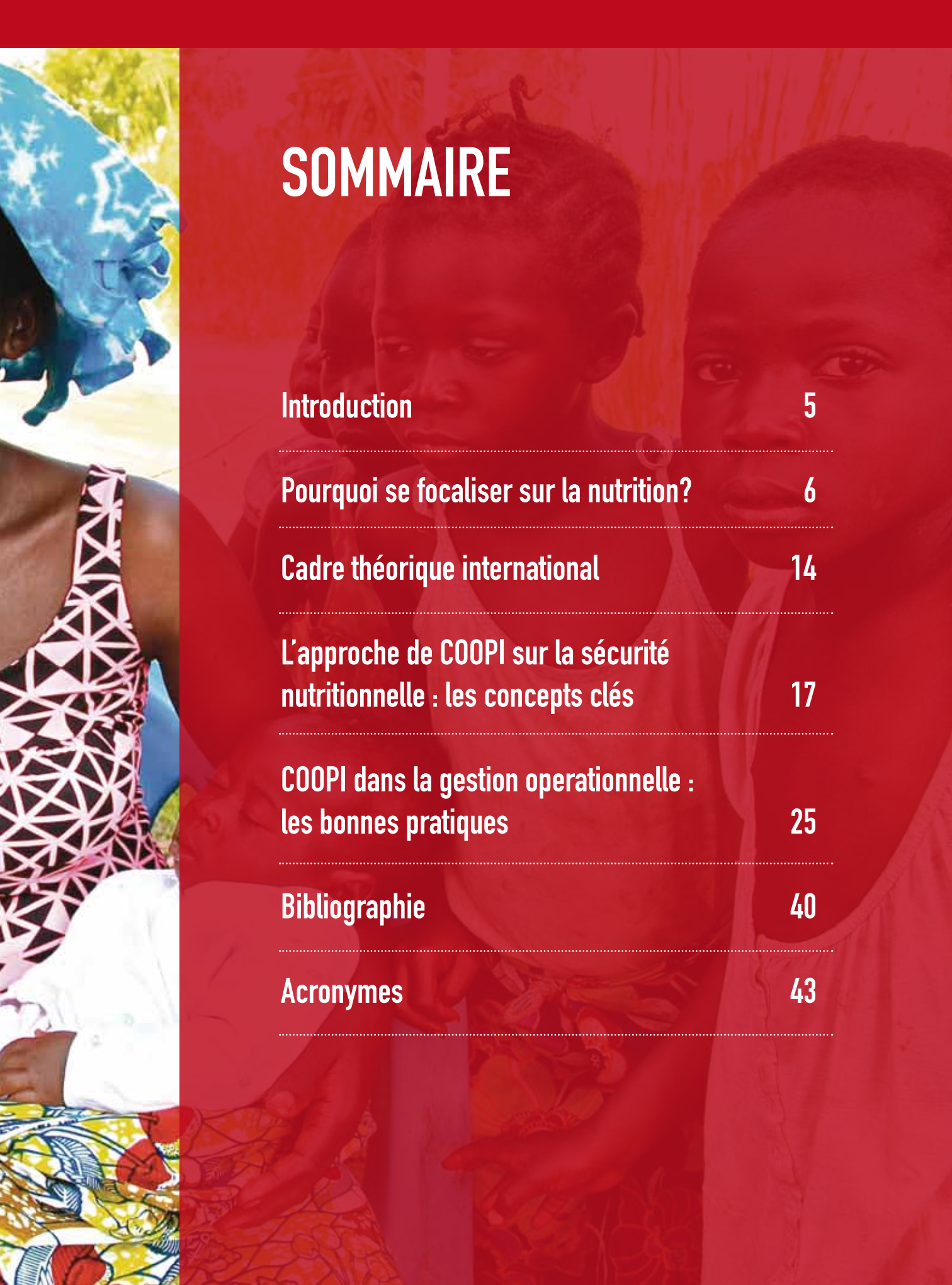


SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE







SOMMAIRE

Introduction 5

Pourquoi se focaliser sur la nutrition? 6

Cadre théorique international 14

**L'approche de COOPI sur la sécurité
nutritionnelle : les concepts clés** 17

**COOPI dans la gestion opérationnelle :
les bonnes pratiques** 25

Bibliographie 40

Acronymes 43

AUTEURS ET REMERCIEMENTS

Coordination :

Barbara Nese, Responsable Recherche et Innovation des Programmes

Élaboration :

Lucia Pantella (Référénte technique Nutrition)

Un remerciement spécial à A.S. Desmaris et Alain Tchamba qui ont apporté une contribution essentielle et précieuse à l'élaboration de ce document.

Nos remerciements vont également à Claudio Ceravolo, Doauda Mbodj, Marco Tamburro, Maria Livia De Rubeis, Camilla Puglisi, pour les nombreuses contributions apportées. Merci également à tout le personnel du siège central et dans les bureaux à l'étranger qui a participé aux différentes phases de cette élaboration.

Un remerciement enfin au directeur Ennio Miccoli pour l'intérêt et la disponibilité montrés pendant tout le processus d'élaboration des lignes directrices.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE INTERNES À L'ORGANISATION

Lignes Directrices actuellement disponibles :

- Responsabilité Sociale des Entreprises
- Enfance et Adolescence
- Environnement et Réduction des Risques de Catastrophes
- Sécurité Alimentaire
- Genre
- Protection

Autres documents de référence :

Procédures Opérationnelles Standard (POS) de COOPI en matière de Sécurité Nutritionnelle.

DATE DE PUBLICATION : Février 2017

CONCEPTION GRAPHIQUE : Gruppo Egeo srl

PHOTOGRAPHIE DE COUVERTURE : Tchad - L. Dell'Uva

IMPRESSION : Brain Print & Solutions Srl

Introduction



5

COOPI - Cooperazione Internazionale est une fondation humanitaire indépendante et laïque établie en 1965. Pendant 50 ans d'activité, COOPI a mis en œuvre plus de 1 700 projets dans 60 pays, en employant des milliers d'opérateurs locaux et a assuré de l'assistance directe à 100 millions de personnes. Sa mission est de contribuer, grâce à l'engagement, la motivation, la détermination et le professionnalisme de son personnel, au processus de lutte contre la pauvreté et de croissance des communautés avec lesquelles COOPI coopère dans le monde. En faisant cela, COOPI intervient dans les situations d'urgence, de reconstruction et de développement afin d'atteindre un meilleur équilibre entre le Nord et le Sud de la planète, entre les régions les plus développées et celles les plus défavorisées ou en voie de développement.

Les lignes directrices sur la Sécurité Nutritionnelle¹ font partie d'une série de documents théoriques et opérationnels dont COOPI s'est dotée afin de positionner, inspirer et guider la Fondation en ce qui concerne les questions au cœur de son action². Ces documents décrivent le cadre de référence théorique dans lequel l'approche internationale de COOPI s'est développée et sur laquelle elle se fonde aujourd'hui. En outre, en conjonction à ces lignes directrices, COOPI a développé un manuel opérationnel ('Procédures Opérationnelles Standard (POS) de COOPI en matière de Sécurité Nutritionnelle') qui traduit le niveau théorique au niveau des programmes sur le terrain.

¹ Les lignes directrices sur la Sécurité Nutritionnelle ont été approuvées par le Conseil d'Administration de COOPI le 29 novembre 2016.

² À ce jour, les lignes directrices sur l'enfance et l'adolescence ; sur l'environnement et la réduction des risques de catastrophes ; sur la sécurité alimentaire ; sur la responsabilité sociale des entreprises ; sur le genre et sur la protection ont déjà été adoptées.

Pourquoi se focaliser sur la nutrition?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la nutrition est l'apport alimentaire répondant aux besoins métaboliques de l'organisme. La nutrition concerne, donc, « les processus relatifs à l'absorption, la digestion et l'utilisation des aliments par le corps pour sa croissance et son développement, ainsi que pour la reproduction, les activités physiques et la préservation de la santé »³.

