



Action contre la Faim- International

L'ESSENTIEL - NUTRITION ET SANTÉ

Des clés pour comprendre la nutrition-santé
et le positionnement d'ACF



FRANCE

4 rue de Niepce
75662 Paris cedex 14 France
Tél : +33 1 43 35 88 88
info@actioncontrelafaim.org
www.actioncontrelafaim.org

ESPAGNE

C/Caracas 6, 1°
28010 Madrid, España
Tél : +34 91 391 53 00
ach@achesp.org
www.accioncontraelhambre.org

ANGLETERRE

First Floor, rear premises,
161-163 Greenwich High Road
London, SE10 8JA, UK
Tél : +44 208 293 6190
info@aahuk.org
www.aahuk.org

ETATS UNIS

247 West 37th Street, 10th Floor Suite #1201
New York, NY 10018 USA
Tél : +1 212-967-7800
Toll free : 877-777-1420
info@actionagainsthunger.org
www.actionagainsthunger.org

CANADA

1150, boulevard St-Joseph est
Bureau 302
Montréal, QC
H2J 1L5, Canada
Tél : +514 279-4876
info@actioncontrelafaim.ca
www.actioncontrelafaim.ca

L'ESSENTIEL

Des clés pour comprendre la nutrition-santé
et le positionnement d'ACF

Département Scientifique et Technique
Secteur Nutrition - Santé
Action contre la Faim - International



INTRODUCTION

GUIDE D'UTILISATION

Ce document, à vocation interne, a pour but d'aider à mieux comprendre les enjeux et avancées techniques et de préciser les différents positionnements d'ACF en matière de Nutrition-Santé. Il est destiné à l'ensemble des acteurs du siège et du terrain, quel que soit leur niveau d'expertise dans ce domaine.

L'essentiel est composé de fiches techniques qui abordent chacune un thème précis en lien avec la Nutrition et la santé. Aussi il est préférable de l'utiliser comme un outil que l'on consulte au gré des sujets que l'on souhaite approfondir. Il ne faut pas le voir comme un ouvrage à lire du début à la fin, d'une traite.

Il sera utile pour les Directeurs pays afin d'approfondir leurs connaissances sur le positionnement d'ACF en matière de nutrition et de santé en général. Il pourra aussi leur servir de support ponctuel comme dans le cadre de la préparation d'une réunion avec un bailleur de fonds qui poserait des questions quant à notre approche en matière de Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) par exemple. Dans ce cas, la fiche de briefing à laquelle il se référera devrait lui permettre de mieux saisir les enjeux, références et positionnement d'ACF à ce sujet.

Cet ouvrage a aussi et surtout vocation à être utilisé comme un outil de briefing et de formation, les chefs de départements techniques (les autres secteurs peuvent aussi utiliser ce guide) pourront ainsi s'assurer que leurs équipes expatriées ou nationales maîtrisent les sujets importants liés à leurs contextes et le positionnement technique d'ACF. Nous recommandons donc l'utilisation systématique de cet outil à l'arrivée des personnels expatriés et nationaux sur leur poste, un calendrier de lecture avec priorisation des fiches (par semaine par exemple) devra être proposé.

Au début de ce document vous trouverez un lexique des acronymes afin de faciliter la compréhension du vocabulaire technique utilisé au sein d'ACF.

Pour faciliter la lecture des fiches de briefing vous pouvez vous accompagner du glossaire publié par le secteur nutrition santé fin 2011 qui offrira un large éventail de définitions ayant trait aux sujets évoqués.

Cet outil qui vous est proposé est perfectible, les positionnements peuvent évoluer, aussi votre contribution en tant qu'“utilisateur de l'essentiel”, sera grandement appréciée. Nous vous remercions par avance pour les précieux retours que vous nous apporterez et qui nous permettront des mises à jours régulières.



INFORMATIONS LÉGALES

DÉCLARATION CONCERNANT LES DROITS D'AUTEUR

© Action contre la Faim - France

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc....) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à promouvoir l'accès du public aux informations relatives à ses initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim en général. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Toutefois, ACF n'assume aucune responsabilité quant aux informations que contient le présent document.

Ces informations :

- Sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale ;
- Ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ;
- Renvoient parfois à des documents ou sites extérieurs sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité ;
- Ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences posées dans les législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

Conception graphique : Céline Beuvin

Photo de couverture : © ACF, Christina Lionnet – Tchad

Achevé d'imprimer en novembre 2012 sur les presses de Cap impression :

9 rue Salvator Allende - ZI des glaises - 91120 Palaiseau

Imprimé sur papier recyclé Cyclus Print

Dépôt légal : Novembre 2012

© Action contre la Faim 2012, 4 rue Niepce 75662 Paris cedex 14

Pour nous soutenir, consultez nos sites : www.actioncontrelafaim.org

REMERCIEMENTS

Ce livre est le fruit d'un travail d'équipe du secteur nutrition-santé d'après une idée d'Anne-Dominique Israël, Référent Secteur Nutrition-Santé à ACF-France, qui a mené la rédaction du document avec le support de Nicolette Van der Linden, Aurélie Rozet, Emilie Robert et Roselyne Monin.

Certains chapitres ont été écrits en collaboration avec Rebecca Brown (Expert Nutrition et sécurité alimentaire ACF-IN) Elisa Domínguez (Référent Nutrition, ACF-Espagne), Marie-Sophie Whitney (Référent Nutrition, ACF-US), Sandra Mutuma (Référent plaidoyer Nutrition, ACF-UK), Arnaud Jeannin (Médecin Référent, ACF-France), Alice Schmidt (Health policy advisor), Cécile Salpeteur (Référent recherche Nutrition, ACF-France), Phil James (Nutritionniste, pool d'urgence, ACF-UK), Saul Guerrero (Evaluations Learning and Accountability Advisor, ACF-UK) et Elise Rodriguez (Référent plaidoyer nutrition, ACF-France).

Deux chapitres sont des mises à jour de documents rédigés avant 2008 par Caroline Wilkinson (ancienne Responsable programmes nutrition santé Asie pour ACF).

Merci également à tous ceux travaillant dans le secteur nutrition-santé à ACF-France pour leurs contributions, notamment pour leurs témoignages sur les actions mises en place sur le terrain. Merci à Danka Pantchova pour la relecture du document final et pour ses suggestions.

Un merci spécial à Roselyne Monin et June Hirsh qui ont relu l'ensemble de l'ouvrage et suivi les travaux de mise en page et d'édition.



ACRONYMES

ACF	Action Contre La Faim (Réseau international)
ACF-Canada	Action Contre la Faim - Canada (Montréal)
ACF-France	Action Contre la Faim - France (Paris)
ACF-Spain	Action Contre la Faim - Espagne (Madrid)
ACF-UK	Action Contre la Faim - United Kingdom (Londres)
ACF-US	Action Contre la Faim - United States (New-York)
AFASS	Acceptabilité, Faisabilité, Abordable en prix, Soutenabilité, Sécurité
AMAI	Initiative Plaidoyer de la Malnutrition Aigüe
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APR	Activity Progress Report
ARV	Anti Rétroviral
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CAP	Cadrage des Actions Prioritaires
CDC	Centre de Crise (Ministère Affaires étrangères Français)
CDC	Centre for Disease Control and Prevention (Atlanta)
CMAM	Community based Management of Acute Malnutrition
CSB	Corn Soya Blend
CTC	Community-based Therapeutic Care
CV	Coefficient de Variation
DHS	Demographic & Health Survey
ENN	Emergency Nutrition Network
FAO	Food and Agriculture Organization (UN agency)
FARN	Foyer d'Apprentissage de Réhabilitation Nutritionnelle
GHI	Global Hunger Index
IBFAN	International Baby Food Action Network
IFE	Infant Feeding in Emergency
IFPRI	International Food Policy Research Institute
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée

MAMI	Management of Acute Malnutrition in Infant
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (cf. glossaire nutrition)
NCA	Nutrition Causal Analysis
OFDA	Office of U.S. Foreign Disaster Assistance
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial (agence ONU)
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe
PCMA	Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe
RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
RUTF	Ready to Use Therapeutic Food
SC-UK	Save the Children - United Kingdom
SC-US	Save the Children - United States
SICIAV	Systèmes d'Information et de Cartographie sur l'Insécurité Alimentaire et la Vulnérabilité
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SMART	Spécifiques, Mesurables, Réalisables, Pertinent et en Temps opportun
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SUN	Scaling Up Nutrition
TSS	Technique de Supplémentation par Succion
UCL	University College of London
UN	United Nation
UNHCR	United Nation Haut-Commissariat of Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
WFP	World Food Programme (UN agency)



SOMMAIRE

ACRONYMES	8
INTRODUCTION - GUIDE D'UTILISATION	5
HISTORIQUE SECTEUR NUTRITION-SANTÉ CHEZ ACF	13
SECTEUR NUTRITION-SANTÉ : LES AXES PRIORITAIRES (2011-2015) - ACF-FR	33
LES CHIFFRES DE LA FAIM	47
INTRODUCTION À LA SANTÉ PUBLIQUE	63
LA NUTRITION EN 5 MINUTES	73
MÉCANISMES D'INSTALLATION DE LA SOUS-NUTRITION	85
ACF & LA SANTÉ	93
ALIMENTATION DU NOURRISSON & DU JEUNE ENFANT	101
ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE	117
ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGÛE MODÉRÉE	131
LES PRODUITS NUTRITIONNELS	139
MALNUTRITION CHRONIQUE	147
LE DOUBLE FARDEAU DE LA MALNUTRITION	155
VIH & NUTRITION	161
LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	175
PROGRAMMES ET INITIATIVES DE SANTÉ MATERNELLE & INFANTILE	189
LE CALENDRIER SAISONNIER MULTISECTORIEL	201
COMPRENDRE LE PLAIDOYER EN NUTRITION	209
CLUSTER NUTRITION : NOTIONS DE BASE	217
ANNEXES	231





HISTORIQUE SECTEUR NUTRITION-SANTÉ¹ CHEZ ACF

© Serge Arnal - Haïti



Objectif du document :
Connaitre l'historique en Nutrition-Santé chez ACF.

1 - Le département technique et scientifique d'ACF recouvre plusieurs secteurs (métiers) qui peuvent aussi être nommé domaines d'activité: Secteur nutrition santé, Secteur Sécurité alimentaire... etc...



Il y a longtemps, pour parler de la malnutrition, on disait² ...

Dates	Termes	Notes
1900 - 1930	Distrofi a Pluricarencial	Terme utilisé par les 1 ^{ers} travailleurs latino-américain signifiant “état de carences multiples”.
1935	Kwashiorkor	De la langue Ga (Ghana) d’Afrique de l’Ouest dont la traduction est “la maladie de l’enfant déchu”.
1955	Déficiencia en proteínas	Terme qui reflète la réflexion à l’époque sur la principale cause du kwashiorkor.
1959 - 1960	Malnutrition Protéino-calorique (MPC) Malnutrition Protéino-énergétique (MPE)	- MPC introduite fin des années 1950. - Evolue vers la malnutrition protéino-énergétique (MPE). - Utilisé pour couvrir l’ensemble de la malnutrition autre que les états induits par des carences en nutriments spécifiques (carence en Vit C = scorbut). - Terme encore largement utilisé.
Années 1980 - 90	Malnutrition en Nutriments et Energie (MNE)	- Pour exprimer que la carence d’autres nutriments (zinc, Vit. A,...) que la protéine contribue à la malnutrition et au retard de croissance. - Terme peu utilisé.
Années 1990	Malnutrition en micronutriments	Se réfère aux carences en micronutriments clés : Vit. A, iode, et fer.
Fin années 1990	Malnutrition	Terme très utilisé par les organisations internationales telles qu’UNICEF pour se référer à la MNE et à la croissance défailante.

2 - Traduction d’après la Chronologie de la terminologie de la malnutrition - Nutrition and health in developing countries - Richard D. Semba/Martin W. Bloem (2008)

Avant la création d'ACF, quelques dates...

- **1909** : La nutrition est reconnue comme discipline scientifique.
- **1912** : 1^{ère} utilisation du terme vitamines. Les maladies comme la pellagre, scorbut, béribéri ou rachitisme étaient reconnues depuis longtemps comme résultantes de l'absence de fruits spécifiques dans l'alimentation quotidienne.
- **1915** : Découverte de nombreuses vitamines.
- **1930s** : Utilisation du terme Kwashiorkor alors que la 1^{ère} description de la maladie fut en 1865 au Mexique.
- **1948** : Le droit à l'alimentation est reconnu depuis l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme.
- **1969** : Crise du Biafra, l'UNICEF fait de la réhabilitation nutritionnelle en utilisant une « recette maison » : 100 gr de K-mix (poudre à base de caséine, une protéine de lait) + 6 gr huile + 1 l d'eau.
- **Fin des années 60/années 1970** : Mouvement des « french doctors » qui va lancer l'idée d'un volontariat médical organisé, et de nombreuses ONG vont voir le jour. Jean-Christophe Rufin (ancien président d'ACF) parle de « sans-frontiérisme ».
- **1974** : Utilisation de lait à haute densité énergétique lors de la famine au Bangladesh (travaux des années 60 par l'équipe du Dr Waterlow).

Lors de la **conférence mondiale de l'alimentation à Rome**, la **malnutrition est reconnue comme un problème d'apport alimentaire général** et plus comme un problème de carence protéinique. La principale cause identifiée est la pauvreté.

- **1975** : L'UNICEF & l'OMS développent une nouvelle stratégie d'aide aux services de santé primaire dont un volet concernant l'amélioration de la nutrition de l'enfant.
- **1977** : Création du Standing Committee on Nutrition (SCN) du Système des Nations Unies (NU). Création des normes et références NCHS (index P/T exprimé en % de la médiane).
- **1978, Alma Alta** : La Conférence internationale sur les soins de santé primaires.
- **1979, Création d'ACF** : « *Parler de la faim dans le monde installé dans son fauteuil c'est très bien, ce serait pourtant mieux de faire quelque chose* ». Ainsi résumée par Françoise Giroud, cette prise de conscience a conduit en 1979 une poignée d'intellectuels français à se mobiliser pour affirmer leur refus face au scandale de la faim. Elargi à quelques journalistes et médecins, le groupe se constitue en association le 15 novembre autour de Jacques Attali, Françoise Giroud, Marek Halter, Guy Sorman, Bernard-Henri Levy.



Les pages suivantes retracent les moments clés du développement du secteur Nutrition-Santé dans le contexte international. Un document plus exhaustif sera disponible prochainement.

DANS LES ANNÉES 80

Dans les années 80, la malnutrition était encore insuffisamment prise en charge et son traitement peu codifié.

Les taux de mortalité pouvaient atteindre 40% dans les situations d'urgence.

1979

Création d'Action Internationale Contre la Faim (AICF)

1979 : Journée Mondiale de l'alimentation : 16 octobre

- UNICEF / OMS : Réunion internationale sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants
- Création de l'IBFAN (International Baby Food Action Network)
- Année Internationale de l'enfant

1980/82

1980 :

- Missions Pakistan/Afghanistan
- Mission Ouganda

1982 :

- Urgence en Thaïlande
- Mission Haïti
- Mission Tchad

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DANS LES ANNÉES 80

1985/89

1989 :

AICF commence à utiliser le prototype Lait Haute Energie du Pr. M. Golden dans les Centres Nutritionnels

1985 :

- Grande famine en **Ethiopie** → Mission d'urgence
- Mission **Soudan**

1989 : Ouverture Mission **Cambodge**

1989 : AICF fête ses 10 ans

- 30 programmes

1987 : Initiative de **Bamako** (*réforme de la gestion du système de santé adoptée suite à la réunion des ministres de la santé africains*). Dans plusieurs pays : mise en place d'un certain nombre d'activités de soins :

- Focus sur les soins de santé primaires
- Gratuité de la vaccination
- Création de comités de gestion

1988 : Résolution WHA.39.28 adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé Loi de réglementation des substituts au lait maternel

1989 : Adoption à l'ONU de la **Convention Internationale des droits de l'enfant**

1985 : Création de **Nutriset®**

1989 : Jamaïque, recherche sur prototypes Lait Haute Energie (LHE) + minéraux sur base de 100 Kcal /100 ml par Pr. M. Golden

1990/92

1990 : Aide au peuple Kurde en exode durant la guerre du Golf

1991 : Ouverture Missions **Sierra Leone & Libéria**

1992 : Ouverture Missions **Bosnie & Somalie**

1990 : UNICEF : « **Cadre Conceptuel de la Malnutrition** »

1991 : OMS & UNICEF : Initiative **Hôpital Ami des Bébé**s

1992 : Conférence sur la Nutrition à Rome où la **Déclaration mondiale** sur la nutrition et le Plan d'action pour la nutrition ont été lancés

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DANS LES ANNÉES 90

Dans les années 90, 1^{ère} révolution dans l'évolution du traitement de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) => la découverte de la thérapie

Grâce au développement de laits thérapeutiques spécialisés (F100 et F75), associés à des antibiotiques et à une amélioration de l'utilisation des électrolytes ainsi que le développement de protocoles spécifiques par l'OMS ont permis une prise en charge de la MAS nettement améliorée prouvée par une réduction drastique des taux de mortalité dans les centres fournissant ce traitement.

1993/95

1993 :

- **Consensus de tous les acteurs sur le traitement de la malnutrition aigüe sévère**, avec un protocole de réhabilitation nutritive basé sur la prescription d'une poudre de lait énergétique dosée à 100 Kcal pour 100 ml. (Dr André Briend, Dr Mike Golden, ACF, MSF)
→ Publication dans la revue médicale The Lancet par Mike Golden et André Briend
- **ACF teste avec succès le LHE prêt à diluer** (qui deviendra le F-100) au Rwanda
Étude menée par Claudine Prudhon

1994 : Création du Comité Consultatif Scientifique en nutrition d'AICF

1995 : 1^{ère} utilisation du lait F100 reconstitué dans camp de réfugiés en Ethiopie (Benako)

1994 :

- **Génocide au Rwanda :** Aide nutritionnelle aux réfugiés
- **Angola :** Formation personnel de santé, campagne de vaccinations

1995 :

- Ouverture mission Tchétchénie et Afghanistan
- Urgence Sierra Leone
- Ouverture sièges d'AICF-Espagne et AICF-UK

1993 : UNICEF publie le 1^{er} rapport « Progrès des nations »

1994 : Développement du F-75, ReSoMal et CMV par Nutriset

1994 : AICF avec Y. Greletty, Pr. M. Golden (Aberdeen) & A. Briend (INSERM) travaillent sur l'amélioration des Programmes Nutritionnels Supplémentaires (PNS)
→ Publication dans le Journal of Clinical Nutrition (1995)

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle



DANS LES ANNÉES 90

1996/99

1996 : 1^{ers} programmes d'intégration de CNT dans les hôpitaux et centres de santé des Ministères de la Santé pour des prises en charge d'enfants sévèrement malnutris

1997 :

- ACF effectue les premiers tests de Plumpy'nut® sur le terrain au Tchad, dans le Kanem, en collaboration avec le ministère de la Santé tchadien et l'IRD. Des études comparatives sont menées pour mesurer l'acceptabilité et l'efficacité de Plumpy'nut® par rapport au lait F-100
- Thèse de Claudine Prudhon aboutissant à l'index de Prudhon (prédiction du risque de décès)

1996-99 : Affinement des protocoles médicaux basé sur le draft Guide OMS : utilisation des antibiotiques, instauration de la phase de transition, monitoring des bénéficiaires et du programme, outils de formation basés sur les expériences terrain en Tanzanie, Burundi & Libéria

1998 : Utilisation du lait F75 dans les Centres Nutritionnels Thérapeutiques d'ACF

1999 : Recherche sur l'efficacité du Plumpy'nut® au Burundi Utilisation du Plumpy'nut® au Tadjikistan

1998 :

- Urgence Honduras suite au cyclone Mitch
- Ouverture programme nutritionnel au Sud Soudan

1999 :

- Intervention d'urgence au Timor oriental et Congo Brazzaville
- Extension des programmes d'urgence au Soudan

1996 : Création Emergency Nutrition Network (ENN)

1997 : Création Infant Feeding in Emergency (IFE) Core Group dont fait partie ACF

1999 :

- ACF est représenté au UNSCN à Genève
- Validation par OMS du protocole sur le traitement de la MAS du Pr. M. Golden et recommande les laits F-100 et F-75. Diffusion du protocole.

1996 : Création du Plumpy'nut® (PN) par Nutriset® avec André Briend (IRD)

1998 : Utilisation du PN à grande échelle, au Sud -Soudan par MSF

1999 : Publication dans The Lancet de l'étude comparative F100/PN suite à l'essai d'ACF au Tchad en 1997

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DANS LES ANNÉES 2000

Dans les années 2000, 2^{ème} révolution dans l'évolution du traitement de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) → Les Aliments Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE) & le traitement de la MAS à domicile

Grâce au développement de l'Alimentation Thérapeutique Prête à l'Emploi (ATPE) tel que le Plumpy'nut®, le modèle décentralisé de prise en charge à base communautaire du traitement de la MAS a été créé.

Cette approche est aujourd'hui intitulée "Community-based Management of Acute Malnutrition" (CMAM), Prise en Charge à base communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA) en français et a été officiellement endossée par les agences des Nations Unies.

2000/03

2000 : Création du volet Pratique de soins et Santé Mentale

2001 : Recherche clinique sur l'acceptabilité du BP100 versus F-100 en Sierra Leone (Dr Carlos Navarro et Stéphanie Laquière) associée à une recherche sur les aspects socio-anthropologiques du rétablissement à domicile de la malnutrition sévère (Dr Carlos Navarro et Adrienne Daudet)

2002 :

- Intégration des Pratiques de soins dans les programmes nutritionnels incluant le support psychosocial
- Intégration de la problématique VIH dans le mandat et programme ACF
- Débat entre Valid et ACF concernant l'approche CTC.
- Participation d'ACF au 1^{er} atelier SMART qui deviendra le leadership dans le développement de la méthodologie

2003 :

- ACF-UK ouvre le 1^{er} programme VIH/nutrition au Malawi avec introduction du VTC et conduit une étude de prévalence ponctuelle (Susan Thurstans)
- Collaboration d'ACF UK avec Concern & Valid International au Malawi sur un programme pilote CTC
- Participation d'ACF à la réunion internationale à Dublin sur la prise en charge à domicile de la MAS (Valid International & Concern) où ACF s'est assuré que les cas compliqué devaient continuer à être traités en Centre de Stabilisation (SC)

2000 :

- ACF se retire de la Corée du Nord
- Ouverture programme d'éducation nutritionnelle en France

2001 :

- Retrait temporaire des expatriés mission Afghanistan
- Ouverture mission Mongolie

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DANS LES ANNÉES 2000

2002 :

- Ouverture mission Côte d'Ivoire
- Fermeture du programme nutritionnel en France
- Révision de la Charte ACF

2003 :

- Ouverture mission Irak
- Forte présence expatriée au Liberia au plus fort de la guerre civile

2000 :

- Déclaration sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement signée par 189 gouvernements s'engageant à un partenariat mondial de développement fixant 8 objectifs à atteindre d'ici 2015
- 1^{ère} édition du manuel Sphère publiée en 2000, puis révisée en 2004 et 2011

2000 :

- Dr Steve Collins & Concern Worldwide développe un protocole de traitement à domicile à base communautaire en Ethiopie
- Thèse du Dr Yvonne Grelety « Management of severe malnutrition in Africa »

Publication dans le Lancet du Dr Steve Collins sur le traitement à domicile de la MAS. Publication du Manuel ACF de prise en charge thérapeutique et de planification d'un programme nutritionnel (Claudine Prudhon)

2004/05

2004 :

- ACF-F : Introduction du traitement à domicile (Home Treatment) à Kaboul
- ACF-UK : Début des travaux de recherche au Malawi (2004-2009) qui aboutiront à une thèse « La malnutrition aigüe sévère et le VIH chez les enfants au Malawi (Pamela Fergusson) en collaboration avec 2 universités (Centre for International Health and Development, UCL (Pr. Andrew Tomkins) and Liverpool School of Tropical Medicine)
- ACF en collaboration avec Nutriset conduit un test d'acceptabilité du QBmix
- ACF intègre l'IFE core group et participe à l'élaboration des outils (Operational Guidance, Module 1 & 2)

2005 :

- Stratégie officielle du traitement à domicile d'ACF
- Utilisation des micronutriments Sprinkles sur les programmes en Haïti et Mongolie
- Participation d'ACF à la réunion déploiement de SMART à New York
- Essai pilote de la méthodologie SMART (du manuel et du logiciel Nutrisurvey rebaptisé plus tard ENA) au Tchad, Niger et Mali (Nutrition et mortalité)

DANS LES ANNÉES 2000

2004 :

- Intervention d'urgence en Iran et au Darfour

2005 :

- Urgence Tsunami
- Crise nutritionnelle au Mali et Niger
- Urgence au Pakistan suite au tremblement de terre
- Ouverture mission Népal
- Ouverture du siège ACF Canada à Montréal

2005 : Réforme Humanitaire par le Comité permanent inter-organisations (IASC)
ACF est très actif au niveau du Global Nutrition Cluster

ACF et la scène internationale :

ACF, représentée par Caroline Wilkinson est Co-Président du groupe Nutrition en situation d'urgence lors des Colloques des UN Standing Committee on Nutrition (UNSCN), en 2005 & 2006 et en devient le Président du groupe les 3 années suivantes (2007-08-09), ce qui est un fait assez exceptionnel au sein d'une entité onusienne.

2005 : Lancement du réseau PlumpyField (production locale de Plumpy'nut)

2006

2006 :

- Étude rétrospective sur l'évaluation de la Technique de Supplémentation de Succion dans un CNT à Kaboul
- Test d'acceptabilité du Sprinkle TopNutri compact
- Recrutement d'un Conseiller Régional pour la problématique VIH et nutrition en Afrique
- Thèse du Dr Carlos Navarro sur la prise en charge de la malnutrition sévère chez l'adulte
- ACF utilise le module « Nutrition et mortalité » des logiciels SMART et ENA pour ses enquêtes nutritionnelles
- Rédaction du Module sur les Micronutriments
- ACF signe un protocole d'accord pour le partage de ses données d'enquêtes nutritionnelles avec le CRED CE-DAT

2006 :

- Dix-sept salariés d'ACF ont été sauvagement massacrés dans leur bureau de Muttur, au Sri Lanka.
- Création du pool d'urgence à ACF France

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DANS LES ANNÉES 2000

2007

2006 :

- Publication du manuel CTC par Valid International
- MSF traite les cas de MAM avec le Plumpy'nut

2006 : Nouveaux Standards nutritionnels de l'OMS

2007 :

- Recherche en RDC & Niger : Étude comparative (2007-08) de l'efficacité du lait infantile et F100 dilué sur le traitement de la malnutrition sévère des enfants de moins de 6 mois par Caroline Wilkinson en lien avec Sheila Isanaka (Département d'Epidémiologie et de Nutrition, Harvard)
- Recherche au Darfour/Soudan : Étude comparative entre le SP450 et le Supplementary Plumpy
- Diffusion du manuel sur la malnutrition adulte sur les missions ACF-IN suite aux recherches faites au Burundi, au Congo Brazzaville, au Sud Soudan, en Sierra Léone et en RDC (1999-2004)
- Présentation des résultats de la « SFP review » conduite par Dr Carlos Navarro utilisant une trentaine de rapports ACF-IN de programmes SFC sur trois ans.
- Révision et publication de la politique VIH au sein d'ACF-IN de 2004 ainsi que la stratégie Technique VIH

Publication Secteur Nutrition-Santé :

2007 : Programme stratégique d'intervention en nutrition communautaire

2007 :

- Urgence Bangladesh (inondations en août et cyclone en novembre)
- Assassinat d'une volontaire expatriée au Burundi
- Fermeture de la mission Cambodge en juin
- Le service Recherche du Département Technique devient un service à part entière.

2007 :

- L'approche CTC est introduite dans le guide de l'OMS
- Déclaration conjointe OMS/UNICEF/PAM/SCN relative à la Prise en charge communautaire de la MAS
- Création du Health & Nutrition Tracking Service (HNTS) dont fait partie ACF

2007 : Lancement du Plumpy'doz avec une 1^{ère} utilisation par MSF au Niger

DEPUIS 2008

Depuis 2008 : 3^{ème} révolution dans l'évolution du traitement de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) → la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCMA) et la Mise à l'échelle de la Nutrition. La combinaison des ATPE avec les protocoles de traitement à base communautaire de la MAS permettent pour la première fois d'augmenter la couverture du traitement à la fois dans les contextes d'urgence et aussi dans les contextes non-urgents.

2008

2008 :

Mise en place sur le terrain des nouvelles normes de croissance de l'OMS

- Introduction du 'Minimum Package' pour l'intégration du VIH et de la nutrition
- ACF-Espagne met en pratique une méthodologie pour une enquête nutritionnelle parmi les populations nomades du nord du Mali
- Production d'un positionnement ACF-IN validé sur « Nutrition des jeunes enfants en situation d'urgence »
- Premières versions d'un « Nutrition White Paper » ou le positionnement d'ACF en nutrition.

Publication Secteur Nutrition-Santé :

- 2008 :**
- Manuel de développement intégral de l'enfance
 - Le VIH dans les programmes ACF-IN (document de cadrage)

2008 :

- Les Émeutes de la Faim
- Fermeture des missions Sri Lanka & Burundi suite aux drames
- Prises d'otages en Afghanistan (juillet) et en Somalie (novembre)
- Ouverture mission Burkina Faso
- Urgence Birmanie (cyclone Nargis) & Zimbabwe (épidémie de Choléra)
- 2nd édition colloque scientifique international « En finir avec la malnutrition : une question de priorité »
- ACF-IN : signature d'un MOU explicite qui clarifie les relations entre les différents sièges d'ACF et rédaction du « Protocole International »

2008 :

- ACF est actif au sein des coordinations internationales (UN cluster, SCN, ICN, HNTS) et aussi présente à la réunion MAMI 1 à Rome.
- Participation d'ACF à la réunion du Global Nutrition Cluster Assessment Working Group (AWG) sur l'initiative de SMART à Rome

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DEPUIS 2008

2009

2009 :

- Étude en Birmanie, en collaboration avec l'Institut pour la Recherche et le Développement (IRD) pour analyser l'impact - en termes d'admissions aux programmes nutritionnels thérapeutiques - des changements récents des standards internationaux en la matière (standards NHCS à WHO)
- Ethiopie collaboration avec le PAM dans le cadre d'une étude comparative sur le « Supplementary Plumpy » et le CSB
- Capitalisation de l'expérience du réseau ACF-IN sur l'intégration de la « Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe » (PCMA) au sein de structures de santé nationales
- Développement et test d'une nouvelle méthode pour évaluer l'état nutritionnel des communautés pastorales
- 33 enquêtes nutritionnelles utilisant la méthodologie SMART ont été conduites par ACF-France

2009 :

- Libération des otages en Somalie
- Urgence nutritionnelle en RCA
- Expulsion du Darfour
- Fermeture des missions Laos & Népal
- Définition de la stratégie ACF-IN 2010-2014

2009 : AICF fête ses 30 ans : 45 missions et plus de 4 millions de bénéficiaires

ACF contribue au développement d'un guide d'agences des Nations Unies sur les programmes de nutrition supplémentaire

2010

Prise en charge de la MAS :

- Birmanie : recherche sur un traitement alternatif de la MAS (2009-2010)
- Protocole d'un projet de recherche sur l'utilisation des antibiotiques élaboré
- Réalisation du projet AMAI (Plaidoyer nutrition)
- Mise au point d'une méthodologie d'évaluation de capacité des systèmes de santé
- Elaboration d'un module sur le renforcement des systèmes de santé (RSS)
- Rédaction sur l'intégration de la prise en charge de la MAS dans les systèmes de santé (sera délivré fin 2012)

Diagnostic nutritionnel & sanitaire : Accords avec le centre CDC (Atlanta) et HNTS (Health and Nutrition tracking services) ont été passés afin de mener des études sur les données produites par ACF

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

2010

Prise en charge de la Malnutrition Aigüe Modérée :

- Projet Efficacité comparée de 3 produits nutritionnels dans le traitement de la MAM en Birmanie
- Projet Efficacité comparée de Food For Training avec ou sans Plumpy Doz pour les enfants de 6-36 mois dans la Prévention de la Malnutrition Aigüe au Tchad
- Projet étude abandon en traitement de la MAM menée en 2010 au Tchad
- Participation d'ACF à la réunion MAM2 à Genève avec présentation des leçons tirées des programmes de supplémentation nutritionnelle ACF au Darfour

Prévention de la Malnutrition Aigüe :

- Programme « Baby Tents » à Haïti & projet de capitalisation aboutissant à un guide d'implémentation de ce type de réponses en collaboration avec le service Santé Mentale et Pratiques de Soins
- Utilisation de la méthode d'Évaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture (SQUEAC).

2010 :

- Urgence séisme Haïti
- Crise Sahélienne : intervention au Tchad et au Burkina Faso
- Intervention pour la crise alimentaire au Niger et Somalie
- Intervention épidémies de Choléra au Tchad et Zimbabwe
- Urgence ouragan Giri en Birmanie
- Urgence inondation au Pakistan
- Initiation du projet New Deal
- Intervention pour le déplacement de populations en Côte d'Ivoire et au Libéria liés à la crise postélectorale ivoirienne

2010, Présence d'ACF à ces rencontres nternationales

- Consultations et groupe de travail ayant pour but de définir le plan de route (road map) de l'initiative internationale SUN (Scaling Up Nutrition)
- Conférence Mondiale du VIH/SIDA à Vienne, Autriche pour limiter le taux d'abandon
- Cluster meeting à Genève et à New York
- Colloque international en santé publique et nutrition
- Réunion « 1000 days » en marge de la conférence internationale sur les objectifs du millénaire à New York
- Réunion annuelle du groupe de travail sur la prise en charge des nourrissons en situation d'urgence à Oxford
- Réunion du groupe de recherche sur la malnutrition modérée (MMS) à Londres
- Réunion sur le Standing Committee of Nutrition, « kick off meeting » à Rome

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

DEPUIS 2008

2010 : Résolution 63.23 de la WHA sur nutrition du nourrisson et du jeune enfant ont souligné l'importance de l'inclusion de la nutrition dans l'agenda Santé du Ministère de la Santé

2008-2010 : Projet MAMI

Publication 2010 : Management of Acute Malnutrition in Infant (MAMI) project (ACF contribution)

2011

2011 :

- Révision du protocole de traitement de la MAS (Mike Golden) et diffusion
- Glossaire bilingue avec les définitions des termes techniques en Nutrition-Santé (1^{ère} version)
- Étude sur « l'alternative traitement protocole » et la qualité des programmes
- Bangladesh : étude sur la supplémentation en vitamine A
- Collaboration "aligning Nut and FS"
- Lancement du projet formation en Nutrition dans l'Afrique de l'Ouest en lien avec Bioforce (ACF, Save the Children, Valid)

2011 :

- 1 an après la catastrophe d'Haïti, la reconstruction continue
- ACF continue et intensifie son intervention en Côte d'Ivoire
- Urgence **Corne de l'Afrique** : intervention à Djibouti, en Ethiopie, au Kenya, et en Somalie
- **Alerte sur la sécheresse et crise Sahélienne** à venir sur le Tchad, le Burkina Faso, le Niger, ACF veille et prépare activement la réponse
- Réponse à l'**épidémie de choléra** qui touche l'Afrique Centrale et de l'Ouest
- Intervention en urgence au Bangladesh et Pakistan suite à des inondations
- Intervention en urgence aux Philippines suite à des inondations

■ ACF secteur nutrition

■ Activités ACF

■ La nutrition au niveau international

■ Opérationnel en nutrition

■ Publication officielle

2011

ACF-Fr a été très présente dans les réunions internationales sur la nutrition :

- Organisation à Paris du 1^{er} meeting informel inter-ONG en nutrition : Save the Children, Concern, Valid, MSF-Suisse et André Briend : Partage des plans d'action et objectifs, réunion recherche => le but était d'identifier des possibilités de partenariat et d'optimisation de ressources
- 2 Meetings annuels du Cluster nutrition à Nairobi (Mars) et New-York (Octobre)
- **Meeting UNICEF et Cluster lead** : Discussion sur l'élaboration d'un PCA global avec UNICEF et refus d'ACF de faire partie pour le moment d'une « rapide réponse team » au vue de soucis RH que traverse le secteur nutrition
- 2 Meeting MAM taskforce à Washington & Rome : Élaboration d'un plan d'action pour la production des guides opérationnels.
- Meeting iLNS (Washington) : présentations de derniers travaux de recherche en matière d'aliments complémentaires
- Meetings CMAM core group
- Meeting de mise en oeuvre de la WHA résolution 63.23 (Harare et Ouagadougou)

2012

- Édition de « L'Essentiel en Nutrition et santé »
- Édition du livre sur l'intégration de la prise en charge de la MAS dans les systèmes de santé
- Travail sur l'approche de Sécurité Nutritionnelle
- Diffusion de l'outil calendrier saisonnier

2012 :

- ACF continue et renforce son intervention pour l'urgence Corne de l'Afrique et la crise sahélienne
- Stratégie de systématisation de la mesure de couverture (enquêtes SQUEAC)
- Enquête SMART avec une approche intégrée Sécurité Alimentaire (HFIAS et HFIAP) et Pratique de soins (ANJE)
- Zimbabwe : Lancement d'un projet orienté « Capacity Building » avec le support d'un Comité Gouvernemental Multisectoriel (« Food and Nutrition Council ») pour favoriser l'approche Sécurité Nutritionnelle.

ACF-Fr sera présente dans les réunions et projets internationaux sur la nutrition :

- NUGAG 1st International conference on nutrition and growth
- IFE meeting
- WPHN conference
- FANTA 3
- Projet de formation Afrique de l'Ouest, 1^{ère} édition
- Global Health & Innovation Conference
- RIO+20
- World Breastfeeding Conference 2012



ACF secteur nutrition



Activités ACF



La nutrition au niveau international



Opérationnel en nutrition



Publication officielle



RÉFÉRENCES

- 1993 : Publication dans The Lancet Treatment of malnutrition in refugee camps, par Mike Golden et André Briend
- 1997 : Thèse de Claudine Prudhon : Risque de décès associé au statut anthropométrique
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=189151>
Article sur Post-scriptum à «alimentation thérapeutique dans une zone d'insécurité»
<http://fex.ennonline.net/2/postscript4.aspx>
- 1999 : Publication dans The Lancet sur Ready-to-Use therapeutic food for treatment of marasmus. André Briend *et al.*, Volume 353, Issue 9166, Pages 1767 - 1768, 22 May 1999
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol353no9166>
- 2000 : Thèse du Dr Yvonne Grellety « Management of severe malnutrition in Africa »
<http://www.ennonline.net/pool/files/ife/ig-thesis.pdf>
Article sur l'inclusion des enfants de moins de 6 mois dans les enquêtes nutritionnelles (Kaboul)
<http://fex.ennonline.net/9/including.aspx>
Article sur les commentaires de : inclure les nourrissons dans les enquêtes nutritionnelles (Expériences d'ACF dans la ville de Kaboul)
<http://fex.ennonline.net/9/comment.aspx>
- 2001 : Publication dans The Lancet du Dr Steve Collins d'un plaidoyer pour une prise en charge communautaire de la malnutrition
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2801%2905630-6/abstract>
Article sur les programmes nutritionnels d'ACF UK au Tadjikistan: une réponse flexible basée sur l'analyse des causes de la malnutrition
<http://fex.ennonline.net/14/aah.aspx>
- 2002 : Publication de la recherche du Dr Steve Collins du protocole de traitement sans hospitalisation des personnes souffrant de MAS sans complications médicales en Ethiopie (2001)
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07419-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07419-6/fulltext)
Publication dans The Lancet du débat au sujet du CTC entre le Dr Steve Collins (Valid International) et ACF
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07421-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07421-4/fulltext)
<http://fex.ennonline.net/15/tfc.aspx>
Article sur l'épidémie de scorbut en Afghanistan: une enquête menée par Action Contre la Faim (ACF) et de l'OMS
<http://fex.ennonline.net/17/scurvy.aspx>
- 2003 : Article sur l'étude de prévalence ponctuelle au Malawi par ACF UK (Nutrition / VIH) par Susan Thurstans
<http://fex.ennonline.net/25/malawi.aspx>
Publication en lien avec le Ph D recherche au Malawi sur le traitement de la malnutrition chez les enfants porteurs du VIH / SIDA
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20055932>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19058824>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977785>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18534649>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18495024>

Réunion Internationale à Dublin sur la prise en charge à domicile de la MAS
<http://www.fantaproject.org/ctc/workshop2003.shtml>

- 2004 : Article sur l'aspect socio-anthropologique du rétablissement à domicile de la malnutrition sévère par Dr Carlos Navarro et Adrienne Daudet
<http://fex.ennonline.net/21/socio.aspx>

Article sur la Cartographie de la Vulnérabilité dans les régions urbaines en Afghanistan
<http://fex.ennonline.net/22/vulnerability.aspx>

- 2005 : Article sur la recherche clinique sur l'acceptabilité du BP100 versus F-100 en Sierra Léone en 2001 par Dr Carlos Navarro et Stéphanie Laquière
<http://fex.ennonline.net/24/clinical.aspx>
<http://www.compactforlife.com/bp-100-study-in-sierra-leone/>

Article sur le traitement à domicile (Home Treatment) à Kaboul (2004)
<http://fex.ennonline.net/24/homebased.aspx>

Article sur le Cotrimoxazole comme prophylaxis pour les enfants VIH + et malnutri
<http://fex.ennonline.net/25/children.aspx>

Article sur l'impact du VIH / Sida sur la malnutrition aigüe au Malawi
<http://fex.ennonline.net/25/malawi.aspx>

Article sur la prévalence de l'anémie parmi les jeunes enfants en Argentine
<http://fex.ennonline.net/26/prevalence.aspx>

- 2006 : RAM d'ACF-Fr
http://www.actioncontrelafaim.org/fileadmin/contribution/1_qui_sommes_nous/pdf/rapport_activite_2006.pdf

- 2007 : RAM d'ACF-Fr
http://www.actioncontrelafaim.org/fileadmin/contribution/1_qui_sommes_nous/pdf/RMA_07_fr_V11_def.pdf

- 2008 : Article sur la méthodologie pour une enquête nutritionnelle parmi les populations nomades du nord du Mali
<http://fex.ennonline.net/33/mali.aspx>

Article sur l'évaluation de la relactation par la Technique de Supplémentations par Succion
<http://fex.ennonline.net/32/evaluation.aspx>

Article sur la révision des méthodes de ciblage dans les programmes VIH
<http://fex.ennonline.net/32/review.aspx>

Article sur l'intégration de la surveillance nutritionnelle et la sécurité alimentaire au Malawi
<http://fex.ennonline.net/33/malawi.aspx>

Article sur l'impact des activités de mobilisation communautaire en Ouganda
<http://fex.ennonline.net/34/mobilisation.aspx>

Article sur la distribution Blanket BP5 pour les moins de 5 ans dans le Nord Darfour
<http://fex.ennonline.net/33/blanket.aspx>

RAM d'ACF-Fr
http://www.actioncontrelafaim.org/fileadmin/contribution/1_qui_sommes_nous/pdf/RMA_08_fr_final.pdf



2009 : Article sur une nouvelle méthode pour évaluer la malnutrition aigüe chez les populations pastorales nomades
<http://fex.ennonline.net/35/newmethod.aspx>

Article présentant les principales conclusions de l'étude sur l'efficacité du lait infantile et F100 dilué sur le traitement de la malnutrition sévère des enfants de moins de 6 mois
<http://fex.ennonline.net/37/diluted.aspx>

Article sur la revue des programmes de nutrition intégrée par ACF International
<http://fex.ennonline.net/37/review.aspx>

RAM d'ACF-Fr

http://www.actioncontrelafaim.org/fileadmin/contribution/4_nous_rejoindre/pdf_adherents/RMA_09_fr_VF.pdf

2010 : Article sur les causes de la malnutrition chronique: La dimension culturelle
<http://fex.ennonline.net/39/causes.aspx>

RAM d'ACF-Fr

http://www.actioncontrelafaim.org/fileadmin/contribution/1_qui_sommes_nous/pdf/RMA_2010_VF.pdf

Liens:

<http://www.nutriset.fr/fr/nos-produits/produit-par-produit/plumpy-nut.html>

<http://www.nutriset.fr/fr/inventer/plumpynut-cmam.html>

http://www.unicef.org/french/publications/index_39468.html

<http://www.actioncontrelafaim.org/publications/scientifiques-et-techniques/ouvrages-et-fascicules-techniques/#c2703>

Remerciements au Dr Carlos Navarro, Caroline Wilkinson, Dr Claudine Prudhon, Cécile Salpéteur, Laurence Verdenal et Rebecca Brown pour leur disponibilité.



SECTEUR³ NUTRITION-SANTÉ : LES AXES PRIORITAIRES (2011-2015) - ACF-FR



© ACF, Diane Moyer-Birmanie

Objectif du document :
**Formaliser l'approche du secteur nutrition santé
et permettre aux équipes ACF de s'approprier et promouvoir
les axes prioritaires du secteur Nutrition-Santé.**

3 - Le département technique et scientifique d'ACF recouvre plusieurs secteurs (métiers) qui peuvent aussi être nommé domaines d'activité: Secteur nutrition santé, Secteur Sécurité alimentaire... etc...



Dans le cadre du processus d'élaboration des plans d'action de 2010 à 2012, le secteur Nutrition santé a défini des axes prioritaires en matière d'intervention et d'organisation interne. Ces axes prioritaires s'inscrivent dans le CAP 2015 d'ACF-France et la stratégie ACF 2015. Ces axes ont par ailleurs été partagés avec le réseau ACF et ils ont servi de base pour l'élaboration de plans d'action communs. Ils ont ensuite été enrichis par des échanges informels avec les missions en 2011.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le secteur de la Nutrition bénéficie enfin à l'international d'une attention accrue (initiatives REACH, SUN⁴, « 1000 days », la résolution 63.23 de l'assemblée mondiale de la santé⁵). De nombreuses évolutions en termes d'approche et initiative politique ont marqué ces derniers mois. **La nutrition est, globalement, un secteur extrêmement dynamique.** L'émergence de nouveaux concepts et la production d'évidences scientifiques en sont le fil conducteur. En effet, nombre de sujets restent à explorer, de questions en suspens, les questions relatives à la prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée récemment soulevées en sont un exemple marquant.

L'objectif principal de la communauté internationale en Nutrition et d'ACF est d'augmenter l'efficacité et la qualité des interventions (préventives et curatives) visant les populations et individus affectés par la sous-nutrition tout en proposant une mise à l'échelle.

Le secteur nutrition-santé à ACF a fortement évolué depuis deux ans, le développement rapide d'une équipe de recherche en nutrition à ACF-France en a été l'un des faits marquants. L'enjeu de la mise à l'échelle du traitement de la sous-nutrition aigüe sévère (cf. chapitre : évolution de la MAS, page 117) a aussi été au centre des

Les axes techniques prioritaires autour desquels le secteur nutrition-santé organise ses interventions sont les suivants :

- ▶ Diagnostic et analyse
- ▶ Prise en charge de la Malnutrition Aigüe
- ▶ Prévention de la sous-nutrition

Les groupes de population visés prioritairement sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

Trois axes dits « transversaux » de travail ont ainsi été identifiés et complètent les orientations techniques prioritaires.

Ces axes permettent de favoriser l'atteinte des objectifs en termes de développement, d'efficacité et de qualité. Il s'agit :

- ▶ des Ressources Humaines ;
- ▶ la transmission du savoir ;
- ▶ la démarche qualité.

4 - Pour plus d'information sur les initiatives REACH et SUN, voir « Inventaire des définitions utilisées couramment pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la sous-nutrition » - ACF-France Décembre 2011

5 - Voir chapitre : l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 101

réflexions et a motivé un changement profond en termes de savoir-faire interne, de pratiques et de méthodologies d'intervention.

La prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère ne doit pourtant pas être identifiée comme l'unique axe de travail des équipes ACF en nutrition-santé, le travail sur la prévention et l'analyse des contextes sanitaires et nutritionnels sont deux axes d'intervention et de développement très importants et complémentaires.

En effet, il ne s'agit pas de choisir entre «prévenir» et «guérir» mais d'offrir une réponse complète, de qualité et ajustée aux différents contextes rencontrés.

Pour accomplir cette tâche et accompagner les changements et évolutions cités plus haut, les sièges d'ACF doivent jouer un rôle de guide vis-à-vis du terrain mais aussi absorber l'expérience acquise. Ils doivent ainsi articuler les réflexions et expériences émanant du terrain et les « savoir-faire » existant par ailleurs. Ils doivent faire le lien entre la réalité des opérations et les réflexions et nouvelles approches émergeant de la scène internationale.

AXES TECHNIQUES PRIORITAIRES EN NUTRITION-SANTÉ

AXE PRIORITAIRE 1 : DIAGNOSTIC ET ANALYSE

L'objectif principal de cet axe est d'accroître notre capacité à proposer des diagnostics techniques pertinents et mesurer l'impact de nos interventions.

- **Expertise en enquêtes nutritionnelles (SMART)⁶**

ACF est aujourd'hui réputée pour son savoir-faire en matière d'enquêtes nutritionnelles et est de fait souvent sollicitée pour évaluer des situations nutritionnelles. Dans ce cadre, ACF-Canada participe au développement et à la dissémination de la méthodologie SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) à l'échelle mondiale en proposant des outils et en formant les gouvernements et autres partenaires.

- **Bases de données nutritionnelles**

ACF est reconnue pour les bases de données dont elle dispose (suivi de programme, enquêtes nutritionnelles). Il s'agit désormais de maintenir la production et l'analyse de données fiables tout en développant d'autres savoir-faire. Un épidémiologiste a rejoint l'équipe en 2011 et

6 - Pour plus d'information sur la méthode SMART, voir « Inventaire des définitions utilisées couramment pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la sous-nutrition »- ACF-France Décembre 2011 et le site Internet : <http://www.smartmethodology.org/>



des accords avec le centre CDC (Atlanta), HNTS (Health and Nutrition tracking services) et des universités (UCL, IMT, GENT) ont été passés dans le but de développer et de disséminer des outils et méthodologies permettant de produire ces données de qualité mais aussi d'utiliser les données afin de répondre à des questions de recherche (les questions relatives à l'utilisation et la fiabilité du périmètre brachial sont par exemple actuellement étudiées).

• Évaluation du suivi de couverture (SQUEAC)

L'évaluation et le suivi de la couverture des programmes curatifs est notamment un axe de travail qui a suscité beaucoup d'intérêt ces dernières années sur le plan international. Le développement de la méthodologie SQUEAC (Semi-quantitative evaluation of Access and coverage)⁷ a permis de systématiser cette mesure et ACF est aujourd'hui un acteur clé dans le développement de la capacité des acteurs de terrain en nutrition (ACF-UK).

• Indicateurs de performance et d'impact

L'enjeu majeur de ces prochaines années sera aussi d'affiner nos indicateurs de performance et d'impact et d'harmoniser leur collecte. Il s'agit aussi de travailler en collaboration avec les autres secteurs afin de proposer une vision commune de la mesure d'impact de nos programmes ciblant la sous-nutrition.

• Recherche dans le domaine du diagnostic

ACF-France veut, en outre, par des activités de recherche, développer sa capacité à formuler des diagnostics. La récente mise au point d'une nouvelle méthode d'enquête adaptée aux populations pastorales en est un exemple. Le développement de capacité d'analyse des contextes et des déterminants de la sous-nutrition (le projet Nutrition Causal Analysis - NCA et la mise au point d'un protocole d'analyse rapide et intersectoriel du contexte - le calendrier saisonnier), de la couverture et de la qualité de la prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) reste une priorité.

• Système d'alerte précoce

Enfin, en matière de préparation aux urgences, ACF doit mettre en place des systèmes d'alerte précoce permettant d'anticiper les crises et doit être en mesure de mener des activités d'évaluation rapides. Un projet de pilotage d'une méthodologie nouvelle d'évaluation rapide est également étudié en collaboration avec Valid international.



© ACF - Guatemala

7 - Pour plus d'information sur la méthode SQUEAC, voir « Inventaire des définitions utilisées couramment pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la sous-nutrition » - ACF-France Décembre 2011 et le site Internet : <http://fex.ennonline.net/33/low.aspx> (en anglais seulement)

AXE PRIORITAIRE 2 : LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE

L'objectif principal de cet axe de travail est de **promouvoir et favoriser l'accès au traitement pour les personnes souffrant de Sous-nutrition aigüe dans le monde.**

Il est essentiel aujourd'hui d'accompagner les changements d'approche en matière de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) et de Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) de proposer des solutions adaptées aux contextes. Des freins importants à la généralisation de l'accès au traitement ont été identifiés (capacités limitées des systèmes de santé, coût, produits nutritionnels importés, ...).

Afin de promouvoir l'accès au traitement le secteur nutrition santé se propose de suivre les axes prioritaires suivants:

• Le plaidoyer

La MAS est une maladie qui est responsable directement d'un million de morts par an (Lancet 2008). Son traitement doit être envisagé comme une priorité de santé publique pour les pays les plus affectés et intégré dans les paquets minimum de santé proposés au même titre que la pneumonie ou le paludisme. Le plaidoyer (cf. chapitre : Comprendre le plaidoyer en nutrition, page 209) autour de l'accès au traitement MAS est un pilier central de la stratégie du secteur nutrition (projet AMAI). Ce plaidoyer repose sur notre expertise développée sur le terrain en matière de traitement de la sous-nutrition aigüe sévère.

• Le renforcement des systèmes de santé (RSS)

Le développement de l'approche renforcement des systèmes de santé (RSS) et une prise en compte plus importante du volet santé sont une condition absolue au maintien de nos activités de promotion de l'accès au traitement de la MAS (cf. chapitre : Le renforcement du système de santé, page 175). En effet, ACF ne peut plus envisager ses interventions de manière verticale, il faut construire un socle solide dans le système de soins de santé primaire pour développer l'accès au traitement de la MAS.

