

Améliorer la prise en compte de la nutrition dans les projets de développement rural et de santé



Auteurs Vanessa Alby-Flores, Mirr dyn Denizeau, Claire Kaboré, Pascale Le Roy (GRET)

Coordination Florence MOUTON (AFD)

Pays Côte d'Ivoire et Tchad

Mots-clés Nutrition, développement agricole, développement rural, santé



AUTEURS

Vanessa Alby-Flores (albyflores@gret.org), experte en politiques agricoles et de sécurité alimentaire, responsable de programme au sein du département Alimentation et Economie Rurale au Gret.

Mirrdyn Denizeau (denizeau@gret.org), experte en nutrition, responsable du programme Nutrition au Gret.

Claire Kaboré (kabore@gret.org), experte en sécurité alimentaire et nutrition, représentante du Gret au Burkina Faso.

Pascale Le Roy (le-roy@gret.org), experte en politiques et financement de la santé, responsable du programme protection sociale santé au Gret.

RÉSUMÉ

La lutte contre la malnutrition constitue un enjeu majeur de développement, longtemps négligé. C'est pourquoi la France, aux côtés de nombreux autres bailleurs, a pris des engagements internationaux pour lutter contre la malnutrition. Contrairement à certaines idées reçues, la sous-nutrition ne concerne pas seulement les situations d'urgence et la malnutrition relève d'un ensemble de facteurs multisectoriels, très liés à un territoire donné. Il paraissait donc nécessaire à l'Agence Française de Développement de bien ancrer la lutte contre la malnutrition dans la réalité opérationnelle. Cette note présente la synthèse d'une étude confiée à une équipe pluridisciplinaire qui s'est intéressée, au Tchad et en Côte d'Ivoire, aux secteurs de la santé et du développement agricole.

LANGUE ORIGINALE

Français

ISSN

En cours

DÉPÔT LÉGAL

1^{er} trimestre 2016

Les *Notes techniques* sont téléchargeables sur le site des publications de l'AFD : <http://librairie.afd.fr>

AVERTISSEMENT

Les analyses et conclusions de ce document ne reflètent en aucun cas le point de vue de l'Agence Française de Développement ou de ses tutelles institutionnelles.

REMERCIEMENTS DES AUTEURS

Sans pouvoir nommer toutes les personnes avec qui nous avons échangé, nous remercions l'ensemble de nos interlocuteurs en France, Cote d'Ivoire et Tchad, pour leur coopération pour la réalisation de cette étude.

Nous adressons également nos chaleureux remerciements aux consultants qui ont contribué à l'étude dans les pays : André Affro pour la Côte d'Ivoire et Abdoulaye Younos pour le Tchad.

Par ailleurs, ce travail a bénéficié de l'appui d'un comité de pilotage, composé d'Alain Joly, Christelle Josselin, Nicolas Leguen, Florence Mouton, Pierre Salignon, Philippe Steinmetz, Marie-Cécile Thirion et Philippe Walfard ; nous leur apportons nos sincères remerciements. Un remerciement particulier va à Florence Mouton pour l'accompagnement qu'elle a apporté tout au long de la réflexion.

SOMMAIRE

<i>Avant-propos</i>	4
<i>Préface</i>	5
<i>Liste des acronymes et abréviations</i>	9
CADRE CONCEPTUEL SUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE	10
I. Rappel des quelques concepts clés et définitions	10
II. Les activités prioritaires en nutrition et le renforcement des liens entre la nutrition et les secteurs concernés	13
INTÉGRATION DE LA NUTRITION DANS LA PHASE DE PROGRAMMATION ET D'INSTRUCTION DES DOSSIERS	19
I. Phase de programmation et d'identification	20
Recommandation n°1 : Cibler les pays les plus touchés par les différentes formes de malnutrition.....	20
Recommandation n°2 : Renforcer la prise en compte de la nutrition dans les stratégies d'intervention des pays prioritaires.....	22
Recommandation n°3 : Favoriser l'intégration opérationnelle à travers un ancrage clair de la nutrition et le renforcement des compétences internes.....	22
Recommandation n°4 : Disposer d'un diagnostic complet sur la nutrition pour bien positionner les interventions.....	23
Recommandation n°5 : Privilégier une approche territoriale ciblée favorisant des actions multi-secteurs.....	25
Recommandation n°6 : Privilégier des interventions de prévention de la malnutrition tout en poursuivant les efforts en matière de prise en charge.....	26
II. Phase d'instruction	27
Recommandation n°7 : Approfondir le diagnostic sur la zone d'intervention lors de l'étude de faisabilité.....	28
Recommandation n°8 : Appuyer l'élaboration des politiques nutritionnelles et leur pilotage effectif.....	29
Recommandation n°9 : Mettre en œuvre des actions de nutrition en lien avec la santé (interventions spécifiques et sensibles).....	30
Recommandation n°10 : Mettre en œuvre des activités nutrition visant à améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des groupes cibles.....	33
Recommandation n°11 : Renforcer les activités de développement rural (agriculture et élevage) contribuant à améliorer la nutrition tout en limitant les impacts potentiellement négatifs connus.....	35

Recommandation n°12 : Définir et mettre en œuvre des indicateurs clairs de suivi de l'impact	43
CONCLUSION	45
SÉLECTION DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
<i>Précédentes publications de la collection</i>	<i>48</i>
<i>Précédentes publications de la collection</i>	<i>49</i>
<i>Qu'est-ce que l'AFD ?</i>	<i>50</i>

Avant-propos

L'Agence Française de Développement (AFD) a confié, en mai 2014, au GRET (Professionnels du développement solidaire) la réalisation d'une étude visant à améliorer la prise en compte de la nutrition dans les futurs projets de l'AFD au Tchad et en Côte d'Ivoire, dans deux secteurs, santé et développement agricole.

Le GRET a présenté les résultats de l'étude à l'AFD en février 2015. Certains propos contenus dans ce rapport font donc référence à des constats qui, depuis, ont pu connaître des évolutions.

Ce document est une version modifiée de la version finale du rapport d'étude. Le GRET avait, par ailleurs, remis des rapports détaillés pour chacun des pays.

Cette étude a été réalisée par une équipe d'experts du GRET au Burkina Faso (Claire Kaboré) et en France (Vanessa Alby-Flores, Mirr dyn Denizeau et Pascale Le Roy) et deux consultants nationaux associés (André Affro pour la Côte d'Ivoire et Abdoulaye Younos pour le Tchad).

Les propos et commentaires contenus dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle de l'AFD.

Préface

La préface de cette étude a été rédigée par Florence Mouton, experte sécurité alimentaire et nutritionnelle à l'AFD.

La lutte contre la malnutrition constitue un enjeu majeur de développement, longtemps négligé

La malnutrition peut prendre différentes formes, pouvant parfois coexister : la sous-nutrition chronique (retard de croissance) ou aiguë (émaciation), les carences en micronutriments (notamment en fer, en iode, en zinc et en vitamine A), ... ainsi que le surpoids et l'obésité. Une personne sur trois dans le monde est touchée par au moins une de ces trois formes¹.

Or, la malnutrition a des conséquences négatives lourdes (elle est responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de 5 ans) et irréversibles sur les capacités physiques et cognitives d'un individu, notamment lorsqu'elle intervient entre la conception et l'âge de deux ans (1000 premiers jours de vie). C'est pourquoi, les cibles prioritaires pour améliorer l'état nutritionnel d'une population sont les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 2 ans.

La malnutrition peut, d'autre part, entraîner des coûts élevés pour un pays, quand une part importante de sa population en est affectée : ainsi, le Rapport sur la Nutrition Mondiale (2015) estime à 11% du PIB le coût économique de la malnutrition en moyenne en Afrique et en Asie.

C'est pourquoi la France, aux côtés de nombreux autres bailleurs, a pris des engagements internationaux pour lutter contre la malnutrition. En 2011, elle s'est dotée d'un document d'orientation stratégique (DOS) sur la nutrition dans les pays en développement. A travers son cadre d'intervention sectoriel (CIS), l'AFD a revu sa stratégie pour promouvoir la sécurité alimentaire en Afrique Subsaharienne (2013-2016) et s'est engagée à faire de la nutrition un objectif transversal du CIS. De plus, depuis 2014, la lutte contre la malnutrition est également inscrite comme une priorité de la Loi d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale (LOP-DSI)².

1 Rapport sur la Nutrition Mondiale 2015, supervisé par l'IFPRI (International Food Policy Research Institute).

2 Un indicateur a ainsi été introduit dans la LOP-DSI sur le nombre de projets devant comporter un objectif nutritionnel.

Un bon état nutritionnel exige alimentation adéquate, bonne santé et soins adaptés

L'état nutritionnel dépend d'un ensemble de facteurs multisectoriels. Une alimentation adéquate est nécessaire aussi bien en quantité qu'en qualité. Ainsi, l'état nutritionnel ne dépend pas seulement de la quantité de calories qui sont ingérées mais également de la qualité et de la diversité des aliments afin de fournir l'ensemble des nutriments (protéines, vitamines, sels minéraux, ...) nécessaires à l'individu aux différentes phases de sa vie.

Au-delà de ce que doit apporter l'alimentation elle-même, un bon état nutritionnel dépend aussi de l'accès aux services de santé et à une eau potable de qualité. Un bon niveau de connaissances sur l'hygiène, les soins et l'alimentation à apporter aux jeunes enfants ainsi que la promotion des bonnes pratiques sont également essentielles. De fait, les diarrhées sont connues pour être une des causes très importantes de sous-nutrition, notamment chez les jeunes enfants, et leur occurrence peut avoir des origines multiples. De nombreux secteurs d'intervention sont donc concernés par la lutte contre la malnutrition (développement agricole et agroalimentaire, santé maternelle et infantile, santé sexuelle et reproductive, eau et assainissement, éducation et formation professionnelle) et les professionnels doivent contribuer conjointement à atteindre cet objectif. Le caractère multisectoriel des interventions constitue un grand défi, pour les bailleurs de fonds, les opérateurs de développement et les pays partenaires.

Longtemps méconnue, l'ampleur de la sous-nutrition dans le monde montre la nécessité d'agir contre ses causes structurelles et au-delà des situations d'urgence. Contrairement aux idées reçues, la malnutrition aiguë ne concerne pas seulement les zones en crises ou de conflit. Elle touche 10% des enfants de moins de 5 ans. La malnutrition chronique touche quant à elle 30% des enfants, voire parfois beaucoup plus selon l'âge et les contextes.

La malnutrition est très liée à la pauvreté dont elle est à la fois cause et conséquence. La pauvreté peut contribuer à aggraver le statut nutritionnel des populations. Mais la malnutrition touche toutes les catégories de population, sans corrélation linéaire avec le niveau socio-économique. On note aussi que dans des régions avec des niveaux de production céréalière et de revenus élevés, les populations souffrent des taux de malnutrition chronique importants. C'est le cas au Tchad par exemple où la région Sud, considérée comme le grenier à céréales du pays, est moins touchée par la malnutrition aiguë mais marquée par une prévalence structurellement élevée de la malnutrition chronique.

La nécessité d'ancrer la mise en œuvre dans la réalité opérationnelle

Nombre d'ouvrages traitent de la prise en compte de la malnutrition dans les projets de développement, mais ils restent souvent au niveau d'orientations stratégiques.

Evaluer précisément les principaux déterminants de la malnutrition tenant compte des spécificités régionales et socio culturelles pour en déduire des projets permettant de lutter efficacement contre ce fléau est un exercice complexe. De fait, les solutions sont nécessairement liées au contexte : comment, alors, réaliser des diagnostics pertinents, sur des zones étendues, avec des budgets d'études de faisabilité contraints ?

De même, le suivi-évaluation des projets nécessite d'atteindre le niveau de l'individu, pour évaluer notamment les effets sur les femmes et les enfants de moins de 2 ans, exercice qui demande des méthodologies adaptées. Les indicateurs d'impact les plus souvent cités sont des indicateurs liés au secteur de la santé et pour lesquels les effets ne sont mesurables que sur le moyen terme (retard de croissance par exemple). Comment, alors, mettre en place des instruments de suivi adaptés au pas de temps d'un projet de développement, nécessairement plus court ? Il se pose parallèlement la question de la mesure des actions indirectes sur la nutrition (dans le secteur du développement agricole par exemple, des actions visant l'amélioration de la diversité alimentaire des ménages) qui ont des impacts sur le régime alimentaire mais pour lesquelles il sera difficile de démontrer l'impact, à court terme, sur les indicateurs finaux de malnutrition.

Comment faire le lien entre l'amélioration d'une situation nutritionnelle donnée et les résultats d'un projet de développement agricole ? Comment arbitrer entre d'un côté l'appui à une culture commerciale qui améliore le revenu d'un ménage, et ainsi facilite l'achat de produits alimentaires variés ainsi que l'accès aux centres de soins et d'un autre côté l'appui à la production de jardins maraîchers pour l'alimentation familiale ? L'évaluation est d'autant plus complexe que certaines recherches pointent du doigt les effets potentiellement délétères de certains projets de développement agricole sur la situation nutritionnelle des groupes vulnérables (du fait de l'augmentation importante du temps de travail des femmes dans les champs par exemple...).

Il existe aussi une littérature sur des projets mis en œuvre à des échelles très locales et qui ne peuvent être reproduits à l'identique à des échelles plus vastes.

Dans le secteur de la santé, la nutrition a longtemps été cantonnée au domaine de l'urgence et en particulier de la prise en charge de la malnutrition aiguë (famines, situations de malnutrition sévère...). Il s'agissait donc de fournir rapidement des intrants nutritionnels, sur lesquels d'importants progrès ont été réalisés (pâtes à longue conservation ne nécessitant ni froid ni absorption d'eau). Un large consensus se dégage aujourd'hui sur la nécessité d'investir davantage sur la prévention de la

malnutrition, tout en poursuivant les efforts entrepris sur la prise en charge. Cela passe nécessairement par le renforcement de l'offre et l'accès aux soins de santé dans les pays concernés.

L'approche préventive nécessite aussi d'intégrer des actions multi-sectorielles dans des secteurs prioritaires. L'opérationnalisation de ces interventions demande une collaboration entre les Ministères concernés à tous les niveaux (national, régional et local). Des cadres de concertation multisectoriels se mettent progressivement en place, mais ont des difficultés à mettre en œuvre des interventions concertées.

Ainsi, compte tenu de la complexité du sujet, la division Recherche et Développement a demandé à une équipe pluridisciplinaire, d'appuyer l'AFD dans sa réflexion sur l'intégration de la nutrition dans les projets qu'elle finance, en tenant compte de ses contraintes opérationnelles. Dans un premier temps, il a été retenu de s'intéresser uniquement à la sous-nutrition et à la synergie entre deux secteurs d'intervention : secteur de la santé et du développement agricole.