C'est grâce à une nutrition adéquate qu'un individu se développe bien, maintient sa croissance, résiste aux maladies et s'en rétablit, et vaque à ses occupations quotidiennes. Lorsque la nutrition est insuffisante, un individu est malnutri. La malnutrition

peut agir comme un frein important à la croissance économique. Les estimations internationales suggèrent que dans les pays en voie de développement l'impact de la malnutrition pourrait réduire le produit intérieur brut (PIB) du 2 à l'11 %, tout en limitant le développement éducationnel, la productivité physique et la santé (Programme Alimentaire Mondial, PAM, et Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, CEPALC, 2007). Garantir une nutrition adéquate pour les enfants est vital pour leur survie, peut sauver leur vie et leur permettre d'achever leur potentiel et peut aussi contribuer à lutter contre la pauvreté et à réduire les inégalités.

6

PARMI LES CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION⁴

38 % des enfants des pays les moins développés souffrent de malnutrition chronique.

Les enfants malnutris ont 19 % de probabilité en moins de savoir lire à l'âge de 8 ans.

Une fois adultes, les enfants qui ont été malnutris gagneront 20 % en moins par rapport aux enfants bien nourris.

Au total, la malnutrition infantile actuelle pourrait coûter à l'économie globale 125 milliards de USD quand les enfants d'aujourd'hui grandiront.

³ Le Projet Sphère. 2011. « La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire ».

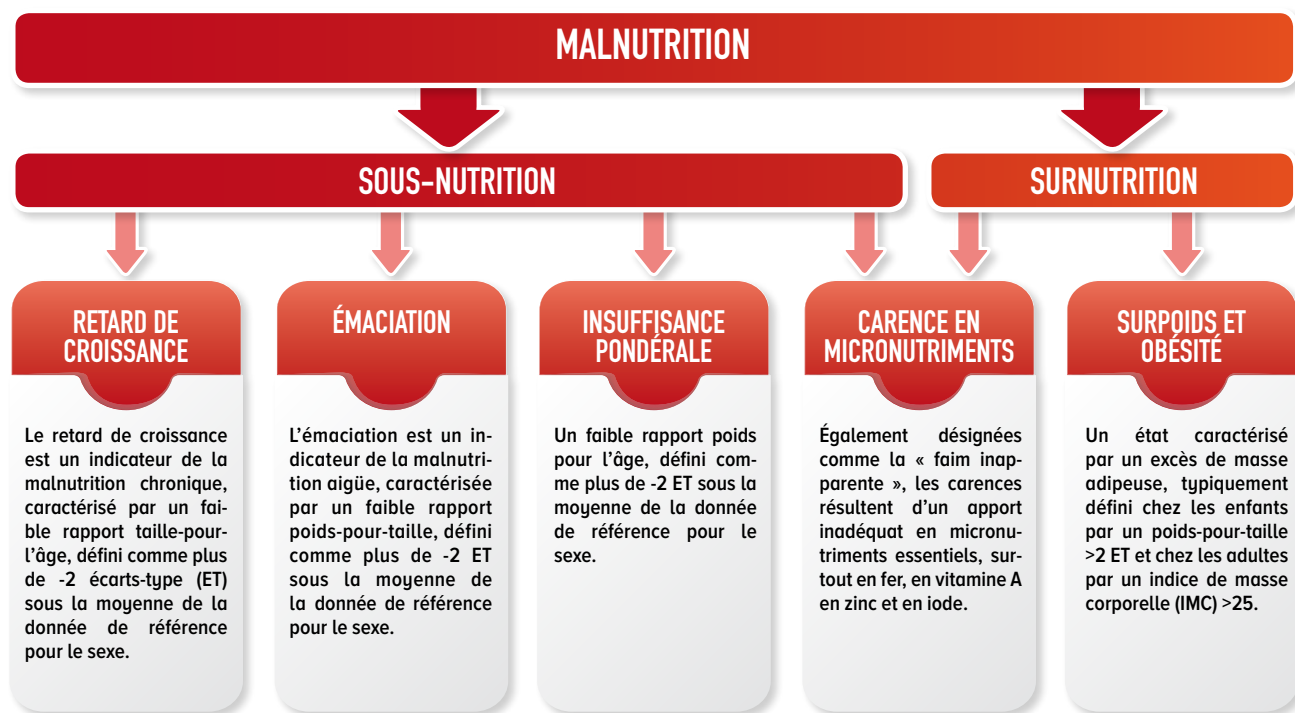
⁴ Fonds des Nations unies pour l'enfance, UNICEF. 2013 ; Save The Children. 2013.

Définitions et concepts clés

Lorsqu'on parle de malnutrition, il est important de définir quelques concepts clés, présentés ci-dessous. La malnutrition est une condition physiologique anormale, causée par la consommation inadéquate (insuffisante ou excessive) de macronu-

triments et/ou de micronutriments (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, FAO, 2014). Comme indiqué dans la classification à la Figure 1, la malnutrition inclut la sous-nutrition et la surnutrition.

Figure 1 :
Classification de la malnutrition – COOPI, 2016, adapté de Banque Mondiale, 2013.



La sous-nutrition est le résultat d'une sous-alimentation, et/ou de la faible absorption et/ou de la faible utilisation biologique de nutriments consommés, suite à une maladie infectieuse répétée

(FAO, Fonds international de développement agricole, IFAD, et PAM, 2014). La sous-nutrition peut se manifester sous différentes formes : retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale (FAO, 2014).

Une faible taille pour l'âge indique un **retard de croissance** et constitue un indicateur de la malnutrition chronique à long terme, puisqu'il est le résultat d'un processus cumulatif de nutrition inadéquate et/ou de maladies. Des enfants avec un retard de croissance peuvent paraître plus jeunes que leur âge réel.

L'émaciation correspond à un faible ratio poids pour taille et représente un indicateur de la malnutrition aiguë, à court terme puisqu'elle est causée par une perte de poids rapide.

L'insuffisance pondérale reflète l'insuffisance de poids pour l'âge et est un indicateur non spécifique de la sous-nutrition, qui comprend à la fois le retard

de croissance et l'émaciation. Un enfant avec un poids insuffisant peut avoir un retard de croissance, être émacié ou les deux.

Les carences en micronutriments, dont les plus fréquentes sont la carence en vitamine A, la carence en fer et la carence en iode, peuvent être associées aussi bien à la sous-nutrition que à la surnutrition, due à une alimentation à bon marché, riche en calories, mais faible en vitamines, en fibres et en minéraux.

La surnutrition est le résultat d'une consommation alimentaire excessive et englobe **le surpoids** et **l'obésité**, c'est-à-dire un poids pour taille au-dessus de la normale suite à l'accumulation excessive de graisse (FAO, IFAD et PAM, 2014).