Une méthodologie d'évaluation au niveau des districts de santé a été mise au point dans le cadre d'un projet de recherche en 2010 et une étude sur les systèmes de santé basée sur les six piliers des Systèmes de Santé est en cours (Avril-Mai 2012). À tous les niveaux de la pyramide sanitaire (cf. figure ci-dessous : Exemple de pyramide sanitaire au niveau district - D'après OMS, 1994) ACF renforce les capacités techniques et organisationnelles des professionnels de santé afin de leur permettre d'inclure le traitement de la MAS dans le paquet minimum de santé.

ACF intervient aujourd'hui sur chacun des piliers du système de santé (la délivrance de soins de qualité, la formation des ressources humaines, le système d'approvisionnement, le système d'information sanitaire, la gouvernance et le financement).

Un livre (manuel) réunissant l'expérience d'ACF et d'autres partenaires en la matière ayant



vocation à guider les professionnels confrontés à l'intégration de ce service dans les systèmes de soins est en développement depuis 2010 et devrait voir le jour fin 2012. Par ailleurs, ACF est à l'initiative avec deux autres partenaires internationaux (Valid et Concern) de la création d'une plateforme d'échange sur la mise à l'échelle du traitement de la MAS (CMAM forum) et un des membres de son comité de pilotage (2011). Cette plateforme a été lancée en juin 2012. (cf, lien : <http://www.cmamforum.org/>)

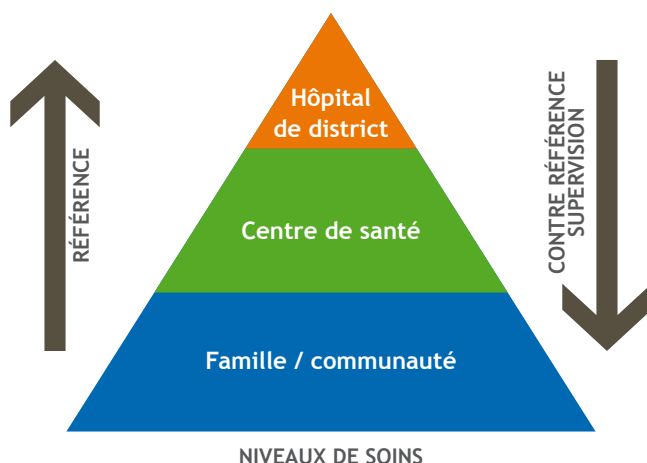


Figure 1 : Exemple de pyramide sanitaire au niveau district (D'après OMS, 1994)

• Innovation en matière de protocoles

Pour relever le défi de l'intégration du traitement de la MAS dans les systèmes de soins, ACF-France souhaite investir tout particulièrement sur l'innovation en matière de protocoles et de produits, ainsi des projets de recherche ont été développés depuis 2010.

ACF souhaite notamment accompagner les initiatives de partenaires développant de nouvelles formules d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE ou RUTF en anglais) produites localement, en testant leur efficacité sur ses programmes. De nouvelles approches permettant de simplifier les protocoles font actuellement l'objet d'études scientifiques (recherche sur les antibiotiques ; étude sur un protocole alternatif).



• L'approche communautaire

La mobilisation communautaire est un élément clé de la stratégie de mise à l'échelle du traitement de la MAS. Cet élément n'a pourtant pas bénéficié d'une attention suffisante de la part des acteurs engagés au niveau international et national (lacune évoquée lors de la conférence internationale sur la mise à l'échelle du traitement communautaire de la MAS à Addis-Abeba en novembre 2011 (cf chapitre : la prise en charge de la malnutrition sévère, page 117). La communauté est un pilier et un élément majeur de la prise en charge de la sous-nutrition aiguë sévère. Il est important pour ACF de réfléchir aux stratégies d'intégration du traitement en prenant en compte les dynamiques communautaires existantes. ACF doit promouvoir des modèles plus adaptés aux contextes d'intervention reposant sur des stratégies communautaires solides.

ACF a développé depuis quelques mois et doit poursuivre une réflexion autour de l'approche communautaire et son articulation avec le renforcement du système de santé. De nombreux programmes dits de « mobilisation communautaire » ont été mis en place et s'articulent avec les stratégies de prévention citées plus bas.

• Le VIH et la sous-nutrition

La relation étroite entre le VIH et la sous-nutrition n'est plus à prouver (cf. chapitre : Nutrition & VIH, page 161). Dans les pays affectés par une forte prévalence de l'infection, une importante proportion des enfants atteints de MAS souffrent aussi du VIH. Le bénéfice du traitement ARV est plus faible chez les malnutris comparés à ceux qui ne sont pas malnutris (Zachariah R. *et al*, 2006) : mortalité 3 fois supérieure chez les patients avec sous-nutrition modérée et 6 fois supérieure chez les patients avec sous-nutrition sévère. C'est pourquoi il est essentiel pour ACF de poursuivre ses efforts afin d'intégrer les éléments développés dans le « paquet minimum d'intervention sur la Nutrition et le VIH ».

• Lier urgence et développement

Mais ACF ne peut pas intervenir sur le long terme sans maintenir sa capacité de réponse aux urgences qui a fait sa renommée depuis 30 ans. **ACF doit développer sa capacité à faire face aux pics de MAS causés par des chocs soudains ou prévisibles tout en travaillant (en parallèle) sur des stratégies plus long terme de support aux systèmes de santé** (cf chapitre : Évolution de la prise en charge de la MAS, page 117). Le défi identifié aujourd'hui est de réussir à préparer et mener ces réponses aux urgences de manière efficace sans déstabiliser le travail effectué sur le long terme. Pour cela, il est nécessaire d'identifier des modalités d'intervention et de réponse en amont des chocs et de définir et mettre en place avec des partenaires des plans de contingence. Chaque mission doit inclure cet aspect dans sa stratégie nutrition. **ACF doit par ailleurs mettre en œuvre l'évaluation systématique en situation d'urgence de l'impact éventuel des chocs sur l'allaitement et alimentation du jeune enfant**



(exemple : stratégie « baby tents »). Depuis 2011, un travail de fond a été lancé aux côtés du département des opérations et de son pool urgence. Une note de cadrage et un guide opérationnel sont en cours d'élaboration sur ce sujet.

• Traitement de la malnutrition aigüe modérée

Comme évoqué précédemment la prise en charge de la MAM est une question qui a beaucoup occupé les forums techniques internationaux (cf. chapitre : Évolution du traitement de la malnutrition aigüe modérée, page 131). L'efficacité des approches traditionnelles (centre de nutrition supplémentaire-CNS) et le manque d'évidence scientifique ont notamment été au cœur des discussions. ACF s'est fortement investie dans ces



© ACF, Aurélie Rozet - Indonésie

réflexions sur la prise en charge de la MAM en rejoignant des groupes internationaux de recherche sur la question. Plusieurs travaux de recherche ont été menés en la matière et sont en cours de finalisation (RUF Tchad, SFP Birmanie, étude des abandons au Tchad...).

ACF s'est par ailleurs jointe au groupe de travail « MAM task force » formé en mars 2011 et composé de 5 agences internationales (PAM ; UNICEF ; SC-US ; CDC). Ce nouveau groupe avait pour objectif de formuler rapidement des recommandations opérationnelles en matière d'intervention (arbre décisionnel) et d'utilisation des produits MAM. Une note de cadrage opérationnelle internationale a aussi été diffusée en juin 2012.

AXE PRIORITAIRE 3 : LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION AIGÛE

L'objectif principal est de développer des approches innovantes basées sur l'analyse des déterminants de la sous-nutrition en étroite collaboration avec les secteurs sécurité alimentaire et moyens d'existence, eau, assainissement et hygiène et santé mentale/pratique de soins.

• Approches innovantes pour la prévention de la sous-nutrition aigüe

Traditionnellement le secteur nutrition-santé a investi beaucoup de moyens dans la lutte contre la **Malnutrition Aigüe Modérée (MAM)** principalement par le biais d'approches standardisées appliquées à la majorité des contextes (Centre nutrition supplémentaire - CNS, distribution de couverture pour enfants de moins de 5 ou 3 ans - Blanket under 5 or 3). Ces approches avaient pour objectif principal de prévenir la survenue de MAS et de traiter les accès de MAM en situation

d'urgence. Comme précisé plus haut depuis plus de 2 ans, la communauté internationale s'interroge sur l'efficacité de ces interventions. Ainsi l'élaboration et le pilotage d'approches innovantes en matière de prévention de la MAM, proposant des modalités d'interventions alternatives au produit nutritionnel, telles que la distribution de cash, de coupons alimentaires ou la promotion de pratiques alimentaire optimales sont vues comme des pistes prometteuses. Un projet de recherche sur les approches alternatives a ainsi vu le jour en 2011 et fera l'objet d'une thèse.

• Prévention de la sous-nutrition

Le secteur nutrition-santé doit jouer un rôle plus important dans les activités de prévention de la malnutrition aigüe proposées sur les missions.

► Renforcement de l'intégration inter-secteurs

Il faut renforcer l'investissement de nos équipes aux côtés des autres secteurs sur des projets ayant une composante nutrition (jardins potager, démonstrations culinaires, coupon produits alimentaires frais...) et mieux promouvoir de manière opérationnelle la complémentarité et la synergie entre nos secteurs d'intervention (dans la même veine que le guide développé par le secteur de sécurité alimentaire et moyen d'existence en 2011 « Maximising the nutrition impact of Food Security and Livelihoods interventions »).



► Promotion de la santé et de la nutrition

Les approches dites de « promotion de la santé et de la nutrition » basées sur l'analyse des représentations et des comportements ayant une influence sur le statut nutritionnel de la population sont restées embryonnaires et peu transversales. Pourtant depuis 2009 plusieurs projets en la matière ont vu le jour comme les projets de Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) (Côte d'Ivoire, Haïti, Indonésie...). Ces approches feront à l'avenir l'objet d'une attention toute particulière. Le secteur Santé mentale et pratique de soins a initié une réflexion de fond sur le

FOCUS SUR LE PROJET FARN EN HAÏTI

C'est une approche de prévention de la sous-nutrition au niveau communautaire qui cible les femmes enceintes et allaitantes.

Ainsi les femmes sont invitées chaque semaine pendant 2 mois à venir au centre communautaire pour suivre un cycle de séances d'éducation, des démonstrations culinaires, distributions de kit pour jardin maraîcher, ou de volailles afin d'améliorer la diversification alimentaire. Les résultats sont évalués selon un comparatif des données d'entrées avec celles de la sortie.

La méthodologie a évolué à travers différentes étapes et va faire l'objet dans les mois à venir d'une étude.



sujet en 2011. Des outils de mise en œuvre et d'évaluation permettront d'augmenter la qualité des interventions d'ACF en la matière. Par ailleurs, le rôle important que joue la diarrhée en termes de causalité de la sous-nutrition est unanimement reconnu, Le secteur nutrition santé doit promouvoir des approches intégrées avec le secteur WASH en matière de promotion à l'hygiène notamment.

► Ethno-nutrition

L'articulation entre des approches basées sur des produits et d'autres approches dites de protection sociale sont restées peu explorées. De même des projets dit d'« ethno-nutrition » proposant un travail sur les produits alimentaires cultivés localement riches d'un point de vue nutritionnel ont vu le jour et font l'objet d'un intérêt conjoint du secteur Sécurité alimentaire et moyens d'existence et du secteur Nutrition-santé (un projet sur la bio-fortification est notamment mené actuellement par ACF-Espagne).

FOCUS SUR UN PROJET D'ETHNO-NUTRITION EN AFGHANISTAN

En 2002, une région d'Afghanistan a été touchée par une épidémie de scorbut. Dans un 1^{er} temps ACF a distribué des comprimés de vitamines C pour contrecarrer rapidement l'épidémie. Puis, dans un 2^{ème} temps, une étude a été conduite pour trouver un produit naturel pouvant apporter une dose importante en vitamine C afin de prévenir une nouvelle épidémie. Ainsi une plante a été identifiée comme une bonne source de vitamine C et consommée de façon traditionnelle.

► Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Les travaux importants menés ces dernières années en matière de **pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant** (cf. chapitre : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, page 101) et notamment dans le domaine de la réponse aux urgences feront l'objet d'un travail de capitalisation et la poursuite de notre investissement dans des groupes internationaux traitant du sujet reste un axe prioritaire de travail. Un guide d'intervention sur les « Baby tents », issu de notre expérience en Haïti dans le cadre de la réponse à l'urgence, est notamment en cours de finalisation avec le secteur psychosocial. Un workshop international réunissant les équipes de santé mentale et nutrition santé a eu lieu en France fin 2011 et a permis de former à nouveau les équipes de terrain sur ce sujet central.

► Statut nutritionnel des femmes

Les carences en micronutriments et plus globalement le statut nutritionnel de la femme joue un rôle important dans la causalité de la sous-nutrition chez l'enfant. La fenêtre d'opportunité (1000 jours) en matière de prévention de la sous-nutrition s'étend de -9 mois (de la conception) à +24 mois et prend donc en considération la santé et le statut nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes.

ACF souhaite à l'avenir proposer plus systématiquement des approches à destination de cette population dans nos programmes de prévention. ACF-Espagne mène depuis longtemps des programmes de prévention de l'anémie dans des contextes à forte prévalence à travers des interventions innovantes comme la bio-fortification (en Amérique latine notamment).



© Emmanuel Simiand - RCA

► Sous-nutrition chronique

Enfin, depuis quelques mois ACF-France s'interroge sur la possibilité d'étendre son mandat sur l'ensemble des formes de sous-nutrition, et ainsi d'inclure la **sous-nutrition chronique** de manière plus officielle dans ses interventions de prévention. Ceci pose des questions en matière d'approche transversale (intersectorielle) et surtout en matière de mesure d'impact. Début 2011, une revue de la littérature sur la sous-nutrition chronique a été élaborée⁸ et un travail conjoint avec ACF-Espagne verra le jour au cours de l'année 2012 afin de mieux définir les contours des interventions possibles.



© ACF-Bolivie

AXES STRATÉGIQUES EN MATIÈRE D'ORGANISATION INTERNE DU SECTEUR NUTRITION SANTÉ

La mise à disposition de ressources humaines adéquates en temps voulu, la nécessité de maintenir des échanges techniques de haut niveau entre le siège, le terrain et la communauté internationale, ainsi que l'assurance qualité font l'objet de travaux prioritaires au sein du département technique.

LES RESSOURCES HUMAINES

Les changements récents d'approche et de méthodologie d'intervention ont mené ACF-France, en 2010, à effectuer un travail permettant de redéfinir les profils et compétences requises pour mener à bien les programmes ACF en Nutrition-santé (actualisation des descriptions de poste, fiche emploi

8 - Literature review by June Hirsch - "Stunting and catch up growth - reversibility of stunting?" - ACF-France - August 2011



compétence) ce travail a été mené par le département des ressources humaines avec le support du secteur nutrition-santé.

Outre le besoin de redéfinir les profils, la nécessité de définir une stratégie permettant de pallier la pénurie de professionnels ayant une expérience conséquente dans le domaine de l'intégration du traitement SAM dans le système de santé a notamment été identifiée.

- ▶ Les projets tels que « maxi et mini pépin » (ACF-France) et la « mentoring initiative » (ACF-US) ayant pour objectif d'accompagner sur le terrain des professionnels recrutés sur des postes de programme manager et coordinateur nécessitant un accompagnement renforcé afin de prendre leur fonction ont été mis sur pied.
- ▶ La refonte du parcours nutrition santé (formation sur 3 niveaux).
- ▶ ACF-France a développé un projet pilote pour identifier et développer les connaissances et compétences de chargé de programmes nutrition-santé internationaux. Ce projet de « Centre de formation nutrition en situation d'urgence - créer de nouvelles ressources », développé aux côtés de Bioforce⁹ et d'autres partenaires internationaux (Save the Children, Valid, Concern), a été retenu par OFDA et fait l'objet d'un financement de deux ans. La première session de formation théorique a eu lieu de juillet à septembre 2012 au Burkina-Faso, et a été suivie de 3 mois de stage pratique pour chaque participant. Un projet similaire est en cours d'élaboration pour l'Asie du Sud.
- ▶ D'autres liens ont été initiés avec différentes universités internationales et des centres spécialisés en formation humanitaire et nutrition (Nutrition in Emergency regional Project...).
- ▶ Regional training center à Nairobi, mis en place par ACF-US où les personnels d'ACF peuvent recevoir des formations à la carte et optimiser leurs compétences techniques.
- ▶ Création de pools régionaux pour SMART Asie et Afrique de l'Ouest à l'étude pour 2012.
- ▶ Projet training SQUEAC.

COORDINATION ET TRANSMISSION DE SAVOIR

Le siège a un rôle essentiel à jouer en matière de traitement et de transmission des informations dont les flux proviennent à la fois du terrain et des instances internationales.

• Plaidoyer technique et coordination à l'international

(Voir tableaux en annexe, page 231) des forums dont fait partie ACF et de ses partenaires principaux)

9 - Centre de formation aux métiers de la solidarité locale et internationale, site Internet : <http://www.bioforce.asso.fr/>

- La participation active d'ACF dans les principaux forums techniques internationaux est essentielle afin de confronter nos expériences de terrain, promouvoir de nouvelles approches issues de nos travaux de recherche, de mener à bien notre plaidoyer technique et alimenter en retour les missions des expériences intéressantes menées par d'autres acteurs. La promotion des approches d'ACF et le plaidoyer auprès des bailleurs de fond fait aussi l'objet d'une attention toute particulière.
- La coordination avec les grands acteurs humanitaires et de développement est elle aussi essentielle. Un effort particulier a été consenti ces derniers mois afin de prendre part de manière active aux initiatives de recherche et de coordination internationales. ACF est membre actif de nombreux réseaux, groupes de recherche et de coordination et a par ailleurs été à l'initiative de la création d'un groupement informel des principales ONG œuvrant dans le domaine de la nutrition et de la santé qui a vu le jour en février 2011.

• Circulation de l'information chez ACF

Au sein d'ACF, trois canaux d'informations ont été identifiés et doivent être renforcés à l'avenir :

► Du terrain vers le siège

La systématisation de la capitalisation d'expérience sur des projets innovants en est un axe majeur, d'autres outils comme les rapports de fin de mission, les APR (Activity Progress Report) statistiques et narratifs ou bases de données permettent aussi de promouvoir l'échange d'information entre le terrain et le siège.

► Du siège vers le terrain (développement d'outils/méthodologies, transmissions d'information sur les orientations internationales, l'avancée de la recherche...)

La nécessité d'assurer une formation continue aux équipes de terrain a été identifiée comme une priorité absolue. La capacité du siège à transmettre une information/formation claire, adéquate et en temps voulu doit être renforcée. Chaque visite terrain d'un Référent Nutrition devrait être associée à des objectifs spécifiques en matière de formation d'équipe.

► Le partage d'information au sein de la mission

Il s'agit de mettre en place un échange systématisé au sein des équipes sectorielles mais aussi de favoriser l'échange en intersectoriel (entre métiers) pour favoriser l'approche « transversale » dite aussi « intégrée ». L'organisation de workshops « sectoriel/métiers » au minimum deux fois par an qui ont pour fonction l'échange entre base, la transmission de savoir et l'élaboration de la stratégie technique doit être identifiée comme une priorité par l'équipe de coordination. Un workshop technique intersectoriel d'échange entre métiers devrait de même avoir lieu au minimum une fois par an sur chaque mission (en amont des réunions classiques sur la stratégie pays).

La clé pour assurer le fonctionnement de ces trois flux d'information reste la communication



régulière entre les professionnels de la filière qu'ils soient sur le terrain ou au siège.

Nous pensons que les équipes de terrain ont besoin de documents synthétiques leur permettant d'identifier clairement le rationnel des approches et stratégies choisies, et de comprendre les méthodologies d'interventions proposées. De plus, les référents techniques des différents sièges doivent bénéficier de documents synthétiques leur permettant d'harmoniser l'approche au sein d'ACF pour parler d'une même voix à l'international (documents de briefing, papiers de positionnement).

Le glossaire sur la terminologie des termes nutritionnels et ce livre sont des outils qui ont été créés pour permettre aux équipes d'ACF (nutrition-santé et non nutrition et aussi bien au niveau des sièges que du terrain) de mieux comprendre les enjeux de la nutrition au niveau international et le positionnement d'ACF.



LA DÉMARCHE QUALITÉ

Assurer la qualité des interventions est une priorité absolue pour le département technique.

• Contrôle qualité des produits nutritionnels

Dans le contexte d'une prolifération de nouveaux produits nutritionnels (cf chapitre : les produits nutritionnels, page 139) introduits sur le marché, le secteur nutrition santé, en collaboration avec le département logistique, a identifié des points importants d'amélioration et de mise à jour en matière de suivi de la qualité des produits nutritionnels. Plusieurs projets ont ainsi vu le jour début 2011 : l'élaboration d'une procédure interne de validation des Aliments Thérapeutiques Prêts à L'Emploi (ATPE) et l'élaboration d'une procédure interne de contrôle qualité des aliments distribués.

• Outils de pilotage et d'analyse

La qualité des programmes et interventions d'ACF passe aussi par l'élaboration d'outils de pilotage permettant une meilleure analyse de nos programmes et de leur typologie. Les objectifs et axes prioritaires évoqués précédemment doivent être mis en perspective avec la réalité de nos interventions. Le secteur nutrition-santé au sein du réseau ACF s'est ainsi engagé à améliorer cette capacité d'analyse de nos interventions à l'internationale.

La participation au groupe de travail APR aux côtés du département opérationnel a été renforcée et l'élaboration d'un outil de pilotage de service permettant une analyse sectorielle a été menée début 2011.

Enfin la participation à l'initiative ACF « New deal » et notamment au groupe de travail sur la qualité des interventions est identifiée comme une priorité pour le secteur.



LES CHIFFRES DE LA FAIM



© ACF, Danka Pantchova - Inde

Objectif du document :

Clarifier la signification de différents chiffres couramment utilisés pour qualifier le nombre et les proportions de personnes qui souffrent de la Faim et de sous-nutrition.



MESSAGES ESSENTIELS

- L'importance d'une **terminologie appropriée** et le fait de ne pas utiliser sans discernement des mots comme faim, sous-alimentation, sous-nutrition, déficit énergétique alimentaire, etc... est essentiel pour ACF.
- **925 millions de personnes souffrent de faim chronique /sous-alimentation (FAO).**
- La majorité des personnes sous-alimentées vit dans les pays en développement, mais la faim existe aussi dans les pays industrialisés.
- **La malnutrition est un terme général couramment utilisé à la place de sous-nutrition**, bien que techniquement il fait aussi référence à la surnutrition (obésité).
- **178 millions d'enfants ont un retard de croissance/ sous-nutrition chronique.** (Lancet 2008)
- **112 millions d'enfants sont en insuffisance pondérale.** (Lancet 2008)
- **55 millions d'enfants sont émaciés (sous-nutrition aigüe) dont 19 millions sévèrement émaciés (sous-nutrition aigüe sévère)** à n'importe quel moment dans le temps. (Lancet 2008)
- Les différents types de sous-nutrition ne sont pas nécessairement exclusifs et coexistent souvent chez un même enfant.
- **En 2009, 8.1 millions d'enfants à travers le monde sont morts avant leur 5^{ème} anniversaire.**
- La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers de ces décès.
- **Un million d'enfants meurt chaque année de malnutrition aigüe sévère.** (Lancet 2008)

Il est important de garder en mémoire que les chiffres utilisés pour qualifier la faim et la sous-nutrition ne sont pas les mêmes. Les nombres produits ne sont pas toujours fiables, et rarement mis à jour chaque année.

Pour des définitions plus détaillées, voir « Inventaire des définitions utilisées couramment pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la sous-nutrition » - ACF août 2011

Les chiffres et les explications qui suivent proviennent principalement de la publication de la FAO, « la situation de sous-alimentation dans le Monde 2010 », et des séries du Lancet sur la sous-nutrition maternelle et infantile, janvier 2008.

- ▶ **La faim**, dans ce contexte, est une mesure globale, qui prend en compte tous les groupes de population d'un pays.
- ▶ Les chiffres de **la sous-nutrition** concernent uniquement les enfants âgés de moins de 5 ans. Il n'y a pas de données systématiquement recueillies pouvant être comparées à l'échelle nationale des pays pour évaluer les niveaux de sous-nutrition chez les enfants de plus de 5 ans, les adultes et personnes âgées (des données sont disponibles sur l'état nutritionnel des femmes). La présence de difficultés méthodologiques peut rendre cette tâche particulièrement ardue.

LES COMPTES DE LA FAIM

QU'EST-CE QUE LA FAIM CHRONIQUE / SOUS-ALIMENTATION ?

C'est une mesure de privation de nourriture et d'insécurité alimentaire plus qu'un résultat anthropométrique ou qu'une manifestation de la sous-nutrition. Elle fait référence à la proportion de la population souffrant de sous-alimentation (privée d'accès à une nourriture suffisante).

**925 millions de personnes
souffrent de faim chronique
sous-alimentation**

(FAO 2010)

COMMENT EST-CE CALCULÉ ?

L'estimation de la sous-alimentation/faim chronique est basée sur des calculs de la quantité de nourriture disponible dans chaque pays (disponibilité énergétique alimentaire nationale) et sur des mesures d'inégalité de sa distribution, tirées d'enquêtes de revenus et de dépenses des ménages¹⁰. Les mesures de sous-alimentation chronique réalisées par la FAO tentent de saisir dans chaque pays en voie de développement, la proportion et le nombre de personnes dont l'accès à la nourriture est estimé inadéquat. Ceci est basé sur trois statistiques :

- ▶ Disponibilité énergétique alimentaire journalière et par personne
- ▶ Coefficient de variation (CV) dans les apports énergétiques alimentaires
- ▶ Besoin alimentaire journalier minimum par personne

La combinaison de ces trois statistiques est utilisée pour tirer le pourcentage de personnes chroniquement sous-alimentées (Voir annexes pour plus de détail sur les méthodes de calculs sus mentionnées).

Le nombre de personnes sous alimentées dans chaque pays est calculé à partir de la population totale¹¹.

DANS CHAQUE RÉGION COMBIEN DE PERSONNES ONT-ELLES FAIM ?

La FAO estime qu'un total de 925 millions de personnes sont sous-alimentées en 2010, comparé à 1 milliard en 2009. C'est plus qu'avant les crises alimentaires et économiques de 2008-2009 et plus que le niveau existant lorsque les gouvernements ont convenu de réduire le nombre de personnes sous alimentées de moitié, lors du Sommet Mondial de l'Alimentation en 1996.

10 - L'état de l'Insécurité Alimentaire dans le Monde 2002 FAO

11 - IFPRI : Est-ce que la mesure de la FAO sur la Sous-alimentation Chronique peut- être renforcée - Lisa C Smith. Mai 1998.

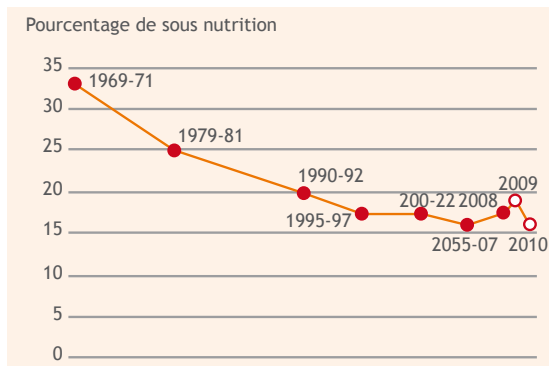


Figure 2 : proportion de personnes sous-alimentées dans les pays en développement 1969-1971 à 2010 (source FAO)

La majorité des personnes sous-alimentées vit dans les pays en développement, mais la faim existe aussi dans les pays industrialisés. L'Asie et le Pacifique comptent le plus grand nombre de personnes sous-alimentées, alors que l'Afrique subsaharienne en a les plus fortes prévalences, avec une personne sur trois qui est sous-alimentée.

Vingt-neuf pays ont toujours des taux de sous-alimentation qui sont « extrêmement alarmant » ou « alarmant ». Les pays notés « extrêmement alarmant » selon l'indice de la faim dans le monde 2010 (GHI= Global Hunger Index) - Burundi, Tchad, la République Démocratique du Congo, et l'Erythrée - sont en Afrique Subsaharienne.

La plupart des pays avec un score GHI « alarmant » sont en Afrique Subsaharienne ou en Asie du Sud. La plus forte détérioration du score GHI a été notée en République Démocratique du Congo, principalement dû aux conflits et à l'instabilité politique¹².

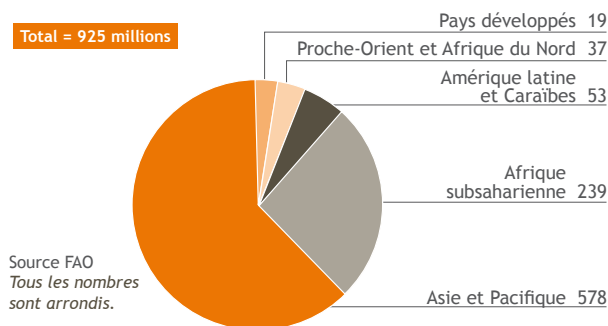


Figure 3 : Sous-alimentation en 2010 par région (en millions)

12 - <http://www.ifpri.org/publication/2010-global-hunger-index>

LES CHIFFRES DE LA SOUS-ALIMENTATION UTILISÉS PAR ACF

36 pays selon Lancet identifiés comme les pays qui ont 90% des enfants atteints de sous nutrition chronique et pour lesquels les besoins financiers sont estimés		Sous Nutrition «Hot Spots»: Bureau de référence de la population 2007, Données de la population mondiale OMS, analyse des enquêtes nutritionnelles nationales 2001-2006 UNICEF	
- Inde - Indonésie - Nigeria - Bangladesh - Pakistan - Ethiopie - RDC - Philippines - Viet Nam - Afghanistan - Tanzanie - Ouganda - Soudan - Yémen - Népal - Kenya - Myanmar - Egypte - Madagascar - Afrique du Sud - Mozambique - Niger - Angola - Turquie - Malawie - Irak - Guatemala - Mali - Ghana - Burkina Faso - Zambie - Pérou - Cambodge - Cameroun - Côte d'Ivoire - Burundi	>15% Acute Malnutrition	- Burkina Faso - Tchad - RDC - Erythrée - Inde - Laos - Madagascar - Mauritanie - Soudan - Yémen	- Inde - Nigeria - Bangladesh - Pakistan - Ethiopie - RDC - Soudan - Yémen - Népal - Myanmar - Madagascar - Niger - Mali - Burkina Faso
	>10% Acute Malnutrition	- Bangladesh - République Centre Afrique - Comores - Ethiopie - Guinée - Guinée Bissau - Haïti - Mali - Myanmar - Namibie - Népal - Niger - Nigeria - Pakistan - Sierra Leone - Somalie - Timor Leste - Togo	
	>4% Acute Malnutrition	- Afghanistan - Angola - Benin - Burundi - Cambodge - Cameroun - RDC - Côte d'Ivoire - Guinée Equatoriale - Ghana - Irak - Kenya - Corée - Liberia - Malawi - Mozambique - Rwanda - Tanzanie - Ouganda - Zambie - Zimbabwe	Ces pays ont au moins un taux de sous nutrition aigue > 10% ET apparaissent également dans la liste des 36 pays qui comptent 90% de sous nutrition chronique, Black <i>et al.</i> 2008

Figure 4 : Classement des pays souffrant de sous-alimentation utilisé par ACF



LES CHIFFRES DE LA SOUS-NUTRITION

QU'EST-CE QUE LA MALNUTRITION ?

La malnutrition est un terme général couramment utilisé à la place de sous-nutrition, bien que techniquement il fait aussi référence à la surnutrition (obésité). Une personne est malnutrie si son régime alimentaire ne lui apporte pas les nutriments adéquats pour sa croissance et son maintien souvent lié à des facteurs économiques, politiques et socioculturels, ou si elle ne peut utiliser entièrement la nourriture ingérée à cause d'une maladie (sous-nutrition). Une personne est aussi malnutrie si elle absorbe trop de calories (surnutrition). L'insuffisance pondérale (incluant à la fois le retard de croissance et/ou l'émaciation), le surpoids, et les déficits en micronutriment sont aussi des formes de malnutrition¹³.

TERMINOLOGIE / RESTER VIGILANT !

L'importance d'une **terminologie appropriée** et le fait de ne pas utiliser sans discernement des mots comme faim, sous-alimentation, sous-nutrition, déficit énergétique alimentaire, etc... est essentiel pour ACF.

Bien que cela soit bien compris, il est également vrai que lorsque l'on se déplace du domaine technique à celui des politiciens et de l'opinion publique, il est difficile d'adhérer à une stricte terminologie, et plus encore, d'éviter l'utilisation d'une terminologie courante.

Le cas du mot « faim » est très significatif. Nous savons tous que lorsque le mot « faim » est utilisé, il a un sens trop général et non scientifique, mais tout le monde le comprend et par conséquent il tend à envahir un champ plus large, parfois inapproprié. Les équipes d'ACF doivent rester vigilantes quant aux termes qu'ils emploient.

QUELS SONT CES DIFFÉRENTS TYPES DE MALNUTRITION ?

La sous-nutrition est une forme de malnutrition (la surnutrition étant l'autre). Cela inclus :

- ▶ **être en insuffisance pondérale par rapport à son âge** (sous-poids)
- ▶ **trop petit par rapport à son âge** (retard de croissance/sous-nutrition chronique)
- ▶ **une maigreur excessive par rapport à la taille** (émaciation/sous-nutrition aigüe)
- ▶ **des carences en vitamines et minéraux** (malnutrition due aux carences en micronutriments)¹⁴

- ▶ **178 millions d'enfants** ont un retard de croissance/ sous-nutrition chronique.
- ▶ **112 millions d'enfants** sont en insuffisance pondérale.
- ▶ **55 millions d'enfants** sont émaciés (sous-nutrition aigüe) dont 19 millions sévèrement émaciés (sous-nutrition aigüe sévère) à n'importe quel moment dans le temps.

(Lancet: Dénutrition Maternelle et infantile - Séries janvier 2008)

13 - White paper_Taking Action: Nutrition for survival, Growth & development_ACF-In 2010

14 - Adaptation from UNICEF

Les différents types de sous-nutrition ne sont pas nécessairement exclusifs et coexistent souvent chez un même enfant.

Les trois formes qui peuvent être définies grâce à des données anthropométriques (mesures corporelles) sont détaillées ci-dessous.

• Retard de croissance / Sous-nutrition chronique

Le retard de croissance, connu également sous le nom de sous-nutrition chronique (cf. chapitre : La malnutrition chronique, page 147), reflète l'histoire nutritionnelle d'un enfant.

Un retard de croissance augmente de façon significative la probabilité d'un décès prématuré. Les enfants ayant un retard de croissance sont plus vulnérables aux infections, ont une altération de leur développement cognitif et une faible capacité au travail à l'âge adulte.

Le retard de croissance est une croissance retardée définie par un indice taille-pour-âge qui est bas.

Ex : un enfant de 4 ans qui a la taille d'un enfant de 3 ans.

• Sous-poids / Insuffisance pondérale

C'est une forme composite de sous-nutrition comprenant des éléments de retard de croissance et d'émaciation. Mais, cet indice ne permet pas de savoir si l'enfant a un faible poids - âge à cause d'un petit poids ou à cause d'une petite taille pour son âge.

Cette mesure bien que non spécifique est souvent la seule mesure collectée dans les pays par les programmes nationaux en nutrition.

L'insuffisance pondérale est définie par un faible poids pour âge.

Ex : un enfant de 6 mois qui pèse 3,2 kg (poids moyen d'un enfant à la naissance).

• Emaciation / Sous-nutrition aigüe

La sous-nutrition aigüe reflète une perte de poids récente mise en évidence par un faible poids pour une taille donnée. La sous-nutrition aigüe fait suite à des chocs récents qui ont des conséquences sur le statut nutritionnel de l'enfant comme le manque de nourriture, une maladie récente, des pratiques de soins inappropriées, ou une combinaison de plusieurs de ces facteurs.

Les enfants atteints de sous-nutrition aigüe sévère sont très vulnérables aux infections et sont en danger de mort.

Il y a deux formes de sous-nutrition aigüe sévère : l'émaciation (ou marasme) et le kwashiorkor.

La sous-nutrition aigüe est définie par un faible poids pour taille.

Ex : un enfant de 85 cm qui devrait peser 12 kg et ne pèse que 8 kg.



• Qu'est-ce que l'émaciation et qu'est-ce que le kwashiorkor ?

L'émaciation (marasme) se manifeste par **une perte de poids importante** (faible poids pour taille), de telle sorte que l'enfant est cliniquement maigre.

Le kwashiorkor est une forme sévère de sous-nutrition aigüe qui se manifeste par **des œdèmes bilatéraux (débutant toujours par les pieds) et en godet**. (Cf. chapitres sur les mécanismes d'installation de la sous nutrition p. 85)

• Comment ces chiffres sont-ils calculés ?

Les prévalences de retard de croissance, d'insuffisance pondérale et d'émaciation mondiales sont basées sur l'analyse de 388 enquêtes nationales réalisées dans 139 pays, avec des méthodologies comparables, comme notamment l'utilisation des nouveaux Standards de Croissance de l'OMS (2006).

Dans les séries du Lancet, **les chiffres présentés n'incluent pas les cas de kwashiorkor**. Cette forme sévère de sous-nutrition aigüe peut représenter une large proportion des enfants admis dans les programmes nutritionnels thérapeutiques selon les régions. Les chiffres présentés ici peuvent donc **sous-estimer la réalité du fardeau de la sous-nutrition aigüe**. D'un autre côté, nos équipes terrain confrontent souvent les résultats des enquêtes (MICS ou DHS) utilisés par le Lancet notamment, avec leurs propres chiffres, et elles ont le sentiment que les chiffres et prévalences publiées ne représentent pas toujours la réalité rencontrée sur le terrain (**les chiffres d'émaciation étant souvent surestimés**).

• Combien ont un retard de croissance ?

Pour tous les pays en voie de développement, on estimait, en 2005, que 32% (178 millions) des enfants de moins de 5 ans avaient un indice taille-pour-âge inférieur à -2 Z-score. Les estimations des plus hautes prévalences se trouvent en Afrique de l'Est et Centrale avec respectivement 50 et 42% ; le plus grand nombre d'enfants avec un retard de croissance, 74 millions, vit dans le sud de l'Asie Centrale¹⁵.

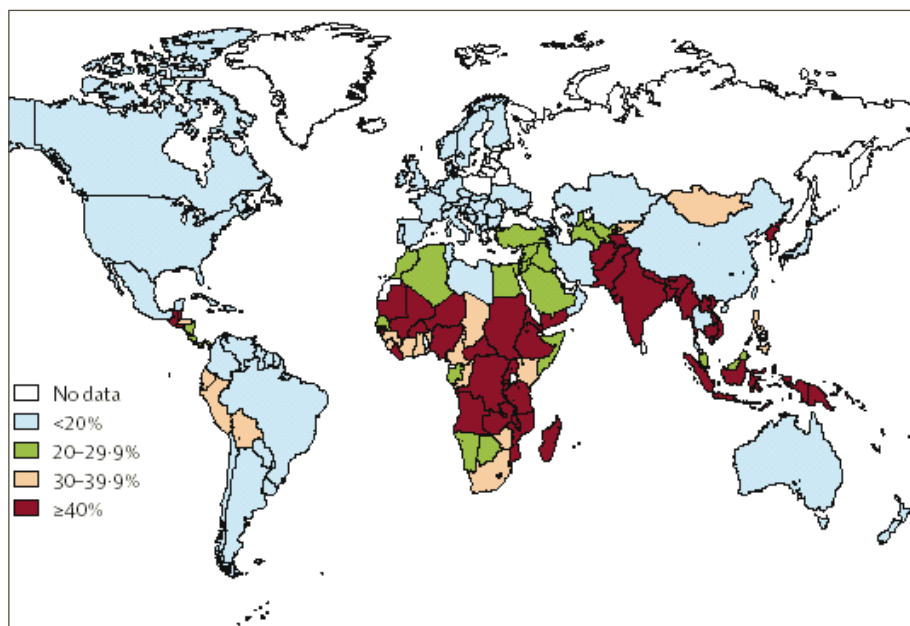


© ACF, Aurélie Rozet - RCA

Parmi les 40 pays avec une prévalence de retard de croissance de 40% ou plus, 23 sont en Afrique, 16 en Asie et un en Amérique Latine. Parmi les 52 pays avec une prévalence inférieure à 20%, 17 sont en Amérique Latine et Caraïbes, 16 en Asie, 11 en Europe et 4 en Afrique et Océanie (cf. carte ci-dessous). Si on inclut seulement les pays avec une prévalence du retard de croissance de 20% ou plus, **36 pays comptent 90% de tous les enfants du monde avec un retard de croissance**. 21 de ces pays sont en Afrique, et même si un nombre moins important

15 - Séries Lancet 2008 sur la sous-nutrition maternelle et infantile

de ces pays sont en Asie (13), ils comptent 61% du total des enfants avec un retard de croissance du fait de leur large population.



Source : Séries Lancet 2008 papier 1 sur la sous-nutrition maternelle et infantile

Figure 5 : Prévalence de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.

L'Inde, avec une prévalence de retard de croissance estimée à 51%, a plus de 61 millions d'enfants qui ont un retard de croissance, c'est-à-dire 34% du total global. Cependant, cette prévalence varie considérablement selon les états à l'intérieur de l'Inde. A l'intérieur des pays, la prévalence de retard de croissance est généralement plus haute pour les couches les plus pauvres de la population.

• Combien ont une insuffisance pondérale ?

En 2005, 20% (112 millions) des enfants de moins de 5 ans des pays à faibles ou moyens revenus avaient un indice poids-pour-âge inférieur à -2 Z-score. Les prévalences étaient les plus hautes au sud de l'Asie Centrale et en Afrique de l'Est avec, respectivement 33 et 28% d'insuffisance pondérale.



• Combien sont émaciés ?

On estime que la prévalence globale de l'émaciation (indice poids-pour-taille inférieur à -2 Z-scores) est de 10%, soit 55 millions d'enfants de moins de 5 ans.

Le sud de l'Asie Centrale a la plus haute prévalence estimée (16%) et le plus grand nombre d'enfants affectés (29 millions). La prévalence de l'émaciation sévère (indice poids-pour-taille inférieur à -3 Z-scores, souvent utilisée comme critère d'intervention pour des programmes nutritionnels thérapeutiques) est aussi rencontrée dans cette même région, avec une prévalence de 3.5%, ou 19 millions d'enfants.

Les plus forts pourcentages d'enfants avec une émaciation sévère sont vus dans le sud de l'Asie Centrale et l'Afrique Centrale. Dans les 36 pays où vivent 90% des enfants avec un retard de croissance, la prévalence d'émaciation sévère varie entre 0.1 et 12%¹⁶.

MORTALITÉ DES MOINS DE 5 ANS

POURQUOI LES ENFANTS ONT-ILS UN RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE DÉCÈS ?

Durant l'enfance, le système immunitaire est en construction et, même si un enfant a été allaité exclusivement pendant les six premiers mois de sa vie, profitant ainsi des défenses immunitaires de sa mère, **il reste vulnérable aux maladies pendant la première année de vie** car il n'a pas encore acquis toutes ses défenses immunitaires. Quand un enfant est malade, son corps a besoin de dépenser plus d'énergie pour se défendre contre cette maladie et donc augmente ses besoins d'apport en nutriments. La plupart du temps un enfant malade n'a pas d'appétit (anorexie).

Un enfant a des besoins énergétiques plus importants qu'un adulte (rapport nombre de Kcal par kilos de poids) et des réserves en énergies plus faibles (cf. Figure 16 : proportion organes vitaux/masse corporelle selon l'âge, page 82). Le fréquence des repas est plus importante et se réduit petit à petit (pendant l'enfance) alors que les réserves énergétiques augmentent. **Ceci explique pourquoi les enfants sont les premiers touchés pendant des périodes de chocs et de carences alimentaires.** Ceci explique également pourquoi les maladies peuvent avoir un impact plus grand sur l'état nutritionnel des enfants.

De plus, les enfants dépendent des adultes pour les soins généraux (hygiène, nourriture, santé...).

16 - Séries Lancet 2008 sur la sous-nutrition maternelle et infantile

IMPLICATION DE LA SOUS-NUTRITION DANS LA MORTALITÉ DES ENFANTS MOINS DE 5 ANS

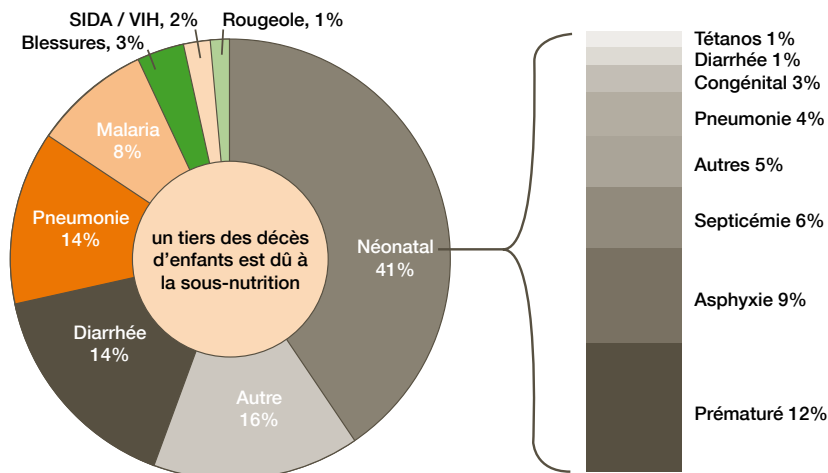
En 2009, 8.1 millions d'enfants à travers le monde sont morts avant leur 5^{ème} anniversaire.

La plupart de ces enfants vivaient dans des pays en voie de développement et sont morts d'une maladie ou d'une combinaison de maladies qui auraient pu être facilement prévenues ou traitées.

La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers de ces décès¹⁷. Suivant les sources utilisées comme références, la sous-nutrition est une cause associée de 35% à 56% de tous les décès des enfants de moins de 5 ans¹⁸.

Le LANCET estimait en 2008 qu'ensemble, le retard de croissance, l'émaciation sévère et le retard de croissance intra-utérin étaient responsables de 2.2 millions de morts chez les enfants de moins de 5 ans. **Un allaitement maternel non-optimal, et spécifiquement un allaitement maternel non exclusif pendant les 6 premiers mois de vie, entraîne 1.4 millions de décès et 10% des maladies des enfants de moins de 5 ans.**

Bien que les données de mortalité liée à la malnutrition aigüe sévère (MAS) soient rares, le taux de létalité chez les enfants hospitalisés pour cette pathologie varie entre 10 et 40%. Le LANCET considère qu'environ **un million d'enfants** meurt chaque année de sous-nutrition aigüe sévère.



Source: OMS/Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG) estimations présentées dans le Lancet, Juin 2010

Figure 6 : Causes des décès des enfants de moins de 5 ans en 2008.

17 - <http://www.childinfo.org/mortality.html>

18 - White paper_Taking Action: Nutrition for survival, Growth & development_ACF-In 2010



CONTEXTE

Des taux élevés de mortalité infantile sont présents en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Quant à la réduction du nombre de décès d'enfants, peu ou pas de progrès ont pu être notés ces dernières années. Le progrès global est insuffisant pour atteindre l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile).

Une analyse réalisée dans 63 pays montre que la mortalité infantile est considérablement plus élevée chez les enfants vivant dans des zones rurales et dans les foyers les plus pauvres.



© ACF, Victor Kiaya - Mongolie



© Véronique Burger / Phanie - Liberia

LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT (OMD)¹⁹

OMD 1 : RÉDUIRE LA PAUVRETÉ, LA FAIM ET LA SOUS-NUTRITION

Un des indicateurs proposé pour suivre les progrès de cet objectif est la proportion d'enfants qui souffrent d'une insuffisance pondérale (ou sous-poids). Cet indicateur anthropométrique est peu spécifique, en effet, il peut indiquer l'émaciation/sous-nutrition aigüe (faible indice poids-pour-taille) ou, beaucoup plus couramment, le retard de croissance/sous-nutrition chronique (faible indice taille-pour-âge).

Le nombre de personnes souffrant de la faim dans le monde a baissé mais reste à un niveau inadmissible.

Malgré cette baisse, la possibilité d'atteindre les objectifs de lutte contre la faim tels que l'OMD 1 est encore incertaine.

OMD 1

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

¹⁹ - Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies - Rapport 2010

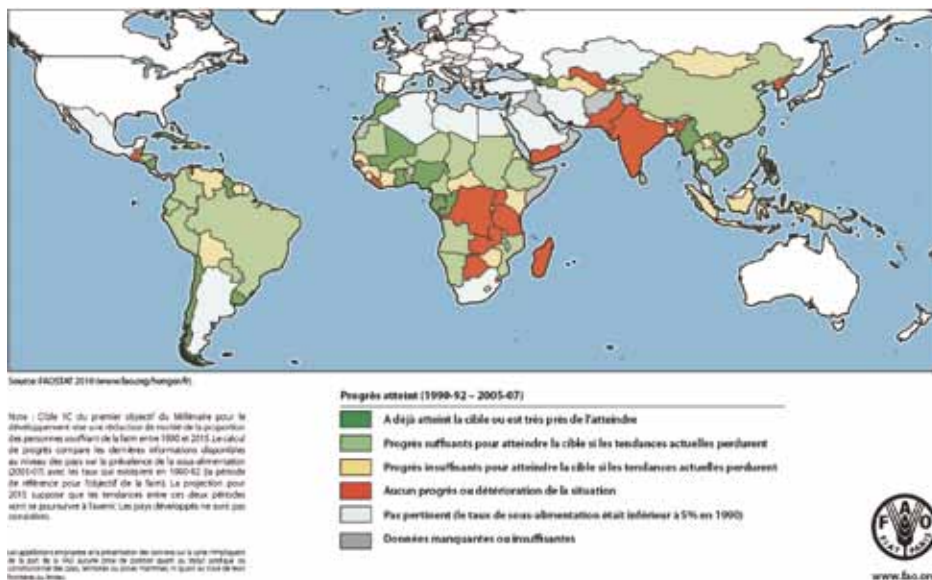


Figure 7 : Progrès vers la réalisation du premier objectif du Millénaire pour le Développement.

OMD 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ INFANTILE

Globalement, le nombre de décès parmi les enfants de moins de 5 ans a diminué de 12.4 millions en 1990 à 8.1 millions en 2009. **La mortalité des moins de 5 ans se concentre dans quelques pays** : environ la moitié de tous les décès des moins de 5 ans en 2009 sont survenus dans seulement cinq pays : l'Inde, le Nigéria, la République Démocratique du Congo, le Pakistan et la Chine. L'Inde avec 21% et le Nigéria avec 10%, comptent, ensemble, presque un tiers des décès des moins de 5 ans dans le monde. Depuis 1990, le taux global de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué d'un tiers (de 89 à 60 décès pour 1000 naissances vivantes) en 2009 :

- ▶ Toutes les régions excepté l'Afrique subsaharienne, le sud de l'Asie et l'Océanie ont vu une réduction d'au moins 50%.
- ▶ L'Afrique du Nord et l'Asie Orientale ont fait le plus de progrès quant à la réduction de la mortalité des moins de 5 ans.

Environ 40% des décès chez les moins de 5 ans surviennent dans les premiers mois de vie, et environ 70% au cours de la première année de vie.

OMD 4
Réduire de deux tiers la mortalité infantile entre 1990 et 2015.



Les deux plus grandes causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans sont la pneumonie (18 pour cent des décès) et les maladies diarrhéiques (15%). **La sous nutrition aigüe sévère bien que responsable d'une large partie des décès des enfants de moins de cinq ans reste insuffisamment considérée en tant que telle.**

La baisse du taux de la mortalité des moins de 5 ans reste insuffisante pour atteindre l'Objectif du Millénaire de Développement n° 4, particulièrement en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Océanie²⁰.

OMD 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

Pour avoir une bonne santé maternelle, il faut des services de santé procréative de qualité et une série d'interventions correctement espacées afin de garantir un passage sans danger vers la maternité. Il est à noter que la plupart des causes de mortalité maternelle pourraient être évitées (il est possible de prévenir ou de gérer l'hémorragie qui compte pour près d'un tiers des décès).

OMD 5

- Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.
- Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.

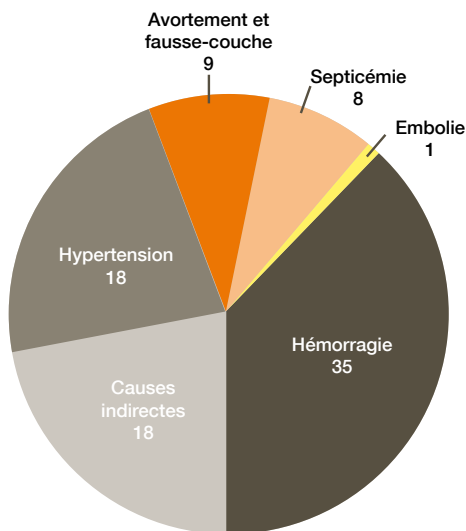


Figure 8 : Causes de mortalité maternelle, régions en développement, UNICEF 2010

20 - Niveaux et tendances de la mortalité infantile; Rapport 2010 - Estimations développées par l'ONU Groupe inter institutions pour l'estimation de la mortalité infantile.

Sur l'ensemble des régions en développement, le **taux de mortalité maternelle a baissé de 34% de 1990 à 2008**, passant de 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 290. Cependant, la cible de cet objectif reste encore fort éloignée (le taux de réduction est encore loin des 5,5 pour cent de baisse annuelle qui s'imposent pour réaliser cette cible OMD).