Le Tchad et la Côte d'Ivoire ont été choisis, car des projets en santé et d'autres en développement rural y étaient en cours d'instruction avec, de surcroît, des zones géographiques de recoupement, ce qui permettait d'envisager des synergies entre les deux secteurs. De plus, ces pays présentent deux contextes très différents : contexte sahélien pour l'un et écorégions de savanes et forêts diversifiées pour la seconde.

L'étude visait ainsi à identifier les actions nécessaires pour que soit prise en compte l'amélioration de l'état nutritionnel des populations cibles, dans les futurs projets des divisions santé et développement rural de l'AFD, tant au Tchad qu'en Côte d'Ivoire.

Les suites pour l'AFD

Cette étude, a permis d'avancer dans nos réflexions. Il nous a donc semblé intéressant de partager ces résultats.

Certaines recommandations peuvent être mises en œuvre assez rapidement, dans le cadre des projets existants, d'autres sont ambitieuses et demandent donc du temps et des moyens spécifiques que l'AFD pourra difficilement mettre en œuvre isolément. Compte tenu des moyens disponibles pour la réalisation de l'étude, un certain nombre de questions restent encore à explorer et affiner pour avancer de façon opérationnelle sur ce chantier.

Le partage et mutualisation des données et des actions entre acteurs du développement paraissent absolument nécessaires, que ce soit pour mieux comprendre les liens entre les actions favorisant la nutrition et les interventions sectorielles (santé, agriculture, eau et assainissement,...) ou bien pour mener des diagnostics nutritionnels et comprendre les déterminants de la nutrition dans chacun des contextes de nos pays partenaires.

Liste des acronymes et abréviations

AFD :	Agence Française de Développement
AGIR :	Alliance pour la Résilience
C2D :	Contrat de Désendettement et de Développement
CIP :	Cadre d'Intervention Pays
CRF :	Croix Rouge Française
CSA :	Comité de Sécurité Alimentaire
CNNTA :	Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire
CTAS :	Centre Technique Agroécologique du Sud
DNNA :	Direction Nationale de la Nutrition et de l'Alimentation
DC-PNN :	Direction de la Coordination du Programme National de Nutrition
DOS :	Document d'Orientation Stratégique
IFPRI :	International Food Policy Research Institute
IRC :	International Rescue Committee
IMC :	Indice de Masse Corporelle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
MDM :	Médecins du Monde
MSLS :	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
NPSP :	Nouvelle Pharmacie Nationale de Santé Publique
PAINA :	Plan d'Action Intersectoriel de Nutrition et d'Alimentation
PAM :	Programme Alimentaire Mondiale
PNNA:	Politique Nationale de Nutrition et d'Alimentation
PRSS :	Projet de Renforcement du Système de Santé
RCI :	République de Côte d'Ivoire
SNN :	Stratégie Nationale de Nutrition
SUN :	Scaling Up Nutrition
TDH :	Terre des Hommes

CADRE CONCEPTUEL SUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

I. Rappel des quelques concepts clés et définitions

Comme indiqué par le Comité de Sécurité Alimentaire (CSA) dans son rapport publié en 2012 « S'entendre sur la terminologie », plusieurs termes existent pour parler de sécurité alimentaire et de nutrition³, dont le sens et l'emploi ont évolué au cours du temps. Aujourd'hui encore, il n'existe pas toujours de consensus clair autour du sens et de l'utilisation de ces termes. Il est cependant important de rappeler que la sécurité alimentaire d'une part, et la sécurité nutritionnelle d'autre part sont deux termes avec des significations bien distinctes, mais qui se recoupent puisque la sécurité alimentaire est une des conditions nécessaires (mais pas suffisante) pour accéder à la sécurité nutritionnelle. Cette dernière implique à la fois une alimentation adéquate et une absence de maladie (cf. ci-dessous). Dans le cadre de la présente étude, l'analyse a porté sur une meilleure intégration de la dimension nutritionnelle dans les projets de santé et de développement rural⁴.

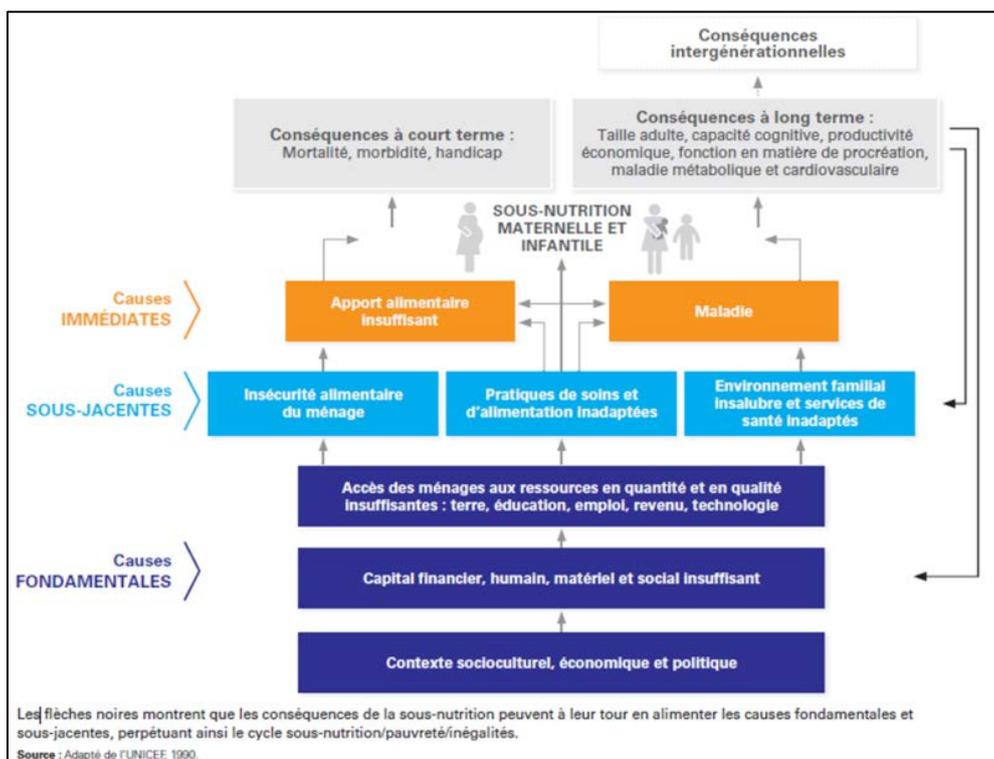
Le cadre conceptuel des causes de la malnutrition (développé par l'Unicef et qui sert souvent de référence) montre que l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant est influencé par trois grands facteurs : l'alimentation, la santé et les soins dès la grossesse, et même en amont puisque l'état nutritionnel de la mère avant et pendant la grossesse influe sur son état ultérieur et celui de son enfant. Des pratiques d'alimentation et de soins sont ainsi recommandées (voir partie I.2) : alimentation équilibrée, suppléments en vitamines et minéraux, visites pré et post natales (vaccination, traitement du paludisme, déparasitage,...), pas ou peu de travaux physiques lors de la grossesse, pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire adaptées, avec des services de santé de qualité et dans un environnement sain (eau potable, assainissement, hygiène).

L'interaction complexe de ces différents facteurs exige d'agir simultanément sur plusieurs déterminants de la malnutrition. D'où la nécessité de développer une approche multisectorielle permettant de s'adresser aux causes immédiates et sous-jacentes (Cf. schéma ci-dessous), correspondant aux besoins des populations les plus vulnérables à la malnutrition que sont en priorité les femmes enceintes, allaitantes, et jeunes enfants.

3 Les termes évoqués dans le rapport du CSA sont : sécurité alimentaire, sécurité nutritionnelle, sécurité alimentaire et nutritionnelle, sécurité alimentaire et nutrition.

4 Le terme « sécurité alimentaire et nutritionnelle » a été dans le cas présent interprété au sens de « sécurité nutritionnelle ».

Cadre conceptuel de la malnutrition



Source : UNICEF, 2013

Quelques indicateurs clés de la malnutrition

Le tableau ci-après présente quelques indicateurs de la malnutrition, leurs définitions et seuils d'alerte définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), illustrés des exemples pour le Tchad et la Côte d'Ivoire.

Indicateur de la malnutrition	Définition	Complément d'information	Seuils OMS indiquant ; le niveau de gravité du problème de santé publique	Exemples pays
Retard de croissance ou malnutrition chronique (« stunting »)	% d'enfants (0-59 mois) dont la taille pour l'âge est inférieur de 2 écarts-types* (retard modéré) ou de 3 écarts-types (retard grave) à la médiane des Normes OMS**	<i>indicateur des effets cumulatifs, (sur le long terme) d'un apport nutritionnel insuffisant, de mauvaises pratiques de soins et de la maladie</i>	< 20 : faible 20-29 : modéré 30-39 : élevé ≥ 40 : très élevé	Tchad: 39% RCI : 30%
Emaciation, maigreur ou malnutrition aiguë globale (« wasting »)	% d'enfants (0-59 mois) dont la taille pour le poids est inférieure de 2 écarts-types* (malnutrition aiguë modérée) à la médiane des Normes OMS**	<i>résulte généralement d'un choc récent causé par un manque de calories et de nutriments et/ou la maladie et interagit fortement sur la mortalité.</i>	< 5 : faible 5-9 : modéré 10-14 : élevé ≥ 15 : très élevé	Tchad : 16% RCI : 8%
Malnutrition aiguë sévère	% d'enfants (6-59 mois) dont la taille pour le poids est inférieure de 3 écarts-types* à la médiane des Normes**, ou dont le périmètre brachial est inférieur à 115 mm, en présence ou non d'un œdème d'origine nutritionnelle			Tchad : 3% RCI : 1,7%
Insuffisance pondérale (« underweight »)	% d'enfants (0-59 mois) dont le poids pour l'âge est inférieur de 2 écarts-types* (forme modérée) ou de 3 écarts-types (forme grave) à la médiane des Normes OMS**	<i>Forme composite de sous-nutrition comprenant des éléments propres au retard de croissance et d'autre à l'émaciation</i>	< 10 : faible 10-19 : modéré 20-29 : élevé ≥ 30 : très élevé	Tchad : 30% RCI : 15%
Surcharge pondérale	% d'enfants (0-59 mois) dont le poids pour l'âge est supérieur de 2 écarts-types* (surpoids et obésité) ou de 3 écarts-types (obésité) à la médiane des Normes OMS**	<i>La surcharge pondérale est associée à un risque de maladies cardiovasculaires</i>		
% d'enfants nés en insuffisance pondérale	% Poids de naissance <2500g	<i>L'insuffisance pondérale à la naissance est associée à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité</i>	≥ 15 : seuil indiquant un problème de santé publique	RCI : 14%
% de femmes en âge de procréer en état de maigreur ; en surpoids ou obésité	% femmes en âge de procréer ayant un indice de masse corporel (IMC : Poids (kg)/taille ² (m ²) <18,5 kg/m ² (maigreur) ; ≥18,5 kg/m ² pour le surpoids et ≥ 30 kg/m ² pour l'obésité	<i>Limite : il ne prend pas en considération certains facteurs importants tels que la structure corporelle (contribution relative du gras, des muscles et des os dans le poids total). L'IMC est également un indicateur du surpoids et d'obésité</i>	5-9,9 : faible 10-19,9 : modéré 20-39,9 : élevé ≥ 40 : très élevé	Tchad : 48% de maigreur chez les femmes nomades vs 16% chez les sédentaires RCI : 8% (maigreur) ; 26% (surpoids)

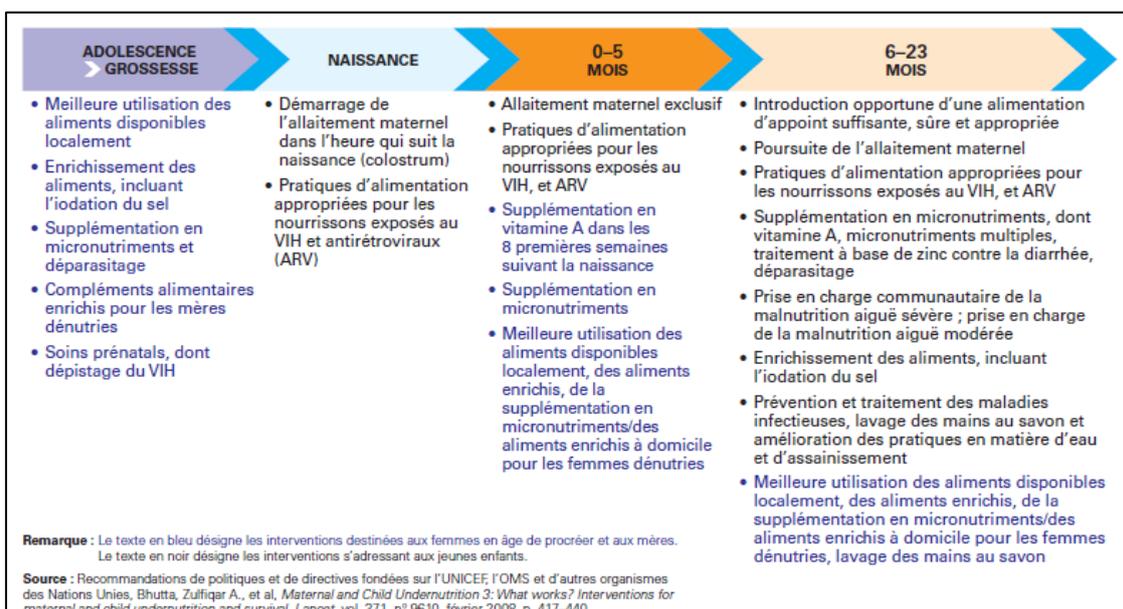
* appelé également Z-score ou déviation standard

** Normes de croissance de l'enfant de l'OMS (2006) par sexe

II. Les activités prioritaires en nutrition et le renforcement des liens entre la nutrition et les secteurs concernés

Une politique efficace en matière de nutrition doit s'appuyer en priorité sur des actions spécifiques, et favoriser les actions « sensibles » à la nutrition pour maximiser l'impact. Les interventions spécifiques à la nutrition agissent sur les causes directes de la malnutrition (maladies et apport alimentaire insuffisant). Elles sont principalement en lien avec le secteur de la santé. Les interventions sensibles à la nutrition agissent sur les causes sous-jacentes et profondes de la malnutrition et de ce fait liées à différents secteurs (accès aux soins préventifs et curatifs, à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, à des aliments adaptés et de qualité, etc.) et en fonction des contextes. Il s'agit ainsi d'agir sur les multiples facteurs associés à la malnutrition et dans les secteurs concernés.

