants âgés de 2 à 12 ans
- PAM. 2017. 10 minutes to learn about Micronutrient Powders (MNPs) for point-of-use fortification of foods. <http://newgo.wfp.org/documents/10-minutes-to-learn-about-micronutrient-powders>
- OMS. 2016. Guideline: daily iron supplementation in infant and children. Genève.
- PAM. 2017. Social Behaviour Change Communication (SBCC). Interim Guidance Manual for WFP nutrition.
- PAM. Managing the supply chain of Specialized Nutritious Foods <http://newgo.wfp.org/documents/managing-supply-chain-of-specialized-nutritious-foods>
- Global Fortification Data Exchange: <https://www.fortificationdata.org/>
- Food Fortification Initiative: http://www.ffinetwork.org/why_fortify/index.html
- Scaling up rice fortification in *Sight and Life*. Disponible sur www.issuu.com/sight_and_life
- WHO guidelines on food fortification with micronutrients. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43412>

Chapitre 6.4. Programmes à dimension nutritionnelle

Objet :

Le présent chapitre a pour objet de donner un aperçu de la manière dont le PAM peut appuyer les résultats en matière de nutrition dans l'ensemble de son portefeuille. Le présent chapitre aidera le lecteur à faciliter les conversations entre le personnel de programmation du PAM et ses partenaires sur les moyens d'accélérer les progrès en matière de nutrition grâce à des programmes tenant compte de la nutrition.

Objectifs d'apprentissage

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Énumérer les cinq conditions minimales requises pour les programmes à dimension nutritionnelle
- Identifier les sept possibilités d'intégrer la sensibilité à la nutrition dans les programmes de l'ensemble du portefeuille du PAM
- Expliquer l'importance d'une planification conjointe et esquisser un parcours d'incidence du programme pour les résultats nutritionnels.
- Identifier des indicateurs potentiels pour le suivi des programmes à dimension nutritionnelle

Présentation générale

Les programmes à dimension nutritionnelle portent sur les déterminants sous-jacents et fondamentaux de la nutrition, tels que la sécurité alimentaire, les soins adéquats, l'accès aux services de santé et leur utilisation, et un environnement sûr et hygiénique. Un programme à dimension nutritionnelle peut également être utilisé pour élargir les interventions spécifiques à la nutrition, qui portent sur l'apport alimentaire et les maladies – les déterminants immédiats de la malnutrition.

Les programmes à dimension nutritionnelle sont mis en œuvre dans une grande variété de secteurs et, bien que leur objectif premier ne soit pas nécessairement lié à la nutrition, ils énoncent des objectifs, actions et indicateurs nutritionnels spécifiques.

Qu'est-ce qu'un programme à dimension nutritionnelle ?

- Des programmes à dimension nutritionnelle ont lieu dans des secteurs complémentaires à la nutrition, tels que les filets de sécurité sociale, l'agriculture, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement (AEPHA) et l'éducation.
- Les programmes à dimension nutritionnelle comprennent un objectif nutritionnel, des résultats et des indicateurs mesurables.
- Les analyses situationnelles tenant compte de la nutrition explorent les synergies entre les programmes de nutrition et les autres programmes du portefeuille du PAM, ainsi que ceux mis en œuvre par le gouvernement et les partenaires. Il existe plusieurs opportunités et actions à dimension nutritionnelle pour chaque type de programme, cependant, l'égalité des sexes et les connaissances en matière de nutrition sont deux facteurs qui doivent être pris en compte dans tout programme. Au sein du PAM, l'analyse de la situation

devrait faire l'objet d'un effort conjoint au sein du bureau national entre les unités de nutrition, d'égalité des sexes, les activités d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité (ACV) et de suivi et évaluation (S&E).

- Les interventions multisectorielles et pluriannuelles augmentent considérablement la probabilité d'améliorer les résultats nutritionnels. Par conséquent, l'action à dimension nutritionnelle comprend le plaidoyer auprès du gouvernement pour une planification conjointe et des solutions multisectorielles.

Le PAM a recensé quatre domaines d'activité essentiels qui pourraient revêtir une dimension plus nutritionnelle : aide alimentaire générale, alimentation scolaire, soutien au marché des petites exploitations agricoles et assistance alimentaire contre biens communautaires. L'effort supplémentaire pour rendre les programmes à dimension nutritionnelle ne contribue pas seulement à obtenir des résultats nutritionnels, mais aussi à faire en sorte que ces programmes atteignent leurs propres objectifs. De plus amples informations sont fournies dans les Directives du PAM sur la nutrition¹³⁵.

Pourquoi le PAM s'efforce-t-il d'élaborer des programmes tenant compte des besoins nutritionnels ?

Comme la malnutrition est causée par un ensemble complexe de facteurs, sa prévention exige une approche tout aussi globale. Par exemple, la série 2013 du Lancet estimait que l'extension de l'ensemble d'interventions nutritionnelles recommandées à 90 % de la population dans les 34 pays où le fardeau de la malnutrition est le plus lourd ne réduirait que de 20 % le retard de croissance des enfants¹³⁶. Cependant, la combinaison d'actions spécifiques à la nutrition et d'actions à dimension nutritionnelle permet d'adopter une approche multidimensionnelle qui s'attaque aux déterminants immédiats, fondamentaux et sous-jacents de la malnutrition. Travaillant de manière globale dans tous les secteurs par le biais d'actions à la fois spécifiques à la nutrition et à dimension nutritionnelle, le PAM dispose d'une plateforme puissante pour mettre un terme à toutes les formes de malnutrition.

Formulation du programme

Une série de considérations doit être prise en compte lors de la conception d'un programme à dimension nutritionnelle :

- **Où ?** Dans l'ensemble du portefeuille du PAM et avec l'assistance technique au gouvernement
- **Qui ?** Groupes vulnérables
- **Quoi ?** Exigences minimales pour les programmes à dimension nutritionnelle
- **Comment ?** Le parcours d'incidence du programme et sept possibilités de programmation à dimension nutritionnelle
- **Autres considérations :** Notamment la planification conjointe

Les questions relatives à la prise de décision sont présentées dans cette section. La conception des programmes n'est pas toujours linéaire, car les décisions initiales devront peut-être être révisées à la lumière des priorités, des ressources et des capacités.

OÙ ? À dimension nutritionnelle dans l'ensemble des programmes du PAM

¹³⁵ Unlocking WFP's potential – Guidance for nutrition-sensitive programming. Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Mars 2017. <http://nutrition-sensitive.manuals.wfp.org/en>

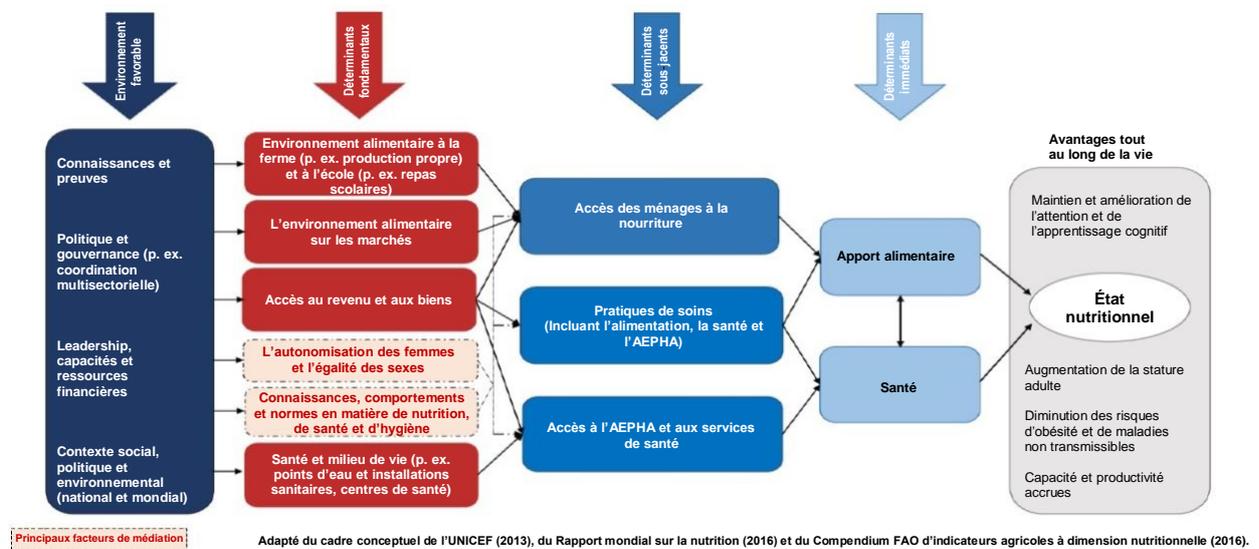
¹³⁶ Bhutta, Z.A. et al., 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? The Lancet, 382(9890), pp.452–477.

De nombreux programmes du PAM s'attaquent déjà aux déterminants immédiats ou sous-jacents de la malnutrition. Presque tous les programmes, avec quelques modifications, ont la capacité de s'attaquer efficacement à au moins un déterminant sous-jacent et/ou fondamental de la malnutrition.

Le PAM s'efforce également de s'attaquer aux déterminants d'un environnement propice à la malnutrition par le biais de son assistance technique aux gouvernements, notamment en les conseillant sur les politiques qui sont à dimension nutritionnelle.

La figure 6.4.1. présente un cadre conceptuel pour la nutrition qui met en évidence les possibilités d'actions à dimension nutritionnelle. Ce cadre conceptuel a été adapté pour inclure l'environnement favorable, ainsi que les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux des améliorations nutritionnelles.

Figure 6.4.1. Un cadre conceptuel pour la nutrition¹³⁷



QUI ? Cibler les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel

Les programmes à dimension nutritionnelle peuvent cibler toute personne ciblée par les programmes du PAM, ce qui rend leur potentiel énorme.

Trois options doivent être envisagées en fonction des besoins, du contexte et de la nature de l'intervention :

- Modifier les critères de ciblage du programme pour se concentrer entièrement sur les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel.
- Ajouter un groupe supplémentaire vulnérable sur le plan nutritionnel si le programme cible déjà un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel comme groupe cible primaire.
- Ajouter un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel comme groupe cible secondaire dans les programmes dont les critères de ciblage ne sont pas fondés sur la nutrition.

Voir 'Opportunité 1' dans le Tableau 6.4.2 pour de plus amples informations sur le ciblage.

¹³⁷ Adapté du cadre conceptuel de l'UNICEF (2013), du Rapport mondial sur la nutrition (2016) et du Compendium d'indicateurs nutritionnels de la FAO (2016).

Ne rien faire de nuisible : l'utilisation d'un enfant sous-alimenté au sein du ménage comme critère de ciblage doit être abordée avec prudence car elle peut envoyer des messages contradictoires aux communautés desservies par le PAM (par exemple, que la malnutrition est récompensée). Mieux vaut plusieurs critères, comme le nombre d'enfants de moins de 2 ans dans les ménages en situation d'insécurité alimentaire ; ou examiner la possibilité de cibler une action positive, comme le suivi de la croissance.

QUOI ? Exigences minimales de la dimension nutritionnelle

Lors de la conception et de la planification de programmes à dimension nutritionnelle, cinq conditions minimales doivent être remplies. Ces exigences sont décrites dans le tableau 6.4.1.

Tableau 6.4.1. Cinq exigences minimales et deux exigences fortement recommandées pour les programmes à dimension nutritionnelle

EXIGENCE	CONSIDÉRATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Les programmes doivent intégrer un objectif, des résultats et des indicateurs nutritionnels. 	<p>Un objectif nutritionnel (bien qu'il ne soit pas nécessairement l'objectif principal) est clairement énoncé dans la conception du programme.</p> <p>Les indicateurs doivent être alignés sur le Cadre de résultats institutionnels 2017-2021¹³⁸. Des indicateurs supplémentaires peuvent également être utilisés en fonction du contexte et des objectifs du programme.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les programmes doivent s'appuyer sur une analyse globale de la situation en matière de genre et de nutrition. 	<p>L'analyse nutritionnelle porte idéalement sur l'écart nutritionnel – en particulier pour les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel tout au long du cycle de vie, notamment les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de 6 à 23 mois, les enfants en âge préprimaire et scolaire, les adolescents (en particulier les filles), les femmes en âge de procréer et les personnes âgées. Cela est réalisé en collaboration entre collègues nutritionnistes et collègues de genre.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les programmes doivent inclure des actions nutritionnelles délibérées et/ou fournir des plateformes de mise en œuvre appropriées. 	<p>Les programmes du PAM offrent des plateformes pour atteindre différents groupes vulnérables et répondre à leurs besoins. Des mesures de nutrition dans chaque domaine de programmation sont prises pour maximiser les chances d'influencer les résultats nutritionnels.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les programmes doivent s'attaquer aux inégalités entre les sexes et au manque de connaissances en matière de nutrition. * 	<p>Les progrès vers une meilleure nutrition sont souvent limités par l'inégalité entre les sexes et le manque de connaissances en matière de nutrition. Ces deux aspects doivent être systématiquement pris en compte dans la planification des programmes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les programmes doivent être alignés sur les plans nationaux de nutrition. Les partenariats et l'engagement politique doivent être soutenus. 	<p>L'assistance technique du PAM et le renforcement des capacités nationales devraient contribuer à la mise en place d'un environnement plus durable et mieux adapté à la nutrition.</p>

¹³⁸Cadre de résultats du PAM 2017-2021 <https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/eb/wfp286745.pdf>

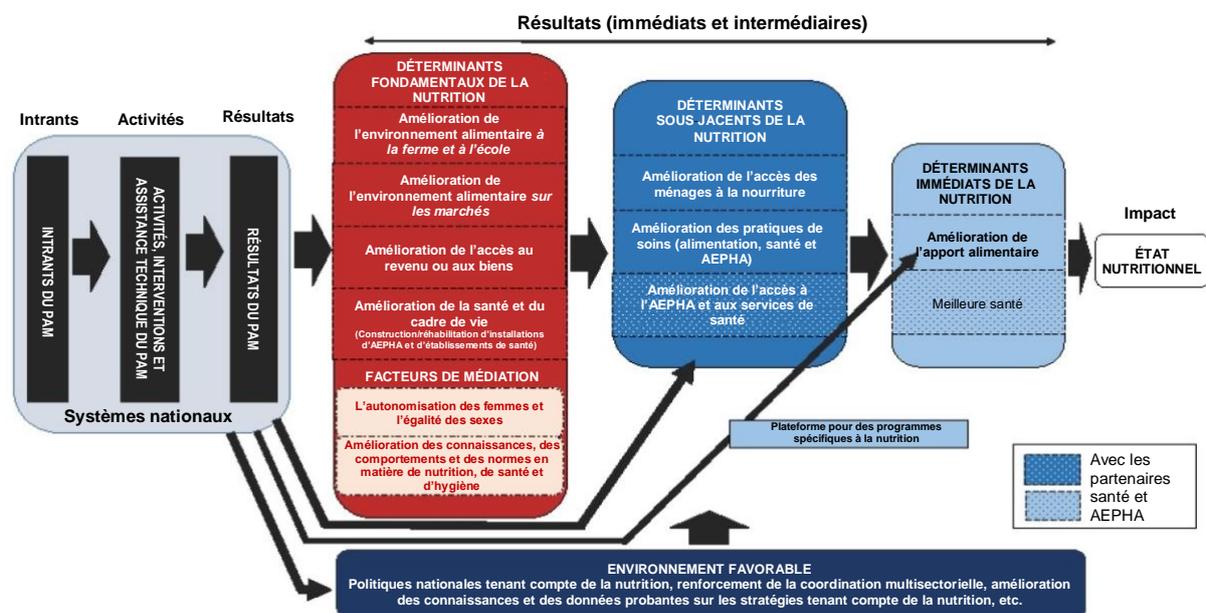
	Les partenariats pour la coordination multisectorielle doivent être entretenus et renforcés.
Exigences hautement recommandées	
<ul style="list-style-type: none"> • Tracer les parcours d'incidence du programme à travers les différents intrants, activités et produits de la programmation pour améliorer les résultats nutritionnels. 	La conception de chaque programme s'appuie sur une théorie du changement, qui peut comprendre un ou plusieurs parcours. Les programmes sont mis en œuvre et contrôlés de manière systématique en suivant le parcours.
<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes devraient identifier les facteurs propices et contraignants tout au long du parcours, ainsi que les moyens d'y remédier. 	<p>Le contexte, la saisonnalité, la durée de l'intervention et la qualité/taille du transfert dans différents contextes sont examinés. Les facteurs de médiation, les contraintes et les catalyseurs sont définis tout au long du cheminement.</p> <p>Les programmes devraient également suivre les risques d'incidences négatives involontaires et mettre en place des mesures d'atténuation.</p>
<p>*Les connaissances en nutrition font référence à la compréhension de la terminologie et des informations relatives à l'alimentation et à la nutrition qui, lorsqu'elles sont mémorisées, assimilées et mises en pratique, contribuent à un bon état nutritionnel. De plus amples informations sont fournies au chapitre 9 : Communication sociale et changement de comportement</p>	

COMMENT ? Tracer un parcours d'incidence du programme, et sept opportunités pour une programmation à dimension nutritionnelle

Le parcours d'incidence du programme est un outil utile pour tracer les parcours attendus ou plausibles entre les activités du programme et l'amélioration de la nutrition. Ces parcours doivent être adaptés au contexte, s'attaquer aux moteurs des obstacles nutritionnels et décrire les résultats que les programmes s'efforcent d'obtenir par leurs apports, leurs activités et leurs produits.

La figure 6.4.2. donne une représentation visuelle simplifiée des liens entre les intrants, les activités, les produits, les effets et l'impact des programmes du PAM. Elle met l'accent sur deux facteurs médiateurs essentiels (l'éducation nutritionnelle et l'autonomisation des femmes) et sur l'environnement propice à des progrès durables.

Figure 6.4.2. Parcours d'incidence du programme simplifié du PAM



Choisir un objectif nutritionnel mesurable pour le parcours d'incidence du programme

L'objectif nutritionnel doit répondre aux besoins des groupes cibles (identifiés lors de l'analyse de la situation) et être lié aux déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux qui peuvent contribuer à ces besoins. L'objectif nutritionnel ne doit pas se substituer à l'objectif premier du programme à dimension nutritionnelle. Pour maximiser l'impact sur la nutrition, il est possible d'intégrer dans l'intervention des interventions spécifiques à la nutrition qui s'attaquent aux causes immédiates de la malnutrition.

Il est recommandé que tous les programmes (même ceux qui n'ont pas d'impact direct sur l'état nutritionnel) s'efforcent d'améliorer la diversité alimentaire des participants comme étape intermédiaire dans l'amélioration de la nutrition. Par exemple, l'un des objectifs nutritionnels d'un programme de Soutien au marché des petites exploitations agricoles pourrait être d'améliorer la consommation d'aliments riches en fer pour les enfants de moins de 2 ans dans les familles de petits exploitants ciblées.

Sept possibilités de programmes à dimension nutritionnelle dans l'ensemble du portefeuille

Le tableau 6.4.2 présente les principales possibilités génériques des programmes à dimension nutritionnelle. Ces possibilités peuvent être combinées ou utilisées en tant qu'approches autonomes, mais chacune a le potentiel de faire une différence. Il convient de noter que la faisabilité de leur inclusion et leur impact potentiel sur les résultats nutritionnels varient d'un programme à l'autre.