© ACF, Aurélie Rozet - Birmanie

OMD 6 : COMBATTRE LE VIH, LA MALARIA ET AUTRES MALADIES

Les dernières données épidémiologiques montrent que, globalement, la propagation du VIH a atteint un pic en 1996, avec 3.6 millions de personnes nouvellement infectées. En 2008, ce chiffre avait chuté à 2.7 millions. La mortalité liée au SIDA a atteint un pic en 2004, avec 2.2 millions de décès. En 2008, ce nombre de victimes a chuté à 2 millions, bien que le VIH reste la maladie infectieuse entraînant le plus de décès.

La propagation du VIH semble s'être stabilisée dans la plupart des régions mais plus de personnes atteintes du SIDA vivent plus longtemps.

La prévalence continue à augmenter en Europe de l'Est, Asie Centrale, et d'autres parties d'Asie en raison d'un taux élevé de nouvelles contaminations. L'Afrique subsaharienne reste la partie du monde la plus touchée, avec 72% de toutes les nouvelles contaminations en 2008.

Bien que le nombre de contaminations ait diminué, le nombre de personnes vivant avec le virus augmente toujours à cause de l'impact des thérapies antirétrovirales sur la durée de vie. On estimait à 33.4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2008, parmi lesquels 22.4 millions étaient en Afrique subsaharienne. **Mais le taux de nouvelles contaminations continue de devancer la dissémination du traitement.**

On estime que 17.5 millions d'enfants (de moins de 18 ans) ont perdu un voire deux parents à cause du sida en 2008.

OMD 6

- **D'ici 2015, enrayer la propagation du VIH et commencer à inverser la tendance actuelle.**
- **Achever d'ici 2010, l'accès universel au traitement VIH pour tous ceux qui en ont besoin.**



RÉFÉRENCES

Documents ACF

- La Malnutrition_ Mémoire d'Agnès Chamayou_ACF 2010
- White paper_Taking Action : Nutrition for survival, Growth & development_ACF 2010

Autres documents

- The Lancet : Dénutrition Maternelle et Infantile Séries papier 1 Janvier 2008.
- IFPRI : Est-ce que la mesure de la FAO sur la Sous-alimentation Chronique peut- être renforcée - Lisa C Smith. Mai 1998.
- FAO : L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2002 et 2006
- FAO : L'état de la Sous-alimentation dans le Monde
- FAO : Les tendances de privation de nourriture. Révision à mi-parcours des progrès accomplis vers les Objectifs du Sommet Mondial de l'Alimentation. Mai 2006.
- Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies - Rapport 2010
- SICIAV : Mesure et évaluation des pénuries alimentaires et de la dénutrition Symposium scientifique international juin 2002

Site Internet

- UNICEF : <http://www.unicef.org/>
- Child info : www.childinfo.org
- International Food Policy Research Institute (IFPRI) : <http://www.ifpri.org/publication/2010-global-hunger-index>

ANNEXES

Disponibilité énergétique alimentaire journalière et par personne

L'énergie (en kilocalories) disponible pour la consommation humaine quotidienne provenant des stocks alimentaires, divisée par la population. Il s'agit d'une mesure de la disponibilité alimentaire nationale calculée à partir des données alimentaires équilibrées de la FAO pour chaque pays qui utilise des données de productions alimentaires et commerciales.

Coefficient de variation (CV) dans les apports énergétiques alimentaires

Une estimation de la variation de l'apport énergétique alimentaire à travers la population d'un pays. Le CV est une mesure de la distribution de l'apport énergétique alimentaire à l'intérieur d'un pays. C'est une mesure qui résume les inégalités dans la distribution de l'énergie totale disponible, qui est égale à la déviation standard de l'apport alimentaire de chaque pays, divisée par la moyenne (tirée soit de la consommation alimentaire d'un foyer représentatif de la population du pays, ou d'enquêtes de dépenses ou déduites de mesures de distribution de revenus - ou de dépenses totales, ou posée comme égale à la moyenne des CV de la région, estimés pour d'autres pays).

Besoin alimentaire journalier minimum par personne

La limite, sous laquelle, une « personne type » du pays ne couvrirait pas ses besoins énergétiques alimentaires journaliers minimum. Les besoins énergétiques minimum de groupes différenciés par âge et sexe sont déterminés, puis agrégés pour arriver au besoin en énergie d'une personne « type », grâce à la moyenne des besoins des groupes âge-sexe.



INTRODUCTION À LA SANTÉ PUBLIQUE



Objectif du document :
Comprendre les notions essentielles de la santé publique.



MESSAGES ESSENTIELS

- La santé publique recouvre les interventions/stratégies visant la réduction/ disparition d'un problème de santé en attaquant tous ses déterminants (exemple : l'approche multisectorielle d'ACF visant l'éradication de la sous nutrition).
- La santé publique est une discipline qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé.
- Son intervention porte en effet, non seulement sur la santé, mais aussi sur les facteurs qui concourent à la modifier.
- La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.
- Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques...
- Contrairement aux idées reçues, la promotion de la santé n'est pas l'affaire du secteur nutrition-santé exclusivement, mais concerne bel et bien les secteurs Sécurité alimentaire, pratiques de soins, WaSH.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ PUBLIQUE ?

DÉFINITION DE LA SANTÉ

3 types de définition de la santé :

- ▶ Absence de maladie, d'infirmité (concept biomédical)
- ▶ Etat de complet bien-être physique, mental et social (OMS 1946)
- ▶ Capacité d'adaptation permanente à son environnement/équilibre, harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologique, psychologique et sociale (aspect dynamique de la santé)

Cf. figure ci-contre : Les déterminants de la santé

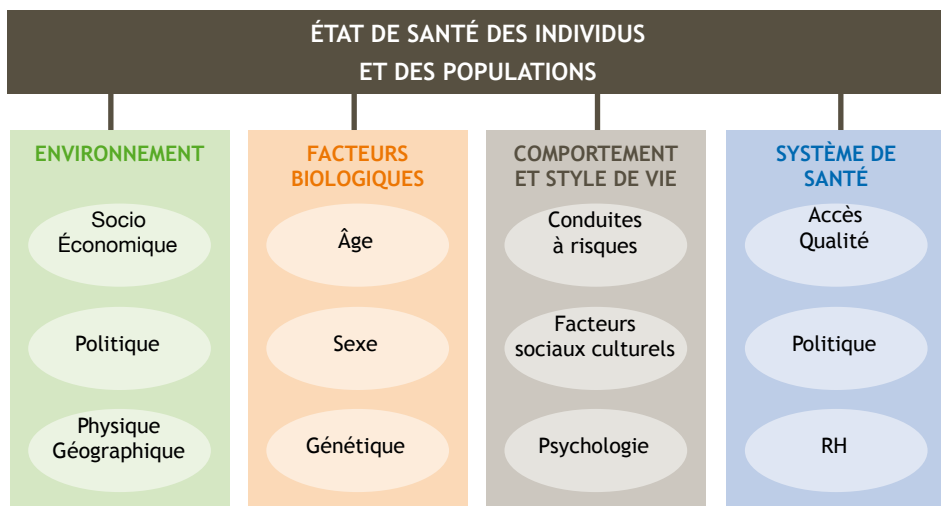


Figure 9 : schéma des déterminants de l'état de santé des individus et des populations

DÉFINITION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1952 : La santé publique a été définie comme la science et l'art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus au moyen d'une action collective concertée qui vise à :

- ▶ Assainir le milieu, lutter contre les maladies, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle,
- ▶ Organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies,
- ▶ Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.

Traditionnellement la notion de santé publique recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie...

L'approche collective de la santé publique a peu à peu été transformée en notion de bien public, ce qui suppose la reconnaissance d'un bien commun et de valeurs communes. La santé publique n'est pas que l'application de techniques, elle est aussi l'organisation du vivre ensemble autour de



valeurs partagées, à ce titre, elle entre dans le champ du politique. Cette « nouvelle » santé publique repose sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé. L'importance d'autres secteurs en dehors du secteur de la santé et la nécessité de mobiliser les ressources et les appuis politiques sont également soulignées. Les problèmes sont définis dans un contexte global et conduisent aux préoccupations environnementales.

La santé publique, ce sont des pratiques appuyées sur une méthode de raisonnement qui propose des solutions acceptables, accessibles, réalistes pour les personnes et pour la société. La santé publique s'appuie sur des méthodes issues de disciplines variées : épidémiologie qui étudie la fréquence et la répartition dans le temps et dans l'espace des problèmes de santé dans des populations, ainsi que le rôle des facteurs qui le déterminent (épidémiologie descriptive, épidémiologie explicative analytique ou étiologique et épidémiologie évaluative), sciences sociales, économie de la santé, médecine, démographie, bio-statistiques, sciences de l'ingénieur...

La santé publique est devenue une discipline autonome (années 80) qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé.

On peut dire que la santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé des populations. Elle ne s'oppose pas à la santé privée, gère des problèmes de santé au niveau collectif.

Elle renouvelle ses connaissances par la recherche et transforme un savoir en savoir-faire, se situe à l'articulation entre la population, l'administration de la santé et l'exercice des professions médicales.

• La santé publique : un domaine pluridisciplinaire

La santé publique est une discipline dont les contours se sont constamment déplacés au cours des dernières années : succédant à l'hygiène et à la médecine préventive, elle comprend aujourd'hui l'ensemble des interventions concernant la santé des personnes et des collectivités, et déborde ainsi du champ de la médecine pour s'intéresser notamment à l'économie et au social. S'il fallait se hasarder à lui donner une définition actuelle, nous dirions qu'elle est une démarche pratique ayant les politiques de santé pour objet. Privilégiant nécessairement une approche communautaire, elle doit cependant également s'interroger sur le particulier, notamment dans les processus de marginalisation ou d'exclusion, souvent révélateurs du fonctionnement de la société dans son ensemble.



© ACF, Reza Karsai - Côte d'Ivoire

Son intervention porte en effet, non seulement sur la santé, mais aussi sur les facteurs qui concourent à la modifier : éléments de l'environnement physique et social, conditions de logement et de travail, processus de formation scolaire ou professionnelle. Elle dépasse alors le domaine purement technique de la santé, pour toucher à des questions de choix de société où les politiques de santé font place à la politique tout court.

(BRUCKER G., FASSIN D. 1989)

LA DIFFÉRENCE ENTRE PROBLÈME DE SANTÉ ET

PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

Problème de santé : individu et groupe

Problème de santé publique : utilisation plus large car renvoie à la définition de santé et ses déterminants

Deux grands types de critères sont habituellement utilisés pour affirmer qu'un problème de santé est un problème de santé publique :

- ▶ **Fréquence** : elle doit concerner un nombre suffisamment important de personnes.
- ▶ **Conséquences à trois niveaux** :
 - gravité du phénomène (c'est-à-dire susceptible d'entraîner des altérations importantes de la qualité de vie des patients, une invalidité majeure ou un décès) ;
 - implications qu'elle peut avoir pour le système de soins, nécessitant une mobilisation importante des ressources et énergie des professionnels ;
 - le coût qui peut être élevé pour la société, le système de soins et/ou les individus concernés.



LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

Pour parvenir à un état de complet

bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition et le bien-être complet de l'individu.

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

LES CONDITIONS FONDAMENTALES DE LA SANTÉ :

- ▶ la paix,
- ▶ un abri,
- ▶ l'éducation,
- ▶ la nourriture,
- ▶ un revenu,
- ▶ un écosystème stable,
- ▶ des ressources durables,
- ▶ la justice sociale,
- ▶ l'équité.



© ACF, Reza Karsai - Côte d'Ivoire

PLAIDOYER POUR LA SANTÉ

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DE MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer

sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

COORDINATION INTERSECTORIELLE

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté.

Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

CONCEPT DE PROMOTION À LA SANTÉ :

LES 5 AXES DE LA CHARTE D'OTTAWA (1986)

1. Élaboration de politiques publiques pour la santé

La santé interrogée dans chaque prise de décision politique dans tous les secteurs.

2. Création d'environnements favorables de soutien

Conditions de vie et de travail, environnement. (par exemple : interventions en Eau assainissement, sécurité alimentaire...).

3. Renforcement de l'action communautaire

Participation effective et concrète de la communauté aux décisions concernant sa santé.

4. Acquisition d'aptitudes individuelles

Information, éducation pour la santé, développement des compétences psychosociales.

5. Réorientation des services de santé

Se recentrer sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.



© ACF, Christina Lionnet - Tchad

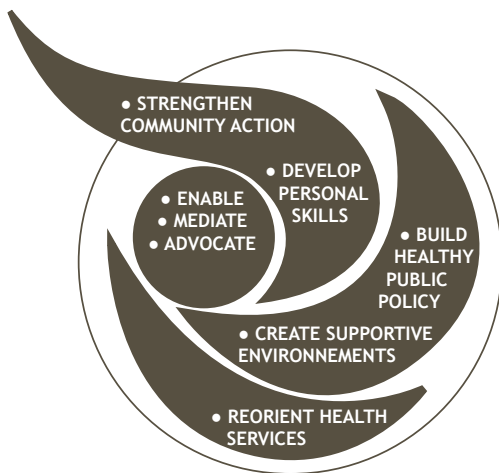


Figure 10 : Charte d'Ottawa, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Contrairement aux idées reçues, la promotion de la santé n'est pas l'affaire du secteur nutrition-santé exclusivement.

En effet lorsque le secteur WaSH met en œuvre des programmes visant l'amélioration de l'environnement, ou lorsque le secteur sécurité alimentaire travaille avec le ministère de l'agriculture pour améliorer l'accès à une meilleure diversité alimentaire, il s'agit là de mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé dont l'objectif in fine est la prévention de la sous-nutrition.

INTERVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE

LA TRIADE BESOINS-DEMANDES-RÉPONSES

Appliquée à la santé publique, cette triade permet de structurer la réflexion autour des besoins de santé des populations, des demandes ou de l'absence de demandes des populations vis à vis de la santé et des réponses du système de santé et plus largement du système social. La réflexion a pour objet, dans une démarche de santé publique, d'orienter les réponses vers les besoins prioritaires, d'optimiser ces réponses et de faire en sorte qu'elles correspondent à une demande et donc qu'elles soient réellement utilisées par les populations.

Le schéma ci-dessous représente les relations entre les besoins, les demandes de santé/nutrition et les réponses existantes et montre qu'ils ne sont pas toujours en adéquation. Certains besoins ne font pas l'objet d'une demande ; d'autres ne sont pas couverts par l'action d'un service : certaines demandes ne sembleraient pas correspondre à un besoin, même si des services y répondent, etc... La zone centrale, par contre, représente la situation "idéale" : à un besoin, correspond une demande exprimée et les services répondent à l'un et à l'autre.

Cette triade est un modèle clé qui doit guider la réflexion en santé publique, elle éclaire la nécessaire prise en compte du point de vue des personnes visées par l'action, la non moins nécessaire analyse préalable de l'état de santé de la population visée, et l'indispensable prise en compte des réponses déjà existantes avec leurs forces et leurs faiblesses.

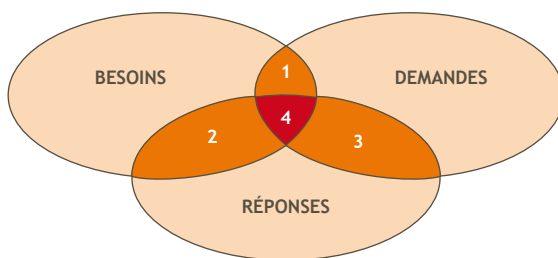


Figure 11 : schéma de la triade besoin-demandes-réponses

Exemple interprétation :

1. Une situation d'insatisfaction ou de mécontentement puisqu'il y a un besoin et une demande mais une absence de réponse.
Ex : un pays avec un nombre important de cas de sous-nutrition mais qui n'a pas de politique de santé pour répondre à cette demande de soin.
2. Une sous-utilisation des services de santé. En effet, il y a un besoin et une réponse mais une absence de demande.
Ex : il y a des centres nutritionnels, la prévalence est importante, mais les malnutris ne viennent pas jusque dans les centres (méconnaissance du programme).
3. Un gaspillage par rapport aux services de santé. Il y a une demande et une réponse mais pas de besoin.
Ex : Admission d'enfants non malnutris dans un programme pour faire fonctionner le service (mauvaise utilisation du service).
4. Situation idéale
Ex : les moyens mis en œuvre sont en adéquation avec les besoins sanitaires et aux demandes.



RÉFÉRENCES

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) source d'information qui contient une base de définition des concepts en santé : <http://www.inpes.sante.fr/>
- OMS :
 - Surveillance en santé publique : http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/fr/
 - Promotion de la santé : http://www.who.int/topics/health_promotion/fr/



LA NUTRITION EN 5 MINUTES



Objectif du document :
**Fournir un outil qui permet aux équipes non-techniques
d'acquérir des notions générales de Nutrition.**



MESSAGES ESSENTIELS

- La **sécurité nutritionnelle** existe lorsque la sécurité alimentaire (ou «lorsque l'accès sécurisé à une alimentation nutritive appropriée») **est couplée** avec un environnement sanitaire favorable, des services de santé adéquats, des soins et des pratiques d'alimentation appropriés afin d'assurer une vie saine pour tous les membres du ménage.
- La sous-nutrition est l'une des deux formes de malnutrition. Elle est causée par un apport nutritionnel insuffisant ou par la répétition de maladies infectieuses et de pratiques de soins inadéquates, souvent en lien avec les facteurs économiques, politiques et socioculturels.
- Pendant l'enfance les besoins énergétiques sont plus élevés comparés à ceux des adultes. La **proportion des organes vitaux est beaucoup plus importante** que les réserves énergétiques chez les jeunes enfants.
- Ceci explique pourquoi les enfants sont les premiers touchés pendant des périodes de chocs et de carences alimentaires.
- Pendant la grossesse et l'allaitement, la femme a besoin d'environ 2500 Kcal par jour, c'est-à-dire plus d'énergie que d'habitude pour atteindre les besoins nutritionnels de son bébé. Si elle est sous - alimentée en raison d'un manque de nourriture, les réserves nutritionnelles de son corps seront utilisées en priorité pour le développement fœtal.

DÉFINITION DE LA NUTRITION

DÉFINITION DE LA SANTÉ

L'ensemble des processus par lesquels les organismes vivants utilisent la nourriture pour assurer la vie, leur croissance, le fonctionnement ordinaire des organes et de leurs tissus ainsi que la production d'énergie.

La notion de « nutrition » est comprise en tant que « nourriture », mais les deux termes ne sont pas synonymes.

Pour plus de détails, se référer au « Glossaire de terminologies utilisé pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la sous-nutrition » - ACF, décembre 2011.

FOCUS SUR LA SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE

La sécurité nutritionnelle est un concept largement utilisé, mais souvent mal compris. La grande majorité des acteurs internationaux emploie ce concept, sans donner une définition claire de celui-ci.

Définition :

La **sécurité nutritionnelle** existe lorsque la sécurité alimentaire (ou «lorsque l'accès sécurisé à une alimentation nutritive appropriée») est couplée avec un environnement sanitaire favorable, des services de santé adéquats, des soins et des pratiques d'alimentation appropriés afin d'assurer une vie saine pour tous les membres du ménage (Shekar M, 2009 ; UNSCN, 2010 ; SUN, 2010).

L'**insécurité nutritionnelle** prévaut lorsque l'insécurité alimentaire est couplée à un environnement sanitaire défavorable, des services de santé et des soins inadéquats et des pratiques alimentaires qui conduisent à une mauvaise hygiène de vie pour certains membres du ménage.

Un document de briefing est en cours d'élaboration.

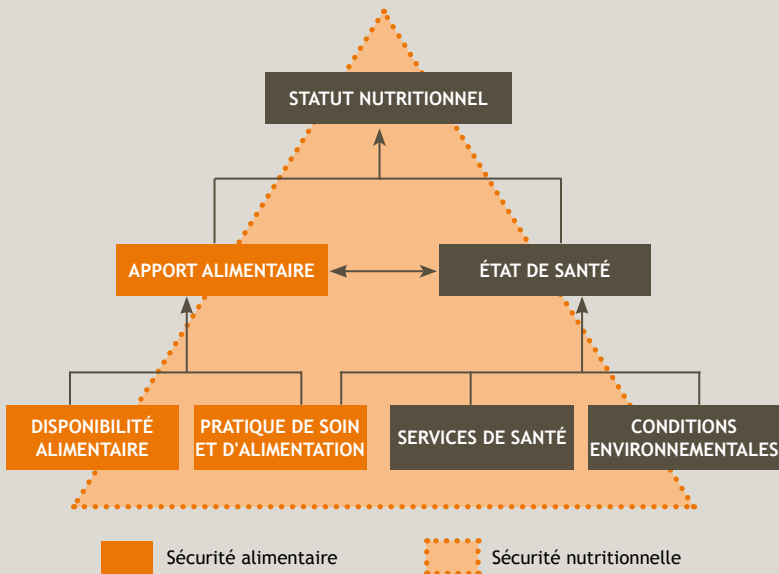


Figure 12 : Cadre Conceptuel de la Sécurité Nutritionnelle



LES COMPOSANTES NUTRITIONNELLES

LES NUTRIMENTS

Tous les éléments et composants organiques ou non-organiques qui constituent l'alimentation et qui peuvent être utilisés par l'organisme sans subir de transformations digestives pour être assimilés par les cellules. Les aliments sont transformés en nutriments composites par les sucs digestifs²¹.

- ▶ Il existe environ **40 nutriments essentiels à la santé**.
- ▶ Si une personne est déficiente, même d'un seul nutriment elle ne sera alors pas en bonne santé (ex : manque de fer = anémie) et sera moins résistante aux maladies. Après une maladie grave, une personne ne disposera pas nécessairement des nutriments indispensables pour guérir et revenir à la normale. Si elle ne bénéficie pas d'une bonne nutrition, il y aura échec de guérison, qui est l'une des raisons courantes pour laquelle il existe un lien étroit entre une infection et le statut nutritionnel.

• Les macronutriments

Les protéines, les glucides (sucres) et les lipides (graisses) sont nécessaires pour le corps en grande quantité et disponibles pour être utilisés en énergie. Ils sont mesurés en grammes²².

▶ Les protéines (acides aminés essentiels et non-essentiels)

Les protéines constituent le squelette autour duquel les cellules se forment, en suivant une composition précise. Les protéines sont absolument indispensables à la vie puisqu'elles servent à l'entretien, la croissance, la réparation, la grossesse et l'allaitement. L'organisme ne constitue pas de réelle réserve de protéines.

L'énergie fournie par les protéines doit représenter 10 à 15 % de la valeur énergétique totale d'une ration.

Par exemple :

- Protéines d'origine animale : viande, poisson, lait, œufs
- Protéines d'origine végétale : arachide, fèves, légumineuses

N.B. les protéines d'origine animale sont mieux assimilées que celles de sources végétales.

▶ Les lipides

Les lipides sont les constituants des graisses, à la fois animales et végétales.

Les lipides jouent un rôle dans l'équilibre métabolique et structurel du corps (membrane cellulaire des organes et tissus, le système nerveux).

Les lipides doivent représenter un minimum de 15% à 30% de la valeur énergétique totale d'une ration.

21 - Traduction de: Flammarion Medical Dictionary, Module 1 : The Basics of Nutrition, 2007

22 - Website: http://www.fivims.org/index.php?option=com_glossary&Itemid=31&lang=fr

Ils représentent également d'importantes réserves d'énergie, sous la forme de tissus adipeux. La consommation de lipides est importante pour l'absorption des vitamines liposolubles (comme les vitamines A et E).

► Les glucides ou hydrates de carbone

Les glucides sont les sucres :

- Complexes : lents (amidons), ce sont les céréales, racines et tubercules.
- Simples : rapides, ce sont les sucres et leurs dérivés, sucre du lait (lactose) ou sucre des fruits (fructose).

De même que les lipides, les sucres fournissent la plupart de l'énergie utilisée et sont stockés par l'organisme. **Le sucre est essentiel pour la production d'énergie au niveau du cerveau.**

Les glucides doivent représenter un minimum de 50% à 55% de la valeur énergétique totale d'une ration.

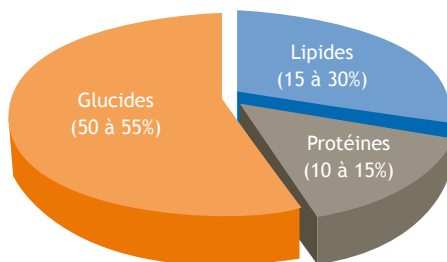


Figure 13 : Proportion d'énergie nécessaire en macronutriment pour une alimentation équilibrée

► L'eau et les électrolytes

70 à 80% du corps est composé d'eau.

L'eau est de loin le constituant le plus important du corps (présent dans tous les tissus). L'eau a plusieurs fonctions dans l'organisme. La régularisation de la température corporelle en est une.

La moitié des apports est fournie par les boissons, l'autre moitié, par l'eau contenue dans les aliments et l'eau produite par l'organisme au cours



© ACF - Haïti



des réactions d'oxydation. Les besoins en eau augmentent chez les individus qui effectuent des efforts physiques intenses (activité professionnelle ou sport) et d'autant plus dans les environnements ou climats chauds (en été ou dans des zones tropicales).

Le métabolisme de l'eau est proche de celui des électrolytes, et plus particulièrement de celui du sodium²³.

• Les micronutriments

Les vitamines (par ex. A, B, D) et minéraux essentiels (par ex. le calcium, le zinc, le cuivre) sont nécessaires pour le corps en de minuscules quantités tout au long de son cycle de vie²⁴. Tout comme le sous-poids, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les déficiences en zinc, fer, et vitamine A dans les 10 premières causes de morbidité des pays en voie de développement. Le Consensus de Copenhague en 2008²⁵ classe les micronutriments en tête des interventions de développement en termes de priorités basées sur le rapport bénéfice-coût. Les besoins individuels en micronutriments étant extrêmement variables, des niveaux d'apports nutritionnels conseillés ont été fixés pour la plupart des vitamines et minéraux, par catégorie de population, comme pour les macronutriments.

Sauf besoins exceptionnels (acide folique pour les femmes enceintes, états pathologiques, etc...), une alimentation riche en produits frais et suffisamment diversifiée permet d'atteindre les niveaux d'apports nutritionnels conseillés en micronutriments et de prévenir les risques de carence.

FOCUS SUR L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE

Lors des sessions d'éducation, les nutriments sont présentés en 3 groupes aux bénéficiaires et il est ainsi conseillé de manger des 3 types d'aliments :

- ▶ Aliments de construction (= les protéines)
- ▶ Aliments apportant de l'énergie (= lipides et glucides)
- ▶ Aliments de protection (= aliments riches en vitamines)

Il est également intéressant de joindre autant que possible la théorie à la pratique et proposer des démonstrations culinaires en utilisant les aliments disponibles localement.



23 - Adaptation de : ACF Basic Nutrition_2007

24 - Adaptation de: Tracking progress on child and maternal nutrition; November 2009. Website Unicef: http://www.unicef.org/publications/index_51656.html

25 - Consensus de Copenhague : <http://www.copenhagencensus.com/Home.aspx>

BESOINS MINIMA EN ÉNERGIE

Une nourriture équilibrée et saine doit satisfaire les besoins énergétiques du corps et lui apporter les nutriments essentiels. De plus, les besoins et recommandations alimentaires énergétiques ne peuvent pas être pris en compte indépendamment des autres nutriments de l'alimentation, puisque que le manque de l'un aura une influence sur les autres.

Le sexe, l'âge, le poids corporel et l'activité physique sont les principaux déterminants des dépenses totales.

Les besoins énergétiques
moyens par jour = 2 100 Kcal
(Standard Sphère)

POUR ALLER PLUS LOIN

Les besoins énergétiques augmentent depuis la naissance jusqu'à 15-18 ans, car les enfants et adolescents sont très actifs et grandissent rapidement.

Après 18 ans, les besoins énergétiques sont moins importants et dépendent de l'activité personnelle.

Après 50 ans, les besoins énergétiques sont encore plus faibles, principalement en raison de la réduction du métabolisme de base et de l'activité.

Pour une femme enceinte ou allaitante d'activité modérée, une consommation quotidienne de 2500 Kcal est recommandée.

Pour les femmes, c'est de l'ordre de 2000 et pour les hommes de 2500-2800 kcal/jour.

Les jeunes enfants ont besoin d'environ 1350 kcal/jour.

Les enfants de 7 à 10 ans ont besoin d'environ 1970 kcal/jour pour un garçon et 1740 pour une fille.



© ACF, Alicia Garcia - Maitrante

LES DIFFÉRENTS TYPES DE SOUS-NUTRITION

APERÇU DE LA MALNUTRITION

La malnutrition est un terme général communément utilisé comme une alternative au terme de sous-nutrition bien que, d'un point de vue technique, il désigne également la surnutrition (obésité). Une personne est mal-nourrie (souvent en lien avec les facteurs économiques, politiques et socioculturels), si son régime alimentaire ne comporte pas de nutriments adaptés à sa croissance et/ou à son maintien en bonne santé, ou si elle ne peut pas pleinement assimiler les aliments qu'elle ingurgite en raison d'une maladie (sous-nutrition). Elle est également mal nourrie si elle consomme trop de calories (surnutrition).

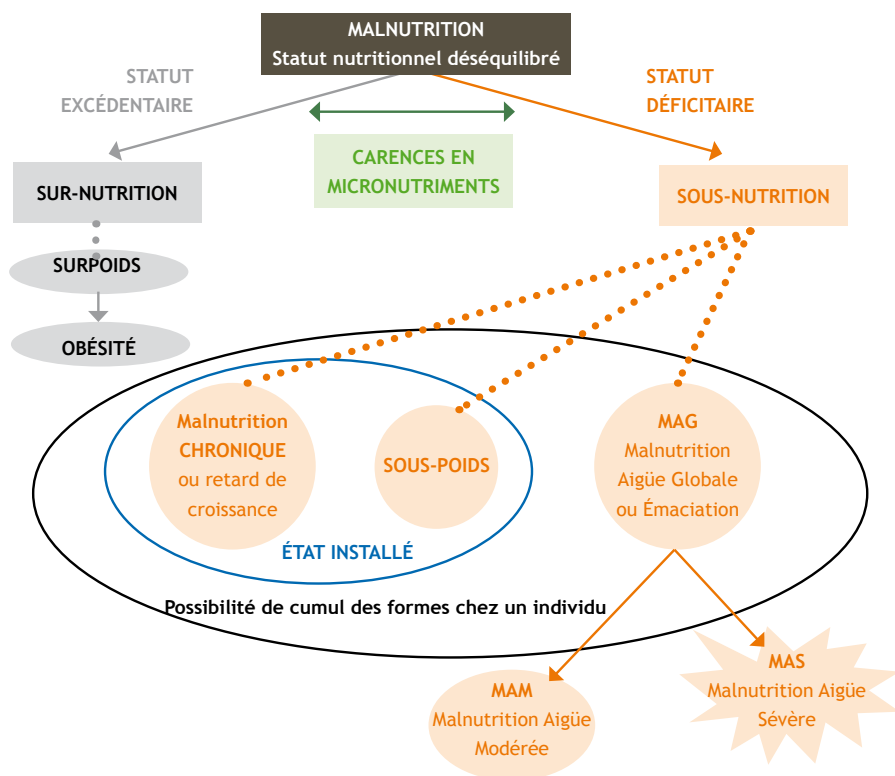


Figure 14 : L'arbre de la malnutrition²⁶

Le sous-poids (incluant le retard de croissance et l'émaciation), le surpoids et les carences en micronutriments représentent toutes des formes de malnutrition²⁷.

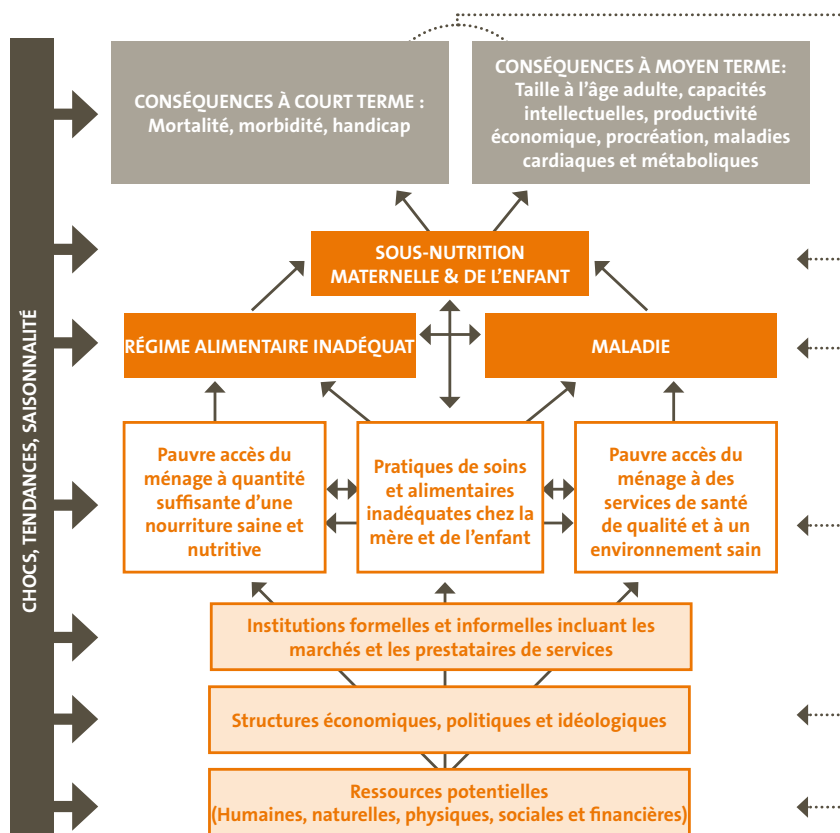


Figure 15 : cadre conceptuel (causes de la sous-nutrition)²⁸

LA SOUS-NUTRITION

La sous-nutrition est l'une des deux formes de malnutrition. Elle est définie par un apport nutritionnel insuffisant ou par la répétition de maladies infectieuses et de faibles pratiques de soins, souvent en lien avec les facteurs économiques, politiques et socioculturels.

27 - Traduction de: White paper_Taking Action: Nutrition for survival, Growth & development_ACF 2010

28 - ACF (2011-en cours de validation au moment de l'édition), basé sur Black & al, 2008; UNICEF, 1992; DFID, 1999 and WFP, 2009



Elle inclut :

- ▶ un sous-poids par rapport à l'âge (insuffisance pondérale),
- ▶ une petite taille par rapport à l'âge (retard de croissance - sous-nutrition chronique),
- ▶ une maigreur excessive par rapport à la taille (émaciation - sous-nutrition aigüe),
- ▶ des carences en vitamines et minéraux (malnutrition par carence en micronutriments)²⁹.

La sous-nutrition est l'une des formes de malnutrition (la surnutrition étant l'autre).

Figure 14 : L'arbre de la malnutrition, page 80

Selon la source de référence, la sous-nutrition est la cause associée de 35% jusqu'à 56% de tous les décès parmi les enfants de moins de 5 ans³⁰.

LE CIBLAGE DES ENFANTS, DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES

POURQUOI CIBLONS-NOUS EN PRIORITÉ LES ENFANTS ?

Pendant l'enfance les besoins énergétiques sont plus élevés comparés à ceux des adultes (environ 1350 Kcal par jour, ce qui représente plus de la moitié des besoins adultes - 2100 Kcal par jour) ; la proportion est plus élevée lorsqu'elle est comparée au poids corporel.

Par rapport aux adultes, chez les jeunes enfants, la proportion des organes vitaux (cf. schéma ci-dessous : proportion organes vitaux/masse corporelle) est beaucoup plus importante que les réserves énergétiques. Les réserves énergétiques sont composées de muscles et de graisses. C'est la raison pour laquelle les jeunes enfants doivent être nourris toutes les trois heures, « pour faire le plein ».

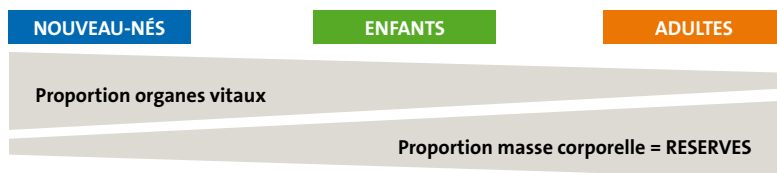


Figure 16 : proportion organes vitaux/masse corporelle selon l'âge

La fréquence des repas se réduit petit à petit (pendant l'enfance) alors que les réserves énergétiques augmentent. Ceci explique pourquoi les enfants sont les premiers touchés pendant des périodes de chocs et de carences alimentaires. Ceci explique également pourquoi les maladies peuvent avoir un impact plus grand sur l'état nutritionnel des enfants.

29 - Adaptation & traduction de : UNICEF

30 - Adaptation & traduction de : White paper_Taking Action: Nutrition for survival, Growth & development_ACF 2010

De plus, les enfants souffrent souvent de maladies infantiles. Le corps doit ainsi dépenser plus d'énergie pour guérir et les besoins d'apport nutritionnel sont de fait augmentés. **La personne malade manque souvent d'appétit (anorexie), et perd du poids d'où le cercle vicieux entre maladie et sous-nutrition.**

De plus, les enfants dépendent des adultes pour les soins généraux (hygiène, nourriture, santé...).

POURQUOI CIBLONS-NOUS ÉGALEMENT LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES ?

Pendant la grossesse et l'allaitement, la femme a besoin d'environ 2500 Kcal par jour, c'est-à-dire plus d'énergie que d'habitude pour atteindre les besoins nutritionnels de son bébé. Si elle est sous-alimentée les réserves nutritionnelles de son corps seront utilisées en priorité pour le développement fœtal. La femme manquera de force et son système immunitaire sera affaibli pour lutter contre les maladies. Les femmes enceintes sont également exposées au risque de nombreuses complications liées à la grossesse. Dans les pays à faible revenu, elles n'ont pas toujours accès aux centres de santé capables de prendre en charge les situations complexes et le risque de décès est élevé.

Les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les enfants, font partie de la population qui est particulièrement vulnérable à la malnutrition et aux maladies.



© ACF, Sandra Calligaro - Afghanistan

LES CERCLES VICIEUX DE LA SOUS-NUTRITION

MÉCANISME CONDUISANT LES VICTIMES DE LA MALNUTRITION

AIGÛE SÉVÈRE À LA MORT

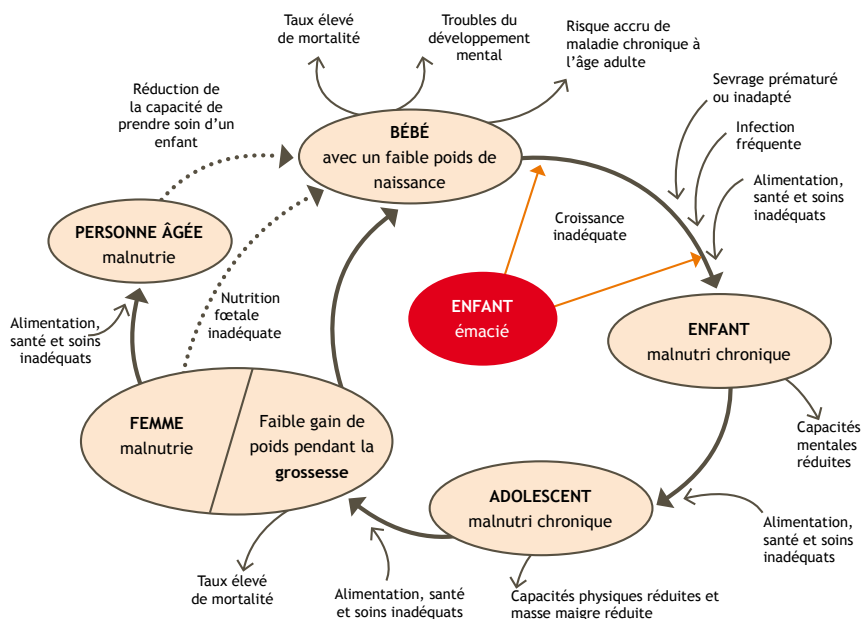
En cas de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS), le corps donnera priorité au fonctionnement des organes vitaux (cerveau, cœur et poumons) pour les préserver. Le fonctionnement des autres organes sera ainsi diminué. Ce phénomène génère, parmi d'autres, un ralentissement du système digestif et l'absorption des nutriments ne sera donc pas optimale. Le corps de l'enfant n'aura pas tous les nutriments nécessaires à sa guérison et le système immunitaire (déjà plus fragile, car n'est pas complètement mature) - comme d'autres - en sera affecté.

Si ce cercle vicieux n'est pas arrêté à temps, les organes vitaux du corps (le cœur, les reins, le foie, l'estomac...) ralentiront progressivement jusqu'à la mort.



SOUS-NUTRITION AU FIL DES GÉNÉRATIONS

Chez les filles, la sous-nutrition chronique subie en début de vie que ce soit avant la naissance ou dans la petite enfance, peut conduire plus tard à donner naissance à des bébés en insuffisance pondérale, ce qui rendra ces enfants particulièrement vulnérables à la sous-nutrition et aux maladies tout au long de leur croissance. Ainsi, la sous-nutrition ne fait que se répéter, de génération en génération³¹.



Source : modifié d'après SCC/SCN

Figure 17 : L'impact de la faim et de la malnutrition à travers le cycle de vie

RÉFÉRENCES

Documents ACF :

- Basic Nutrition concepts_ACF 2008

Documents autres :

- UNICEF : Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère -2009 : http://www.unicef.org/french/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_FR_011510.pdf

31 - Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère - UNICEF 2009



MÉCANISMES D'INSTALLATION DE LA SOUS-NUTRITION



© Véronique Burger / Phanie - Liberia

Objectif du document :
**Comprendre comment la sous-nutrition affecte
le fonctionnement du corps.**



MESSAGES ESSENTIELS

- Les enfants soumis à une diète monotone souffrent de sous-nutrition, alors qu'ils peuvent ne pas avoir faim et même recevoir une quantité d'énergie et de protéines suffisante.
- Les besoins énergétiques de l'enfant sont plus élevés que ceux des adultes (nombre de Kcal par rapport au poids corporel).
- L'enfant marasmique perd du poids selon deux mécanismes aux origines différentes. Soit il existe une carence en énergie (Kcal) et malgré les phénomènes adaptatifs, les tissus sont détruits pour y puiser l'énergie nécessaire. Soit il existe une carence plus spécifique en nutriment de type 2 et les tissus sont détruits pour y puiser les dits micronutriments et la compenser.
- Pour les enfants qui présentent des complications en sus de l'amaigrissement, les **conséquences immédiates sont graves et dangereuses**. L'identification de ces enfants au sein d'un groupe d'enfant malnutris est une des priorités des programmes nutritionnels.
- La physiopathologie du Kwashiorkor reste mal connue mais cette forme de malnutrition véhicule de nombreuses de croyances.

INTRODUCTION

Pour que les fonctions vitales marchent correctement, il faut que l'alimentation contienne plusieurs éléments en quantités suffisantes :

- ▶ énergie : sucres et graisses
- ▶ protéines et en particulier les acides aminés essentiels
- ▶ nutriments : vitamines et micronutriments (minéraux)

Bien entendu, les quantités nécessaires dépendent du poids du corps et de l'âge.

Pour que l'alimentation puisse fournir l'ensemble des rations quotidiennes de tous les éléments essentiels, il faut qu'elle soit variée. Chaque aliment contient une partie de ce qui nous est nécessaire. Les enfants soumis à une diète monotone souffrent de sous-nutrition, alors qu'ils peuvent ne pas avoir faim et même recevoir une quantité d'énergie et de protéines suffisante.

Nous allons ici détailler d'abord les besoins alimentaires des petits enfants et les conséquences d'une sous-alimentation énergétique et protéinique ainsi que les affections nées des carences spécifiques en nutriments.

Bien comprendre ces concepts permet de bien comprendre et argumenter les différents aspects du traitement de la sous-nutrition aigüe.

BESOINS ALIMENTAIRES DES ENFANTS

BESOINS ÉNERGÉTIQUES ET PROTÉINIQUES

Quel que soit l'âge, il existe un besoin de base du corps en énergie. Celle-ci provient de la destruction des sucres et des graisses. Ces besoins de bases sont très peu augmentés par l'activité. Ces dépenses de fonctionnement sont dues pour un tiers à l'équilibre chimique du corps (métabolisme de l'eau et pompe sodium/potassium), un autre tiers au renouvellement des protéines (c'est à dire des parties du corps qui changent en permanence : peau, sang, foie, muscles etc.) et un tiers à des activités spécifiques essentielles au fonctionnement. En cas de carence ce sont les deux premières qui sont d'abord ralenties afin de s'adapter.

Malgré l'adaptation des besoins, si l'alimentation reste insuffisante, il est possible de détruire des tissus pour y puiser de l'énergie et des protéines.

Les enfants sont très différents des adultes. D'abord, ils grandissent et les besoins alimentaires induits par la croissance sont très particuliers. Par ailleurs, la composition du corps d'un enfant est complètement différente de celle d'un adulte.

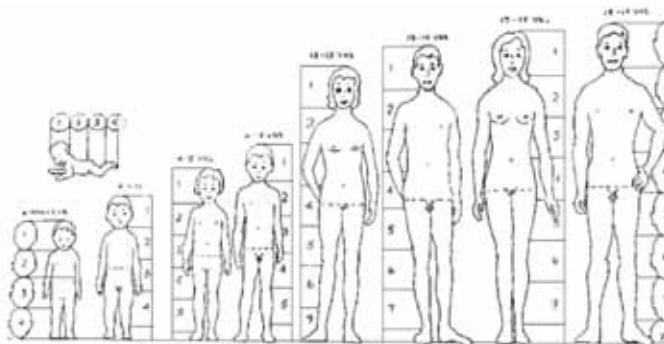


Figure 18 : Évolution de la taille d'un individu

La croissance est un processus relativement linéaire après l'âge de deux ans. Au contraire, son intensité décroît exponentiellement entre la naissance et 24 mois. **La croissance est donc très rapide pendant les deux premières années de vie et bien plus faible par la suite.** Après cette date les besoins en énergie et protéines de la croissance représentent une très faible part des besoins totaux.

La proportion des 4 grandes parties du corps (tête, tronc, abdomen et jambes) change avec l'âge. Chez les enfants les organes vitaux (foie, cœur, rein, cerveau) et consommateurs d'énergie représentent une part beaucoup plus importante du corps que chez les adultes. La proportion de leur corps permettant de stocker de l'énergie (muscles et graisses) est inférieure à celle des



adultes, ainsi leur capacité de stockage est moindre. En cas de carence, le corps puise dans ses ressources et réduit d'abord son activité non essentielle avant que les fonctions fondamentales soient atteintes. **À cause de leur anatomie, les jeunes enfants sont donc nettement moins protégés que les adultes.**

Les besoins énergétiques de l'enfant sont relativement plus élevés que ceux des adultes. Outre la croissance qui n'augmente pas la dépense totale significativement après 2 ans, c'est la composition corporelle qui l'explique. Comme mentionné plus haut les organes vitaux dépendent entre 5 et 10 fois plus d'énergie que les autres parties du corps. Or ceux-ci représentent une plus grande part du corps chez les enfants.

BESOINS SPÉCIFIQUES EN PROTÉINES : LES ACIDES AMINÉS

Les protéines sont des assemblages d'acides aminés. Les besoins en protéines sont dépendants de la masse totale minimale de protéines ingérées (cf. supra). Mais le corps a besoin de certains acides aminés spécifiques dont certains ne peuvent être synthétisés. Ces acides aminés essentiels doivent être ingérés en sus de la masse totale de protéines.

La croissance nécessite une diète spéciale en acides aminés. Plus l'enfant est jeune plus cette diète est différente des adultes. À l'âge de 6 mois, les besoins ne peuvent être couverts sans apports animaux sous forme de lait. Le lait de vache est moins bien adapté aux besoins que le lait maternel. Cette spécificité est perdue à un an, alors que le lait de soja permet de bien couvrir les besoins en acides aminés des enfants. Néanmoins, il est établi que les enfants de moins de deux ans qui consomment du lait ont une meilleure croissance que les autres. Ceci est vrai même dans les populations où la majorité des adultes ont une intolérance au lait.

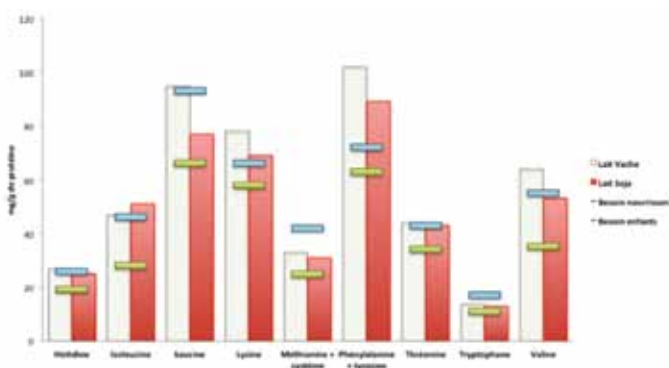


Figure 19 : Besoins en acide aminés essentiels des nourrissons et des enfants de 2 ans comparés aux indices chimiques des protéines du lait de vache et de soja.

Il faut savoir aussi, et ce n'est pas sans conséquence en termes de malnutrition, qu'un excès d'acides aminés dans le sang entraîne une anorexie.

BESOINS EN NUTRIMENTS

On appelle nutriments l'ensemble des minéraux (ions ou micronutriments) et des vitamines. **Si l'énergie est le fuel du moteur et les protéines sont l'acier, les nutriments sont l'huile.** Ils sont essentiels à la bonne marche du corps. Sans discuter en détail leur fonction, il faut différencier deux types de nutriments par rapport aux comportements du corps lors d'une carence. On peut penser à cette différence comme la présence des nutriments dans le sang (circulant) et dans les tissus (stockés). Mais cette comparaison ne correspond pas au mode d'action des nutriments.

Les nutriments de type 1 sont les plus connus. Il s'agit entre autres du fer, de la vitamine C ou encore de l'iode. Lors d'une carence, une maladie spécifique se développe : une anémie en cas de carence en fer, le scorbut pour la vitamine C, une hypothyroïdie et des troubles mentaux pour l'iode.

Quand un nutriment de type 1 est carencé, cela n'influence pas les autres nutriments.

Enfin, il est relativement aisé de mesurer le taux circulant de nutriment pour confirmer le diagnostic et surveiller le traitement.

Les nutriments de type 2 ne circulent presque pas. Il existe des stocks dans les tissus. Lors d'une carence d'un nutriment, l'adaptation se fait par la destruction de ces tissus pour libérer le nutriment manquant. Mais ce mécanisme induit la destruction des stocks des autres nutriments de type 2 qui, non carencés, sont perdus. Cela entraîne aussi la libération d'acides aminés. Si ce phénomène est suffisamment fort, cela entraîne donc aussi une anorexie. Celle-ci, bien entendu, aggrave les carences.

NUTRIMENTS TYPE 1

Fer, Vitamine C, Iode, calcium...

Il n'y a pas de stock dans les tissus

Si carence :

Pathologie spécifique se développe.

*Exemple: Anémie en cas de carence en fer,
Scorbut pour la vitamine C, hypothyroïdie
pour l'iode...*

Si carence, il n'y a pas d'influence sur
les autres nutriments

NUTRIMENTS TYPE 2

Potassium, Sodium, Zinc, Phosphore,
magnésium...

Il existe des stocks dans les tissus.

Si carence :

l'adaptation se fait par la destruction de ses
tissus pour libérer le nutriment manquant

=> ce qui entraîne la destruction des
stocks des autres nutriments Type 2.

Cela entraîne aussi la libération d'acides
aminés. Si ce phénomène est suffisamment
fort, cela entraîne aussi une anorexie et une
réduction de la croissance



EXPLICATION DU MARASME

De ce qui précède on comprend que l'enfant marasmique perd du poids selon deux mécanismes aux origines différentes. Soit il existe une carence en énergie et malgré les phénomènes adaptatifs, les tissus sont détruits pour y puiser l'énergie nécessaire. Soit il existe une carence plus spécifique en nutriment de type 2 et les tissus sont détruits pour y puiser les dits micronutriments et la compenser. On peut donc observer des cas de marasmes chez des enfants qui reçoivent une diète énergétiquement correcte mais très monotone.



© ACF, Lucile Grosjean - Haïti

Ces phénomènes sont bien souvent très intriqués, entre autres, par l'anorexie induite lors de l'adaptation.

Pour préserver les fonctions vitales, ce sont d'abord les muscles et les tissus gras qui sont affectés. Cette destruction peut être sans conséquence immédiate. Mais si les carences perdurent, les fonctions vitales finissent par être affectées. Ceci se manifeste par une série de complications dont une seule justifie l'hospitalisation. Mais de loin la plus importante est l'anorexie. On comprend que celle-ci ne signe pas une simple apathie mais un stade avancé de la destruction tissulaire due à la sous-alimentation.

À ce stade, on observe une sorte de régression métabolique de l'enfant. En effet, la part des organes vitaux dans le poids total du corps redevient proche de celle d'enfants nettement plus jeunes. Cette régression explique une partie des problèmes des enfants marasmiques : comme des nourrissons, ils ont du mal à réguler leur température et sont sujets à l'hypothermie ; de même ils ont souvent du mal à digérer des repas lourds et doivent être nourris fréquemment.

CONSÉQUENCES DU MARASME

Pour les enfants pris en charge avant le stade systémique de la destruction cellulaire, les cas non-complicqués, le marasme traité n'aura pas de conséquences immédiates. Les conséquences à long terme sont encore mal connues.