DÉFINITIONS CLÉS⁵

LA MALNUTRITION CHRONIQUE	La malnutrition chronique se manifeste lorsqu'un enfant a une taille inférieure à la taille standard pour l'âge. La malnutrition chronique est définie par un rapport taille-pour-l'âge (T/A) < -2 z-scores sous les normes de croissance OMS 2006. La malnutrition chronique est le résultat d'épisodes prolongés ou répétés de carences nutritionnelles (en calories ou micronutriments) commençant à la naissance ou avant celle-ci. Il peut aussi être la conséquence d'une exposition à des infections répétées, ou encore à des conditions de vie précaires, qui limitent la croissance de l'enfant.
LA MALNUTRITION AIGÜE	La malnutrition aiguë est due à une diminution de la consommation alimentaire et/ou une maladie résultant en un œdème bilatéral ou une soudaine perte de poids. La malnutrition aiguë se développe rapidement, en lien avec une situation ponctuelle de manque ou des manques répétés (période de soudure, épidémie sévère, changement soudain ou répété dans le régime alimentaire, conflit...). La malnutrition aiguë dans les enfants entre 6 et 59 mois est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou d'émaciation (faible périmètre brachial [PB] ou faible rapport poids-pour-taille [P/T]). L'indicateur P/T est exprimé comme un z-score en dessous de deux Ecart Types (ET) de la médiane (ou P/T z-score < -2) de OMS, UNICEF, 2009. La MAG (Malnutrition Aigüe Globale) est un indicateur au niveau de la population qui englobe la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) et la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) : $MAG = MAS + MAM$.
LA MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE - MAS	La Malnutrition Aigüe Sévère - MAS (définie par un rapport P/T inférieur de - 3 z-scores à la médiane ou par un PB inférieur à 11,5 cm ou par la présence d'œdèmes), est la forme la plus dangereuse de malnutrition et implique une détérioration soudaine et rapide de l'état nutritionnel des enfants qui, sans traitement rapide, peut entraîner la mort. Parmi les formes de MAS, deux types sont d'une extrême gravité : • Le <i>marasme</i> : l'enfant paraît très amaigri, sa peau est flétrie. • Le <i>kwashiorkor</i> : l'apparition d'œdèmes, notamment sur les pieds et le visage.
LA MALNUTRITION AIGÜE MODÉRÉE - MAM	La Malnutrition Aigüe Modérée - MAM (définie par un rapport poids-pour-l'âge [P/A] entre -3 et -2 z-scores à la médiane ou par un PB entre 11,5 et 12,5 cm.) touche un plus grand nombre d'enfants que la MAS. Dans certains cas, si les enfants modérément malnutris ne reçoivent pas une aide adéquate, ils peuvent évoluer vers la MAS.

L'approche de **COOPI** dans le secteur **se focalise principalement sur la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë**, surtout en situation d'urgence, en ciblant les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes (FEFA). Récemment COOPI a étendu son mandat sur l'ensemble des formes de sous-nutrition, en incluant

aussi la **malnutrition chronique**. Il faut noter que la réduction de la malnutrition chronique est un objectif à long terme qui peut s'atteindre par des interventions nutritionnelles intégrées avec les programmes qui incluent la sécurité alimentaire, la santé maternelle et infantile et l'hygiène, eau et assainissement.

⁵ L'OMS et l'UNICEF, ont issu une déclaration conjointe sur les normes de croissance et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Pour plus d'information, on renvoie à OMS-UNICEF, 2009. «Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance».

La malnutrition dans le monde

10

À l'échelle mondiale, on estime que près de 20 millions d'enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère, dont la plupart vivent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne.

Dans les dernières décennies de nombreux progrès ont été réalisés dans la lutte contre la malnutrition et dans la réduction de la mortalité infantile. Suite à ces efforts, le nombre d'enfants qui n'arrivent pas à leur cinquième anniversaire s'est réduit de 12 millions en 1990 à 7,6 millions en 2011. Toutefois, les avancées en matière de réduction de la sous-nutrition ont été comparativement limitées et on estime que chaque heure, chaque jour, 300 enfants continuent de mourir à cause de la malnutrition. D'ailleurs, souvent la situation nutritionnelle des enfants n'est pas enregistrée parmi les causes de décès, ce qui fait que les dimensions réelles de l'impact de la malnutrition sont encore cachées⁶. Cela représente un obstacle au renforcement et à la mise à l'échelle des interventions qui ciblent de façon efficace la sous-nutrition.

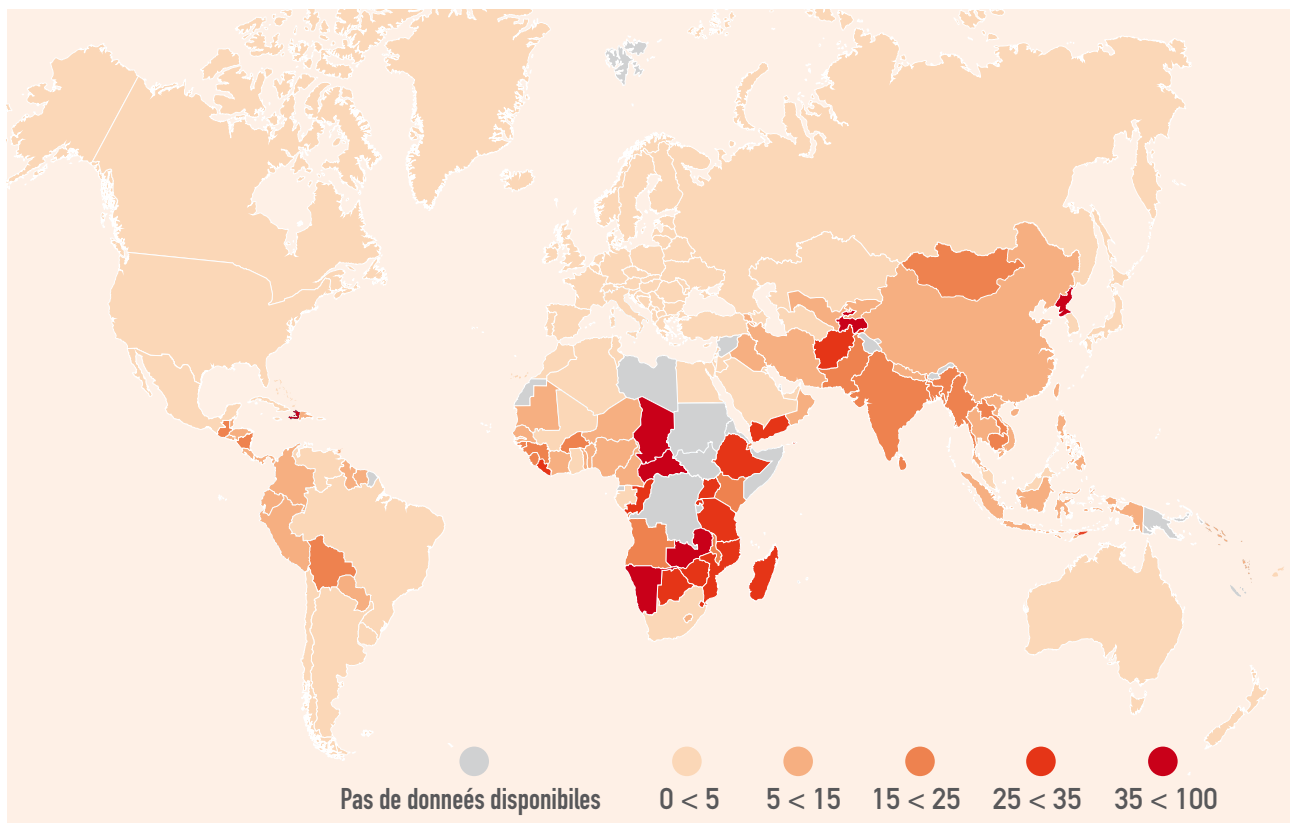
Selon l'OMS, les chiffres au niveau global parlent d'eux même⁷ :

- Le manque de vitamines et de minéraux essentiels dans l'alimentation est un obstacle au bon fonctionnement du système immunitaire et à un développement sain. Plus d'un tiers des enfants d'âge préscolaire dans le monde présente une carence en vitamine A ;
- La sous-nutrition maternelle, courante dans de nombreux pays en développement, se traduit par un développement fœtal insuffisant et une augmentation du risque de complications de la grossesse ;
- Globalement, la sous-nutrition chez la mère et chez l'enfant est responsable de plus de 10 % de la charge mondiale de morbidité.
- Près de 115 millions d'enfants dans le monde présentent une insuffisance pondérale. Comme montré dans la figure 2, l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Centre-Sud et l'Asie du Sud-Est sont les zones les plus touchées ;
- **La sous-nutrition intervient dans 45 % de tous les décès d'enfants ;**
- 13 millions d'enfants viennent au monde avec un faible poids de naissance ou prématurément en raison de la sous-nutrition maternelle entre autres facteurs ;



⁶ Pour plus d'information, voir : Save the Children. 2012. « A Life free from Hunger : Tackling Child Malnutrition ».