Tableau 6.4.2 : Opportunités à dimension nutritionnelle

Opportunités à dimension nutritionnelle	Explications
<p>Opportunité 1</p> <p>Cibler les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel</p>	<p>Il existe quelques options pour le ciblage à dimension nutritionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choisir un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel comme groupe cible primaire. • Ajouter un groupe supplémentaire vulnérable sur le plan nutritionnel si le programme cible déjà un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel comme groupe cible primaire. • Ajouter un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel comme groupe cible secondaire dans les programmes dont les critères de ciblage ne sont pas fondés sur la nutrition. <p>La troisième option est souvent utilisée en combinaison avec l'Opportunité 2 ; par exemple, les programmes d'assistance alimentaire contre biens communautaires (FFA) qui ciblent les ménages souffrant d'insécurité alimentaire peuvent ajouter une composante d'éducation nutritionnelle ou de communication sociale et de changement de comportement (CCSC) qui cible les personnes qui s'occupent des enfants de 6 à 23 mois.</p>
<p>Opportunité 2</p> <p>Ajouter ou lier à des activités complémentaires pertinentes sur le plan nutritionnel (par l'intégration ou la co-implantation)</p>	<p>Ces activités peuvent inclure des interventions spécifiques à la nutrition et/ou à dimension nutritionnelle. Les approches de prestation de ces interventions à inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration – Ajout d'interventions aux programmes existants qui sont exécutés ou appuyés par le PAM pour répondre aux besoins nutritionnels de groupes spécifiques ainsi qu'aux multiples facteurs de la malnutrition. • Colocalisation – Relier les bénéficiaires du PAM à d'autres programmes liés à la nutrition, à la santé, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène ou à l'éducation exécutés par des partenaires, ou entre les programmes du PAM. <p>L'établissement de liens peut consister à sensibiliser davantage les bénéficiaires aux services offerts par les partenaires ou à mettre en place un mécanisme officiel d'aiguillage, dans le but d'accroître le recours à ces autres services. Pour y parvenir, une planification conjointe avec les partenaires est essentielle</p>
<p>Opportunité 3</p> <p>Assurer une quantité et une qualité nutritionnelle adéquates de la nourriture, de bon d'achat ou de transfert d'argent liquide</p>	<p>L'amélioration des transferts en termes de qualité nutritionnelle, tout en veillant à ce qu'ils soient d'une taille adéquate, est une opportunité utilisée par un large éventail de programmes du PAM et de programmes gouvernementaux de protection sociale et de filets de sécurité.</p> <p>Il s'agit d'introduire des aliments riches en nutriments dans les transferts en nature ou les programmes de bons, ou de s'assurer que la valeur des transferts en espèces est suffisante pour acheter des aliments nutritifs disponibles sur le marché.</p> <p>Une analyse de la situation (y compris les considérations relatives au marché et à la sécurité) devrait éclairer le choix d'aliments nutritifs supplémentaires. Des aliments enrichis, des micronutriments en poudre et des aliments nutritifs spécialisés peuvent être ajoutés pour améliorer la valeur nutritive. Il est recommandé de les cibler et de les fournir à des groupes vulnérables spécifiques.</p>

<p>Opportunité 4</p> <p>Conditionner les transferts</p>	<p>Les transferts aux bénéficiaires peuvent être subordonnés à la prise de certaines mesures qui seraient bénéfiques pour leur nutrition, par exemple, la participation à une séance d'éducation nutritionnelle ou la fréquentation d'un centre de soins prénatals.</p> <p>Examiner soigneusement la faisabilité des conditionnalités dans le contexte. Les programmes d'alimentation scolaire du PAM sont souvent considérés comme un transfert en nature subordonné à la fréquentation scolaire, et les programmes d'aide alimentaire sont subordonnés à la participation à des activités de création d'actifs. Les programmes d'aide alimentaire générale sont des transferts inconditionnels.</p>
<p>Opportunité 5</p> <p>Contribuer aux actifs de la communauté, du ménage ou de l'école qui sont pertinents sur le plan nutritionnel ; s'assurer que l'échelle, la quantité et la qualité de l'actif sont adéquates.</p>	<p>La création d'actifs peut être utilisée pour s'attaquer aux divers facteurs de la malnutrition au sein d'une communauté. Deux parcours de base permettent aux actifs de mener à des améliorations nutritionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'environnement alimentaire des ménages et des communautés en augmentant ou en stabilisant la disponibilité d'aliments nutritifs. Par exemple, les programmes d'assistance alimentaire contre biens communautaires peuvent inclure la construction de jardins familiaux ou communautaires, des actifs qui améliorent la disponibilité de l'eau pour l'irrigation, ou encore la production animale. • Améliorer la santé et les conditions de vie des ménages et des communautés par la construction d'installations AEPHA, telles que des sources d'eau potable et des latrines améliorées, ou la rénovation des centres de santé. Ceux-ci peuvent faire partie de programmes FFA ou de programmes scolaires et sont mieux combinés avec les activités AEPHA et de santé des partenaires. <p>L'entretien et la gestion adéquats des actifs pour assurer leur qualité au fil du temps sont une condition nécessaire pour améliorer la probabilité qu'ils génèrent des améliorations nutritionnelles.</p>
<p>Opportunité 6</p> <p>S'aligner sur les stratégies et plans d'action nationaux en matière de nutrition et plaider en faveur de la nutrition*</p>	<p>Les mécanismes nationaux de coordination offrent une plateforme importante pour une coordination multisectorielle et multipartite et soutiennent l'alignement sur les plans d'action et stratégies nationaux.</p> <p>L'assistance technique du PAM aux systèmes nationaux de protection sociale est un point d'entrée important pour plaider en faveur de politiques tenant compte de la nutrition.</p> <p><i>*Cette possibilité est obligatoire pour tous les programmes, conformément à la politique du PAM en matière de plans stratégiques nationaux pour 2016.</i></p>
<p>Opportunité 7</p> <p>Appliquer une optique sexospécifique et une optique de protection*</p>	<p>L'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont des facteurs de médiation essentiels qui contribuent à rendre les programmes du PAM à dimension nutritionnelle : ils déterminent l'ampleur des améliorations de la nutrition pour les femmes, les filles, les hommes et les garçons tout au long du parcours d'incidence.</p>

De même, une optique de protection peut prévenir les conséquences négatives involontaires de programmes qui peuvent être préjudiciables à la nutrition et à l'égalité des sexes.

**Cette possibilité est obligatoire pour tous les programmes, conformément à la politique du PAM en matière d'égalité des sexes 2015-2020 et à la politique de protection humanitaire, 2012.*

Adapté à partir d'Olney, Gelli et Bliznashka, 2017.

Autres considérations : Planification conjointe et allocation des ressources

Planifier conjointement la stratégie du programme au sein du PAM et avec les principales parties prenantes

La stratégie du programme est le fruit d'une collaboration entre les bureaux de pays du PAM, les partenaires gouvernementaux, les organismes des Nations Unies, la société civile et d'autres parties prenantes internationales. La planification conjointe devrait être effectuée sur une base régulière (au moins une fois par an) car cela permet d'aligner l'ensemble de l'équipe sur un objectif et des priorités communs. Une bonne planification conjointe permettra d'obtenir un consensus et une adhésion sur un programme intégré, des domaines prioritaires, des groupes cibles, un ensemble d'actions et des rôles et responsabilités bien définis.

Affecter des ressources adéquates

Lors de l'élaboration d'un budget tenant compte de la nutrition, il est important d'allouer suffisamment de ressources pour couvrir les besoins :

- Matériel et séances d'éducation nutritionnelle
- Campagnes de CCSC
- Personnel chargé de la nutrition/coordonnateur chargé d'apporter un appui technique au programme
- Ressources S&E
- Les intrants à dimension nutritionnelle, tels que l'équipement pour améliorer les cuisines scolaires et les installations de lavage des mains.
- Les coûts de collaboration tels que la location du lieu de la réunion, les déplacements et la papeterie nécessaires pour réunir les divers acteurs.

Mise en œuvre du programme

Chacune des opportunités à dimension nutritionnelle énumérées dans le tableau 6.4.2. a le potentiel d'apporter un changement, bien que la faisabilité de leur inclusion et leur potentiel d'impact sur les résultats nutritionnels varient selon les différents programmes. Veuillez consulter les Directives du PAM sur la nutrition¹³⁹ pour connaître les possibilités spécifiques par type de programme.

Coordination et collaboration tout au long du cycle du programme

Gouvernement : il est important de travailler avec le ministère compétent (souvent le Ministère de la santé) pour définir des stratégies nutritionnelles et plaider en faveur de l'inclusion d'actions à dimension

¹³⁹ Unlocking WFP's potential – Guidance for nutrition-sensitive programming. Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Mars 2017. <http://nutrition-sensitive.manuals.wfp.org/en>

nutritionnelle. Toutefois, la collaboration avec les ministères d'exécution et les organismes gouvernementaux est essentielle pour accroître la capacité et l'efficacité des programmes à dimension nutritionnelle.

Institutions des Nations Unies : le PAM a établi des partenariats stratégiques avec plusieurs institutions des Nations Unies pour des actions en matière de nutrition : UNICEF, HCR, FAO, FPNU, OMS, PNUD et ONU Femmes. Pour les stratégies basées sur les systèmes alimentaires, la collaboration avec les agences basées à Rome, la FAO et le FIDA est essentielle.

Le Réseau des Nations Unies pour l'amélioration de la nutrition (SUN) rassemble tous les organismes des Nations Unies travaillant dans le domaine de la nutrition pour aider les pays de l'Initiative Renforcer la nutrition (60 en septembre 2018¹⁴⁰) à briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition, et constitue une excellente plateforme pour promouvoir les programmes à dimension nutritionnelle.

Communautés : l'engagement communautaire n'est pas toujours considéré comme une priorité, mais comme un élément essentiel de la réussite d'un programme, et particulièrement important lorsque les actions ciblent des groupes spécifiques dans la communauté.

Partenaires stratégiques : les instituts universitaires et de recherche peuvent être en mesure d'appuyer la recherche opérationnelle, de contribuer aux données de base sur l'efficacité ou d'accroître la sensibilisation.

Collaboration interne : il s'agit de l'un des aspects les plus importants d'une programmation de haute qualité tenant compte de la nutrition et qui exige une réflexion novatrice entre différents domaines programmatiques. Le contrôle final reste du ressort des programmes individuels, mais l'unité de nutrition devrait fournir un appui pour l'intégration des actions à dimension nutritionnelle.

Surveiller et documenter les programmes à dimension nutritionnelle

La mesure des programmes à dimension nutritionnelle est relativement nouvelle, et les indicateurs les plus appropriés à sélectionner, ainsi que la fréquence de la collecte et la méthodologie, sont encore en cours d'élaboration. Le choix des indicateurs sera déterminé par le type de programme et guidé par l'objectif nutritionnel identifié, le type et la durée des interventions mises en œuvre, les résultats intermédiaires et les résultats nutritionnels attendus, ainsi que le caractère saisonnier et la faisabilité de la collecte de données. Cela dit, il est fortement recommandé de mesurer la diversité alimentaire au niveau individuel pour les groupes vulnérables sur le plan nutritionnel, c'est-à-dire :

- Diversité alimentaire minimale pour les femmes âgées de 15 à 49 ans ; et
- Alimentation minimale acceptable pour les enfants de moins de 2 ans.

De plus, suivre les effets non intentionnels là où ils peuvent se produire. Inclure l'approche « Ne rien faire de nuisible ».

Lorsqu'un programme à dimension nutritionnelle est utilisé comme plateforme pour étendre une intervention spécifique à la nutrition, il est recommandé de mesurer le changement de l'état nutritionnel, selon le programme. Par exemple, un programme d'alimentation scolaire utilisé pour atteindre les adolescentes avec une supplémentation en fer devrait mesurer un changement dans l'anémie ferriprive chez ce groupe cible.

Bonnes pratiques et enseignements tirés de l'expérience

Il est essentiel de documenter et de partager les bonnes pratiques et les enseignements tirés des programmes à dimension nutritionnelle, ainsi que les difficultés et les échecs, pour améliorer l'apprentissage interne et la

¹⁴⁰ Une liste des pays Renforcer la nutrition (SUN) peut être consultée à l'adresse suivante <http://scalingupnutrition.org/sun-countries/about-sun-countries/>

capacité du PAM à exécuter des programmes efficaces. Les bureaux régionaux et les équipes nationales sont encouragés à faire part de ces expériences au moyen de films, de photos et de documents écrits.

De plus amples informations sur le suivi et la documentation des programmes à dimension nutritionnelle sont fournies dans le Guide du PAM pour les programmes à dimension nutritionnelle¹⁴¹.

Comment la prise en compte de la nutrition s'inscrit-elle dans le cadre plus large des programmes du PAM ?

La programmation à dimension nutritionnelle n'est pas un programme en soi, mais une approche destinée à être incorporée dans les programmes en vue de réduire la malnutrition. Les programmeurs n'ont pas besoin de compétences techniques spécifiques en matière de nutrition (bien qu'une connaissance de base de la nutrition soit fortement recommandée) car les équipes de nutrition appuieront les conversations entre le personnel de programmation du PAM et les partenaires sur la manière d'accélérer les progrès en matière de nutrition grâce à des programmes à dimension nutritionnelle.

Les programmes à dimension nutritionnelle impliquent la recherche de liens et de connexions entre les différents secteurs. Bien que l'on sache peu de choses sur la combinaison de programmes la plus efficace pour améliorer les résultats en matière de nutrition, de santé et de bien-être, la programmation et les politiques multisectorielles sont la voie à suivre pour réaliser des progrès durables en matière de nutrition.

Dans le cadre de sa collaboration avec l'Institut international de recherche et de politique alimentaire, le PAM s'est engagé à recueillir des données sur la mise en œuvre, l'adoption, l'efficacité et le rapport coût-efficacité des programmes tenant compte des besoins nutritionnels en tirant les enseignements de l'expérience, en évaluant les processus et en évaluant leur impact.

¹⁴¹ Unlocking WFP's potential – Guidance for nutrition-sensitive programming. Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Mars 2017. <http://nutrition-sensitive.manuals.wfp.org/en>

Lectures-clés et ressources supplémentaires

Pour en savoir plus sur la nutrition au PAM :

- [Unlocking WFPs potential: guidance for nutrition-sensitive programming](#)
- [WFP nutrition-sensitive learning journey on WeLearn](#)
- [WFP Guidance on Social Behavior Change Communication](#)
- [FFA Programme Guidance Manual](#)
- [WFP Gender Toolkit](#)
- [VAM Site on Gender Analysis and FNG](#)

Pour en savoir plus sur la réalisation d'une analyse de la situation nutritionnelle :

- Demographic and Health Surveys (DHS) <https://dhsprogram.com>
- Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) <http://mics.unicef.org>
- SMART <http://smartmethodology.org/about-smart>
- Nutrition Landscape Information System www.who.int/nutrition/nlis/en
- Nutritional Causal Analysis <http://linknca.org>
- Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) www.fantaproject.org

Pour en savoir plus sur les programmes à dimension nutritionnelle dans l'ensemble du portefeuille :

- [Designing Nutrition-Sensitive Agriculture Investments. Checklist and Guidance](#) (FAO)
- [Leveraging Social Protection for Improved Nutrition: Summary of Evidence](#) (World Bank)
- [Gender Analytical Framework for Assessing Value Chains](#)

Chapitre 7. Conception de programmes visant à traiter la malnutrition aiguë modérée

Objet :

Le but de ce chapitre est d'orienter le lecteur dans la conception de programmes de traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM).

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer pourquoi le PAM appuie le traitement de la MAM
- Comprendre la programmation du PAM pour traiter la MAM
- Comprendre les étapes de la formulation de programmes d'alimentation d'appoint ciblés pour traiter la MAM

Présentation générale

La malnutrition aiguë peut survenir à tout âge, mais chez les enfants de moins de 5 ans, elle se définit par un faible Z-score du poids-pour-taille debout (P/T debout), un faible périmètre brachial (PB)¹⁴², la présence d'un œdème bilatéral prenant le godet ou une combinaison des trois. L'émaciation est définie comme un faible Z-score du P/T debout, mais n'inclut pas les enfants présentant un œdème bilatéral qui prend le godet ni ceux dont les valeurs de PB sont faibles.

Il existe deux formes de malnutrition aiguë : la malnutrition aiguë sévère (MAS) et la malnutrition aiguë modérée (MAM). L'émaciation peut également être sévère ou modérée¹⁴³. Dans le cadre des institutions des Nations Unies, le PAM est l'institution des Nations Unies responsable du traitement de la MAM, tandis que l'UNICEF est l'institution des Nations Unies responsable du traitement de la MAS.

Au niveau de la population, les taux de malnutrition aiguë sont estimés sur la base de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La prévalence de la MAG fait référence aux enfants classés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et de malnutrition aiguë sévère (MAS). La prévalence de la MAG est considérée comme élevée lorsqu'elle est supérieure à 15 %, moyenne lorsqu'elle se situe entre 10 et 15 % et faible lorsqu'elle est inférieure à 10 %. Outre les enfants âgés de 6 à 59 mois, d'autres membres du ménage peuvent souffrir de malnutrition aiguë. La prévalence de la MAG doit toujours être interprétée en fonction du cadre élargi, en tenant compte des facteurs aggravants et des facteurs de risque, tels qu'une morbidité élevée et une insécurité alimentaire accrue pendant la saison sèche¹⁴⁴.

La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë est actuellement l'approche la plus couramment utilisée pour lutter contre la malnutrition aiguë¹⁴⁵. Le modèle est approuvé et utilisé depuis 2007. La prise en

¹⁴² Le périmètre brachial n'est pas mesuré chez les enfants de moins de 6 mois. La malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 0 à 6 mois est mesurée par le P/T debout et la présence d'un œdème bilatéral qui prend le godet.

¹⁴³ Le tableau 2.3 du chapitre 2 donne les mesures anthropométriques et les seuils [pour tous les groupes d'âge](#). De plus amples informations sur l'œdème bilatéral qui prend le godet sont également fournies au chapitre 2.

¹⁴⁴ Global Nutrition Cluster. 2017. Moderate Acute Malnutrition: a decision tool for emergencies

¹⁴⁵ Au moment de la rédaction du présent rapport, d'autres approches de lutte contre la malnutrition aiguë sont à l'essai et modélisées par l'International Rescue Committee, Action Against Hunger, Médecins Sans Frontières, Concern Worldwide et l'Alliance for International Medical Action - cependant, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë est la seule approche approuvée.

charge communautaire de la malnutrition aiguë se réfère à la prise en charge de la malnutrition aiguë à travers^{146, 147} :

- Soins hospitaliers dans des centres de stabilisation pour les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de MAS et de complications médicales
- Soins hospitaliers dans des centres de stabilisation pour nourrissons de moins de 6 mois souffrant de MAS
- Programmes thérapeutiques ambulatoires pour les enfants souffrant de MAS sans complications médicales
- Soins ambulatoires pour les enfants souffrant de MAM et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë
- Sensibilisation de la communauté (notamment par des conseils en nutrition, la promotion de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), le dépistage nutritionnel et le suivi auprès des enfants précédemment traités dans le cadre des soins aux malades hospitalisés)

Pourquoi le PAM traite-t-il la MAM ?

Le traitement de la MAM est essentiel car :

- Les enfants atteints d'émaciation modérée courent jusqu'à trois fois plus de risques de mourir que les enfants bien nourris, et ceux qui souffrent d'émaciation grave courent de 9 à 12 fois plus de risques de mourir^{148,149}.
- Le traitement de la MAM aide à prévenir la détérioration de la MAS, une condition qui nécessite un soutien médical important. En l'absence de programmes de traitement MAM dans une situation d'urgence, la prévalence de la MAS risque d'augmenter, ce qui mettra à rude épreuve et souvent accablera complètement les systèmes de santé disponibles.
- La malnutrition aiguë chez les femmes enceintes contribue à limiter la croissance du fœtus, ce qui augmente le risque de décès néonatal. La malnutrition aiguë chez les femmes enceintes est également associée à la mortalité maternelle toutes causes confondues jusqu'à 42 jours après l'accouchement¹⁵⁰.
- La lutte contre la malnutrition aiguë contribue à prévenir la malnutrition chronique. Des périodes fréquentes de malnutrition aiguë au cours des 1 000 premiers jours de la vie (de la conception jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant) peuvent contribuer à la malnutrition chronique¹⁵¹, ce qui a de graves conséquences pour la santé et la productivité à long terme de l'enfant. (De plus amples d'informations sur la malnutrition chronique sont fournies au chapitre 6.2.)
- La malnutrition aiguë est un facteur de risque majeur de progression de la maladie du VIH et de mortalité, en particulier dans les premiers mois de traitement. Le traitement de la malnutrition aiguë chez les personnes

¹⁴⁶ CMAM Training Guide, FANTA 2008

¹⁴⁷ Le PAM, l'UNICEF et le Groupe nutrition mondial ont approuvé des directives opérationnelles provisoires pour la programmation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans des circonstances exceptionnelles afin d'appuyer les mesures visant à sauver des vies en cas d'urgence. Elle offre des options temporaires, en l'absence de centres thérapeutiques ambulatoires ou de programmes d'alimentation d'appoint ciblés, pour combiner le traitement des enfants souffrant de MAS et de MAM en utilisant des critères d'admission élargis basés sur le PB, et l'utilisation d'un seul aliment nutritif spécialisé. L'orientation opérationnelle provisoire n'est pas destinée à remplacer l'approche standard de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, ni les protocoles nationaux, et sa mise en œuvre devrait être convenue et coordonnée par l'intermédiaire du Groupe nutrition national. The interim operational guidance is encompassed in MAM: a decision tool for emergencies, appendix D: <http://nutritioncluster.net/resources/ma/>

¹⁴⁸ Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, de Onis M, Ezzati M, et al. The Lancet, 2017. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61690-0/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61690-0/abstract)

¹⁴⁹ Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. 2013. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0064636>

¹⁵⁰ Black et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries.

¹⁵¹ Khara, T., & Dolan, C. (2014). Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications. Emergency Nutrition Network (ENN) June 2014

vivant avec le VIH réduit ces risques et peut améliorer l'observance du traitement, tout en atténuant les effets secondaires de la thérapie antirétrovirale (TAR)¹⁵².

Quels sont les programmes du PAM pour traiter la MAM ?