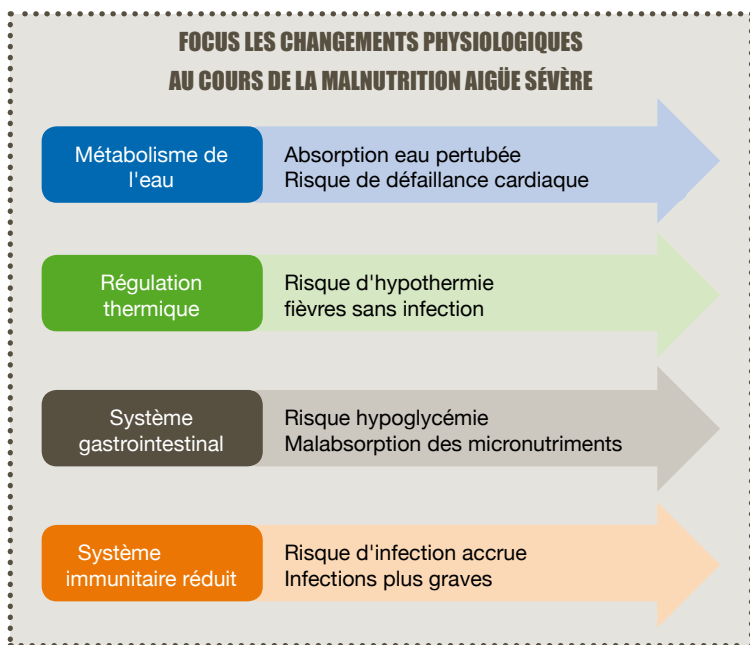
Par contre les enfants qui présentent des complications en sus de l'amaigrissement, les conséquences immédiates sont graves et dangereuses. L'identification de ces enfants au sein d'un groupe d'enfants malnutris est une des priorités des programmes nutritionnels.

On a vu que la régulation de la chimie du corps représente une forte part de la dépense énergétique. Le ralentissement de la pompe sodium/potassium et du métabolisme de l'eau en réponse à la sous-alimentation explique que les enfants hospitalisés avec une malnutrition sont ultra-sensibles aux variations en eau. Leur réhydratation ou encore les transfusions, doivent être très précautionneuses. Le ralentissement des fonctions du foie et des reins réduit leur capacité à la filtration des toxines

comme des médicaments. Par conséquent les doses doivent être adaptées et certaines molécules sont contre-indiquées. Par ailleurs, ceci induit aussi une moindre capacité à la fabrication de globules rouges et donc des anémies.

La régression métabolique explique la tendance à l'hypothermie et implique un contrôle strict de la température des lieux de soins.

Enfin, les carences en nutriments et la réduction du métabolisme empêchent la fonction immunitaire. Les enfants malnutris sont sensibles aux infections. De plus, ayant momentanément perdu la régulation thermique, ces infections ne se manifestent pas toujours par de la fièvre. Ces infections silencieuses, expliquent la prescription systématique d'agents antibiotiques et antipaludéens.



ÉTAT DES LIEUX SUR LE KWASHIORKOR

Définition : Forme de sous-nutrition aiguë sévère qui se manifeste par des œdèmes bilatéraux et en godet. Un enfant souffrant de kwashiorkor n'apparaît pas forcément dénutri, puisque le corps enfle par la présence des œdèmes. L'excès d'eau retenue par le corps augmente le poids de l'enfant, à tel point qu'il peut atteindre les limites normales. Dans sa forme la plus sévère, le Kwashiorkor se manifeste par une peau extrêmement fine et brillante, des lésions cutanées, des cheveux décolorés, une stéatose hépatique (foie gras), une apathie.



Tous les mécanismes exposés précédemment concernent les enfants marasmiques. Dans les cas de kwashiorkor, la physiopathologie est en fait toujours assez mystérieuse.

Plusieurs dizaines d'explications ont été proposées et infirmées concernant l'origine du kwashiorkor. Il est sûr que le kwashiorkor n'EST PAS dû à :

- ▶ Une diète pauvre en protéine
- ▶ Une hypo albuminémie
- ▶ Un allaitement trop prolongé
- ▶ Un régime qui contient des aflatoxines
- ▶ Etc.

Il semble plutôt que :

- ▶ La paroi des vaisseaux capillaires est perturbée et donc devient poreuse à l'eau et aux minéraux.
- ▶ Il existe des perturbations très particulières du métabolisme de certains éléments chimiques encore mal connus (vanadium, nutriments sulfurés, sélénium) par des voies mal connues (flore intestinale, glycosaminoglycanes, ...)



© ACF, Lucile Grosjean - Haïti

Quoiqu'il en soit, la physiopathologie du Kwashiorkor reste mal connue mais cette forme de sous-nutrition véhicule des tas de croyances. Au sein d'ACF, aucun positionnement clair n'a été donné concernant le mécanisme d'installation du kwashiorkor. Il convient de faire la part des choses, de rester objectif et de ne faire aucune affirmation concernant les causes de cette forme de sous-nutrition aigüe sévère.



ACF & LA SANTÉ

©ACF, Sandra Calligaro - Afghanistan



Objectif du document :
Clarifier les liens entre santé et nutrition ;
Expliquer le positionnement d'ACF en matière de santé et
des évolutions possibles.



MESSAGES ESSENTIELS

- **Les maladies infectieuses communes** augmentent la probabilité qu'un enfant fragilisé soit affecté par la malnutrition aigüe sévère.
- Dans la période de la conception à la fin de la petite enfance, la sous-nutrition augmente la fréquence et l'intensité des maladies infectieuses.
- Globalement, **les enfants sévèrement malnutris meurent 9 fois plus fréquemment** que les enfants bien portants.
- La réduction de nos ambitions en termes de mise en œuvre de programmes de santé pure en 2005 ne signifie pourtant pas qu'ACF a perdu son versant santé ou médical. **La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère reste une démarche médicale qui mobilise des professionnels de santé.**
- **Renforcer les systèmes de santé et leurs programmes de santé materno-infantile** est devenu une condition sine qua non à la réalisation de notre objectif de mise à l'échelle du traitement de la MAS et impose à ACF de réviser le positionnement de 2005.
- Parmi les facteurs médicaux favorisant la malnutrition, certains peuvent être prévenus. **ACF propose une stratégie de prévention adaptée à ces facteurs.**

INTRODUCTION

Depuis quelques années il règne une sorte de confusion au sein d'ACF sur le lien entre la santé et la nutrition. Si ACF n'est pas une ONG exclusivement médicale elle met pourtant en œuvre des programmes médico-nutritionnels.

Outre une tentative de clarification de l'interaction entre nutrition et santé, ce chapitre tentera de dessiner les contours des opérations d'aujourd'hui en matière de santé et leurs évolutions possibles.

LIENS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Un cercle vicieux : Les maladies infectieuses communes augmentent la probabilité qu'un enfant fragilisé soit affecté par la sous-nutrition aigüe (un enfant malade perd de l'appétit et du poids). Dans la période de la conception à la fin de la petite enfance, la sous-nutrition augmente la fréquence et l'intensité des maladies infectieuses. La sous-nutrition aigüe sévère est ainsi par le fait de cette interaction directement responsable de 1 millions de morts chaque année, on considère aujourd'hui que la sous-alimentation est la cause de 3.5 millions de décès.

L'épidémiologie confirme ainsi ces observations. Cette science nous permet de quantifier le lien entre nutrition et santé. Ainsi, en agrégeant les données venues de plusieurs contextes différents, on peut estimer aujourd'hui qu'un enfant malnutri a, par le seul facteur aggravant de son état nutritionnel, environ 6 fois plus de risques de décéder d'une diarrhée, 9 fois plus d'une pneumonie, 2 fois plus d'un accès palustre et 6 fois plus d'une rougeole. Globalement, les enfants sévèrement malnutris meurent 9 fois plus fréquemment que les enfants bien portants.

Les enfants chez lesquels on a pu mettre en évidence un manque de fer, de zinc, de vitamine A ou encore d'iode (carences nutritionnelles simples), sont plus à risque de mourir que les autres s'ils développent une maladie infectieuse. Le rôle des pathologies dans l'apparition de la sous-nutrition aigüe est moins simple à mettre en évidence. Il est très bien connu en ce qui concerne la sous-nutrition chronique. L'impact de la sous-nutrition chronique sur la qualité et l'espérance de vie est lui aussi bien reconnu. La juxtaposition entre les cartes de prévalence de la sous-nutrition chronique et aigüe est aussi notoire. Il a également été montré que les épisodes de paludisme pendant la grossesse entraînent une sous-nutrition aigüe du bébé (petit poids pour son âge). Reste le bon sens pour se convaincre que, dans les zones où vivent des populations pauvres, en lutte pour s'assurer une bonne alimentation, être malade peut déclencher un épisode mortel de sous-nutrition chez les plus fragiles, c'est-à-dire, les enfants de moins de 3 ans.

Depuis des années ces liens sont connus. En témoignent les schémas causaux de la sous-nutrition qui ont peu évolué depuis au moins 30 ans

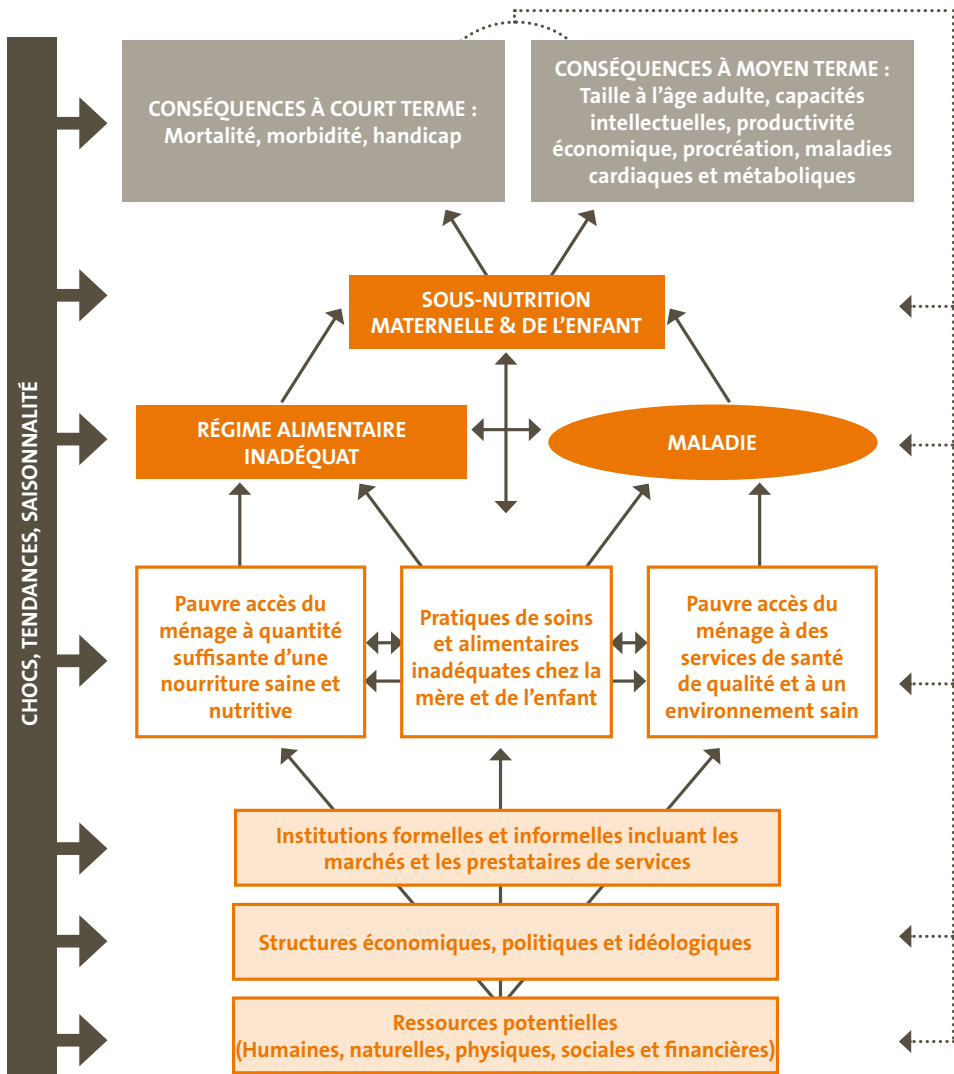


Figure 20 : cadre conceptuel (causes de la sous-nutrition)³²

32 - ACF (2011-en cours de validation au moment de l'édition), basé sur Black & al, 2008; UNICEF, 1992; DFID, 1999 and WFP, 2009

L'APPROCHE MÉDICALE À ACF- HISTORIQUE

Depuis les années 90 et la mise en place de la prise en charge médicale de la sous-nutrition aiguë sévère, ACF est actif dans le domaine de la santé. Outre le traitement dispensé, ACF a dans ses programmes routiniers mis en place et soutenu des campagnes de vaccinations, des programmes de prise en charge du choléra, accompagné des programmes de santé divers. Au cours de son histoire ACF a ainsi développé de nombreux programmes de soins de santé primaire et secondaire en parallèle de ses activités de traitement de la sous-nutrition aiguë sévère (Afghanistan, RDC, etc...). En 2005, une note de cadrage a proposé de mettre un terme à la mise en œuvre de programmes de santé n'ayant pas de lien direct avec nos activités visant la sous nutrition. L'idée était de laisser aux ONG dont c'est le cœur de métier cet aspect des interventions, ACF se réservant toutefois la possibilité de mettre en œuvre des programmes de santé dans les contextes où aucun partenaire ne pourrait prendre en charge cette activité (ex : Birmanie avec un programme de santé reproductive, Somalie avec des programmes de soins de santé primaire).

Réduire nos ambitions en termes de mise en œuvre de programmes de santé pure ne signifie pourtant pas qu'ACF a perdu son versant santé ou médical. La prise en charge de la sous-nutrition aiguë sévère **reste une démarche médicale** qui mobilise des professionnels de santé.

Depuis 2008 et la transition dans l'approche proposée internationalement en matière de la prise en charge de la MAS, un retour vers plus de santé est sérieusement entrepris. En effet ACF travaille conjointement avec des ministères de la santé et leurs équipes qui, en sus de la MAS, doivent prendre en charge un paquet minimum de santé souvent défaillant.

Renforcer les systèmes de santé et leurs programmes de santé materno-infantile est devenu une condition sine qua non à la réalisation de notre objectif de mise à l'échelle du traitement de la MAS.



© ACF, Lucile Grosjean - Haïti



PERSPECTIVES EN SANTÉ POUR ACF

L'APPROCHE CURATIVE

Pour évoquer avec précision l'aspect médical dans l'approche curative il est important de faire la distinction entre les formes simples et les formes compliquées de sous-nutrition aigüe sévère.

	% cas	% guéris	% des décès
Non-complicqués	85 à 90%	>95%	20%
Complicqués	10 à 15%	90 à 95%	80%
Tous		>90%	100%

Cette distinction qui combine mesures anthropométriques, examen médical et appétit, fait la part entre les enfants pris en charge à l'hôpital et ceux qui le sont à domicile. Elle indique où se trouve le besoin en médecine secondaire et où l'action est plus simple. Elle montre un besoin de trier les enfants selon des critères médicaux. Elle implique aussi qu'un programme de nutrition ne peut se limiter à la seule distribution d'aliments thérapeutiques.

Le traitement des cas compliqués est très efficace mais très couteux financièrement et en terme de capacités humaines mobilisées. L'étude de coût/efficacité des deux approches sera sans doute informative, mais il semble illusoire d'être efficace sans les deux approches.

Aujourd'hui pour mettre en œuvre ces interventions médicales il s'agit de penser notre approche de manière plus globale, en prenant en compte le système de santé dans son intégralité.

ACF est très actif au niveau des soins de santé primaire (centre de santé) mais doit, dans certains contextes, apporter un support renforcé à la délivrance de soins de santé primaire afin d'assurer l'accès au traitement de la malnutrition aigüe sévère. En effet, promouvoir l'accès au traitement de la MAS est une démarche vaine si les autres maladies infantiles ne sont pas prises en charge (compte tenu du lien étroit entre sous-nutrition et maladies infantiles).

Outre l'investissement dans les soins primaires ACF doit aussi repenser son soutien aux hôpitaux qui reste relativement limité.

Le soutien aux hôpitaux doit se décider selon une analyse multi-variée :

- ▶ **Techniquement** : La technologie médicale permet aujourd'hui de réelles avancées diagnostiques (tests rapides, systèmes I-Stat pour réanimation, radiographies digitales, télémédecine entre autres). Néanmoins, l'expérience montre que dans les problématiques de santé systémiques les premières contraintes concernent les personnels et leurs motivation/formation.
- ▶ **Ethiquement** : il est très peu probable que les équipes participent efficacement à des projets qui restreindraient le soutien aux seuls enfants malnutris alors que nombre de morts pourraient facilement être évités parmi les autres enfants, les parturientes, etc...

- ▶ **Politiquement** : tant pour les personnes habitant la zone de couverture que pour les autorités, l'hôpital est la vitrine de la médecine. La négligence du soutien à ces structures peut réduire considérablement la crédibilité d'un programme nutritionnel, i.e. un programme médical.
- ▶ **Financièrement** : il est illusoire de vouloir améliorer une situation hospitalière sans une implication financière lourde et selon des termes relativement longs. Les donateurs de leçons humanitaires sont toujours rejetés. La discussion avec les bailleurs et les gouvernements localement mais aussi au niveau des sièges est incontournable pour décider d'un tel soutien.

LA PRÉVENTION EN SANTÉ

Les déterminants de la sous-alimentation sont toujours centrés autour d'une situation (aigüe ou chronique) de pauvreté. Cette situation entraîne invariablement une série de corollaires qui tous se potentialisent et résultent dans la situation carencielle.

Parmi les facteurs médicaux favorisant la sous-nutrition, certains peuvent être prévenus :



© Emmanuel Simiand - RCA

- ▶ **Consultation pédiatrique de routine**
 - traitement des pathologies communes avant qu'elles n'entraînent une perte de poids
 - détection précoce des problèmes nutritionnels (analyse dynamique)
- ▶ **Vaccination**
 - contre les maladies infantiles virales immunisantes (rougeole, diphtérie, polio)
 - contre des pathologies particulièrement graves dans la petite enfance (haemophilus)
 - contre les banales diarrhées virales de l'enfance (rotavirus : ROTARIX ; ROTATEQ)
 - contre les maladies graves récurrentes dans une zone :
 - méningite
 - choléra
 - fièvre jaune
- ▶ **Suivi de grossesse et néonatale:**
 - lutte contre les carences nutritionnelles de la mère
 - dépistage précoce des infections puerpérales y compris le paludisme
 - prévention de la transmission verticale du VIH
 - promotion de l'allaitement maternel
- ▶ **Déparasitages de routine**
- ▶ **Correction des carences micro-nutritionnelles latentes**



Ainsi la stratégie médicale préventive possède de nombreuses armes qu'il convient d'utiliser à bon escient en fonction de l'analyse sanitaire locale. La question principale est celle de l'intensité du foyer de sous-nutrition. **L'agressivité de la prévention évoluera en fonction de l'incidence annuelle de sous-nutrition.** Par ailleurs, l'état de stress et les capacités de résilience de personnes affectées par la sous-nutrition sont aussi des facteurs cardinaux de la conduite à tenir en matière de prévention. Enfin, l'analyse épidémiologique locale (et au point de départ pour les migrants) ainsi que celle des différentes parties du système de soin sont les derniers éléments de cette décision.

POSITION D'ACF

Afin de sauver plus d'enfants de la sous-nutrition, nous proposons une approche multisectorielle qui à la fois traite les causes de la sous-nutrition et ses conséquences. L'approche préventive que représentent les activités d'assainissement, de provision d'eau de qualité, de distributions alimentaires, et de programmes agricoles peut s'enrichir d'activités médicales simples en termes de vaccination et de traitement des pathologies banales que sont les diarrhées, les infections respiratoires et le paludisme. Les programmes curatifs, déjà très développés doivent s'améliorer par l'augmentation de leur couverture, leur simplification et une mise à jour des outils thérapeutiques et diagnostiques à disposition des équipes médicales d'ACF (médecins, infirmières et Chefs De Département Nutrition Santé). ACF doit, dans de nombreux contextes, pour renforcer l'accès au traitement de la MAS, aussi contribuer au renforcement global des activités curatives proposées dans la cadre du paquet minimum de santé ou par le biais de programmes visant la santé materno-infantile.



ALIMENTATION DU NOURRISSON & DU JEUNE ENFANT



© ACF, Aurélie Rozet - Birmanie

Objectif du document :

Connaitre les points clés de l'Alimentation du Nourrisson & du jeune enfant (ANJE) et les implications d'ACF sur le sujet.



MESSAGES ESSENTIELS

- Les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant sont :
 - Initiation précoce de l'allaitement maternel
 - L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie
 - Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà
 - L'introduction, à l'âge de six mois, d'aliments de complément sains solides ou semi-solides appropriés à l'âge de l'enfant
- Le geste de mise au sein bien que naturel est un apprentissage qui demande un support de la part de personnes formées/sensibilisées.
- L'allaitement maternel apporte de nombreux bénéfices aussi bien à l'enfant qu'à sa mère.
- Il est important de sensibiliser les mamans, mais aussi toute la communauté car la pratique de l'allaitement maternel demande une volonté et une disponibilité de la mère, ainsi qu'un support de la communauté / famille pour lui permettre d'allaiter de façon optimale.
- L'insuffisance de lait liée à une incapacité physiopathologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères.
- La transition entre un allaitement exclusif et l'introduction d'aliments de complément est une période charnière pour l'enfant et sa famille.
- Les substituts de lait maternel doivent être disponibles en cas de nécessité, mais leur promotion ne doit pas être faite.

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant véhicule beaucoup d'idées reçues et de croyances qui peuvent être préjudiciables à la sante de l'enfant. Il est donc important d'avoir quelques notions de base pour pouvoir combattre ces idées reçues.

INTRODUCTION

L'ANJE est un point central de l'intervention d'Action Contre la Faim (ACF) en nutrition puisque la période allant de la conception à 2 ans est cruciale pour le développement et le maintien à long terme d'une bonne croissance psychomotrice et d'une bonne santé (on parle de fenêtre d'opportunité - les 1000 jours). Ainsi, les deux premières années de vie d'un enfant sont particulièrement importantes car une nutrition optimale pendant cette période aura pour effet de réduire le taux de morbidité et de mortalité, ainsi que le risque de maladies chroniques, et de contribuer à un meilleur développement général.

Ce document va donc se concentrer sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 0 à 2 ans. **ACF reconnaît que l'ANJE est un véhicule indispensable pour la prévention de la malnutrition et la promotion des bonnes pratiques alimentaires dès le plus jeune âge, l'allaitement étant la première étape.**

En effet, même si l'allaitement est un geste naturel, c'est aussi un comportement que l'on doit acquérir, et dont la pratique n'est pas optimale. ACF a donc un rôle prépondérant à jouer dans l'ANJE en développant ce volet au sein de ses programmes (Cf. : tableau ci-dessous)

Région	% d'enfants (< 6 mois) allaités exclusivement au sein (2006)
Afrique Sub-Saharienne	30%
Afrique du Nord/Centre-Est	26%
Asie du Sud	45%
Est Asiatique/Pacifique	32%
Amérique Latine/Caribbes	N/A
Europe Central, Russie, et Etats Baltes	19%
Pays industrialisés	N/A
Pays en développement	37%

Figure 21 : Statistiques sur l'allaitement exclusif dans le monde

Ainsi, ACF a développé entre autres un Papier de Positionnement sur l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en situation d'urgence mettant la protection et la promotion d'une bonne nutrition et d'un bon développement de l'enfant en situation d'urgence au centre de son mandat³³.

33 - Adaptation & traduction: Infant and Young Child Feeding in Emergency position paper _ACF 2008



Les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant sont les suivantes (cf. Figure 22 : Les stades de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) :

- ▶ Initiation précoce de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance.
- ▶ L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie : l'enfant reçoit seulement le lait maternel, aucun autre liquide (même pas d'eau) à l'exception des suppléments vitamines/minéraux nécessaires ou médicaments.
- ▶ Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.
- ▶ L'introduction, à l'âge de six mois, d'aliments de complément sains, solides ou semi-solides, appropriés à l'âge de l'enfant. Une alimentation complémentaire adéquate doit apporter l'énergie suffisante et être une bonne source de protéines et de micronutriments pour couvrir les besoins nutritionnels nécessaires à la croissance de l'enfant.

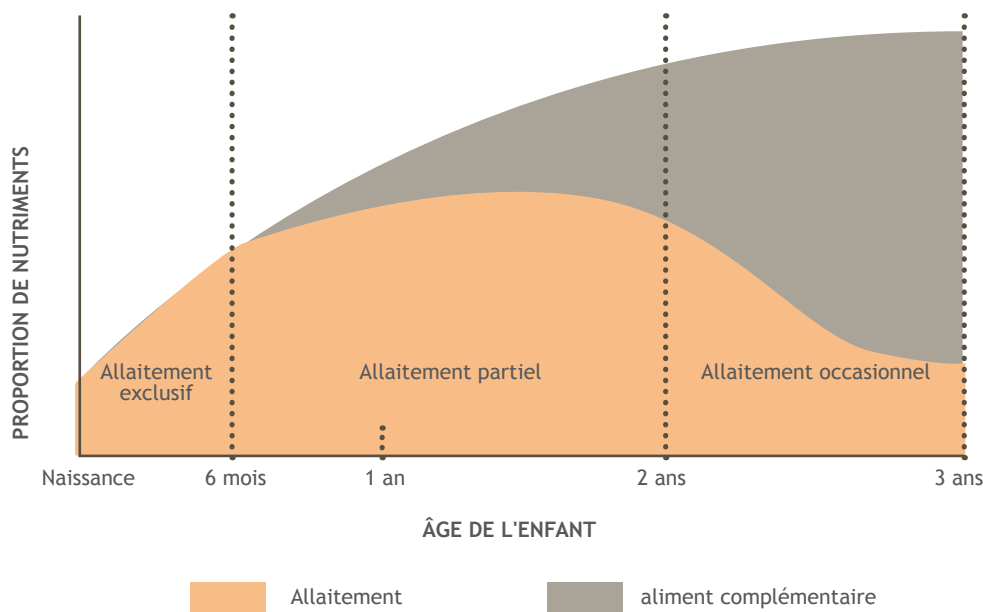


Figure 22 : Les stades de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

QUELQUES CHIFFRES/FAITS...

- ▶ La prévalence de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) est plus élevée chez les jeunes enfants et décline après 24 mois. Inversement la sous-nutrition chronique augmente progressivement jusqu'à atteindre un plateau à l'âge de 24 mois³⁴.
- ▶ Les pratiques d'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants sont classées comme l'une des interventions les plus efficaces pour améliorer la santé de l'enfant.
- ▶ En 2006, on estime que 9.5 millions d'enfants sont décédés avant l'âge de 5 ans et deux tiers des décès avaient lieu dans les 5 premières années de vie.
- ▶ On estime que l'allaitement maternel non-optimal, particulièrement, l'allaitement maternel non-exclusif dans les 6 premiers mois de la vie, était à l'origine de 1.4 millions de décès.
- ▶ L'allaitement maternel peut réduire la mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans par 12 à 20%, plus que toute autre mesure préventive³⁵.
- ▶ L'alimentation complémentaire fait partie des 3 interventions phares pour la prévention des décès des moins de 5 ans - 6% des décès peuvent être prévenus³⁶.
- ▶ L'initiation précoce de l'allaitement maternel réduit de façon significative les risques de décès néonataux (décès intervenant dans les 4 premières semaines de vie)^{37 38}.
- ▶ Un nourrisson non allaité au sein vivant dans des conditions sanitaires déplorables est 6 à 25 fois plus à risque de mourir de diarrhées qu'un nourrisson nourri au sein³⁹.
- ▶ Une étude collaborative menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a montré que ne pas être allaité dans des pays les moins avancés augmente le risque de décès par six chez les enfants de moins de deux mois. Le risque est augmenté de 40% chez les 9-11 mois⁴⁰.

34 - Serie Lancet sur la sous-nutrition maternelle et de l'enfant - 2008

35 - R. Black et al (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, 371: 243-60

36 - Jones G et al (2003) How many child deaths can we prevent this year? (Child survival II);The Lancet; 65-71

37 - Edmond, Karen M., *et al.* (2006). Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. Paediatrics, 117, 3 March 2006

38 - Lutter C. (2010). Early Initiation of Breastfeeding: the Key to Survival and Beyond. WHO Secretariat.

39 - Cf. : www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html.

40 - World Health Organization collaborative study team (2000). Effects of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. The Lancet, 355 (9202), 5 February.



L'ALLAITEMENT

Le lait maternel est le premier aliment naturel pour les nourrissons : il fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les premiers mois de la vie et continue de couvrir la moitié ou plus des besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie, et jusqu'à un tiers de ces besoins pendant la deuxième année.

Il favorise le développement sensoriel et cognitif et protège le nourrisson contre les maladies infectieuses et chroniques.

Il contribue à la santé et au bien-être des mères, aide à espacer les naissances, réduit le risque de cancer ovarien ou mammaire, augmente les ressources de la famille et du pays. C'est un moyen sûr, écologique et économique d'alimenter l'enfant.

COMMENT SE PASSE LA TÉTÉE ?

Pour recevoir le lait maternel, le nourrisson doit bien téter. Pour bien téter, il doit prendre une partie assez grande du sein dans sa bouche pour faire pression sur les canaux lactifères (c'est-à-dire les canaux conducteurs de lait). C'est ce que l'on appelle une bonne prise du sein (cf. figure ci-dessous). Le nourrisson ne peut pas avoir de lait s'il suçote seulement le mamelon.

Ce geste bien que naturel est un apprentissage qui demande un support de la part de personnes formées/sensibilisées (ex : professionnel de santé, accoucheuse traditionnelle ou simplement une autre maman expérimentée).

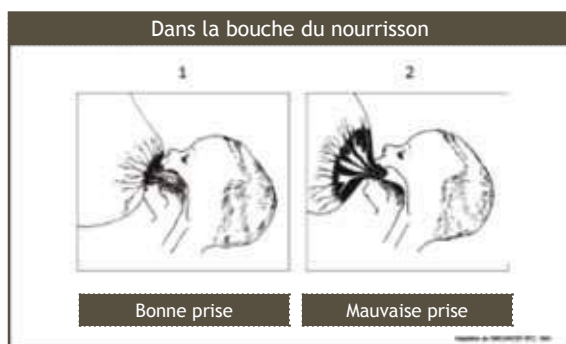


Figure 23 : La succion du sein - Bonne pratique (IFE module 2)

Deux hormones (prolactine et ocytocine) jouent un rôle important dans l’allaitement. La physiologie de l’allaitement permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les mères.

L'ocytocine

Lorsqu’un nourrisson tète, il provoque la sécrétion d’une hormone appelée ocytocine. Cette hormone provoque l’afflux par les conduits lactifères du lait stocké dans le sein qui va alors vers le mamelon.

Le bien-être ou le malaise de la mère a une influence sur la sécrétion de l’ocytocine et donc sur le flux du lait.

La prolactine

La prolactine est l’hormone qui déclenche la production du lait.

La quantité de lait produite par la mère dépend de la quantité de lait prise par le nourrisson.

Plus le nourrisson tète (soit qu’il tète plus souvent, soit qu’il tète plus longtemps, soit les deux), plus le sein produit de lait. Moins le nourrisson prend de lait, moins le sein en produit.

LES BÉNÉFICES DE L’ALLAITEMENT MATERNEL

L’allaitement maternel apporte de nombreux bénéfices aussi bien à l’enfant qu’à sa mère.

LAIT MATERNEL	ALLAITEMENT MATERNEL
Apport parfait en nutriments	Aide à l’attachement mère-enfant et au développement de l’enfant
Facile à digérer et utilisation efficiente	Permet de différer une nouvelle grossesse (sous certaines conditions)
Protège contre les infections	Protège la santé de la mère
Gratuit (coûte moins cher que l’allaitement artificiel)	

Figure 24 : Les bénéfices du lait maternel et de l’allaitement maternel

• Les bénéfices psychosociaux

► Lien émotionnel :

- Proche relation d’amour entre la mère et l’enfant
- La mère est plus satisfaite émotionnellement
- Le bébé pleure moins
- La mère se comporte plus affectueusement
- Moins de probabilité d’abandon ou d’abus du bébé

► Développement :

- Les enfants ont une meilleure performance sur les tests d’intelligence durant l’enfance



© ACF - Guatemala



RECOMMANDATIONS D'ACF

- ▶ Primauté de l'allaitement avant tout traitement nutritionnel.
- ▶ Promotion de l'allaitement au sein exclusif jusqu'à 6 mois avec l'initiation précoce de l'allaitement dans la 1^{ère} heure de vie.
- ▶ Promotion de l'allaitement complémentaire continu jusqu'à 24 mois.
- ▶ Aide au rétablissement de l'allaitement maternel grâce à la Technique de Supplémentation par Succion (TSS) - cf. encart ci-dessous.
- ▶ Mise en place d'espaces de conseil et de prise en charge en allaitement, et tout particulièrement en situation d'urgence : Baby Friendly Tents (BFT), « coin d'allaitement ».
- ▶ Campagne de communication autour de l'allaitement (ex : participation à la semaine de l'allaitement, éducation à la santé sur l'allaitement...)
- ▶ Formation de personnel de santé et/ou des accoucheuses traditionnelles au conseil en allaitement.

FOCUS SUR UN SAVOIR-FAIRE DÉVELOPPÉ PAR ACF

La Technique de Supplémentation par Succion (TSS) est une méthode utilisée au sein des unités nutritionnelles des structures hospitalières pour les enfants de moins de 6 mois souffrant de Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) ou d'un poids inférieur à 3 kg pour les plus de 6 mois.

Cette méthode a pour but de relancer le processus de production de lait par la stimulation de la mère et de renforcer la capacité du nourrisson à téter en lui donnant un apport énergétique adéquat.

Comment ça marche ?

Après la mise au sein de l'enfant toutes les 3 heures, une sonde très fine est placée au niveau du mamelon de la mère afin que l'enfant puisse aspirer le lait thérapeutique dans une tasse pendant qu'il tète le sein (voir photo ci-dessous). Ainsi la lactation est stimulée grâce à la succion ce qui va déclencher la sécrétion de la prolactine, l'hormone de la production de lait (cf. encart ci-dessus). Petit à petit, la production de lait maternel augmente. Le poids de l'enfant est contrôlé chaque jour, et servira d'indicateur pour diminuer progressivement l'apport en lait thérapeutique pour être complètement stoppé quand l'allaitement maternel sera devenu suffisant (= l'enfant continuera de prendre du poids sans complément de lait).

Le personnel ou mieux une maman qui utilise déjà la technique aideront au bon déroulement de la pratique. La maman reçoit aussi un supplément nutritionnel et des conseils alimentaires et en allaitement.

Il suffit d'une douzaine de jours pour « relancer » l'allaitement.

La Technique de Supplémentation par Succion



© ACF

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Il est donc important de sensibiliser les mamans, mais aussi toute la communauté car la pratique de l'allaitement maternel demande une volonté et une disponibilité de la mère, ainsi qu'un support de la communauté / famille pour lui permettre d'allaiter de façon optimale.

Il existe tout un tas de facteurs qui peuvent venir contrarier le bon déroulement de l'allaitement maternel. Les principaux sont cités dans le tableau ci-dessous :

USAGE DU BIBERON	Avant que l'allaitement maternel soit établi Pour donner un supplément
FACTEURS MATERNELS	Premier bébé (inexpérience) Précédemment a utilisé le biberon (n'a jamais allaité ou très peu) Maladie Stress, dépression, traumatisme...
DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES	Enfant trop faible (petit poids de naissance) Poitrine peu sensible Engorgement Plaie du mamelon, infection du sein,... Démarrage tardif de l'allaitement
MANQUE D'UN SUPPORT QUALIFIÉ	Peu d'entraide traditionnelle et de support communautaire Docteurs, sages-femmes, infirmières ne sont pas formés pour aider
CROYANCES CULTURELLES	Pratiques inadaptées aux besoins de l'enfant Pratiques ne favorisant pas le lien mère-enfant Pratiques ne favorisant pas la lactation (ex: jeûne de la mère)

Figure 25 : Facteurs influençant négativement l'allaitement maternel

• L'insuffisance de lait maternel

L'insuffisance de lait liée à une incapacité physiopathologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères, c'est l'insuffisance dite primaire.

L'insuffisance de lait « secondaire », plus fréquente, est généralement la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement ou d'une demande insuffisante de la part de l'enfant. La perception d'un manque de lait, dite insuffisance tertiaire, est la situation la plus courante.

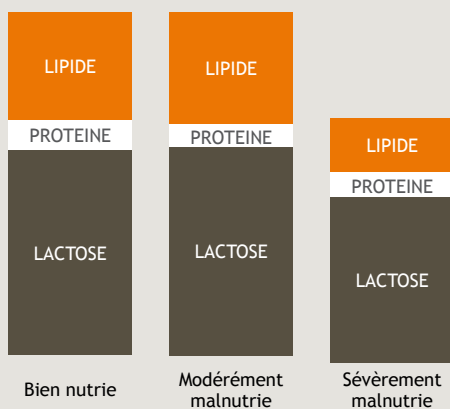


ACF intervient en cas d'insuffisance de lait maternel secondaire et tertiaire par:

- ▶ La formation en conseil d'allaitement de personnes clés dans la communauté (Accoucheuses traditionnelles, belles-mères,...) et dans les structures de santé.
- ▶ L'identification des facteurs influençant l'allaitement maternel pour proposer des actions en lien.
- ▶ Relance de l'allaitement grâce à la TSS.
- ▶ Support psychosocial.

FOCUS SUR UNE IDÉE REÇUE

Mère malnutrie = pas de production de lait ?



La production de lait maternel est adéquate pour l'alimentation de l'enfant en quantité et en qualité, même si celle-ci est modérément malnutrie. Il est important d'apporter à la mère un support nutritionnel (ration familiale ou de supplémentation), afin d'éviter la détérioration de son propre statut nutritionnel, mais il est toujours recommandé que l'allaitement soit poursuivi.

La production et la qualité du lait selon le statut nutritionnel de la mère :

• Les problèmes liés à l'allaitement artificiel

- ▶ Augmentation de la fréquence des diarrhées et des infections respiratoires
- ▶ Diarrhée persistante
- ▶ Malnutrition/déficience en vitamine A
- ▶ Probabilité plus grande de décès
- ▶ Plus d'allergie ou d'intolérance au lait
- ▶ Accroît le risque de maladies chroniques
- ▶ Surpoids
- ▶ Scores plus faibles aux tests d'intelligence

- ▶ Pour la mère :
 - Peut être enceinte plus tôt.
 - Accroît le risque d'anémie, de cancer ovarien ou du sein.

Les risques majeurs de l'utilisation de substitut au lait maternel sont :

- ▶ Non-respect des règles d'hygiène (principalement : risque d'utilisation d'eau insalubre pour la préparation) .
- ▶ Problème de sur-dilution : par méconnaissance du protocole ou par économie de lait l'enfant ne reçoit pas une quantité suffisante de lait pour couvrir ses besoins nutritionnels et ne pourra donc pas croître correctement.
- ▶ Problème de sous-dilution : par méconnaissance du protocole l'enfant aura des problèmes d'absorption car le lait sera trop concentré ce qui entraînera des problèmes digestifs.

QUAND L'ALLAITEMENT MATERNEL N'EST PAS UNE OPTION

Il existe des cas où la mère ne peut pas ou ne veut pas allaiter, ou encore où la mère est absente et/ou l'enfant n'a pas de perspective d'être allaité par une nourrice.

ACF se doit de respecter le choix des mères de ne pas allaiter, il est alors important d'informer et de conseiller les mères sur des alternatives possibles afin d'assurer le bien-être de l'enfant et de sa mère.

Dans les pays en voie de développement, il est difficile de trouver des alternatives pleinement satisfaisantes. À l'heure actuelle ACF n'a pas statué sur un « protocole » pour une alternative à l'allaitement maternel. Il est important pour les équipes d'étudier avec la mère, les possibilités disponibles sur place pour assurer une alternative la plus satisfaisante possible en gardant en tête les principes AFASS (Acceptabilité, Faisabilité, Abordable en prix, Soutenabilité, et Sécurité).

LES PRINCIPES DE L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

La transition entre un allaitement exclusif et l'introduction d'aliments de complément est une période charnière pour l'enfant et sa famille. Certains principes sont à respecter et doivent être suivis pour que cette étape se passe en douceur (= pas de changement abrupts).

- ▶ Introduire des compléments alimentaires à partir de l'âge de 6 mois (180 jours) et poursuivre l'allaitement maternel à la demande jusqu'à 2 ans ou au-delà.
- ▶ Prêter attention à l'enfant pendant ses repas, en appliquant les principes de soins psychosociaux, avoir de bonnes pratiques d'hygiène spécialement au niveau de la préparation des aliments.
- ▶ Commencer à l'âge de 6 mois avec des petites quantités de nourriture et augmenter la quantité en fonction de l'âge de l'enfant et poursuivre l'allaitement maternel.



- ▶ Augmenter graduellement la consistance et la variété alimentaire selon la croissance de l'enfant, en s'adaptant à ses besoins et ses possibilités (ex : présence des dents).
- ▶ Augmenter le nombre de repas en fonction de l'âge de l'enfant.
- ▶ S'assurer de donner à l'enfant une variété d'aliments riches en nutriments pour que ses besoins soient couverts.
- ▶ Utiliser des aliments complémentaires fortifiés ou des suppléments en minéraux et vitamines si besoin.
- ▶ Accroître les apports hydriques durant la maladie, notamment proposer plus fréquemment l'allaitement maternel et encourager l'enfant à manger des aliments d'une texture peu consistante et ses plats préférés.
- ▶ Après un épisode de maladie, donner à manger plus souvent que d'habitude et encourager l'enfant à manger plus. Le travail avec l'accompagnant sur la réhabilitation nutritionnelle après un épisode de maladie doit être une priorité.

RECOMMANDATIONS D'ACF

- ▶ Primauté de l'allaitement avant tout traitement nutritionnel.
- ▶ Promotion de l'allaitement complémentaire continu jusqu'à 24 mois.
- ▶ Former les personnes clés dans la communauté et les travailleurs de santé sur les principes de l'alimentation complémentaire pour accompagner et conseiller les familles.
- ▶ Améliorer la qualité de l'alimentation complémentaire au travers de l'utilisation optimale des produits présents localement : synergie entre la sécurité alimentaire et la nutrition => Améliorer le passage d'informations entre les différents secteurs d'ACF.
- ▶ Améliorer la disponibilité de nourritures locales de haute qualité en augmentant la production agricole (ex : jardin potager, animaux d'élevage,...).
- ▶ Dans les populations en situation d'insécurité alimentaire: provision de suppléments pour l'alimentation complémentaire (Poudre de micronutriments, suppléments en nutriments à base lipidique, compléments alimentaires fortifiés).
- ▶ Plan de protection sociale avec un volet nutrition/alimentation complémentaire (ex : don en nature de nourritures complémentaires, coupon, transfert d'argent pour les familles vulnérables ayant des enfants entre 6 et 24 mois).
- ▶ Autre action pouvant être menée sur la population générale en partenariat : marketing social et commercial des suppléments nutritionnels et des nourritures d'alimentation complémentaire incluant la stimulation de la production locale.

L'IMPORTANCE DE L'ANJE EN SITUATION D'URGENCE

La situation d'urgence a un impact important sur la capacité de la mère et de la famille de nourrir et prendre soin des enfants en bas âge.

Les risques d'allaitement artificiel sont augmentés en situation d'urgence. Il est important d'assurer que l'assistance humanitaire supporte et protège activement les principes de l'ANJE au niveau individuel, des ménages et de la communauté et n'entrave pas les pratiques d'ANJE avec des interventions inappropriées telles que des distributions générales de substituts de lait maternel, de lait ou produits laitiers. À noter qu'en 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel afin de **protéger et de promouvoir l'allaitement maternel**, en fournissant des informations adéquates sur l'alimentation appropriée des nourrissons

et en réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines (voir plus bas). Dans les années qui ont suivi, le Code a été plus précisément défini et renforcé par d'autres résolutions⁴¹.

Tous ceux impliqués en cas d'urgence (décideurs, gouvernements nationaux, donateurs, personnel de terrain dans chaque secteur) ont des rôles directs et indirects à jouer dans l'application de ce code et le suivi de ses violations par les entreprises promouvant les substituts en lait maternel.

POUR EN SAVOIR +

L'IFE (Infant Feeding in Emergencies) est une collaboration inter-agence entre les Agences des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales (ENN, ACF, SC-UK and US, IBFAN, CARE, WFP, UNHCR, UNICEF) concernées par l'élaboration de directives, la mise en œuvre et le renforcement des capacités au sujet de l'IFE.

Depuis 2004, l'ENN a été l'agence de coordination pour l'IFE Core Group et représente un 'foyer institutionnel' pour l'initiative. Le travail des directives de l'IFE Core Group est concrétisé dans un guide opérationnel sur l'IFE pour les équipes d'aide d'urgence. Le travail de l'IFE Core Group sur le renforcement des capacités est présenté dans deux modules de formation pour l'orientation (Module 1) et le support technique (Module 2) en IFE.



© Raphaël de Bengy - Burkina Faso

41 - UNICEF: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24805.html



VIH ET ALLAITEMENT

QUELQUES CHIFFRES

- ▶ Sur 100 bébés nés d'une mère séropositive n'ayant pas pris de mesures de prévention (c'est-à-dire n'ayant pas reçu d'ARV) :
 - Une majorité (65) ne sera pas infectée
 - Une partie (20) sera infectée pendant la grossesse ou lors de l'accouchement
 - Une minorité (15) sera infectée durant l'allaitement

- ▶ Sur 100 bébés nés d'une mère séropositive ayant pris des mesures de prévention (C'est-à-dire ayant pris des ARV) :
 - Une majorité (82) ne sera pas infectée
 - Une minorité (3) sera infectée pendant la grossesse ou lors de l'accouchement
 - Une minorité (2.3) sera infectée durant l'allaitement⁴²

En situation d'urgence et/ou de pauvreté, les critères AFASS (Acceptable, faisable, accessible, soutenable, Sûr)⁴³ sont rarement atteints !

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Les recommandations de 2009 promeuvent l'utilisation des Anti Rétroviraux (ARV) à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse et jusqu'à la fin de la période de l'allaitement (1 semaine après la fin de l'allaitement).

L'OMS recommande de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an, à condition que la mère VIH-positive ou l'enfant prenne des ARV pendant cette période, ce qui réduira le risque de transmission et améliorera les chances de survie de l'enfant.

Recommandations :

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois
- Allaitement maternel continu jusqu'à l'âge de 12 mois
- Arrêt progressif de l'allaitement maternel sur 1 mois

42 - Chiffres OMS

43 - <http://www.linkagesproject.org/media/publications/ENA-Handouts/Ethiopia/Theme4HO8-11.pdf>

LE CADRE LÉGISLATIF/NORMATIF

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DE LAIT MATERNEL (1981)

Le Code est un ensemble de recommandations pour réguler la commercialisation des substituts de lait maternel, des biberons et des tétines. Le Code a été élaboré en réponse à la réalisation que de pauvres pratiques alimentaires infantiles affectaient négativement la croissance, la santé et le développement des enfants, et étaient une cause majeure de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants. Ainsi, de pauvres pratiques alimentaires infantiles représentaient un sérieux obstacle au développement socio-économique. En 1981, lors de la 34^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel a été reconnu comme minimum requis pour protéger et promouvoir une alimentation du nourrisson et du jeune enfant adaptée.

Le Code a pour but « *de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.* » (Article 1). Le Code a été adopté au cours la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé et représente l'expression de la voix collective des gouvernements pour assurer la protection et la promotion d'une alimentation optimale pour les nourrissons et les jeunes enfants⁴⁴.



© S. Hauenstein Swan, ACF UK - Tchad

IMPLICATION POUR ACF

Point de vigilance : Les substituts de lait maternel doivent être disponibles en cas de nécessité, mais leur promotion ne doit pas être faite.

RÉSOLUTION 63.23 DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ SUR

« LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT » (2010)

La Soixante troisième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé en 2010 la résolution 63.23 qui exhorte les états membres (193) à plus de volonté et d'engagement politique pour la prévention et

44 - Traduction: The International Code of Marketing of Breast-Milk substitutes_Frequently asked question_ OMS_2008



la réduction de la malnutrition sous toutes ses formes. Les pays devraient

- ▶ renforcer et accélérer, de manière durable, la mise en œuvre de la stratégie globale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- ▶ développer ou réviser les cadres politiques pour la lutte contre le double fardeau nutritionnel ;
- ▶ mettre à échelle les interventions pour une amélioration de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ;
- ▶ renforcer la surveillance nutritionnelle.

La Résolution 63.23 appelle aussi à des mesures soutenues pour la mise en application du Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel et à cesser toute promotion inappropriée des aliments des nourrissons et des jeunes enfants.

RÉFÉRENCES

Documents ACF :

- Inventaire des définitions utilisées couramment pour la prévention, diagnostic et le traitement de la sous-nutrition (ACF, décembre 2011)
- Infant and Young Child Feeding in Emergency position paper (ACF, 2008)

Documents autres :

- L'alimentation infantile dans les situations d'urgence - Module 2 (Core group IFE, 2007)
- Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) - Project Summary Report - October 2009

Site internet :

- Emergency Nutrition Network (ENN): <http://www.ennonline.net>
- Site WHO/OMS: <http://www.who.int/fr>
- La leche league internationale: <http://www.llli.org/>



ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE



© ACF, Diane Moyer - Birmanie

Objectif du document :

Connaitre les points clés concernant l'évolution de la prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) et la position d'ACF sur le sujet.

MESSAGES ESSENTIELS

- L'évolution du traitement de la MAS est décrite au travers de « 3 révolutions » :
 - La 1^{ère} révolution : la découverte de la thérapie
 - La 2^{ème} révolution : l'approche communautaire
 - La 3^{ème} révolution : la mise à l'échelle
- L'objectif du traitement de la Malnutrition Aigüe Sévère pour ACF s'est élargi: il n'est plus suffisant d'assurer les soins curatifs à l' instant T : il faut maintenant construire ou renforcer les capacités du système de santé et s'assurer que le traitement est et restera disponible et accessible sur le long terme.
- La malnutrition aigüe sévère doit réellement être considérée comme une problématique de développement tout comme une problématique d'urgence.
- Il est important aujourd'hui de revoir la manière dont les programmes de PCMA sont menés et financés. Il existe également un besoin de revoir les compétences requises pour les personnels menant des programmes d'accompagnement.
- Les financements long-termes pour les programmes nutritionnels sont désormais vitaux.
- **Vers une 4^{ème} révolution ?** Soigner plus tôt, au plus proche de la communauté avec moins de technicité requise, donc à moindre coût.

La prise en charge de la Malnutrition aigüe sévère est un des trois axes prioritaires pour ACF (voir chapitre : Secteur nutrition-santé : les axes prioritaires nutrition santé, 2011-2015 - page 33).

Ce document présente les différentes étapes de l'évolution de la prise en charge de la MAS et permet donc de comprendre le fondement des enjeux passés et de ceux émergents auxquels ACF doit faire face et répondre de façon efficace et pertinente⁴⁵.

45 - Extrait et traduction du livre CMAM ACF 2011 - Rebecca Brown

INTRODUCTION

La Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) est un problème majeur de santé publique aujourd'hui encore peu reconnu bien qu'il soit à l'origine d'un nombre important de décès, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans.

Il est estimé que 19 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de sous-nutrition aigüe sévère à n'importe quel moment dans le temps et que près d'un million d'enfants meurent chaque année de cette maladie⁴⁶.

Des études montrent que les enfants atteints de MAS sont 9 fois plus à risque de mourir que les enfants bien nourris⁴⁷. Des études ont également prouvé que le risque de mortalité dû à des maladies infantiles courantes telles que la diarrhée et la pneumonie est considérablement augmenté en présence de la sous-nutrition aigüe. De grandes améliorations en matière de réduction de la mortalité infantile ont été constatées ces dernières années dans de nombreuses régions du monde, on remarque cependant, que dans de nombreux pays notamment situés en Afrique Sub-saharienne, ou en Asie la situation est encore critique.

CONTEXTE

La MAS a, jusqu'à récemment, été perçue uniquement comme une problématique d'urgence par les bailleurs de fonds, les professionnels de la santé, les ONG et autres acteurs. Ainsi, des interventions directes, basées sur des financements à court-terme étaient habituellement mises en place par les associations telles qu'ACF. Les financements et programmes à long-terme/de développement, étaient quant à eux d'avantage orientés sur la prise en charge de la sous-nutrition chronique. Tout ceci malgré le fait qu'une grande proportion d'enfants souffrant de sous-nutrition aigüe sévère vit dans des contextes de développement plutôt que dans les contextes d'urgence. **La sous-nutrition aigüe sévère doit réellement être considérée comme une problématique de développement tout comme une problématique d'urgence.**

Il est important de réaliser que, dans les pays à forte densité de population tels que l'Inde et le Bangladesh, les taux nationaux qui pourraient paraître relativement moyens (de niveau intermédiaire), se traduisent en nombres absolus d'enfants sévèrement malnutris très élevés. Parmi les 19 millions de cas de MAS dans le monde, environ 8 millions se trouvent en Inde et 500,000 au Bangladesh. Cela montre clairement la charge énorme de la MAS dans les contextes non-urgentistes.

Des notions telles que l'intensité et l'amplitude viennent ainsi enrichir l'analyse d'un contexte donné. Dans le cas de l'Inde, par exemple, on peut parler de crises nutritionnelles de relative faible

46 - Lancet 2008

47 - Traduction de: Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition, A joint Statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund.



intensité (prévalence intermédiaire) mais de grande amplitude (le nombre de personnes touchées étant très important).

Il est donc important de ne pas considérer uniquement la prévalence, (qui donne le nombre de cas à un instant précis), mais aussi l'incidence de la sous-nutrition, qui va donner le nombre de cas apparus sur une période donnée.

L'attention portée à la nécessité de lutter contre la MAS dans des contextes de non-urgence et d'intégrer sa prise en charge au sein des services de santé existants est croissante. Dans de nombreux pays, les programmes de traitement de la MAS dépendent désormais de la responsabilité et de la direction du Ministère de la Santé et des autorités infranationales. Le traitement de la MAS, intégré au sein du système par le biais du paquet minimum de soins de santé est ainsi facilité.