⁷ Les indicateurs relatifs à la malnutrition aiguë sont détaillés dans : OMS. 2012. « Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ». Les statistiques sur la malnutrition au niveau global sont détaillées dans : OMS. 2010. « Déficit pondéral et retard de croissance dans : Statistiques sanitaires mondiales ».

Figure 2 : Prévalence de la population sous-nutrie (pourcentage, 2012-14) – FAO, 2014.

La malnutrition affecte en particulier les groupes qui sont physiologiquement et socio-économiquement vulnérables, c'est-à-dire les enfants de moins de cinq ans ainsi que les FEFA, les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA et les personnes handicapées. **En perturbant le développement physique et cognitif d'un enfant, la sous-nutrition réduit ses capacités d'apprentissage, diminuant ainsi le potentiel et la productivité du capital humain, qui à son tour diminue le PIB d'un pays.** Ainsi, la sous-nutrition des premières années affecte le potentiel éducatif et économique futur de l'individu et de la nation dans l'ensemble. Par des conséquences à court terme et à long terme, la mal-

nutrition se perpétue à travers un cycle intergénérationnel de nutrition inadéquate, maladie et pauvreté (Banque Mondiale, 2013).

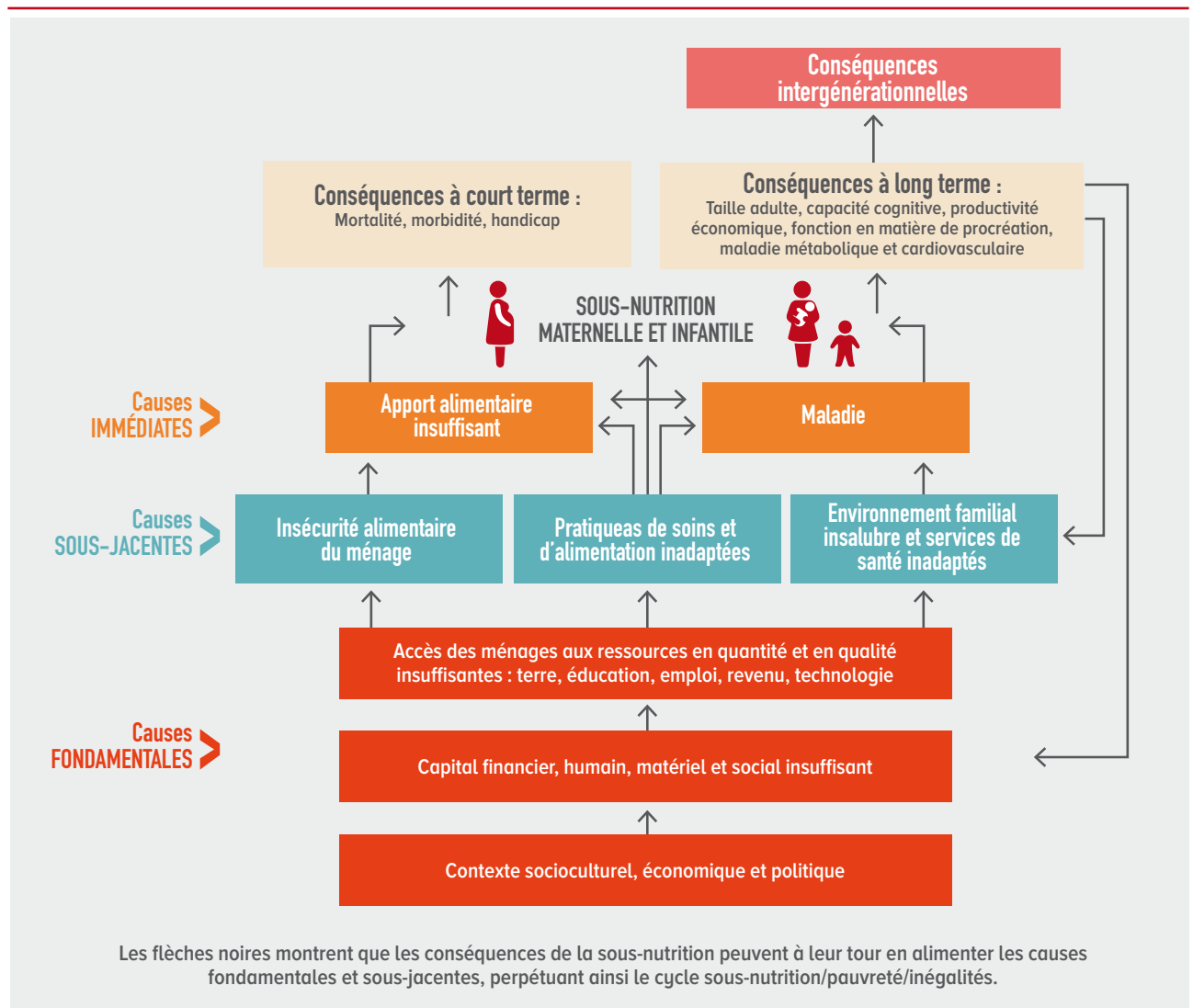
Des évaluations récentes (FAO, IFAD et PAM, 2014) indiquent que 805 millions de personnes - environ 11 % de la population mondiale - étaient chroniquement sous-nutries en 2012-14, soit une réduction de 200 millions par rapport à 1990-1992. La majorité de la population sous-nutrie vit dans des régions en développement. L'Asie du Sud présente le nombre le plus élevé de personnes souffrant la faim et l'Afrique subsaharienne en enregistre la plus forte prévalence.

Causes et effets de la malnutrition

Tout en s'alignant au cadre conceptuel de référence présenté par COOPI dans ses Lignes Directrices sur la Sécurité Alimentaire⁸ et montré en Figure 3, les

causes de sous-nutrition sont nombreuses et multisectorielles et peuvent être identifiées sur trois niveaux : immédiat, sous-jacent et fondamental.

Figure 3 : Déterminants de la sous-nutrition – COOPI, 2016, adapté de UNICEF, 1990.



⁸ COOPI. 2013. « Lignes Directrices sur la Sécurité Alimentaire ».

Les causes immédiates de sous-nutrition, qui opèrent au niveau individuel, englobent la consommation alimentaire inadéquate de macronutriments et/ou micronutriments ainsi que la morbidité, c'est-à-dire la présence de maladies, comme la diarrhée, les infections respiratoires aiguës (IRA) et le paludisme. **Les causes sous-jacentes**, relatives au niveau du ménage et de la communauté, comprennent l'insécurité alimentaire du ménage, les pratiques de soin et les services de santé inadéquates, fortement affectées par la pauvreté. La sécurité alimentaire du ménage est déterminée par la continuité de la disponibilité, de l'accès et de l'utilisation d'une nourriture sûre et nutritive. Les pratiques de soins incluent l'allaitement, l'alimentation complémentaire et la stimulation cognitive et psychosociale, tandis que la santé se réfère à la disponibilité et à l'accès d'un environnement sain, d'eau potable, de pratiques d'hygiène et de services de santé. **Les causes fondamentales**, qui se développent au niveau régional, national et international, englobent des facteurs socio-économiques tels que la disponibilité des ressources naturelles, l'accès et le contrôle des facteurs de production ainsi que le contexte social, économique et politique.

L'expérience sur le terrain montre que dans la majorité des cas, des risques multiples à différents niveaux coexistent. **Les conflits armés, les catastrophes d'origine naturelle, les crises alimentaires, les situations de crises prolongées vont aussi aggraver les causes du retard de croissance et de la malnutrition prénatale, intra-utérine et post-natale.** Spécialement dans les contextes d'urgence, les pressions et les défis pour garantir une nutrition adéquate aux enfants sont liés aux trois types de causes en même temps, ce qui rend nécessaire une approche intégrée avec une perspective nutritionnelle qui accompagne le cycle entier du programme, de l'évaluation des besoins au monitoring jusqu'à l'évaluation finale des résultats.