Les actions spécifiques à la nutrition sont celles ayant un impact direct sur la prévention et le traitement de la malnutrition, en agissant sur les causes immédiates de la malnutrition, en particulier pendant les 1 000 jours couvrant les grossesses et les deux premières années de vie de l'enfant. Les principales interventions pour la prévention et le traitement de la malnutrition tout au long du cycle de vie sont détaillées dans le schéma suivant :



Les interventions spécifiques sont très souvent en majorité assurées par les systèmes de santé (soins de la femme enceinte et du jeune enfant, éducation nutritionnelle, suivi de la croissance, prévention et prise en charge des maladies, contrôle et prévention de la carence en vitamine A et de l'anémie, dépistage et prise en charge de la malnutrition, etc.), leur intégration semble de ce fait plus évidente dans les projets de

santé, même si les interventions spécifiques à la nutrition relèvent également d'autres secteurs. Le secteur de la santé joue ainsi un rôle essentiel pour la nutrition. Il contribue à la nutrition i) par un ensemble d'actions prioritaires liées spécifiquement à la nutrition ii) en prenant des mesures plus générales pour soutenir la santé infantile et maternelle. Les liens possibles entre la nutrition et le secteur de la santé sont à appréhender à plusieurs niveaux :

- le renforcement de l'offre des soins disponibles pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition materno-infantile (renforcement des capacités du personnel de santé, renforcement des acteurs communautaires en matière de dépistage, prévention et prise en charge, équipements nutritionnels, campagnes de nutrition en particulier à l'intention des femmes enceintes et allaitantes et des enfants, etc.).
- l'amélioration des pratiques d'alimentation et des soins (activités de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle et sanitaire, renforcement des acteurs, etc.)⁵.
- l'amélioration de l'accès financier et physique aux soins de santé en général et de santé maternelle et infantile en particulier (mise en place des dispositifs permettant de lever les barrières financières, la prise en charge des soins de santé des plus pauvres, etc.).

La prévention de la malnutrition passe également par le renforcement de la **sécurité alimentaire des ménages** – une des causes sous-jacentes de la malnutrition –. Le secteur de l'agriculture joue un rôle important en raison de sa contribution à la production de denrées alimentaires, aux revenus monétaires et à l'emploi. Les liens entre agriculture et nutrition sont souvent appréhendés du point de vue de l'augmentation de la production et de la disponibilité alimentaire. Or, les dimensions liées à l'accès à l'alimentation et aux conditions d'utilisation de la nourriture (qualité des aliments et des régimes alimentaires, pratiques de consommation alimentaire) doivent mieux être prises en compte dans le cadre des politiques et projets de développement rural.

Au cours de dernières années, plusieurs travaux ont été publiés présentant des principes et des recommandations pour améliorer les impacts nutritionnels dans les programmes de développement agricole, tout en évitant ou atténuant les impacts

⁵ Les actions de communication visant le changement de comportement en faveur de meilleures pratiques de nutrition (alimentation et soins) semblent être relativement facilement intégrables dans des projets de différents secteurs, que ce soit des projets de santé, puisque promouvoir de meilleures pratiques de nutrition fait généralement partie du mandat des agents de santé) ou des projets de développement rural via par exemple l'intégration de conseils nutritionnels dans des stratégies ayant des objectifs d'avantage orientés sur la sécurité alimentaire (cf. recommandation 11).

négatifs⁶. Il existe cependant peu d'évaluations permettant de mesurer l'impact de telles interventions sur la nutrition. La difficulté réside en particulier dans le fait que la plupart d'entre elles sont rarement conçues et évaluées en intégrant la dimension nutritionnelle. Une récente publication de la revue *The Lancet* (2013) souligne la faiblesse dans les objectifs, conception, ciblage et mise en œuvre des programmes sensibles à la nutrition, ainsi que les faiblesses d'ordre méthodologique quant à l'évaluation des impacts⁷. Cette absence de preuves scientifiques ne veut pas dire qu'il n'y ait pas d'impact. Elle montre l'importance de développer et renforcer la conception, le suivi et l'évaluation des interventions sensibles à la nutrition. Disposer de preuves sur l'efficacité de ces interventions est un élément central qui devra être développé dans les années à venir afin d'identifier celles ayant démontré leur impact sur la nutrition. D'autant plus que ce type d'intervention peut avoir des effets à plus long terme et il est probable que la plupart des études menées jusqu'à présent n'aient pas duré suffisamment longtemps pour que l'on puisse observer un changement significatif sur la nutrition.

L'analyse de la chaîne causale est une approche qui doit être plus systématiquement intégrée dans l'identification des liens entre agriculture et nutrition (agriculture-nutrition pathways). Il existe plusieurs représentations conceptuelles des effets des activités agricoles et d'élevage sur la nutrition. Elles s'inspirent à la fois du modèle causal de la malnutrition de l'Unicef et des représentations micro et macro-économiques des liens entre la production agricole, le travail, les dépenses et les consommations alimentaires des ménages et des individus⁸. Il est ainsi possible de mieux appréhender ces liens en s'appuyant sur l'analyse des passerelles (pathways) reliant l'agriculture et la nutrition. Des travaux récents (Cirad, ACF, 2014 ; ACF, Cirad, Gret, 2013) se sont basés sur le schéma développé par l'Ifpri (Gillespie et al., 2012) permettant d'identifier sept points d'entrée possibles :

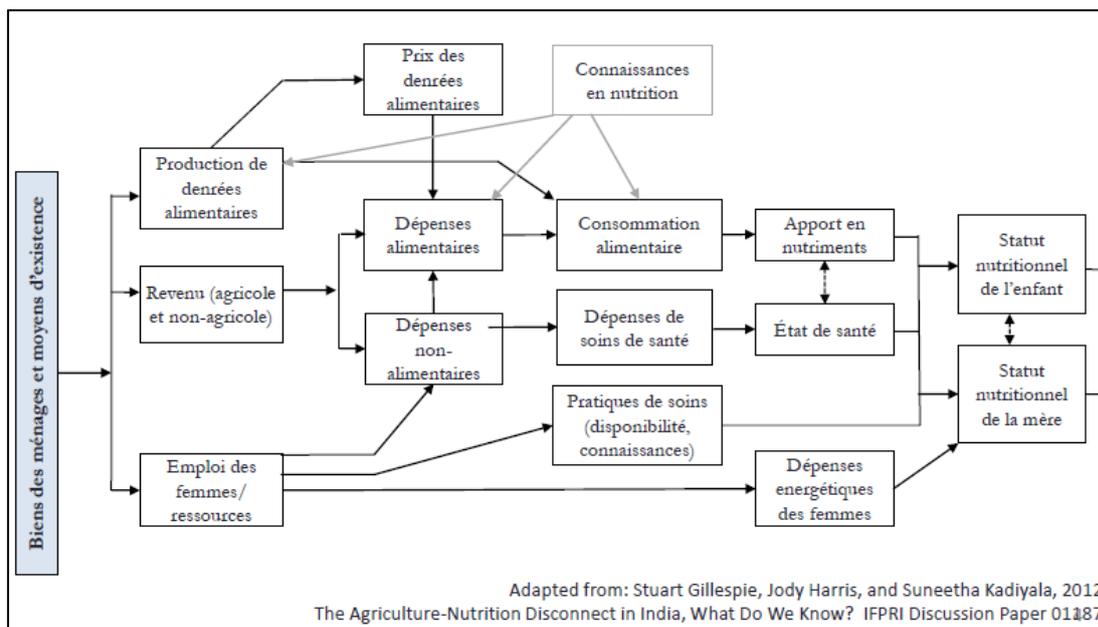
1. **Production agricole** → Consommation alimentaire : La production agricole fournit de la nourriture qui accroît la disponibilité alimentaire et l'accès à l'alimentation. Pour un ménage donné, les impacts nutritionnels vont dépendre à la fois de la part de la production qui est vendue sur le marché par rapport à la part autoconsommée, de la quantité et qualité nutritionnelle, et des espèces et variétés cultivées. Promouvoir la diversification de la production peut dès lors augmenter la disponibilité alimentaire notamment durant les périodes de soudure.

6 Entre autres, la FAO a publié en 2013 une revue de littérature relativement exhaustive sur ce sujet (Synthesis of Guiding Principles on Agriculture Programming for Nutrition) qui met en lumière les consensus entre les différentes recommandations formulées. La Banque mondiale a publié le document « Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles » et consacre un des axes au secteur agricole.

7 Ruel et Alderman, Nutrition sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?, *The Lancet*, 2013.

8 Dury, Alpha, Bichard, Identifier et limiter les risques des interventions agricoles sur la nutrition. Working Paper UMR Moisa n° 2014-1. Action Contre la Faim, 2014.

2. **Revenu généré par la vente de la production** → Achat de nourriture : L'agriculture fournit un revenu, grâce aux salaires agricoles et/ou grâce à la commercialisation des biens et services produits. L'impact nutritionnel dépend de la disponibilité d'aliments nutritifs sur le marché, des prix relatifs de ces aliments nutritifs, et des pratiques alimentaires des ménages (en particulier au niveau des femmes et des jeunes enfants).
3. **Revenu généré par la vente de la production** → Accès à des soins de santé : Les revenus de l'agriculture pourraient également être utilisés pour les soins de santé ou d'autres biens et services pertinents en fonction du statut nutritionnel des individus. L'impact nutritionnel dépendra de la part du revenu consacré aux soins de santé ainsi qu'à la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité.
4. **Prix alimentaires** → Achat de nourriture : La production agricole influe sur les prix alimentaires (à la hausse et à la baisse), ce qui affecte principalement les revenus des producteurs et le pouvoir d'achat des consommateurs. Les effets sur la nutrition dépendront du prix relatif des aliments nutritifs sur le marché et des pratiques alimentaires des ménages (en particulier au niveau des femmes et des jeunes enfants).
5. **Utilisation du temps fait par les femmes** → Temps disponible pour les soins des enfants : L'agriculture peut affecter le temps disponible des femmes, notamment par l'arbitrage entre le temps alloué aux travaux (agricoles ou non) d'un côté, le temps consacré aux soins des enfants et à d'autres activités (collecte de l'eau, cuisine, ménage) de l'autre.
6. **Charge de travail des femmes** → Dépenses énergétiques des femmes : L'agriculture peut affecter la santé et l'état nutritionnel des femmes, notamment à cause du travail physique, de l'éloignement du point d'eau, et du manque de temps disponible pour se reposer (en particulier pendant les périodes de grossesse). La charge de travail a un impact nutritionnel sur les femmes et les enfants.
7. **Contrôle des femmes sur les revenus** → Allocation des ressources en faveur de la nutrition : Les activités agricoles peuvent modifier le statut social des femmes et leur autonomie, notamment à travers la génération de revenus. Les impacts sur la nutrition dépendent de la part du revenu contrôlée par les femmes et de la différence entre les besoins d'achats prioritaires des hommes et des femmes.



Malgré l'absence de preuves scientifiques, certaines de ces « passerelles » semblent plus efficaces que d'autres en termes d'impact sur la nutrition. Une étude récente de la Banque Mondiale souligne que les interventions visant la consommation du ménage et l'autonomisation des femmes dans les activités productives, reproductives et communautaires (accès et contrôle des ressources économiques, participation à la prise de décision,...) sont celles qui peuvent avoir un impact plus direct, les liens de cause à effet étant les plus étroits. L'effet apparaît plus marqué lorsque ces interventions sont combinées à des actions d'éducation nutritionnelle visant l'amélioration des connaissances des ménages ruraux afin de favoriser la diversité des régimes alimentaires⁹.

Ces liens dépendent fortement des contextes. D'où la nécessité de mener des diagnostics en amont des projets agricoles et de piloter leurs effets, positifs comme négatifs. Une intervention visant l'augmentation du revenu des ménages peut avoir peu d'impact sur la nutrition des ménages s'il existe une offre alimentaire peu diversifiée dans ces zones ou des pratiques alimentaires inadaptées, une offre des services de santé peu adaptée et de qualité médiocre ou encore des inégalités de genre au sein des ménages (voir plus loin sur l'autonomisation des femmes)¹⁰. Une action visant le développement des filières locales à haute valeur nutritive (maraîchage, élevage, produits laitiers, légumineuses,...) peut davantage influencer sur la consommation des ménages à travers une meilleure diversification agricole et alimentaire. Cet impact est plus marqué dans les zones où les ménages producteurs consomment au moins une

9 Banque Mondiale, Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles, 2013.

10 Il est important, dans l'évaluation de l'impact du revenu sur la nutrition, de considérer non seulement les données disponibles sur l'ensemble du ménage, mais aussi les données désagrégées par genre (Banque Mondiale, 2013).

partie de ce qu'ils produisent car la diversification des cultures peut affecter directement la qualité du régime alimentaire. L'effet est ainsi plus important lorsque l'accès au marché est limité et que la consommation de certains produits faisant partie du plat familial dépend essentiellement de l'autoproduction.

Sur l'autonomisation des femmes, des effets positifs plus importants sont constatés sur la nutrition des enfants et la sécurité alimentaire des ménages quand le rôle des femmes est renforcé grâce à un meilleur accès et contrôle des ressources productives (terre, intrants, équipements) ou des revenus, à un meilleur contrôle des bénéfices tirés de leur travail ou à une meilleure implication dans les processus de prise de décision. Mais des projets agricoles qui augmentent le temps ou le travail exigé des femmes peuvent aussi avoir des effets négatifs sur la nutrition. Lorsque des services de garde ne sont pas disponibles, le soin des enfants risque d'être confié à ses frères et sœurs (habituellement des filles plus âgées), les enfants bénéficient d'un allaitement maternel moins fréquent ou le temps de préparation des aliments peut être plus limité. Par ailleurs, une activité excessive au cours de la grossesse de la mère peut augmenter les risques de complications à la naissance. Il est ainsi important d'appréhender la question des rôles et des responsabilités des femmes et des hommes dans les activités productives (agricoles et non agricoles), reproductives (activités domestiques, alimentation, soins et garde des enfants) et communautaires et de renforcer la prise en compte des inégalités de genre dans le cadre des projets agricoles afin de mieux répartir les ressources et la charge de travail au sein des ménages .

Ces éléments sont davantage développés dans la recommandation n° 11 portant sur le renforcement des activités de développement rural (agriculture et élevage). La recommandation n°4 revient également sur l'importance de disposer des diagnostics complets dans les régions d'intervention au niveau de deux pays étudiés pour identifier les actions les plus pertinentes.