L'approche de la prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère a aussi considérablement évolué ces dernières années. La communauté internationale a pris conscience que, malgré les grandes avancées ces 25 dernières années en matière de traitement de la MAS, la couverture reste extrêmement basse (entre 3 et 10%). **Il y a également eu une prise de conscience que la mise à l'échelle du traitement dépendait de son accessibilité à tous les niveaux du système de santé.**

L'objectif du traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère pour ACF s'est élargi: il n'est plus suffisant d'assurer les soins curatifs à l'instant T : **il faut maintenant construire ou renforcer les capacités du système de santé et s'assurer que le traitement est et restera disponible et accessible sur le long terme.**

En Novembre 2011 à Addis-Abeba a eu lieu une conférence internationale sur la Prise en Charge à base Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCMA), 23 gouvernements représentés par leur ministère de la santé se positionnaient au cours de la conférence de manière ferme pour l'intégration de la prise en charge de la MAS dans leurs systèmes de santé⁴⁸.

IMPLICATION POUR ACF

Face à ce changement de point de vue sur la problématique de la MAS (passage d'une vision d'urgence à une vision plus large de développement avec l'intégration des programmes nutritionnels dans les systèmes existants et non plus seulement au niveau local mais national), ACF a su adapter ses interventions en nutrition et doit continuer à plaider pour et participer à l'intégration de la nutrition au sein des politiques gouvernementales.

48 - Conférence international sur la prise en charge de la MAS - <http://cmamconference2011.org/>

LES 3 RÉVOLUTIONS

L'évolution du traitement de la MAS est décrite au travers de 3 "révolutions"⁴⁹. Avant 1990, aucune thérapie spécifique n'existait, et les taux de mortalité pouvaient atteindre 40% dans les situations d'urgence.

LA PREMIÈRE RÉVOLUTION : LA DÉCOUVERTE DE LA THÉRAPIE

Au cours des années 1990, la première révolution eu lieu avec :

- ▶ le développement de laits thérapeutiques spécialisés (F100 et F75⁵⁰),
- ▶ l'utilisation des antibiotiques,
- ▶ une amélioration de l'utilisation des électrolytes (notamment création de sel de réhydratation orale pour les malnutris aigus sévères : ReSoMAL),
- ▶ le développement par l'OMS de protocoles spécifiques pour la prise en charge de la MAS.



Les taux de mortalité enregistrés dans les programmes fournissant ce traitement furent marqués par une réduction drastique, allant parfois jusqu'à moins de 5% de décès enregistrés.

Cette méthode de traitement avait cependant de nombreuses limites :

- ▶ elle requérait une prise en charge en structures hospitalières (soins 24h/24, nécessité d'un personnel qualifié et nombreux),
- ▶ faible couverture du programme nutritionnel (structure centralisée),
- ▶ inconvénients pour les personnes en charge d'un enfant malnutri : les engageant à passer 4 semaines (durée moyenne du traitement) au centre auprès d'un seul enfant, entraînant de nombreux abandons du traitement,
- ▶ Elle augmentait enfin le risque d'infections nosocomiales et les complications subséquentes.

HISTORIQUE & RÔLE D'ACF DANS LA 1^{ère} ÉVOLUTION

En 1993, au Rwanda, ACF a été la 1^{ère} organisation à tester un Lait à Haute Énergie « prêt à diluer » (qui prendra plus tard le nom de F100). L'étude a été menée par Claudine Prudhon.



Le F75 (lait thérapeutique pour la première phase de traitement visant la stabilisation de l'état de santé de l'enfant) sera créé en 1994.

© Emmanuel Simiand, RCA

49 - Traduction de: Carlos Navarro-Colorado, FANTA CMAM Integration Workshop March 2008

50 - André Briend, Mike Golden, l'IRD (Institut de Recherche & Développement) et ACF



LA SECONDE RÉVOLUTION : L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

La seconde révolution a débuté avec le développement de l'Alimentation Thérapeutique Prête à l'Emploi (ATPE ou RUTF en anglais), un aliment énergétique enrichi en minéraux et vitamines, de composition nutritionnelle similaire au F100. Les ATPE ont été développés dans un souci de simplifier la prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère afin de permettre une plus grande couverture des structures nutritionnelles. Ainsi dès 2000, le modèle décentralisé de prise en charge à base communautaire du traitement de la sous-nutrition aigüe sévère a été créé. Ce modèle appelé 'Community-based Therapeutic Care' (CTC⁵¹) permettait l'identification et prise en charge de la sous-nutrition aigüe directement au sein de la communauté après une période de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Le but principal de cette approche était d'augmenter la couverture du traitement au-delà de la prise en charge hospitalière, cependant il est important de noter qu'elle dépendait toujours principalement des organisations humanitaires et était habituellement mise en œuvre dans les contextes d'urgence.

La notion de sous-nutrition aigüe sévère simple ou avec complications est alors introduite, et les cas de MAS sont traités en fonction de leur état médical général, dont l'appétit est le facteur déterminant⁵².

FOCUS SUR LES ATPE

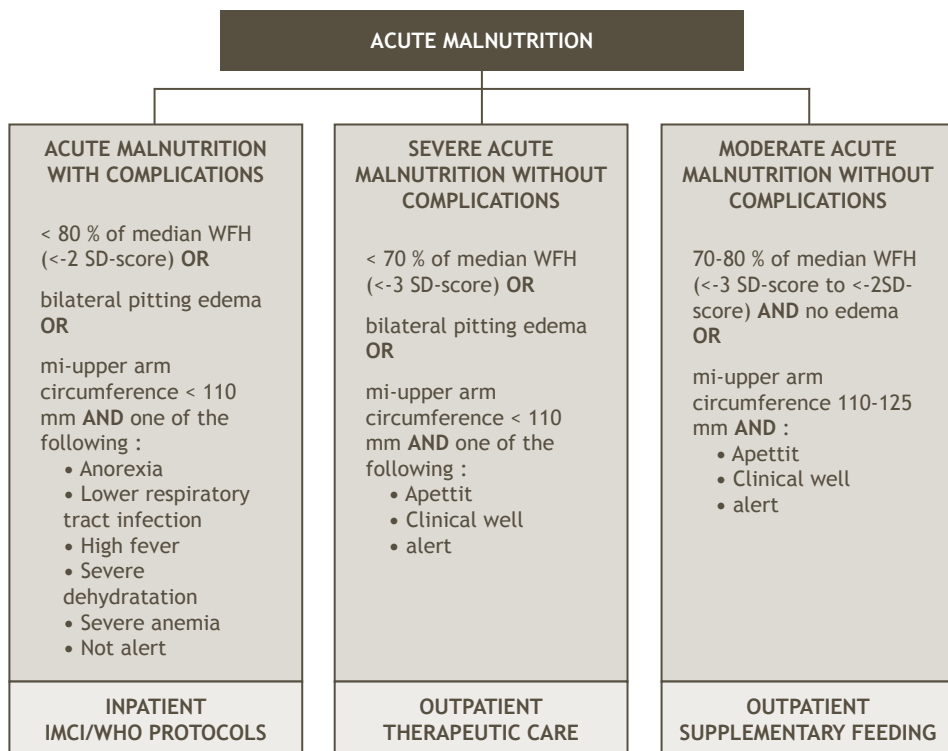
- ▶ L'ATPE doit être proposé après l'allaitement. L'allaitement doit être absolument préservé et encouragé chez les moins de 24 mois.
- ▶ L'ATPE ne nécessite pas d'être cuisiné.
- ▶ Il est mou donc facilement consommable pour les jeunes enfants de plus de 6 mois.
- ▶ L'ATPE ne contient pas d'eau, empêchant ainsi les bactéries de s'y développer, il ne nécessite pas de réfrigération et peut être stocké de manière sûre même dans des situations où l'hygiène n'est pas optimale.
- ▶ La simplicité d'utilisation de l'ATPE permet de passer d'une approche complètement institutionnelle à une approche très largement communautaire. Les ATPE placent les bénéficiaires et la communauté dans un processus actif induisant ainsi une meilleure acceptabilité et donc une meilleure couverture des programmes nutritionnels.



©ACF, Christina Liomet - Tchad

51 - Développé par Valid International, guideline écrit en 2006

52 - Le test d'appétit permet de classer les bénéficiaires dans l'une ou l'autre catégorie, et de leur faire suivre le traitement adéquat, en hospitalisation ou en ambulatoire.



Adapted from "The need to update the classification of acute malnutrition", The Lancet 362 (2003): 249

Notes on the classification:

1. Who/IMCI does not have a category for moderate malnutrition with complications. WHO contends that there is no need to stabilize children with moderate acute malnutrition, even if they have complications.
2. This classification does not take into account the different grades of edema. Some agencies have treated children with grade 1 (i.e., edema +) and not other complications in the malnutrition-without-complications category and children with grades 2 and 3 (i.e., edema ++ and edema +++) in the malnutrition-with-complications category. Others have treated all cases with edema, irrespective of grade, as malnutrition with complications, requiring admission to center-based phase 1 treatment. This area needs further research and clarification.

Figure 26 : Suggestion de classification et de système de traitement pour la malnutrition aigüe

Cette approche a donc permis le désengorgement des structures hospitalières, et le traitement, décentralisé dans les communautés, devenait plus accessible et plus acceptable.

Au début de la mise en place du CTC, la notion d'augmentation de la couverture avait justifié



un suivi médical réduit et une augmentation potentielle de la mortalité. En réalité, les performances du CTC ont dépassé les attentes, avec des taux de mortalité bien inférieurs à ceux obtenus avec l'approche classique (moins d'exposition aux maladies nosocomiales, prise en charge des cas plus précoce, meilleures conditions de traitement pour le bénéficiaire), des taux d'abandons également inférieurs, et par conséquent des taux de guérisons supérieurs en moyenne à ceux obtenus avec l'approche classique.

Cette approche est ensuite devenue le "Community-based Management of Acute Malnutrition" (CMAM), Prise en Charge à base communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCMA) en français qui a, en 2007, été officiellement adoptée par les agences des Nations Unies⁵³ au travers de l'élaboration d'une déclaration commune.

Avec le développement de la méthodologie de la PCMA, parfois appelée PCIMA, Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (en anglais : IMAM, "Integrated Management of Acute Malnutrition"), environ 80-85% des cas de MAS peuvent être traités à domicile avec une visite régulière dans la structure de santé la plus proche.

Seuls les enfants avec un appétit insuffisant ou bien présentant des complications médicales⁵⁴ ont besoin d'être traités dans un centre de stabilisation. Une fois que ces enfants ont retrouvé leur appétit et que les complications ont été traitées ils peuvent poursuivre leur traitement à domicile.

HISTORIQUE & RÔLE D'ACF DANS LA 2^{ème} ÉVOLUTION

En 1997, au Tchad, ACF a testé pour la première fois le Plumpy Nut® (1^{ère} forme commerciale de l'ATPE).

La mise en place du modèle CTC a été faite progressivement au sein des programmes d'ACF. La première mission à mettre en place le CTC a été l'Ouganda, en 2003. Les différentes missions l'ont ensuite adopté progressivement, selon la disponibilité et la collaboration des partenaires (Ministère de la santé, UNICEF).

Devant les difficultés rencontrées dans certains pays pour l'appropriation de ce nouveau protocole, et la grande « timidité » d'ACF sur ce modèle en l'absence de publication montrant son efficacité, un protocole intermédiaire, le traitement à domicile ("home treatment"), a été mis en place par ACF. Ce protocole proposait une combinaison du traitement classique (tous les cas de MAS étaient admis en centre hospitalier et recevaient du lait thérapeutique en phase 1) et du CTC (la phase 2 du traitement était délocalisée à domicile). Ce protocole a eu l'avantage de créer une acceptation institutionnelle progressive du concept de traitement en ambulatoire de la MAS. Le problème de la couverture du traitement n'était cependant pas résolu tous les cas devant être admis au niveau de l'hôpital, même pour quelques jours seulement.

L'acceptation du CMAM par la communauté internationale a grandement facilité sa mise en place, et l'approche « home treatment » a pu être abandonnée dès 2006.

53 - Traduction de: Community-based Management of Severe Acute Malnutrition- A Joint Statement by World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations Steering Committee on Nutrition and UNICEF.

54 - Voir: ACF Guidelines for the Integrated Management of Severe Acute Malnutrition: in and out-patient treatment - November 2011.

LA TROISIÈME RÉVOLUTION : LA MISE À L'ÉCHELLE

La troisième révolution est actuellement en cours: grâce aux protocoles de traitement à base communautaire de la MAS il est maintenant possible pour la première fois d'augmenter la couverture du traitement à la fois dans les contextes d'urgence et aussi dans les contextes post-urgence ou développement. **Traiter la MAS par le biais du système de santé et l'inclure dans le paquet minimum de soins** ouvre la possibilité de sauver la vie de milliers d'enfants, et d'en sauver des millions de la sous-nutrition chronique et des conséquences associées sur le long terme. Pour la réussite et la mise à l'échelle de ces services il est important que le personnel de santé à tous les niveaux prenne ses responsabilités pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la sous-nutrition aigüe.

HISTORIQUE & RÔLE D'ACF DANS LA 3^{ème} ÉVOLUTION

ACF a un rôle important à jouer en termes de plaidoyer en faveur de l'intégration de la nutrition dans les services de santé primaire (= paquet minimum de soins). ACF doit se positionner comme un référent technique et opérationnel pour la mise en place des programmes nutritionnels au sein du système de santé.

En d'autres termes, ACF se doit de diagnostiquer les faiblesses du système de santé freinant la mise en œuvre de la prise en charge de la MAS et d'apporter son support pour renforcer le système.

L'ADAPTATION DE LA PCMA AU CONTEXTE

Cette approche implique que les acteurs adaptent leur manière de travailler afin d'obtenir une intégration appropriée de la prise en charge de la sous-nutrition aigüe. Pour les organisations non-gouvernementales cela a impliqué ces dernières années un changement fondamental en termes d'approche. Elles ont dû effectuer une importante mutation dans leurs pratiques et sont ainsi passées d'une mise en œuvre directe des activités à un accompagnement à tous les niveaux du secteur de la Santé.

De plus, un intérêt croissant a été observé au sein des ministères de la santé de nombreux pays. Ceux-ci se penchent sur la question et commencent à développer des protocoles, politiques et stratégies sur la prise en charge de la MAS. Les ONG sont de fait, de moins en moins amenées à mettre en place des actions directes, leur rôle change peu à peu. Un projet en 2009 visant à documenter les programmes d'ACF, a trouvé que dans 60% des cas, ACF apportait un appui direct au Ministère de la Santé pour l'intégration de la PCMA⁵⁵ dans le système de santé et que dans près de 90% des cas il y avait au minimum des partenariats établis entre ACF et les Ministères de la Santé pour une forme de collaboration concernant la mise en place de la PCMA.

Fin 2011, la tendance observée en 2009 ne s'est pas démentie comme l'indique le schéma ci-après :

55 - Louise Logre 2009 Learning Lessons from ACF's experience of the Integration of CMAM into National Health Systems

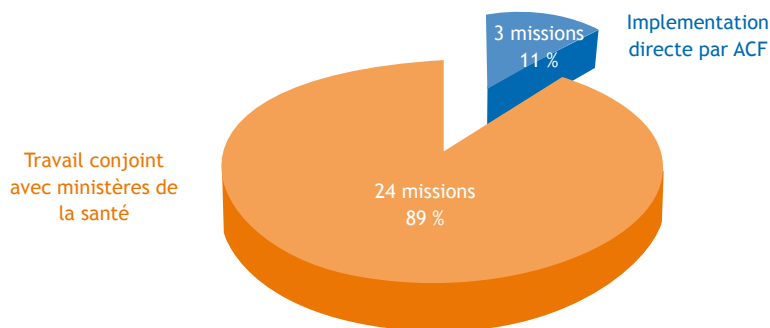


Figure 27 : diagramme sur le type de prise en charge de la MAS - ACF, Décembre 2011

Si on reprend le tableau Figure 4 : Classement des pays souffrant de sous-alimentation utilisé par ACF-IN, page 51, ACF intervient (ou est en passe d'ouvrir des programmes) dans les 14 pays nécessitant de manière urgente la mise en place de services permettant la prise en charge des cas de MAS.

TECHNICITÉ ET SUPPORT

Les changements énoncés ci-dessus impliquent donc de revoir la manière dont les programmes de PCMA sont menés et financés. Les ONG ayant un historique en intervention directe de prise en charge de la MAS ont maintenant besoin de revoir les compétences requises pour les personnels menant des programmes d'accompagnement. De bonnes compétences notamment en négociation, formation, accompagnement sont indispensables, tout comme une formation nutritionnelle ou médicale crédible et de l'expérience dans la prise en charge de la sous-nutrition aigüe; l'expérience en prestation de services seule n'est plus suffisante.

De plus, les équipes recrutées par les ONG sont maintenant souvent affectées au cœur même du système de santé (au niveau régional ou des bureaux des districts du Ministère de la santé, par exemple) afin de renforcer les liens et d'assurer l'appropriation par le Ministère de la santé du processus d'intégration de la PCMA. Il est donc essentiel qu'elles aient une bonne compréhension du fonctionnement du système de santé. Enfin, des contrats long-terme doivent être proposés afin d'assurer une cohérence avec la nouvelle temporalité des programmes qui s'inscrivent désormais sur des périodes plus longues (soutien technique et renforcement des capacités).

FINANCEMENTS

Dans la même logique les financements long-terme pour les programmes nutritionnels sont désormais vitaux. Le financement doit prendre en compte une mise en place plus séquencée et en conséquence plus longue des programmes.

En effet, pour que des stratégies d'accompagnement des acteurs de santé en matière d'accès au traitement de la MAS soient menées avec pertinence, elles doivent s'inscrire sur plusieurs années et comprendre :

- ▶ L'analyse du système de santé et ses acteurs (approche systémique)
- ▶ L'élaboration et le développement des politiques et protocoles et de stratégies de financement
- ▶ La mise en œuvre des politiques et protocoles
- ▶ Le renforcement des capacités du personnel/des systèmes d'information/des systèmes d'approvisionnement
- ▶ La sensibilisation et la mobilisation de la communauté

Les financements pour mener ce type d'action vont également changer en termes de répartition des coûts. D'une part, on constate une moins grande nécessité en personnel et équipement, et d'autre part une **augmentation du temps dédié à la coordination des activités ainsi qu'au suivi et à la formation.**

L'ADAPTATION AU CONTEXTE

Il est essentiel aussi de comprendre que chaque pays ou région aura un rapport différent au problème de sous-nutrition. En effet, la prévalence de la sous-nutrition aigüe et la densité de population de même que l'état du système de santé ainsi que le panorama en matière de santé publique (morbidité et mortalité) influenceront la manière dont la sous-nutrition aigüe sera considérée. Ainsi, lorsque les ressources sont rares, les pays donnent la priorité à des problèmes de santé publique spécifiques.

UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET INTÉGRÉE DE LA MAS

Bien que les manuels techniques se concentrent sur l'approche curative de la sous-nutrition aigüe et l'intégration du traitement dans les systèmes de santé, **les équipes doivent s'assurer que ce volet d'intervention s'intègre à une approche holistique, préventive (qui aborde également les causes sous-jacentes de la MAS) élaborée en étroite collaboration avec les communautés.** Cela comprend la prise en charge des causes sous-jacentes de la sous-nutrition telles que l'amélioration des pratiques alimentaires pour les nourrissons et jeunes enfants, la prise en compte des déficiences



en micronutriments, l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et l'augmentation de la couverture vaccinale. Les ressources doivent être identifiées pour appuyer le renforcement des capacités et recruter le personnel technique approprié pour la conduite du processus de soins de prévention et de traitement de la sous-nutrition aigüe.

Il est également nécessaire de **considérer d'autres aspects des soins de santé et de faire le lien avec les programmes et interventions spécifiques, par exemple ceux qui concernent le VIH.**

RECOMMANDATIONS D'ACF

Les clés de la réussite

Pour la réussite de l'intégration de la PCMA, il est indispensable que :

- ▶ Le Ministère de la Santé soit propriétaire du processus à tous les niveaux.
- ▶ Les stratégies d'inclusion du traitement de la sous nutrition aigue sévère soient élaborées conjointement par les parties prenantes.
- ▶ La capacité du système de santé à absorber ce nouveau service soit analysée et que des stratégies de renforcement du système de santé soient en conséquence élaborées.
- ▶ Les programmes existant en santé materno-infantiles soient utilisés comme véhicule d'intégration.
- ▶ la PCMA soit intégrée au sein de la formation initiale et continue.
- ▶ Dans la plupart des contextes, en dehors des contextes d'urgence nutritionnelle, une approche d'intervention directe par une ONG n'est plus envisageable ou appropriée.

Le déploiement et la mise à l'échelle de la PCMA seront dépendants du contexte et du pays ; il n'y a donc pas de stratégie unique de mise en œuvre qui s'adapte à toutes les situations. Il est essentiel de savoir peser ce problème de santé au regard des autres problèmes de santé et de proposer une hiérarchisation appropriée. En d'autres termes il ne semble pas recommandé de promouvoir la mise en œuvre de la PCMA à tout prix dans des pays où la prévalence et les autres critères cités plus haut ne le justifieraient pas.

Il est également important d'incorporer cette approche de manière holistique, en abordant également les causes sous-jacentes de la malnutrition aigüe et en considérant les autres aspects des soins de santé.

Les stratégies pour améliorer la nutrition ne doivent bien entendu pas être orientées verticalement mais plutôt de manière **multisectorielle**, en prenant particulièrement en compte les divers éléments du système de santé. Les ressources doivent être identifiées au niveau du pays et réservées à l'amélioration du soutien en nutrition. **Les différents secteurs au sein du pays** (eau, assainissement, agriculture, foresterie, gestion des ressources, commerce et entreprise, etc...) ont besoin d'être partie intégrante de ce processus.



© ACF, Anne-Dominique Israël - Bangladesh

CMAM INTERNATIONAL CONFÉRENCE 2011 :

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS (ADDIS-ABEBA - NOVEMBRE 2011)

Cette conférence a été organisée par l'ENN en collaboration avec le Gouvernement d'Éthiopie. Le but de la conférence a été de fournir un forum 'vivant' pour la discussion en matière de CMAM. Elle a permis d'aborder des questions touchant à la mise à l'échelle nationale de la PCMA d'un point de vue gouvernemental. Elle a également permis d'identifier et documenter un certain nombre de facteurs et processus favorisant la mise à l'échelle de la PCMA, par exemple l'environnement politique, la coordination, ...

- ▶ PCMA n'est pas et ne doit pas être présentée comme, ou être mise en œuvre comme un programme vertical.
- ▶ Les Gouvernements doivent présenter clairement le coût de la PCMA, démontrer leur engagement financier progressif et identifier quels éléments de support de la PCMA ont besoin de nouvelles ressources.
- ▶ La PCMA intégrée dans d'autres ensembles de services (« package ») de santé ou nutrition aide à démultiplier des fonds de l'intérieur du gouvernement et des sources externes.
- ▶ Une stratégie de mobilisation communautaire nationale, transversale aux autres secteurs, soutiendrait la mise à l'échelle de la nutrition et d'autres services de base.
- ▶ La gouvernance (leadership) et l'autorité pour la mise à l'échelle de la nutrition doivent être décentralisées au niveau des districts - avec les ressources nécessaires - dans le support de plans décentralisés.
- ▶ En cas d'urgence, les gouvernements sont préparés avec des stratégies claires pour la mise à l'échelle - jusqu'à satisfaire à la demande accrue. Ceci peut aider à limiter la perte d'appropriation gouvernementale fréquemment vue dans des cas d'urgence.
- ▶ Les Gouvernements doivent développer une politique claire pour la production locale d'ATPE qui peut mener à de nouveaux partenariats, des dispenses fiscales et d'autres mesures réduisant le coût.
- ▶ L'obstacle clé identifié est la faiblesse des systèmes de santé - à tous les niveaux - et à travers tous les éléments (la livraison de service, la main-d'œuvre, système d'information, l'accès aux médicaments essentiels, le financement de santé, la direction et la gouvernance). Des défis spécifiques pour la PCMA incluent : le nombre de personnel; leurs compétences; leur motivation.
- ▶ Le traitement de la MAM par l'alimentation supplémentaire n'est pas une stratégie nationale durable pour le gouvernement. Donc, il y a un besoin d'explorer des moyens alternatifs pour prendre en charge la MAM par des approches intersectorielles.
- ▶ Le plaidoyer, par exemple par des champions, s'appuyant sur des preuves de la valeur de programmes de nutrition, doit parler au travers du développement et des ordres du jour politiques.
- ▶ Des mécanismes de coordination Internationaux, comme le SUN et REACH, peuvent soutenir l'installation d'organismes de coordination de haut niveau.



VERS UNE 4^{ème} ÉVOLUTION

Aujourd'hui l'enjeu majeur reste toujours de favoriser l'accès au traitement.

Ceci ne pourra pas être réalisé tant que les systèmes de santé ne seront pas en mesure de couvrir les besoins de leur population en matière de santé par le biais de leurs paquets minimum de santé. Il faut ainsi travailler sur le renforcement des systèmes de santé tout en explorant d'autres pistes de travail.

Une des pistes qu'explorera ACF à l'avenir est celle de la simplification des protocoles, la "démocratisation" du traitement, qui va devenir de moins en moins technique (assouplissement des normes, des ATPE, des traitements médicaux...). Soigner plus tôt, au plus proche de la communauté avec moins de technicité requise, donc à moindre coût. Ce type d'approche dites de transfert des tâches « task shifting » offre des perspectives très intéressantes en matière de détection précoce et d'augmentation de la couverture.

RÉFÉRENCES

Documents ACF :

- Rapports moraux ACF
- Programme stratégique d'intervention en nutrition communautaire - ACF, avril 2007.

Documents autres :

- CTC field guideline, Valid International, 2006
- Changing the way we address severe malnutrition during famine, Steve Collin, The Lancet August 2001
- Community Therapeutic Care (CTC): A new approach to managing acute malnutrition in emergencies and beyond, Caroline Grobler-Tanner and Steve Collins FANTA technical publication 2004
- CMAM guidelines FANTA 2008

Sites internet :

- Rapport de la Conférence Addis-Abeba Novembre 2011 (en anglais uniquement) : <http://www.ennonline.net/resources/view.aspx?resid=900>



ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGÛE MODÉRÉE



© ACF, Danka Pantchova - Inde

Objectif du document :
**Connaitre les points clés concernant les évolutions
de la prise en charge de la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM)
et la position d'ACF sur le sujet.**



MESSAGES ESSENTIELS

- Les enfants souffrant de malnutrition aigüe modérée ont **quatre fois plus de risque de décéder qu'un enfant non malnutri**.
- « **L'approche produit** » seule doit être envisagée dans des contextes spécifiques et ne doit plus être envisagée comme la seule manière de prendre en charge ou prévenir la Malnutrition aigüe modérée (il y a également un manque d'évidence scientifique sur l'efficacité du traitement de la MAM en utilisant les produits nutritionnels).
- Des approches comme les transferts monétaires ou les coupons alimentaires sont envisagées de manière croissante comme des alternatives intéressantes et efficaces.
- **La prise en charge de la MAM** par le biais de centres de nutrition supplémentaires (CNS) couplée avec le traitement de la MAS au sein de l'approche CMAM ne doit pas être systématisée.
- La décision de mettre en place ou non un programme de prise en charge de la malnutrition aigüe modérée dépendra du contexte.

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE MODÉRÉE (MAM) FAIT DÉBAT

Les enfants souffrant de sous-nutrition aigüe modérée ont quatre fois plus de risque de décéder qu'un enfant non malnutri.

« À la différence de ce que l'on observe pour la sous-nutrition aigüe sévère, les programmes de prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée chez l'enfant n'ont pratiquement pas évolué au cours des 30 dernières années, et le moment semble donc venu de réévaluer les efforts visant à améliorer leur efficacité et leur efficience. (André BRIEND -OMS) »

Depuis quelques années la communauté internationale constate effectivement que les performances des programmes de prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée posent question. Souvent la proportion de bénéficiaires qui achèvent le traitement et sont « guéris » n'est pas satisfaisante en raison de taux trop importants d'abandons et/ou critère de « non réponse au traitement ».

Par ailleurs de nombreuses questions autour de la physiopathologie de la sous-nutrition aigüe modérée et des besoins en termes de réhabilitation (type de prise en charge et type de traitement) sont posées.

- ▶ ACF s'est lancé dans l'**analyse des performances** de ses programmes supplémentaires et a posé plusieurs hypothèses quant à leur insuffisance (dont, entre autre celle du produit qui serait peu efficace/mais aussi l'approche dans son ensemble...)
- ▶ ACF a participé à un **travail d'analyse de l'efficacité** des programmes SFP mené sur plusieurs ONG en 2005-2006⁵⁶
- ▶ ACF a mené des **projets de recherche** en la matière et participé à d'autres projets initiés par des partenaires. On citera notamment : l'étude sur les abandons menée avec Carlos Navarro en cours de publication, l'étude sur la comparaison de trois produits supplémentaires en Birmanie, l'étude sur les approches en situation d'urgence avec ENN...
- ▶ **Des stratégies afin d'améliorer les performances** ont été développées et testées (un bon exemple d'amélioration de performances en Birmanie⁵⁷)

Un évènement important à mentionner lorsque l'on évoque la prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée est l'émergence de produits dits RUSF ou ASPE (aliments supplémentaires prêt à l'emploi) et l'intérêt grandissant du secteur privé pour la production de produits supplémentaires, complémentaires et thérapeutiques.

En Juillet 2008, dans le cadre d'une demande de financement d'ACF Somalie à ECHO, un débat a vu le jour sur les produits supplémentaires émergents et l'absence d'évidences quant à leur efficacité.

Le débat n'est toujours pas clos mais des initiatives telles que l'inclusion de ce type de produits dans le codex alimentarius, l'élaboration d'un code international sur le marketing des produits complémentaires et enfin la note technique de l'OMS sur les aliments supplémentaires parue en juin 2012, sont autant d'avancées pour offrir un peu plus de régulation.

Enfin, lors de la conférence internationale sur la prise en charge de la sous-nutrition aigüe à Addis Abeba qui a eu lieu en novembre 2011, les Etats présents ont déclaré que l'approche favorisant la mise en œuvre de programmes nutritionnels supplémentaires à l'échelle nationale (intégrés ou non au sein des structures sanitaires) n'était pas adaptée et pérenne. **Il est ainsi urgent d'explorer des approches innovantes** permettant de réduire les risques de morbidité et mortalité liées à la sous-nutrition aigüe modérée.



©ACF, Christina Lionnet - Tchad

56 - Measuring the effectiveness of Supplementary Feeding Programmes in emergencies Working paper - HPN Network Papers 63, August 2008.

57 - Document de capitalisation- Mathias Grossiord/Aurelie Rozet-2010



LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE EN NUTRITION ET LES PROGRAMMES DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRES

Le débat qui a vu le jour mi 2008 a accéléré la réflexion sur le sujet. Il n'a jamais été question de mettre fin aux programmes de nutrition supplémentaires, l'agence Onusienne en charge de ce type d'approche (PAM) continuant de la promouvoir. UNICEF dans le cadre de l'intégration de la PCMA dans de nombreux pays, promeut la mise en place de Centre de nutrition supplémentaires dans le cadre des politiques nationales en nutrition (exemple de l'Afrique de l'ouest, du Kenya...)

CONSULTATION OMS

Deux consultations d'experts ont été proposées par l'OMS sur le sujet du traitement de la MAM en Octobre 2008 et Février 2010. ACF a pris part à ces consultations.

La communauté internationale dans ce cadre a mis en avant ses importantes lacunes en matière de traitement de la MAM. En effet, depuis 1980 la communauté scientifique s'est principalement intéressée au développement et à l'amélioration du traitement de la MAS et a fortement négligé la MAM.

Une longue liste des besoins en matière de recherche a été élaborée. Quelques documents de fond ont été produits (meeting de 2010) qu'il s'agisse du traitement ou de la prévention. Aucun de ces documents n'a jusqu'ici donné d'indications opérationnelles claires.

NUGAG SUR LA MAM

Fin 2011, un NUGAG (Nutrition Guidance expert Advisory Group) sur la prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée a enfin été mis en place par l'OMS. L'objectif de cette initiative est de faire le point depuis 2010 sur les études menées et d'apporter des recommandations officielles et claires basées sur des évidences scientifiques. L'exercice risque d'être limité au vu des avancées en matière de production d'évidences. En effet peu de projets de recherche ont abouti sur des conclusions permettant de revisiter l'approche supplémentaire.

Il semble d'ores et déjà que, parmi les 8000 projets d'études/recherches révisées dans le cadre d'une revue systématique de la littérature (méthode Cochrane) explorant le sujet de l'efficacité des produits, seulement 8 ont été sélectionnées et permettent de renseigner la question de l'efficacité des produit (4 études déjà effectuées et 4 en cours de développement).

Cela traduit clairement le manque d'évidence scientifique concernant la question de l'efficacité du traitement de la MAM en utilisant les produits nutritionnels (comme ASPE / CSB + +, etc)

MAM TASK FORCE

En Avril 20011, après de nombreuses sollicitations de bailleurs de fond et une absence de recommandation émanant de l'OMS et du NUGAG, un groupe d'agences Onusiennes et d'ONG a

décidé de former une « MAM Task force » afin de produire rapidement un guide opérationnel en matière d'approche MAM en situation d'urgence (arbres décisionnels, fiches produits). UNICEF, PAM, UNHCR, OFDA, CDC, SC-US et ACF ont ainsi mené plusieurs réunions afin de produire ce guide diffusé en Juin 2012.

ECHO ET LA MAM

Dans le cadre d'une table ronde organisée par ECHO en Juin 2012, le sujet de la MAM dans les situations d'urgence a, de nouveau, été discuté.

La plupart des acteurs présents se sont accordés sur les points suivants :

- ▶ « **l'approche produit** » seule doit être envisagées dans des contextes spécifiques et ne doit plus être envisagée comme la seule manière de prendre en charge ou prévenir la Sous-nutrition aigüe modérée
- ▶ **Des approches comme les transferts monétaires ou les coupons alimentaires** couplés ou non avec les approches produits et du support familial sont envisagés de manière croissante comme des alternatives intéressantes et efficaces (une étude menée par le PAM aux cotés de MSF au Niger est actuellement en cours et a déjà montré des résultats prometteurs, ACF travaille aussi sur la production d'évidence en ce sens)
- ▶ **La prise en charge de la MAM par le biais de centres de nutrition supplémentaires (CNS)** couplée avec le traitement de la MAS au sein de l'approche PCMA ne doit pas être systématisée.

Ceci est un tournant très important dans la gestion de la MAM.

MSF et ACF ont clairement lancé un appel pour un plus fort investissement des Nations Unies dans la délivrance de normes et un investissement conséquent dans l'élaboration de documents d'orientation. Il a également été demandé à ECHO de mieux supporter les ONGI dans leurs projets de recherche.

LA POSITION D'ACF

Outre les différents projets de recherche lancés depuis quelques années, ACF a mené une réflexion interne sur le sujet des programmes classiques visant la MAM et a activement participé aux différents forums et groupes de travail.

D'un point de vue opérationnel, le secteur nutrition n'a jamais décidé de mettre fin à ses activités autour des programmes supplémentaires (ciblés ou de couverture). Il a été décidé de mesurer l'intérêt de ces programmes au cas par cas, en fonction du contexte.



Schématiquement la décision de mettre en place ou non un programme de prise en charge de la sous-nutrition aigüe modérée dépendra du contexte : s'il s'agit d'une crise, de l'augmentation des taux de sous-nutrition aigüe, de la présence d'une distribution générale alimentaire (GFD), de la présence de distribution de couverture....

ZOOM SUR LES PROGRAMMES CNS AU SEIN D'ACF-IN À MI-2012

- ▶ ACF-Espagne : sur 12 missions implémentant des programmes de nutrition, 5 mènent des programmes de CNS (en collaboration avec des partenaires, Ministère de la Santé essentiellement) = 33% des missions
- ▶ ACF-US : sur 6 missions implémentant des programmes de nutrition, 3 mènent des programmes CNS (en collaboration avec des partenaires) = 50% des missions
- ▶ ACF-Fr : sur 19 missions implémentant des programmes de nutrition, 10 mènent des programmes CNS (5 en collaboration avec des partenaires, 5 missions en intervention directe) = 53% des missions

POSITION D'ACF

- ▶ L'approche curative (programmes supplémentaires) n'est recommandée que dans des contextes spécifiques, majoritairement de crise (ou de crise chronique), lorsque les taux de malnutrition aigüe globale sont très élevés de même que les taux de mortalité. Il est important d'y associer des actions de prévention telles que des distributions générales alimentaires, des distributions de couverture ciblant les enfants de moins de 3 ou 5 ans afin de réduire rapidement les taux de MA.
- ▶ Globalement une approche préventive sera priorisée sur le long terme. On pourra néanmoins, en période de pic saisonnier, proposer des programmes supplémentaires courts terme.
- ▶ ACF souhaite aussi favoriser les approches intégrées mêlant des activités de transferts monétaires, par exemple à des supplémentations en micronutriments, du soutien aux familles...

POSITION D'ACF

- Dans le cadre du plaidoyer effectué auprès des gouvernements en faveur de l'intégration du traitement de la MAS dans leurs paquets minimum de santé, ACF ne souhaite pas pousser les gouvernements afin qu'ils intègrent aussi le traitement de la MAM. Les questions, toujours en suspens, de l'efficacité de l'approche ainsi que les faibles capacités des systèmes de santé ne permettent pas de promouvoir aujourd'hui cette approche. Il n'est en effet pas éthique de promouvoir une approche couteuse dont on ignore véritablement l'efficacité, mobilisant fortement des équipes de santé déjà exsangues et dont l'ajout pourrait porter atteinte à la qualité des autres services proposés par ailleurs.
- En revanche lorsque le Ministère de la santé d'un pays souhaite mettre en œuvre ce type d'approche ACF proposera de former et accompagner ce dernier pour que le programme national puisse être le plus effectif possible. L'expérience montre cependant qu'il faut s'assurer d'une disponibilité et d'une qualité optimale des intrants. En effet appuyer des programmes intégrés de Prise en charge de la MAM quand les partenaires peinent à assurer un approvisionnement constant peut porter atteinte à l'ensemble des services proposés par le centre de santé.

QUESTIONS TRAITÉES ACTUELLEMENT PAR L'ÉQUIPE TECHNIQUE

Outre les projets de recherche déjà menés et mentionnés dans la première partie de ce document les équipes Techniques Nutrition-Santé ACFIN se penchent actuellement sur plusieurs questions afin d'apporter des éléments de réponse et des recommandations aux équipes de terrain et à la communauté internationale nutrition.

- La question des produits : un papier de positionnement a été élaboré et diffusé fin 2011. (voir chapitre sur les produits, page 139)
- La question de l'approche MAM en urgence versus l'approche MAM en développement (il s'agit ici de distinguer plus clairement les *modus operandi* pour chaque contexte).
 1. Travail au sein de la MAM task force et de l'élaboration de recommandations internationales en situation d'urgence et le point de départ de cette distinction.
 2. ACF travail aux côtés de Save the Children et Emergency nutrition network (ENN) pour tester des approches alternatives aux approches exclusives basées sur les produits en situation d'urgence (Projet de recherche « Moderate Malnutrition study »).
 3. Projet de thèse : tester l'efficacité d'approches alternatives en matière de prévention de la MAM dans des contextes stables, de développement (quelles approches



innovantes peuvent, lorsque le contexte s'y prête, remplacer les traditionnelles approches basées sur la distribution de produits alimentaires ?).

- La question de l'intégration des programmes supplémentaires au système de santé (problème de surcharge de travail et perte de qualité de prise en charge) versus mettre en œuvre des programmes communautaires (par le biais d'ONGs locales/communautés). Les approches « maman lumière », ou « foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle » FARN ont aussi été testées.



LES PRODUITS NUTRITIONNELS



S. Hauenstein Swan, ACF UK - Tchad

Objectif du document :

- Aider les décideurs et les personnes de terrain à comprendre le rôle que les produits peuvent jouer dans les programmes nutritionnels.
 - Fournir un briefing sur les différents types de produits nutritionnels disponibles.
- Donner la position d'ACF sur les problématiques clés autour des produits nutritionnels.



MESSAGES ESSENTIELS

- ACF encourage et soutient l'adoption généralisée de l'approche PCMA par les structures de santé et les communautés à travers la gestion du gouvernement, et la production locale d'ATPE pour en satisfaire la demande.
- ACF considère qu'actuellement les ATPE sont le traitement le plus efficace pour la MAS lorsqu'il respecte les protocoles nutritionnels et médicaux établis.
- Les aliments enrichis et mélangés avec un apport d'huile supplémentaire peuvent être efficaces en CNS si des efforts sont faits pour minimiser les abandons en cours de traitement. ACF recommande l'utilisation continue de ces produits en raison de leur moindre coût et de leur disponibilité au niveau local.
- La bonne gestion des programmes comprenant un suivi étroit des enfants (spécialement ceux qui sont en difficulté de prise de poids), des conseils en lien avec les pratiques de soins sont tout aussi importants que le choix du produit.
- Prévenir la sous-nutrition nécessite une approche multisectorielle, les approches basées purement sur les produits sont donc souvent insuffisantes.
- ACF reconnaît qu'il n'y a pas assez de preuves dans le domaine des produits en matière de prévention de la sous-nutrition et continue à mener ses propres recherches sur le sujet.
- ACF est largement en faveur de se procurer des ATPE auprès de fournisseurs locaux.

INTRODUCTION

La prise en charge de la sous-nutrition aigüe a été révolutionnée ces dernières années grâce à des innovations concernant les produits nutritionnels. Une large gamme de produits est maintenant disponible pour prévenir la sous-nutrition aigüe, traiter la sous-nutrition aigüe modérée et permettre d'aborder le problème de la sous-nutrition chronique et les déficiences en micronutriments. Le développement des produits nutritionnels peut présenter des opportunités afin d'améliorer la qualité des programmes nutritionnels. Cependant la grande variété de ces produits peut être source d'ambiguïté et présenter des enjeux en matière de choix du type de produit à utiliser, de rentabilité, de production locale, de viabilité, de brevets, d'éthique et d'évidences/preuves de leurs impacts.

Bien que la prévention de la sous-nutrition chronique et des carences en micronutriments soit extrêmement importante, ce document se concentre sur l'utilisation des produits pour la prévention et le traitement de la sous-nutrition aigüe.

Ce document explore 3 axes :

- ▶ Le traitement de la sous-nutrition aigüe sévère ;
- ▶ La prévention et le traitement de la sous-nutrition aigüe modérée ;
- ▶ Le rôle des produits nutritionnels dans le cadre de stratégies plus larges pour renforcer la résilience et prévenir la sous-nutrition.

Ce document se concentre sur les enfants âgés de 6-59 mois, qui représentent la majorité des bénéficiaires au sein des programmes nutritionnels d'ACF. Néanmoins, les interventions d'ACF ciblent également d'autres sous-groupes tels que :

- ▶ Les femmes enceintes et allaitantes, et les enfants de moins de 6 mois, car ces 2 sous-groupes font partie de la fenêtre d'opportunité pour le traitement et la prévention des déficiences à long terme et des maladies chroniques,
- ▶ Les adolescents et les patients séropositifs, pour qui des recommandations spécifiques sont également disponibles.

POSITION D'ACF SUR LES ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊT À L'EMPLOI (ATPE) DANS LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE (MAS)

ACF reconnaît qu'il y a plusieurs facteurs contribuant à la guérison des patients atteints de sous-nutrition aigüe sévère.

Les produits thérapeutiques, y compris les ATPE, ont été un élément clé du succès, toutefois il est important de noter que l'approvisionnement d'un produit est accompagné d'autres composantes dans un programme nutritionnel :

- ▶ Un **protocole médical**⁵⁸ est utilisé pour traiter les infections sous-jacentes et répondre à l'apparition de nouveaux symptômes ou une aggravation de ceux-ci de manière appropriée.
- ▶ Dans le traitement à domicile, un **suivi hebdomadaire est essentiel**. Une liste de critères est utilisée pour reconnaître les patients qui ne se rétablissent pas correctement et ainsi réagir en fonction des problèmes rencontrés.
- ▶ Pour les patients hospitalisés, il est essentiel d'avoir un suivi en continu fait par un **personnel médical qualifié**.

58 - Guidelines for the integrated management of severe acute malnutrition: in- and out-patient treatment - ACF-IN December 2011 with the expertise of Professor Michael H. Golden and Dr. Yvonne Grellety.



- Une attention continue est portée sur le rôle de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour une guérison durable.
- Un certain nombre de missions ACF ont trouvé utile d'introduire des groupes de discussions, des conseils individuels et un suivi à domicile comme moyen d'améliorer les taux de guérisons et de réduire la proportion d'abandons pour les bénéficiaires qui ne répondent pas au traitement et/ou qui l'abandonnent.



© ACF - Guatemala

- L'expérience d'ACF montre que malgré la perturbation temporaire de la chaîne d'approvisionnement en ATPE, la poursuite d'une gestion appropriée des procédures des autres composantes du programme peuvent aider à assurer de bons résultats⁵⁹.

LA PRODUCTION LOCALE ET LA VALIDATION DES ATPE

ACF s'approvisionne en Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) à partir de divers fournisseurs. Toutefois, de nombreux projets reçoivent des contributions de l'UNICEF, qui peuvent provenir de fournisseurs supplémentaires.

ACF est dans le processus de validation de plusieurs fournisseurs et a conçu son propre protocole d'approbation suivant les mécanismes de validation de l'UNICEF et de MSF. ACF s'efforcera d'appuyer la création d'une commission d'approbation indépendante de telle sorte que ce ne soit pas seulement les principaux clients ATPE qui régulent la qualité.

ACF est consciente des avantages et potentialités de la production locale des ATPE. Ainsi, ACF est largement en faveur de se procurer des ATPE auprès de fournisseurs locaux et qui utilisent autant que possible des produits alimentaires locaux. Auquel cas, ACF s'engagera à valider les fournisseurs locaux pour s'assurer de l'efficacité, la sécurité et la qualité du produit.

ATPE ET BREVETS

ACF est consciente que la demande des ATPE va continuer d'augmenter, d'autant que leur utilisation va de pair avec l'intégration de la prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère dans les systèmes de santé existants. Il est difficile de dépendre d'un producteur unique en raison de

59 - Document de Phil James sur l' « alternative protocole »

contraintes de production et de chaîne d'approvisionnement. Par conséquent, ACF accueille favorablement les étapes mise en place récemment (2010) par Nutriset® pour rendre les brevets plus accessibles aux producteurs locaux.

ACF ne considère pas les brevets comme un obstacle au vu du rôle qu'ils peuvent jouer dans la protection de la qualité des ATPE et la viabilité des producteurs locaux, mais cependant ceux-ci doivent être accompagnés de mesures pour assurer un approvisionnement durable.

POSITION D'ACF **L'approbation des ATPE**

ACF encourage les gouvernements à prendre en compte les études qui soutiennent l'utilisation des ATPE comme traitement de la Malnutrition Aigüe Sévère. ACF encourage et soutient l'adoption généralisée de l'approche PCMA par les structures de santé et les communautés à travers la gestion du gouvernement, et la production locale d'ATPE pour en satisfaire la demande. La mise à l'échelle de la PCMA doit compléter (et non remplacer) des initiatives qui prennent en charge toutes les formes de sous-nutrition.

COÛT DE L'ATPE

Le coût des produits ATPE est fortement lié à la fluctuation des prix du lait en poudre. ACF approuve les recherches qui se poursuivent au sujet des alternatives à moindre coût en utilisant des produits disponibles localement.

Cependant, ACF saisit le bénéfice supplémentaire apporté à l'économie locale grâce aux usines locales qui devra être pris en compte dans toute analyse de coûts-bénéfices lors du choix du produit. ACF suggère que les recherches quantitatives au sujet de ces bénéfices locaux doivent se poursuivre et doivent être publiées.

POSITION D'ACF **Coût de l'ATPE**

ACF considère qu'actuellement les ATPE sont le traitement le plus efficace pour la MAS lorsqu'il respecte les protocoles nutritionnels et médicaux établis. Le traitement doit être poursuivi malgré les coûts plus élevés des produits en comparaison avec d'autres interventions nutritionnelles. ACF plaide largement en faveur de la mise à l'échelle du traitement de la MAS.



© ACF, Isabelle Moussart Carlsen - Afghanistan



LA COUVERTURE ET LE FINANCEMENT DU TRAITEMENT DE LA MAS

La production des ATPE et l'approche du PCMA ont besoin d'être considérablement augmentées si tous les enfants atteints de MAS peuvent être identifiés.

ACF est persuadé que la seule façon d'atteindre une couverture significative est d'intégrer l'approche PCMA dans les structures de santé existantes, lorsque cela est possible, au travers de l'appui aux gouvernements.

LES ATPE ET LEUR IMPACT SUR L'ALLAITEMENT

ACF encourage activement l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et plaide pour la continuité de l'allaitement chez les enfants âgés de 6-24 mois. ACF ne considère pas que l'utilisation des ATPE « met en danger » l'allaitement, mais reconnaît le besoin d'un suivi attentif afin de surveiller ce risque.

POUR EN SAVOIR +

L'IFE (Infant Feeding in Emergencies) est une collaboration inter-agence entre les Agences des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales (ENN, ACF, SC-UK and US, IBFAN, CARE, WFP, UNHCR, UNICEF) concernées par l'orientation en matière de directives, de mise en œuvre et de renforcement des capacités au sujet de l'IFE.

LES EFFETS POTENTIELLEMENT NÉGATIFS DU GAIN DE POIDS RAPIDE

APRÈS LE TRAITEMENT ATPE

Une recherche indique un possible lien entre le gain de poids rapide des enfants maigres pendant l'enfance et l'apparition plus tard de maladies chroniques. Il n'est pas clair si la courte période de gain de poids chez les enfants atteints de MAS aura des conséquences négatives plus tard, surtout si l'enfant retrouve un poids normal après son rétablissement. Un rapide gain de poids au départ puis une obésité constante durant l'enfance semble être une grande source de préoccupation, bien que de plus amples recherches soient nécessaires pour le vérifier.

ACF va continuer à traiter les enfants atteints de MAS avec des ATPE dans le cadre du protocole de prise en charge en raison du risque élevé de mortalité immédiate.

ACF reconnaît la nécessité de poursuivre les recherches et reste vigilant aux études menées autour de cette problématique.

POSITIONNEMENT D'ACF SUR DES PRODUITS CONÇUS POUR LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGÛE MODÉRÉE

Concernant l'utilisation de produits pour le traitement de la MAM (qui n'est pas la seule approche possible) :

- ▶ ACF reconnaît que les programmes impliquant l'utilisation du traditionnel CSB⁶⁰ n'ont pas été très efficaces, et que la tendance générale qui émerge de récentes recherches montre que les Aliments de Supplémentation Prêt à l'Emploi (ASPE) peuvent être une alternative viable et éventuellement plus efficace.
- ▶ La plupart des recherches impliquant les ASPE viennent du Malawi et du Niger. ACF accueille les nouvelles recherches dans des contextes différents qui pourront aider à valider les ASPE pour une utilisation internationale.
- ▶ **Le CSB ++ est un produit prometteur** qui a été reformulé (ajouts de lait et de micronutriments supplémentaires) afin de prendre en compte un certain nombre de limites nutritionnelles du CSB traditionnel. Le manque de preuves évidentes au sujet du CSB ++ rend une prise de position difficile à ce stade.
- ▶ **Les aliments enrichis et mélangés avec un apport d'huile supplémentaire peuvent être efficaces si des efforts sont faits pour minimiser les abandons en cours de traitement.** ACF recommande l'utilisation continue de ces produits en raison de leur moindre coût et de leur disponibilité au niveau local. Si le CSB++ n'est pas disponible et si l'huile fortifiée n'est pas disponible pour accompagner les autres produits enrichis mélangés, alors l'efficacité sera compromise. Dans ce cas de figure, ACF recommande l'utilisation d'un ASPE.
- ▶ **ACF note l'éventuelle efficacité des ATPE dans le traitement de la MAM, mais ne cautionne pas cette pratique.** Si une décision est à prendre entre des ATPE et des ASPE pour le traitement de la MAM, ACF recommande l'utilisation des ASPE. Il est en effet important de garder un approvisionnement durable des ATPE pour ceux qui en ont le plus besoin. Il est important d'éviter toute confusion au sein de la communauté sur l'utilisation des ATPE qui sont des aliments thérapeutiques. Une sensibilisation sur le produit est nécessaire pour expliquer qu'il ne doit ni être partagé ni vendu et qu'il s'agit d'un traitement.
- ▶ La bonne gestion des programmes comprenant un suivi étroit des enfants (spécialement ceux qui sont en difficulté de prise de poids), des conseils en lien avec les pratiques de soins sont tout aussi importants que le choix du produit. De plus amples recherches sont nécessaires sur ce sujet.
- ▶ ACF insiste sur l'importance de rappeler que les produits donnés dans le traitement de la MAM doivent être administrés en association avec le protocole médical national s'il existe (sinon utiliser celui d'ACF).