Les conséquences de la malnutrition affectent les enfants à court et à long terme. Dans le court terme la sous-nutrition peut entraîner un affaiblissement de l'immunité, une sensibilité accrue aux maladies (en particulier aux infections opportunistes comme la rougeole, le paludisme, les IRA, les diarrhées), un retard du développement physique et mental et une baisse de la productivité. Les conséquences courantes de la

malnutrition incluent un manque de croissance, une carence en oligo-éléments spécifiques, une résistance à la maladie diminuée et une aptitude réduite au travail. Également, les déficiences en micronutriments peuvent causer des maladies diverses, comme la cécité par carence en vitamine A, détériorer le développement du système cérébral et nerveux et augmenter le risque de décès. Une telle interaction entre la sous-nutrition et la maladie mène à un cycle vicieux potentiellement mortel de maladie et de mauvais statut nutritionnel. La grossesse et la lactation peuvent aussi en être affectées. La faim et une alimentation inadéquate contribuent à la mortalité précoce des mères, des nourrissons et des jeunes enfants et nuisent au développement physique et cérébral des jeunes. Souvent, la malnutrition démarre pendant la vie fœtale et, selon les conditions, peut se prolonger tout au long de la vie, particulièrement chez les filles et les femmes, celles-ci donnant à leur tour le jour à des enfants avec un retard de croissance intra-utérin. Dans le long terme, la pauvreté accroît le risque de sous-nutrition en diminuant le pouvoir d'achat du ménage, en réduisant son accès aux services essentiels de santé et en l'exposant davantage à un environnement malsain, soit à des facteurs qui compromettent l'apport alimentaire (qualitatif et quantitatif) et amplifient les menaces d'infection. Généralement dans les ménages pauvres les grossesses sont plus fréquentes, les membres plus nombreux, les infections réitérées et les coûts en soins de santé plus importants.



Cadre théorique international

Étapes fondamentales de la lutte contre la malnutrition

La lutte contre la malnutrition est entrée dans l'agenda humanitaire à partir des années 1970, lorsqu'une crise alimentaire dramatique a éclaté en Afrique dans les pays du Sahel (Burkina Faso, Tchad, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal) et en Ethiopie à la suite d'une série de sécheresses catastrophiques. La famine de ces années a fait des centaines de milliers de morts et a favorisé la propagation d'épidémies⁹.

C'est à partir de ces crises que le concept du droit à une nourriture adéquate et à la nutrition est apparu et a reçu une reconnaissance internationale dans des déclarations et des conventions juridiques. Le tableau ci-dessous décrit les étapes fondamentales pour le développement d'une stratégie conjointe de lutte contre la sous-nutrition au niveau global.

14



⁹ Selon la FAO, la famine dans les pays du Sahel a fait plus de 100 000 morts, lorsqu'en Ethiopie entre le 1972 et le 1974, il y eut entre 50 000 et 200 000 morts sur une population de 27 millions d'habitants. Plusieurs informations sont disponibles sur le site internet de la FAO à l'adresse <http://www.fao.org/docrep/x4400f/x4400f09.htm>.

Tableau 1 : Étapes principales des efforts de la communauté internationale pour la lutte contre la malnutrition

1974 – DÉCLARATION UNIVERSELLE POUR L'ÉLIMINATION DÉFINITIVE DE LA FAIM ET DE LA MALNUTRITION (CONFÉRENCE MONDIALE DE L'ALIMENTATION)	Reconnaît que « chaque homme, femme et enfant a le droit inaliénable d'être libéré de la faim et de la malnutrition afin de se développer pleinement et de conserver ses facultés physiques et mentales ».
1981 – CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL (OMS)	Définit un code international de commercialisation des préparations pour nourrissons et d'autres produits utilisés comme substituts du lait maternel.
1989 – CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES)	Reconnaît que la nutrition est une composante du droit à la santé.
1990 – DÉCLARATION MONDIALE ET PLAN D'ACTION POUR LA SURVIE, LA PROTECTION ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS (SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS)	Déclare que « la nutrition améliorée exige une sécurité alimentaire adéquate du ménage, un environnement sain, le contrôle des infections ainsi qu'une protection maternelle et infantile adéquate ».
1990 – CADRE CONCEPTUEL DES CAUSES DE LA MALNUTRITION (UNICEF)	Fournit une méthodologie pour l'analyse et décrit la causalité multifactorielle de la sous-nutrition, identifiée principalement par le manque d'accès à une nourriture adéquate, à des pratiques alimentaires et de soins satisfaisantes, ainsi qu'aux services d'assainissement et de santé.
1992 – PREMIÈRE CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION (CIN 1)	Finalise un plan d'action global pour la promotion de la nutrition, en combinant les secteurs de la santé et de l'agriculture pour achever l'objectif de la sécurité nutritionnelle pour tous et donner à la nutrition la place nécessaire dans la stratégie de développement global.
1996 – DÉCLARATION DE ROME ET PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE MONDIALE (SOMMET MONDIAL DE L'ALIMENTATION)	Inclut la nutrition dans la définition de sécurité alimentaire, soulignant l'importance d'un accès physique et économique à une nourriture suffisante, sûre et nutritive qui réponde aux besoins nutritionnels et aux préférences alimentaires pour une vie active et saine.
1998 – CRÉATION DE L'IFE (INFANT FEEDING IN EMERGENCIES) CORE GROUP	Reconnaît que la promotion de l'allaitement exclusif en situation d'urgence est une mesure nécessaire à la survie. Des guides opérationnelles et des manuels de formation sont réalisés pour renforcer la protection, la promotion et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en urgence.
2000 – DÉCLARATION DU MILLÉNAIRE	L'objectif 1 (OMD 1) était consacré à la suppression de la pauvreté extrême et de la faim dans le monde avec des interventions exigées visant à améliorer la nutrition.
2005 – DÉCLARATION INNOCENTI SUR LA PROTECTION, LA PROMOTION ET L'ENCOURAGEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (UNICEF)	Reconnaît que l'allaitement exclusif pour les enfants de moins de 6 mois est l'alimentation idéale et la plus sûre qui favorise leur croissance et leur bon développement. Elle reconnaît le droit pour les mères d'avoir accès aux mesures de soutien, information, counseling sur l'allaitement et l'alimentation de complément.
2008 – SÉRIE D'ÉTUDES DE LA REVUE THE LANCET SUR LA NUTRITION MATERNELLE ET INFANTILE	Identifie le besoin de concentrer les efforts sur l'approche des 1000 jours pendant lesquels un enfant profitant d'une alimentation adéquate et d'une croissance harmonieuse en tirera bénéfice toute au long de sa vie, sur la base des évidences scientifiques ¹⁰ .
2010 – CRÉATION DU SUN – MOUVEMENT POUR LE RENFORCEMENT DE LA NUTRITION (SCALING UP NUTRITION)	« Le Mouvement a été lancé comme un effort conjoint par les gouvernements, la société civile, les Nations Unies, les donateurs, les entreprises et les scientifiques pour une action collective visant à éliminer toutes les formes de malnutrition, à travers le renforcement des engagements politiques et la coordination des stratégies d'intervention ».
2012 – PLAN D'APPLICATION EXHAUSTIF CONCERNANT LA NUTRITION CHEZ LA MÈRE, LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT (65ÈME ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ MONDIALE)	Lance une initiative du Secrétaire général de l'ONU visant à éliminer les cas de retard de croissance dans les enfants de moins de deux ans.
2012 – ADOPTION DE LA STRATÉGIE 1000 JOURS (OMS)	Adopte la politique de réduction de la morbidité et de la mortalité, en particulier durant les 1000 premiers jours de vie ¹¹ .
2014 – DEUXIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION (CIN2)	Se pose comme objectif de renforcer la cohérence et la coordination des politiques, de mobiliser les ressources nécessaires et de renforcer la coopération internationale afin d'améliorer la situation nutritionnelle, particulièrement dans les pays en développement.

¹⁰ La série du Lancet appelle également à faire des programmes nationaux de nutrition une plus grande priorité, à mettre en œuvre plus fermement les programmes de santé, à améliorer les approches intersectorielles et à encourager la concentration des efforts et la coordination du système de nutrition mondial par les organismes internationaux, les bailleurs, le monde universitaire, la société civile et le secteur privé.