INTÉGRATION DE LA NUTRITION DANS LA PHASE DE PROGRAMMATION ET D'INSTRUCTION DES DOSSIERS

Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans une démarche d'étude-action. Elle visait à identifier des recommandations pour intégrer la nutrition dans les interventions sectorielles de santé et de développement rural dans les deux pays concernés. A visée opérationnelle, les propositions formulées tiennent compte du contexte et des contraintes liées au processus d'instruction de l'AFD afin que les résultats soient effectivement pris en compte ultérieurement.

La question du degré d'intégration de la nutrition a été posée tout au long de ce travail afin de mieux clarifier le périmètre de l'étude. En effet, deux types d'intégration sont possibles :

- 1) **Une approche d'intégration sectorielle (du type « mainstreaming »)** : elle consiste à faire en sorte que les questions nutritionnelles soient davantage prises en compte, en particulier au cours de l'élaboration de nouveaux projets sectoriels (de santé ou de développement rural) et de leur suivi-évaluation. Ces actions ne sont en principe pas conçues au départ pour lutter contre la malnutrition ; elles peuvent toutefois y contribuer, notamment en minimisant les potentiels effets négatifs d'une intervention sectorielle ou en maximisant les effets positifs induits. Cette approche permet de rendre des interventions sectorielles plus « sensibles » à la nutrition.
- 2) **Une approche spécifique à la nutrition** : un niveau d'intégration plus important consiste à prioriser les interventions ayant le plus grand impact positif sur la nutrition. Des actions dans les secteurs respectifs sont conçues pour lutter contre la malnutrition et permettent d'agir sur les causes directes (alimentation, santé et soins) et sur les cibles les plus vulnérables à la malnutrition (femmes enceintes et jeunes enfants). Ces actions spécifiques peuvent être associées aux interventions plus « sensibles » à la nutrition afin de maximiser l'impact sur l'état nutritionnel des populations.

La présente étude ne se limite pas à l'approche d'intégration sectorielle qui correspond mieux à la demande initiale. Un tel niveau d'intégration n'est pas suffisant puisqu'il contribue à développer des actions sectorielles plus sensibles à la nutrition, mais avec un impact limité (si elles ne s'accompagnent pas d'actions agissant directement sur les causes immédiates). Les deux niveaux d'intégration sont importants et méritent d'être développés en parallèle. Dans ce sens, une palette plus large d'interventions a été

considérée même si elles ne sont pas toutes réalisables dans l'immédiat (compte tenu des contraintes actuelles au niveau des projets en cours d'instruction). Comme ces recommandations ont été formulées dans la limite d'un diagnostic rapide, elles méritent d'être affinées sur la base des diagnostics spécifiques dans les zones d'intervention dans les deux pays (cf. point I.3).

Les recommandations proposées ont été formulées pour permettre d'intégrer des actions de nutrition dans les phases d'instruction et de programmation des projets dans les deux secteurs concernés, en visant une approche permettant d'avoir un impact plus marqué sur la nutrition.

I. Phase de programmation et d'identification

Recommandation n°1 : Cibler les pays les plus touchés par les différentes formes de malnutrition

Les interventions en matière de nutrition doivent cibler en priorité les pays où les prévalences des différentes formes de malnutrition (malnutrition aiguë et chronique sous leur forme modérée et sévère, carences en micronutriments, insuffisance pondérale, etc.) sont les plus élevées¹¹. Dans le document d'orientation stratégique (DOS) de la France, une liste des pays est proposée prenant en compte les **20 pays appartenant à la zone de solidarité prioritaire (ZSP)**¹² parmi les 36 pays regroupant 90% des enfants en retard de croissance au niveau mondial. Y figurent ainsi en priorité les pays à forte densité démographique ayant des taux élevés de malnutrition chronique. La Côte d'Ivoire figure sur cette liste des pays, ce n'est pas le cas pour le Tchad (voir le tableau ci-dessous).

Dans la région d'Afrique subsaharienne, il conviendrait de renforcer le ciblage géographique en prenant en compte le niveau de prévalence de malnutrition chronique (le plus élevé) et non seulement le nombre d'enfants touchés dans l'absolu (le plus grand nombre). Il s'agirait ainsi d'intégrer les pays à forte prévalence (mais moins peuplés), tels que le Bénin (43%), la République Centrafricaine (41%), la Guinée (40%) et le **Tchad** (39%).

11 Le retard de croissance (malnutrition chronique) est souvent utilisé comme un indicateur de référence reflétant l'état nutritionnel sur le long terme. En effet, le retard de croissance résulte des effets cumulatifs d'une consommation alimentaire inadéquate, des mauvaises pratiques des soins et de l'occurrence des maladies chez les enfants et leurs mères. Il est toutefois essentiel de prendre en compte des indicateurs tels que l'insuffisance pondérale, l'émaciation ainsi que les carences en micronutriments.

12 Afghanistan, Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, RDC, Tanzanie, Vietnam, Yémen.

Parmi les 36 pays qui regroupent 90% des enfants en retard de croissance, 16 appartiennent à la zone de solidarité prioritaire (ZSP) de la France en Afrique subsaharienne

Pays	Retard de croissance (%)	Pays	Retard de croissance (%)
Burundi	58	RDC	43
Niger	51	Burkina Faso	35
Madagascar	50	Kenya	35
Mozambique	43	Cameroun	33
Éthiopie	44	Angola	29
Tanzanie	42	Ghana	28
Nigeria	41	Côte d'Ivoire	27
Mali	38	Afrique du Sud	24

Source : DOS Nutrition dans les pays en développement, 2011
UNICEF, 2013 (chiffres sur la prévalence du retard de croissance)

Compte tenu des moyens aujourd'hui mobilisés, il conviendrait également de définir des **pays prioritaires** en Afrique subsaharienne dans lesquels concentrer les efforts en faveur de l'intégration de la nutrition dans ses interventions sectorielles. Plusieurs critères pourraient guider le choix de ces pays en tenant compte des priorités nationales (engagement politique, stratégies nationales, capacités locales, etc.) et des opportunités d'action (ressources disponibles, secteurs de concentration, etc.). Une attention particulière devrait être portée aux complémentarités et articulations possibles avec les autres instruments de la coopération française (peu abordée dans le cadre de cette étude) et les autres partenaires techniques et financiers (notamment au niveau européen).

En priorité dans les pays de concentration, il s'agirait de mettre en œuvre les recommandations suivantes : l'intégration de la nutrition dans les **stratégies d'intervention pays** (recommandation n°2), un **ancrage clair de la nutrition et le renforcement des compétences internes** (recommandations n°3), l'élaboration d'un **diagnostic spécifique sur la nutrition** (recommandation n°4), le développement d'une **approche territoriale ciblée** (recommandation n° 5) et la priorisation des interventions spécifiques axées sur la **prévention de la malnutrition** (recommandation n°6).

Recommandation n°2 : Renforcer la prise en compte de la nutrition dans les stratégies d'intervention des pays prioritaires

Compte tenu des causes multifactorielles de la malnutrition, il est recommandé que les programmes financés puissent mettre en place des actions complémentaires dans plusieurs secteurs afin de maximiser l'impact des interventions. Les CIP (**cadres d'intervention pays**) de l'AFD peuvent constituer des points d'entrée pour l'intégration de la nutrition dans les interventions prévues dans les pays définis comme prioritaires. A travers cet instrument, une analyse est faite des enjeux de développement du pays et des stratégies poursuivies par les différents partenaires. Une prise en compte plus systématique des enjeux nutritionnels permettrait de mieux identifier les articulations possibles entre les différentes interventions sectorielles et de favoriser les synergies territoriales au niveau d'un pays donné (des actions dans plusieurs secteurs qui sont mises en place dans une même zone d'intervention du pays)¹³.

Recommandation n°3 : Favoriser l'intégration opérationnelle à travers un ancrage clair de la nutrition et le renforcement des compétences internes

Il est ressorti la nécessité de promouvoir une **bonne compréhension et une appropriation de la problématique et de ses enjeux** par les acteurs impliqués dans la programmation, l'identification et l'instruction des projets.

Les interventions en nutrition impliquant plusieurs Divisions posent aussi la question des difficultés de travailler en transversalité qui n'est pas toujours aisé. Les interventions restent ancrées au niveau sectoriel avec peu de place pour une approche inter-sectorielle (comme pour beaucoup d'acteurs travaillant dans le domaine).

Au vu de ces différents constats, il est recommandé de :

- S'assurer que le leadership de la nutrition soit clairement identifié en interne, avec un ou plusieurs personnes disposant d'un mandat spécifique ;
- Renforcer les compétences des autres opérationnels travaillant dans les secteurs clés (santé, développement rural, eau et assainissement) au siège et sur le terrain, en particulier dans les pays prioritaires, afin qu'ils soient outillés pour assurer l'intégration de la nutrition dans les projets sectoriels ;
- Mobiliser une expertise spécialisée soit en interne soit en externe, en particulier lors des missions de pré-faisabilité ou faisabilité.

¹³ Cette analyse devrait être appuyée par la personne (ou les personnes) portant la thématique de la nutrition en interne.

Recommandation n°4 : Disposer d'un diagnostic complet sur la nutrition pour bien positionner les interventions

Un **premier diagnostic** sur la situation en matière de nutrition devrait être conduit dans chaque pays prioritaire. Il s'agira de disposer des premiers éléments permettant de prioriser les interventions sur la base de i) la nature des problèmes nutritionnels dans les pays ou le contexte local, ii) le contexte, les capacités institutionnelles et les politiques existantes¹⁴, iii) la complémentarité avec les principaux acteurs travaillant sur cette thématique et iv) la nature et localisation des interventions sectorielles (santé, sécurité alimentaire, eau et assainissement,..) du bailleur dans le pays.

Il devrait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Est-il pertinent d'intervenir dans le secteur de la nutrition ?
- L'intervention va-t-elle aborder la question de la prévention et/ou de la prise en charge?
- Quelles seront les zones prioritaires ?
- Quelles sont les principales causes sous-jacentes de la malnutrition (dans les zones prioritaires) ? les dynamiques intersectorielles existantes ? ce qui déterminera les articulations à rechercher avec d'autres programmes ;
- Quels sont les enjeux en termes de politique nationale ? les besoins de renforcement de compétences du Ministère de la Santé en nutrition ? les outils de sensibilisation existants ?
- Quelles sont les dynamiques communautaires sur lesquelles une intervention pourrait s'appuyer ?

Le diagnostic permettrait de disposer d'un panorama global et de lister les actions prioritaires en termes de nutrition par rapport au contexte de façon à ensuite identifier les actions à mettre en œuvre en fonction des possibilités.

La présente étude a permis de faire un premier diagnostic rapide en Côte d'Ivoire et au Tchad qui mériterait d'être approfondi. Les analyses ont notamment porté sur la nature des problèmes nutritionnels, le contexte, les capacités institutionnelles et les politiques existantes¹⁵. Dans les **deux pays**, il ressort une prise de conscience accrue autour de la problématique de la malnutrition qui s'est traduite par l'adoption récente des politiques et des plans d'action dédiés¹⁶. De plus, les deux pays ont récemment adhéré

14 Une analyse du paysage nutritionnel type Landscape Analysis (OMS) pourrait être utilisée. OMS, Analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition. Outils pour les évaluations de pays, 2014.

15 Des rapports pays ont été élaborés à l'issue des missions de terrain.

16 En 2013 au Tchad avec l'adoption de la politique nationale de nutrition et d'alimentation (PNNA) et du plan d'action multisectoriel (PAINA) et en 2008 en Côte d'Ivoire avec l'adoption de la politique nationale de nutrition, et plus récemment avec la révision en cours de la stratégie nationale de nutrition (SNN) et de son plan stratégique multisectoriel.

aux initiatives internationales telles que le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition)¹⁷, le partenariat REACH¹⁸ et l'initiative AGIR (Alliance pour la Résilience)¹⁹. Dans les deux pays, la coordination de la mise en œuvre des actions en matière de nutrition est placée sous le leadership des Ministères de la Santé. Les structures dédiées (Programme National de la Nutrition en Côte d'Ivoire et Direction Nationale de la Nutrition au Tchad) doivent être renforcées afin qu'elles puissent jouer le rôle de leadership en assurant une coordination efficace avec les autres ministères impliqués et l'opérationnalisation des plans d'action aux niveaux national et déconcentré. L'enjeu majeur pour les deux pays sera de traduire leurs engagements en actions concrètes, avec des contraintes inhérentes à chaque pays. Il convient également de noter que des études ou des diagnostics sont en cours dans les deux pays, avec l'appui d'autres partenaires techniques et financiers des gouvernements (Union Européenne, Unicef, Banque Mondiale)²⁰.

Ces analyses qui n'étaient pas encore disponibles au moment de la réalisation de l'étude contribueront à approfondir les diagnostics et l'analyse de la complémentarité entre les principaux acteurs travaillant sur cette thématique.

En ce qui concerne l'analyse des interventions de l'AFD, les deux pays offrent des opportunités pour l'intégration de la nutrition dans les projets en cours d'instruction ou dans la suite des projets actuels. L'étude a permis d'identifier des pistes opérationnelles dans les projets financés dans le secteur de la santé (cf. recommandation n° 9). Les configurations actuelles des projets sont relativement favorables à l'insertion d'activités de nutrition, tant au niveau politique (appui institutionnel aux Ministères de la Santé, aux politiques publiques,...) qu'au plan opérationnel (renforcement des structures de soins, amélioration de l'accès aux soins, développement des ressources humaines, etc.). Dans le secteur du développement rural, des premières pistes ont été identifiées, les liens étant plus complexes et dépendent des contextes spécifiques²¹. Il s'avère nécessaire de se focaliser sur une ou

17 Le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) vise à établir un cadre commun pour renforcer les interventions en faveur de la nutrition, en mettant un accent particulier sur l'importance d'améliorer la coordination et l'harmonisation de l'aide.

18 L'initiative REACH a pour objectif de coordonner les actions de quatre agences spécialisées des Nations Unies (PAM, UNICEF, FAO et OMS) afin d'appuyer le gouvernement dans la gouvernance de la nutrition.

19 Lancée en décembre 2012, l'initiative AGIR est un cadre favorisant plus de synergie entre les initiatives visant le renforcement de la résilience dans 17 pays ouest-africains et sahéliens. Elle est placée sous le leadership politique et technique de la CEDEAO, de l'UEMOA et du CILSS et s'appuie sur les plateformes et réseaux existants, notamment le Réseau de Prévention des Crises Alimentaires (RPCA).

20 Au Tchad, la Direction Nationale de la Nutrition avec l'appui de l'Union Européenne a lancé une étude visant à établir une cartographie permettant de disposer d'une vision d'ensemble des interventions et des acteurs qui agissent dans le domaine de la nutrition. En Côte d'Ivoire, une mission de consultants financée par l'Unicef et la Banque Mondiale était prévue en fin d'année 2014 pour appuyer le gouvernement à la définition de la nouvelle politique nationale de nutrition et de son plan d'action.