Le traitement de la MAM comprend un soutien diététique, des conseils nutritionnels, des interventions complémentaires et des interventions médicales dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Soutien diététique

Les enfants souffrant de MAM et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë ont besoin d'un régime alimentaire composé d'aliments riches en nutriments pour répondre à leurs besoins supplémentaires de récupération nutritionnelle et fonctionnelle. Idéalement, cela devrait se faire sous la forme d'aliments nutritifs locaux, là où ces aliments sont disponibles et abordables. Les aliments riches en nutriments sont ceux qui sont riches en nutriments par rapport à leur contenu calorique, c'est-à-dire qu'ils ont une teneur relativement élevée en vitamines, minéraux, acides aminés essentiels et bonnes graisses. Les aliments de source animale, les haricots, les noix et de nombreux fruits et légumes sont des exemples d'aliments riches en nutriments.

Le soutien diététique peut également inclure la fourniture d'un aliment nutritif spécialisé (voir Programmes d'alimentation d'appoint ciblés, ci-après).

Conseils en nutrition

La Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) devrait servir à fournir aux soignants et aux membres de la famille des conseils nutritionnels sur l'augmentation de l'apport nutritionnel des enfants souffrant de MAM. Cela comprend l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois, une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà. La CCSC devrait également inclure des messages clés sur le développement du jeune enfant, l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (AEPHA), les signes de danger pour les maladies plus graves nécessitant des soins médicaux, les régimes alimentaires sains et l'utilisation des aliments nutritifs spécialisés lorsque ceux-ci font partie du soutien alimentaire. De plus amples informations sur la CCSC sont fournies au chapitre 9.

Interventions complémentaires

Après le traitement de la MAM, les enfants vivant dans des environnements à haut risque sont plus susceptibles de se détériorer et d'avoir besoin d'un nouveau traitement¹⁵³. Par conséquent, les programmes de traitement devraient intégrer des actions visant à s'attaquer aux facteurs fondamentaux et sous-jacents de la malnutrition, tels que la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance, l'eau et l'hygiène.

Traitement médical en cas de maladie selon la PCIME

Chaque année, près de 11 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire meurent de maladies facilement évitables et traitables, telles que la déshydratation diarrhéique, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et le paludisme. Dans la moitié des cas, la maladie est compliquée par la malnutrition¹⁵⁴. La PCIME est une stratégie de lutte contre les maladies les plus courantes qui touchent les jeunes

¹⁵² De Pee, S. & Semba, R.D. (2010). Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. Food and Nutrition Bulletin, vol. 31, no 4 (supplement).

¹⁵³ Chang CY, Trehan I, Wang RJ, Thakwalakwa C, Maleta K, Deitchler M, Manary MJ (2012). Children Successfully Treated for Moderate Acute Malnutrition Remain at Risk for Malnutrition and Death in the Subsequent Year after Recovery <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735907/>

¹⁵⁴ Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, UNICEF: https://www.unicef.org/health/index_imcd.html

enfants¹⁵⁵ ; elle s'articule autour de trois grands axes : améliorer les compétences des agents de santé, améliorer les systèmes de santé et améliorer les pratiques familiales et communautaires. Le soutien de la santé de l'enfant au niveau du ménage et de la communauté est au cœur de l'approche, car la plupart des décès d'enfants surviennent à la maison avant que l'enfant n'ait atteint un établissement de santé.

Les programmes de traitement de la MAM comprennent également le dépistage des affections médicales qui peuvent nécessiter un traitement complémentaire, ainsi que des interventions sanitaires de routine, comme le déparasitage.

Programmes d'alimentation d'appoint ciblés

Les programmes d'alimentation d'appoint ciblés fournissent un aliment nutritif spécialisé aux enfants atteints de malnutrition aiguë MAM et femmes enceintes et allaitantes, selon des critères spécifiques d'admission et de sortie basés sur l'état nutritionnel (voir tableau 7.1).

Les aliments nutritifs spécialisés fournis dans les programmes d'alimentation d'appoint ciblés ne sont pas destinés à remplacer l'alimentation normale, mais à être consommés en complément de celle-ci. Pour les enfants de moins de 2 ans, cela inclut la poursuite de l'allaitement. De plus amples informations sur la formulation et la mise en œuvre des programmes d'alimentation d'appoint ciblés sont données ci-dessous.

Maximiser l'efficacité des programmes de traitement de la MAM

Pour maximiser l'efficacité des programmes de traitement de la MAM, ils devraient faire partie d'une réponse multisectorielle à la nutrition, plutôt que d'être menés isolément. Les éléments suivants sont essentiels :

- Coordination avec les activités à dimension nutritionnelle pour s'attaquer aux facteurs sous-jacents de la malnutrition aiguë. Pour se remettre durablement de la MAM, les ménages doivent jouir d'une sécurité alimentaire adéquate, ce qui pourrait inclure une ration alimentaire générale. Des liens avec les interventions qui améliorent l'accessibilité, la disponibilité et l'utilisabilité d'aliments sains et nutritifs sont essentiels pour prévenir la détérioration nutritionnelle récurrente à long terme. Le PAM devrait travailler en partenariat avec les organisations qui s'occupent des facteurs n'étant pas directement liés à la sécurité alimentaire (tels que des services de santé suffisants et un environnement sain) et exhorter les gouvernements à renforcer ces systèmes et fournir des points d'eau potable et des installations sanitaires.
- Coordination avec les interventions de gestion de la MAS pour s'assurer que les bénéficiaires reçoivent le traitement approprié en fonction de l'évolution de leur état nutritionnel (c.-à-d. aiguillage vers le traitement de la MAS lorsque l'état nutritionnel se détériore et suivi par le traitement de la MAM lorsque l'état nutritionnel s'améliore). Le rapport coût-efficacité est un avantage supplémentaire de la coordination.
- Renforcement de la capacité des pays à identifier et à traiter durablement la malnutrition aiguë.
- Un suivi et une évaluation solides pour améliorer la qualité des activités ; améliorer la prise de décisions axée sur la gestion ; améliorer la responsabilisation envers les donateurs, les partenaires, les gouvernements hôtes et les communautés bénéficiaires ; et améliorer la capacité du PAM et de ses partenaires à mener des activités de plaidoyer fondées sur des données factuelles. Les processus de suivi et d'évaluation des programmes du PAM sont en grande partie couverts par la procédure opérationnelle standard pour le suivi des plans stratégiques nationaux.¹⁵⁶ Pour plus d'informations sur le suivi et l'évaluation des programmes de nutrition, veuillez consulter les Directives du PAM sur le suivi et l'évaluation de la nutrition¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Pour plus d'informations, veuillez consulter le site de l'Organisation mondiale de la Santé :

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci/en/

¹⁵⁶ PAM 2017. Standard Operating Procedures for CSP Monitoring: <http://newgo.wfp.org/documents/standard-operating-procedures-for-csp-monitoring-sop>

¹⁵⁷ WFP Nutrition Monitoring and Evaluation Guidance: <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-monitoring-and-evaluation>

Formulation d'un programme d'alimentation de supplémentation alimentaire

Lors de la conception d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé, une réponse doit être apportée à toute une série de questions :

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Critères de ciblage individuel
- **Comment ?** Canaux de distribution et partenaires
- **Combien ?** Calculer le nombre estimé de bénéficiaires prévus
- **Quoi ?** Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés
- **Durée ?** Durée du programme d'alimentation d'appoint ciblé
- **Autres éléments essentiels** d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé

OÙ ? Ciblage géographique pour un programme d'alimentation d'appoint ciblé

Les programmes d'alimentation d'appoint ciblés sont couramment établis dans les pays, provinces et districts où la prévalence de la MAG chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est supérieure à 10 %, ou entre 5 et 9 % avec des facteurs aggravants (voir le chapitre 5 'Outil d'aide à la décision'). Certains pays ont des politiques différentes pour guider la mise en œuvre des programmes d'alimentation d'appoint ciblés. Le PAM travaille conformément aux politiques nationales lorsqu'elles sont disponibles.

QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires

Les principaux groupes cibles des programmes d'alimentation d'appoint ciblés au sein du PAM sont :

- Enfants âgés de 6 à 59 souffrant de MAM
- Femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë

Nourrissons de moins de 6 mois

Les nourrissons de moins de 6 mois ne sont jamais inscrits dans les programmes d'alimentation d'appoint ciblés. L'enfant peut être inscrit au programme d'alimentation d'appoint ciblé dès qu'il atteint l'âge de 6 mois s'il a une MAM ou s'il est envoyé par un programme thérapeutique ambulatoire.

Si un nourrisson présente une MAS ou des complications médicales (déshydratation, diarrhée, pneumonie, paludisme, etc.) ou si la mère a des problèmes d'allaitement, le nourrisson doit être dirigé vers un centre de stabilisation afin que la mère puisse recevoir un soutien pour l'allaitement et que le nourrisson puisse recevoir un dépistage médical, un traitement médical et une réadaptation nutritionnelle si nécessaire.

Critères d'admission et de sortie des programmes d'alimentation d'appoint ciblés

Les personnes peuvent se présenter directement au programme d'alimentation d'appoint ciblé afin d'être évaluées en vue de leur admission (présentation spontanée), ou peuvent être dirigées vers ce programme par le biais d'un dépistage dans la communauté.

Chapitre 7 : Conception de programmes visant à traiter la malnutrition aiguë modérée

Les programmes d'alimentation d'appoint ciblés traitent les enfants souffrant de MAM et les femmes enceintes et allaitantes avec malnutrition aiguë sur la base de critères prédéfinis d'admission et de sortie, conformément aux protocoles nationaux. Lorsque les protocoles nationaux ne sont pas disponibles, les critères suivants devraient être utilisés :

Tableau 7.1 : Critères d'admission et de sortie des programmes d'alimentation d'appoint ciblés

Critères d'admission et de sortie des programmes d'alimentation d'appoint ciblés		
Groupe cible primaire	Admission	Sortie
Enfants âgés de 6 à 59 souffrant de MAM	<p>P/T debout < -2 et \geq -3 des normes de croissance de l'OMS</p> <p>ET/OU PB \geq 115 mm et < 125 mm</p> <p>ET Appétit, cliniquement bon^a</p>	<p>P/T debout \geq -2 pendant deux visites consécutives</p> <p>ET/OU PB \geq 125 mm pendant deux visites consécutives</p> <p>ET Minimum 2 mois de traitement dans le programme d'alimentation d'appoint ciblé</p>
Les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë	<p>PB < 230 mm (ou < 210 mm selon le contexte)^b</p>	<p>PB \geq 230 mm (ou \geq 210 mm selon le contexte)^b</p> <p>OU 6 mois après accouchement</p>
Autres groupes	Admission	Sortie
Enfants de 5 à 19 ans	Z-score de l'IMC pour l'âge \geq -3 et < -2	Z-score de l'IMC pour l'âge \geq 2
Les personnes sous TAR, prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et/ou traitement de la tuberculose sous surveillance directe de courte durée (parfois même les clients pré-TAR).	<p>Les personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral, des PTME et des traitement sous surveillance directe de courte durée pour la tuberculose sont évaluées selon les mêmes critères que les personnes qui n'en souffrent pas ; veuillez vous reporter aux critères propres à l'âge dans ce tableau. N. B. : dans certains cas, les enfants sous TAR souffrant de MAM sont orientés vers un traitement de la MAS en raison de leur statut VIH.</p>	
Hommes adultes et femmes non enceintes ou allaitantes	IMC \geq 16 et < 18,5	IMC \geq 18,5

^a c.-à-d. les enfants ayant un faible appétit ou de l'anorexie, et/ou souffrant de paludisme ou d'autres conditions médicales, devraient être envoyés pour des soins médicaux immédiats

^b Dans ce cas, le 'contexte' fait référence à une situation d'urgence où les chiffres sont si élevés que l'accent et les ressources doivent être concentrés sur les femmes enceintes et allaitantes avec PB<210 mm

COMBIEN ? Calculer le nombre de bénéficiaires prévus

Le calcul des bénéficiaires dans le groupe cible primaire est basé sur les éléments suivants :

Estimation de la population du groupe cible dans les zones du programme, généralement tirée des données du recensement. Les estimations peuvent être basées sur :

- Enfants de 6 à 59 mois : représentent environ 20 % de la population totale.
- Femmes enceintes et allaitantes : représentent environ 5 % de la population totale

ET

Prévalence de la MAM/nutrition aiguë dans les groupes cibles, constatée dans les récentes enquêtes nutritionnelles. La prévalence de la MAM chez les enfants âgés de 6 à 59 mois peut être estimée par le P/T debout et/ou le PB. Pour réduire les écarts entre le nombre estimé et le nombre réel de cas, la prévalence de la MAM devrait être calculée sur la base des paramètres anthropométriques utilisés pour l'admission au programme. Les estimations de prévalence de femmes enceintes et allaitantes devraient être basées sur le PB.

ET

Incidence, c'est-à-dire le nombre estimé de nouveaux cas de malnutrition aiguë dans le groupe cible pendant la durée du programme. Les données sur l'incidence sont rarement disponibles, de sorte qu'un facteur de correction est utilisé pour estimer le nombre de cas lorsque seule la prévalence est connue. Le facteur de correction est basé sur la durée de la période de planification et la durée moyenne de l'épisode de MAM non traité avant que la personne décède, se rétablisse ou développe une MAS. Il s'ensuit que les valeurs varient d'une région à l'autre. Cependant, en moyenne, le facteur de correction pour la MAM chez les enfants est estimé à 1,5 à 3 % par an. Il peut être plus élevé dans les situations d'urgence et plus faible dans un contexte plus stable. Pour des valeurs précises du facteur de correction, les données doivent être alignées entre le gouvernement et d'autres partenaires (comme l'UNICEF et, dans le cas des urgences, le HCR).

ET

Couverture attendue, c'est-à-dire la proportion d'individus qui peuvent être touchés parmi ceux qui ont besoin du traitement ; elle est basée sur le contexte et la capacité des partenaires à élargir le programme. Dans les situations d'urgence, les normes Sphere recommandent une couverture du programme d'alimentation d'appoint ciblé >50 % dans les zones rurales, >70 % dans les zones urbaines et >90 % dans les camps.



Nombre total de bénéficiaires =

(Population

×

Prévalence

×

Facteur de correction

×

Couverture attendue) *

* Si le protocole national prévoit l'admission de patients en traitement thérapeutique ambulatoire une fois qu'ils sont passés du statut MAS au statut MAM dans les programmes de traitement de la MAM, le nombre de cas de ces programmes doit également être ajouté au calcul.

N. B. : les calculs comprennent souvent des hypothèses et des estimations approximatives, qui devraient être précisées dans la documentation du plan de programme. En outre, la **couverture effective**¹⁵⁸ de l'intervention dépend des éléments suivants :

- **Contexte** (par exemple, niveau d'insécurité et donc déplacement des bénéficiaires ciblés)
- **Canaux de distribution** (les camps de réfugiés ont généralement une couverture plus étendue car ils sont situés plus près des services)
- **Acceptabilité** du programme pour les bénéficiaires
- **Activités de sensibilisation** (la couverture tend à être plus élevée lorsqu'il existe de solides programmes de sensibilisation communautaire)

COMMENT ? Canaux de distribution et partenaires

Canaux de distribution

Les programmes d'alimentation d'appoint ciblés utilisent généralement le système de santé publique. Dans la plupart des cas, la capacité de l'établissement de santé à mettre en œuvre le programme est limitée (c'est particulièrement vrai lorsque le programme ne fait que commencer) et le PAM travaille donc en partenariat avec des organisations non gouvernementales (ONG). Voir Mise en œuvre d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé ci-après.

¹⁵⁸ La couverture attendue et effective des programmes n'est pas nécessairement équivalente à la couverture des besoins réels.

Les programmes d'alimentation d'appoint ciblés devraient être étroitement alignés sur le traitement de la MAS mis en œuvre par l'intermédiaire des programmes thérapeutiques ambulatoires et des centres de stabilisation. La sensibilisation et la mobilisation de la communauté, ainsi que les systèmes communautaires de dépistage et d'aiguillage, devraient être établis conjointement entre les programmes de prévention de la MAM et de la MAS, et les sites du programme d'alimentation d'appoint ciblé devraient être mis en place à côté des programmes thérapeutiques ambulatoires, et à proximité des centres de stabilisation lorsque cela est possible.

Partenaires

Le gouvernement a la responsabilité globale du bien-être de sa population et, en tant que tel, est un partenaire clé dans le traitement de la MAM et de la malnutrition aiguë.

Lorsque les mécanismes d'intervention gouvernementaux sont débordés, le PAM travaille dans le cadre du Groupe nutrition du Comité permanent interorganisations.

Dans le contexte des réfugiés et des personnes déplacées, le PAM assure la coordination avec le HCR.

Le PAM collabore avec diverses ONG partenaires à des activités de distribution et de suivi. En outre, le PAM collabore avec d'autres organismes des Nations Unies et ONG partenaires pour faire en sorte que les facteurs sous-jacents de la malnutrition soient pris en compte, notamment l'amélioration des pratiques de soins, l'ANJE, l'eau et l'assainissement et la sécurité alimentaire.

QUOI ? Choisir les bons aliments nutritifs spécialisés

Tableau 7.2 Rations d'aliments nutritifs spécialisés dans un programme d'alimentation d'appoint ciblé

Groupe cible	Ration quotidienne	Profil nutritionnel
Enfants de 6 à 59 mois	<ul style="list-style-type: none"> 200 g (en prévoyant un partage) Super Cereal Plus <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> 100 g LNS-LQ 	<ul style="list-style-type: none"> 820 kcal, 33 g de protéines (17 % d'énergie), 20 g de graisses (23 % d'énergie). Contient des acides gras essentiels (AGE). 510 kcal, 13 g de protéines (10 % d'énergie), 31 g de graisses (55 % d'énergie). Contient des AGE.
Femmes enceintes et allaitantes ^a	<ul style="list-style-type: none"> 200-250 g de Super Cereal (en prévoyant un partage) <p>Super Cereal peut être mélangé avec de l'huile et du sucre avant la distribution en portion de 200 g : 20 g : 20 g (énergie estimée 1005 kcal, 29 g de protéines, 35 g de graisses).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 752-939 kcal, 31-38 g de protéines (16 % d'énergie), 16-20 g de graisses (19 % d'énergie). Contient des AGE.

^a Les autres groupes bénéficiaires énumérés dans le tableau 7.1 devraient recevoir la même ration que les femmes enceintes et allaitantes.

Pour une liste complète des aliments nutritifs spécialisés par type d'intervention, voir la fiche du PAM sur les aliments nutritifs spécialisés¹⁵⁹. En cas de pénurie temporaire de produits, se reporter aux directives du PAM sur la substitution des aliments nutritifs spécialisés¹⁶⁰.

Comment calculer les besoins globaux en aliments nutritifs spécialisés

Une fois que le nombre de bénéficiaires prévus, la couverture, le type de produit à fournir et la durée prévue de la participation d'une personne au programme ont été déterminés, les besoins globaux en produits peuvent être calculés comme suit :

¹⁵⁹ <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-specialized-nutritious-foods-sheet>

¹⁶⁰ <http://newgo.wfp.org/documents/snf-substitution-interim-guidance-note>



$$\begin{array}{l}
 \text{Tonnage requis en tonnes métriques} = \\
 (\text{Nombre total estimé de bénéficiaires} \\
 \times \\
 \text{Taille de la ration par personne et par jour en} \\
 \text{grammes} \\
 \times \\
 \text{Durée de l'aide en jours}) \\
 \hline
 1\ 000\ 000
 \end{array}$$

La communication avec les collègues des achats et de la logistique est essentielle pour définir les besoins initiaux estimés et pour traduire ces besoins initiaux en cycles de commande appropriés qui établissent un équilibre entre les besoins du programme et les ressources disponibles, ainsi que d'autres considérations liées à la chaîne logistique.

Durée ? Durée d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé

Durée du programme

Les critères d'ouverture et de fermeture d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé devraient être fondés sur le contexte, et en consultation avec le gouvernement et les partenaires. La politique et le protocole nationaux devraient être suivis, le cas échéant. Dans les situations d'urgence, ou en l'absence de protocoles nationaux, la malnutrition aiguë modérée : un outil d'aide à la décision pour les situations d'urgence¹⁶¹ peut être utilisé pour appuyer la prise de décision. La fermeture d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé peut être envisagée lorsque les taux de MAG tombent en dessous de 5 % et qu'il n'existe aucune circonstance aggravante. Un faible nombre de bénéficiaires des traitements de la MAM et de la MAS peut également être pris en compte lors de la prise de décision d'élimination progressive. Les gouvernements devraient prendre part à la discussion lors de la clôture d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé.

Durée du programme

Les personnes en situation de malnutrition sont admises dans un programme d'alimentation d'appoint ciblé jusqu'à ce qu'elles se rétablissent sur le plan nutritionnel. Elles en sortent lorsqu'elles répondent à des critères précis qui indiquent qu'elles se sont rétablies. Voir le tableau 7.1 pour les critères d'admission et de sortie.

Dans certains cas, le protocole national établit la durée minimale et/ou maximale du traitement. Dans les cas où il n'existe pas de limite de durée de traitement, une période de traitement de 90 jours est prévue pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et une période de traitement de six mois post-partum pour les femmes enceintes et allaitantes. Si un enfant ne se rétablit pas dans la période de traitement de 90 jours, il doit être orienté vers une évaluation médicale et un traitement approprié.