¹¹ Plus d'informations sur l'approche 1000 jours sont disponibles sur le site internet : <http://thousanddays.org/wp-content/uploads/2012/05/WHO-Targets-Policy-Brief.pdf>

En parallèle avec les déclarations internationales, les interventions de nutrition en urgence ont considérablement évolué depuis la fin des années 1970, gagnant progressivement en qualité. Ce résultat a pu être obtenu grâce notamment au développement des protocoles et des directives pour les programmes thérapeutiques, à la mise au point d'aliments efficaces pour le traitement de la MAS (laits F75 et F100, aliments thérapeutiques prêts à l'emploi - ATPE), ainsi qu'à l'élaboration de méthodologies standardisées pour la collecte d'information tels que les évaluations de couverture et les enquêtes nutritionnelles (SMART, SQUEAC et le projet FANTA¹²) et pour le monitoring et l'évaluation de l'impact des programmes.

Il est donc évident que pendant les dernières années la recherche scientifique et l'engagement des acteurs politiques ont permis d'identifier trois axes stratégiques sur lesquelles les gouvernements, les agences humanitaires et les bailleurs de fonds doivent se focaliser pour réduire la mortalité et la morbidité liées à la nutrition¹³. COOPI, de son côté, soutient ses initiatives en orientant ses programmes vers les axes suivants :

1 L'adoption du concept de sécurité nutritionnelle dans une stratégie d'intervention globale qui souligne l'importance d'adopter une approche intégrée¹⁴ afin d'adresser les causes de la malnutrition à court et à long terme. Cela peut se réaliser à travers la promotion de la sécurité alimentaire, l'accès et la consommation d'ali-

ments nutritifs en quantité et qualité satisfaisantes, la protection sociale, les pratiques de soins et l'accès aux services de santé, à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement.

2 La mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition (AEN)¹⁵, identifiées dans **l'Approche 1000 Jours**, qui concentre les interventions nutritionnelles pendant l'espace de temps entre le début de la grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant, afin de réduire la mortalité, la morbidité et les lésions irréversibles dans son développement de l'enfant. La plupart des effets néfastes de la malnutrition au cours des 1000 premiers jours de la vie d'un enfant seront, en fait, irréversibles. Après cela, la plupart des interventions deviennent peu efficaces, trop tardives et très coûteuses.

3 La synergie avec le Mouvement SUN, qui souligne la nécessité de mettre à l'échelle des interventions nutritionnelles au niveau global à travers une démarche de mise en œuvre d'actions efficaces sur le plan des décisions politiques, du partage des résultats communes et de la mobilisation des ressources financières, avec une attention particulière à la responsabilité première des gouvernements et un appel à une meilleure organisation des institutions d'appui.

¹² Le SQUEAC (Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage) est une méthodologie d'évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture nutritionnelle. Le SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition) est une méthodologie pour conduire les enquêtes nutritionnelles de façon standardisée. Le Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA) est un projet d'appui technique financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) visant à développer des outils validés pour la prévention et le traitement de la malnutrition aigüe.

¹³ Bhutta et al., 2013 ; The Lancet, Executive summary.

¹⁴ L'approche intégrée demande que le dessin des interventions tienne en compte l'interaction des causes à l'origine de la sous-nutrition. Par exemple un projet de prise en charge de la malnutrition aigüe à travers la distribution des aliments thérapeutiques peut inclure des activités de soutien à la santé de la reproduction (pour améliorer les soins prénataux et favoriser l'espacement des grossesses), d'approvisionnement en eau potable et de construction des latrines (à travers la stratégie « WASH in Nut », visant à réduire les épisodes de diarrhée) et des interventions d'appui à l'agriculture encourageant la production de fruits et de légumes pour favoriser la diversification alimentaire.

¹⁵ Les Actions Essentielles en Nutrition sont, en détail : a) promotion de la nutrition adéquate des femmes ; b) promotion de la prise de fer et acide folique et prévention de l'anémie chez les femmes et les enfants ; c) promotion de la consommation de sel iodé par tous les membres de la famille ; d) promotion des pratiques optimales de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois ; e) promotion de l'alimentation de complément à l'allaitement maternel pour les enfants de 6 à 24 mois ; f) promotion des soins nutritionnels pour les enfants malades et malnutris ; g) prévention de l'avitaminose A chez les femmes et les enfants.

L'approche de COOPI sur la sécurité nutritionnelle : les concepts clés

De la Nutrition à la Sécurité Nutritionnelle

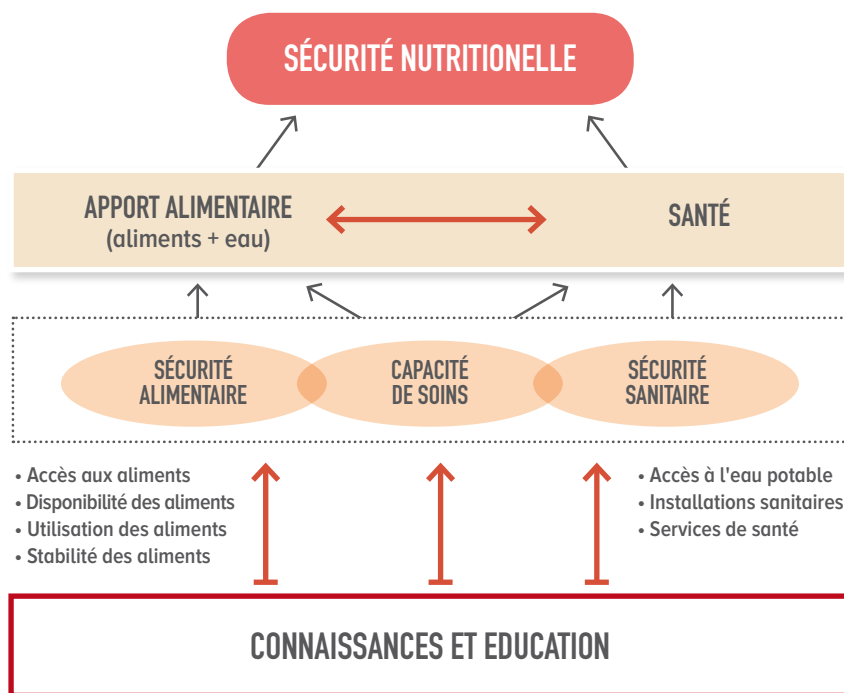
Pour COOPI, la **bonne nutrition est un droit fondamental pour les individus**. Améliorer le statut nutritionnel des individus et des enfants est central pour mettre fin au cercle vicieux de la faim, sous-nutrition et sous-développement. C'est avec les leçons apprises sur le terrain et l'engagement dans les initiatives internationales de recherche et de partage des connaissances que la stratégie de COOPI pour réduire de façon durable les taux de sous-nutrition s'est de plus en plus orientée sur une approche intégrée.

Dans cette perspective, COOPI a adopté le concept de sécurité nutritionnelle dans sa stratégie d'intervention globale. Selon la définition de la FAO, la **sécurité nutritionnelle est « une situation dans laquelle**

tous les membres des ménages ont un accès garanti à une alimentation suffisamment nutritive et, en même temps, à un environnement salubre et à des services de santé et des soins propres à leur assurer une vie saine et active ». La sécurité nutritionnelle diffère de la sécurité alimentaire car elle prend en considération aussi les pratiques de soins adéquates, la santé et l'hygiène ainsi qu'un régime nutritif approprié (FAO, IFAD et PAM, 2014).

L'illustration en bas (Figure 5) montre l'interaction entre les facteurs qui influencent directement ou indirectement la sécurité nutritionnelle, à partir des connaissances et de l'éducation, jusqu'à l'alimentation et l'accès aux soins de santé.

Figure 5 : Cadre Conceptuel de la sécurité nutritionnelle – COOPI, 2016, adapté de UNICEF, 1998.