21 L'exercice demandé s'est avéré trop ambitieux au regard du temps prévu pour les missions de terrain (une dizaine de jours par pays).

des régions prioritaires et d'effectuer des missions de terrain plus conséquentes permettant d'avancer sur des pistes plus opérationnelles (recommandation n° 7 et 11).

Recommandation n°5 : Privilégier une approche territoriale ciblée favorisant des actions multi-secteurs

Une politique efficace en matière de nutrition doit s'appuyer sur des actions agissant sur les différentes causes de la malnutrition. Les différentes causes de la malnutrition étant liées à différents secteurs (l'accès aux soins préventifs et curatifs, à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, à des aliments adaptés et de qualité, etc.), il y a donc nécessité de **privilégier une approche multisectorielle**. Les actions sont toutefois menées **par secteur et adaptées au contexte**. En effet, les causes de la malnutrition peuvent varier d'une zone à l'autre et en fonction des populations concernées. D'où l'importance d'ancrer les actions sur un territoire donné afin d'identifier **les interventions pertinentes et les secteurs prioritaires dans les zones ciblées**.

Le principe de concentration de l'aide serait ainsi appliqué à l'échelle des zones d'intervention prioritaires avec l'objectif de développer de façon intégrée des **interventions spécifiques à la nutrition** – agissant sur les causes directes de la malnutrition (maladies et apport alimentaire insuffisant) principalement en lien avec le secteur de la santé – et des **interventions sensibles à la nutrition** – agissant sur les causes sous-jacentes et profondes de la malnutrition et de ce fait liés à différents secteurs (santé, développement rural, eau potable, assainissement, hygiène, éducation, etc.) en fonction des contextes et qu'il s'agira d'identifier sur la base d'un diagnostic précis de la zone.

Au Tchad, les projets actuellement en cours d'instruction ne donnent pas la possibilité de mettre en œuvre dans le court terme des interventions multi-secteurs dans les mêmes régions²². Cependant, il est fortement recommandé de mettre en place une **stratégie progressive** permettant d'établir à terme des zones d'intervention prioritaires en matière de nutrition. Dans le secteur de la santé, les interventions seront renforcées dans les régions du Logone Occidental, de N'Djamena et du Ouaddaï. Ce ciblage géographique pourrait constituer un point d'entrée pour le développement des interventions dans plusieurs autres secteurs prioritaires. Cette démarche permettrait de créer des synergies de telle sorte à avoir un effet de levier plus important sur la nutrition à l'échelle de ces trois régions. A moyen terme, il est également recommandé de développer une approche territoriale urbaine et péri-urbaine de lutte contre la

22 Il est important de noter que l'instruction des futurs projets au Tchad est à un stade avancé dans les deux secteurs concernés, ce qui a limité les choix des zones d'intervention pouvant faciliter des synergies territoriales.

malnutrition autour de la capitale N'Djamena à la suite des projets en cours de mise en œuvre ou de lancement). Cette approche pourrait être développée sur quelques quartiers vulnérables de N'Djamena (notamment à l'Est de la ville où l'on enregistre les taux de malnutrition chronique les plus élevés) et dans la commune périurbaine de Linia, et aura pour objectif de renforcer l'accès aux soins, à l'alimentation, à l'eau potable et à l'assainissement.

En **Côte d'Ivoire**, le choix des zones potentielles d'intervention pour les futurs projets de l'AFD reste ouvert compte tenu de l'état d'avancement de l'instruction du 2^{ème} C2D (Contrat de Désendettement et de Développement). Une approche territoriale pourrait être envisagée afin de maximiser l'impact sur la nutrition. L'étude recommande d'articuler les interventions sectorielles autour des zones les plus vulnérables à la malnutrition, tant aiguë que chronique. D'autant plus qu'on constate une forte concentration des actions d'urgence vers l'Ouest du pays alors que peu d'actions ont été menées jusqu'à présent dans les régions Nord, Nord-Est ainsi que dans les quartiers vulnérables de la ville d'Abidjan. Il s'agirait pour l'AFD de soutenir le gouvernement ivoirien dans le pilotage de sa stratégie nationale de nutrition et dans sa mise en œuvre opérationnelle à l'échelle de ces trois zones géographiques. Cette approche permettrait de tirer les premiers enseignements de l'opérationnalisation de la stratégie avant un éventuel passage à l'échelle au niveau national.

Il convient de noter que la malnutrition en milieu urbain reste encore une problématique mal connue et largement sous-estimée. Au Tchad et en Côte d'Ivoire, on observe des taux de malnutrition aiguë relativement élevés dans les centres urbains, notamment dans les quartiers vulnérables. Dans la ville de N'Djamena, les prévalences de malnutrition dans plusieurs arrondissements sont largement en dessus de la moyenne nationale et semblables à celles constatées dans la bande sahélienne. Ce phénomène risque de s'amplifier dans les années à venir compte tenu de la croissance démographique et de l'urbanisation rapide. D'où l'importance pour l'AFD d'intégrer des actions en nutrition dans ses interventions en matière de développement urbain (en particulier dans les secteurs de la santé, de l'eau et l'assainissement).

Recommandation n°6 : Privilégier des interventions de prévention de la malnutrition tout en poursuivant les efforts en matière de prise en charge

Suite aux crises alimentaires récentes, les problèmes de sous-nutrition sont davantage pris en compte et la malnutrition aiguë fait l'objet d'une meilleure prise en charge. En revanche, la prévention de la malnutrition n'a pas bénéficié de la même attention ni du même investissement politique et financier. Or, la prévalence du retard de croissance dépasse dans certaines zones les seuils d'urgence. En Côte d'Ivoire, ils se situent

autour de 40% dans les régions Nord et Nord-Est et au Tchad, ils sont supérieurs à ce seuil dans la moitié des régions de la bande sahélienne et du Sud du pays. Un large consensus se dégage ainsi dans les deux pays sur la nécessité d'investir davantage sur la prévention de la malnutrition, tout en poursuivant les efforts entrepris sur le dépistage et la prise en charge. La mise en place d'actions préventives et d'un système de dépistage accentué en période de crise et dans les zones sensibles est indispensable, tout comme une prise en charge adaptée et disponible. Ce dispositif est pertinent en priorité dans les zones où la malnutrition aiguë est élevée, et lorsque les risques de malnutrition sont plus accrus, c'est-à-dire en période de soudure lorsque l'insécurité alimentaire est la plus forte et les travaux champêtres (impliquant les femmes) plus importants. Il s'agit ainsi de dépasser la logique d'urgence, en combinant des actions de prévention à fort impact et des soins curatifs. Cette approche préventive doit essentiellement se focaliser sur la fenêtre des « 1 000 premiers jours » de la vie de l'enfant (depuis la grossesse jusqu'à ses deux premières années).

Les efforts en matière de prévention entrent dans une logique de développement à moyen et long terme qui correspond aux missions de l'AFD. A travers ses actions sectorielles mais aussi en consacrant des moyens pour les interventions spécifiques en nutrition, l'AFD pourrait contribuer à la lutte contre la malnutrition en déployant dans la durée des actions en matière de santé, d'éducation nutritionnelle, de développement rural, ainsi que d'eau et d'assainissement.

Les investissements et les activités dans les pays prioritaires devront ainsi être ciblés sur les principaux déterminants de la malnutrition : l'accès aux soins (préventifs et curatifs) de santé maternelle et infantile (recommandation n°9), les pratiques alimentaires des femmes enceintes et allaitantes et des jeunes enfants (recommandation n°10) et les projets de développement rural (agriculture et élevage) contribuant à améliorer la nutrition tout en limitant les impacts négatifs (recommandation n°11).

II. Phase d'instruction

La phase de programmation et d'identification aura permis d'orienter les interventions en tenant compte du paysage institutionnel et des priorités du bailleur dans le pays. La phase d'instruction permettra de préciser ces orientations et de les opérationnaliser. Il s'agirait ainsi de mettre en œuvre les recommandations suivantes : approfondir le diagnostic sur la zone d'intervention lors de l'étude de faisabilité (recommandation n°7), appuyer l'élaboration des politiques nutritionnelles et à leur pilotage effectif (recommandation n°8), mettre en œuvre des activités de nutrition en lien avec la santé (recommandation n°9), mettre en œuvre des activités visant à améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des groupes cibles (recommandation n°10), renforcer les activités de développement rural (agriculture et élevage) contribuant à améliorer la nutrition tout en limitant les impacts potentiellement négatifs (recommandation n°11) et

définir et mettre en œuvre des indicateurs clairs de suivi de l'impact (recommandation n°12).

Recommandation n°7 : Approfondir le diagnostic sur la zone d'intervention lors de l'étude de faisabilité

Si une action en matière de nutrition s'avère pertinente, un diagnostic spécifique à la zone d'intervention ciblée sera nécessaire afin de préciser l'intervention. Il permettra de compléter le diagnostic effectué lors de la phase de programmation et d'identification (Recommandation n°4). Il s'agira en particulier de :

- Préciser les causes directes et indirectes de la malnutrition sur la zone d'intervention, en évaluant les connaissances, attitudes et pratiques, et les modalités d'intervention dans différents secteurs (alimentation, hygiène, soins, sécurité alimentaire, éducation, eau potable et assainissement, agriculture, etc.)
- Identifier les pratiques actuelles des services de santé sur la nutrition, leur niveau de formation, leur motivation à intégrer cette problématique ;
- Répertorier les intervenants santé/nutrition de la zone, ainsi que les approches et les outils utilisés ;
- Répertorier les interventions en faveur du développement rural et les actions qui contribuent à la nutrition ;
- Evaluer l'offre en aliments de complément pour les enfants de plus de 6 mois, ainsi que d'autres produits fortifiés destinés aux femmes et aux jeunes enfants ;
- D'identifier de potentiels partenaires intervenant dans la santé, la promotion de la femme et le développement rural.

Cette mission de diagnostic permettrait également de définir plus précisément avec l'institution en charge de la politique de nutrition dans le pays les actions de renforcement institutionnel à intégrer dans l'intervention.

Elle permettra d'opter pour les stratégies à privilégier pour renforcer la nutrition : les actions spécifiques en nutrition liées à la santé ou l'alimentation, les actions de santé ou de développement rural (ou éventuellement d'autres secteurs tels que l'eau et l'assainissement) pouvant contribuer à la nutrition.

Dans des contextes spécifiques (cas du milieu pastoral au Tchad) où nous disposons de peu de données sur la nutrition, une étude plus approfondie permettra d'analyser les **déterminants des comportements alimentaires et de soins** des communautés, les représentations qu'elles ont des questions d'alimentation, d'hygiène et de santé, de cerner les barrières au changement de comportement, et d'identifier des acteurs clés qui pourraient être des relais d'information ou des vecteurs de plaidoyer dans les communautés et ainsi de définir des interventions adaptées au contexte de ces communautés.

Ce diagnostic devrait faire partie d'un dispositif de suivi-évaluation réfléchi en amont de la définition de la stratégie du projet et de la mise en œuvre des activités. Après un état

des lieux des données potentiellement existantes, il pourrait intégrer des enquêtes quantitatives et/ou des enquêtes qualitatives. Idéalement, ce diagnostic pourrait servir de diagnostic de base (« baseline »), qui une fois comparé à l'enquête finale du projet (« endline »), permettra d'évaluer l'impact des activités (cf. recommandation n°12).

Recommandation n°8 : Appuyer l'élaboration des politiques nutritionnelles et leur pilotage effectif

Contribuer d'une part à **l'élaboration (ou à la révision) des stratégies ou de plans d'actions** permettant de préciser les politiques de nutrition existantes et d'autre part, apporter un **appui institutionnel** pour l'opérationnalisation des politiques nationales en matière de nutrition constituent également des appuis essentiels.

Les bailleurs de fonds peuvent jouer un rôle important dans le **renforcement du leadership** des institutions chargées de la nutrition quel que soit leur ministère de tutelle à travers des moyens humains et financiers adéquats. L'ancrage des politiques nutritionnelles est en effet différent d'un pays à l'autre, certains pays plaçant les politiques nutritionnelles sous la Primature pour leur donner plus de poids mais s'exposant à des contraintes de coordination multisectorielle alors que d'autres choisissent un portage par le ministère de la santé ou de l'agriculture par exemple avec le risque de diminuer les synergies multisectorielles.

Au Tchad, le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) vient d'être érigé en Direction Nationale de la Nutrition (DNN), ce qui manifeste une volonté politique de l'Etat tchadien de mettre davantage de moyens sur la nutrition. Cette jeune Direction au sein du ministère de la santé nécessite d'être renforcée pour jouer pleinement son rôle. L'AFD pourrait également renforcer le Programme national pour la santé des populations nomades, insulaires et de zones d'accès difficile (PNSN au sein du Ministère de la Santé) pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre la malnutrition auprès des populations nomades (avec lesquelles l'Agence travaille dans le cadre de ses appuis au développement pastoral).

De même, l'adhésion de la Côte d'Ivoire au mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) en juin 2013 témoigne d'un affichage clair en faveur d'une meilleure prise en compte de la nutrition. Cependant, la Direction de la Coordination du Programme National de Nutrition (DC-PNN) a dû mal à s'affirmer à côté d'autres programmes beaucoup plus financés (VIH/Sida, paludisme) du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS). L'AFD pourrait appuyer la DC-PNN dans le pilotage d'une stratégie multisectorielle de réduction de la malnutrition, et à mettre en œuvre et suivre des actions clés en nutrition définies ou qui seront identifiées dans le plan d'action en cours d'élaboration.

Dans les deux pays, ces institutions en charge de la nutrition ont des besoins importants en termes de renforcement de compétences : formation de ses cadres aux niveaux national et déconcentré, élaboration d'outils de sensibilisation, animation des

cadres de concertation multisectorielle, supervision des activités de nutrition, à appuyer en priorité dans les régions ciblées.

Recommandation n°9 : Mettre en œuvre des actions de nutrition en lien avec la santé (interventions spécifiques et sensibles)

Ces interventions combineront, selon le contexte national, des interventions permettant de :

[1] Renforcer l'offre des soins et inscrire la nutrition dans le paquet de soins

L'offre de soins doit comprendre des soins de base en santé materno-infantile et de la reproduction notamment pour jouer pleinement leur rôle de prévention (suivi de croissance, supplémentation, vaccination, déparasitage, alimentation du nourrisson et des jeunes enfants, suivi des grossesses, espacement des naissances, traitement des maladies, etc.), et un système de prise en charge fonctionnel (voir encadré ci-dessous sur les objectifs prioritaires pour l'amélioration de la nutrition à travers le secteur de la santé).