Mise en œuvre d'un programme d'alimentation d'appoint ciblé

Le PAM met en œuvre ses programmes au travers de partenariats, en particulier avec le gouvernement à tous les niveaux (national, régional et district). Toutefois, dans la plupart des cas, la capacité du gouvernement à

¹⁶¹Global Nutrition Cluster. 2017. Moderate Acute Malnutrition: a decision tool for emergencies. Disponible à l'adresse suivante : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/DECISION-TOOL-FOR-MAM_w-exceptional-circumstances_-May-2017-update-final1.pdf

appuyer la mise en œuvre des programmes est limitée, et le PAM doit donc engager un partenaire coopérant (PC) qui est généralement une ONG capable de soutenir les activités prévues.

Le PAM doit évaluer la capacité du partenaire coopérant à mettre en œuvre le programme en utilisant un processus de sélection impliquant un Comité d'examen des projets (CEP). Une fois le partenaire sélectionné, un accord de partenariat sur le terrain doit être élaboré, qui définit clairement les rôles et responsabilités. Dans le cadre de l'accord de partenariat sur le terrain, le PAM transfère les aliments nutritifs spécialisés pour l'intervention et des fonds pour les frais connexes au partenaire coopérant ; certains partenaires coopérants peuvent également contribuer avec leurs ressources.

Le chapitre 6.1 donne un exemple de responsabilités partagées entre le PAM et les partenaires coopérants pouvant trouver leur reflet dans l'accord de partenariat sur le terrain. Pour des informations détaillées sur la façon de travailler avec une ONG, veuillez consulter la page du site Web du PAM dédiée aux organisations non gouvernementales¹⁶².

Comment les programmes d'alimentation d'appoint ciblés s'intègrent-ils dans un programme de nutrition plus large ?

Les programmes de traitement ne peuvent prévenir l'apparition de nouveaux cas, ni le risque de rechute après la guérison. Par conséquent, une approche multisectorielle qui intègre le traitement et la prévention est essentielle pour réduire la malnutrition aiguë. Il s'agit notamment d'actions à dimension nutritionnelle pour s'attaquer aux déterminants fondamentaux et sous-jacents de la malnutrition, de programmes visant à renforcer la sécurité alimentaire des ménages et d'interventions visant à renforcer l'accès à des aliments nutritifs disponibles localement et la demande de ces aliments.

En ce qui concerne les carences en micronutriments : les aliments nutritifs spécialisés utilisés dans le traitement de la MAM contiennent des micronutriments adéquats, par conséquent, les personnes traitées avec ces produits n'auront pas besoin de suppléments supplémentaires pour traiter les carences en micronutriments.

En ce qui concerne l'aide alimentaire générale (GFA) : selon le contexte, les programmes d'alimentation d'appoint ciblés peuvent avoir lieu là où une aide alimentaire générale ou d'autres interventions de sécurité alimentaire sont fournies aux ménages en situation d'insécurité alimentaire. L'impact global du programme d'alimentation d'appoint ciblé pourrait être amélioré si l'insécurité alimentaire des ménages est traitée en même temps.

¹⁶² <http://go.wfp.org/web/ngo/guidancematerial>

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- OMS. Base de données mondiale sur la croissance de l'enfant et la malnutrition
<http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index1.html>
- Global Nutrition Cluster. 2017. Moderate Acute Malnutrition: a decision tool for emergencies
- Black RE, et al. Maternal and child undernutrition: Global and Regional exposures and health consequences. Lancet 2008;371:243-260.
- Pelletier DL, et al. Epidemiological Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality. American Journal of Public Health 1993; 83:1130-1133
- Habicht JP, et al. Malnutrition Kills Directly, Not Indirectly. Lancet 2008;371:1749-1750.
- De Pee, S. & Semba, R.D. (2010). Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. Food and Nutrition Bulletin, vol. 31, no. 4 (supplement)
- Black et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries.

Chapitre 8 : Programmes d'alimentation et de nutrition dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose

Objet :

Le but de ce chapitre est de fournir une description des programmes de nutrition dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome des immunodéficiences acquises et de la tuberculose (VIH/sida et tuberculose).

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Comprendre comment le rôle du PAM dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose est lié à la prévention de toutes les formes de malnutrition.
- Comprendre comment le soutien nutritionnel fait partie intégrante des soins et du traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose.
- Identifier les points d'entrée pour la mise en œuvre des programmes de nutrition dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose.
- Identifier des stratégies pour soutenir l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/SIDA et la tuberculose ; et la sécurité alimentaire des ménages affectés.

Présentation générale

Le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise et la tuberculose (VIH/sida et tuberculose) ont un impact négatif à la fois sur l'état nutritionnel des personnes touchées et sur la sécurité alimentaire de ces personnes et de leurs ménages. La politique nutritionnelle du PAM pour la période 2017-2021 s'engage à n'abandonner personne dans la lutte contre la malnutrition et reconnaît que pour ce faire, il faudra atteindre les plus vulnérables, 'en accordant une attention particulière aux personnes... touchées par le VIH et la tuberculose'. En outre, la politique de nutrition renforce les liens avec la politique du PAM en matière de VIH et de sida.^{163,164}

Une composante importante de la politique en matière de lutte contre le VIH et le sida est l'inclusion de la tuberculose, la principale infection opportuniste lorsque le système immunitaire des personnes vivant avec le VIH se détériore. Un quart de la population mondiale souffre de tuberculose latente, qui se transforme souvent en infection active lorsque le système immunitaire s'affaiblit, par exemple en raison de l'infection par le VIH ou de la malnutrition¹⁶⁵.

L'amélioration de l'état nutritionnel et de la sécurité alimentaire des personnes vivant avec et souffrant du VIH/SIDA et de la tuberculose est un moyen d'atteindre plusieurs des objectifs de développement durable (ODD) – pauvreté, santé, faim, éducation et égalité des sexes¹⁶⁶. Le PAM s'attaque au VIH/sida et à la tuberculose

¹⁶³ PAM. 2017. Politique en matière de nutrition : <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>

¹⁶⁴ PAM. 2010. HIV and AIDS Policy: <https://www.wfp.org/content/wfp-hiv-and-aids-policy>.

¹⁶⁵ Pour de plus amples informations, consulter : <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

¹⁶⁶ <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>

par le biais de points d'entrée et de partenariats adaptés au contexte qui sont compatibles avec les objectifs de développement durable. Le PAM maintient une approche globale de la programmation de la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose en :

- fournissant un soutien alimentaire et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH/sida et la tuberculose, y compris dans les situations d'urgence humanitaire ;
- soutenant les femmes enceintes bénéficiant de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ;
- mettant en œuvre des activités d'alimentation scolaire et d'autres activités pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents tout en encourageant la fréquentation scolaire et en réduisant les comportements à risque ;
- soutenant la protection sociale relative au VIH, y compris les filets de sécurité ;
- fournissant un appui technique aux gouvernements et aux partenaires nationaux, notamment en collaborant avec les conseils nationaux de lutte contre le VIH/sida ;
- soutenant les chaînes logistiques pour prévenir les ruptures de stocks de produits de traitement et de prévention du VIH/sida et de la tuberculose dans les situations humanitaires et les contextes fragiles.

Pourquoi le PAM soutient-il des programmes alimentaires et nutritionnels dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?

La nutrition est importante à tous les stades de l'infection par le VIH/sida et la tuberculose. Les personnes vivant avec le VIH/sida et la tuberculose ont besoin de plus de macronutriments et de micronutriments que les personnes ne souffrant pas de ces infections. En même temps, le VIH/sida et la tuberculose, ainsi que les infections opportunistes associées, augmentent le risque de malnutrition en inhibant à la fois l'appétit et la capacité de l'organisme à absorber et utiliser les nutriments essentiels.

La dénutrition peut affaiblir encore davantage le système immunitaire, ce qui accroît la susceptibilité aux infections, diminue la qualité de vie et augmente la morbidité et la mortalité. Le VIH/sida et la tuberculose augmentent la vulnérabilité à la dénutrition en exacerbant la pauvreté et l'insécurité alimentaire. Cela est dû aux dépenses supplémentaires pour les soins médicaux et à la perte souvent simultanée de revenus due à une maladie prolongée et à la stigmatisation.

L'insécurité alimentaire est un obstacle critique à l'observance de la thérapie antirétrovirale (TAR) et au maintien des soins chez les adultes infectés par le VIH et la tuberculose, les femmes enceintes infectées par le VIH et leurs enfants exposés au VIH. De plus en plus de preuves établissent un lien entre la sécurité alimentaire et le bon état nutritionnel :

- Un comportement plus sain à la recherche de la santé
- L'observance du traitement du VIH et de la tuberculose
- La réduction de la morbidité
- La prévention de la transmission chez les adolescentes
- La réduction de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/sida¹⁶⁷

Le PAM est l'un des 11 organismes coparrainants du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et s'inspire de la Stratégie de l'ONUSIDA.¹⁶⁸ Le PAM veille à ce que l'alimentation et la nutrition soient intégrées dans tous les efforts de lutte contre le VIH et coorganise avec l'Organisation internationale du Travail et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) des travaux sur la protection sociale axées sur le VIH et sur la lutte contre le VIH dans les situations humanitaires.

¹⁶⁷ WFP, WHO, UNAIDS Policy Brief, 2008. HIV, Food Security and Nutrition.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1565_policy_brief_nutrition_long_en_0.pdf.

¹⁶⁸ UNAIDS 2016-2021 strategy http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf

En 2014, le PAM et le Fonds mondial ont signé un protocole d'accord pour un partenariat logistique visant à améliorer l'accès aux produits de base pour la lutte contre le VIH et la tuberculose, en particulier dans les situations d'urgence, par le biais des réseaux de la chaîne logistique du PAM sur le terrain. L'un des éléments essentiels du protocole d'accord charge le PAM de renforcer la capacité des bénéficiaires du Fonds mondial à renforcer les systèmes de distribution et à prévenir les ruptures de stock.

Quels sont les programmes du PAM dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?

La politique du PAM en matière de VIH et de sida pour 2010 a deux objectifs principaux :

- Assurer la récupération nutritionnelle et le succès du traitement grâce à un soutien nutritionnel et/ou alimentaire.
- Atténuer les effets du VIH/sida et de la tuberculose sur les individus et les ménages grâce à une protection sociale, y compris des filets de sécurité durables.

Le PAM collabore avec les gouvernements et ses partenaires pour faire en sorte que les services de prévention et de traitement du VIH/sida et de la tuberculose s'accompagnent d'évaluations de l'état nutritionnel, de conseils sur la nutrition pour maintenir le poids corporel et la santé, ainsi que pour atténuer les effets secondaires du traitement, et, si nécessaire, de la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés pour traiter la malnutrition aiguë. La mise en place de filets de sécurité pour les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus peut également donner accès aux services de santé et contribuer ainsi à accroître l'adoption et l'observance du traitement, à réduire la mortalité et à accroître la rétention dans les soins.

Le PAM contribue au renforcement des capacités nationales d'amélioration de la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose par des activités de plaidoyer et de communication, des partenariats et un appui technique à la mise en œuvre de programmes alimentaires et nutritionnels pour les personnes vivant avec le VIH/sida, les malades de la tuberculose et leurs familles.

Chaque fois que nécessaire, le PAM est également chargé de fournir un appui direct – y compris des transferts en espèces et en produits alimentaires – aux particuliers et aux ménages pour faciliter l'amélioration de l'accès et de l'observance du traitement, tant par le biais de stratégies spécifiques au VIH/sida et à la tuberculose que de stratégies adaptées au VIH/sida et à la tuberculose. Le PAM appuie également la prévention et la prise en charge du VIH et de la tuberculose, notamment dans les situations d'urgence humanitaire.

En quoi consiste la programmation du PAM axée sur le VIH/sida et la tuberculose ?

Les activités programmatiques du PAM relatives au VIH/sida et la tuberculose s'adressent exclusivement aux personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et aux ménages touchés par ces maladies. Cette catégorie comprend deux piliers du programme, qui sont alignés sur les objectifs de la politique du PAM en matière de VIH et de sida :

- Programmes nutritionnels : le PAM soutient l'intégration de la réadaptation nutritionnelle en tant que composante standard des programmes complets de traitement du VIH et de la tuberculose. Les programmes de nutrition comprennent des conseils d'analyse nutritionnelle ainsi qu'un soutien sous la forme d'aliments nutritifs spécialisés. Ces programmes sont également connus sous le nom de conseils et support d'analyse nutritionnelle.

- Programmes de filets de sécurité : le PAM aide les ménages touchés par le VIH/sida et la tuberculose qui souffrent d'insécurité alimentaire afin d'atténuer les conséquences immédiates de ces maladies et de les empêcher d'adopter des stratégies d'adaptation négatives.

Qu'est-ce que la programmation du PAM sur le VIH/sida et la tuberculose ?

Les activités des programmes du PAM qui tiennent compte du VIH/sida et de la tuberculose ne sont pas axées principalement sur le VIH ou la tuberculose, mais elles tiennent compte des vulnérabilités spécifiques liées au VIH/sida et à la tuberculose. Les programmes généraux d'aide alimentaire, d'alimentation scolaire, d'assistance alimentaire contre biens communautaires et de soutien aux petits exploitants agricoles, entre autres¹⁶⁹, sont inclus dans cette catégorie. Ces programmes du PAM sont destinés à venir en aide aux populations vulnérables en général et peuvent être adaptés pour répondre aux besoins de ceux qui vivent avec le VIH/sida et la tuberculose ou qui en sont affectés.

Quels sont les programmes du PAM sur le VIH/sida et la tuberculose dans les situations d'urgence ?

Dans les situations d'urgence humanitaire, les déplacements forcés, l'insécurité alimentaire, la pauvreté, la violence sexuelle, l'effondrement de l'état de droit et l'effondrement des systèmes de santé peuvent entraîner une vulnérabilité accrue au VIH/sida et à la tuberculose, ou l'interruption des traitements. Compte tenu de l'ampleur et de la portée des urgences humanitaires dans le monde et dans les pays de la voie rapide de l'ONUSIDA,¹⁷⁰ le nombre de personnes vulnérables au VIH/sida et à la tuberculose pourrait augmenter si elles ne sont pas gérées correctement.

Pour faire en sorte que le VIH/sida et la tuberculose, ainsi que l'alimentation et la nutrition, soient correctement pris en compte dans la réponse globale, il est important que les mesures suivantes soient prises :

Actions générales :

- Évaluation des besoins et gestion de l'information pour déterminer l'ampleur, les lacunes et le type d'assistance nécessaire (cela doit être fait de manière confidentielle/sensible pour éviter la stigmatisation et la divulgation accidentelle de la séropositivité et de la tuberculose).
- Atténuation des vulnérabilités auxquelles sont confrontées les femmes et les filles pendant les interventions d'urgence.
- Préparation, planification des mesures d'urgence et relèvement rapide, l'accent étant mis sur la mise en place de systèmes alimentaires, nutritionnels et sanitaires solides capables de résister aux chocs liés aux urgences.
- Mobilisation de ressources auprès du Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies (CERF), de donateurs bilatéraux tels que le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial, afin que le VIH/sida et la tuberculose soient inclus dans les appels d'urgence.
- Efforts de coordination multisectorielle entre les acteurs impliqués dans les interventions d'urgence, afin d'assurer l'inclusion des services de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose.
- Les politiques et directives nationales, qui devraient être la pierre angulaire de l'intégration du VIH/SIDA et de la tuberculose dans la nutrition au niveau national.

¹⁶⁹ Le VIH et la tuberculose devraient être inclus comme critères de vulnérabilité dans les programmes du PAM.

¹⁷⁰ Les pays de la voie rapide de l'ONUSIDA sont l'Angola, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Brésil, le Cameroun, la Chine, la Côte d'Ivoire, les États-Unis d'Amérique, l'Éthiopie, la Fédération de Russie, le Ghana, Haïti, l'Inde, l'Indonésie, la Jamaïque, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Myanmar, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la République islamique d'Iran, la République-Unie de Tanzanie, le Soudan du Sud, le Swaziland, le Tchad, l'Ukraine, le Vietnam, la Zambie et le Zimbabwe.

Actions de programmation : si nécessaire, le PAM devrait fournir un appui alimentaire et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et la tuberculose, ainsi qu'à leurs familles. Dans les situations d'urgence, les interventions de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose relèvent normalement de l'une des catégories suivantes :

Interventions spécifiques au VIH/SIDA et à la tuberculose

- Conseils et support d'analyse nutritionnelle conçus pour traiter la malnutrition chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et la tuberculose, et prévenir l'échec du traitement.
- Programmes de transferts conditionnels en espèces pour assurer la sécurité alimentaire, encourager l'observance du traitement contre le VIH/SIDA et la tuberculose et prévenir la malnutrition (ils peuvent inclure de l'argent ou des bons reçus dans un établissement de santé ou par son intermédiaire, sous réserve de l'adhésion ou de la participation à des visites cliniques régulières).

Interventions axées sur le VIH/sida et la tuberculose

- Aide alimentaire en nature, transferts monétaires et aide nutritionnelle dans les pays à forte prévalence du VIH ou dans les camps de réfugiés/de personnes déplacées.
- Orienter les bénéficiaires souffrant de malnutrition dans les milieux à forte prévalence (particulièrement importants pour les femmes enceintes et allaitantes, les orphelins et les enfants vulnérables, ainsi que les survivants de violences sexuelles et sexistes) vers les services de dépistage du VIH et de la tuberculose, de traitement et de conseil.

Quand les programmes alimentaires et nutritionnels sont-ils appropriés dans le contexte du VIH/sida et de la tuberculose ?

Dans le cadre des programmes du PAM, les interventions relatives au VIH/sida et à la tuberculose (tant spécifiques que sensibles) peuvent être mises en œuvre aussi bien dans les situations d'urgence que dans les pays en développement. Dans les régions connues pour leur forte prévalence, les analyses de situation devraient intégrer des indicateurs de l'état du VIH/SIDA et de la tuberculose. (De plus amples informations sur les analyses situationnelles dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose sont fournies au chapitre 3.)

Formulation et mise en œuvre du programme

Sur la base de l'analyse du contexte et des avantages comparatifs du PAM, il est possible de définir le créneau du PAM dans la riposte au VIH/sida et à la tuberculose, ainsi que sa contribution à la programmation collaborative et au soutien aux initiatives des partenaires (gouvernements, institutions des Nations Unies, ONG, etc.).

Lors de la conception d'un programme de nutrition dans le contexte du VIH/SIDA et de la tuberculose, une série de décisions doivent être prises.

- **Où ?** Ciblage géographique
- **Qui ?** Critères de ciblage individuel
- **Quoi ?** Que fournir
- **Comment ?** Canaux de distribution et partenaires
- **Durée ?** Durée du programme
- **Renforcement des capacités nationales**

OÙ ? Ciblage géographique

Le ciblage géographique a une incidence sur la conception globale du programme en définissant les domaines d'intervention du PAM¹⁷¹. Le PAM devrait collaborer avec le gouvernement (autorités nationales et locales) pour identifier les zones géographiques où la prévalence du VIH est la plus élevée et où le PAM pourrait avoir le plus grand impact. Les perspectives locales sur les besoins et les domaines prioritaires devraient être prises en compte pour encourager le soutien de l'intervention. Les principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer les zones géographiques (district, province, pays) à programmer sont les suivants :

- Les zones géographiques où les besoins sont les plus importants en termes de prévalence du VIH ou de risque de détérioration nutritionnelle pouvant entraîner le VIH.
- Les zones géographiques définies comme prioritaires (à la fois par le gouvernement et le PAM, car elles pourraient ne pas être les mêmes)
- Les zones géographiques où il existe un potentiel de partenariat avec d'autres acteurs travaillant dans des secteurs complémentaires
- Les zones géographiques ayant la plus grande capacité et l'accès le plus large pour atteindre la population

QUI ? Identifier les groupes cibles bénéficiaires

Les programmes de nutrition sont ciblés au niveau individuel à travers les zones géographiques et les zones de sécurité alimentaire, en réponse à l'apparition de carences nutritionnelles liées à la maladie. Dans le cadre de ce pilier du programme, le PAM appuie l'intégration de la réadaptation nutritionnelle en tant que composante standard des programmes complets de traitement du VIH/sida et de la tuberculose.

- La population cible est constituée de personnes vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes et allaitantes (jusqu'à six mois après l'accouchement), les enfants de 6 à 59 mois recevant une PTME et les personnes souffrant de la tuberculose.

Les programmes filets de sécurité sont ciblés au niveau des ménages en réponse à l'insécurité alimentaire de ces populations et de leurs familles. Ces programmes sont conçus pour atténuer les conséquences immédiates du VIH/sida et/ou de la tuberculose sur les individus et les ménages.

- La population cible est constituée des ménages en situation d'insécurité alimentaire contenant des clients sous TAR, PTME et traitement sous surveillance directe de courte durée contre la tuberculose, ainsi que des ménages et institutions accueillant des orphelins et des enfants vulnérables.