60 - CSB : Corn Soya Blends = Farines mélangées maïs-soja maintenant CSB+ est appelé Supercereal et CSB++ supercereal+



LE POSITIONNEMENT D'ACF AU SUJET DES PRODUITS CONÇUS POUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION AIGÛE

- ▶ **ACF estime que les bonnes pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant sont cruciales dans les efforts pour prévenir la malnutrition.** Tous les efforts devraient être faits pour s'assurer que l'introduction de produits ne nuise pas à l'allaitement. Il est important que toute introduction d'un produit soit toujours accompagnée d'un travail adéquat autour de l'ANJE. Cela devrait inclure la promotion et le soutien de pratiques de soins appropriées et de comprendre quels sont les obstacles à une bonne ANJE et à de bonnes pratiques de soins.
- ▶ Il existe de nombreuses approches pour prévenir la sous-nutrition aigüe, les produits n'étant qu'une des composantes de cette prévention. **Prévenir la sous-nutrition nécessite une approche multisectorielle.**
- ▶ Lorsqu'une intervention nutritionnelle directe est nécessaire et lorsque le contexte le permet, une approche basée sur l'alimentation doit être utilisée pour prévenir la sous-nutrition aigüe en raison de son faible coût, d'une meilleure viabilité et de sa pertinence culturelle. Toutefois, dans des contextes de déplacements ou de catastrophes naturelles qui ont coupé l'approvisionnement en nourriture, les produits peuvent être la seule option viable pour éviter un taux élevé de patients souffrant de sous-nutrition aigüe. Dans ce cas les Aliments Complémentaires Prêt à l'Emploi (ACPE) peuvent être utilisés (mais non les ATPE ou ASPE en raison de leur utilisation dans le traitement de la MAS et de la MAM).
- ▶ **ACF reconnaît qu'il n'y a pas assez de preuves dans le domaine des produits en matière de prévention de la sous-nutrition et continue à mener ses propres recherches sur le sujet.**



MALNUTRITION CHRONIQUE



© ACF, Christina Lionnet - Tchad

Objectif du document :
Connaitre les points clés concernant la sous nutrition Chronique et la position d'ACF sur le sujet.



MESSAGES ESSENTIELS

- ➔ La sous-nutrition chronique est un processus, qui se produit sur le long terme en particulier dans la période allant de la conception jusqu'à 24 mois (1000 jours), par opposition à la sous-nutrition aigüe qui reflète un état nutritionnel récent.
- ➔ Généralement la sous-nutrition chronique intervient avant l'âge de 2 ans. Lorsqu'un enfant atteint l'âge de 2 ou 3 ans le retard de croissance peut devenir irréversible et les dommages sur le développement de l'enfant sont susceptibles d'être permanents.
- ➔ La plupart des enfants atteints de sous-nutrition chronique atteignent l'âge adulte, toutefois ces individus sont des « survivants vulnérables » avec des déficiences spécifiques.
- ➔ La santé reproductive des femmes qui ont été atteintes de malnutrition chronique durant l'enfance est aussi compromise, en augmentant les risques de mortalité materno-infantile ainsi que le taux de faible poids de naissance.
- ➔ La malnutrition chronique restreint le développement de la capacité des communautés et perpétue la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

QU'EST-CE QUE LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE ?

La sous-nutrition chronique peut également s'appeler « stunting » ou retard de croissance.

- ▶ Caractérisée par une faible taille pour un âge donné.
- ▶ Mesurée en utilisant la taille comparée à l'âge (Taille pour Age/Height For Age - HFA) selon les normes de croissance de l'OMS 2006.
- ▶ Classés en modérée ($-3 \text{ SD} \leq \text{HFA} < -2$) et sévère ($< -3 \text{ SD}$).
- ▶ Difficile à évaluer dans le cas où l'âge exact de l'enfant n'est pas connu.
- ▶ Un processus, qui se produit sur le long terme en particulier dans la période allant de la conception jusqu'à 24 mois (1000 jours), par opposition à la sous-nutrition aigüe qui reflète un état récent nutritionnel (perte de poids récente)
- ▶ Les enfants peuvent être atteints simultanément de sous-nutrition aigüe et chronique⁶¹.
- ▶ Le retard de croissance conduit à une réduction significative de la taille chez les adultes. L'une des principales conséquences peut être une capacité de travail réduite qui peut, à son tour, avoir un impact sur la productivité économique.

61 - Claudine Prudhon. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Action contre la Faim. 2002

COMMENT MESURER LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE ?

LES NORMES DE CROISSANCE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2006⁶²) a établi les normes de croissance basées sur le nourrisson allaité au sein dans 6 régions différentes du monde (Brésil, Ghana, Inde, Norvège, Oman et les Etats-Unis) comme le mode de croissance normative. Ces nouvelles normes remplacent celles qui ont été développées sur les enfants américains non-allaités (NCHS, 1977⁶³). Les nouvelles normes OMS décrivent la croissance normale de l'enfant de la naissance à 5 ans, sous des conditions environnementales optimales et peuvent être appliquées à tous les enfants partout dans le monde, indépendamment de l'origine ethnique, du statut socioéconomique et du type d'alimentation⁶⁴.

LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE EST DIFFÉRENTE DU SOUS POIDS (INSUFFISANCE PONDÉRALE)

Souvent à tort appelée sous-alimentation chronique, une insuffisance pondérale ou un poids faible pour l'indice de l'âge (Poids pour Age) peut être due à un poids faible pour la taille (Poids pour Taille) ou une faible Taille par rapport à l'âge (HFA) ou les deux. L'indice de Poids pour Age peut refléter à la fois la sous-nutrition à long terme et récente. Ainsi le Poids pour Age est un indicateur inapproprié pour l'évaluation de la sous-nutrition aiguë ou chronique. Il est souvent utilisé pour suivre la croissance de chaque enfant au fil du temps, dans les programmes de surveillance de la croissance.

UTILISATION DES INDICATEURS DE SOUS-NUTRITION CHRONIQUE DANS LES PROGRAMMES

Un faible indice Taille/Âge est une mesure de la sous-nutrition chronique. L'échelle de temps étendue que reflète l'indice Taille/Âge est plus utile pour l'élaboration de politiques à long terme. Par exemple, il est utile pour évaluer les effets de changement socio-économique ou les programmes de développement dans un contexte donné⁶⁵.

Le niveau très élevé du retard de croissance dans la plupart des pays en développement signifie qu'il n'est pas pertinent dans les évaluations d'urgence ou comme un outil de dépistage pour le lancement des programmes d'alimentation d'urgence⁶⁶.

62 - Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth>

63 - Hamill PVV, Hamill PVV, Drizid TA, *et al.* NCHS Growth Curves for Children Birth-18 Years. Vital and Health Statistics Series 11 No 165. Hyattsville, MD: USHEW-PHS; 1977. DHEW Publ. No. (PHS) 78-1650.

64 - Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth>

65 - Emergency Nutrition Assessment. Save the Children UK. 2004

66 - Emergency Nutrition Assessment. Save the Children UK. 2004



Les évaluations d'urgence, qui rapportent une sous-nutrition chronique, le font habituellement parce que la mesure fournit des données contextuelles utiles de la situation à long terme concernant l'état nutritionnel des enfants.

LES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE

La sous-nutrition chronique est certainement due à une interaction très complexe de mécanismes multiples (génétiques, nutritionnels, environnementaux, économiques et sociaux). Même si l'on en connaît peu sur les causes de retard de croissance, il est supposé que les maladies répétées dans l'enfance, les carences en certains micronutriments, les pratiques de soins inappropriées, etc. y contribuent largement.

La taille et le poids sont des indicateurs sensibles de la santé, **mais la taille est considérée comme une mesure plus précise du processus de croissance** (Saxena et al 2000). Le retard de croissance est indiqué par un faible indice taille-pour-âge et en effet, la taille-pour-âge à l'âge de 2 ans est le meilleur indicateur de la santé du capital humain (Black & al, 2008; Victora et al, 2008).



© Véronique Burger / Phantie - Liberia

Les 1000 premiers jours (de la conception jusqu'à l'âge de 24 mois) sont cruciaux dans le développement de l'enfant. Il est important de considérer l'impact de la santé de la mère pendant la grossesse et pendant les premiers mois de la vie sur le bon développement de l'enfant. Si la santé et l'état nutritionnel de la mère sont défaillants, il y a un risque plus élevé de retard de croissance intra-utérin. L'enfant aura alors un faible poids de naissance, et sera trop faible pour être en état de téter. Aussi la mère sera fatiguée si elle n'est pas en bonne santé, elle ne sera donc pas en mesure de prendre soin de son bébé correctement et de le nourrir au sein de manière adéquate. Un enfant exposé à une nutrition inadéquate ou des épisodes de maladie sur une longue période va grandir plus lentement que les autres enfants du même âge qui ne sont pas exposés à une mauvaise nutrition ou à des maladies. Comme le développement du retard de croissance est un processus lent et cumulatif, il n'est pas évident de connaître exactement par quels moyen l'état nutritionnel peut être amélioré.

Plus généralement, un retard de croissance peut être considéré comme une indication de la pauvreté, causé par la discrimination entre les sexes, l'accès limité à la nourriture, des soins de santé et d'éducation et de connaissances suffisantes sur la nutrition des enfants⁶⁷.

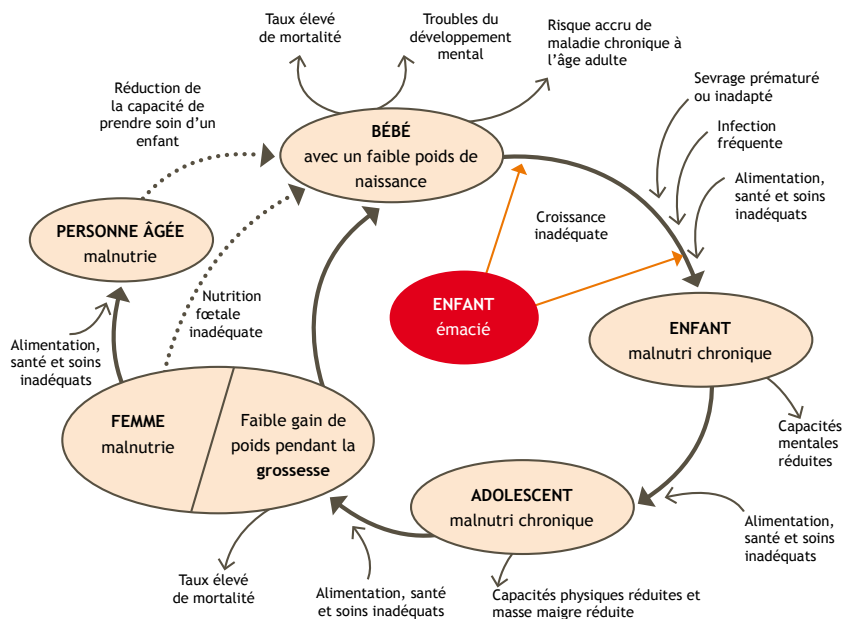
67 - Emergency Nutrition Assessment. Save the Children UK. 2004

LES CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION CHRONIQUE

La sous-nutrition chronique a des conséquences sur le long terme sur le développement physique et mental de l'enfant. Généralement la sous-nutrition chronique intervient avant l'âge de 2 ans. Lorsqu'un enfant atteint l'âge de 2 ou 3 ans le retard de croissance peut devenir irréversible et les dommages sur le développement de l'enfant sont susceptibles d'être permanents.

La sous-nutrition chronique a des conséquences physiques et mentales et un enfant atteint de retard de croissance est également confronté à un risque plus élevé de mortalité qu'un enfant bien nourri.

La plupart des enfants atteints de sous-nutrition chronique atteignent l'âge adulte, toutefois ces individus sont des « survivants vulnérables » avec des déficiences spécifiques du développement.



Source : modifié d'après SCC/SCN

Figure 28 : L'impact de la faim et de la malnutrition à travers le cycle de vie

La sous-nutrition chronique peut avoir des effets sur le potentiel éducationnel, les opportunités économiques, la capacité physique et la productivité agricole. La sous-nutrition chronique restreint le développement de la capacité des communautés et perpétue la transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

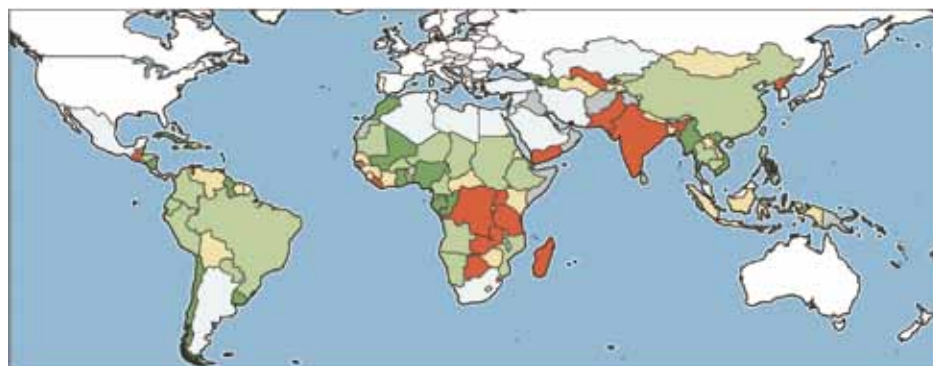
QUELQUES CHIFFRES

- ▶ Une perte de 1% de la taille adulte en raison d'un retard de croissance durant l'enfance est associée à une perte de 1,4% de la productivité.
- ▶ La sous nutrition chronique peut réduire le QI d'une personne de 5 à 10 points.

The World Bank 2006 - Repositioning Nutrition as central to development.

- ▶ **13 millions d'enfants** naissent chaque année avec un retard de croissance intra-utérin.
- ▶ **178 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance**. La grande majorité dans le sud de l'Asie centrale et l'Afrique subsaharienne. (voir figure ci-dessous)
- ▶ Parmi ceux-ci, **160 millions (90%)** vivent dans seulement 36 pays, représentant près de la moitié (46%) des 348 millions d'enfants dans ces pays.

Lancet series 2008 - Maternal and Child Under nutrition



Copyright © 2011 John Wiley & Sons, Inc.

Note : Clôture IC du premier aspect de Millénaire pour le développement avec une réflexion de routine de la population des personnes souffrant de la famine entre 1990 et 2015. L'objectif de progrès compare les dernières informations disponibles au moment des pays ne la prévalence de la sous-alimentation 2005-07 avec les taux qui existaient en 1990-92 (la période de référence pour l'objectif de la faim). La projection pour 2015 suppose que les tendances aient été les mêmes pendant cette période jusqu'à l'avenir. Les pays développés ne sont pas concernés.

Les applications employées ont été sélectionnées de manière à ce qu'elles impliquent de la part de la VAE autant d'activités que possible dans le champ d'application du constructivisme social, notamment au niveau matériel, et qu'il se crée de fait des réseaux de liens.

Progrès atteint (1990-92 - 2005-07)

- A déjà atteint la cible ou est très près de l'atteindre
- Progrès suffisants pour atteindre la cible si les tendances actuelles perdurent
- Progrès insuffisants pour atteindre la cible si les tendances actuelles perdurent
- Aucun progrès ou détérioration de la situation
- Pas pertinent (le taux de sous-alimentation était inférieur à 5% en 1990)
- Données manquantes ou insuffisantes



Figure 29 : Progrès vers la réalisation du premier objectif du Millénaire pour le Développement.

Source : Lancet 2008 (Series) - Maternal and child undernutrition

SOLUTIONS

Des efforts internationaux pour lutter contre la pauvreté, améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition ont été faits. Toutefois, ceux-ci n'ont pas généré de résultats conformes aux attentes. Les effets du traitement des cas de sous-nutrition chronique avec des suppléments nutritionnels sont incertains; des informations provenant de diverses sources opérationnelles sont contradictoires. Les programmes qui visent à diminuer les taux de sous-nutrition chronique doivent être sur le long terme et globaux.



© Danka Pantchova, Inde

Un atelier organisé par le Fonds International de Développement Agricole (FIDA ou *International Fund for Agricultural Development, IFAD*) en 2001⁶⁸, a conclu que **la sous-nutrition chronique est étroitement liée à la pauvreté et que le fait de mettre le retard de croissance au centre des stratégies de réduction de la pauvreté** (PSRP: Poverty Reduction Strategy Papers) est important dans la conception de futur programme. Cela exige une importante sensibilisation à tous les niveaux et l'amélioration de la collaboration entre les ministères.

L'aide au développement pour réduire la pauvreté et la sous-nutrition chronique devra être fournie dans le cadre de l'aide pour les organisations communautaires de base. Les programmes mettront l'accent sur l'autonomisation des femmes et la gouvernance décentralisée. La conception du programme a besoin d'établir des cibles explicites de réduction de la sous-nutrition chronique, et de mesurer l'impact du programme⁶⁹. Une attention particulière sur le renforcement des services de nutrition et sur les 1000 premiers jours de vie (de la conception à 24 mois) devrait être portée.

POSITION D'ACF

Coût de l'ATPE

ACF-IN met en place des projets de manière transversale (intégration des différents secteurs d'ACF). Les programmes transversaux visent à améliorer le travail sur les déterminants qui mènent aux problèmes de sous-nutrition aigüe.

Cependant il existe un chevauchement évident entre beaucoup d'activités que nous effectuons sur le terrain dans le domaine de l'amélioration de conditions, qui mènent potentiellement à la sous-nutrition chronique, ainsi nous pouvons considérer que beaucoup de ce que nous faisons contribue à la prévention de sous-nutrition chronique. **Les programmes d'eau et**

68 - IFAD workshop: <http://www.ifad.org/media/press/2001/01-26.htm>

69 - IFAD workshop: <http://www.ifad.org/media/press/2001/01-26.htm>



d'assainissement, des activités de pratiques de soin, des interventions en micronutriments et les focus spécifiques sur des femmes enceintes ou allaitantes, des activités de sécurité alimentaire, etc... tous contribuent à cet effort.

Par ailleurs, les activités au Guatemala, en Colombie, au Pérou, en Bolivie et au Paraguay (ACF-Espagne) s'attaquent aux problèmes de sous-nutrition chronique avec un focus sur le développement du nourrisson et de l'enfant.

Les carences en micronutriments sont un des facteurs qui contribuent sans aucun doute à la sous-nutrition chronique, mais qui sont restés un domaine relativement inexploré par ACF-IN. Des progrès ont été faits pour améliorer notre connaissance terrain sur les micronutriments et les différentes possibilités de programmes, en mettant l'accent sur les futurs partenariats techniques et la participation à des groupes externes techniques.

Actuellement ACF-Espagne travaille sur un document d'information concernant les interventions sur l'anémie qui sera suivi par un document de stratégie. En outre, il existe des programmes sur les micronutriments au Pérou, la Bolivie, le Mali et la Palestine et une évaluation est en cours en Syrie et au Timor.

Les approches proposées pour prévenir la sous-nutrition chronique sont nombreuses et exigent une approche à long terme. La plupart du temps, les approches se concentrent sur les habitudes alimentaires en termes de qualité de la nourriture (la diversité, adaptée à l'âge, assez riche en oligo-éléments ...), et les pratiques d'alimentation (allaitement, alimentation complémentaire ...).

Il est important pour ACF de procéder à des recherches ultérieures pour prouver s'il y a un impact réel sur l'incidence du retard de croissance, de la mesurer et de trouver la méthode appropriée selon le contexte.

Même si l'intérêt d'ACF est croissant sur la question du retard de croissance, ACF donne encore la priorité au traitement de la malnutrition aigüe car les enfants sont en danger de mort direct.

RÉFÉRENCES

- 1000 days initiative: <http://www.thousanddays.org/>
- Scaling Up Nutrition (SUN):
 - http://www.unscn.org/en/scaling_up_nutrition_sun/
 - <http://www.scalingupnutrition.org/>
- Literature review June Hirsch - "Stunting and catch up growth - reversibility of stunting" - ACF-France - August 2011
- The World Bank 2006 - Repositioning Nutrition as central to development.
- Lancet 2008 (Series) - Maternal and child undernutrition



LE DOUBLE FARDEAU DE LA MALNUTRITION



© ACF, G. Gaffiot - Burkina Faso

Objectif du document :
Comprendre les relations entre sous-nutrition, obésité et pauvreté.



MESSAGES ESSENTIELS

- ACF ne travaille pas sur la surnutrition mais prend en compte et reste informé sur les problèmes de surnutrition sur chaque mission.
- Il n'est pas rare qu'au sein d'une même famille l'obésité des adultes fasse écho à la sous-nutrition chronique des enfants.
- Les problèmes de santé associés à la surnutrition ou à la consommation excessive de certains aliments ou composants alimentaires représentent une charge de morbidité importante, y compris sous forme de maladies chroniques.
- Pour les équipes qui auront pour objectif la lutte contre la sous-nutrition chronique, la prise en compte des problèmes de surpoids chez les adultes semble indispensable.
- L'obésité est évitable.

QU'EST-CE QUE LE DOUBLE FARDEAU ?

Si les équipes d'ACF connaissent bien le problème de la sous nutrition, tant chronique qu'aigüe les problèmes posés par l'obésité leur sont plus étrangers. Or elles évoluent de plus en plus souvent dans des contextes où la prévalence de cette pathologie augmente d'année en année. Il s'agit en particulier de pays à forte croissance économique mais où les inégalités restent fortes. Là, non seulement le nombre d'enfants obèses atteint des proportions très élevées (42% au Mexique, 22% au Brésil, 22% en Inde⁷⁰) mais il n'est pas rare qu'au sein d'une même famille l'obésité des adultes fasse écho à la sous-nutrition chronique des enfants.

LE PROBLÈME DE L'OBÉSITÉ

LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ (DÉFINITIONS OMS)

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille qui peut être utilisée pour estimer à la fois la sous-nutrition, le surpoids et l'obésité chez l'adulte.

IMC (Kg/m²) = Poids ÷ Taille²

70 - Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Endocr Rev. 2012 Feb;33(1):48-70. Epub 2012 Jan 12.

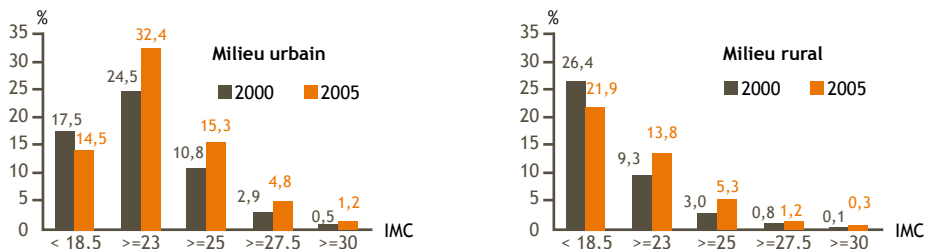


Figure 30 : Évolution de la répartition des indices de masse corporelle des adultes au Vietnam entre 2000 et 2005

L'OMS définit :

- ▶ le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25 ;
- ▶ l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30.

L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Tableau de classification IMC (OMS)

Moins de 16,5	Sous-nutrition
16,5 à 18,5	Maigre
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
Plus de 40	Obésité morbide

LES CONSÉQUENCES

Les problèmes de santé associés à la surnutrition ou à la consommation excessive de certains aliments ou composants alimentaires représentent une charge de morbidité importante, y compris sous forme de maladies chroniques telles que des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux, diabète et cancers. Les maladies chroniques ont causé 35 millions de décès dans le monde en 2005, dont 80% dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

De même, au Bangladesh, Bloem et ses collègues⁷¹ établissent que plus du tiers des femmes du pays souffrent d'une sous-nutrition (IMC<18.5 Kg/m², 39% en zones rurales vs 30% en ville) bien que cette proportion ait été réduite entre 2000 et 2004 d'à peu près 5%. Par ailleurs, respectivement 9 et 4% des femmes urbaines et rurales posaient le problème d'une surcharge pondérale franche (IMC>25). Les femmes dont les revenus sont meilleurs que les autres et qui ont le moins accès à une alimentation variée sont nettement plus à risque de surpoids que les autres. Ainsi les femmes

71 - Trends of under- and overweight among rural and urban poor women indicate the double burden of malnutrition in Bangladesh, Shafique S, Akhter N, Stalkamp G, de Pee S, Panagides D, Bloem MW, Int J Epidemiol, 2007 Apr; 36 (2) 449-57



des campagnes bien éduquées sont 8 fois plus à risque que les femmes sans éducation d'être en surpoids.

Selon les estimations de l'OMS⁷² en 2010, on dénombre 43 millions d'enfants de moins de cinq ans et au moins 300 millions d'adultes cliniquement obèses (IMC>30). Concomitamment, on estime que de l'ordre de 15% des enfants du monde (170 millions) souffrent de sous-nutrition chronique.

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'OBÉSITÉ ET SOUS-NUTRITION CHRONIQUE

Les physiopathologies tant de l'obésité que de la sous-nutrition chronique sont complexes et largement mal connues. On sait que l'obésité est due à la consommation d'une grande quantité d'aliments énergétiques. Souvent, dans les pays en transition économique, où l'urbanisation et la sédentarisation des populations est rapide, l'offre alimentaire est réduite. Les familles qui ont certains moyens doivent se nourrir de nourritures riches en énergie et pauvres en nutriments. Ces carences chroniques expliquent en partie le retard de croissance des enfants. Leur alimentation est relativement monotone et manque des éléments cruciaux à la croissance. Par ailleurs, ce type d'alimentation explique aussi en partie l'obésité parentale. En effet, ne trouvant pas dans des portions normales, l'intégralité des doses journalière recommandées, les adultes sont partiellement contraints à la surconsommation.

LIEN ENTRE OBÉSITÉ ET SOUS-NUTRITION

Pour tenter de mieux comprendre ces phénomènes, nous allons décrire la situation des familles où les parents sont obèses et les enfants atteints de sous-nutrition et ses causes possibles.

Dans une vaste enquête au Bangladesh et en Indonésie (2 pays où nous avons des missions traitant la sous-nutrition aigüe), Kraemer et ses collègues⁷³ décrivent la situation suivante :

- ▶ 11% des familles en Indonésie et 4% de celles du Bangladesh posent ce problème
- ▶ Les mamans ayant souffert de Sous-nutrition chronique sont 2 fois plus à risques d'être obèses tout en ayant un enfant avec un retard de croissance (OR 2.32 ; 2.25 - 2.40)
- ▶ Les familles les plus nombreuses et ayant des dépenses supérieures aux autres ont un risque accru (OR 1.94 ; 1.77 - 2.12)

Pour les équipes qui auront pour objectif la lutte contre la sous-nutrition chronique, la prise en compte des problèmes de surpoids chez les adultes semble indispensable.

72 - <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/facts/en/index7.html> (accessed 7/7/12)

73 - Predictors of maternal and child double burden of malnutrition in rural Indonesia and Bangladesh. Odo V, Rah JH, Sun

• Chiffres

- ▶ À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980.
- ▶ Le surpoids concerne 1,4 milliard de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près 300 millions de femmes sont obèses (estimations de 2008).
- ▶ Le surpoids concerne près de 43 millions d'enfants de moins de cinq ans (estimations de 2010).
- ▶ 65% de la population mondiale habite dans des pays où le surpoids et l'obésité tue plus de gens que l'insuffisance pondérale.

POSITION D'ACF

ACF est identifié en tant que combattant de la malnutrition et la confusion sur les différents types peut se faire dans l'esprit de nos interlocuteurs. Ainsi il est important de :

- ▶ Utiliser la terminologie « sous-nutrition » et non malnutrition pour définir notre champ d'intervention.
- ▶ Prendre en compte et rester informé sur les problèmes de surnutrition sur chaque mission.
- ▶ Expliquer lorsque nécessaire que si notre mandat ne comprend pas la surnutrition, lorsque nous mettons en place des programmes visant la diversification alimentaire, nous luttons aussi contre cet autre fléau.

DO NO HARM :

À ne pas faire → Distribuer des sodas lors d'une formation de mobilisateurs communautaires.





VIH & NUTRITION



Objectif du document :
Connaitre les points clés concernant le VIH dans les programmes de nutrition et les implications pour ACF sur le sujet.



MESSAGES ESSENTIELS

- Une personne séropositive, comme toute autre personne malade, requière plus d'énergie pour combattre l'infection et doit donc bénéficier d'une bonne alimentation.
- La sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles au traitement du VIH. Des données récentes indiquent que les malades qui entament une thérapie antirétrovirale sans nutrition adéquate ont des taux de survie plus faibles.
- Au sein d'un programme VIH, de multiples supplémentations en micronutriments peuvent être appropriées. La nutrition thérapeutique et supplémentaire couvre les bénéficiaires identifiés respectivement comme malnutries sévères et modérés.
- Lorsque la supplémentation nutritionnelle ciblée n'est pas indiquée, des liens peuvent être établis entre les programmes d'ACF et les interventions alimentaires à base communautaire.
- ACF supporte le dépistage VIH et counseling pré/post test comme étant tous les deux des moyens de prévention et comme une voie d'accès aux soins et traitements.
- Dans certains endroits où l'accès aux ARV est limité ou inexistant, un important travail de plaidoyer doit être mis en place.
- Idéalement, le dépistage du VIH doit être offert à tous les enfants et leurs accompagnants qui bénéficient des programmes ACF dans les pays à forte prévalence.
- Etant donné le lien entre VIH, sous-nutrition et tuberculose, un dépistage régulier de la TB chez les enfants et leur accompagnant devrait être mis en place au sein des programmes traitant de la sous-nutrition.

QU'EST-CE QUE LE VIH ?

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Le VIH se transmet par le sang, les sécrétions sexuelles et le lait maternel.

Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection au cours des ans entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution⁷⁴.

74 - http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/index.html

Le VIH est une maladie au même titre que le paludisme. Il est également un facteur aggravant de vulnérabilité parmi la population.

Le VIH a un impact à tous les niveaux de l'individuel à la famille, à la société, au pays, jusqu'au niveau mondial et à tous les âges de la vie.

Il affecte tous les secteurs : santé, agriculture, éducation, économie, et social. ACF ne peut donc pas ignorer cette problématique au sein de ses programmes.

IMPLICATION EN NUTRITION

Une personne séropositive, comme toute autre personne malade, requière plus d'énergie pour combattre l'infection et doit donc bénéficier d'une bonne alimentation. Elle est également plus vulnérable aux infections ce qui implique d'avoir un meilleur accès aux services de santé, à l'eau potable, et à un bon réseau sanitaire.

La personne séropositive, en cas de perte de poids, perd sa capacité physique qui peut entraîner une perte d'emploi. Il est donc essentiel d'apporter un support pour maintenir sa sécurité alimentaire et nutritionnelle. Cela peut affecter progressivement toute la famille et peut conduire à un cercle vicieux : la famille s'appauvrit par une diminution de ses revenus, les coûts importants en santé, et les frais funéraires, etc...

Une personne séropositive a besoin de soutien avec un entourage qui montre de l'empathie et de la solidarité créant ainsi un environnement favorable pour permettre un accès aux services sans stigmatisation et/ou discrimination.

ACF doit prendre en considération ces aspects dans l'ébauche et la mise en place de ses programmes auprès des populations dans les zones géographique où la prévalence devient élevée.

QUELQUES CHIFFRES/FAITS⁷⁵...

- ▶ Depuis le début de l'épidémie, près de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 25 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH.
- ▶ La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, réunissant les ministres de la Santé de 192 pays, a adopté une résolution en mai 2006 (59.11) qui **demande aux pays d'inclure la nutrition en tant que partie intégrante de la riposte générale au VIH, en identifiant les interventions alimentaires qui peuvent/doivent être immédiatement intégrées aux programmes VIH⁷⁶.**

75 - ONUSIDA - Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2009 et Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida - 2010.

76 - L'Assemblée de la Santé a également prié l'OMS d'élaborer un plan sur cinq ans pour contribuer à atteindre l'accès universel au traitement du VIH/sida d'ici à 2010. Voir WHA59.11 Nutrition et VIH/sida



- ▶ La sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles au traitement du VIH. Des données récentes indiquent que les malades qui entament une thérapie antirétrovirale sans nutrition adéquate ont des taux de survie plus faibles⁷⁷.
- ▶ La thérapie antirétrovirale elle-même peut accroître l'appétit et il est possible de réduire certains effets secondaires et de favoriser le respect des traitements lorsque certains médicaments sont absorbés avec les repas⁷⁸.
- ▶ Dans des conditions idéales, la fourniture d'une prophylaxie antirétrovirale et d'une alimentation de substitution permet de ramener la transmission mère/enfant de son niveau estimé de 30% à 35% sans aucune intervention, à une fourchette allant environ de 1% à 2%.
- ▶ L'élargissement de l'accès au traitement a permis de faire reculer de 19% le nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH entre 2004 et 2009. Cependant, 10 millions de personnes vivant avec le VIH qui remplissent les conditions requises pour recevoir un traitement selon les directives de l'OMS n'en bénéficient toujours pas.
- ▶ Sur les 15 millions (estimation) de personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont aujourd'hui besoin d'un traitement, seulement 5,2 millions y ont accès.
- ▶ L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée et abrite 67% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 91% du total des nouvelles infections parmi les enfants.
- ▶ Aujourd'hui, la grande majorité des pays (89%) font une place explicite aux droits de l'homme dans leur stratégie nationale de lutte contre le sida, et 92% des pays déclarent disposer de programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
- ▶ Le bénéfice du traitement ARV est plus faible chez les malnutris comparés à ceux qui ne sont pas malnutris (Zachariah R. et al, 2006) :
 - Mortalité 3 fois supérieure chez les patients avec malnutrition modérée,
 - Mortalité 6 fois supérieure chez les patients avec malnutrition sévère.

77 - Paton NI *et al.* (2006), op. cit. 4 : cette étude réalisée à Singapour conclut que les patients qui commencent une thérapie antirétrovirale sans une nutrition adéquate ont une probabilité six fois plus élevée de mourir. D'autres argumentent qu'il n'existe pas encore suffisamment de données pour en tirer des résultats concluants - voir : Friis (2006), op. cit. 5 ; Drain P *et al.* (2007). Micronutrients in HIV-positive persons receiving highly active antiretroviral therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85:333-345.

78 - Seume-Fosso *et al.* (2004), op. cit. 9 ; Banque mondiale (2007), op. cit. 9.

VIH & NUTRITION

Une bonne alimentation permet à une personne souffrant du VIH de préserver sa santé et sa qualité de vie. L'infection par le VIH détruit le système immunitaire, ce qui entraîne d'autres infections, de la fièvre et de la diarrhée. Ces infections peuvent diminuer l'apport alimentaire en affectant l'appétit et en réduisant la capacité de l'organisme à absorber des nutriments. Il en résulte que la personne finit par souffrir de sous-nutrition en perdant du poids et donc s'affaiblit.

À son stade déclaré, un des signes cliniques du SIDA peut être une perte de poids d'environ 6 à 7 kg pour un adulte moyen. Si une personne présente déjà une insuffisance pondérale, une perte de poids supplémentaire peut avoir de sérieuses conséquences. Un régime sain et équilibré, un traitement précoce de l'infection et un rétablissement nutritionnel approprié après l'infection, peuvent réduire cette perte de poids et diminuer l'impact d'une éventuelle infection future⁷⁹.

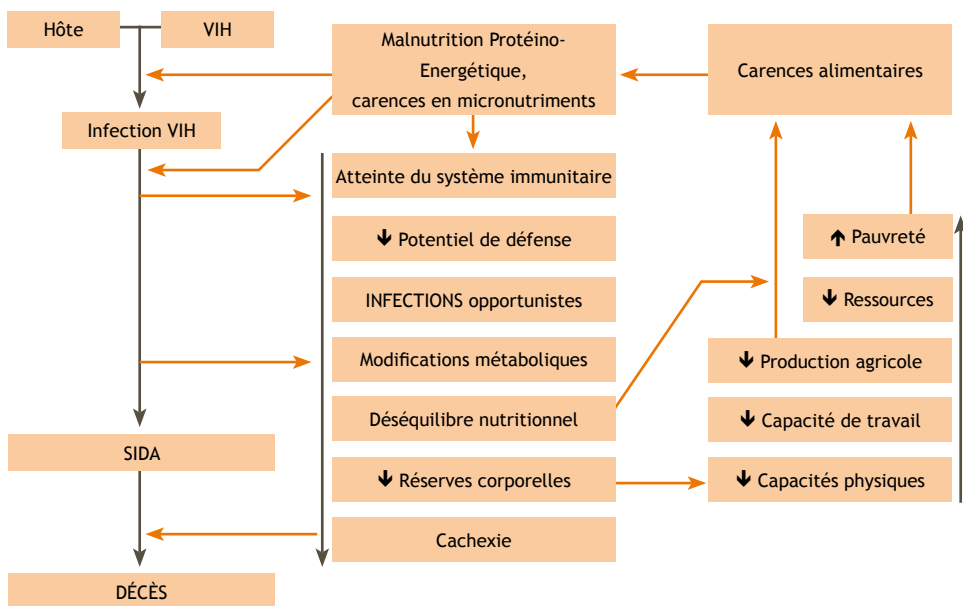


Figure 31 : Interactions malnutrition-infection VIH (d'après Chevalier, FAO-IRD, 2003)

79 - Extrait de : Vivre au mieux avec le VIH/SIDA - Un manuel sur les soins et le soutien nutritionnels à l'usage des personnes vivant avec le VIH/SIDA - FAO 2003.



INTÉGRATION DU VIH DANS LES ACTIVITÉS HABITUELLES D'ACF

Les programmes intégrés VIH ne ciblent pas uniquement les personnes vivant avec le VIH. Des campagnes de sensibilisation pour les jeunes, des programmes de traitements médicaux pour les thérapies d'antirétroviraux et les infections opportunistes, etc...

- **L'intégration VIH signifie que l'on adapte ce que l'on met en œuvre aux besoins des personnes vivant avec le VIH.**

Par exemple:

1. Une latrine doit être pourvue d'un siège et de poignées pour les personnes faibles ainsi elles peuvent s'asseoir.
2. La distribution de nourriture dans un camp de réfugiés nécessite d'apporter plus d'énergie par personne si la prévalence de VIH est élevée dans cette population (et davantage si ils n'ont pas d'accès au traitement).
3. Tout enfant malnutri aigu sévèrement ayant une suspicion de VIH ou confirmé séropositif doit recevoir du cotrimoxazole en prophylaxie en addition du traitement systématique par amoxicilline dans les centres nutritionnels thérapeutiques.

- **Différentes politiques d'ACF ont été développées en relation avec le VIH :**

- ▶ ACF - HIV Mainstreaming into programme Policy 2008
- ▶ ACF - HIV technical policy 2007
- ▶ ACF-France Human Resources - HIV at the Workplace policy - draft 2007
- ▶ ACF PEP policy 2005

PROGRAMMES VIH AVEC UN VOLET NUTRITIONNEL

La nutrition devrait être intégrée dans les programmes VIH au travers des interventions suivantes :

- **Education à la nutrition et counseling**

L'éducation à la nutrition et le counseling visent à délivrer des messages basiques de santé et en nutrition, promouvant un environnement positif et l'assouvissement des besoins nutritionnels spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH. Des outils et méthodes simples peuvent être utilisés tels que des posters mettant en avant les aliments disponibles dans le pays, des démonstrations culinaires. Des outils plus élaborés tels que des guides spécifiques au pays sur la nutrition des personnes vivant avec le VIH seront aussi proposés.

- **Dépistage anthropométriques de routine**

Des études ont montré une relation entre un faible indice de masse corporelle et une

augmentation du risque de mortalité. Le dépistage anthropométrique de routine implique un suivi régulier du statut nutritionnel des personnes vivant avec le VIH incluant la mesure du poids, la taille et le périmètre brachial. Cela peut être mis en place dans les centres Anti Rétroviraux Thérapie (ART) et s'adresser aux enfants, adolescents et adultes. Chez les adolescents et adultes, l'indice de masse corporelle est habituellement l'indice préféré. Un monitoring régulier permet de détecter tous les changements de poids.

Exemples de nutrition supplémentaire ciblée :

- ▶ Supplémentation en micronutriments
- ▶ Nutrition thérapeutique ou supplémentaire pour la sous-nutrition aigüe (adultes et enfants)
- ▶ Rations alimentaires pour gérer une perte de poids modérée et les effets secondaires en relation avec la nutrition ou promouvoir la nutrition des mères.

Au sein d'un programme VIH, de multiples supplémentations en micronutriments peuvent être appropriées. La nutrition thérapeutique et supplémentaire couvre les bénéficiaires identifiés respectivement comme malnutries sévères et modérés. **Le traitement doit être en ligne avec les guides approuvés localement ou internationalement et peuvent être institutionnel ou à base communautaire.** Quelques évidences suggèrent que les interventions nutritionnelles sont plus efficaces aux stades précoces. La ration alimentaire pour atteindre les recommandations de l'OMS sur l'augmentation des besoins énergétiques peut être donnée aux groupes les plus vulnérables tels que ceux qui ont une perte modérée de poids, ceux qui ont des effets indésirables sous antirétroviraux, ou les femmes durant la grossesse ou l'allaitement. Les enfants nés de mère séropositive doivent être considérés dans ce groupe (support pendant la période de sevrage qui est le moment le plus approprié selon les plus récents consensus de l'OMS sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.)

• Liens avec les interventions à base alimentaire

Lorsque la supplémentation nutritionnelle ciblée n'est pas indiquée, des liens peuvent être établis entre les programmes d'ACF et les interventions alimentaires à base communautaire, comme par exemple les distributions alimentaires, (ou de coupons alimentaires ou de Cash) destinées aux groupes vulnérables dans les zone d'insécurité alimentaire. Des programmes de soins à domicile avec un volet nutrition, programmes de nutrition communautaire et jardins, des programmes d'activités génératrices de revenu pourront être proposés. Ces programmes peuvent être mise en place par ACF ou d'autres organisations partenaires.

• Support et plaidoyer pour les programmes et politiques gouvernementales

ACF devrait plaider pour et participer à l'intégration de la nutrition au sein des politiques gouvernementales. Par exemple, les protocoles nationaux concernant le dépistage VIH et



counseling pré/post test, antirétroviraux, et le cotrimoxazole doivent inclure un volet nutrition et doivent faciliter l'accès pour les enfants et leurs accompagnants des structures pédiatriques aux centres thérapeutiques nutritionnels par exemple. Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant doivent inclure un volet nutritionnel important et doivent être en ligne avec les recommandations internationales.

"LE PAQUET MINIMUM VIH & NUTRITION À ACF"

On peut considérer sous deux angles le VIH et la nutrition :

- ▶ l'intégration du VIH dans les programmes de nutrition,
- ▶ l'intégration de la nutrition dans les programmes VIH.

Pour ACF, la priorité est l'intégration de la problématique VIH dans les programmes nutritionnels. Cependant sachant que le mandat d'ACF est de prévenir et de traiter la sous-nutrition selon le cadre causal, les programmes VIH au travers de la nutrition peuvent être proposés.

Intégration de la nutrition au sein des programmes VIH	Intégration du VIH au sein des programmes nutritionnels
▶ Le counseling nutritionnel sur l'importance d'un bon statut nutritionnel dans le VIH ▶ Dépistage nutritionnel de routine pour les patients du VIH ▶ Supplémentations nutritionnelles ciblées • Supplémentation en micronutriments • Nutrition thérapeutique et supplémentaire • Distribution alimentaire générale pour la prévention ▶ Assurer l'intégration des services avec la sécurité alimentaire et moyens de subsistance par exemple.	▶ Cartographie des services existants liés au VIH : le dépistage VIH et counseling pré/post test, cliniques traitant les maladies opportunistes, antirétroviraux, cotrimoxazole, programmes de prévention de la transmission mère-enfant, hépatites B & C, groupes de supports,... et mise en place d'un système de référencement ▶ Le dépistage VIH et counseling pré/post test de routine à l'admission ▶ Dépistage de la tuberculose à l'admission ▶ Sensibilisation à la prévention du VIH au travers de toutes les activités d'ACF ▶ Assurer l'intégration des services avec la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance par exemple ▶ Assurer des liens avec la communauté

Figure 32: le paquet minimum VIH & nutrition

L'INTÉGRATION DU VIH DANS LES PROGRAMMES DE NUTRITION

• Le counseling sur le VIH et le test de routine (enfant et accompagnants)

ACF supporte le dépistage VIH et counseling pré/post test comme étant tous les deux des moyens de prévention et comme une voie d'accès aux soins et traitements. Beaucoup de personnes ont mis en doute la pertinence du dépistage VIH et counseling pré/post test dans les zones où les antirétroviraux n'étaient pas accessibles. Le fond global contre le VIH, Tuberculose et malaria et UNITAID mais aussi PEPFAR ou la fondation Clinton, travaillent sur l'augmentation de l'accès aux antirétroviraux. Dans certains endroits où l'accès est limité ou absent, un important travail de plaidoyer doit être mis en place. Il est cependant toujours bénéfique de faire le dépistage VIH et counseling pré/post test. En déterminant le statut VIH de la personne, on peut prévenir une nouvelle transmission et assurer l'accès précoce au traitement (l'accès aux thérapies préventives (cotrimoxazole) ou à la prophylaxie, ou aux traitements des infections opportunistes est augmenté).

Idéalement, le dépistage du VIH doit être offert à tous les enfants et leurs accompagnants qui bénéficient des programmes ACF dans les pays à forte prévalence. Pour certains enfants, le centre nutritionnel est l'unique point d'entrée dans les services de dépistage VIH et counseling pré/post test, auxquels ils n'avaient pas eu accès auparavant. Le dépistage devrait être offert de façon routinière pour tous les accompagnants. Le dépistage peut être une porte d'entrée dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfants, des traitements des maladies opportunistes (si le traitement n'a pas été donné dans les centres nutritionnels) pour la mère et l'enfant exposé et les programmes de prévention.

Dans les zones, où ACF n'a pas la capacité de mettre en place le dépistage VIH et counseling pré/post test, des partenariats peuvent être constitués avec des acteurs en santé et des communautés ayant pour initiative le dépistage VIH et counseling pré/post test. Cependant la qualité de ces services doit être assurée.

Dans le cas où le dépistage du VIH peut porter préjudice au bénéficiaire (par exemple dans les zones où les violences envers les femmes sont courantes) les risques induits par le dépistage doivent être évalués avant la mise en place de ce dernier.

Le dépistage VIH et counseling pré/post test peuvent être intégrés dans de nombreuses zones d'intervention d'ACF, par exemple dans les centres nutritionnels thérapeutiques et supplémentaires en intervention directe autant qu'en intégration avec le ministère de la santé et dans les centres de suivi de croissance.

• Dépistage de la tuberculose faite à l'admission (enfant et accompagnants)

Etant donné le lien entre VIH, sous-nutrition et tuberculose (TB), un dépistage régulier de la TB chez les enfants et leurs accompagnants devrait être mis en place au sein des programmes traitant de la sous-nutrition. Le dépistage de la tuberculose devrait respecter les protocoles



nationaux ou des guidelines internationaux. Un score de risque de tuberculose sera privilégié pour des enfants en utilisant un simple questionnaire.

• Prévention du VIH, Séropositivité et nutrition / éducation au VIH donnée à tous, incluant de forts messages sur l'allaitement maternel

Les programmes en Nutrition donnent l'opportunité de prévenir le VIH. Des sessions d'éducation sur le VIH peuvent être données. Cela peut être de simples messages de prévention ou par extension des messages de bonnes conditions de vie. (cf. chapitre sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 101)

• Support et plaidoyer aux programmes et politiques gouvernementales

ACF doit plaider pour et participer à l'intégration de la nutrition au sein des politiques gouvernementales. En addition, des guides nationaux pour le traitement de la sous-nutrition aigüe sévère devraient inclure une section sur la gestion des enfants malnutris séropositifs.

INTERVENTION	OUTILS exemples non-exhaustif
Counseling et éducation nutritionnelle	Uganda nutrition counseling tools FAO handbook "Living well with HIV" Positive living book <i>Use locally available material</i>
Dépistage anthropométrique de routine	ACF Guidelines treatment of severe malnutrition ACF Training presentations (CICLO 1/PAD)
Supplémentation nutritionnelle ciblée :	ACF Guidelines for treatment of severe malnutrition
Nutrition thérapeutique et supplémentaire pour la malnutrition aigüe (adultes et enfants)	ACF Adult malnutrition guidelines
Ration alimentaire pour gérer la perte de poids modérée et les effets secondaires liés à la nutrition ou la promotion de la nutrition maternelle	WHO recommendations on energy requirements for people living with HIV WHO guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV infected children (6 months - 14 years) 2009 WHO & FAO training course on Nutritional Care and support for PLHIV 2009

Liens avec les interventions basées sur l'alimentation	FANTA training guidelines, ACF training guidelines; USAID/AED/WFP/FANTA Guidelines 'food assistance programming in the context of HIV' FANTA consultation document- ' Nutrition Care and Support for People Living with HIV in eastern and southern Africa: Progress, experience and lessons
Dépistage VIH et counseling pré/post test de routine	ACF HCT policy
Dépistage de la tuberculose fait à l'admission	ACF, TB malnutrition and HIV document
Prévention du VIH, environnement positif et éducation nutrition/ VIH donnée à tous incluant de forts messages sur l'allaitement maternel	Positive living manual ACF Health education kit Malawi UNICEF Infant Feeding guidelines <i>Use locally available material</i>
Etablir un solide système de référencement pour: la prévention de la transmission mère-enfant, services pour antirétroviraux pédiatriques et adultes, prophylaxie par cotrimoxazole, traitement de la tuberculose, hépatite B & C, programmes nutritionnels à base communautaire	ACF Malawi HIV and hunger report ACF Malawi example of register for referrals WHO PMTCT Guidelines CTX Policy
Comité de support des travailleurs pour le suivi au sein du système de référence	CORE guidelines for community participatory approach
Support et plaidoyer pour les programmes et politiques gouvernementales	FANTA training guidelines, ACF training guidelines; USAID/AED/WFP/FANTA Guidelines: Food Assistance Programming in the Context of HIV FANTA consultation document: Nutrition Care and Support for People Living with HIV in eastern and southern Africa: Progress, experience and lessons

Figure 33 : Outils pour la mise en place du minimum Package VIH en intégration



RECHERCHES ACF SUR LE VIH & SOUS-NUTRITION AU MALAWI

De 2004 à 2008, ACF-Espagne au Malawi a réalisé plusieurs projets de recherche en relation avec les programmes de nutrition conduits avec le Ministère de la Santé.

Ces projets de recherche ont montré que :

- ▶ la prévalence du VIH parmi les enfants malnutris aigus sévères était plutôt élevée dans les unités nutritionnelles au Malawi durant une certaine saison
- ▶ les traitements nutritionnels existants utilisant les laits thérapeutiques et les ATPE étaient efficaces pour guérir les enfants malnutris aigus sévères séropositifs bien que la durée de séjour soit plus longue en raison des complications médicales.
- ▶ ces enfants souffraient de discrimination et de stigmatisation dans les unités nutritionnelles.

Différents documents ont été produits au vu de ces expériences :

- ▶ ACF SAM research summary report 2007 (detailing findings in a technical report)
- ▶ Hunger & HIV research report Malawi 2007 - the version of the above document but simplified for wide audience - published by ACF UK Hunger Watch team
- ▶ AAH Stigma Study report - 2006 - technical report of a qualitative study of stigma & discrimination in nutritional units in hospital settings in Malawi
- ▶ PhD thesis report 2009 of Pamela Fergusson on HIV & SAM in Malawi - Pamela used to be the Scientific Researcher associated to ACF Malawi programmes

Des articles scientifiques basés sur ces études ont été publiés :

- ▶ Thurstans & Al - BMC paediatrics - 2008: HIV prevalence among SAM children in Nut Rehab Units Malawi
- ▶ Chinkhumba & Al - Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene - 2008 - HIV impact on mortality in SAM children treated in NRU in Malawi
- ▶ Fergusson & Al - Arch. Dis. Child. - 2009 - Nutritional recovery of HIV positive and HIV negative SAM children
- ▶ Fergusson & Al - Maternal & Child Nutrition - 2009 - Quality of Care in NRU in HIV endemic Malawi: caregiver perspectives
- ▶ Fergusson P, Tomkins A. - Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene - 2009 - Systematic review HIV prevalence in SAM children in sub Saharan Africa.

ACF MISSIONS – PRÉVALENCE VIH PAR PAYS

COUNTRY	PRÉVALENCE 15-49 ANS (UNAIDS 2009)	TRÈS ÉLEVÉE / ÉLEVÉE / MEDIUM / BASSE*
Afghanistan	> 0.5%	Basse
Argentine	0.5% [0.3% - 0.6%]	Basse
Arménie	0.1% [0.1% - 0.1%]	Basse
Azerbaïdjan	0.1% [<0.1% - 0.1%]	Basse
Bangladesh	<0.1% [<0.1% - <0.1%]	Basse
Bolivie	0.2% [0.1% - 0.3%]	Basse
Burkina Faso	1.2% [1% - 1.5%]	Medium
République Centrafricaine	4.7% [4.2% - 5.2%]	Medium
Colombie	0.5% [0.4% - 0.7%]	Basse
République Démocratique du Congo	[1.2% - 1.6%]	Medium
Ethiopie	2.3% [1.4% - 2.8%]	Medium
Géorgie	0.1% [0.1% - 0.2%]	Basse
Guatemala	0.8% [0.6% - 1%]	Basse
Guinée	1.3% [1.1% - 1.6%]	Medium
Haïti	1.9% [1.7% - 2.2%]	Medium
Inde	0.3% [0.3% - 0.4%]	Basse
Indonésie	0.2% [0.1% - 0.3%]	Basse
Côte d'Ivoire	3.4% [3.1% - 3.9%]	Medium
Kenya	6.3% [5.8% - 6.5%]	Élevée
Laos	0.2% [0.2% - 0.4%]	Basse
Liban	0.1% [0.1% - 0.2%]	Basse
Liberia	1.5% [1.3% - 1.8%]	Medium
Madagascar	0.2% [0.2% - 0.3%]	Basse
Mali	1% [0.8% - 1.3%]	Medium
Mauritanie	0.7% [0.6% - 0.9%]	Basse
Mongolie	<0.1% [<0.1% - <0.1%]	Basse
Myanmar	0.6% [0.5% - 0.7%]	Basse
Népal	0.4% [0.3% - 0.5%]	Basse
Nicaragua	0.2% [0.1% - 0.3%]	Basse
Niger	0.8% [0.8% - 0.9%]	Basse
Ouganda	6.5% [5.9% - 6.9%]	Élevée



Pakistan	0.1% [0.1% - 0.1%]	Basse
Paraguay	0.3% [0.2% - 0.4%]	Basse
Pérou	0.4% [0.3% - 0.5%]	Basse
Philippines	<0.1% [<0.1% - <0.1%]	Basse
Sierra Leone	1.6% [1.4% - 2.1%]	Medium
Somalie	0.7% [0.5% - 1%]	Basse
Soudan	1.1% [0.9% - 1.4%]	Medium
Swaziland	25.9% [24.9% - 27%]	Très Elevée
Tanzanie	5.6% [5.3% - 6.1%]	Elevée
Tchad	3.4% [2.8% - 5.1%]	Medium
Yémen	0.14 - 0.2%	Basse
Zambie	13.5% [12.8% - 14.1%]	Elevée
Zimbabwe	14.3% [13.4% - 15.4%]	Très Elevée

* WHO cut-offs: <0.1-0.9% = Basse ; 1.0 - 4.9% = medium ; 5 - 14.9% = Elevée ; >=15% = Très Elevée

Source : Site internet ONUSIDA accédé le 29 Décembre 2011

RÉFÉRENCES

- ONUSIDA : VIH, sécurité alimentaire et nutrition - MAI 2008: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1565_policy_brief_nutrition_long_fr.pdf



LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ



© Emmanuel Simiand, RCA

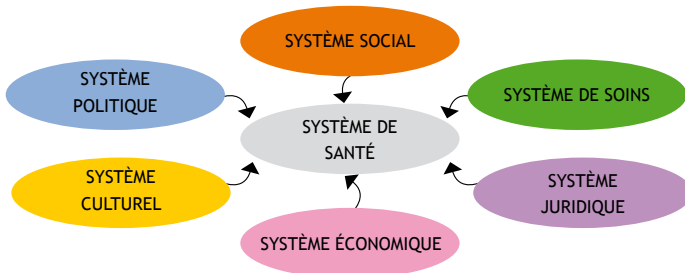
Objectif du document :
Connaitre les points clés concernant le renforcement des systèmes de santé et la position d'ACF sur le sujet.