Sept objectifs prioritaires pour l'amélioration de la nutrition à travers le secteur de la santé

1. Réduire les carences en micronutriments.
2. Réduire l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes, et les enfants âgés de 0 à 24 mois
3. Encourager une bonne alimentation et des pratiques adéquates de soins nutritionnels.
4. Traiter et prévenir la maladie.
5. Réduire le taux de faible poids à la naissance.
6. Améliorer la santé reproductive et la planification familiale.
7. Traiter la malnutrition modérée et sévère chez l'enfant.

Source : Banque Mondiale, 2013

En Côte d'Ivoire comme au Tchad, la nutrition est inscrite **dans le paquet de soins du système de santé publique**, mais la mise en œuvre des interventions en nutrition n'est pas effective. Au Tchad, le système sanitaire souffre en outre d'un manque crucial en ressources humaines. En Côte d'Ivoire, l'organisation verticale du système de santé permet difficilement une intégration de la nutrition dans le paquet d'activités des agents de santé. Il s'agira donc d'appuyer des interventions qui positionnent la

nutrition au cœur du paquet de soins, combinées à des interventions communautaires qui encouragent le recours aux soins par les communautés.

Il est recommandé d'apporter un soutien ciblé en s'appuyant sur les initiatives déjà existantes. Au Tchad, le renforcement des structures de soins pourrait se faire en priorité i) dans les zones d'intervention du projet d'appui au secteur de la santé dans le Logone Occidental, ii) sur N'Djamena (en complémentarité avec le projet de santé urbain et en s'appuyant sur l'expérience des centres revitalisés) et iii) dans la nouvelle zone d'intervention pressentie dans la région du Ouaddaï. En Côte d'Ivoire, elles pourraient s'inspirer des expériences des ONG partenaires financées via ECHO dans le cadre du 1er C2D²³ qui appuient la mise en œuvre des interventions de nutrition dans les centres de santé via la formation des agents de santé, une supervision renforcée de ces activités par le District sanitaire, et des actions au niveau communautaire.

Au Tchad comme en Côte d'Ivoire, le soutien aux interventions destinées à renforcer **la planification familiale permet de contribuer également** à prévenir les problèmes de malnutrition. Des conseils en nutrition pourront être intégrés aux services offerts par les structures de la planification familiale, car les femmes qui fréquentent ces centres sont demandeuses de conseils en nutrition, mais les agents ne sont pas formés ni outillés en la matière.

Il s'agira également de **renforcer les compétences en nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire** : i) appuyer la création de formations universitaires qualifiantes en nutrition ; ii) accompagner la révision des cursus des agents de santé pour une meilleure prise en compte de la nutrition et prévoir des formations de formateurs sur la nutrition pour des enseignants des instituts nationaux de formation ; iii) appuyer des formations du personnel de santé à la nutrition (prise en charge et prévention) aux niveaux régional, du district et des centres de santé, en priorité sur les zones d'intervention sélectionnées. Ces formations pourront être renforcées par des voyages d'études dans des pays où la nutrition est davantage intégrée au système de santé, par exemple au Burkina Faso.

L'approvisionnement en intrants nutritionnels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë n'est pas optimal, tant en Côte d'Ivoire qu'au Tchad, ce qui impacte négativement la prise en charge de la malnutrition²⁴. Un accompagnement des

23 Dans le cadre du projet PRSS financé par le C2D, des activités ont été déléguées à ECHO ayant pu contractualiser des ONG (MDM, TDH, CRF, IRC) pour la mise en place d'activités de santé au niveau communautaire.

24 En Côte d'Ivoire, l'approvisionnement en intrants devrait être géré par la Nouvelle Pharmacie Nationale de Santé Publique (NPSP). Il s'agira de suivre et d'appuyer les discussions actuellement en cours pour l'élaboration d'un protocole entre le programme national de nutrition et la NPSP. Au Tchad, le dispositif de la gratuité n'intègre actuellement pas les intrants nutritionnels. Ceux-ci sont fournis par l'Unicef via les Délégations régionales sanitaires. A terme, les intrants nutritionnels devraient être logiquement intégrés

réflexions en cours pour améliorer ce circuit serait nécessaire. De plus, une réflexion autour du type d'intrants et de la possibilité de les produire localement (notamment pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée) devrait être intégrée (cf. recommandation n°10.2)

Au niveau communautaire, sur les zones pilotes qui présentent des prévalences de malnutrition aiguë élevées et sur lesquelles aucun intervenant n'offre ce service, les actions pourront soutenir des campagnes de dépistage au niveau communautaire via des relais communautaires préalablement formés pour la prestation apportée.

[2] Contribuer à lever les barrières financières aux soins (intervention sensible)

Au Tchad comme en Côte d'Ivoire la politique de financement de la santé est favorable à **un accès gratuit aux soins de santé à destination des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans**. Toutefois, sans minimiser les efforts déjà accomplis, sa mise en application effective est loin d'être assurée, avec des dysfonctionnements constatés à plusieurs niveaux : mobilisation financière limitée, ruptures de stocks des médicaments, faible niveau d'information des populations sur la gratuité, poursuite des paiements par les patients. Au Tchad, la gratuité des soins souffre en outre de la désorganisation des services et de la faiblesse des ressources humaines. En Côte d'Ivoire, la gratuité s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie de protection sociale santé et devrait être intégrée dans le cadre de la future couverture universelle santé prévue en 2015.

Dans la mesure où les deux pays concernés souhaitent mettre en place des mécanismes de gratuité ciblés qui comprennent la nutrition, il serait pertinent d'appuyer l'opérationnalisation des dispositifs pour lever les barrières financières à l'accès aux soins de santé materno-infantiles, via un appui à la gestion du dispositif de la gratuité, l'information des patients, et des enquêtes pour mesurer l'efficacité du dispositif.

■ Au-delà du secteur de la santé, soutenir les actions de protection sociale favorables à la nutrition dans le contexte de la Côte d'Ivoire.

Dans le contexte de la Côte d'Ivoire, la possibilité d'un volet protection sociale (qui va au-delà du seul secteur santé) est envisagée bien qu'encore incertaine. Si un tel volet était mis en place, des synergies seraient donc à rechercher en proposant d'opérationnaliser dans les zones pilotes, des mécanismes complémentaires d'assistance sociale ayant un impact sur la nutrition tels que les cantines scolaires gratuites et les dispositifs de transferts sociaux prévus dans la stratégie nationale

dans le circuit des médicaments gratuits. Cependant cette réflexion semble précoce, car le circuit de la gratuité demande à être préalablement renforcé.

(notamment les rations alimentaires pour les enfants malnutris). Si l'appui à la mise en place de tels dispositifs est envisagé, il pourrait être proposé de les conditionner à la participation des bénéficiaires aux séances de sensibilisation sur la nutrition qui seraient accessibles dans la même zone (cette approche est actuellement testée par dans d'autres pays de la sous-région et les enseignements pourraient être plus largement partagés).

Recommandation n°10 : Mettre en œuvre des activités nutrition visant à améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des groupes cibles

En plus des actions en nutrition liées à la santé, il s'agira d'appuyer les activités permettant d'améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des femmes en âge d'avoir des enfants et des jeunes enfants, pouvant être en lien avec des activités de santé ou d'autres secteurs comme celui du développement agricole ou de l'eau potable et de l'assainissement. Le diagnostic qui sera mené lors du processus d'instruction permettra de préciser ces axes d'intervention, à savoir :

[1] Améliorer les connaissances, attitudes et pratiques d'alimentation et de soins

Il s'agit d'identifier les déterminants des mauvaises pratiques et de repérer les acteurs clés qui peuvent influencer ces pratiques, ainsi que les canaux de communication à utiliser (radios, pièces de théâtre, etc.), puis d'élaborer une stratégie de changement de comportements visant à lever les barrières identifiées.

La sensibilisation des populations cibles sur les pratiques recommandées pourrait être intensifiée au niveau communautaire (alimentation et soins de la femme enceinte et allaitante et du jeune enfant de moins de 2 ans) et en mettant particulièrement l'accent sur les **croyances**. L'intervention combinerait des **sensibilisations de proximité** (via les agents de santé communautaires, des troupes de théâtre, des cinés débats, etc.) **et par voie média** (radio, télévision). Les élus locaux, leaders traditionnels et tradipraticiens seront également sensibilisés pour qu'ils relayent les messages auprès des communautés.

Au Tchad, et dans une moindre mesure en Côte d'Ivoire, **les supports de sensibilisation sont peu diversifiés**, et ne prennent pas en compte la diversité des contextes sociologiques du pays. Le soutien à la production de nouveaux outils, en particulier des outils axés sur les médias ou valorisant les nouvelles technologies de l'information, est donc un axe intéressant.

L'intervention s'appuiera sur **les agents communautaires** qu'il conviendra de former en particulier aux actions essentielles en nutrition.

■ **Un dispositif de contractualisation entre le Ministère de la Santé et des ONG nationales spécialisées dans la santé communautaire**

En Côte d'Ivoire comme au Tchad, des ONG nationales telles que l'Animation Rurale de Kor-hogo (ARK) ou le Bureau d'Appui Santé et Environnement Tchad (BASE) sont spécialisées dans l'animation communautaire, en particulier dans la santé et la nutrition. Elles ont une bonne connaissance du terrain, et ont l'expérience de gestion de projets communautaires. Cependant les initiatives qu'elles mènent dans ce domaine sont localisées sur de petites échelles, et sont dépendantes de financements de court terme, insuffisants pour engager des changements de comportement significatifs.

Un dispositif de contractualisation entre le Ministère de la Santé et de telles ONG nationales représente une approche efficace de mise en œuvre d'un programme de santé communautaire à large échelle et dans la durée. La Direction de la Nutrition serait responsable de l'accompagnement technique et du suivi de ces interventions.

[2] Développer la disponibilité d'aliments de complément au lait maternel, ou d'aliments adaptés aux besoins nutritionnels de femmes enceintes et allaitantes, en partenariat avec le secteur privé

Un bon niveau de connaissances ne permet pas uniquement d'améliorer les pratiques, il est nécessaire d'apporter des solutions alimentaires adaptées au pouvoir d'achat des ménages, en particulier pour les enfants à partir de 6 mois et pour les femmes en âge d'avoir des enfants.

En Côte d'Ivoire, des farines infantiles importées et locales existent, mais restent chères et sont diffusées uniquement dans les grandes villes. Au Tchad, des petites unités de production commencent à se développer, mais leurs produits sont peu diffusés et peu connus. Dans ces deux pays, il s'agira de **soutenir des initiatives de production d'aliments de complément manufacturés** adaptés pour les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes, **d'en favoriser la commercialisation et la promotion**, de façon à rendre disponible des aliments adaptés aux besoins nutritionnels des cibles, de bonne qualité et bon marché. Ainsi des unités de production de farines infantiles fortifiées pourraient être soutenues, au niveau central et/ou sur chacune des zones pilotes identifiées, selon une **étude de faisabilité de la production locale** préalablement menée. Le soutien au lancement de ces unités et à la promotion des produits sur les zones d'intervention constituent un axe intéressant de lutte contre la malnutrition. Cette mise à disposition d'aliments adaptés doit s'accompagner de conseils adéquats sur l'alimentation de ces groupes cibles, et d'un accompagnement à la mise en place ou au renforcement d'un cadre législatif adapté (qualité des aliments, commercialisation et promotion des aliments de substituts au lait maternel, etc.).

En complémentarité, des solutions alimentaires alternatives peuvent être également promues, telles que des **farines ménagères améliorées**, élaborées sur la base des matières premières disponibles au niveau des ménages. Dans les zones d'intervention, il s'agira d'identifier ces matières premières en fonction des saisons de l'année, et de formuler des recettes les plus équilibrées possibles prenant en compte les besoins nutritionnels des consommateurs ciblés, les habitudes alimentaires des populations de la zone, les mesures ménagères utilisées dans les localités concernées et les prix des matières premières.

■ ***Des expériences innovantes en matière de production, de commercialisation et de promotion de produits fortifiés locaux en faveur des jeunes enfants et des femmes en âge d'avoir des enfants***

Misola a développé un réseau d'entreprises artisanales de farines infantiles locales dans 6 pays d'Afrique : Burkina Faso, Mali, Sénégal, Niger, Bénin et Tchad. Trois unités de production Misola sont en voie de lancement en Côte d'Ivoire. Ces farines fortifiées sont aux normes de qualité internationale, et bon marché (de l'ordre de 800 FCFA, soit 1,4€ le kg).

Dans plusieurs pays ouest-africains (Burkina Faso, Niger et Mali), le Gret soutient une trentaine d'entreprises locales (dont Misola) à développer, commercialiser (dans le circuit de distribution classique, via des réseaux innovants de vente en porte à porte, ou encore via des ventes institutionnelles aux organismes utilisant ces farines dans le cadre de leur programme humanitaire) et à promouvoir des produits manufacturés adaptés aux besoins nutritionnels des populations cible, tout en accompagnant le gouvernement dans la mise en place d'une norme qualité pour ses farines et une réglementation sur la promotion des produits pour enfants. Le Gret a également mis au point des aliments fortifiés destinés aux femmes en âge d'avoir des enfants, ainsi qu'une farine locale destinée à la prise en charge des enfants malnutris aigus modérés.

Recommandation n°11 : Renforcer les activités de développement rural (agriculture et élevage) contribuant à améliorer la nutrition tout en limitant les impacts potentiellement négatifs connus

Compte tenu des constats et limites identifiées au cours de l'étude, il sera important de poursuivre le travail de diagnostic spécifique de manière plus fine dans les zones géographiques retenues afin d'approfondir les recommandations opérationnelles dans le secteur du développement rural dans les deux pays concernés. Comme présenté dans la partie 1.2, une analyse des liens entre agriculture et nutrition, spécifiques au contexte et aux populations cible des projets, est nécessaire afin d'identifier les leviers d'action les plus pertinents. Quelques grandes orientations sont données ici sur le type d'intervention pouvant avoir un impact plus marqué sur la nutrition. A la demande de l'AFD, quelques expériences en cours sont citées afin d'illustrer le type d'intervention pouvant être mis en place. Ce travail est loin d'être exhaustif et concerne quelques

actions sensibles à la nutrition, mises en œuvre ou coordonnées par le Gret, dans plusieurs pays (Madagascar, Sénégal, Burkina Faso).

[1] Une priorité renforcée pour les actions de diversification de la production et des revenus/moyens d'existence au niveau des ménages

Les stratégies de diversification agricole et alimentaire peuvent offrir des points d'entrée pour l'amélioration de l'alimentation et la nutrition au niveau local. Elles peuvent notamment contribuer à une meilleure disponibilité et consommation, tout au long de l'année, d'aliments plus diversifiés et riches en nutriments.