¹⁷¹ Tenir compte également des districts prioritaires pour les donateurs en matière de VIH, par exemple, dans la RBJ, le PEPFAR a identifié et hiérarchisé certains districts en fonction de la prévalence la plus élevée et d'autres indicateurs.

Besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH

Une augmentation de 10 % de l'apport énergétique est recommandée en cas d'infection asymptomatique par le VIH (Organisation mondiale de la Santé 2003) pour soutenir l'augmentation de la dépense énergétique au repos. Cependant, il est important de noter que la perte de poids pendant l'infection au VIH est principalement le résultat d'une diminution de l'apport alimentaire en raison d'un appétit réduit. Pendant les périodes d'infection symptomatique, la dépense énergétique augmente de 20 à 30 %, et il est donc recommandé d'augmenter l'apport énergétique de 20 à 30 % pendant et peu après l'infection symptomatique (période de convalescence). Les besoins énergétiques des personnes vivant avec le VIH sous TAR ne sont pas bien connus et sont susceptibles de varier en fonction de la gravité de leur état clinique. À l'adolescence, les besoins en énergie sont plus élevés pendant la période de croissance maximale, particulièrement chez les garçons qui prennent plus de taille et de masse corporelle maigre que les filles (Robinson 2001). La surveillance du poids est le meilleur moyen de vérifier si l'apport énergétique répond aux besoins.

Apport en protéines : le pourcentage de l'apport énergétique provenant des protéines devrait rester le même pour les personnes vivant avec le VIH que pour les personnes séronégatives, mais lorsque l'apport énergétique augmente, la quantité totale de protéines sera également plus élevée. De plus, pour traiter la malnutrition, il est important que les sources de protéines fournissent suffisamment d'acides aminés essentiels. Cela signifie qu'il devrait y avoir différentes sources de protéines dans l'alimentation, y compris certaines avec une protéine de haute qualité, comme le soja ou les aliments d'origine animale.

Apport en graisses : les recommandations concernant l'apport en matières grasses sont les mêmes pour les personnes vivant avec le VIH que pour les personnes séronégatives : 15 à 30 % de l'apport énergétique (OMS 2014). Afin d'augmenter l'apport énergétique pendant la convalescence, la consommation d'aliments riches en énergie, comme les aliments gras et les aliments à plus forte teneur en sucre (p. ex. les fruits), peut aider à maintenir un apport énergétique relativement faible, ce qui permet d'augmenter l'apport énergétique. Il est important de noter que les personnes vivant avec le VIH devraient consommer des graisses insaturées plutôt que saturées, ainsi que des aliments qui sont denses en une gamme de nutriments, non seulement en sucre ou en gras, mais aussi en micronutriments.

Apport en micronutriments : parce que les micronutriments sont importants pour le système immunitaire et d'autres fonctions corporelles, il est très important pour les personnes vivant avec le VIH de maintenir un apport adéquat. Au moment de la rédaction du présent rapport (2018), il n'existe aucune preuve concluante sur la question de savoir si les personnes vivant avec le VIH devraient augmenter (ou réduire) leur apport en micronutriments par rapport aux personnes séronégatives, ou s'il existe des micronutriments spécifiques qui devraient être consommés en différentes quantités (de Pee et Semba 2010 ; Forrester et Sztam 2011). L'OMS recommande la consommation de la totalité de l'apport nutritionnel recommandé par la FAO et l'OMS pour des personnes en bonne santé par jour (ANR/jour). La South African Academy of Science recommande un apport de 1 à 2 ANR par jour en raison des besoins plus élevés pendant l'infection et de la probabilité de carences préexistantes (Karsegard et al. 2004). De nombreuses personnes ont peu de chances d'atteindre l'ANR/jour, surtout lorsque leur régime alimentaire manque de diversité et ne contient que de petites quantités d'aliments d'origine animale, d'aliments enrichis, de fruits ou de légumes. Des suppléments de micronutriments peuvent donc être nécessaires pour assurer un apport adéquat.

QUOI ? Que fournir

Dans le cadre d'un programme nutritionnel :

- Conseils d'analyse nutritionnelle, durant laquelle l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires d'un client sont mesurés et examinés. Les conseils, qui comprennent l'éducation, peuvent être dispensés individuellement ou en groupe et comprennent des informations sur de simples changements au mode de vie, sur l'alimentation, l'exercice et les modes de vie sains, afin de gérer les effets secondaires courants des traitements et d'améliorer l'état nutritionnel.
- Des aliments nutritifs spécialisés comme ration individuelle pour compléter l'alimentation locale et traiter la malnutrition aiguë chez les individus atteints du VIH/SIDA et de la tuberculose. Bien que les conseils d'analyse nutritionnelle soient pour tous, les aliments nutritifs spécialisés ne sont utilisés que pour traiter les personnes souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et, dans les cas où aucun autre partenaire n'est responsable, pour traiter la malnutrition aiguë sévère (MAS). Les aliments nutritifs spécialisés fournissent les nutriments nécessaires à la reconstitution des tissus perdus, en particulier les réserves musculaires et graisseuses :

Pour les enfants de 6 à 59 mois : supplément nutritionnel à base de lipides large quantité (LNS-LQ) et aliments composés enrichis tels que Super Cereal Plus, selon les programmes généraux de traitement de la MAM. (Voir le chapitre 7 pour la liste complète des aliments nutritifs spécialisés pour traiter la MAM et les rations appropriées.)

Pour les femmes enceintes et allaitantes et les adultes : aucune directive établie, mais normalement, l'on préconise des Super Cereal. De l'huile et du sucre peuvent être ajoutés pour la densité énergétique et l'appétence ; cependant, l'huile peut ne pas être appropriée en cas de diarrhée et de vomissements, et le sucre peut ne pas être bien toléré chez les patients présentant une candidose orale. De plus, si le sucre et l'huile sont déjà fournis aux patients par le biais de la ration familiale, ils ne doivent pas être inclus dans la ration individuelle.

Dans certains cas, un soutien ménager sous forme de ration alimentaire est également fourni. Ce soutien est conditionnel à la ration individuelle et dure jusqu'à la sortie de l'individu. Lorsqu'un soutien familial est fourni, l'état de malnutrition de l'individu fait l'objet d'un suivi attentif afin de s'assurer que ce soutien contribue à la récupération nutritionnelle.

Dans un programme de filet de sécurité, l'aide aux ménages peut prendre la forme d'un transfert alimentaire en nature ou d'un transfert en espèces. Le panier alimentaire devrait être conçu de manière à inclure une variété équilibrée de produits locaux, tels que les céréales, les légumineuses, l'huile, le sel iodé et parfois des mélanges d'aliments enrichis (comme les Super Cereal). La ration doit être basée sur les besoins estimés du ménage, y compris la disponibilité et l'accès à la nourriture, ainsi que l'utilisation de la nourriture, la diversité alimentaire et l'équilibre nutritionnel, et doit être conçue en fonction de la taille moyenne de la famille (généralement cinq membres incluant l'individu). La ration doit apporter une contribution concrète à l'alimentation des membres du ménage sans viser à couvrir la totalité des besoins. La ration individuelle fournie aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les écoles est généralement conçue en fonction des programmes d'alimentation scolaire¹⁷².

¹⁷² WFP-Food Baskets and Ration Composition for School Feeding Programmes : http://docustore.wfp.org/%20stellent/groups/public/documents/manual_guide_

Comment ? Canaux de distribution et partenaires

Les conseils et support d'analyse nutritionnelle, ainsi que la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés pour le traitement de la malnutrition, devraient être considérés comme faisant partie intégrante du traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, et sont donc généralement dispensés au niveau des formations sanitaires. Dans les situations d'urgence, où l'infrastructure sanitaire peut être faible ou détruite, des postes de santé alternatifs sont normalement mis en place pour distribuer les médicaments, y compris les TAR et le traitement de la tuberculose. Les activités de nutrition devraient être en adéquation avec la distribution des médicaments antirétroviraux et antituberculeux. L'apport d'un soutien par l'entremise de la communauté peut créer des occasions de relier le secteur de la santé aux réseaux communautaires. Toutefois, lorsque l'absence d'un système d'orientation efficace constitue un obstacle, la distribution au niveau des formations sanitaires est encouragée afin de surveiller et de suivre la fréquentation des services médicaux par les bénéficiaires.

Les critères d'admission et de sortie devraient être basés sur le protocole national. Lorsque cela n'existe pas, il convient d'utiliser les seuils indiqués au chapitre 7, tableau 7.1.

Les partenaires coopérants (PC) distribuent normalement l'aide aux ménages qui accueillent des personnes sous TAR, PTME ou traitement contre la tuberculose, ainsi que des orphelins et des enfants vulnérables, sous la forme de transferts en nature ou de transferts en espèces au niveau communautaire. La distribution de la ration familiale par l'intermédiaire du secteur de la santé peut accroître la stigmatisation des bénéficiaires, surcharger les agents de santé et, en particulier dans le cas de dons en nature, obliger les bénéficiaires à transporter de lourds sacs de nourriture sur de longues distances. Toutefois, cet appui devrait être étroitement lié aux établissements de santé et fourni sur la base d'un système d'aiguillage fonctionnel. L'aide alimentaire pour les orphelins et les enfants vulnérables peut être une ration familiale ou individuelle. La ration individuelle peut être soit un repas sur place, soit une ration à emporter. Dans certains contextes, les repas distribués sur place dans le cadre des programmes d'alimentation scolaire peuvent être combinés avec une incitation supplémentaire sous la forme d'une ration à emporter.

DURÉE ? Durée de l'intervention

La prise en charge des aliments nutritifs spécialisés dans les programmes de nutrition s'effectue sur une base régulière et est alignée sur les visites médicales programmées (normalement sur une base mensuelle) selon des critères anthropométriques spécifiques d'admission et de sortie (voir chapitre 7, tableau 7.1). Le congé doit être obtenu dans un délai raisonnable (généralement dans les six mois pour les adultes et dans les trois à quatre mois pour les enfants âgés de 6 à 59 mois) ; dans le cas contraire, les clients doivent être aiguillés vers des services médicaux pour des soins et traitements complémentaires. Dans la plupart des cas, deux résultats mensuels consécutifs supérieurs aux paramètres anthropométriques limites sont requis pour qu'une personne obtienne l'aide alimentaire. Les protocoles nationaux doivent définir les critères exacts d'entrée et de sortie afin de minimiser les risques de rechute ou les problèmes d'équité. Le soutien du ménage, dans le cadre du programme de nutrition, est conditionnel à la ration individuelle et ne dure donc que jusqu'à ce que l'individu soit libéré de sa réadaptation nutritionnelle.

Dans les programmes de filets de sécurité, le soutien du ménage est fourni régulièrement (en général une fois par mois). Un soutien est fourni jusqu'à ce que la sécurité alimentaire s'améliore, ou pour une période limitée (généralement pas plus de 12 mois). Le soutien devrait être conditionné par la fréquentation de services médicaux (pour les individus sous TAR, traitement contre la tuberculose et PTME) ou d'écoles formelles/informelles (pour les orphelins et les enfants vulnérables). Le soutien du ménage peut être l'occasion d'orienter les ménages vers d'autres programmes de soutien psychologique, de formation à l'acquisition de nouvelles compétences, de microfinancement ou d'autres formes d'aide aux moyens de subsistance.

Renforcement des capacités nationales

Outre les activités susmentionnées et à l'appui de celles-ci, le PAM joue un rôle essentiel dans le renforcement des capacités nationales, en plaidant à différents niveaux pour l'intégration de l'appui alimentaire et nutritionnel dans la riposte nationale au VIH/sida et à la tuberculose. Par exemple, le PAM contribue à l'élaboration de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose et d'autres politiques pertinentes, ainsi que de directives et protocoles techniques ; il plaide en faveur d'une protection sociale adaptée au VIH/sida et à la tuberculose. Le PAM fournit également un appui technique pour renforcer les capacités nationales et infranationales en matière de mobilisation de ressources, de prestation de services et de mise en place de vastes filets de sécurité.

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- PAM. 2017. Politique en matière de nutrition : <http://newgo.wfp.org/documents/wfp-nutrition-policy>
- WFP HIV and TB Programme and M&E Guide 2014 :
<https://docs.wfp.org/api/documents/bce00ea9fda547c39b1acce3c35f2f17/download/>
- WFP 2019 HIV/AIDs Policy :
<http://docustore.wfp.org/stellent/groups/public/documents/eb/wfp225092.pdf>
- WFP Update on 2010 Policy 2017 :
<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/eb/wfp291547.pdf>
- HIV-Sensitive Social Protection: State of the evidence 2012 in Sub-Saharan Africa. UNICEF, EPRI,
<http://epri.org.za/hivsocialprotection/>
- UNAIDS Strategy 2016-2012 :
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
- UNAIDS. 2017. *Fact sheet - Latest statistics on the status of the AIDS epidemic*. 2017. Genève. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Nutrition assessment, counselling and support for adolescents and adults living with HIV :
<https://docs.wfp.org/api/documents/35f6d97fe60346ce8a4b2f93d692d0f7/download/>
- OMS. 2017. *Global TB Report 2017*. 2017. Genève. Disponible à l'adresse suivante :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>
- Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update) :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255052/9789241550000-eng.pdf;jsessionid=654148F2BBD05A9F3B39B4971860B1A1?sequence=1>
- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1
- Guideline: nutritional care and support for patients with tuberculosis. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94836/1/9789241506410_eng.pdf?ua=1
- Cluver LD, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Hodes R, Yakubovich AR, Sherr L. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care*. 2016;28 (Suppl. 2):73–82
- De Pee S, et al. The Enabling Effect of Food Assistance in Improving Adherence and/or Treatment Completion for Antiretroviral Therapy and Tuberculosis Treatment: A Literature Review. *AIDS and Behaviour* October 2014, Volume 18, Issue 5 Supplement, pp 531-541 Date : 12 mars 2014.
- PAM. 2018 Monitoring and Evaluation for Nutrition and HIV :
<http://newgo.wfp.org/collection/monitoring-and-evaluation-for-nutrition-and-hiv>

Chapitre 9. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC).

Objet :

Le présent chapitre a pour objet d'orienter les lecteurs vers la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) et son application aux programmes de nutrition du PAM.

Bien que le présent chapitre présente les principaux termes de la CCSC et donne un aperçu du processus d'élaboration de la CCSC, le Manuel d'orientation de la CCSC pour la nutrition du PAM devrait être utilisé comme principale référence détaillée en ce qui concerne la CCSC. Réussir un changement social et comportemental lié à la nutrition peut être un défi, mais il peut être réalisé à l'aide d'un processus systématique. Ce chapitre sert de point de départ aux lecteurs qui envisagent d'utiliser la CCSC comme intervention primaire ou complémentaire auprès des populations vulnérables.

Objectifs d'apprentissage :

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devrait pouvoir :

- Expliquer la CCSC et sa pertinence pour la programmation nutritionnelle du PAM
- Décrire les aspects clés d'une programmation efficace de CCSC
- Distinguer la CCSC des autres termes clés de la promotion de la santé
- Énumérer les étapes recommandées pour l'élaboration et la mise en œuvre des activités de la CCSP
- Indiquer où trouver d'autres informations et conseils liés à la CCSC

Conseil nutritionnel individuel dans une clinique de santé



Présentation générale

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC), un ensemble d'approches, d'activités et d'outils de communication utilisés pour influencer positivement les comportements, est une stratégie fondée sur des données probantes pour aider à améliorer la santé^{173, 174}. Si elle est bien mise en œuvre, la CCSC peut revêtir un aspect important des interventions où un changement de comportement est nécessaire pour améliorer la nutrition. Les activités de CCSC sont nombreuses, mais elles sont généralement classées en trois grandes catégories (tableau 9.1).

Tableau 9.1 Approches et activités de CCSC d'usage courant¹⁷⁵

Approches de CCSC	Types d'activités	Exemples spécifiques
Interpersonnel	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil • Éducation • Groupes de soutien • Messages 	→ En individuel pour les personnes vivant avec le VIH/TB → Éducation nutritionnelle de groupe dans les écoles → Groupes de soins → SMS, appels téléphoniques, chatbots ¹⁷⁶
Médias	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Médias de taille moyenne • Petits médias imprimés • Médias traditionnels • Médias sociaux 	→ Programmes télévisés nationaux → Radio communautaire, panneaux d'affichage → Affiches, dépliants, autocollants, bandes dessinées → Chansons, théâtre → Twitter, Facebook
Mobilisation de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes • Groupes d'intérêt 	→ Journées de la santé de l'enfant → Groupe de survivants d'Ebola

**Liste non exhaustive d'activités/exemples*

Les approches CCSC peuvent viser à transmettre des connaissances ou à susciter des émotions au niveau individuel et familial, ainsi qu'à changer les attitudes sociales et à mobiliser des communautés entières. C'est cette combinaison d'efforts reconnaissant de multiples niveaux d'influence – *un point de vue socio-écologique* – qui rend les CCSC aptes à améliorer la nutrition¹⁷⁷.

¹⁷³ Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches to social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.

¹⁷⁴ Group, M., Defining Social and Behavior Change Communication (SBCC) and other essential health communication terms, in Technical Brief. 20, Manoff Group: Washington, D.C.

¹⁷⁵ Contenu du tableau adapté de Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches to social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.

¹⁷⁶ En 2018, une approche novatrice de la CCSC a été mise à l'essai dans le cadre du projet pilote mVAM pour la nutrition dans le nord-est du Nigéria. Des segments de publics ciblés ont reçu de l'information sur la nutrition et la santé par téléphone et chatbot. Pour de plus amples informations, consulter <http://newgo.wfp.org/collection/mvam-for-nutrition>

¹⁷⁷ McLeroy, K.R., et al., An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 1988. 15(4): p. 7.

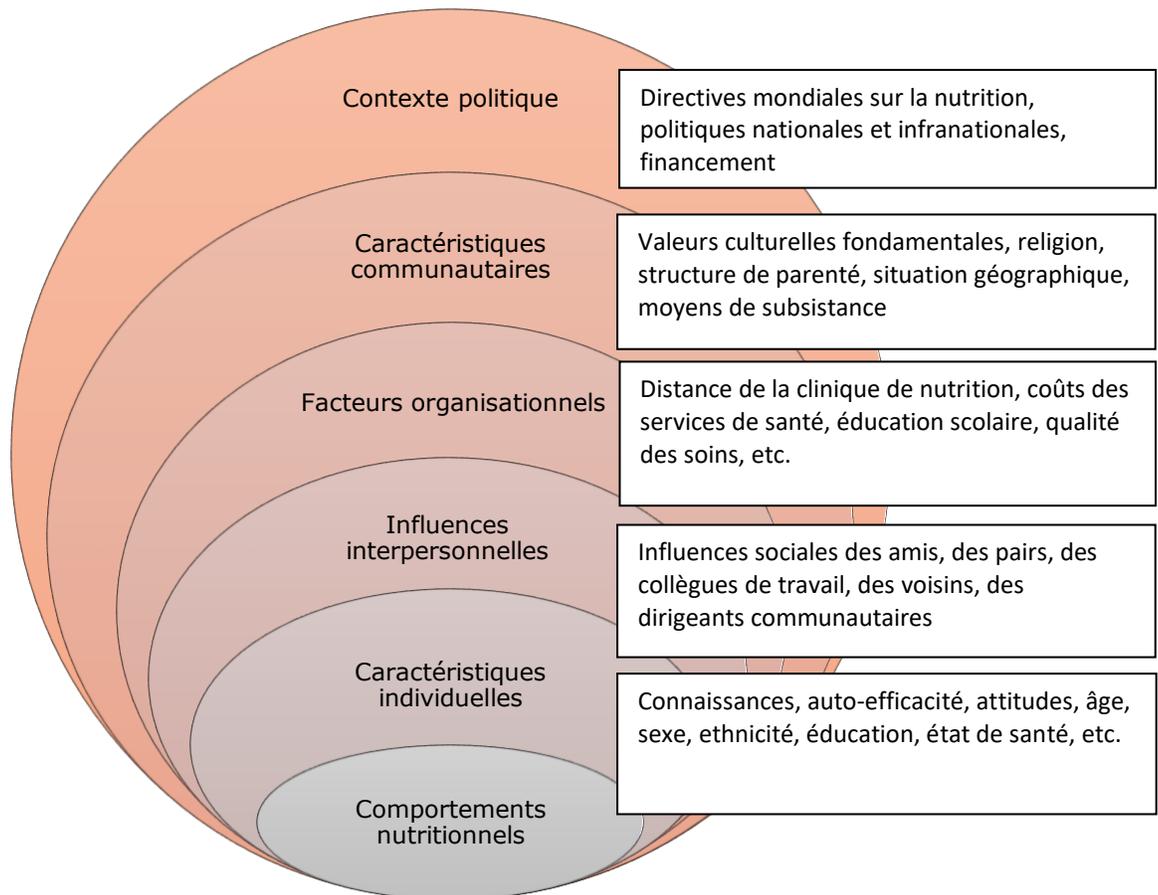
Pourquoi le PAM soutient-il la CCSC dans ses programmes de nutrition ?