Il est pourtant important de considérer que les liens entre les différents secteurs sont complexes et spécifiques à chaque contexte d'intervention et nécessitent une analyse approfondie des besoins et une connaissance des mécanismes et des moyens d'existence des ménages et des communautés. Au-delà des contextes d'urgence, **COOPI a de plus en plus développé sa stratégie pour la prévention de la malnutrition chronique, et en particulier pour améliorer les conditions de santé de la mère et du nourrisson à travers la communication pour le changement de comportement (CCC) sur l'allaitement exclusif, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant¹⁶ (ANJE) et la nutrition de la femme enceinte et de la femme allaitante.** Qu'il s'agisse de programmes d'urgence ou de moyen-long terme, les interventions en sécurité alimentaire ont toujours un rôle important à jouer dans la lutte contre la sous-nutrition. Les lignes directrices de COOPI sur la sécurité alimentaire soulignent et mettent en évidence explicitement la dimension nutritionnelle de ce secteur. C'est à travers le soutien aux ménages en situations d'insécurité alimentaire, afin d'en améliorer la disponibilité, l'accès et l'utilisation des ressources alimentaires, que COOPI adresse les causes à l'origine de la malnutrition dans une perspective de moyen - long terme. L'intégration des objectifs nutritionnels (comme la réduction du taux de malnutrition aigüe, l'augmentation du nombre de femmes qui allaitent exclusivement au sein dans les premiers 6 mois de vie de l'enfant ou une diversification alimentaire adéquate dans l'alimentation de complément) dans ce type de programmes permet aux opérateurs de COOPI d'évaluer leur efficacité et leur impact du point de vue de la sécurité nutritionnelle. COOPI reconnaît qu'évaluer l'impact à long terme de ces programmes du point de vue nutritionnel est un défi, et pour cela croit que le partenariat avec les réseaux internationaux et les initiatives de partage d'approches basées sur les évidences est indispensable pour identifier les interventions le plus efficaces et les mettre à l'échelle. COOPI, forte de son expertise en santé-

nutrition en situation d'urgence, travaille également en partenariat avec de nombreux acteurs tels que les gouvernements, les institutions internationales et les organisations à base communautaire. Optimiser l'impact nutritionnel des programmes humanitaires et de développement implique de travailler de concert avec les ministères, notamment celui de l'agriculture, des affaires sociales et le département de nutrition au sein du ministère de la santé, et avec les partenaires locaux, ainsi que participer activement aux mécanismes de coordination, comme le cluster nutrition, afin de soutenir les capacités nationales et locales et de promouvoir des interventions pérennes.



MALI

Photo : M. Salvadori

¹⁶ COOPI, en conformité avec les recommandations OMS, 2012, désigne par l'expression « nourrisson et jeune enfant » les enfants âgés 0-24 mois.

Les axes d'intervention

La sécurité nutritionnelle est promue par COOPI à travers l'adoption de cinq axes clés qui sont décrits dans les sections suivantes : l'approche intégrée, l'approche 1000 jours, l'approche communautaire et participative ; les interventions basées sur l'évaluation des besoins ; la promotion de la recherche/action.

1 Approche intégrée

COOPI adopte une approche intégrée, en raison du fait que la malnutrition infantile est le produit d'une série de facteurs économiques, sociaux, familiaux et individuels. En particulier, COOPI se concentre sur les pratiques hygiéniques/sanitaires et la disponibilité d'eau, sur la disponibilité et l'accès aux services de santé maternelle/infantile et sur la possibilité des ménages et des communautés d'accéder physiquement et économiquement à la nourriture (de qualité et en quantité suffisante) à travers des programmes de sécurité alimentaire. Cette approche permet de considérer l'enfant de manière holistique, en tant qu'individu, membre d'un ménage, d'une communauté et, plus largement, d'une société.

Prévenir les risques et réduire les taux de malnutrition dans une communauté est essentiel pour le renforcement de la résilience¹⁷ des individus et de la communauté elle-même, car des personnes bien nourries sont en meilleure santé, peuvent mieux travailler et par conséquent sont plus aptes à résister, endurer et se rétablir lors de situations de chocs et de stress (FAO, IFAD, PAM, 2014). Pour COOPI la sécurité nutritionnelle est à la fois un moyen et un résultat de la résilience.

COOPI concentre ses efforts afin que les objectifs nutritionnels soient intégrés dans tous les programmes de façon à contribuer à la sécurité nutritionnelle des enfants et de leurs familles. Les programmes de sécurité alimentaire, par exemple, peuvent contribuer à améliorer le statut nutritionnel des individus de plusieurs façons. Par exemple, ils peuvent augmenter et diversifier les revenus du ménage ou encore améliorer l'accès à une alimentation riche en micronutriments. Aussi, les programmes de santé maternelle et infantile peuvent inclure le dépistage actif des enfants malnutris, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein, et en particulier de l'allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

Les leçons apprises sur le terrain et les évaluations conduites par les équipes de COOPI montrent aussi que les programmes qui intègrent les interventions sensibles et spécifiques à la nutrition sont les plus efficaces et les plus appréciées par la population, car ils répondent à leurs besoins réels.

19



¹⁷ La résilience se réfère aux capacités d'un système, d'une communauté ou d'une société potentiellement exposés à des menaces, de résister ou de changer pour maintenir un niveau acceptable en termes de fonctionnement et de structures (UN/ISDR 2004) http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyFrench.pdf

Bonnes pratiques

Combattre la malnutrition aigüe pour COOPI signifie soutenir les ménages et les communautés les plus à risque à achever leur sécurité nutritionnelle. L'identification des critères de vulnérabilité et de risque de sous-nutrition, ainsi que la définition et la mise en œuvre d'une action qui réponde aux causes de la malnutrition demande un travail intégré, impliquant l'engagement des experts dans les secteurs de la nutrition, de la santé, de l'eau/hygiène et assainissement et de la sécurité alimentaire. L'expérience de COOPI en Somalie montre que l'impact nutritionnel de ces interventions est très important.

RÉPONSE À LA MALNUTRITION AIGÜE À TRAVERS UNE APPROCHE INTÉGRÉE DANS LA RÉGION DE GEDO (SOMALIE)

20

Les ménages pastoraux et agro-pastoraux dans les régions du sud de la Somalie (Gedo, Bay, Bakool et Basse Shabelle) ont été les plus sérieusement touchés par l'insécurité nutritionnelle lorsque leur résilience et leurs stratégies d'adaptation ont été significativement compromises depuis 2010, lors de la saison pauvre du "Deyr". Le taux de malnutrition aigüe était régulièrement au-dessus du seuil d'urgence de 15 %. Dans tout le pays, environ 323 000 enfants étaient sévèrement malnutris et nécessitaient une prise en charge.

Dans ce contexte, COOPI est intervenue en 2011 et 2012 pour contribuer à la sécurité alimentaire des familles les plus vulnérables, frappées par la crise alimentaire, en augmentant leur accès à la nourriture et à l'eau. Grâce aux distributions alimentaires et

d'eau et à la fourniture de récipients pour la récolte et le stockage de l'eau ainsi que de comprimés de chlore pour le traitement de l'eau, plus de 33 000 personnes ont augmenté leur accès à la nourriture et à l'eau et ont atteint en moyenne 1 971 Kcal/pers/jour. Au moins 35 496 personnes (5 100 ménages) ont été instruites sur des pratiques d'hygiène par 202 Promoteurs d'Hygiène Communautaires formés par le projet. On a fourni à 3 800 ménages qui dépendaient de l'agriculture et/ou du bétail des intrants agricoles de base - graines, fourrage et médicaments vétérinaires. Cette approche intégrée a permis que les mêmes familles fussent ciblées par plusieurs interventions, dans l'objectif de réduire les risques de malnutrition liés aux causes immédiates.