Des études récentes sur les interventions agricoles d'amélioration de la nutrition montrent une corrélation positive entre la diversification des cultures et la qualité du régime alimentaire. Au niveau de la production, la combinaison de différentes activités (au sein de l'exploitation et sur une même parcelle, dans le temps et dans l'espace) permet de réduire les risques et de renforcer la durabilité et la résilience des systèmes de production. Ces stratégies peuvent aussi améliorer l'accessibilité des exploitations à une alimentation variée, à travers par exemple la rotation et/ou l'association des cultures (céréales, légumineuses, tubercules, fruits), la diversification des espèces arbustives ou arborées (qu'elles soient annuelles ou pérennes). L'encadré ci-dessous illustre l'utilisation des pratiques agroécologiques (rotations et associations de cultures, plantes alimentaires à effet antiérosif, compost, embocagement à partir d'essences utiles, etc.) dans le cadre d'un programme de sécurité alimentaire et nutritionnelle mis en place par le Gret et le CTAS (Centre Technique Agroécologique du Sud) à Madagascar. Il montre les effets induits sur la consommation alimentaire notamment pendant les périodes de soudure.

■ Un projet d'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans la région de l'Androy, Madagascar

Région structurellement vulnérable dans sa production agricole, l'Androy est marquée par des fortes variations saisonnières²⁵ et soumise à des vents secs et violents qui perturbent fortement les cycles des cultures. De plus, les ménages agricoles disposent de très faibles superficies. Les niveaux de production ne leur permettant pas de satisfaire les besoins alimentaires, la période de soudure s'avère souvent difficile. La durée du stock alimentaire permet de couvrir que 3 mois. Les déficits importants et récurrents de la production agricole agissent sur l'état nutritionnel de la population et en particulier sur les catégories les plus vulnérables que sont les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de deux ans. En période de soudure ou de sécheresse prolongée, les ménages, en grande majorité, ne disposent plus de stocks de récoltes et sont contraints d'acheter leur nourriture sur le marché (lorsque les prix

25 Le début et la fin des saisons peuvent être très variables d'une année sur l'autre. Il existe une importante discontinuité des pluies au sein d'une même saison. La variabilité des pluies est également assez forte d'une année sur l'autre et elle peut donner lieu à d'importantes sécheresses certaines années.

des denrées alimentaires sont très élevés). Les risques de malnutrition sont ainsi augmentés par la faible disponibilité et les problèmes d'accès aux aliments (en plus des causes directes telles que les mauvaises pratiques d'alimentation, la prévalence des maladies comme la diarrhée ainsi que les problèmes d'accès à l'eau plus importants pendant ces périodes). Les prévalences de malnutrition aiguë sont nettement plus élevées en période de soudure qu'en période de récolte (23,3% contre 6,4%).

Dans le cadre d'un programme de sécurité alimentaire et nutritionnelle des régions Sud et Sud-Est de Madagascar (AINA-ASARA), le Gret et le CTAS travaillent sur la sécurisation de la production agricole pour réduire les impacts des crises alimentaires et écourter les périodes de soudure. Des pratiques agro-écologiques à grande échelle sont promues en s'appuyant sur des systèmes de culture alliant plantes structurantes, améliorantes, antiérosives, résistantes à la sécheresse et à usage alimentaire ou fourrager. On observe une diffusion de plus en plus spontanée de ces pratiques du fait que les cultures sont utilisées pour la consommation humaine (pois d'Angole, pois locaux comme le konoke, mil), en particulier pendant la période de soudure. L'adoption de ces pratiques a des effets induits sur la qualité du régime alimentaire, en particulier grâce à la consommation des légumineuses plus riches du point de vue nutritionnel. En parallèle, des activités d'appui-conseil auprès des ménages agricoles sont menées pour améliorer la gestion et l'utilisation de leurs ressources (stocks familiaux, dépenses alimentaires et non alimentaires) avec l'objectif de prévenir et d'atténuer les effets de la saisonnalité sur l'insécurité alimentaire et la malnutrition.

Ce projet comporte également des actions spécifiques en nutrition visant la sensibilisation des mères enceintes et allaitantes aux bonnes pratiques nutritionnelles et la promotion des aliments de complément fortifiés pour les enfants de 6-23 mois.

La diversification des revenus et des moyens d'existence est également à privilégier, notamment par le développement des filières locales à haut valeur nutritive (maraîchage, élevage, produits laitiers, produits forestiers non ligneux,...). Cet impact est plus marqué dans les zones où les ménages producteurs consomment au moins une partie de ce qu'ils produisent car l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité de ces produits peut affecter directement la qualité du régime alimentaire. Une attention particulière devrait être apportée aux pertes post récoltes, qui constituent un manque à gagner important pour le revenu des ménages. Ainsi des techniques pour favoriser le stockage et la transformation des produits seront promues (sacs à triple fond pour le niébé, séchage des fruits et légumes, production de fromage local,...). De même, les activités permettant de renforcer le rôle des femmes sont à privilégier. La dimension genre est ainsi un critère à prendre en considération à la fois sur le choix des filières et le type d'activités à privilégier (voir plus loin).

[2] Le développement des chaînes de valeur inclusives

L'étude de cas en Côte d'Ivoire a notamment montré l'importance de favoriser les interventions permettant une association équilibrée entre cultures commerciales et cultures tournées vers la satisfaction des besoins alimentaires. Cette démarche s'inscrit dans un repositionnement souhaité par l'AFD pour appuyer le développement des filières locales afin de répondre aux enjeux de sécurité alimentaire et d'approvisionnement des marchés urbains et ruraux, en plus de l'appui aux filières d'exportation structurées par des agro-industries. En effet, le cadre d'intervention sectoriel (CIS) portant sur la sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne affiche la volonté de l'Agence d'appuyer la structuration de filières agricoles et des marchés vivriers afin d'offrir une alimentation diversifiée, suffisante et de qualité, à des prix compatibles avec le pouvoir d'achat des ménages.

Aussi, des expériences innovantes sur le développement des chaînes de valeur inclusives sont en train de se développer et mériteraient d'être appuyées pour une meilleure intégration de la nutrition. L'encadré ci-dessous présente une expérience récente de renforcement des contrats agricoles par l'introduction d'une incitation non productive²⁶ dans les contrats d'approvisionnement de la Laiterie du Berger (LDB) au Sénégal. Cette incitation, sous forme d'un produit fortifié en fer, s'est mise en place auprès des familles d'éleveurs en vue de répondre à un problème d'anémie identifié chez les enfants de 2 à 5 ans.

■ Une expérience pilote sur l'introduction d'une incitation nutritionnelle pour renforcer l'agriculture contractuelle au Nord du Sénégal

Créée en 2005, la Laiterie du Berger (LDB) collecte du lait auprès d'un millier d'éleveurs dans la zone Nord du Sénégal (départements de Dagana et Podor) via une logistique intégrée à l'entreprise. La collecte est une des contraintes majeures pour l'entreprise tant en termes de volume que de qualité du lait. La situation nutritionnelle des familles de la zone de collecte est préoccupante. En effet, les enfants de moins de cinq ans présentent des taux d'anémie élevés : 89% pour la tranche d'âge de 6-24 mois et 79% pour les enfants âgés de 2-5 ans (Ifpri, 2013). La LDB, le Gret et l'Ifpri se sont associés en 2012 pour mettre en place une expérience pilote autour de la chaîne de valeur laitière et de la nutrition.

Elle a consisté en la mise à disposition d'un aliment enrichi produit par la laiterie, au travers du contrat d'approvisionnement avec ses fournisseurs. Il s'est ainsi agi de fournir du cakry²⁷ fortifié en fer pour les enfants de 2 à 5 ans des familles d'éleveurs

26 Cette incitation est intégrée en complément du revenu laitier et d'autres incitations en lien direct avec la production (collecte, accès à l'aliment de bétail, conseils techniques,...).

27 Le cakry (lire thiacy) est un produit traditionnellement consommé par les ménages sénégalais. Il peut s'agir de lait caillé ou de yaourt qui est mélangé à du mil (céréale locale). La LDB commercialise de cakry sous la marque « dolima ». Un nouveau produit fortifié destiné aux enfants a été élaboré « dolima doolé »

qui respectaient un engagement défini préalablement. En contrepartie, ils recevaient des sachets de cakry pour tous les enfants de 2 à 5 ans, pour une consommation quotidienne la semaine suivante. Ces aliments étaient distribués par la chaîne logistique de la LDB lors de la collecte des bidons de lait.

Un des résultats saillants de cette expérience concerne les effets positifs particulièrement marqués pour les femmes cheffes de bidon²⁸. Cela se traduit par une hausse de plus de 40% du volume fourni par les femmes du groupe recevant du cakry, comparativement au volume livré par celles du groupe témoin. Les effets sont aussi à noter en termes de fréquence d'approvisionnement à la LDB. On constate en particulier une augmentation de 11% du nombre de jours de livraison, soit 24 jours supplémentaires par rapport au groupe ne recevant pas d'incitation. Il ressort également des impacts positifs du point de vue nutritionnel, notamment sur les taux d'hémoglobine (indicateur de la carence en fer) après un an de distribution et en particulier chez les garçons. La fourniture du cakry a permis d'augmenter le taux de 0,49 g/dl (0,66 g/dl chez les garçons). C'est un résultat appréciable et comparable à l'effet observé avec d'autres interventions (utilisation de micronutriments en poudre par exemple).

L'AFD appuie cette initiative à travers le financement du projet Asstel de développement de l'élevage et de structuration de la filière laitière dans le département de Dagana.

[3] Une stratégie de mise en œuvre intégrant l'approche genre

Dans de nombreux contextes, les femmes jouent un rôle important dans la production et les achats alimentaires, dans l'alimentation de la famille, et dans les soins apportés aux enfants. Le choix en termes de filières ou activités à privilégier peut s'avérer essentiel du point de vue de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Un autre élément à prendre en compte concerne les impacts négatifs potentiels des activités agricoles sur la nutrition. En effet, dans une bonne partie des zones cotonnières ou de forte production agricole, on observe paradoxalement des forts taux de malnutrition infantile, le degré d'occupation des mères pouvant avoir un impact négatif sur la nutrition de leur enfant. Afin de limiter ces impacts négatifs, il est souhaitable d'appuyer la réalisation d'un **diagnostic initial**

avec l'appui des équipes de recherche de Danone afin de le compléter en fer, zinc, iode et vitamine A. La consommation d'un sachet de 80 grammes par jour couvre de 20 à 35% des AJR (Apports journaliers recommandés) d'un enfant de 2 à 5 ans

²⁸ Le système d'approvisionnement est organisé autour du bidon qui est l'unité de collecte. Chaque bidon est enregistré sous le nom d'un(e) chef(fe) de bidon qui est le(a) principal(e) interlocuteur(trice) de la laiterie. Environ 15% des bidons sont sous la responsabilité des femmes en tant que cheffes de bidon.

intégrant la dimension genre, incluant une analyse spécifique sur la contribution des femmes à la production agricole et à la sécurité alimentaire (cf. encadré ci-dessous).

■ ***Un outil d'analyse de la répartition des rôles sociaux pouvant être intégré dans les diagnostics de base***

L'outil « Accès et contrôle des ressources », qu'elles soient monétaires ou non, donne des indications sur le pouvoir détenu par l'homme ou la femme dans l'accès aux facteurs de production et aux revenus, ainsi que dans la gestion quotidienne du ménage (alimentation, soins divers). L'analyse portera également sur la charge de travail des femmes en fonction des saisons, et sur les stratégies qu'elles développent pour concilier leurs occupations et le soin qu'elles apportent aux jeunes enfants. Les résultats de cette analyse donneront des orientations précises sur les objectifs à atteindre en termes de changements de comportement et sur les interventions permettant de mieux répartir les ressources et la charge de travail au sein des ménages, l'objectif final étant l'amélioration de l'accès à l'alimentation et la santé des femmes et des jeunes enfants.

Ainsi les recommandations issues de cette analyse porteront sur :

- Le type d'activités à promouvoir : **l'accès des femmes aux activités du projet** sera favorisé à travers des conditions préférentielles (accès aux parcelles des aménagements hydro agricoles, accès aux équipements, aux intrants ou aux marchés). **Des activités génératrices de revenus pour les femmes**, qui prennent en compte leur charge de travail, seront développées. Ce sont en priorité par exemple des activités de maraîchage, de valorisation des produits forestiers non ligneux ou de transformation des produits agro-alimentaires.
- Des interventions qui **n'impliquent pas un surcroît de travail pour les femmes** qui puisse nuire à leurs enfants (par exemple la mécanisation des exploitations engendre une augmentation des superficies, d'où un besoin en main d'œuvre supplémentaire pour certaines tâches, qui impacte généralement sur les femmes).
- Des interventions qui permettent **d'accroître leur pouvoir de décision** au sein de leur ménage et de leur communauté. Ainsi des réflexions seront menées avec les leaders paysans/ éleveurs et les chefs d'exploitation sur la place des femmes dans l'exploitation. La place des

femmes dans les organisations paysannes sera encouragée et les organisations féminines seront soutenues.

[4] *Le renforcement des dispositifs d'appui-conseil aux exploitations pour une meilleure diversité alimentaire, en particulier des femmes et des jeunes enfants*

A l'échelle des exploitations, la gestion des ressources alimentaires et financières (récoltes, revenus monétaires, consommation alimentaire) influence fortement leur sécurité alimentaire et la nutrition en particulier des plus vulnérables. En zone sahélienne par exemple, la sécurité alimentaire dépend d'abord de la gestion temporelle des greniers (disponibilité des aliments), en zone soudanienne, elle apparaît plus nettement liée aux facteurs d'accessibilité alimentaire. Dans les deux cas, l'utilisation et la distribution intrafamiliale de la nourriture ont un rôle central. D'où l'importance du point de vue de la sécurité alimentaire et nutritionnelle de renforcer les dispositifs d'appui-conseil aux exploitations agricoles afin d'améliorer le pilotage de leurs activités et de renforcer leur résilience. Développer des outils spécifiques dans le cadre des dispositifs d'appui-conseil constitue une autre contribution possible. Il s'agira de **renforcer les conseils visant une meilleure gestion des ressources alimentaires et financières**, en particulier :

- d'encourager la diversification de l'alimentation des ménages (consommation des fruits et des légumes, de protéagineux et d'oléagineux...). Par exemple dans le cadre des appuis aux activités de maraîchage, il s'agira de favoriser la consommation d'une partie de ces produits ;
- de sensibiliser les ménages à l'attention particulière à apporter aux femmes enceintes et aux jeunes enfants en ce qui concerne l'alimentation et la santé, étant donné qu'ils ont des besoins alimentaires spécifiques, et qu'ils nécessitent des soins particuliers. Cela signifie de recommander aux ménages d'investir une partie de la plus-value générée par les activités du projet envers ces groupes spécifiques.