La plupart des comportements liés à la nutrition ont des dimensions sociales et comportementales sous-jacentes. Par conséquent, les comportements optimaux doivent être pris en compte, de même que la diversité alimentaire, afin de donner aux programmes de nutrition la possibilité d'avoir un impact positif.

Est-il facile de changer les comportements liés à la nutrition ?

Il peut être difficile de modifier les comportements en matière de santé et de nutrition, qui sont ancrés dans des traditions familiales de longue date et enracinés dans des normes socioculturelles profondément enracinées. En outre, la nature des programmes appuyés par le PAM, dont les délais et les budgets sont souvent limités, peut constituer un obstacle pratique à un changement de comportement réussi. Dans la plupart des cas, le comportement nutritionnel n'est pas seulement un choix personnel, mais aussi le produit de l'environnement dans lequel les gens vivent¹⁶⁷. Les comportements nutritionnels sont influencés par de nombreux facteurs propices ou contraignants (figure 9.1).

Figure 9.1 Niveaux multiples d'influence sur les comportements nutritionnels



Par conséquent, une CCSC de haute qualité reconnaît que les connaissances d'une personne sont nécessaires, mais pas suffisantes pour modifier son comportement – même si quelqu'un connaît les avantages d'un comportement, cela ne signifie pas qu'il s'y engagera. Dormir suffisamment, par exemple – la plupart des gens aimeraient dormir les 7 heures par nuit recommandées, mais ce n'est pas toujours possible. Les facteurs de stress individuels, les pressions familiales, les contraintes professionnelles et même les conditions communautaires, comme les températures élevées inconfortables durant l'été, peuvent rendre le sommeil difficile.

Le CCSC s'efforce-t-il d'améliorer les comportements en matière de nutrition ?

Un examen systématique¹⁷⁸ de 91 études réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire a révélé que la CCSC avait amélioré les pratiques alimentaires des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les pratiques d'allaitement maternel, et exercé une influence positive sur un large éventail de pratiques d'alimentation complémentaire¹⁷⁹. La CCSC peut également améliorer les connaissances des bénéficiaires en matière de nutrition

¹⁷⁸ Preuves de l'efficacité des approches de CCSC pour améliorer les pratiques d'alimentation d'appoint <https://www.spring-nutrition.org/publications/reports/evidence-effective-sbcc-approches-improve-complementary-feeding-practices#block-views-706fcfe999d71c53f4f78dc67a568ca1>

¹⁷⁹ Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches to social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.

pour les années qui suivent la fin d’une intervention¹⁸⁰. La CCSC a aussi un effet d’entraînement positif : il est également possible d’améliorer les connaissances et les comportements en matière de nutrition chez les voisins des ménages bénéficiaires¹⁸¹. La CCSC est mondialement reconnue comme l’une des actions essentielles pour améliorer la nutrition, cependant, le comportement humain est complexe et très contextuel, et par conséquent, une CCSC bien conçue et mise en œuvre est nécessaire pour améliorer la nutrition.

Quels sont les programmes du PAM en matière de nutrition dans le cadre de la CCSC ?

Il existe de nombreux points d’entrée pour la CCSC dans les programmes de nutrition du PAM et de nombreuses ressources utiles¹⁸² disponibles dans le monde entier. Bien qu’un processus d’élaboration systématique et en plusieurs étapes soit suggéré pour une CCSC efficace, chaque programme de nutrition du PAM est unique et peut nécessiter une approche sur mesure. Pour plus d’informations sur ce sujet important, se reporter au Manuel d’orientation détaillé de la CCSC sur la nutrition du PAM¹⁸³ et à la Note d’orientation du CSP 2017¹⁸⁴ sur la nutrition.

Quels sont certains des aspects clés d’une CCSP efficace ?

Certaines caractéristiques précises de la CCSC donnent des résultats positifs sur le plan de la nutrition. Tout d’abord, les données probantes suggèrent qu’il est important d’utiliser non pas une, mais plusieurs approches de CCSP en même temps. Par exemple, il est plus efficace d’utiliser des approches à la fois interpersonnelles et médiatiques que d’utiliser l’une ou l’autre seule¹⁸⁵. Deuxièmement, la CCSC est plus efficace lorsqu’elle est adaptée au contexte, avec une combinaison d’activités et de canaux spécifiques conçus pour toucher des segments de publics ciblés (par exemple, les adolescentes) et faire appel à leurs valeurs culturelles fondamentales¹⁸⁶ (voir le tableau 9.2). Pour comprendre les activités, les canaux et les messages qui conviennent le mieux à un contexte socioculturel donné, les responsables de la mise en œuvre devraient mener une recherche formative, une étape importante de la conception de la CCSC¹⁸⁷. Troisièmement, la CCSC est plus efficace lorsque les messages soutenus atteignent plus fréquemment les segments d’auditoire visés – plus l’exposition est grande, plus les changements sont importants¹⁸⁸.

Tableau 9.2 Termes clés de la CCSC et leur description

Terme CCSC	Description
------------	-------------

¹⁸⁰ Hoddinott, J., et al., Nutrition behaviour change communication causes sustained effects on IYCN knowledge in two cluster-randomized trials in Bangladesh. *Maternal & Child Nutrition*, 2017: p. 10.

¹⁸¹ Hoddinott, J., et al., Behavior change communication activities improve infant and young child nutrition knowledge and practice of neighboring non-participants in a cluster-randomized trial in rural Bangladesh. *PLOS ONE*, 2017. 12(6): p. 13.

¹⁸² Trousse de mise en œuvre des programmes intégrés de la CCSC <https://sbccimplementationkits.org/integrated-sbcc-programs/>

¹⁸³ <http://newgo.wfp.org/documents/sbcc-guidance-manual-for-wfp-nutrition>

¹⁸⁴ <https://docs.wfp.org/api/documents/wfp-0000025613/download/>

¹⁸⁵ Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches of social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.

¹⁸⁶ Kreuter, M.W., et al., Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 2003. 30(2): p. 14.

¹⁸⁷ Sanghvi, T., et al., Tailoring communication strategies to improve infant and young child feeding practices in different country contexts. *Food and Nutrition Bulletin*, 2013. 34(2): p. 12.

¹⁸⁸ Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches to social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.

Segments d'audience	Sous-groupes homogènes d'une population dont les membres présentent des caractéristiques sous-jacentes similaires d'un comportement ¹⁸⁹ . Il est essentiel d'identifier des segments d'auditoire précis dans le cadre de la CCSP pour choisir les médias, les canaux et les messages appropriés qui sont intéressants, informatifs et, en bout de ligne, qui trouvent un écho chez les gens.
Messages ciblés	Messages élaborés spécifiquement pour un certain segment d'audience ¹⁹⁰ . Par exemple, un programme de nutrition peut utiliser des messages ciblés pour attirer uniquement les adolescentes, un segment d'audience avec des motivations, des attitudes et des connaissances particulières. La manière dont un programme s'adresse aux adolescentes sera probablement différente de celle dont il s'adresse aux dirigeants communautaires masculins, par exemple.
Recherche formative	Recherche descriptive menée avant un programme ou une intervention afin d'en éclairer la conception et la mise en œuvre. Dans le contexte de la CCSC, la recherche formative constitue une étape critique pour comprendre le contexte socioculturel, identifier des segments d'audience spécifiques et développer des canaux et des messages ciblés pour aider à garantir qu'un programme est culturellement approprié et donc plus efficace ¹⁹¹ .

Les photos ci-dessous, prises dans le cadre d'un programme de prévention des retards de croissance mené par le gouvernement à Ntchisi (Malawi) avec l'appui du PAM et de ses partenaires, mettent en évidence de multiples approches et activités de communication complémentaires dans le cadre de la mise en œuvre de la CCSC.



Communication interpersonnelle



Médias de masse - panneaux d'affichage



Mobilisation sociale - Journée de la nutrition

¹⁸⁹ Slater, M.D., Theory and method in health audience segmentation. Journal of health communication, 1996. 1: p. 17.

¹⁹⁰ Noar, S.M., C.N. Benac, and M.S. Harris, Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. Psychological Bulletin, 2007. 133(4): p. 21.

¹⁹¹ Kreuter, M.W., et al., Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. Health Education & Behavior, 2003. 30(2): p. 14.

Comment la CCSC peut-elle être comparée à l'IEC et à d'autres termes utilisés dans la promotion de la santé ?

La CCSC est partie de l'idée que *la connaissance est nécessaire, mais pas suffisante* pour un changement de comportement lié à la nutrition¹⁹². Ainsi, la CCSC est une extension des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) en matière de nutrition (IEC), qui ont été développées au début des années 1970¹⁹³. Une approche IEC se concentre uniquement sur la fourniture d'informations à sens unique par des 'experts' aux membres de la communauté locale en vue d'améliorer leurs connaissances. La CCSC, pour sa part, reconnaît les dimensions sociales sous-jacentes du comportement. Par conséquent, la CCSC offre un ensemble d'approches plus solide que l'IEC pour mobiliser efficacement les populations ciblées en faveur du changement.

« ...la connaissance est nécessaire, mais pas suffisante pour un changement de comportement lié à la nutrition... »

IEC et CCSC ne sont pas les seuls termes utilisés dans la promotion de la santé. De nombreux termes de promotion de la santé existent et sont souvent utilisés de façon interchangeable : marketing social, IEC, BCC, CCSC, éducation nutritionnelle, conseil en nutrition, etc. Le débat est permanent, même parmi les experts, sur la terminologie variée utilisée dans la promotion de la santé qui, comme dans tous les domaines, est en constante évolution¹⁹⁴. Pour plus d'informations sur ces différents termes, se reporter au Manuel d'orientation de la CCSC pour la nutrition du PAM.

Formulation du programme de CCSC

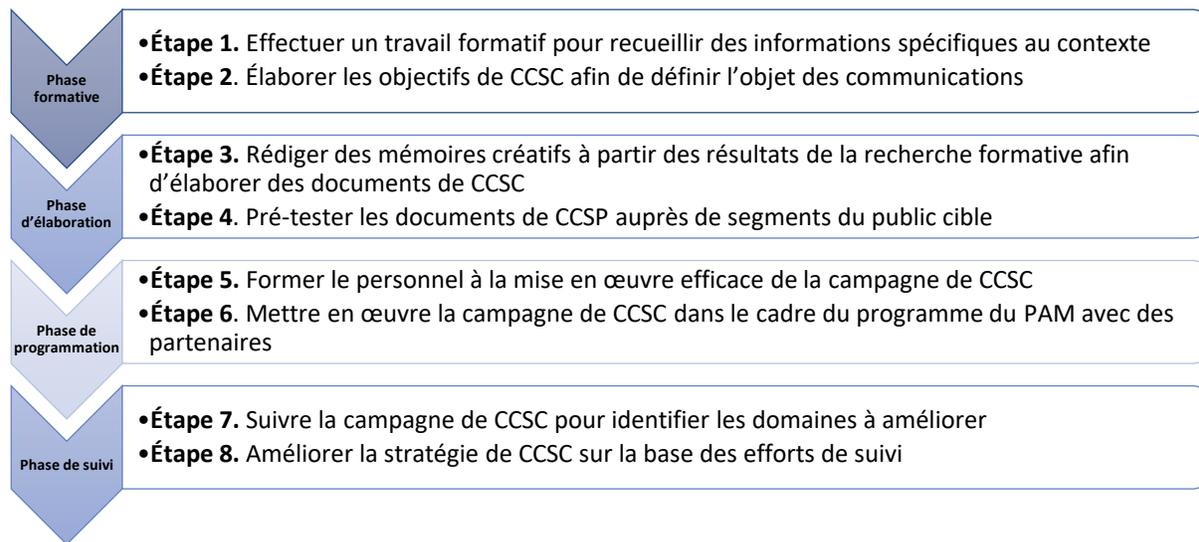
La conception, la mise en œuvre et le suivi de la CCSC impliquent un processus en plusieurs étapes. Une présentation générale est proposée ci-dessous :

¹⁹² Worsley, A., Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 2002. 11(s3): p. 6.

¹⁹³ Group, M., Defining Social and Behavior Change Communication (SBCC) and other essential health communication terms, in Technical Brief. 20, Manoff Group: Washington, D.C.

¹⁹⁴ Spray, A.L., Nutrition education and behavior change communication: how much is "enough" to achieve measurable results for nutrition in social protection programs?, in Secure Nutrition. 2017, World Bank Group: Washington, D.C.

Figure 9.2 Processus d'élaboration de la CCSC



Phase formative

La phase formative du développement de la CCSC est une phase importante qui comprend plusieurs activités qui formeront la base d'une stratégie efficace. Un programme de nutrition nouveau ou existant peut avoir un objectif nutritionnel global (par exemple, réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes), et la phase de formation est importante pour définir les activités de CCSC les plus appropriées pour l'atteindre. Cette phase permettra au personnel du programme de faire le point sur le paysage de la CCSC, d'obtenir le soutien des parties prenantes¹⁹⁵, et de définir des objectifs comportementaux appropriés à la lumière des obstacles et des facteurs favorables liés au résultat nutritionnel souhaité.

OÙ ? Ciblage géographique des activités de CCSC

En règle générale, certaines régions d'un pays peuvent avoir des charges de malnutrition plus lourdes, et les activités de CCSC seront donc déployées là où se trouvent les activités de nutrition appuyées par le PAM. Cela étant, une CCSC de haute qualité pourrait inclure non seulement des activités spécifiques à un programme, mais aussi des composantes de plaidoyer plus larges.

Le bureau national du PAM au Pérou en est un exemple : en 2017, le PAM a diffusé un programme télévisé national et a organisé un lancement national avec le gouvernement et des partenaires pour promouvoir des régimes alimentaires sains afin de réduire l'anémie et de lutter contre le surpoids et l'obésité¹⁹⁶. Ce faisant, le PAM a préparé le pays à un changement social et comportemental positif avant de mettre en œuvre trois campagnes de CCSC sur mesure dans les régions les plus touchées du pays.

Le ciblage géographique est une considération importante de la CCSC fondée sur la charge nutritionnelle, la disponibilité des ressources et la présence de partenaires ; cependant, le plaidoyer lié à la CCSC au niveau national

¹⁹⁵ Health Compass. (2017). How to conduct a stakeholder workshop. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-conduct-stakeholder-workshop>

¹⁹⁶ <https://box.wfp.org/public.php?service-files&t=6c88f326974746b2f1108c8191ede272>

devrait être envisagé le cas échéant. Le travail formatif devrait permettre d'aider à éclairer les décisions concernant le ciblage géographique des activités de CCSC.



'Cocina con Causa', l'émission de télévision péruvienne qui fait la promotion d'une alimentation saine et traditionnelle

QUI ? Comprendre les segments d'audience

La phase formative devrait également définir les caractéristiques des segments d'audience importants. Elle devrait décrire le segment d'audience primaire par rapport au secondaire, ainsi que les facteurs de motivation et d'influence propres à chaque groupe.

Segment d'audience primaire : segment d'audience dont les comportements sont la priorité du changement. Dans le cas de l'allaitement maternel exclusif, les principaux soignants seront vraisemblablement le principal public visé.

Segment d'audience secondaire : la deuxième audience la plus importante de vos activités de CCSC. Pour améliorer l'allaitement maternel exclusif, vous pouvez vous efforcer d'influencer les maris, un segment d'audience secondaire, afin de soutenir les principaux soignants.

Segment d'audience tertiaire : les comportements des principaux soignants sont également influencés *indirectement* par les autres. La belle-famille d'une mère peut ne pas lui suggérer directement certaines pratiques d'allaitement, mais peut le faire par l'intermédiaire de son mari. En tant qu'influence indirecte, cette belle-famille serait un segment d'audience tertiaire.

Par exemple, les déterminants comportementaux des adolescentes plus jeunes par rapport aux adolescentes plus âgées peuvent différer dans n'importe quel contexte et devront donc être ciblés différemment. La phase formative devrait décrire ces différences avec suffisamment de détails pour que les canaux de communication appropriés et les messages ciblés qui sont en résonance avec les segments clés de l'auditoire puissent être développés de façon

appropriée dans la phase suivante. Ces descriptions détaillées de publics cibles spécifiques sont appelées 'profils d'audience'.

Phase d'élaboration

La phase d'élaboration est la clé de voûte qui relie le travail de formation de la CCSC et la mise en œuvre du programme. Le personnel du PAM chargé de la nutrition doit veiller à ce que les conclusions formatives des étapes 1 et 2 soient pleinement représentées aux étapes 3 et 4 lors de la création et de l'essai des supports de CCSC (voir la figure 9.2). Cette phase fournira des conseils sur l'élaboration de mémoires créatifs, qui serviront de modèles aux agences de communication pour l'élaboration de documents de CCSC ciblés, fondés sur les résultats formatifs. La phase d'élaboration est également un moment important pour mettre à l'essai ces documents auprès des intervenants et des membres de la collectivité avant leur mise en œuvre.

COMMENT ? Canaux de communication

Chaque segment d'audience est touché de manière plus efficace par certains canaux spécifiques. Un canal de communication est le moyen par lequel les messages seront transmis aux bénéficiaires. Il existe de nombreux canaux à choisir en fonction de l'approche CCSC utilisée (voir le tableau 9.1). Chaque canal a des forces et des limites uniques et doit donc être utilisé en combinaison avec les autres canaux pour une portée et une compréhension maximales.

Les résultats de la recherche formative devraient décrire les canaux les plus appropriés et préférés par les segments d'auditoire primaire, secondaire et tertiaire. La figure 9.3 ci-dessous est tirée d'une stratégie de CCSC élaborée pour un programme intégré de prévention des retards de croissance au Malawi. Plusieurs canaux différents (médias d'information, panneaux d'affichage, radio, démonstrations culinaires, séances de théâtre, réunions communautaires, groupes de soins, conseils de couple) ont été choisis et conçus pour influencer directement le segment du public primaire (femmes bénéficiaires) et pour le faire par le biais de segments du public secondaire (personnel des centres de soins et maris).

Figure 9.3 Les multiples canaux de communication conçus pour atteindre les femmes bénéficiaires en tant que segment d'audience principal du programme de prévention des retards de croissance au Malawi

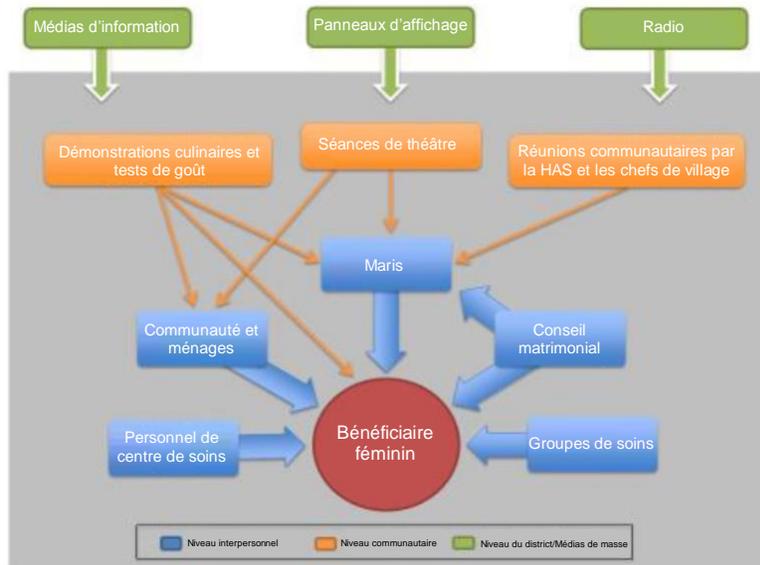
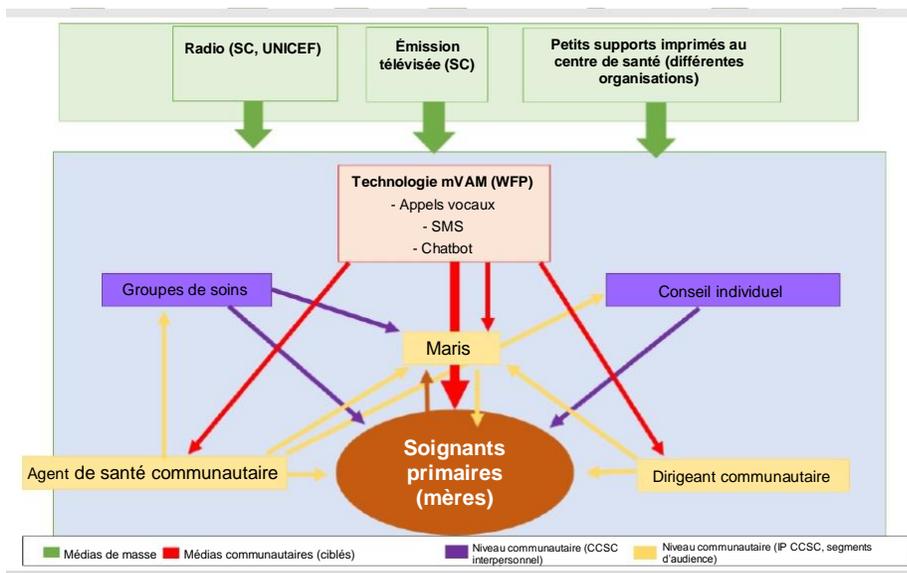


Figure 9.4 Canaux et segments d'audience à plusieurs niveaux pour atteindre les soignants/mères avec des messages sur les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) au Nigéria



SC : Save the Children

Dans certains milieux, les SMS peuvent être un moyen viable de joindre les soignants, tandis que les groupes de soins peuvent être plus efficaces dans d'autres. Dans tout programme, une combinaison stratégique de canaux de communication variés devrait être proposée pour atteindre efficacement chaque segment d'audience fréquemment et à des moments clés.