MESSAGES ESSENTIELS

- ACF fait partie intégrante du système de santé dès lors que l'association participe à la délivrance de service fournissant des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé.
- **Les 6 piliers du système de santé** sont : Prestation des services, Médicaments et vaccins, Personnels de santé, Financement des systèmes de santé, Système d'information sanitaire, Direction et gouvernance.
- **Le développement de l'approche renforcement des systèmes de santé (RSS)** est une condition absolue au maintien et à la pertinence/ qualité de nos activités de promotion de l'accès au traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère. Nous ne pouvons plus envisager nos interventions de manière verticale, il faut construire un socle solide dans le système de soins de santé primaire pour développer l'accès au traitement de la MAS.
- Les équipes techniques d'ACF doivent systématiser les étapes suivantes dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant le renforcement de l'accès au traitement de la MAS :
 - Analyse initiale et systémique du système de santé au niveau national/ régional et de district par pilier de santé (cartographie des acteurs).
 - Sur la base de l'analyse, les équipes d'ACF doivent développer conjointement avec les acteurs présents et en mettant le ministère de la santé au cœur de la réflexion, des stratégies de renforcement visant chaque pilier.

QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME DE SANTÉ ?

Le système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Il se conçoit comme un système organisé d'actions, dont la finalité est d'améliorer la santé de la population. Dans une vision large de santé publique, le système de santé, dont va dépendre l'état de santé d'un pays, est composé de différents « sous-systèmes » : économique, social, culturel, politique, juridique, système de soins...



DÉFINITION DU SYSTÈME DE SANTÉ (AU SENS RESTRICTIF)

Dans la **définition large** qui est donnée du système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes, qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population. Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Cependant, **le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins.** Pour l'OMS, le système de santé correspond à la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. **Lorsque l'on parle du renforcement du système de santé au sein d'ACF et dans les forums internationaux on considère son sens restrictif, c'est-à-dire le système de soins.**

COMPOSITION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative.

ACF fait partie intégrante du système de santé dès lors que l'association participe à la délivrance de service fournissant des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé.

MISSIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé doit être capable :

- 1) d'identifier les besoins de santé de la population,
- 2) de choisir des priorités d'actions,
- 3) de mettre en oeuvre une politique de santé adaptée aux besoins : distribution de soins préventifs et curatifs individuels et collectifs, programmes d'actions de santé, programmes de recherche...

LES 4 VALEURS ESSENTIELLES D'UN SYSTÈME DE SANTÉ

L'OMS propose 4 valeurs essentielles, susceptibles de guider l'élaboration et l'évaluation des systèmes de santé.

- **La qualité** : aptitude du système à fournir des réponses satisfaisantes aux besoins de santé d'une personne. La qualité des soins peut être examinée sous l'angle des utilisateurs du système (qui attendent qu'on réponde à leurs besoins avec humanisme, respect et attention personnelle, en leur proposant une gamme complète de services) et sous l'angle des professionnels de santé (soins conformes aux référentiels de bonne pratique et aux données actuelles de la science).



- ▶ **L'équité** : capacité du système à permettre que toute personne de la population ait un accès garanti à un ensemble minimal de services appropriés, répondant à ses besoins, sans discrimination de race, sexe, âge, groupe ethnique ou religieux, niveau socio-économique...
- ▶ **La pertinence** : aptitude du système à agir prioritairement sur les besoins ou problèmes de santé reconnus comme étant les plus importants (problèmes prioritaires), et à cibler les services sur les personnes ou les groupes qui en ont le plus besoin.
- ▶ **L'efficacité** : capacité du système à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. Elle implique de connaître le coût des différentes prestations et leur efficacité respective et de prendre en compte ces données dans la politique de santé.

LES 6 PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ⁸⁰

Les systèmes de santé s'articulent autour de six activités essentielles définies dans le Cadre d'action de l'OMS pour renforcer les systèmes de santé.

- ▶ **Prestation des services (service delivery)**

Pour être efficaces, les systèmes de santé doivent offrir, au bon moment et au bon endroit, à ceux qui en ont besoin des prestations de qualité, en évitant de gaspiller les ressources.

- ▶ **Médicaments et vaccins (Medical products, vaccines and technologies)**

Un système de santé doit garantir un accès équitable aux médicaments essentiels, vaccins et à des technologies de qualité pour un coût raisonnable.

- ▶ **Personnels de santé (health workforce)**

Les personnels de santé doivent répondre aux besoins et agir de façon juste pour atteindre les meilleurs résultats possibles dans les circonstances où ils se trouvent. Les effectifs doivent être suffisants et répartis justement.

- ▶ **Financement des systèmes de santé (health systems financing)**

L'objectif est d'avoir suffisamment de moyens pour que la population accède aux services nécessaires et soit protégée du risque d'appauvrissement lié au paiement des services de santé.

- ▶ **Système d'information sanitaire (health information system)**

Ce système doit assurer la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables sur les déterminants de la santé, le fonctionnement du système de santé et l'état de santé de la population.

- ▶ **Direction et gouvernance (leadership and governance)**

Un système de santé suppose l'existence de cadres stratégiques, de réglementations, un encadrement efficace, et une attention particulière à la conception des systèmes et à la transparence.

80 - OMS : <http://www.who.int/healthsystems/topics/fr/index.html>

CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'OMS POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

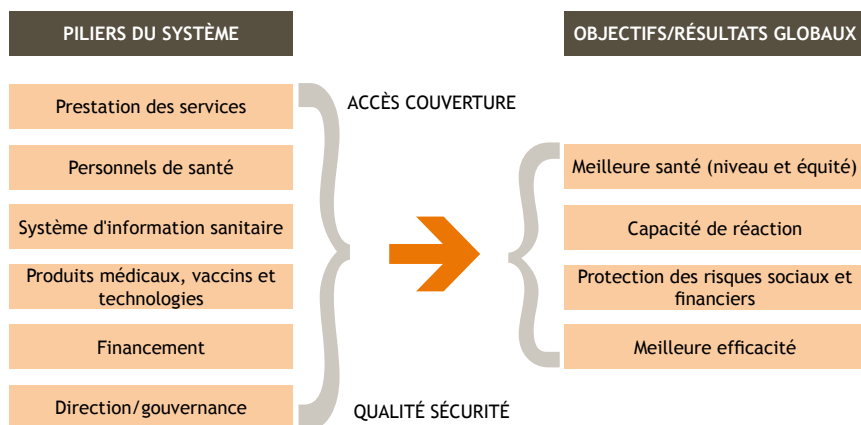


Figure 34 : Source : *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (RSS)

PROBLÉMATIQUE

Dans de nombreux pays en développement, le mauvais état des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins essentiels. Toutefois, les pays pauvres ne sont pas les seuls à connaître des problèmes liés à leur système de santé. Dans certains pays riches, une part importante de la population n'a pas accès aux soins car les systèmes de protection sociale ne sont pas équitables. Dans d'autres pays, on assiste à une escalade des dépenses en raison d'une utilisation inefficace des ressources. Il est communément admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent.

L'efficacité des interventions proposées en santé dépend donc du bon fonctionnement du système de santé, des politiques du pays, de l'économie, des pratiques locales. Les interventions essentielles recommandées par les partenaires de la santé maternelle et infantile, lorsque



délivrées de manière intégrée, ont montré leur efficacité dans différents contextes. Par exemple, une revue systématique de l'ensemble des interventions communautaires pour la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle et l'amélioration subséquente des résultats néonataux montre que l'ensemble des services délivrés au niveau de la communauté peut réduire la mortalité des nouveau-nés de manière significative.

De plus en plus d'États Membres de l'OMS, de dirigeants politiques du monde entier et de responsables de la santé au niveau international admettent qu'il faut s'engager d'urgence, fermement et durablement à renforcer les systèmes de santé. Ce regain d'intérêt politique offre l'occasion d'apporter les améliorations durables nécessaires dans la lutte contre les maladies (comme la sous-nutrition aigüe sévère) et au niveau des programmes sanitaires et permet de consentir davantage d'efforts en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Au cours des dernières années plusieurs pays en développement ont engagé d'avantage de ressources et d'interventions en faveur du renforcement des systèmes de santé, tandis **que nombre de concepts et d'approches sont en concurrence et qu'aucun consensus** ne s'est fait sur une formule permettant ce renforcement. En conséquence, pour de nombreux décideurs et administrateurs de systèmes de santé du monde en développement l'amélioration des systèmes de santé est devenue un exercice d'équilibrisme. Ils doivent mettre en balance le besoin de programmes axés sur une maladie donnée avec ceux qui portent sur le système de santé dans son ensemble; les priorités nationales avec les initiatives mondiales; et les directives de politique générale avec les réalités de "l'homme de la rue". La mise en avant des principes d'équité, de la couverture universelle et des approches centrées sur l'être humain ne font que rendre la tâche plus complexe⁸¹.

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE⁸²

La pensée systémique exige - et engendre - une compréhension approfondie du comportement des systèmes. Si un système change tout le temps, si ses éléments constitutifs réagissent et interagissent sans cesse de manière souvent paradoxale, **comment comprendre la façon dont une intervention est susceptible de l'affecter ?** La pensée systémique s'emploie à décoder la complexité des systèmes de santé avant de se servir des connaissances ainsi acquises pour mettre au point et évaluer les interventions qui améliorent le plus possible la santé et l'équité en santé.

La pensée systémique est un outil puissant pour guider les investissements en faveur des systèmes de santé. Utilisée depuis longtemps dans d'autres disciplines, elle s'emploie à révéler les caractéristiques et relations sous-jacentes des systèmes. Il s'agit d'un outil qui permet aux principaux acteurs - des décideurs nationaux à ceux qui mettent les politiques en œuvre au niveau

81 - System thinking : <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html>

82 - System thinking : <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html>

de “l’homme de la rue” - d’analyser et de mesurer leur système de santé, de localiser quelques-uns des principaux blocages et problèmes, ainsi que de mettre au point des interventions solides, complémentaires et adaptées au système qui permettent de s’attaquer à ces faiblesses.

IMPLICATION D'ACF

L'Analyse systémique consiste donc à considérer un système de manière holistique et dynamique. Il s'agit ici, pour le cas du système de santé de croiser les 6 piliers avec les intervenants déjà actifs dans chacun des domaines couverts par le système de santé (qu'ils soient étatiques, privés ou issus de la société civile)

Il s'agit aussi de prévoir et comprendre la manière dont l'intervention proposée est susceptible d'influencer positivement ou négativement le système et ainsi de limiter les effets négatifs.

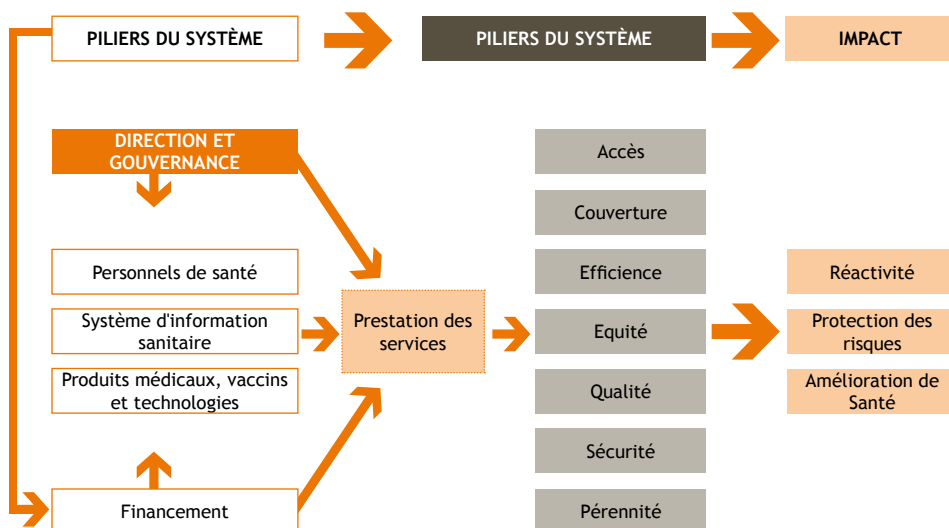
Enfin, plus les composantes du système et les acteurs concernés auront la possibilité de dialoguer à l'intérieur d'un cadre commun, en œuvrant ensemble à la résolution des problèmes, plus les interventions auront de chances d'aboutir et seront efficaces = cela maximise le potentiel d'impact.



CADRE D'ACTION DE L'OMS POUR LE RENFORCEMENT DU SS :

Un but clé du cadre d'action est de promouvoir une compréhension commune de ce qu'un système de santé est et ce qui constitue le renforcement de systèmes de santé. (Site en français, mais le rapport est en anglais uniquement, <http://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/index.html>) Bien comprendre les différents piliers et leurs interactions nous permet de renforcer le système de santé.

INTERACTIONS DES PILIERS



EXEMPLE D'INITIATIVES RÉCENTES EN MATIÈRE DE RSS

Health System 20/20⁸³ / Système de santé 20/20

Health System 20/20 est le projet phare de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé à travers le monde. En aidant les pays à améliorer leur financement de la santé, la gouvernance, les opérations et les capacités institutionnelles, système de santé 20/20 permet d'éliminer les obstacles à la livraison et l'utilisation des soins de santé prioritaires, telles que le VIH/sida, traitement de la tuberculose et la santé maternelle et infantile.

Health System 20/20 fournit une assistance technique dans les domaines suivants afin de renforcer les systèmes de santé :

- ▶ Renforcement des capacités organisationnelles
- ▶ Protection des risques financiers & Assurance santé
- ▶ Gouvernance
- ▶ Ressources humaines pour la santé
- ▶ Mesure et surveillance de la santé, la performance des systèmes
- ▶ Suivi des ressources & Comptes nationaux de la santé
- ▶ Incitation basée sur la performance
- ▶ Calcul des coûts et planification de la durabilité

83 - <http://www.healthsystems2020.org/>

Le projet prend une vision globale de renforcement des capacités dans les domaines essentiels du développement organisationnel, la mobilisation des ressources, l'assistance technique et la formation, la gouvernance organisationnelle, les systèmes de gestion, et l'expertise technique. Health System 20/20 utilise une approche fondée sur l'évaluation afin d'identifier les besoins prioritaires, concevoir un plan de renforcement des capacités en fonction de ces besoins, et de surveiller la mise en œuvre du plan en permanence.

ACF ET LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (RSS)

La mise à l'échelle (Scaling up) de l'accès au traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère est l'objectif qu'ACF s'est fixé dans le cadre de sa stratégie internationale 2015 (pilier I). Pour atteindre cet objectif dans des contextes où le ministère de la santé est le premier garant de cet accès, ACF depuis des années met en place des interventions de support au système de santé. Il est à noter qu'auparavant ACF connaissait mal le système de santé et en avait donc une mauvaise compréhension. Avec un travail d'approfondissement de connaissance du système de santé, il est aujourd'hui plus évident pour ACF d'intervenir sur le renforcement de ce dernier sans risquer de le fragiliser.

Le développement de l'approche **renforcement des systèmes de santé (RSS)** est une condition absolue au maintien de nos activités de promotion de l'accès au traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère. Nous ne pouvons plus envisager nos interventions de manière verticale, **il faut construire un socle solide dans le système de soins de santé primaire pour développer l'accès au traitement de la MAS.**

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire ACF renforce les capacités techniques et organisationnelles des professionnels de santé afin de leur permettre d'inclure le traitement de la MAS dans le paquet minimum de santé. ACF intervient aujourd'hui sur chacun des piliers du système de santé (la délivrance de soins de qualité, la formation des ressources humaines, le système d'approvisionnement, le système d'information sanitaire, la gouvernance et le financement).

Bien connaître le système de santé, son fonctionnement et construire des stratégies prenant en compte ses faiblesses est un pré requis essentiel.

Un livre (manuel) réunissant l'expérience d'ACF et d'autres partenaires en la matière ayant vocation à guider les professionnels confrontés à l'intégration de ce service dans les systèmes de soins est en développement depuis 2010 et devrait voir le jour en 2012.

Les équipes techniques d'ACF doivent systématiser les étapes suivantes dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies visant le renforcement de l'accès au traitement de la MAS.



MÉTHODOLOGIE

- **Analyse initiale et systémique du système de santé au niveau national/régional et de district par pilier de santé.** Attention l'analyse doit être envisagée en partant de l'accès au paquet minimum de santé dans sa globalité et ne doit pas être vue uniquement du prisme de l'accès au traitement de la Sous-nutrition aigüe sévère. La grille simplifiée d'analyse initiale et systémique proposée ci-dessous peut offrir un cadre de réflexion aux équipes pour mener cette analyse initiale. Il s'agit ici de mettre en perspective les piliers du système de santé et les acteurs impliqués dans leur renforcement. Une telle cartographie permettra d'identifier les points de faiblesse, de blocage, les zones de duplication et les potentiels leviers, zones de synergie et priorités.

PILIER DU SYSTÈME DE SANTÉ	INDICATEURS	ACTEURS EN PRÉSENCE/ RÉPONSE ACTUELLE
Prestation des services (service delivery)		
Médicaments et vaccins (Medical products, vaccines and technologies)		
Personnels de santé (health workforce)		
Financement des systèmesde santé (health systems financing)		
Système d'information sanitaire (health information system)		
Direction et gouvernance (leadership and governance)		

Une grille d'analyse développant une série d'indicateurs standardisés sera disponible dans le manuel d'intégration de la MAS dans les systèmes de santé

- Sur la base de l'analyse, les équipes d'ACF doivent développer conjointement avec les acteurs présents et en mettant le ministère de la santé au cœur de la réflexion, des **stratégies de renforcement visant chaque pilier**. Les stratégies développées doivent prendre en compte 3 éléments :
 - **A = Stratégie de substitution.** Cette stratégie se base sur la capacité initiale du système de santé à prendre en charge le nombre de cas de sous-nutrition aigüe => Les équipes devront définir une stratégie qui permettra d'assurer un accès à un traitement optimal aux populations non couvertes. On identifiera schématiquement la différence entre le nombre total de patients attendus et le nombre que la structure peut prendre en charge. Cette stratégie proposera donc un certain niveau de substitution en complément de la stratégie suivante. Elle ne doit pas se pérenniser en l'état et a vocation à disparaître à mesure que les capacités du système se renforcent (progrès de la stratégie B).

- **B = Stratégie de renforcement.** Cette stratégie se construit sur le diagnostic initial par pilier présenté plus haut. ACF réfléchira sa contribution dans le renforcement du système en fonction du rôle établi de chacun des acteurs en présence. Ainsi les stratégies de renforcement élaborées par ACF n'attaqueront pas systématiquement les 6 piliers de front mais viendront en complément des autres initiatives déjà en place (approche systémique). Cette stratégie ne doit pas viser uniquement la délivrance de soins liés à la MAS mais l'ensemble du paquet minimum de santé et est complémentaire aux stratégies A et C lorsque le contexte le nécessite.
- **C = Stratégie de gestion de crise.** Les pics saisonniers devront être identifiés et donner lieu à l'élaboration d'une stratégie spécifique en sus des deux autres stratégies mentionnées plus haut. Les mécanismes de support en situation de crise seront prédéfinis avec les acteurs en présence et négociés avec les bailleurs de fonds. Ils viseront la prise en charge du nombre de cas suscités par la crise sans déstabiliser les stratégies A et B. (l'outil calendrier saisonnier nutritionnel présenté plus loin peut apporter un complément d'analyse)

IMPORTANT : Une bonne stratégie d'intervention comprend A+B+C et propose une hypothèse de progression pluri annuelle où on verra distinctement les modus operandi proposés en A, B et C évoluer à mesure que la capacité du système évolue.

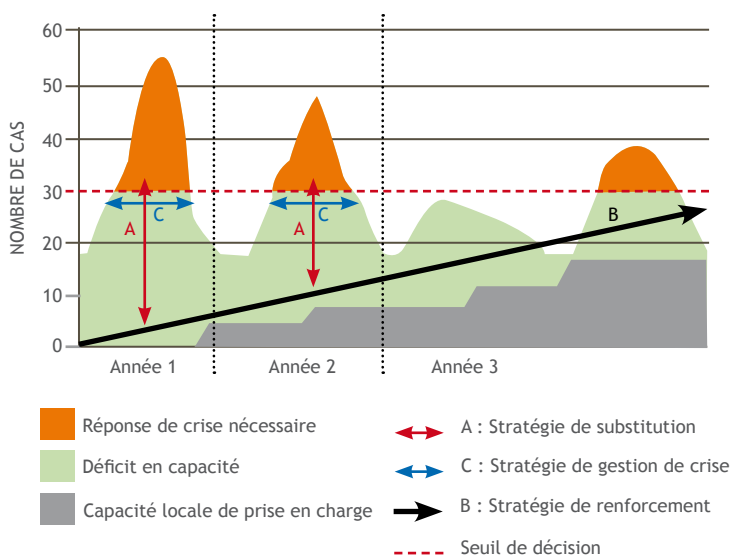


Figure 35 : Illustration de la stratégie A+B+C
Modèle ACF adapté de Suggested New Design Framework for CMAM Programming
- Peter Hailey and Daniel Tewoldeberha



Exemple de stratégies pluriannuelles :

Modules	Année 1	Année 2	Année 3
A	A est le comblement court terme du gap qui par effet de renforcement du système (B) devrait réduire au fur et à mesure des années. A doit, dans l'analyse se décliner sur chacun des piliers et être complémentaire à B et C. Exemple de A sur le pilier RH : Ajout ou financement de ressources humaines pour combler un gap de RH	A devrait réduire grâce à l'action de B. Dans l'idéal pour reprendre l'exemple donné, dans la seconde Année, par action du B sur l'année 1 nous ne verrions plus apparaître l'ajout ou le financement de ressources humaines ici ou sur l'année suivante	Réduction de A
B	B est le renforcement long terme du système. Sur le même exemple les ressources font défaut, ACF proposera au district sanitaire de former et accélérer l'arrivée de ressources (plaidoyer et formation)	L'année 2 de B serait la formation des RH en présence (nouvellement arrivées) et le transfert progressif des responsabilités	Formation et accompagnement en supervision
C	Pré identification et formation d'un vivier de RH (recrutées par ACF) en amont de la crise et organisation logistique	Pré identification et formation d'un vivier de RH (recrutées par ACF) en amont de la crise et organisation logistique	Travail avec les structures de santé pour la planification autonome de la réponse à l'urgence si envisageable au regard du renforcement

RÉFÉRENCES

- Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_systemsthinking_french.pdf
- Health systems 20/20: <http://www.healthsystems2020.org>
- Glossaire OMS renforcement du système de santé : http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- Cadre d'action de l'OMS en renforcement des systèmes de santé : everybody's business http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf





PROGRAMMES ET INITIATIVES DE SANTÉ MATERNELLE & INFANTILE

Intégrer le traitement de la MAS dans les programmes de santé maternelle et infantile
SI VOUS N'AVEZ PAS LU LA FICHE « RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ »
AU PRÉALABLE, S'Y RÉFÉRER AVANT DE LIRE CETTE FICHE.



© ACF, Népal

Objectif du document

Le document a pour but de donner une vue générale sur :
Les programmes et initiatives de santé maternelle et infantile
Les efforts qu'il reste à accomplir pour inclure la prise en charge
communautaire de la sous-nutrition aigüe dans les services de soins de
santé primaire et les initiatives de santé maternelle et infantile.



MESSAGES ESSENTIELS

- La prévention et la prise en charge de la MAS ne doit pas être envisagée de manière verticale (c'est à dire en proposant la mise en œuvre de programmes visant seulement cette maladie).
- Bien comprendre le fonctionnement du système de santé, ses forces et ses faiblesses ne suffit pas. Il est essentiel d'identifier contexte par contexte quel sera le meilleur véhicule en matière de programme de santé materno-infantile et d'y insérer la prévention et la prise en charge de la MAS. **Il est ainsi indispensable pour les équipes techniques d'ACF de bien comprendre les programmes de santé materno-infantile afin de faciliter l'intégration de la prévention et de la prise en charge de la MAS dans ces programmes.**
- Les pistes de travail offertes par l'approche ICCM visant la décentralisation des soins, leur permettant d'être dispensés au plus proche des malades sont très intéressantes en termes d'augmentation de la couverture.

INTRODUCTION

La santé maternelle et infantile fait l'objet de deux objectifs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : L'objectif 4- réduire la mortalité infantile et L'objectif 5- améliorer la santé maternelle. (cf chapitre sur les chiffres de la faim (OMD) page 47)

Malgré des progrès notables, la santé materno-infantile reste préoccupante dans les 68 pays en développement qui concentrent 97% de la mortalité materno-infantile mondiale.

LIEN ENTRE LA SOUS NUTRITION ET LA SANTÉ MATERNO-INFANTILE

LA SANTÉ DE LA MÈRE

L'avenir d'un enfant dépend de l'état nutritionnel de sa mère à l'adolescence et pendant sa grossesse. L'insuffisance pondérale à la naissance (petit poids de naissance) s'explique par une mauvaise santé et nutrition de la mère et par une mauvaise croissance du fœtus. Selon les estimations les plus récentes, 18 millions de bébés⁸⁴ (13 millions selon Lancet) souffrent chaque année d'insuffisance pondérale à la naissance - pesant moins de 2,5 kilogrammes - ce qui représente environ 14 pour cent du nombre total de naissances vivantes. (UNICEF)

84 - UNICEF

LA SANTÉ DE L'ENFANT

Un cercle vicieux : Les maladies infectieuses communes augmentent la probabilité qu'un enfant fragilisé soit affecté par une sous-nutrition aigüe sévère (un enfant malade perd de l'appétit et du poids). Dans la période de la conception à la fin de la petite enfance, la sous-nutrition augmente la fréquence et l'intensité des maladies infectieuses.

La sous-nutrition aigüe sévère est ainsi, par le fait de cette interaction directement responsable de 1 million de morts chaque année.

On peut estimer aujourd'hui qu'un enfant malnutri a, par le seul facteur aggravant de son état nutritionnel, environ 6 fois plus de risques de décéder d'une diarrhée, 9 fois plus d'une pneumonie, 2 fois plus d'un accès palustre et 6 fois plus d'une rougeole. Globalement, les enfants sévèrement malnutris meurent 9 fois plus fréquemment que les enfants bien portants.

LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS ET LES SERVICES DE SOINS MATERNO-INFANTILES

L'approche curative : La sous-nutrition aigüe sévère, demande la mise en place d'interventions médicales spécifiques mettant en œuvre des protocoles de traitement spécifiques qui s'insèrent idéalement dans le paquet minimum de santé au sein des services de santé. Les programmes visant le renforcement de la santé infantile (Comme le PCIME : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) sont le véhicule idéal pour permettre aux enfants souffrant de MAS d'avoir accès au traitement. Dans les pays les plus affectés par la MAS, cette maladie figure souvent dans le trio de tête des maladies touchant les enfants de moins de 5 ans en termes de mortalité (aux côtés de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme). Pourtant, aujourd'hui, rares sont les pays ayant intégré la prise en charge de la MAS dans leur paquets minimum de santé, dans leurs programmes de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Le module de PCIME proposé par l'OMS pour les soins de santé primaire n'inclus toujours pas, en 2012, la prise en charge communautaire de la MAS tel que recommandé dans la déclaration des nations unies publiée en 2007 sur le sujet (chapitre 11 du guide PCIME).

L'approche préventive : Il est important de se préoccuper de la santé de la mère puisque qu'elle joue un rôle vital dans le tandem alimentaire mère-enfant. Aussi tant que la nutrition de la femme et de la jeune fille ne sera pas adéquate, les femmes continueront à donner naissance à des bébés de faible poids, ce qui constitue un facteur de risque de mortalité infantile. Le renforcement des actions visant la santé maternelle incluant des volets de nutrition permettent ainsi de prévenir la sous nutrition de l'enfant. Des interventions permettant de renforcer l'accès à la santé de la reproduction, des programmes visant la promotion d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant font de manière croissante l'objet de l'attention des ministères de la santé, et doivent mobiliser ACF.



RECOMMANDATIONS D'ACF

La prévention et la prise en charge de la MAS ne doit pas être envisagée de manière verticale (c'est à dire en proposant la mise en œuvre de programmes visant seulement cette maladie). Cette affirmation fait désormais l'objet d'un consensus international (conférence d'Addis Abeba sur l'intégration de la prise en charge communautaire de la MAS - Novembre 2011)

Bien comprendre le fonctionnement du système de santé, ses forces et ses faiblesses ne suffit pas. Il est essentiel d'identifier contexte par contexte quel sera le meilleur véhicule en matière de programme de santé materno-infantile et d'y insérer la prévention et la prise en charge de la MAS. Il est ainsi indispensable pour les équipes techniques d'ACF de bien comprendre les programmes de santé materno-infantile afin de faciliter l'intégration de la prévention et de la prise en charge de la MAS dans ces programmes.

NOTIONS ESSENTIELLES RELIÉES À LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Les progrès liés à la santé des femmes et des enfants dépendent de comment des stratégies efficaces et des interventions peuvent être traduites efficacement dans l'action. La santé maternelle et infantile est étroitement liée et appelle à des systèmes et à des stratégies qui prennent en compte les soins d'une façon intégrée.

LE "CONTINUUM DE SOIN" EST UNE OPPORTUNITÉ

Le "Continuum de soin" est une opportunité qui facilite la délivrance d'un ensemble d'interventions intégrées et complètes. Le concept de continuum de soin a 2 dimensions : le temps et l'espace.

- ▶ La dimension de temps se réfère à la jonction des soins allant de la pré-grossesse, en passant par l'accouchement et le suivi post-natal immédiat et ce jusqu'à l'enfance.
- ▶ La notion d'espace se réfère à la jonction du soin que l'on fournit à travers des niveaux différents comme la maison et la communauté avec les soins cliniques dans les centres de santé primaires et tertiaires; et les services de consultation externe et services de travail social de proximité.

INITIATIVES INTERNATIONALES EN SANTÉ MATERNO-INFANTILE

"Chaque femme, chaque enfant" ("Every woman, every child") lancé par Ban Ki-moon durant le sommet des Nations Unies pour les objectifs de développement pour le millénaire en septembre 2010 est un effort mondial sans précédent qui mobilise et intensifie l'action internationale et

nationale par les gouvernements, des organisations multilatérales, le secteur privé et la société civile pour prendre en compte les défis de santé majeurs auxquels sont confrontés les femmes et les enfants dans le monde entier.

L'effort mis dans l'action de la Stratégie Mondiale pour la Santé des femmes et des enfants⁸⁵ présente une feuille de route sur la façon d'améliorer le financement, renforcer la politique et améliorer le service sur le terrain pour les femmes et les enfants les plus vulnérables.

Un **plan concret** pour améliorer la santé des femmes et des enfants et atteindre les OMD 4 et 5 a ainsi été développé. Le plan expose des domaines clés où l'action est instamment exigée pour augmenter le financement, renforcer la politique et améliorer la livraison de service, incluant :

- ▶ L'augmentation et la durabilité de l'investissement pour les plans menés par le pays.
- ▶ Délivrance intégrée des services de santé et des interventions à caractère vital (life-saving).
- ▶ Innovations dans le financement et l'efficacité des services de santé délivrés.
- ▶ L'amélioration du suivi et de l'évaluation pour assurer que tous les acteurs sont tenus pour responsable et les meilleures pratiques sont partagées.



© ACF, G. Gaiffot - Burkina Faso

PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNO-INFANTILE

LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)⁸⁶

• Qu'est-ce que la PCIME ?

C'est une approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité. Elle vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités et à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans. Elle comporte à la fois des éléments préventifs et curatifs à mettre en œuvre autant par les familles et les communautés que par les établissements de santé.

85 - http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_fr.pdf

86 - http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci/fr/index.html



Cette stratégie comporte trois composantes principales :

- ▶ amélioration des compétences du personnel soignant pour la prise en charge des cas ;
- ▶ amélioration globale des systèmes de santé ;
- ▶ amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé.

Dans les établissements de santé, la stratégie de la PCIME favorise l'identification précise des maladies de l'enfant en consultation externe, garantit un traitement adapté et combiné pour toutes les principales maladies, renforce les conseils destinés à ceux qui s'occupent des enfants et accélère le processus de recours pour les enfants gravement malades. À domicile, elle développe les comportements de recherche des soins et améliore la nutrition et les soins préventifs, de même que l'exécution correcte des soins prescrits.

• Pourquoi la PCIME fonctionne-t-elle mieux qu'une approche maladie par maladie? (approche horizontale versus verticale)

Dans les pays en développement, les enfants amenés en consultation souffrent souvent de plusieurs problèmes de santé concomitants, ce qui rend le diagnostic séparé impossible. L'association entre la sous-nutrition aigüe et une complication médicale en est un exemple marquant. Stratégie intégrée, la PCIME prend en compte divers facteurs qui exposent l'enfant à un risque grave. Elle garantit le traitement associé contre les principales maladies de l'enfant et met l'accent sur la prévention par la vaccination et l'amélioration de la nutrition. C'est ainsi un véhicule idéal pour proposer l'intégration de la prise en charge de la MAS qui à ce jour, comme précisé plus haut n'est pas encore systématisée.

• Comment la PCIME est-elle mise en œuvre?

L'introduction et la mise en œuvre de la PCIME dans un pays est un processus graduel, par phases, qui suppose beaucoup de coordination entre les programmes et les services de santé existants. Cela implique de travailler en étroite collaboration avec les autorités locales et les ministères de la santé pour planifier et adapter les principes de la stratégie aux réalités locales. Les principales étapes sont les suivantes:

- ▶ Adopter dans la politique sanitaire nationale une approche intégrée pour la santé et le développement de l'enfant.
- ▶ Adapter les principes cliniques standards de la PCIME aux besoins du pays, aux médicaments disponibles et à sa politique, ainsi qu'aux denrées alimentaires locales et au langage utilisé par la population.
- ▶ Moderniser les soins dans les dispensaires locaux en formant les soignants aux nouvelles méthodes pour examiner et traiter les enfants, ainsi que pour conseiller efficacement les parents.
- ▶ Donner la possibilité de pratiquer les soins modernisés en veillant à mettre à disposition

et en quantité suffisante les bons médicaments et du matériel simple et peu coûteux.

- ▶ Renforcer les soins hospitaliers pour les enfants trop malades pour pouvoir être traités en ambulatoire.
- ▶ Élaborer les dispositifs de soutien dans les communautés pour la prévention des maladies, pour aider les familles à soigner leurs enfants malades et pour amener les enfants dans les dispensaires ou les hôpitaux lorsque c'est nécessaire.

Plus de 75 pays ont déjà introduit la PCIME.

• Qu'a-t-on fait pour évaluer la PCIME?

Le département CAH (Child and Adolescent Health and Development) a entrepris une étude multi-pays pour évaluer l'impact, le coût et l'efficacité de cette stratégie. Les résultats de cette évaluation plaident pour la planification et la mise en œuvre d'interventions sur la santé de l'enfant par les ministères de la santé des pays en développement et par les partenaires nationaux et internationaux du développement. À ce jour, cette évaluation a eu lieu au Brésil, au Bangladesh, en Ouganda, au Pérou et en République-Unie de Tanzanie.

Les résultats obtenus :

- ▶ La PCIME améliore les performances des agents de santé et la qualité des soins prodigués;
- ▶ Si elle est bien appliquée, elle peut réduire la mortalité des moins de cinq ans et améliorer leur état nutritionnel ;
- ▶ L'investissement est rentable, la prise en charge correcte d'un enfant revenant six fois moins cher que les soins actuellement donnés ;
- ▶ Les programmes pour la survie de l'enfant imposent de faire davantage attention aux activités améliorant les comportements des familles et des communautés ;
- ▶ Pour être mises en œuvre, les interventions pour la survie de l'enfant doivent être complétées par des activités renforçant le soutien porté à cette stratégie ;
- ▶ Il est impossible d'obtenir une baisse significative de la mortalité des moins de cinq ans sans une couverture à grande échelle des interventions préconisées.

Voir : <http://www.who.int/imci-mce>

Cf. les Outils PCIME en annexe, page 201



© ACF, Christina Lionnet - Tchad



PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DANS LA COMMUNAUTÉ-INTEGRATED COMMUNITY CASE MANAGEMENT (ICCM), UNE SOLUTION AUX PROBLÈMES DE COUVERTURE

Les niveaux de traitement actuels pour les principaux « tueurs » durant l'enfance sont extrêmement bas :

- ▶ Seulement 39 % d'enfants reçoivent le traitement correct pour la diarrhée
- ▶ Seulement 27 % d'enfants avec une pneumonie soupçonnée reçoivent un antibiotique
- ▶ Seulement 34 % d'enfants avec de la fièvre (la malaria soupçonnée) reçoivent des médicaments antipaludiques

La stratégie de prise en charge intégrée dans la communauté (ICCM) est aussi appelée le transfert de tâches (task shifting).

Cela permet l'évaluation, la classification, le traitement et le référencement des principales causes de mortalité des moins de 5 ans dans la communauté: pneumonie, diarrhée, paludisme et sous-nutrition aigüe sévère. Et fournit un traitement organisé au niveau de la communauté et du ménage pour les enfants malades (2 mois à 5 ans).

Une bonne stratégie de « prise en charge communautaire des cas » (Community case management- CCM) :

- ▶ Fournit un accès renforcé à des services de santé de qualité ;
- ▶ Cherche à assurer que cette approche a le support des décideurs, des fournisseurs de services médicaux et des membres communautaires ; et
- ▶ Est mise dans l'action en tandem avec des stratégies d'améliorations du système de santé.

La prise en charge des cas communautaires "ne repose pas tout seul" (stand alone). Il s'agit de renforcer les compétences des travailleurs de santé communautaire afin qu'ils puissent délivrer des interventions curatives en coordination avec les autres structures de santé.

RECOMMANDATIONS D'ACF

La prise en charge communautaire des cas (CCM) permet concrètement aux agents de santé communautaire de dispenser directement des soins, de proposer un traitement en sus de leurs activités préventives.

Les pistes de travail offertes par cette approche visant la décentralisation des soins, leur permettant d'être dispensés au plus proche des malades sont très intéressantes en termes d'augmentation de la couverture, car en réalité beaucoup de malades n'atteignent jamais les structures de soins. Ce type d'approche a notamment été testé par Save the Children au Bangladesh en y incluant la prise en charge de la MAS (<http://sites.tufts.edu/feinstein/2011/community-case-management-of-severe-acute-malnutrition-in-southern-bangladesh>). En Ethiopie le programme national visant la prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère a été conçu sur ce modèle : les « health extension workers » ont un paquet d'activités à délivrer (de la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en passant par le planning familial...).

ACF doit explorer les opportunités qu'offrent ce type d'approche en fonction de chaque contexte et documenter son expérience en la matière.

Le CCM amplifie la partie traitement de la prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIME). La PCIME Communautaire (C-PCIME) reconnaît que beaucoup d'enfants malades n'atteignent jamais les structures de soin (et, en effet, beaucoup d'enfants bien portants ne reçoivent jamais d'interventions préventives).

ICCM TASK FORCE

La **ICCM Task Force** (Integrated Community Case Management of Childhood : Malaria, Pneumonia and Diarrhea) est une association multilatérale et bilatérale d'agences et d'ONG, travaillant à la promotion de la prise en charge intégrée au niveau des communautés des maladies de l'enfance. Le comité de pilotage du groupe de travail est composé actuellement d'USAID, MCHIP, UNICEF, et Save the Children. Les ressources internationalement acceptées pour l'ICCM incluent des kits de formation (par exemple WHO/UNICEF matériels), des documents de plaidoyer, des indicateurs et des points de référence planifiant des directives et des conseils sur la logistique. Les outils sélectionnés à partir d'expériences de pays sont aussi inclus.

La non-inclusion de la MAS dans ce type d'initiative montre bien les difficultés rencontrées par les acteurs de nutrition à s'intégrer dans les programmes de santé materno-infantile. Cela reflète également le manque de considération de la MAS comme une des maladies tuant le plus d'enfants.

ANNEXES : LES OUTILS

LES OUTILS PCIME

- **Le handbook (2004)**

Dans chaque pays, les guides cliniques pratiques IMCI doivent être adaptés :

- ▶ Pour couvrir les maladies infantiles les plus graves vues dans les centres de santé de premier niveau
- ▶ En ligne avec les guides pratiques nationaux et les autres politiques de santé
- ▶ De faire les guides pratiques permettant de mettre en place les programmes au travers du système de santé et par les familles les soins pour les enfants à domicile



Version française (2001) : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf

Version anglaise (mise à jour en 2005) : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546441.pdf>



• Le kit de formation PCIME (IMCI training materials and chart booklet-2006 updated version)

Le « chart booklet » a été développé en 1995 et est utilisé maintenant dans plus de 100 pays. Au travers des 10 dernières années, de nouvelles évidences ont vu le jour et ont été synthétisées et publiées comme des mises à jour techniques en 2006.

La version révisée du « chart booklet » inclus de nouvelles sections sur la gestion des maladies dans la première semaine de vie. De plus, le module nourrisson pour la formation PCIME a été révisé en conséquence et peut être partagé sur demande. Parce qu'il y a une grande demande pour inclure l'évaluation et les soins aux enfants exposés ou infectés par le VIH, le « chart booklet » a été révisé séparément pour hauts taux de VIH. Ce « chart booklet » doit être utilisé là où il n'y a pas de forte prévalence de VIH. Il est un outil de support pour les personnels de santé dans les centres de santé de premier niveau.

<http://www.ccmcentral.com/?q=node/249>

• ICATT (Outils permettant l'adaptation de la PCIME aux différents contextes et proposant des modules de formation)

Le site <http://www.icatt-training.org/> offre la possibilité d'adapter le guide pratique à l'aide de traductions dans de nombreuses langues. Les cours de formation basés sur ICATT peuvent être utilisés dans de nombreux types de stratégies ou d'approches de formation. Une composante centrale est un cours de formation continue de 11 jours pour personnels de santé sur le guide clinique pratique de l'IMCI.

Dans certains pays, les cours ont été raccourcis pour réduire le coût de la formation et le temps passé pour les personnels de santé en dehors de leur structure de soins durant la formation.



• Soins primaires infantiles : un manuel pour les personnels de santé

Ce manuel a été écrit pour les personnels de santé qui donnent des soins aux nourrissons et enfants, que ce soit pendant une visite à domicile ou dans une structure de santé avec des ressources limitées et souvent avec une faible opportunité de référer l'enfant pour plus de soins. Cette édition révisée du manuel est le résultat d'un effort international coordonné par le Département de la santé et développement infantile et des adolescents.

De plus, ce manuel commence avec une section sur les soins d'urgence. Le manuel se concentre sur comment faire une évaluation de base d'un nourrisson ou un enfant et comment prévenir et gérer les états et maladies qui causent le plus de décès parmi les enfants.



L'édition révisée se complète avec le guide pratique IMCI, car il donne des informations sur les derniers traitements et a été étendue pour couvrir certains états non couverts par la version précédente.

Des activités à base communautaire sont en place dans de nombreuses communautés dans beaucoup de pays. Cet ensemble de briefing (« briefing package ») propose un processus pour conduire les partenaires principaux à prévoir ensemble et mettre en œuvre au niveau national, intermédiaire, des districts et communautaire ces activités à base communautaire. Ce processus va permettre :

- ▶ le développement d'un plan stratégique cohérent et opérationnel,
- ▶ faciliter l'échange d'expériences, des ressources et d'expertise parmi les projets et des zones géographiques,
- ▶ Aider à assurer une cohérence.

Le processus est meilleur s'il est effectué avec l'assistance d'un facilitateur.

Le briefing package comprend les 3 documents suivants :

- ▶ Le document de référence qui contient les guides pratiques pour : collecter et analyser les informations sur les activités en cours dans la communauté au niveau national, intermédiaire, des districts et communautaire ; les plans de développement de stratégie nationale et plans opérationnels au niveau national, intermédiaire, des districts et communautaire ; et mettre en place « la PCIME communautaire » (avec les meilleures pratiques des pays sélectionnés comme exemples).
- ▶ Le guide de formation est basé sur le document de référence, et contient le guide pratique pour les facilitateurs de formation dans la planification de la mise en œuvre du C-IMCI.

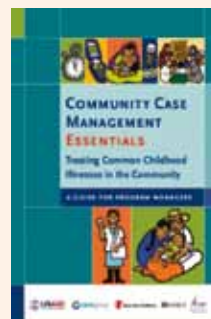
LES OUTILS CCM

• La prise en charge des cas par la communauté (Community case management essentials) (2010)

Le but de cet ouvrage est d'offrir une guidance opérationnelle pour dessiner, planifier, mettre en place, contrôler et plaider pour le CCM qui correspond aux besoins locaux. C'est un guide pratique pour les programmes autant que la source d'une guidance clinique.

La guidance technique pour la prise en charge des cas peut être trouvée dans le kit de formation OMS/UNICEF « Prendre soins de l'enfant malade dans la communauté », le kit inclut dans l'ouvrage et/ou le national IMCI task forces.

<http://www.ccmcentral.com/files/contents/CCM%20Essentials.pdf>





• C-IMCI (Cadre de la Prise en Charge des maladies infantiles)

Program Guidance (2009)

Le document fournit une vue générale du cadre de la prise en charge communautaire des maladies infantiles (C-IMCI). Le cadre du C-IMCI consiste en 3 éléments et une plate-forme multisectorielle qui se concentre sur les comportements et pratiques des travailleurs en santé et des personnes prenant soins des jeunes enfants. Inclut dans ce document : l'histoire du développement de la C-IMCI, ces constituants, les bénéfices et l'utilisation rationnelle.

Le site Internet : <http://www.ccmcentral.com> a été créé par l'ICCM Task Force. Le site Internet a pour but de centraliser les ressources, donner des exemples de bonnes pratiques et discuter des challenges. Il a été développé et est actuellement géré par Maternal Child Health Integrated Program (USAID/MCHIP: <http://www.mchip.net>) financé par USAID.

• Ressources clés

Le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a pour but de faciliter l'accès à la connaissance et de permettre le partage pour la promotion des politiques et pratiques qui à leur tour améliorent la santé maternelle et infantile. Les résumés de connaissances du partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (site Internet en français mais moins complet que le site en anglais : http://www.who.int/pmnch/media/publications/fr_otherlangdoc/fr/index.html) synthétisent la preuve scientifique dans un format court, et convivial pour informer sur la politique et pratique et peut être une ressource utile pour des décideurs, des avocats, des directeurs de programme et d'autres.

Les outils suivants sont disponibles (le lien hypertexte, mais uniquement en anglais) :

- ▶ Les Résumés de Connaissances du partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : <http://portal.pmnch.org/knowledge-summaries>
- ▶ Les commodités essentielles : <http://portal.pmnch.org/knowledge-summaries>
- ▶ Outils de gestion d'approvisionnement : <http://portal.pmnch.org/psm-tools>
- ▶ Faire des interventions efficaces : <http://portal.pmnch.org/effective-interventions>
- ▶ Stratégies et systèmes pour améliorer la santé des femmes et des enfants : <http://portal.pmnch.org/systems-and-strategies>



LE CALENDRIER SAISONNIER MULTISECTORIEL



© ACF, Emile Robit - Haïti

Objectif du document :
**Connaitre les points clés concernant le but et la mise en place
systématique de l'analyse saisonnière multisectorielle
dans les missions.**

MESSAGES ESSENTIELS

- Le calendrier saisonnier multisectoriel est un outil qui a pour objectif de conduire une **analyse multisectorielle** rapide afin de **mieux comprendre l'insécurité nutritionnelle ainsi que les fluctuations et les pics** de sous-nutrition aigüe dans une zone spécifique d'opération. Mais l'objectif est aussi de développer une **réflexion multisectorielle saisonnière lors de la programmation stratégique** afin d'élaborer les interventions des missions d'ACF et les programmes.
- L'analyse multisectorielle des contextes où ACF est impliqué est un prérequis essentiel pour concevoir des programmes intégrés pertinents et de qualité pour lutter contre l'insécurité nutritionnelle.
- La saisonnalité de la malnutrition doit être complétée par une analyse des risques de catastrophes saisonnières et de ses implications opérationnelles, en termes de préparation, de surveillance et d'alerte précoce, des mesures de gestion des risques.
- L'analyse doit être effectuée de manière systématique et annuelle.

INTRODUCTION

Les fluctuations et les pics saisonniers sont généralement mal compris, de manière globale, et mal adressés, quand ils ne sont pas totalement ignorés par les décideurs politiques et les praticiens.

Dans de nombreux pays où ACF intervient, la prévalence de la sous-nutrition aigüe fluctue tout au long de l'année. Des pics saisonniers d'émaciation sont observés en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Les agents de terrain ACF - plus spécifiquement les professionnels de la santé et les nutritionnistes - sont généralement bien conscients de ces fluctuations.

Dans certains pays ou régions, des systèmes de surveillance permettent de mesurer ces fluctuations tout au long de l'année, tel qu'illustré par le Helen Keller International (HKI) système de surveillance nutritionnelle au Bangladesh (figure 36).



© ACF, G. Gaffiot - Burkina Faso

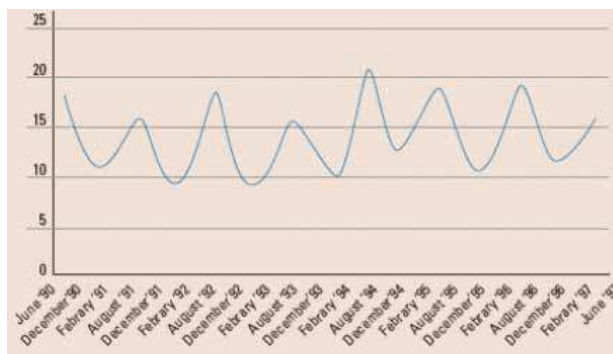


Figure 36 : Saisonnalité de la Malnutrition Aigüe Sévère au Bangladesh

Aujourd'hui, il est essentiel d'augmenter notre compréhension des contextes d'intervention humanitaire, de connaître les fluctuations et les pics afin de répondre de manière plus appropriée aux besoins.

Le calendrier saisonnier nutritionnel est un outil qui a pour objectif de conduire une analyse multisectorielle rapide afin de **mieux comprendre l'insécurité nutritionnelle** ainsi que les fluctuations et les pics de sous-nutrition aigüe dans une zone spécifique d'opération. Mais l'objectif est aussi de développer une **réflexion multisectorielle saisonnière lors de la programmation stratégique** afin d'élaborer des stratégies des missions d'ACF et les programmes.

LA PRISE EN COMPTE DES FLUCTUATIONS SAISONNIÈRES CHEZ ACF.

Les fluctuations saisonnières de la sous-nutrition aigüe sont induites par la détérioration d'un ou plusieurs facteurs de risque important (l'accès aux aliments et l'apport alimentaire, les pratiques de soins et l'alimentation, les maladies, l'accès aux services de santé et/ou l'environnement insalubre). Ces fluctuations saisonnières peuvent être déterminées par des facteurs climatiques et environnementaux (par exemple les inondations saisonnières) ou par des facteurs humains ou socio-économiques (par exemple, les prix élevés des denrées alimentaires sur les marchés).

Il est désormais largement reconnu, comme reflété dans le Scaling Up Nutrition Framework of Action (2010) qu'une approche multisectorielle est nécessaire pour renforcer la sécurité nutritionnelle et lutter contre la malnutrition. L'analyse multisectorielle des contextes où ACF est impliqué est un prérequis essentiel pour concevoir des programmes intégrés pertinents et de qualité pour lutter contre l'insécurité nutritionnelle.

Pour plus de détails sur la sécurité nutritionnelle, cf. chapitre : La Nutrition en 5 min, page 73.



Dans les missions d'ACF la compréhension de la malnutrition et ses facteurs de risque reste inégale et très variable d'un endroit à l'autre. Il y a seulement quelques zones d'opérations où ACF comprend - de manière globale - la malnutrition et ses facteurs de risque. Il y a un manque de capitalisation, souvent liée à la forte rotation du personnel. Les outils « prêt à l'emploi », les formats de capitalisation sont encore manquants. Une série d'outils et de formats ont déjà été diffusés ou sont actuellement mis au point pour favoriser cette approche multisectorielle : Le guide pratique sur l'analyse causale de malnutrition, les lignes directrices sur la surveillance de FSL, sur le suivi et évaluation, sur Maximiser l'impact nutritionnel des interventions de FSL, ainsi qu'une fiche technique sur le calendrier saisonnier (diffusé en juin 2012).