Ces conseils seront apportés par les agents techniques d'agriculture/ d'élevage du projet à travers les rencontres qu'ils organisent avec les agriculteurs/ éleveurs.

A cet effet, les cadres et les animateurs du projet bénéficieront d'une formation sur les liens entre sécurité alimentaire et nutrition, et sur les notions de base de la nutrition (causes, conséquences, actions possibles), afin qu'ils intègrent ces préoccupations dans leurs activités quotidiennes, et dans les choix techniques qui seront faits. Ces formations ne seront pas théoriques, mais adaptées au cadre du projet, afin de favoriser un réinvestissement des acquis de ces formations sur le projet.

Ces conseils n'aborderont pas la nutrition dans son ensemble, car cela nécessiterait une formation et une supervision plus pointue en nutrition. Mais ils permettent

d'engager une prise en conscience des producteurs et des éleveurs sur les liens entre l'alimentation et la santé des femmes et des enfants, et le problème de la malnutrition.

■ **Le conseil à l'exploitation familiale sensible à la nutrition : un outil à développer pour renforcer la résilience**

Le conseil à l'exploitation familiale renforce la capacité des producteurs à faire des choix sur leur exploitation (choix de spéculation, choix techniques,...), à anticiper certaines questions (telles que la question de la soudure) et à gérer leur budget. Il ouvre chez les producteurs une réflexion vers la compréhension et la maîtrise de l'environnement économique. De ce fait, il contribue à renforcer l'exploitation et rendre les agriculteurs moins fragiles face aux aléas.

Il contribue à renforcer l'analyse des ménages sur les points décrits précédemment (équilibre entre cultures vivrière et de rente au sein de l'exploitation, prise en compte du genre, analyse de la vulnérabilité et des stratégies de résilience,...)

Il existe de multiples visions du conseil à l'exploitation. Parmi les outils développés, certains sont particulièrement pertinents pour renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle au sein du ménage. Il s'agit en particulier :

* **de modules sur la gestion des récoltes**, qui permettent aux producteurs d'évaluer leur degré de sécurité alimentaire et d'anticiper des choix pour faire face à la soudure, tels que développés par exemple par la Fédération des Professionnels Agricoles du Burkina (FEPAB) ;

* **de bilans simplifiés des exploitations familiales** qui ont été mis au point et développés par la Fédération des ONG du Sénégal (FONGS) et l'Association pour la Promotion de l'Elevage au Sahel et en Savane (APESS). Cette approche permet de produire avec l'ensemble de la famille des informations quantitatives et qualitatives permettant un diagnostic de l'exploitation prenant en compte l'ensemble des recettes, des dépenses et de la consommation de la famille. L'analyse de ces données permet d'analyser le degré de sécurité alimentaire de l'exploitation, d'analyser les différents postes de dépenses (alimentation, santé,...), et de débattre sur la gestion des recettes et des dépenses au sein de la famille.

Au-delà de la collecte familiale des informations, une approche de groupe pourrait être privilégiée, de façon à favoriser les échanges entre producteurs et de mettre en débat les choix. Différents types d'exploitation seront concernées par ce service, en particulier des agriculteurs vulnérables.

L'analyse pourrait être davantage approfondie en ce qui concerne l'utilisation des ressources, pour réfléchir avec les familles sur les moyens à mettre en œuvre pour diversifier l'alimentation de la famille, et pour mieux gérer les dépenses de santé, dont on sait qu'elles impactent fortement sur la nutrition des femmes et des jeunes enfants.

Ainsi, le conseil à l'exploitation familiale pourrait intégrer à un degré adapté aux

besoins et à l'intérêt des familles, et en utilisant l'entrée économique, une discussion et des conseils sur la nutrition (alimentation et santé).

[4] Une attention particulière à apporter aux ménages vulnérables

Certaines interventions se traduisent par une relative exclusion de l'accès aux ressources de certaines catégories de population, souvent les plus vulnérables. Déjà fragile, la situation de ces populations peut se dégrader. Même si la malnutrition touche les ménages de différentes catégories socio-économiques, les plus vulnérables sont davantage touchés, notamment par les formes sévères de malnutrition.

Une **analyse de la vulnérabilité des ménages** est à prendre en compte, en particulier pour identifier les facteurs de risque (saisonnalité, stratégies d'adaptation,...) et envisager des activités à mener pour renforcer leurs capacités de résilience. Des actions spécifiquement dédiées au renforcement des capacités des ménages vulnérables à faire face aux crises pourront être prévues (accès privilégié aux semences adaptées et de qualité ou au crédit, filets de sécurité - transferts monétaires, aide alimentaire, etc.-, développement d'emplois non agricoles,...).

Le projet Repam mis en œuvre par le Gret au Burkina en partenariat avec une organisation de producteurs (la FEPAB, Fédération des producteurs agricoles du Burkina) permet de cibler les ménages les plus pauvres, et de leur fournir des appuis spécifiques (production vivrière, activités de maraîchage et de petit élevage, conseil agricole, éducation nutritionnelle,...). Les appuis sont dégressifs, afin de permettre à ces ménages de réintégrer progressivement les services développés par la FEPAB.

Recommandation n°12 : Définir et mettre en œuvre des indicateurs clairs de suivi de l'impact

Il est important de réfléchir en amont de la définition des projets de santé et de développement rural sur des objectifs clairs intégrant la nutrition et de définir des indicateurs de suivi et d'impact adaptés. Les projets actuels intègrent peu d'indicateurs sur le profil des bénéficiaires (femmes, jeunes, groupes vulnérables) ; les indicateurs ont tendance à être focalisés sur les quantités produites ; aucun indicateur ne porte sur l'utilisation des produits et des revenus ni sur la nutrition.

Ainsi les indicateurs seront adaptés aux objectifs et activités de chaque projet mais quelques recommandations peuvent être formulées :

1. Pour mesurer l'impact sur la nutrition des actions sensibles à la nutrition, il n'est pas opportun de mentionner des indicateurs mesurant l'état nutritionnel des jeunes enfants, car l'évolution de ce genre d'indicateur à l'échelle d'un projet de développement ne peut être significative à plus court terme. C'est pourquoi il

vaut mieux privilégier des indicateurs intermédiaires, axés sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des groupes cibles.

2. Sur les projets santé/nutrition, les indicateurs pourraient être les suivants :
 - Pratiques d'accès aux soins de santé (consultations pré et post natales, fréquentation des centres de santé, etc.)
 - Connaissances et pratiques en matière de prévention des maladies courantes (paludisme, diarrhées, etc.), de vaccination, d'hygiène, de planning familial, etc. ;
 - Connaissances et pratiques en matière d'allaitement (mise au sein précoce, taux d'allaitement maternel exclusif, durée de l'allaitement) et d'alimentation de complément (âge d'introduction des aliments de complément, consommation de bouillie améliorée ou enrichie, fréquence des repas, etc.) ;
 - Pratiques d'alimentation des femmes enceintes et allaitantes ;
 - En cas d'activités de dépistage et de prise en charge : proportion d'enfants dépistés, pro-portion d'enfants confirmés malnutris et pris en charge par les agents de santé, proportion d'enfants guéris.
3. Sur les projets de développement rural, les indicateurs sensibles à la nutrition pourraient être les suivants :
 - Evolution des revenus, moyens d'existence au niveau des ménages ;
 - Profil des bénéficiaires des interventions (femmes, familles vulnérables, etc.) ;
 - Fréquence et diversité alimentaire : Score de Consommation Alimentaire (SCA); Score de Diversité alimentaire des Ménages (SDAM/HDDS); dépenses alimentaires, adaptation des repas aux groupes spécifiques (femmes enceintes et allaitantes, jeunes enfants) ;
 - Pratiques d'alimentation (comportement alimentaire) : Indice des Stratégies de survie (CSI); Echelle de l'Accès déterminant l'Insécurité alimentaire des Ménages (EAIAM/HFIAS); Echelle de la Faim au niveau des ménage (HHS); Auto évaluation de la sécurité alimentaire (SAFS).

CONCLUSION

La question de la nutrition est actuellement un enjeu majeur de développement. Il existe un consensus qui se dégage sur l'importance de mettre en œuvre d'une part des interventions nutritionnelles spécifiques ciblées sur les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans, et d'autre part des actions multisectorielles s'attaquant aux causes sous-jacentes de la malnutrition, en particulier dans les domaines de l'agriculture et la sécurité alimentaire, la protection sociale, l'eau et l'assainissement, et l'éducation.

Les **interventions nutritionnelles spécifiques efficaces sur une large échelle** (éducation nutritionnelle, dépistage et traitement de la malnutrition, fortification des aliments,...) sont bien documentées et leur efficacité a été prouvée²⁹. Ce type d'interventions doit être privilégié dans les pays où le fardeau de la nutrition est parmi le plus important (voir recommandation n°1). Les interventions spécifiques sont très souvent en majorité assurées par les systèmes de santé, leur intégration semble de ce fait plus évidente dans le secteur de la santé. De plus, les configurations actuelles des projets de l'AFD sont relativement favorables à l'insertion d'activités de nutrition, tant au niveau politique (appui institutionnel aux Ministères de la Santé, aux politiques publiques,...) qu'au plan opérationnel (renforcement des structures de soins, amélioration de l'accès aux soins, développement des ressources humaines, etc.).

A contrario, les liens entre l'agriculture et la nutrition sont plus complexes à appréhender et dépendent des contextes spécifiques. Il existe actuellement **peu d'évaluations susceptibles de mesurer l'impact sur la nutrition** (en particulier sur les données anthropométriques). Mais cette absence de preuves scientifiques ne veut pas dire qu'il n'y ait pas d'impact. Elle montre l'importance de développer et renforcer la conception, le suivi et l'évaluation des interventions sensibles à la nutrition. En outre, les études existantes ont fait la preuve d'impacts sur certains résultats intermédiaires tels que le régime alimentaire et les revenus. Par conséquent, il serait intéressant d'investir dans des projets de sécurité alimentaire intégrant des interventions d'agriculture ou d'élevage ayant démontré leur impact sur la nutrition, **tout en élargissant à d'autres interventions n'ayant pas encore démontré leur lien de cause à effet avec la nutrition**, mais dont le lien est très probable (en particulier des dispositifs d'appuis conseils aux producteurs intégrant des conseils sur l'alimentation

29 La revue The Lancet a publié en 2013 une série d'articles présentant les solutions ayant fait leurs preuves en matière de nutrition et les études qui les documentent.

des ménages, des pratiques d'agriculture durable,...) et dont le projet permettrait de documenter les effets.

Le dispositif de suivi-évaluation et les études à venir devront se concentrer sur les résultats intermédiaires, notamment l'apport diététique, la diversité alimentaire et les revenus et ne tenter une analyse des effets de l'agriculture sur l'état nutritionnel que si la taille de l'échantillon et la conception de l'étude lui donnent la latitude nécessaire. Les études intégreraient également une dimension anthropologique, permettant de mieux appréhender les effets des interventions sur les changements de comportements (pratiques alimentaires, d'hygiène et de soins).

La conception et la mise en œuvre de ces **activités multisectorielles** implique un **ancrage clair de la nutrition** au sein d'une instance ayant un **mandat nutrition précisément défini et les moyens de le mettre en œuvre**, et dont le travail nécessiterait un décloisonnement et une implication de différentes divisions sectorielles, ainsi que la sensibilisation de toutes les parties prenantes (opérationnels travaillant dans les secteurs clés et dans les pays pilotes) à la nutrition.

SÉLECTION DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ACF, Optimiser l'impact nutritionnel des interventions sécurité alimentaire et moyens d'existence. Manuel pour les professionnels de terrain, 2011.

ACF, Gret, Cirad, Semer les graines d'une bonne nutrition. Mobiliser l'agriculture au service de la nutrition, 2013.

AFD, Sécurité alimentaire en Afrique Subsaharienne. Cadre d'intervention sectoriel 2013-2016, 2013.

Banque Mondiale, Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles, janvier 2013.

CIRAD, ACF, Identifier et limiter les risques des interventions agricoles sur la nutrition, février 2014.

FAO, Synthesis of Guiding Principles on Agriculture Programming for Nutrition, 2013.

IFPRI, Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health, 2011.

MAEE, Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats, Nutrition dans les pays en développement. Document d'orientation stratégique, 2011.

OMS, Analyse globale de la propension des pays à accélérer leur action dans le domaine de la nutrition. Outils pour les évaluations de pays, 2014.

Revue The Lancet, Séries sur la malnutrition materno-infantile, 2008 et 2013.

Ruel et al., Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?, Série sur la malnutrition materno-infantile, 2013

UNICEF, Améliorer la nutrition de l'enfant, un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial, 2013.

Précédentes publications de la collection

Notes techniques n°1	Panorama des inégalités hommes – femmes dans le monde (Juin 2015)
Notes techniques n°2	La Commission du Mékong face à un tournant – Quelle place pour l'aide française (Septembre 2015)
Notes techniques n°3	Quelle efficacité environnementale de la certification pêche et aquaculture « durable » ? (Septembre 2015)
Notes techniques n°4	Vérité des prix ou socialisation de la couverture des coûts ? (Octobre 2015)
Notes techniques n°5	Accompagnement technique et renforcement des capacités : leçons de l'expérience (Octobre 2015)
Technical Reports n°6	Actors and networks of agroecology in the Greater Mekong Subregion (October 2015)
Technical Reports n°7	Creating Alliances to Accelerate Commercially Viable Sanitation (November 2015)
Notes techniques n°8	La recherche française sur l'éducation dans les pays en développement : un état des lieux (Novembre 2015)
Technical Reports n°9	Facilitating green skills and jobs in developing countries
Notes techniques n°10	Étude sur le développement de l'entrepreneuriat social à Madagascar
Notes techniques n°11	Ecole et Santé de la reproduction Une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin (novembre 2014 – juillet 2015)

Précédentes publications de la collection

Notes techniques n°12

Observation spatiale pour l'agriculture en Afrique :
potentiels et défis

Qu'est-ce que l'AFD ?

L'Agence Française de Développement (AFD), institution financière publique qui met en œuvre la politique définie par le gouvernement français, agit pour combattre la pauvreté et favoriser le développement durable.

Présente sur quatre continents à travers un réseau de 72 bureaux, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète.

En 2014, l'AFD a consacré 8,1 milliards d'euros au financement de projets dans les pays en développement et en faveur des Outre-mer.

Agence Française de Développement
5 rue Roland Barthes – 75598 Paris cedex 12
Tél : +33 1 53 44 48 86 – www.afd.fr

Conception et réalisation : Elsa MURAT, AFD