COMBIEN ? Estimation de la portée des activités de CCSC

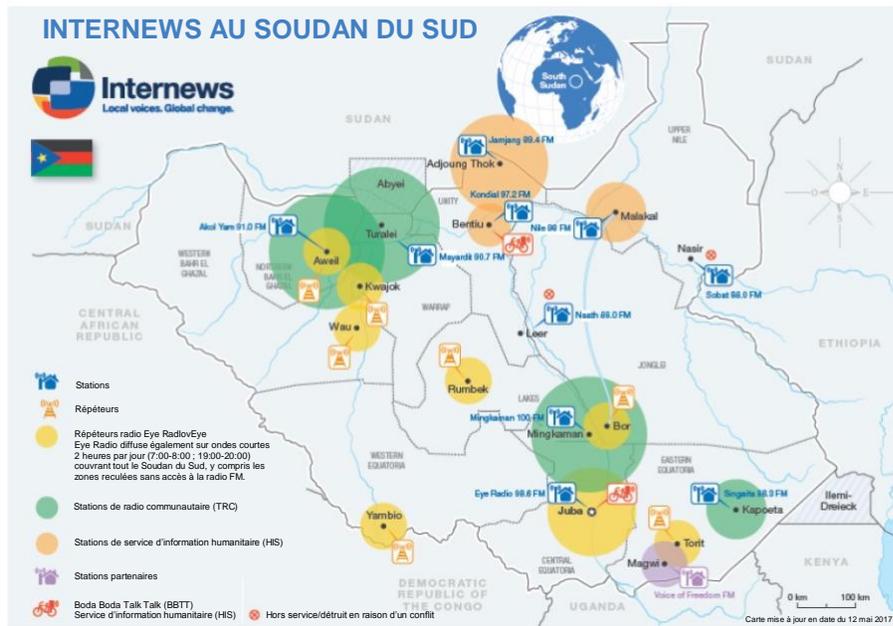
Une considération primordiale dans le choix des canaux de communication devrait être leur capacité à atteindre les bénéficiaires. Certains canaux sont mieux adaptés pour atteindre certains segments d'audience, tandis que d'autres sont mieux adaptés pour en atteindre d'autres ; tous les canaux ne toucheront pas tout le monde. Ainsi, lors de la planification, il est important d'examiner quelle combinaison de canaux permettra d'atteindre le plus efficacement possible le plus grand nombre de bénéficiaires de manière rentable. Certains canaux ont une portée plus grande, quoique moins personnelle (radio communautaire), tandis que d'autres ont une portée plus étroite (conseil individuel).

Le cadre de résultats institutionnels 2018 du PAM fixe comme objectif d'atteindre 70 % des bénéficiaires visés tout en utilisant des approches interpersonnelles¹⁹⁷ ou médiatiques¹⁹⁸ de type CCSC. Cependant, il n'existe pas de formule spécifique pour déterminer la portée de chaque canal. Chaque contexte est unique et dépend de divers facteurs. Par exemple, la portée des SMS peut être limitée par le nombre de propriétaires de téléphones mobiles et la portée du réseau. La portée des groupes de soins peut être limitée par le nombre de ménages que peuvent visiter les groupes de soins.

¹⁹⁷ Définition interpersonnelle de CCSC : diverses approches interpersonnelles, y compris 1) le conseil individuel ou de groupe (p. ex. le conseil nutritionnel pour le traitement de la MAM), 2) l'éducation individuelle ou de groupe (p. ex. les séances d'éducation nutritionnelle), 3) les groupes de soutien (p. ex. les groupes de soins et de soutien en nutrition), 4) la mobilisation communautaire par des approches interpersonnelles (p. ex. groupes thématiques sur certains sujets) et 5) les autres approches interpersonnelles de CCSC non incluses ici.

¹⁹⁸ Les divers médias utilisés dans une approche CCSC du PAM (à l'exclusion de la presse écrite) comprennent 1) les médias de masse (p. ex. le programme de télévision national), 2) les médias de taille moyenne (p. ex. la radio communautaire), 3) les médias traditionnels (p. ex. chansons, théâtre), 4) les médias sociaux (p. ex. Twitter, Facebook), 5) la technologie mobile (p. ex. les SMS, textos, appels vocaux programmés sur la nutrition), qui touche certains individus 6) les activités de mobilisation communautaire impliquant les médias (p. ex. foires de la santé, journées de la santé de l'enfant), ou 7) autres approches médiatiques de CCSC non incluses ici (à l'exclusion des médias imprimés).

Figure 9.5 Portée géographique de la radio au Soudan du Sud, Organisation Internews¹⁹⁹



Pour déterminer la portée potentielle combinée des canaux prévus dans le cadre d'une stratégie de CCSC, le personnel du PAM devrait consulter les partenaires d'exécution locaux qui contribuent à faciliter ces activités (stations de radio locales, etc.) pour obtenir des informations actualisées sur le paysage des communications (p. ex. visibilité estimée des panneaux publicitaires disponibles, portée des stations de radio communautaires, zones géographiques couvertes par les groupes de soins, propriété du téléphone mobile, etc.). Cette planification devrait avoir lieu au cours de la phase formative ou de la phase d'élaboration.

QUOI ? Élaboration de messages ciblés

Trop souvent, les programmes de nutrition ne transmettent pas efficacement des messages qui semblent sortir tout droit de manuels et mettent l'accent sur les avantages biomédicaux d'adopter un comportement nutritionnel précis.

Il existe de nombreuses façons de s'assurer que les messages sont culturellement appropriés et qu'ils atteignent les segments d'audience. Considérez les étapes ci-dessous comme une approche systématique pour l'élaboration de messages ciblés :

Les gens ne sont pas motivés par une simple présentation de faits, ce qui est l'approche typique de la nutrition, mais par des accroches émotionnelles, tels que des histoires, qui évoquent des sentiments et stimulent l'action.

Étape 1. Choisir un message nutritionnel généralisé dans les directives mondiales et/ou nationales

Étape 2. Identifier le comportement, ou l'ensemble de pratiques, pour atteindre les résultats nutritionnels souhaités

¹⁹⁹ De plus amples informations sur Internews sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.internews.org/south-sudan>

Étape 3. Examiner les résultats formatifs et la documentation pertinente pour identifier les obstacles potentiels propres à la saison et au contexte, ainsi que les facteurs favorisant l'adoption de ce comportement.

Étape 4. Adapter chaque message en utilisant les informations des étapes 1 à 3 ci-dessus, puis les combiner avec un concept clé issu d'une communication persuasive. Se reporter à la page 54 du Manuel d'orientation de CCSC pour la nutrition du PAM pour connaître les 10 techniques de communication persuasive.

Étape 5. Incorporer dans les messages des termes locaux et saillants identifiés pendant le travail formatif.

Étape 6. Traduire les messages dans les langues locales comme dernière étape avant le pré-test. Se reporter aux pages 56 à 60 du Manuel d'orientation de CCSC pour la nutrition du PAM pour des instructions détaillées concernant les pré-tests.

Les gens ne traiteront pas tous les messages en même temps, il est donc sage de ne pas submerger les bénéficiaires avec de nombreux messages sur une courte période. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce que les comportements humains changent du jour au lendemain. Envisagez d'introduire seulement quelques messages primaires, qui sont nécessaires pour atteindre les principaux résultats nutritionnels d'intérêt, avant de communiquer ensuite d'autres messages secondaires qui peuvent également être importants pour le changement de comportement, selon une approche de prestation échelonnée.

Mise en œuvre du programme de CCSC

Phase de programmation

La phase de programmation est le produit du travail initial effectué aux étapes 1 à 4 (tel que décrit à la figure 9.2 Processus d'élaboration de la CCSC). C'est l'aboutissement de l'engagement des parties prenantes, du travail de formation et d'autres travaux préparatoires nécessaires à la mise en œuvre d'une campagne de CCSC efficace et culturellement adaptée pour influencer positivement les comportements nutritionnels et les normes sociales. L'application des activités de CCSC variera selon les différents programmes de nutrition du PAM et devrait donc être modifiée en conséquence. La façon dont les activités de CCSC sont appliquées à la gestion communautaire de la malnutrition aiguë sera différente de leur mise en œuvre dans un programme de prévention des retards de croissance, par exemple. Pour tout programme, cependant, des formations (étape 5) et des activités de mise en œuvre bien planifiées (étape 6) sont nécessaires.

DURÉE ? Durée des activités de CCSC

Les activités de CCSC sont souvent mises en œuvre conjointement avec les activités de nutrition et sont souvent limitées par la disponibilité des ressources et le calendrier des programmes. Par conséquent, les activités de CCSC durent habituellement aussi longtemps que les activités des programmes de nutrition dans le cadre desquelles elles ont été réalisées. Cela dit, l'un des objectifs de la CCSC est d'apporter des changements durables en inculquant des connaissances, en changeant les attitudes et en façonnant les normes des membres de la communauté ; ainsi, les effets de la CCSC peuvent durer beaucoup plus longtemps que les programmes de nutrition, qui peuvent dépendre de ressources externes telles que la fourniture de nourriture.

Tout au long de la mise en œuvre du programme de CCSC, il est important que les activités de CCSC, y compris la formation du personnel, soient soigneusement planifiées. Un manuel détaillé de mise en œuvre de CCSC devrait être utilisé pour guider les activités du programme. Il peut comprendre plusieurs sections, telles que le contexte et les objectifs de CCSC, l'orientation de la trajectoire d'impact du programme, des calendriers bien planifiés (p. ex. le diagramme de GANTT), des structures locales de mise en œuvre pour aligner la collaboration des parties prenantes et des explications détaillées sur le 'comment faire' pour les activités de mise en œuvre.

Phase de suivi

Le suivi est un aspect fondamental du PAM. Cette phase comprend l'élaboration et la mesure d'indicateurs réalisables pour le suivi des activités de CCSC dans le cadre des programmes du PAM. Alors que l'étape 7 du processus d'élaboration de CCSC (voir la figure 9.2) est axée sur les efforts de suivi, l'étape 8 comprend l'intégration des constatations dans les programmes d'amélioration des activités. Il y a encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'élaboration d'indicateurs valides et fiables pour suivre les changements sociaux et comportementaux liés à la nutrition, tant au PAM qu'à l'échelle mondiale. Cette phase devrait inclure le suivi de la CCSC à travers les activités interpersonnelles, médiatiques et de mobilisation sociale, ainsi que l'expérimentation de nouveaux indicateurs et de méthodes de mesure innovantes pour la CCSC. Le Manuel d'orientation de la CCSC pour la nutrition du PAM²⁰⁰ et les ressources externes (p. ex. Indikit²⁰¹) offrent tous deux une aide détaillée pour le suivi.

Comment la CCSC s'inscrit-elle dans le cadre plus large de la programmation du PAM ?

L'amélioration de la nutrition exige presque toujours un certain niveau de changement de comportement. La CCSC peut aider à l'adaptation des comportements actuels, par exemple en incitant une personne à faire des choix alimentaires plus nutritifs au marché. Elle peut également servir à promouvoir l'adoption de comportements entièrement nouveaux, par exemple en aidant un ménage à ajouter des micronutriments en poudre dans des aliments complémentaires locaux, également connus sous le nom de 'enrichissement au point d'utilisation' (voir le chapitre 6.3.1). Les programmes de nutrition peuvent viser à modifier les comportements des travailleurs de première ligne qui participent à la prestation des services du programme, tels que les agents de santé de la communauté, qui transmettent des messages sur l'allaitement maternel, ainsi que les bénéficiaires qui reçoivent ces services.

²⁰⁰ <http://newgo.wfp.org/document/sbcc-guidance-manual-for-wfp-nutrition>

²⁰¹ Indikit. (2017). Indicateurs de développement et de secours pour le suivi et l'évaluation. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.indikit.net/sector/21-nutrition>

Interventions spécifiques à la nutrition

La CCSC devrait être un élément central des programmes de prévention qui visent à améliorer la nutrition en renforçant les pratiques d'ANJE pendant les 1 000 premiers jours^{202,203}. La CCSC peut communiquer les avantages et les 'comment faire' de l'allaitement maternel, de l'alimentation complémentaire, de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement et d'une bonne hygiène (AEPHA) et de l'accès aux soins. Dans le cadre des programmes d'enrichissement de masse, la CCSC peut générer une demande, accroître l'acceptabilité et assurer une utilisation appropriée des aliments enrichis tels que le riz, les céréales pour nourrissons enrichies et autres aliments et condiments enrichis (p. ex. sel iodé et huile végétale).

Dans les programmes de traitement, la CCSC peut contribuer à assurer l'adoption de services complémentaires (soins prénatals, vaccinations, soins aux jeunes enfants, etc.) et compléter les programmes d'alimentation d'appoint ciblés en créant un environnement propice à ces comportements positifs de recherche de santé. Ces programmes peuvent également servir de plateformes afin de promouvoir les pratiques optimales d'ANJE auprès des soignants, ainsi que l'amélioration des comportements alimentaires et de santé des personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose.

Les programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, qui reposent sur l'autonomisation des soignants dans le processus de traitement, nécessitent une CCSC intensive pour aider à gérer la malnutrition infantile en augmentant le nombre d'orientations, en réduisant la stigmatisation, en diminuant les taux de défaut, et en diminuant le risque de rechute. La CCSC peut servir à mobiliser des communautés entières autour de la lutte contre la malnutrition aiguë.

Interventions à dimension nutritionnelle

Bien qu'il ne s'agisse pas de la seule approche permettant de rendre les programmes à dimension nutritionnelle, la CCSC peut être utilisée dans différents programmes du PAM dans le cadre d'une stratégie plus large visant à leur donner une dimension nutritionnelle. Par exemple, les transferts monétaires peuvent améliorer l'accès à la nourriture et à la nutrition, mais la CCSC est essentielle pour aider les bénéficiaires à faire des achats alimentaires plus éclairés sur le marché, à utiliser des méthodes plus saines de préparation des aliments à la maison et à assurer une répartition équitable des aliments dans le ménage. Les programmes d'alimentation scolaire offrent aux enfants et aux adolescents d'âge scolaire une plateforme unique pour la diffusion de messages sur la santé et la nutrition.

La nutrition dans les situations d'urgence

La CCSC pour la nutrition est un aspect important de la préparation et de l'intervention d'urgence. Par exemple, la CCSC peut servir à mobiliser les populations en faveur de l'aide alimentaire générale. La CCSC devrait également compléter la fourniture d'aliments nutritifs spécialisés, qui ont tendance à être nouveaux pour la plupart des populations bénéficiaires, bénéficiant ainsi de messages et d'un soutien interpersonnel pour assurer une utilisation appropriée. Les trousseaux d'outils de CCSC pour les situations d'urgence peuvent être utiles pour réfléchir à des considérations propres aux situations d'urgence lors de la conception et de la mise en œuvre de la CCSC dans ces contextes²⁰⁴.

²⁰² <http://newgo.wfp.org/documents/first-1000-days-of-life>

²⁰³ Dewey, K.G., Reducing stunting by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: evidence, challenges, and opportunities. *Maternal & Child Nutrition*, 2016. 12(S1): p. 12.

²⁰⁴ Health Communication Capacity Collaborative [HC3]. (2016). Social and Behaviour Change Communication for Emergency Preparedness Implementation Kit. <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies>.

Il n'existe pas d'approche universelle de la CCSC dans les programmes du PAM. Chaque programme de nutrition du PAM a ses propres besoins en raison de contextes et de populations uniques, ainsi que des capacités et des ressources disponibles. Dans le cas d'une intervention d'urgence, par exemple, un processus abrégé d'élaboration d'une CCSP pourrait être plus approprié compte tenu des besoins immédiats en matière de communication et des délais limités. Les bureaux nationaux peuvent souvent tirer parti des supports existants, des études documentaires et des recherches formatives menées précédemment dans leur propre pays ou dans d'autres contextes similaires, pour adapter le processus selon les besoins. Il ne faut pas oublier que le processus n'a pas besoin d'être entièrement linéaire : parfois plusieurs étapes peuvent être effectuées en même temps ou dans un ordre différent, selon le contexte²⁰⁵.

²⁰⁵ Vous trouverez plus de détails sur chaque étape du processus dans le manuel d'orientation de la CCSC : <http://newgo.wfp.org/document/sbcc-guidance-manual-for-wfp-nutrition>

Lectures-clés et ressources supplémentaires

- Lamstein, S., et al., Evidence of effective approaches of social and behavior change communication for preventing and reducing stunting and anemia: report from a systematic review. 2014, USAID/Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project: Arlington, VA.
- Group, M., Defining Social and Behavior Change Communication (SBCC) and other essential health communication terms, in Technical Brief. 20, Manoff Group: Washington, D.C.
- McLeroy, K.R., et al., An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 1988. 15(4): p. 7.
- Hoddinott, J., et al., Nutrition behaviour change communication causes sustained effects on IYCN knowledge in two cluster-randomized trials in Bangladesh. *Maternal & Child Nutrition*, 2017: p. 10.
- Hoddinott, J., et al., Behavior change communication activities improve infant and young child nutrition knowledge and practice of neighboring non-participants in a cluster-randomized trial in rural Bangladesh. *PLOS ONE*, 2017. 12(6): p. 13.
- Kreuter, M.W., et al., Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior*, 2003. 30(2): p. 14.
- Sanghvi, T., et al., Tailoring communication strategies to improve infant and young child feeding practices in different country contexts. *Food and Nutrition Bulletin*, 2013. 34(2): p. 12.
- Slater, M.D., Theory and method in health audience segmentation. *Journal of health communication*, 1996. 1: p. 17.
- Noar, S.M., C.N. Benac, and M.S. Harris, Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 2007. 133(4): p. 21.
- Worsley, A., Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2002. 11(s3): p. 6.
- Spray, A.L., Nutrition education and behavior change communication: how much is "enough" to achieve measurable results for nutrition in social protection programs?, in *Secure Nutrition. 2017*, World Bank Group: Washington, D.C.
- Dewey, K.G., Reducing stunting by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: evidence, challenges, and opportunities. *Maternal & Child Nutrition*, 2016. 12(S1): p. 12.
- Health Communication Capacity Collaborative [HC3]. (2016). Social and Behaviour Change Communication for Emergency Preparedness Implementation Kit. <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies>.
- Health Compass. (2017). How to conduct a stakeholder workshop. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.thehealthcompass.org/how-to-guides/how-conduct-stakeholder-workshop>
- Indikit. (2017). Indicateurs de développement et de secours pour le suivi et l'évaluation. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.indikit.net/sector/21-nutrition>
- Health Communication Capacity Collaborative [HC3]. (2017). Catalog of Project
- Tools and Resources for Social and Behavior Change Communications. Disponible à l'adresse suivante : https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/02/HC3-Catalog_10MB.pdf
- Leslie, L., Whang, C., & Arnold, R. (2016). SBCC Best Practices. Disponible à l'adresse suivante : https://www.k4health.org/sites/default/files/a_selective_literature_review_on_sbcc_best_practices.pdf.