Le calendrier saisonnier nutritionnel comme outil de compréhension du contexte et de définition de stratégie pays doit être encouragé par les chefs de missions et les coordinateurs terrain, ainsi que par les opérations du siège.



© Emmanuel Simiand, RCA

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU CALENDRIER SAISONNIER

(tel que détaillé dans la fiche technique diffusée en juin 2012)

Le design et la création du calendrier saisonnier nécessite **plusieurs (7) étapes** :

1. LE CADRE CONCEPTUEL

Le Directeur Pays doit s'assurer que l'équipe connaît le concept de Sécurité nutritionnelle ainsi que le cadre conceptuel de malnutrition. La mission doit avoir une idée claire des causes directes, sous-jacentes et basiques de la malnutrition.

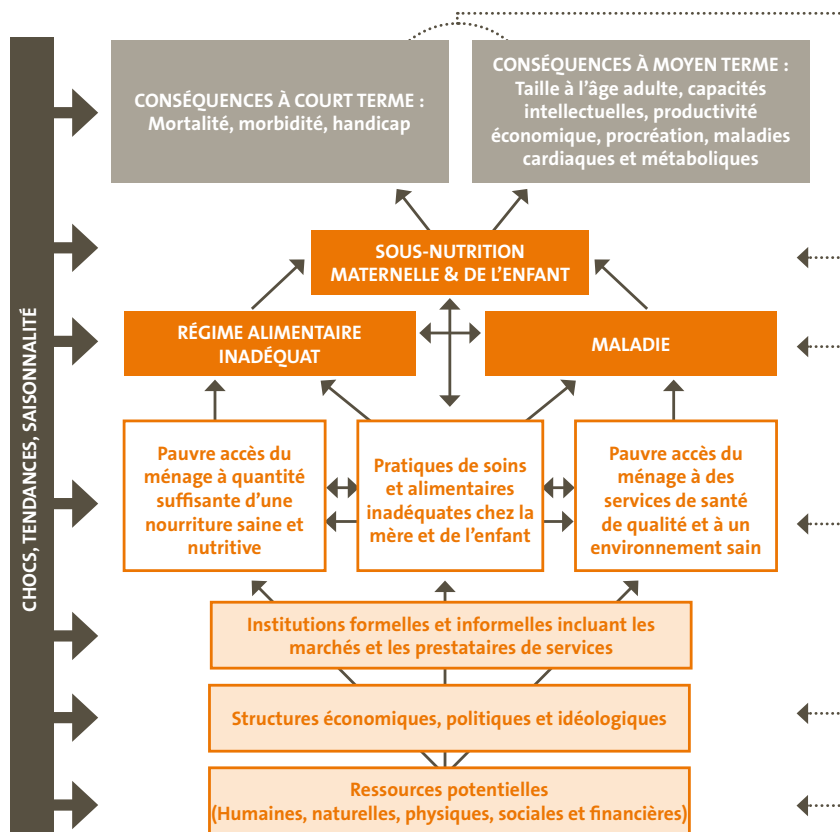


Figure 37 : cadre conceptuel (causes de la sous-nutrition)



2. PRÉPARATION DU CALENDRIER SAISONNIER SECTORIEL

Chaque département technique doit préparer un calendrier saisonnier annuel mettant en perspective les événements clés et les fluctuations des principaux indicateurs sectoriels.

3. BRAINSTORMING ET CRÉATION DU CALENDRIER

Un jour/une demi-journée de brainstorming est organisée dans chaque zone d'opération dans le but d'élaborer un calendrier multisectoriel saisonnier et de suggérer des orientations stratégiques à travers une réflexion multisectorielle saisonnière. Le déroulement de l'atelier - qui devrait durer un minimum de 4 heures - se déroule en 6 différentes activités (pour plus de détails se référer à la fiche technique diffusée en juin 2012):

- ▶ **Activité 1** : Rassembler les secteurs et définir le partage des responsabilités
- ▶ **Activité 2** : Introduction (30 minutes)
- ▶ **Activité 3** : Développement d'un calendrier multisectoriel saisonnier pour une zone d'opérations (1 heure)
- ▶ **Activité 4** : Analyse des liens entre les événements, les fluctuations et la malnutrition (1 heure)
- ▶ **Activité 5** : Définir les orientations stratégiques et la « pensée saisonnière » (1 heure)
cette étape doit impérativement inclure les fonctions supports (Département administratif et financier et Logistique)
- ▶ **Activité 6** : Conclusion (30 minutes)

4. RAPPORT SYNTHÉTIQUE

Un rapport synthétique du brainstorming et un calendrier saisonnier sont produits par le coordinateur terrain ou le responsable de la zone.

5. VALIDATION ET FINALISATION

Le directeur pays, les chefs de département vont procéder à un brainstorming afin de valider et de finaliser le calendrier multisectoriel saisonnier et de mettre en évidence les orientations stratégiques opérationnelles pour le pays grâce à une réflexion multisectorielle saisonnière.

6. INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS DANS LA STRATÉGIE PAYS

Le directeur pays et les chefs de département intègrent les recommandations prioritaires dans le document de stratégie de la mission. Ils s'assurent que les «nouveaux arrivants» sont sensibilisés à ces tendances saisonnières dans leurs zones d'opérations et les implications

opérationnelles. Un processus de capitalisation adéquate est assuré au niveau de la base, de la mission et du siège. Idéalement, le calendrier multisectoriel saisonnier est joint en annexe au document de stratégie pays.

Pour plus de détail et pour obtenir des outils de support, se référer à la fiche technique du calendrier multisectoriel saisonnier (Juin 2012).

7. MISE À JOUR

Le calendrier saisonnier et les orientations opérationnelles sont progressivement améliorées et adaptées, et l'exercice de brainstorming est effectué au moins une fois tous les ans ou une fois tous les 2 ans pour les différents secteurs d'activités.

LES RISQUES ET DÉASTRES SAISONNIERS

La saisonnalité de la malnutrition doit être complétée par une analyse des risques de catastrophes saisonnières et de ses implications opérationnelles, en termes de préparation, de surveillance et d'alerte précoce, des mesures de gestion des risques.

Le PAM a publié en 2010 une publication intéressante intitulée «Calendrier des saisons» et des risques. Ce calendrier combine des informations plus officielles sur les principaux risques saisonniers, comme les inondations, les sécheresses, les cyclones et la prévalence de parasites comme les sauterelles, aux côtés des cycles de croissance des cultures et des saisons de vaches maigres.

<http://www.preventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=17582>



© ACF, Christina Lionet - Kenya





COMPRENDRE LE PLAIDOYER EN NUTRITION



© ACF - Ethiopie

Objectif du document :
Comprendre les enjeux du plaidoyer en nutrition.



MESSAGES ESSENTIELS

- ➔ Le plaidoyer au sein d'ACF vise à apporter des changements durables aux politiques, aux pratiques et aux capacités d'intervention afin de mettre un terme à la sous-nutrition aigüe en influençant les décideurs politiques et / ou économiques et en mobilisant le soutien du public.
- ➔ Nous croyons que le plaidoyer est essentiel pour accélérer et atteindre la troisième révolution dans le traitement de la sous-nutrition aigüe sévère - la mise à l'échelle de l'approche PCMA et son intégration dans les services de base.
- ➔ Avoir un bon aperçu de la situation nutritionnelle du pays, y compris du niveau d'attention apportée à la nutrition ainsi que des politiques, lignes directrices, et programmes développés, etc..., est un prérequis essentiel pour le plaidoyer.
- ➔ Les politiques des donateurs au niveau des pays, dans une certaine mesure sont pilotées par les priorités et les critères du gouvernement. Donc, le plaidoyer pour l'intégration de la PCMA avec le gouvernement peut être complété par le plaidoyer auprès des donateurs qui peuvent fournir un soutien.

Ce document d'information donne un aperçu du plaidoyer et apporte de nombreux conseils sur le plaidoyer spécifique au secteur de la nutrition. (Un chapitre plus détaillé sur la façon de développer une stratégie de plaidoyer PCMA sera disponible dans le livre PCMA qui sera édité en 2012 - les sections ci-dessous ont été extraites du chapitre de R. Brown sur le plaidoyer).

LE CONCEPT DE PLAIDOYER

«Le plaidoyer au sein d'ACF vise à apporter des changements durables aux politiques, aux pratiques et aux capacités d'intervention afin de mettre un terme à la sous-nutrition aigüe en influençant les décideurs politiques et/ou économiques et en mobilisant le soutien du public.»

Bien que le concept lui-même soit assez simple, « influencer les personnes de pouvoir pour obtenir un changement dans la politique et la pratique » est souvent une entreprise assez ambitieuse. Il est important de se rappeler que la réalisation de changements politiques positifs est une chose, mais s'assurer que les bonnes politiques sont mises en œuvre est une tâche différente

et potentiellement encore plus complexe, mais aussi plus gratifiante. En somme, un plaidoyer réussi est une démarche de longue haleine, il est cependant un complément essentiel à la mise en œuvre d'un programme et d'un projet, car il est le seul moyen d'assurer l'amélioration des cadres politiques, de l'environnement pour le développement et, surtout, de la durabilité.

LE PLAIDOYER CHEZ ACF

Le plaidoyer constitue l'un des cinq piliers du plan stratégique d'ACF 2015. Le plan vise à positionner l'organisation comme une source de référence clé sur les thématiques de la faim et la malnutrition par l'amélioration de l'efficacité d'ACF dans la réalisation de changements politiques et pratiques dans le traitement de la sous-nutrition et dans les domaines de la disponibilité alimentaire ainsi que de l'eau et l'assainissement.

Nous croyons que le plaidoyer est essentiel pour accélérer et atteindre la troisième révolution dans le traitement de la sous-nutrition aigüe sévère (voir chapitre sur l'évolution de la prise en charge de la MAS, page 117) - la mise à l'échelle de l'approche PCMA et de son intégration dans les services de base. Le plaidoyer est d'une importance cruciale pour réduire chaque année le nombre d'enfants souffrant et mourant de sous-nutrition aigüe.

RECOMMANDATIONS D'ACF

L'Initiative Plaidoyer de la Malnutrition Aigüe (AMAI)

AMAI est la première initiative internationale de plaidoyer d'ACF-IN abordant la sous-nutrition aigüe.

Cette initiative se concentre spécifiquement sur le diagnostic, la prévention et le traitement de la sous-nutrition aigüe au travers des systèmes de santé. ACF appelle dans ce cadre les gouvernements et les institutions internationales à prioriser la sous-nutrition aigüe comme un problème de santé publique majeur et à intégrer la prévention et le traitement de la sous-nutrition aigüe dans les systèmes de santé nationaux. ACF demande aussi aux bailleurs et états une augmentation à long terme des investissements dans les interventions directes de nutrition.

L'objectif global de l'AMAI est d'accélérer les progrès des OMD 1 et 4 au travers d'une priorisation de la nutrition dans tous les contextes (réhabilitation, développement et urgence). L'accent est mis sur la garantie du traitement de la sous-nutrition aigüe au travers des systèmes de santé.

Une présentation complète de l'Initiative du Plaidoyer de la sous-nutrition aigüe est disponible: sad@actioncontrelafaim.org



PLAIDOYER DANS LE SECTEUR NUTRITION ET SANTÉ

COMPRENDRE LE PROFIL DE LA SOUS-NUTRITION AIGÛE

Avoir un bon aperçu de la situation nutritionnelle du pays, du niveau d'attention apportée à la nutrition par les politiques, des lignes directrices, des programmes développés, etc..., est essentiel pour le plaidoyer.

Ces informations sont facilement accessibles (ministère de la santé, ONU, ONG internationales, dans les rapports universitaires et des donateurs...). D'autres informations peuvent être obtenues dans les discussions menées avec des informateurs clés. Avoir une bonne image générale de la situation dès le début contribue à guider une analyse plus détaillée. Certaines questions méritent d'être posées dans la quête pour comprendre le profil nutritionnel d'un pays :

- ▶ L'étendue de la MAS et son taux de mortalité associé sont-ils reconnus ?
- ▶ Est-il compris que la prise en charge de la sous-nutrition aigüe peut avoir un impact significatif dans les stratégies de lutte contre le paludisme, la rougeole, les infections respiratoires aigües, et de réduction de la mortalité ?
- ▶ Est-ce que la sous-nutrition (et spécifiquement la sous-nutrition aigüe) a été présentée comme un enjeu important dans les documents politiques clés ?
- ▶ Quelle place occupe la nutrition au niveau national ? Quelle est l'influence de l'Unité de Nutrition au niveau national ?
- ▶ Quelles sont les disparités entre la politique et la pratique ? Les protocoles sont-ils mis à jour ?

POINTS D'ENTRÉE POTENTIELS POUR LE PLAIDOYER PCMA

Le personnel impliqué dans la PCMA rencontre souvent des obstacles considérables, qui peuvent entraver ou retarder le processus d'intégration et la qualité du traitement. Le travail de plaidoyer peut contribuer à traiter ces questions.

Exemples de ces obstacles et points d'entrée pour le plaidoyer :

- ▶ Le gouvernement national, y compris le ministère de la santé, montre un manque d'intérêt pour la nutrition et le traitement de la sous-nutrition aigüe n'est pas suffisamment pris en compte.
- ▶ Un gouvernement national ou le ministère de la santé est réticent à admettre l'existence ou l'étendue de la MAS
- ▶ Une politique nationale de nutrition peut exister de façon théorique, ainsi que des directives pour le traitement de la MAS, mais la politique n'est pas suffisamment mise en œuvre et la qualité du service est médiocre.



© ACF, Christina Lionnet - Tchad

- ▶ Les donateurs et autres acteurs internationaux impliqués dans la santé et la nutrition ne sont pas conscients de l'ampleur du problème de la MAS et sa signification en termes de mortalité pour les moins de cinq ans.

COMPRENDRE L'INTÉGRATION DE LA PCMA ET CONSTRUIRE DES DONNÉES UTILES AU PLAIDOYER

Si la PCMA est déjà mise en œuvre par le système de santé, il est important de comprendre quels efforts ont été faits en matière d'intégration.

Un examen systématique du système détaillant les 6 piliers doit être fait systématiquement.

Les points à considérer incluent :

- **Direction et Gouvernance :**
 - Priorité accordée à la PCMA par le ministère de la santé, y compris une analyse pour déterminer si la gestion de la sous-nutrition aiguë par les ONG est désormais considérée comme la norme.
 - Statut et influence de l'Unité de Nutrition du ministère de la santé
- **Financement :**
 - Allocation de ressources pour la PCMA comparativement à celle d'autres services de santé de base
- **Ressources humaines :**
 - Répartition du personnel de santé ainsi que l'espace pour des activités PCMA
 - Expertise du personnel de santé au sujet de la PCMA
- **Prestation de services :**
 - Problèmes avec la qualité des soins, la couverture, la mortalité, la fréquentation
- **Système d'information sanitaire :**
 - Systèmes de monitoring & d'évaluation en place, les données sont recueillies et analysées
- **Médicaments et vaccins:**
 - Implications logistiques de la PCMA et des potentielles contraintes de capacités

Recueils de données utiles au plaidoyer : l'utilisation de faits et données spécifiques au pays favorise un bon plaidoyer car elle améliore la crédibilité et la légitimité de nos demandes. Ces données pourraient inclure :

- ▶ Proportion de décès attribuables à la malnutrition, à la fois directement et indirectement
- ▶ Les chiffres sur la sous-nutrition chronique et aiguë
- ▶ Les implications économiques de la sous-nutrition chronique et aiguë
- ▶ Les lacunes dans la prestation de services selon le protocole national (le cas échéant)



- Estimations des décès pouvant être évités grâce au traitement de la MAS suivant les normes recommandées
- Estimation du coût de la gestion de la sous-nutrition aigüe à travers l'intégration
- Coût-efficacité du traitement de sous-nutrition aigüe sévère par rapport à d'autres interventions

Construire la base de preuves de l'intégration de la PCMA permet de développer de puissants messages et de produire du matériel de sensibilisation.

FIXER DES BUTS ET OBJECTIFS POUR L'INTÉGRATION DE LA PCMA

Le changement souhaité doit être défini clairement, et il doit se rapporter directement aux enjeux identifiés. Les buts et objectifs définis devraient être guidés par une vision de ce à quoi doit ressembler un système qui fonctionne pour la prise en charge de la sous-nutrition aigüe, il faut cependant veiller à rester précis et réaliste.

Veuillez noter que ces exemples ne sont pas encore des objectifs, car ils sont trop vagues. Ils doivent être adaptés au contexte et doivent être SMART (Spécifiques, Mesurables, Réalisables, Pertinent et en Temps opportun).

Témoignage du consultant plaidoyer ACF Libéria (2010)

«Le ministère de la Santé et des Affaires sociales souhaite que le problème soit précisément défini, basé sur des données claires et analysées, que la solution proposée soit concrète, réalisable, budgétée et, reposant sur les meilleures pratiques internationales adaptées à la situation libérienne.»

Buts et objectifs pourraient être formulés comme suit:

- La prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère est efficacement mise en oeuvre au sein d'un ensemble de services de santé de base.
- La qualité des services pour la prise en charge de la sous-nutrition aigüe à travers les unités de patients hospitalisés et en ambulatoire est améliorée.
- Les protocoles de base et normes minimales pour la prise en charge de la sous-nutrition aigüe sévère sont en place et suivis.
- Le plan pour une couverture accrue du traitement de la MAS va de pair avec la dotation supplémentaire en personnel ainsi que des spécialistes au niveau national et régional.
- Les systèmes de détection et de référence des enfants atteints de sous-nutrition aigüe sévère sont en place au centre de santé et au niveau de la communauté.

LES MESSAGES SUR L'INTÉGRATION DE LA PCMA

Les messages doivent bien sûr être adaptés au contexte spécifique et ne peuvent être élaborés qu'à la suite d'analyses solides. Néanmoins, quelques exemples généraux de ce que les messages peuvent contenir sont présentés ci-dessous⁸⁷ :

- ▶ La sous-nutrition aigüe est une cause majeure sous-jacente des maladies courantes comme le paludisme, la tuberculose, la diarrhée, et sa prise en charge réduirait le taux de mortalité des moins de cinq ans.
- ▶ La prise en charge de la sous-nutrition aigüe incluse dans le paquet minimum de santé permettrait de réduire les taux de mortalité des moins de cinq ans.
- ▶ Le traitement en ambulatoire de la sous-nutrition aigüe est à la fois plus rentable et nécessite moins de main-d'œuvre. Il offre une occasion de traiter la maladie et de réduire considérablement la mortalité des moins de 5 ans.
- ▶ Une plus grande reconnaissance de l'importance de la nutrition dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier l'OMD 4 (réduire la mortalité des moins de 5 ans) est essentielle.

Idealement les messages doivent s'adresser à une cible et définir clairement ce qui est attendu de cette dernière. Lors de la livraison des messages, plutôt que de pointer seulement les lacunes, il est important de reconnaître les initiatives de nutrition existantes qui ont été couronnées de succès, et d'être constructif en indiquant quel soutien peut être offert.

COMPRENDRE LES PRIORITÉS DE CHAQUE PARTIE PRENANTE (DONATEURS COMPRIS)

Une analyse des parties prenantes/acteurs vous aidera à tracer vos cibles clés. Le même outil vous aidera également à identifier tous les acteurs concernés ayant un intérêt dans votre question de plaidoyer (partenaires, alliés et adversaires).

Une note d'information sur la façon de mener une analyse des parties prenantes est disponible : sad@actioncontrelafaim.org.

Lorsque l'on vise à influencer les décideurs de haut niveau, il est essentiel de comprendre les priorités des donateurs. De la même façon, les politiques des donateurs au niveau des pays, sont pilotés, dans une certaine mesure, par les priorités et les critères du gouvernement. Donc, le plaidoyer pour l'intégration de la PCMA auprès du gouvernement peut être complété par le plaidoyer auprès des donateurs qui peuvent fournir un soutien.

Savoir quels sont les donateurs qui soutiennent l'intégration de la PCMA et quelles sont leurs

87 - Rapport plaidoyer du Libéria, Kim Clausen 2010



priorités de financement est donc très utile. Les modalités de financement sont aussi importantes. Dans certains pays, des financements coordonnés entre les différents bailleurs de fonds (pool funds) existent et sont destinés aux ministères de la santé. Par ailleurs, il est concevable que le financement basé sur la performance puisse décourager ces derniers d'intégrer la PCMA au paquet minimum de services, car cela ajoute des obligations à délivrer les services et des indicateurs à atteindre.

LE SERVICE PLAIDOYER CHEZ ACF

L'équipe plaidoyer d'ACF se tient à la disposition des équipes terrains pour apporter un soutien à toute démarche de plaidoyer. Ce soutien passe par la réponse aux demandes ponctuelles, la fourniture de documents complémentaires ou briefings, et l'accompagnement par un membre de l'équipe plaidoyer (visite terrain avec organisation de formation et de travaux de groupes pour définir la stratégie de plaidoyer...)

Pour toute demande d'information, vous pouvez contacter :

Elise Rodriguez, point focal plaidoyer missions, au département plaidoyer ACF-France

eliserodriguez@actioncontrelafaim.org

sad@actioncontrelafaim.org



CLUSTER NUTRITION : NOTIONS DE BASE



Objectif du document :
Connaitre les points clés concernant le Cluster Nutrition et les implications pour ACF sur le sujet.



MESSAGES ESSENTIELS

- L'Approche Cluster permet ainsi des réponses plus stratégiques et une meilleure priorisation des ressources disponibles en clarifiant la répartition du travail entre les organisations, et en définissant mieux les rôles et responsabilités des organisations humanitaires au sein des secteurs.
- En tant que Cluster Lead Agency au niveau global pour la Nutrition, UNICEF a la responsabilité de faciliter la discussion, l'analyse et la recommandation d'activer ou non le Cluster Nutrition. Dans le même temps les acteurs en nutrition au niveau pays ainsi que la GNC-CT peuvent apporter leurs contributions.
- Le Cluster Nutrition est ouvert à toutes les organisations participant à la réponse nutritionnelle, en ligne avec les standards de bonnes pratiques, et qui souhaitent s'engager dans le renforcement des capacités en nutrition dans le pays, et contribuer aux priorités stratégiques du Cluster Nutrition.
- La stratégie de réponse du Cluster représente le cadre global de la réponse à l'urgence en nutrition. Elle fournit la vision et le plan d'action pour une réponse collective et complète.

Ce document d'information donne un aperçu du plaidoyer et apporte de nombreux conseils sur le plaidoyer spécifique au secteur de la nutrition. (Un chapitre plus détaillé sur la façon de développer une stratégie de plaidoyer PCMA sera disponible dans le livre PCMA qui sera édité en 2012 - les sections ci-dessous ont été extraites du chapitre de R. Brown sur le plaidoyer).

INTRODUCTION

Les urgences humanitaires peuvent prendre de multiples formes. Elles peuvent résulter de catastrophes naturelles, telles que les inondations ou les séismes, ou de conflits. Le début d'une urgence peut survenir très rapidement, ou bien évoluer lentement dans le temps.

La réponse humanitaire est un domaine évolutif et dynamique, guidé par des principes humanitaires fondamentaux.

LA RÉFORME HUMANITAIRE ET L'APPROCHE CLUSTER

En réponse à la complexité croissante des contextes humanitaires, une Revue de la Réponse Humanitaire a été finalisée en 2005 par l'IASC⁸⁸. Cette revue a pointé des gaps significatifs, notamment une fragmentation des réponses, une duplication des efforts, et une implication insuffisante des gouvernements et acteurs nationaux.

Une Réforme Humanitaire a ainsi été proposée, dans le but d'améliorer la prévisibilité des financements et le leadership de la réponse, la redevabilité envers les populations affectées, et le partenariat entre les acteurs humanitaires UN et non UN.



Figure 38 : Les 4 piliers de la Réforme Humanitaire

OBJECTIFS DE L'APPROCHE CLUSTER

Le développement de l'Approche Cluster visait à renforcer la réponse humanitaire, à travers la définition et le renforcement de partenariats et de la redevabilité dans les secteurs clés.

- ▶ Au niveau global : renforcement de la préparation et de la capacité technique de réponse aux urgences humanitaires.
- ▶ Au niveau pays : assurer une réponse plus cohérente et efficace en mobilisant les agences afin qu'elles puissent répondre de manière stratégique, avec une agence dirigeant le « cluster » (Cluster Lead Agency) désignée au niveau pays.

L'Approche Cluster permet ainsi des réponses plus stratégiques et une meilleure priorisation des ressources disponibles en clarifiant la répartition du travail entre les organisations, et en définissant mieux les rôles et responsabilités des organisations humanitaires au sein des secteurs.

88 - Inter-Agency Standing Committee : forum impliquant les acteurs clés UN et non UN, responsable de la coordination, du développement de politiques et de la prise de décisions. L'IASC détermine qui est responsable de quoi dans la réponse humanitaire, identifie les gaps et recommande l'application des principes humanitaires internationaux. L'IASC est dirigé par l'Emergency Relief Coordinator (ERC).



OÙ / QUAND ACTIVER LES CLUSTERS ?

Lorsqu'une urgence humanitaire dépasse les limites du mandat d'une agence, quand les besoins sont d'une telle complexité que cela justifie une réponse multisectorielle et l'engagement d'un large éventail d'acteurs.

MÉCANISME D'ACTIVATION DES CLUSTERS

La procédure d'activation des Clusters a été élaborée par l'IASC en 2007.

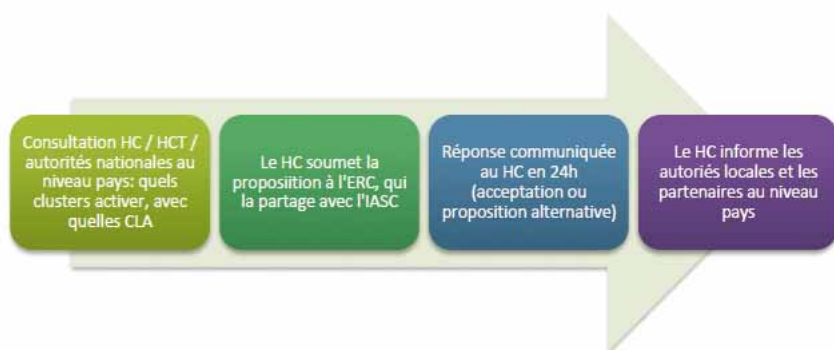


Figure 39 : Mécanisme d'activation des Clusters

• Les acronymes

- ▶ **HC (Humanitarian Coordinator)** : Il/elle a la responsabilité d'assurer que la réponse internationale est stratégique, bien planifiée, coordonnée et efficace.
- ▶ **HCT (Humanitarian Country Team)** : l'équivalent de l'IASC au niveau pays; dirigée par le HC.
- ▶ **ERC (Emergency Relief Coordinator)** : à la tête d'OCHA, dirigeant l'IASC, et reportant au Secrétariat Général des Nations Unies, l'ERC est responsable de la coordination globale de l'assistance humanitaire
- ▶ **CLA (Cluster Lead Agency)** : Pour la Nutrition, UNICEF est la Cluster Lead Agency

QUAND LE CLUSTER NUTRITION DOIT-IL ÊTRE ACTIVÉ ?

L'activation des Clusters spécifiques dépend de l'urgence humanitaire et des capacités de réponse au niveau national. Les Clusters ne sont supposés être activés que dans les secteurs où les mécanismes de coordination existants sont insuffisants. L'activation du cluster dépendra d'une décision des autorités nationale (voir ci-dessous)

En tant que Cluster Lead Agency au niveau global pour la Nutrition, UNICEF a la responsabilité de faciliter la discussion, l'analyse et la recommandation d'activer ou non le Cluster Nutrition. Dans le même temps les acteurs en nutrition au niveau pays ainsi que la GNC-CT⁸⁹ peuvent apporter leurs contributions.

- **Les questions à se poser pour savoir si un Cluster Nutrition est nécessaire**

- ▶ Existe-t-il des gaps dans la disponibilité des programmes de traitement et de prévention de la sous-nutrition à cause de l'urgence ?
- ▶ La préparation et la réponse à l'urgence en nutrition sont-elles déjà coordonnées de manière adéquate par les autorités nationales ?
- ▶ Existe-t-il un mécanisme de coordination pour le secteur nutrition ayant les capacités de préparation et réponse aux urgences ?
- ▶ D'autres secteurs prévoient-ils d'activer l'approche Cluster ?
- ▶ Y a-t-il des indicateurs de l'augmentation du risque nutritionnel lié à l'urgence, et qui dépasserait les capacités actuelles de réponse ?

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

GOUVERNEMENT

Le rôle du gouvernement est défini dans la résolution 46/182 de l'Assemblée Générale des UN : « Chaque Etat **est le premier responsable** pour prendre en charge les victimes des catastrophes naturelles et autres urgences survenant sur son territoire. Donc l'Etat affecté a le premier rôle dans l'initiation, l'organisation, la coordination et l'implémentation de l'assistance humanitaire sur son territoire. »

L'assistance humanitaire est fournie dans le cas où les autorités nationales n'ont pas la volonté ou la capacité de la fournir elles-mêmes.

En fonction de la volonté des autorités nationales à participer au Cluster, il existe 3 possibilités de partenariat :

- ▶ Le gouvernement est lead ou Co-lead d'un cluster
- ▶ Le gouvernement souhaite coordonner, mais délègue l'autorité de coordination à la CLA, et des opportunités de prise de décision lui sont offertes régulièrement (situation la plus courante)
- ▶ Le gouvernement ne veut ou ne peut pas coordonner, et est tenu informé des progrès du cluster à intervalles réguliers.

89 - Global Nutrition Cluster - Coordination Team



CLUSTER LEAD AGENCY

Une agence est désignée comme CLA dans chaque secteur technique.

Au niveau global la CLA en Nutrition est UNICEF. Au niveau pays UNICEF est également le plus souvent la CLA mais d'autres schémas sont possibles. Au niveau pays la CLA peut être n'importe quelle organisation membre de l'IASC dès lors qu'elle a les ressources et l'expertise nécessaires pour répondre aux termes de référence. ACF a déjà été dans certains pays la CLA (Sud soudan par exemple).

Les aires d'intervention de la CLA sont :

- ▶ Standards et politiques : développement, consolidation, dissémination
- ▶ Construction de la capacité de réponse : formations, stocks, RH
- ▶ Support opérationnel

IMPLICATION D'ACF

- ▶ **Présence opérationnelle** : il serait irréaliste pour ACF de se positionner en CLA avec une présence opérationnelle limitée sur le terrain.
- ▶ **Implications RH** : la CLA doit fournir des personnels en nombre suffisant, seniors et expérimentés pour assurer les fonctions de coordination, d'information management et de support administratif, pour toute la durée de l'urgence et de la période de transition.
- ▶ **Implications financières** : coûts des personnels et des activités de coordination (réunions, support logistique, support administratif, impressions, etc.).
- ▶ **Relations de travail avec les autorités nationales** : les différentes organisations (UN, ONG, institutions) peuvent être traitées différemment par les autorités nationales (permis de circuler, permis de travail, par exemple). Ce genre de problème devrait être résolu pour agir en tant que CLA.
- ▶ **Redevabilité** : en tant que pourvoyeur en dernier recours, la CLA est redevable devant le coordinateur humanitaire en cas de gaps identifiés.

POUR EN SAVOIR +

Pourvoyeur en dernier recours : Au niveau pays la CLA a la responsabilité d'être le pourvoyeur en dernier recours, ce qui signifie que sous certaines conditions, la CLA a l'obligation de fournir les services nécessaires pour combler les gaps dans la réponse à l'urgence. Ces conditions sont l'accès, la sécurité, et la disponibilité des fonds.

LE COORDINATEUR CLUSTER

Le rôle du NCC (Nutrition Cluster Coordinator) est d'assurer une réponse cohérente et efficace à une urgence nutritionnelle. Ses termes de référence couvrent 13 champs d'intervention :

- ▶ Inclusion de tous les partenaires clés ;
- ▶ Etablir et maintenir des mécanismes de coordination appropriés ;
- ▶ Assurer lien/coordination avec les autorités nationales, les institutions et la société civile ;
- ▶ S'assurer de l'approche participative et de l'implication de la communauté dans les évaluations, analyses, et réponses ;
- ▶ S'assurer que les questions transverses sont prises en compte (genre, VIH, environnement, etc.) ;
- ▶ S'assurer de l'efficacité et de la cohérence des évaluations et analyses, et impliquer les partenaires appropriés ;
- ▶ Préparation aux urgences ;
- ▶ Elaboration de stratégie ;
- ▶ Application des standards : s'assurer que les réponses sont en ligne avec les politiques nationales ;
- ▶ Suivi et reporting: s'assurer que les mécanismes sont en place ;
- ▶ Plaidoyer et mobilisation des ressources ;
- ▶ Formation et développement des capacités des partenaires ;
- ▶ Pourvoyeur en dernier recours: requête auprès de la CLA pour combler les gaps.

La crédibilité du NCC dépend de la façon dont il/elle arrive à démontrer son impartialité, son autonomie et son indépendance par rapport à sa CLA.

PARTICIPANTS AU CLUSTER

Le Cluster Nutrition est ouvert à toutes les organisations participant à la réponse nutritionnelle, en ligne avec les standards de bonnes pratiques, et qui souhaitent s'engager dans le renforcement des capacités en nutrition dans le pays, et contribuer aux priorités stratégiques du Cluster Nutrition.

IMPLICATION D'ACF

- ▶ Approuver les objectifs globaux et mécanismes de coordination du cluster ;
- ▶ Pro activité dans l'échange d'information, identification des besoins et des gaps, mobilisation des ressources, renforcement des capacités locales ;
- ▶ Partager les responsabilités de la coordination: évaluer les besoins, développer des plans de réponse, développer des guidelines, etc. à travers des groupes de travail ; développer des réponses en ligne avec les objectifs et priorités définis ;
- ▶ Respecter et adhérer aux principes, politiques, priorités et standards.

Il est important de préciser que les participants au Cluster Nutrition ne sont pas redevables à la CLA, excepté dans le cas d'obligations contractuelles (par exemple en tant qu'implementing partner).



GLOBAL NUTRITION CLUSTER (NIVEAU INTERNATIONAL)

• Composition

Le GNC est composé d'un large éventail de participants, ayant des rôles et responsabilités différents :

- ▶ **Coordinateur du GNC** : responsable de la gestion globale du GNC, et assisté par une équipe (GNC-CT : GNC-Coordination Team) ;
- ▶ **Partenaires principaux du GNC (Core Partners)** : individus ou agences faisant formellement partie du GNC, et apportant leur expertise technique. ACF en fait partie ;
- ▶ **Personnes ressources du GNC** : réseau des NCC et de personnels régionaux de la CLA, auxquels on fait appel pour des contributions particulières ;
- ▶ **Observateurs du GNC** : individus ou agences qui ne participent au GNC que pour partager de l'information (ex : MSF, CICR) ;
- ▶ **Réseau élargi du GNC** : étudiants, professionnels, qui s'intéressent aux informations partagées par le GNC mais qui ne sont pas impliqués dans le travail.

• Les axes stratégiques du GNC

- ▶ Coordination, plaidoyer et mobilisation de ressources à l'international
- ▶ Politiques, standards, guidelines internationaux
- ▶ Développement des capacités de réponse humanitaire
- ▶ Préparation
- ▶ Évaluation, monitoring et information management
- ▶ Meilleures pratiques et leçons apprises

LA VISION DU GNC

« Sauvegarder et améliorer le statut nutritionnel des populations affectées par les urgences, en assurant une réponse appropriée qui soit prévisible, opportune et efficace ».

• Le GNC et les Cluster pays

Il n'y a pas de lien hiérarchique entre la GNC-CT et les NCC. Le GNC partage ses ressources (documentation) et offre un support technique aux NCC, sur demande.

Le GNC assure également un lien avec d'autres initiatives qui concernent la nutrition, telles que le IFE⁹⁰ Core Group, le SCN⁹¹, le SUN⁹², le NUGAG⁹³ et le REACH⁹⁴.

90 - Infant Feeding in Emergency

91 - Standing Committee on Nutrition

92 - Scaling Up Nutrition

93 - Nutrition Guidance expert Advisory Group

94 - Ending Child Hunger and Undernutrition

• UNHCR et le Cluster Nutrition

En 2005 le UNHCR a pris le rôle de CLA pour les Cluster Protection et Shelter pour les déplacés internes, ainsi que la coordination et la gestion des camps de déplacés.

En revanche il n'existe pas de directives sur la façon dont UNHCR et le Cluster Nutrition devraient coopérer concernant le cas des réfugiés.

En résumé :

- ▶ **Pour les déplacés, en dehors des camps** : la nutrition est sous la responsabilité du Cluster Nutrition ;
- ▶ **Pour les déplacés, dans les camps** : la nutrition est sous la responsabilité du Cluster Nutrition ;
- ▶ **Pour les réfugiés, dans et en dehors des camps** : la nutrition est sous la responsabilité de UNHCR.

LES CHAMPS D'ACTION DU CLUSTER NUTRITION

GESTION DE L'INFORMATION

Une gestion de l'information efficace est le fondement d'une coordination efficace. C'est un composant essentiel pour améliorer la planification, l'intégration et l'implémentation d'une réponse d'urgence en nutrition.

La gestion de l'information inclut 4 domaines : la collecte, le traitement, l'analyse et la dissémination.

▶ Qui est impliqué ?

La CLA (fournit les ressources : personnel IM, ordinateurs et logiciels nécessaires), IM manager, NCC (s'assure de la production de données et de leur usage approprié), les participants Cluster (proactifs dans l'échange d'informations, et contribuent à la production de standards et de guidelines pour l'IM), et OCHA (qui compile les informations des différents Clusters).

ÉVALUATION

Les informations fournies par les évaluations constituent le fondement de la planification, de la délivrance et du suivi de la réponse du Cluster Nutrition. Elles génèrent une image de la situation d'avant-crise, incluant les vulnérabilités, mais aussi une image de la situation pendant la crise, soulignant l'impact de l'urgence et les personnes affectées.

▶ Qui est impliqué ?

Le NCC et l'IM (identification des informations disponibles et des gaps), le HC et OCHA (coordination des évaluations d'urgence inter-cluster), les participants Cluster (mise en œuvre des évaluations, identification des besoins spécifiques).



STRATÉGIE DE RÉPONSE DU CLUSTER

La stratégie de réponse du Cluster représente le cadre global de la réponse à l'urgence en nutrition. Elle fournit la vision et le plan d'action pour une réponse collective et complète. La stratégie de réponse du Cluster Nutrition :

- Définit des objectifs communs
- Identifie des priorités
- Elabore un plan d'action cohérent et complet, définissant clairement les rôles et responsabilités
- Et définit le mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la réponse.

La stratégie de réponse doit être basée sur l'analyse des informations disponibles, prendre en compte les problématiques transversales, faire le lien avec les autres Clusters lorsque c'est pertinent, et tenir compte des priorités et des capacités disponibles.

La stratégie doit être régulièrement revue et mise à jour afin de rester pertinente.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (facilite le développement et la mise à jour de la stratégie, avec des mécanismes clairs de contrôle de la qualité et de révision), et les participants Cluster (contribuent par leurs informations et leurs idées).

PROMOTION DES STANDARDS ET DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Promotion des standards

Des standards doivent être en place afin de promouvoir une réponse de qualité, et que les objectifs du Cluster Nutrition sont atteints par la mise en œuvre d'activités planifiées, implémentées et suivies de manière appropriée.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (facilite l'identification, la révision, le développement, et la promotion des standards), les participants Cluster (identifier et prioriser les domaines où des standards sont nécessaires, s'engager dans le développement/la révision), institutions ou organisations en dehors du Cluster (développement de matériel de formation, ou autre).

Développement des capacités

Développement des compétences des participants au Cluster, de manière à ce qu'ils soient mieux équipés pour sauvegarder le statut nutritionnel des populations.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (supporte les efforts pour renforcer les capacités des autorités nationales et de la société civile), les participants Cluster (contribuent à l'identification et la priorisation des besoins de développement des capacités).

PLAIDOYER ET COMMUNICATION

Plaidoyer

En pratique le plaidoyer en situation d'urgence vise à :

- Gagner en acceptance et en support pour la nutrition en situation d'urgence ;
- Mobiliser des ressources ;
- Augmenter la prise de conscience.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (s'assure que les problématiques de plaidoyer du Cluster Nutrition sont identifiées, et facilite le processus de plaidoyer conjoint), l'IM (collecte et analyse les informations utilisées dans les messages de plaidoyer), les participants Cluster (priorisation des problèmes, développer les preuves, mise en œuvre du plaidoyer, mais aussi détermination des paramètres du plaidoyer : qui parle au nom du Cluster Nutrition, selon quelles conditions), la CLA (le représentant de la CLA a la responsabilité de plaidoyer pour le Cluster Nutrition, en utilisant toutes les occasions qui se présentent, en se basant sur les apports du NCC).

Communication

La communication est un important instrument de plaidoyer, particulièrement avec les médias.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (facilite la définition et la présentation du point de vue du Cluster Nutrition, et s'assure que les messages représentent la position du Cluster Nutrition et pas d'un seul partenaire), l'IM (collecte et analyse l'information utilisée dans le matériel de communication), les participants Cluster (définissent à travers les TdR du Cluster les paramètres de communication externe : qui parle au nom du Cluster Nutrition, selon quelles conditions, comment sont gérées les informations sensibles), la CLA (communiquer les besoins et problèmes du Cluster Nutrition dans les forums supérieurs, support technique et facilitation du contact avec les médias), OCHA (rôle important de communication pour tous les Clusters).

MOBILISATION DES RESSOURCES

Collecte de fonds

La collecte de fonds vise à assurer que les ressources financières adéquates sont disponibles pour les partenaires humanitaires, de manière à ce que la stratégie de réponse du Cluster Nutrition puisse être implémentée.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (s'assure que le Cluster Nutrition mobilise les fonds nécessaires pour adresser les besoins prioritaires, s'assure que les fonds obtenus à travers le Cluster Nutrition sont utilisés en



priorité pour les problématiques les plus critiques et sous-financées), la CLA (plaidoyer pour les besoins de financement du Cluster Nutrition auprès du HC, des bailleurs, et de la communauté humanitaire), les participants Cluster (partagent les informations avec le NCC pour s'assurer que tous les besoins financiers sont couverts, contribuent à la priorisation des projets au sein du Cluster, et mobilisent des fonds de leur côté), OCHA et le HC (gère le processus de collecte de fonds pour les clusters : détermine le processus, les outils, et le temps imparti à l'établissement des priorités de financement et la sélection des projets).

POUR EN SAVOIR +

Fonds	Qu'est-ce que c'est ?	Qui est éligible ?	Qui le prépare ?
FLASH APPEAL	Donne une vue d'ensemble des besoins les plus urgents, des stratégies de réponse des Clusters, et des projets des agences pour les 3 à 6 premiers mois. Habituellement révisé au bout d'1 mois, selon les informations additionnelles.	Agences UN ONG PAS Autorités nationales sauf si dans les projets UN ou ONG	Coordonné et compilé par HC et OCHA, avec les apports des coordinateurs clusters et de la HCT. Dans les 5 à 7 jours de l'urgence.
CERF Rapid Response Grant (Central Emergency Response Fund)	Fournit un début de financement pour démarrer des programmes « life-saving » développés dans le Flash Appeal, mais non encore couverts par d'autres bailleurs.	Agences UN IOM PAS ONG et autorités nationales sauf si dans un projet UN	Le NCC en collaboration avec le Cluster Nutrition.
CAP (Consolidated Appeal)	Développé si une urgence se prolonge au-delà des 6 mois du Flash Appeal. Composé du CHAP (Common Humanitarian Action Plan) qui est le plan de réponse stratégique à l'urgence + le lot de projets nécessaires à cette stratégie.	Agences UN ONG FICR Les autorités nationales peuvent seulement être implementing partner.	Le HC dirige le processus avec la HCT, les coordinateurs clusters, et les autres organisations humanitaires.
Pooled Funds : ERF (Expanded Humanitarian Response Fund)	Petits fonds, couvrant les besoins non inclus dans le CAP mais en ligne avec les objectifs du CHAP ; projets de court terme (max 6 mois).	Souvent les ONG	
Pooled Funds : CHF (Common Humanitarian Fund)	Couvre les projets prioritaires du CAP.		Processus consultatif impliquant tous les clusters.

MOBILISATION DES INTRANTS ET DE L'ÉQUIPEMENT

La capacité à mettre en œuvre des interventions en nutrition nécessite d'avoir les intrants adéquats, et les équipements au bon moment, au bon endroit.

Le type et la quantité de denrées nécessaires pour la réponse devraient être inclus dans la stratégie de réponse en Nutrition.

Les intrants utilisés pour le traitement de la MAS et le MAM sont souvent catégorisés comme des denrées alimentaires, et sujets à des régulations au niveau pays. L'établissement et le respect de standards de contrôle qualité en lien avec les intrants nutritionnels sont également des questions critiques pour le Cluster Nutrition.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (s'assurer que tous les besoins en intrants et équipements nécessaires à la réponse à l'urgence sont identifiés, et que le Cluster Nutrition peut identifier et résoudre les problèmes de pipeline), l'IM (gestion des informations relatives aux intrants et équipements), la CLA (plaidoyer pour l'ensemble des ressources du Cluster Nutrition), participants Cluster (partage des informations concernant les besoins et les stocks en intrants pour identifier les ruptures potentielles).

SUIVI ET ÉVALUATION

Suivi

Le but du suivi au sein du Cluster Nutrition est de :

- Surveiller les changements dans la situation d'urgence et l'évolution des besoins ;
- Évaluer les progrès et la couverture de la réponse ;
- Faciliter la redevabilité ;
- Identifier et résoudre les problèmes lorsqu'ils apparaissent ;
- Mettre en avant les réussites.

Un système de suivi efficace est essentiel pour faire le meilleur usage des ressources disponibles.

► Qui est impliqué ?

Le NCC (s'assure que le système de suivi est en place), l'IM (conception du système de suivi, renforcement des capacités des partenaires concernant le suivi), participants Cluster (définissent et utilisent le système de suivi), OCHA (coordonne les données de suivi de tous les clusters).

Évaluation et leçons apprises

Les évaluations au sein du Cluster Nutrition peuvent se faire à 2 niveaux :

- Les partenaires peuvent entreprendre des évaluations de leurs programmes (pas d'obligation de partager les résultats avec le Cluster) ;
- Évaluation des performances du Cluster au global.



► Qui est impliqué ?

Le NCC (coordonne les évaluations au niveau du Cluster, et assure la dissémination et l'utilisation des informations), l'IM (support technique dans la définition de la méthodologie et la conduite de l'analyse des évaluations), participants Cluster (identifient et priorisent les besoins d'évaluations pour le Cluster et pour leurs propres agences), OCHA (coordination entre les clusters).

LES OUTILS DU CLUSTER NUTRITION

- Harmonized Training Package
- Nutrition cluster toolkit
- Nutrition Cluster Handbook
- Autres outils : SMART, NutVal
- etc.

PERSPECTIVES

TRANSFORMATIVE AGENDA

Des faiblesses sont toujours identifiées dans la réponse humanitaire multilatérale.

3 axes prioritaires à améliorer:

- **Leadership** : déploiement rapide d'un HC expérimenté et de haut niveau
- **Coordination** : coordinateurs clusters formés et expérimentés, coordination entre les clusters
- **Redevabilité** : amélioration de la redevabilité mutuelle entre HC / HCT / Coordinateurs Clusters / participants Cluster

En résumé, ce que le Cluster Nutrition peut apporter

- Accès à un support technique, et une clarté sur les standards de réponse ;
- Réduction du risque de duplication ou de conflit entre les agences, ou les bénéficiaires ;
- Amélioration du réseau et des moyens pour discuter avec les gouvernements et les bailleurs ;
- Pouvoir collectif pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources, etc. ;
- Partage de ressources et d'expertises ;
- Diminution du risque de prise de décision et de redevabilité en solo.

Références "Pour aller plus loin"

Nutrition Cluster Handbook - Version 1



ANNEXES

Partenariats scientifiques et techniques internationaux

Partenaire	Description partenaire	Lien avec ACF
CDC (Centre Disease Control)- Atlanta	Centre d'épidémiologie du gouvernement américain	• Partenariat avec l'unité de nutrition pour le traitement de la base de données des enquêtes nutritionnelles • Partenariat en cours de discussion sur le Project de recherche « Alternative study »
CRED (Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres)	Centre répertoriant les enquêtes nutritionnelles de différents acteurs et proposant des analyses	Depuis plus de 10 ans ACF transmet chacune de ses données aux CRED.
FANTA-2 puis 3 (Food and Nutrition Technical Assistance)	FANTA-2 propose un appui technique à l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans les domaines Sécurité alimentaire et Nutrition. Développement de guide internationalement reconnu et utilisés	Partenariat sur : • Listening post • Contribution à l'élaboration du guide CMAM
Université Montréal	Département de nutrition de la Faculté de médecine (le professeur H. Deslile est membre du Conseil scientifique d'ACF.)	ACF accueille des stagiaires de master qui effectuent des études : • Étude faisabilité CMAM (Bangladesh) • Travail Master (Cote Ivoire)
IRD (Institut de Recherche et de Développement)	Institut de recherche et développement (Montpellier) à l'origine du développement du RUTF avec André Briend	ACF accueille des stagiaires de master qui effectuent des études comme par exemple l'étude sur la mise en œuvre des standards de croissance OMS en Birmanie. Participation au comité scientifique du projet d'analyse des causes de la malnutrition (NCA)



Université Gent	Département de sécurité sanitaire des aliments et qualité. Faculté d'ingénierie en biosciences	Partenariats scientifiques sur projets de recherche • Plusieurs travaux de recherche (finis, en cours, à venir) RUTF Tchad • PhD approches alternatives
UCL (University college London)	Institute of Child Health (ICH)	Partenariats scientifiques sur projets de recherche et de formation • Nutrition et pastoralisme 2007/2009-2010 • MAMI • Travail sur de la formation Nutrition in Emergency
LSHTM	London school of hygiene and tropical medicine	Partage de données (base de données) protocole d'accord sur un projet de recherche
ITM	Institute of Tropical Medicine, Belgium	Projet d'étude sur les MUAC/ part Protocol d'accordage de donnée
MMS	Moderate malnutrition study (ENN et save the children) financé par OFDA	ACF membre du comité de pilotage
ILNS	Consortium de recherche sur les Lipid-based Nutrient Supplements	Études sur les produits à base lipidique. ACF est membre du forum.
Université Sheffield	Faculté de nutrition humaine	ACF accueille des stagiaires de master qui effectuent des études : • PD efficace sur anémie au Bangladesh • Étude Vit A Étude qualitative sur alternative protocole

Forums internationaux/coordination

Partenaire	Description partenaire	Lien avec ACF
Coordination générale en Nutrition		
UNSCN (United nation standing committee for Nutrition)	Le mandat de l'UNSCN est de promouvoir la coopération entre les agences des Nations Unies et les organisations partenaires. Mise à l'échelle et le renforcement de la cohérence et l'impact des actions contre la malnutrition à l'échelle mondiale, et la sensibilisation aux problèmes de nutrition et de mobiliser l'engagement à les résoudre au niveau mondial, régional et national.	ACF est membre actif depuis 1998. ACF présidait un des deux groupes de travail du comité (nutrition d'urgence) de 2005 jusqu'à 2010. Réforme de l'agence actuelle (depuis 2010) mise en suspend des activités.
Global Nutrition Cluster (GNC)	Réforme humanitaire Coordination des interventions d'urgence en Nutrition. Réuni un large groupe d'ONG, agences onusiennes et bailleurs de fond Différents groupe de travail.	ACF a depuis la création du GNC (2007) joué un rôle important au sein du Cluster. Membre actif de tous les groupes de travaux et membre du petit groupe définissant les plans d'action annuels.
Informal INGO group in Nutrition	Groupe crée en février 2011 par ACF et composé de Save the Children, Concern, Valid,... (participants ponctuels : MSF-Suisse ; NiE de UCL).	Coordination de plans d'action en matière de développement et de projets de recherche. Echanges réguliers sur positionnements opérationnels et techniques. Partenariats sur projets de formation initiés par ACF
ENN	Emergency nutrition network (Publication de Field Exchange)	Plusieurs projets de recherche menés avec ENN (MMS ; MAMI...) nombreux articles FEX
Plaidoyer		
NAG	Nutrition advisory group (groupe d'ONG ayant pour but le plaidoyer) influences politiques en nutrition	ACF est un membre fondateur
Axe prioritaire 1 : Diagnostic et analyse		
HNTS (health and nutrition tracking service)	Groupe de travail sur le suivi d'indicateurs nutrition santé et l'harmonisation des méthodologies	ACF est membre du steering committee. ACF a confié ses bases de données afin que le HNTS puisse mener un projet de recherche.
SMART Technical advisory group	Groupe technique développant la méthodologie et le logiciel SMART	ACF membre de ce groupe et Agence de dissémination.
Coverage Monitoring Network (CMN)	Groupe technique disséminant la méthodologie et des évaluations SQUEAC	Crée par ACF UK



Axe prioritaire 2 : Prise en charge de la malnutrition Aigüe

CMAM forum	Groupe international de référence sur le CMAM	ACF à l'origine de sa création et, aux côtés de Valid co-facilateur de la première phase de ce groupe
MAM task force	Groupe créé en 2011 produisant les recommandations internationales en MAM (blanket versus targeted etc...)	ACF membre actif de cette task-force (avec UNICEF, PAM; OFDA; Save)

Axe prioritaire 3 : Prévention de la sous-nutrition

Infant feeding in Emergency (IFE)	Groupe de travail international hébergé par l'emergency nutrition network (ENN) travaillant sur les enfants de 0 à 24 mois et développant des guides d'intervention. Les grandes agences et bailleurs jouant un rôle important en matière de recommandations participent à ce groupe qui est reconnu comme la référence sur le sujet (dizaine de participants)	ACF est membre du Core group et a participé au développement des outils opérationnels
--	---	---