Glossaire

1 000 premiers jours :	La période entre la conception d'un enfant et son deuxième anniversaire. Les 1 000 premiers jours sont considérés comme une 'fenêtre d'opportunité' au cours de laquelle une mauvaise alimentation peut causer les effets négatifs les plus importants, mais une alimentation optimale offre les meilleures chances d'impact.
Accord de partenariat sur le terrain :	Un contrat entre le PAM et une ONG partenaire sur le terrain, qui définit clairement les rôles et responsabilités des deux organisations.
Aide alimentaire générale (GFA) :	Programme du PAM qui distribue une combinaison de produits alimentaires ou de transferts en espèces, généralement en fonction des besoins nutritionnels, à une population sinistrée.
Aliments nutritifs spécialisés :	Une gamme de produits alimentaires qui fournissent divers niveaux d'énergie, de micronutriments et de macronutriments nécessaires à la croissance et à la santé pour prévenir ou traiter la dénutrition. Les aliments nutritifs spécialisés sont souvent définis ou catégorisés comme suit : les aliments composés enrichis et les suppléments nutritifs à base de lipides. Les types d'aliments nutritifs spécialisés les plus courants sont les aliments thérapeutiques ou complémentaires prêts à l'emploi.
Analyse des capacités d'intervention :	Un examen de l'environnement opérationnel, qui permet une prise de décision appropriée pour les programmes de nutrition.
Analyses de la situation nutritionnelle :	Une évaluation de l'état nutritionnel d'une population, ainsi que des principaux problèmes nutritionnels et de leurs caractéristiques. Les analyses de la situation nutritionnelle fournissent les informations nécessaires à la conception et à la mise en œuvre des programmes de nutrition.
Anthropométrie :	Mesures corporelles utilisées comme indicateurs de la croissance et de l'état nutritionnel d'une personne.
Apport alimentaire :	Une méthode pour évaluer le risque de mauvais état nutritionnel. Les sondés fournissent des renseignements relatifs à leur régime alimentaire au moyen de journaux alimentaires, de rappels sur 24 heures, de questionnaires ou d'entretiens.
Assistance alimentaire contre biens communautaires (FFA) :	Programme du PAM qui distribue des produits alimentaires en nature ou des transferts en espèces pour répondre aux besoins alimentaires immédiats, tandis que les bénéficiaires construisent ou renforcent des actifs qui leur permettront d'améliorer leurs moyens de subsistance.
Besoins nutritionnels :	La quantité d'énergie, de protéines, de lipides et de micronutriments nécessaires pour qu'une personne puisse mener une vie saine.
Carence en micronutriments :	Un état de malnutrition causé par un manque de vitamines ou de minéraux essentiels nécessaires à la croissance et au développement, à un système immunitaire sain et au bon fonctionnement de l'organisme. Les gens souffrent souvent de plus d'une déficience à la fois, mais peuvent néanmoins ne présenter aucun signe ou symptôme. Par conséquent, la carence en micronutriments est parfois appelée 'faim cachée'.
Comblent les carences en nutriments :	Un outil d'analyse de la situation et de prise de décision qui fournit un cadre pour la collaboration multisectorielle. Cet outil recense les obstacles contextuels à un apport

	adéquat en nutriments parmi des groupes cibles spécifiques et modélise des options de mesures rentables pour améliorer l'apport alimentaire et l'état nutritionnel.
Communication pour le changement de comportement (CCC) :	L'application de la communication interactive, basée sur la théorie, visait principalement à changer les pratiques au niveau individuel, sans trop se concentrer sur les facteurs de l'environnement plus large ou du changement social.
Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) :	Un ensemble d'approches, d'activités et d'outils de communication fondés sur des données probantes utilisés pour influencer positivement les comportements.
Conseil en nutrition :	Un échange transactionnel individuel, généralement conçu pour transmettre un ensemble standard de messages aux bénéficiaires, tout en leur offrant divers choix et stratégies pour améliorer leur santé et leur nutrition.
Dénutrition :	Apport insuffisant en macronutriments et/ou micronutriments, ce qui entraîne une carence nutritionnelle.
Diversité alimentaire :	Terme utilisé pour désigner la consommation d'un bon équilibre d'aliments différents visant à fournir tous les macronutriments et micronutriments nécessaires à une croissance saine et une vie productive. La diversité alimentaire est indiquée par le nombre de groupes alimentaires consommés au cours d'une période donnée. Elle peut être considérée comme l'un des indicateurs de la sécurité alimentaire des ménages et peut indiquer la qualité de l'alimentation des ménages ou des individus en fonction de la façon dont l'indicateur est mesuré.
Double fardeau de la malnutrition :	La coexistence de la dénutrition avec la surcharge pondérale et l'obésité, ou des maladies non transmissibles liées à l'alimentation, chez les individus, les ménages et les populations.
Éducation à la nutrition :	Approche de communication en matière de santé utilisée dans les milieux où les personnes reçoivent de l'information en fonction d'un programme d'études normalisé. Dans le cadre du PAM, l'éducation nutritionnelle s'adresse le plus souvent aux élèves des écoles.
Émaciation :	Perte de poids rapide récente ou absence de prise de poids, définie comme étant un P/T debout <-2 chez les enfants de moins de 5 ans. (Voir le chapitre 2 pour plus d'informations sur le Z-score poids-pour-taille, ainsi que pour les mesures anthropométriques et les seuils de malnutrition aiguë dans tous les groupes d'âge.)
Énergie/apport énergétique total :	L'énergie provenant des aliments est obtenue en consommant des glucides, des graisses et/ou des protéines. Elle peut être mesurée en kilocalories (kcal). Par exemple, une pomme fournit environ 100 kcal. Le nombre total de kilocalories consommées quotidiennement représente une mesure de l'apport énergétique total d'une personne.
Enrichissement au point d'utilisation :	Processus d'enrichissement qui se produit au point de consommation d'aliments pré-préparés.
Enrichissement de masse :	L'ajout de micronutriments aux aliments couramment consommés (comme la farine de blé, la farine de maïs, le riz, le sel et l'huile) pour améliorer la qualité nutritionnelle et offrir un avantage pour la santé publique.
Enrichissement :	L'ajout de micronutriments aux aliments.
Environnement favorable :	En ce qui concerne la nutrition, les processus politiques qui créent et maintiennent l'élan nécessaire à la mise en œuvre efficace des mesures visant à réduire la dénutrition.

État nutritionnel :	La santé d'une personne, influencée par l'apport et l'utilisation des nutriments. L'état nutritionnel d'un individu est le résultat d'un large éventail de facteurs, dont la sécurité alimentaire.
Évaluation biochimique :	L'examen des métabolites spécifiques trouvés dans les fluides corporels, afin de déterminer les carences et les anomalies dans le métabolisme des nutriments.
Évaluation clinique :	L'identification des signes et symptômes observables pour diagnostiquer la malnutrition.
Examen stratégique 'Faim Zéro' :	Un exercice dirigé par les pays qui détermine les actions collectives nécessaires pour atteindre l'objectif 2 du développement durable à l'horizon 2030. Il fournit des analyses complètes des défis spécifiques à chaque pays en matière de sécurité alimentaire et de nutrition grâce à des consultations inclusives avec un large éventail de parties prenantes gouvernementales, la société civile, le secteur privé, les donateurs et les organisations internationales.
Fortifiant :	Micronutriment (vitamine ou minéral) choisi pour fortifier les aliments.
Groupe de soins :	Un type d'approche de communication interpersonnelle où le soutien de groupe, sous forme d'interaction sociale et de conseil, est fourni aux individus et aux ménages.
Hydrates de carbone/Glucides :	Catégorie de macronutriments constituée principalement d'amidons, de sucres et de fibres. Les grains entiers, les tubercules et les légumineuses sont des sources courantes.
Incidence du VIH :	Le nombre de nouvelles personnes qui contractent l'infection du VIH au cours d'une période donnée dans une population donnée.
Indice nutritionnel :	Un indice nutritionnel est un indicateur de l'état nutritionnel obtenu en mettant en relation la mesure anthropométrique d'un enfant avec la mesure attendue d'une population de référence, en bonne santé, du même âge et du même sexe. Par exemple, le rapport poids/taille est un indice nutritionnel couramment utilisé pour refléter la malnutrition aiguë dans les évaluations nutritionnelles.
Information, éducation et communication (IEC) :	L'une des premières approches mises au point pour améliorer les comportements en matière de santé et de nutrition. Elle part du principe que le fait de fournir aux gens une base éclairée pour faire des choix leur permettra d'obtenir des changements de comportement positifs.
Lipides (graisses et huiles) :	Une catégorie de macronutriments à base d'acides gras qui constituent une importante source d'énergie. Les lipides aident également l'organisme à absorber les vitamines liposolubles. Certains lipides sont importants pour le développement du cerveau, la cognition et l'acuité visuelle. Les noix, les graines, le beurre, le lait et le poisson sont des sources courantes.
Macronutriment :	Composant alimentaire qui apporte de l'énergie (kcal) et dont la quantité consommée dans une journée se mesure en grammes. Les glucides, les protéines et les graisses qui constituent l'essentiel de l'alimentation et répondent à la plupart des besoins énergétiques sont des macronutriments courants.
Malnutrition aiguë globale (MAG) :	Un indicateur indirect de la gravité d'une crise alimentaire ou nutritionnelle. La malnutrition aiguë au niveau de la population est estimée sur la base de la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. La prévalence de la MAG se réfère aux enfants classifiés avec la malnutrition aiguë modérée (MAM), plus les enfants classifiés avec la malnutrition aiguë sévère (MAS).

Malnutrition aiguë modérée (MAM) :	Forme de malnutrition aiguë qui expose l'enfant à un risque plus élevé de décès et de maladie qu'un enfant bien nourri. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, la MAM est définie par un P/T debout <-2 à >-3 , un PB <125 mm à >115 mm, ou une combinaison des deux. Pour les classifications des MAM dans d'autres groupes d'âge, voir le chapitre 2, tableau 2.3. Le PAM est l'institution des Nations Unies qui a pour mandat de traiter la MAM.
Malnutrition aiguë sévère (MAS) :	La forme la plus grave de malnutrition aiguë qui expose un enfant à un risque très élevé de décès et de maladie par rapport à un enfant bien nourri. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, la MAS se définit par un P/T debout <-3 , un PB <115 mm, la présence d'un œdème bilatéral prenant le godet – ou une combinaison des trois. Pour les classifications de la MAS dans d'autres groupes d'âge, voir le chapitre 2, tableau 2.3. L'UNICEF est l'institution des Nations Unies qui a pour mandat de traiter la MAS.
Malnutrition aiguë :	Perte de poids soudaine ou œdème causé par une diminution de la consommation alimentaire et/ou une maladie. Chez les enfants de moins de 5 ans, la malnutrition aiguë est identifiée par des Z-scores poids-pour-taille (P/T debout), le périmètre brachial (PB) ou un œdème bilatéral prenant le godet. Chez les adolescents, elle est mesurée par l'indice de masse corporelle (IMC) pour les Z-scores d'âge. Chez les femmes enceintes et allaitantes, elle est mesurée par le PB. Chez les hommes adultes et les femmes qui ne sont pas enceintes ou qui n'allaitent pas, elle est mesurée par l'IMC. (Voir le chapitre 2 pour les valeurs limites.)
Malnutrition chronique :	Forme de dénutrition qui survient au cours d'un lent processus cumulatif en raison d'une alimentation inadéquate, d'infections répétées, ou des deux. Un indicateur de malnutrition chronique est le retard de croissance. Parmi les autres effets, mentionnons un développement cognitif et physique sous-optimal. Certaines conséquences négatives de la malnutrition chronique peuvent être irréversibles.
Malnutrition :	Terme général qui recouvre à la fois la dénutrition et la surnutrition. La malnutrition survient lorsque l'apport en nutriments ou en énergie ne répond pas ou dépasse les besoins d'une personne pour maintenir sa croissance, son immunité, ses fonctions organiques et une vie saine.
Marketing social :	Approche utilisée pour influencer les comportements qui profitent aux individus et aux communautés, en tenant compte de la planification des produits, du placement, de la tarification, de la communication, de la distribution et de la recherche marketing.
Messages ciblés :	Messages élaborés spécifiquement pour un certain segment d'audience.
Micronutriment :	Composant alimentaire qui ne fournit pas d'énergie (kcal) et dont la quantité consommée quotidiennement se mesure le plus souvent en milligrammes ou en microgrammes. Les micronutriments comprennent les vitamines et les minéraux. Bien qu'ils ne soient consommés qu'en petites quantités, les micronutriments sont essentiels à la vie.
Mis en défaut :	Un bénéficiaire d'un programme de traitement dont le traitement a été interrompu pendant deux mois consécutifs ou plus.
Mobilisation communautaire :	Un processus qui consiste en des activités de sensibilisation et de mobilisation au niveau communautaire qui visent à assurer de multiples niveaux d'influence sur les résultats comportementaux.
Multisectoriel :	Une stratégie dans laquelle toutes les parties prenantes sont impliquées (société civile, partenaires au développement, secteur privé, gouvernements) et les ministères de multiples secteurs travaillent ensemble (par exemple, santé, agriculture et alimentation, éducation, eau et assainissement, genre, protection sociale, industrie et commerce, emploi et travail).

Nutriment :	Substance qui fournit une nourriture essentielle à la croissance, à la reproduction et à la santé. Les nutriments se divisent en deux catégories : les macronutriments qui sont consommés en plus grande quantité par jour, et les micronutriments qui sont consommés en très petite quantité mais qui sont essentiels à la vie.
Nutrition :	L'ensemble du processus d'obtention de la nourriture, de consommation de cette nourriture, d'absorption de ses nutriments et de son énergie.
Observance du traitement :	Mesure dans laquelle le comportement d'un client souffrant du VIH/sida ou de la tuberculose coïncide avec le régime de soins de santé prescrit, comme convenu dans le cadre d'un processus décisionnel partagé entre le patient et le prestataire de soins de santé. La capacité de s'en tenir à ce schéma d'utilisation est définie comme une observance à 100 %, tandis qu'une observance à >95 % est acceptée comme une observance optimale.
Œdème bilatéral prenant le godet :	Effusion anormale de liquide dans les cellules des espaces tissulaires ou des cavités du corps des deux côtés du corps à la suite de graves carences nutritionnelles. Un enfant souffrant d'œdème bilatéral prenant le godet est considéré comme souffrant de malnutrition sévère, quel que soit son rapport poids/taille (Z-score ou PB).
Orphelins et enfants vulnérables :	Dans le présent manuel : <ul style="list-style-type: none"> • Un orphelin est un enfant âgé de 0 à 17 ans dont la mère ou le père, ou les deux, sont décédés à cause du VIH et du sida. • Un enfant vulnérable est une personne âgée de moins de 18 ans qui est rendue vulnérable, ou dont le ménage est rendu vulnérable, par le VIH/sida et la tuberculose.
Parcours d'incidence du programme :	Chemins plausibles décrivant les différents liens de causalité par lesquels les intrants et les activités d'un programme sont censés contribuer aux résultats nutritionnels globaux.
Partenaire coopérant (PC) :	Les partenaires du PAM, généralement des organisations non gouvernementales (ONG) qui appuient l'exécution des programmes du PAM sur le terrain.
Population de référence :	Une population en bonne santé qui démontre une distribution attendue de variance dans les mesures corporelles en l'absence de malnutrition. Les valeurs de référence de l'étalon de croissance de l'OMS sont basées sur des enquêtes menées auprès d'enfants en bonne santé dont les mesures constituent une référence internationale pour déterminer le statut anthropométrique d'un individu.
Populations clés :	Dans les programmes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, le terme préféré pour désigner les groupes de population suivants : les hommes gays et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et leurs clients, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus et autres personnes incarcérées. L'expression 'populations clés à haut risque' peut aussi être utilisée de façon plus générale, en faisant référence à d'autres populations qui sont les plus exposées au risque de contracter ou de transmettre le VIH, quel que soit le contexte juridique et politique.
Poudres de micronutriments :	Sachets contenant des micronutriments sous forme de poudre, qui peuvent être ajoutés à tout aliment semi-solide ou solide prêt à la consommation.
Prémélange :	Un mélange de vitamines et/ou de minéraux utilisés dans l'enrichissement.
Prévalence du VIH :	Nombre de personnes vivant avec le VIH à un moment donné, exprimé en pourcentage de la population totale.

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) :	Également appelée prévention de la transmission verticale, il s'agit d'interventions visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ou l'allaitement.
Programmes à dimension nutritionnelle :	Interventions portant sur les déterminants fondamentaux et sous-jacents de la malnutrition, à savoir la sécurité alimentaire, les soins et l'accès aux services de santé et à un environnement sûr et hygiénique. Les programmes à dimension nutritionnelle portent également sur l'environnement favorable, par le biais d'une assistance technique aux gouvernements, y compris la fourniture de conseils sur les politiques dans des secteurs complémentaires.
Programmes d'alimentation d'appoint ciblés :	Composante du programme du PAM pour le traitement de la MAM caractérisée par la fourniture régulière d'aliments nutritifs spécialisés aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë. L'admission et la sortie du programme dépendent de l'état nutritionnel.
Programmes généraux de supplémentation alimentaire :	Élément de programme du PAM pour la prévention de la malnutrition aiguë, défini comme la fourniture régulière d'aliments nutritifs spécialisés aux personnes vulnérables pendant une période donnée. L'inscription au programme ne dépend pas de l'état nutritionnel mais de l'évaluation des risques. Les rations des programmes généraux de supplémentation alimentaire ne sont pas destinées à remplacer un régime alimentaire normal ou à perturber l'allaitement ; elles doivent être consommées en complément du régime alimentaire habituel.
Programmes spécifiques à la nutrition :	Interventions portant sur les déterminants immédiats de la malnutrition, à savoir l'insuffisance de l'apport alimentaire et nutritionnel et les maladies.
Protéine :	Catégorie de macronutriments fabriqués à partir d'acides aminés. Les acides aminés fournissent de l'énergie et sont les éléments constitutifs des tissus de l'organisme. Les acides aminés essentiels ne peuvent pas être produits par l'organisme et doivent être obtenus par l'alimentation. La volaille, le poisson, la viande, les légumineuses et les haricots sont des sources courantes.
Recherche formative :	Recherche descriptive, souvent à l'aide de méthodes qualitatives et ethnographiques, telles que des entretiens approfondis, des observations directes et des discussions de groupe, généralement menée avant un programme ou une intervention, afin d'en éclairer la conception et la mise en œuvre.
Repas scolaires :	Programmes dans le cadre desquels le PAM fournit directement des repas scolaires aux enfants ou renforce la capacité des gouvernements à améliorer les programmes nationaux d'alimentation scolaire.
Retard de croissance :	Indicateur de malnutrition chronique, se manifestant par le fait que l'enfant de moins de 5 ans est trop petit pour son âge. Le retard de croissance est mesuré par le score Z de la taille par rapport à l'âge (voir le chapitre 2 pour plus d'informations sur le score Z de la taille par rapport à l'âge). Certains résultats négatifs associés au retard de croissance peuvent être irréversibles ; il convient donc de prévenir le retard de croissance.
Sécurité alimentaire :	Accès physique et économique à une alimentation suffisante, saine et nutritive qui répond aux besoins diététiques pour une vie saine et active.
Segment d'audience :	Sous-groupes homogènes d'une population dont les membres présentent des caractéristiques sous-jacentes similaires d'un comportement. Par exemple, les adolescents peuvent être divisés en un segment qui s'intéresse au sport et un segment qui s'intéresse au théâtre. Cette segmentation peut être utilisée pour mieux cibler les canaux afin de mieux

	atteindre ces différents groupes dans la communication pour le changement social et comportemental (CCSC).
Sensible au genre :	Une intervention qui tient compte des besoins, intérêts, capacités et contextes spécifiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons et qui vise à y répondre, mais qui ne traite pas des relations entre les sexes ou de la répartition du pouvoir entre hommes et femmes.
Soutien au marché des petites exploitations agricoles :	Les programmes du PAM qui permettent aux petits exploitants agricoles d'accéder aux marchés officiels et de former des associations pour négocier des prix équitables, vendre plus de produits, réduire leurs coûts de transaction et élargir leur clientèle.
Supplément nutritionnel à base de lipides large quantité (LNS-LQ) :	Produit alimentaire nutritif spécialisé, riche en lipides (matières grasses) et présenté sous forme de sachets prêts à consommer contenant à la fois des macro- et des micronutriments, ainsi que des acides gras essentiels. Les LNS-LQ sont conçus pour traiter la croissance linéaire (taille), le développement du nourrisson et les carences en micronutriments.
Surnutrition :	La surconsommation d'énergie, ou d'un ou plusieurs nutriments, qui peut entraîner des maladies liées à la nutrition.
Surpoids et obésité :	Accumulation anormale ou excessive de graisse. La surcharge pondérale et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour un certain nombre de maladies non transmissibles, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer.
Thérapie antirétrovirale (TAR) :	Combinaison d'au moins trois médicaments antirétroviraux pour supprimer le virus VIH et ralentir la progression de l'infection au VIH. Trois médicaments sont utilisés pour réduire la probabilité que le virus développe une résistance. La TAR a le potentiel de réduire les taux de mortalité et de morbidité chez les personnes infectées par le VIH et d'améliorer leur qualité de vie. Avec la TAR, l'infection au VIH est devenue une maladie chronique plutôt qu'une maladie 'mortelle'.
Traitement sous surveillance directe de courte durée :	L'approche recommandée à l'échelle internationale pour lutter contre la tuberculose, qui est au cœur de la stratégie 'Halte à la tuberculose'. Le traitement sous surveillance directe de courte durée comprend le dépistage précoce des cas grâce à une bactériologie de qualité ; un traitement normalisé avec supervision directe et soutien du patient, souvent par un membre de la famille ; et un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments. Le traitement sous surveillance directe de courte durée dure 6 à 9 mois.
Vision socio-écologique :	Comprendre que les comportements en matière de santé et de nutrition sont influencés par des facteurs à différents niveaux, et pas seulement par l'individu.
Z-score :	Mesure de la distance entre l'indice nutritionnel d'un individu pour une mesure anthropométrique donnée et la mesure attendue d'une population de référence en bonne santé. La distance est exprimée en termes d'écart-type par rapport à la moyenne.