SOMALIE

Photo : Archives COOPI

2 Approche 1000 jours

De nombreuses études scientifiques, comme celle du Lancet (Black et al. 2008), ont démontré qu'il est nécessaire de diriger les efforts d'interventions vers la nutrition ainsi que vers la fenêtre d'opportunité « des 1000 jours ». La sécurité nutritionnelle des FEFA et des enfants dans leurs premiers 24 mois de vie, qui sont souvent les groupes les plus vulnérables de la population du point de vue nutritionnel, joue un rôle important dans les programmes de COOPI, tant au niveau de prévention, que de traitement de la malnutrition aigüe. Dans les pays à faible revenu, les femmes enceintes sont souvent de petite taille et ont un faible indice de masse corporelle, ce qui entraîne un mauvais développement du fœtus et accroît les risques de complications de la grossesse. En outre, un enfant de faible poids à la naissance est exposé à un risque de morbidité et de mortalité plus élevé¹⁸.

Pour COOPI, l'approche 1000 jours se concrétise à travers des actions telles que la supplémentation en fer et acide folique pour la prévention de l'anémie chez les femmes enceintes, la promotion des pratiques optimales de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois, la promotion de l'alimentation de complément adéquate, jusqu'à la poursuite de à l'allaitement maternel pour les enfants de 6 à 24 mois et le soutien aux femmes enceintes pour qu'elles puissent avoir accès à une alimentation adéquate pendant la période de la grossesse et de l'allaitement. Toutes ces actions ont comme objectif principal de prévenir le retard de croissance et réduire ainsi les risques de malnutrition aigüe et de mortalité parmi les nourrissons, les jeunes enfants et les FEFA.

Au sujet de la nécessité de distribuer la nourriture (farines enrichies, biscuits fortifiés, produits thérapeutiques), COOPI évalue le potentiel impact de ce type d'interventions sur les économies locales et soutient toute la communauté dans l'objectif de récupérer la sécurité alimentaire et nutritionnelle, sans nuire et

sans avoir un impact négatif sur la possibilité des communautés de regagner de façon autonome leurs moyens de subsistance.

3 Approche communautaire et participative

Afin d'assurer une intervention efficace et durable, **COOPI intervient selon les politiques nationales du pays et établit des partenariats avec les organes nationaux qui sont en charge de la nutrition, pour s'assurer que les interventions s'adaptent aux priorités et aux réalités locales.** Le renforcement des capacités des structures sanitaires locales (à partir des centres de santé jusqu'aux hôpitaux généraux de référence) fait partie des actions clés pour la réussite d'une intervention ainsi que la mise en place de supervisions conjointes avec les partenaires locaux pour assurer un suivi et une stratégie de sortie adaptée afin de pérenniser les actions menées. L'intégration des interventions nutritionnelles dans la politique nationale, la collaboration avec le Ministère de la Santé pour la définition et la mise en place d'un Protocole National partagé et effectif sont des points clés permettant la continuité et la pérennisation des programmes. Dans cette perspective COOPI vise à s'assurer que les services pour la prévention et le traitement de la malnutrition sont et resteront régulièrement disponibles et accessibles sur le long terme.

La collaboration avec la communauté engage une partie importante du travail concernant l'identification des priorités, la conception, la mise en place et l'évaluation des interventions pour intégrer les activités dans le système local, favorisant son appropriation. L'implication des leaders communautaires, des personnes influentes, du personnel de santé est indispensable pour assurer l'acceptation et la participation aux interventions. La mobilisation des réseaux communautaires reste un point fort des programmes de nutrition de COOPI dans plusieurs zones d'intervention, où elle assure une couverture plus complète. Dans la pratique, COOPI mobilise milliers d'agents commu-

¹⁸ Black RE et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008, « Maternal and child undernutrition : global and regional exposures and health consequences ».

nautaires pour qu'ils amènent un dépistage actif des enfants malnutris et des activités de sensibilisation, en faisant du porte à porte ou par de l'événementiel (par exemple la mise en scène de pièces de théâtre), en mettant en place des initiatives créatives de sensibilisation et éducation communautaire. À travers les relais communautaires il est aussi possible de mettre en place une stratégie de proximité avec les populations affectées en établissant une

confiance réciproque, condition absolument nécessaire pour que les objectifs et les activités soient acceptés et soutenus par les communautés pour lesquelles COOPI intervient. L'approche communautaire est également importante pour vulgariser les bonnes pratiques médicales et nutritionnelles, qui visent à remplacer les pratiques traditionnelles néfastes qui sont très dangereuses et potentiellement mortelles pour les enfants.

Bonnes pratiques

COOPI place la communauté au centre de toute intervention. La communauté est vue comme moteur de changement pour l'amélioration des conditions de vie et pour augmenter la résilience locale. Le volet communautaire joue un rôle fondamental dans la prise en charge de la malnutrition aiguë en facilitant la décentralisation des activités et améliorant la couverture des programmes.

INTERVENTION DE NUTRITION COMMUNAUTAIRE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

22

En 2008 COOPI a réalisé un des premiers programmes de nutrition communautaire en RDC pour consolider les interventions précédentes ainsi que prévenir et traiter les cas de malnutrition dans les villages à travers les Foyers Nutritionnels Communautaires (FNC).

Le projet a inclus 6 600 individus, dont 4 945 enfants et 1 240 femmes, et il a fait appel au dynamisme des structures communautaires pour promouvoir la croissance saine des enfants de 0 à 59 mois et les pratiques d'alimentation recommandées pour les FEFA.

Ainsi, le projet a permis de créer et équiper les FNC, organiser les pesées communautaires mensuelles et le dépistage actif, réaliser des enquêtes en nutrition (déviance positive) ainsi que former des sages-femmes et des guérisseurs.

COOPI a établi un système à base communautaire adapté au contexte local et a impliqué la communauté, les installations de santé et les autorités locales à travers un système de solidarité communautaire pour garantir des résultats à long terme.





RDC

Photo : Archives COOPI

4 Interventions basées sur l'analyse des besoins

Les interventions nutritionnelles de COOPI se basent sur une analyse des besoins, détaillée, structurée et multidisciplinaire en considérant les besoins spécifiques des groupes vulnérables, comme les personnes vivant avec le VIH. Le concept de sécurité nutritionnelle est utile à ce stade, car il met l'accent sur l'importance et la nécessité d'inclure dans l'évaluation des besoins les autres facteurs influant sur le statut nutritionnel.

L'approche est adaptée aux contextes, qui peuvent être de crise humanitaire (conflits armés ou catastrophes d'origine naturelle) ou de carences chroniques. Dans le premier cas, COOPI réalise des interventions spécifiques à la nutrition pour répondre aux besoins des populations affectées par la crise, afin de restaurer les conditions nutritionnelles pré-crise. Par contre, dans les cas de carence chronique, les causes sous-jacentes de

la malnutrition sont adressées, en particulier les vulnérabilités économiques, sociales et les dynamiques socioculturelles.

23

Au cœur des interventions, COOPI se focalise sur la relation mère-enfant, sur l'éducation alimentaire et sur la promotion de l'allaitement exclusif. À travers les enquêtes des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en nutrition ainsi que les études sur l'accès et l'utilisation des services médicaux primaires et des services d'hygiène, COOPI identifie les axes prioritaires de ses interventions pour répondre aux besoins réels des populations. L'évaluation des besoins nutritionnels est réalisée en coordination avec les autres acteurs humanitaires, dans une logique de complémentarité et de synergie d'efforts. Récemment COOPI a aussi participé à la réalisation des études Link NCA (Nutritional Causal Analysis) qui vise à améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle en fournissant des recommandations opérationnelles pour les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.

Bonnes pratiques

La malnutrition aiguë et chronique reste un problème de santé publique tant dans les zones rurales qu'urbaines. L'identification des obstacles à la sécurité nutritionnelle et des causes à l'origine de la sous-nutrition, nécessaire pour planifier des interventions appropriées, demande une analyse approfondie du contexte d'intervention. Pour COOPI il est important que l'analyse de la situation nutritionnelle implique tous les secteurs concernés, afin d'obtenir une perspective holistique des besoins, risques et causes, et de trouver la meilleure manière d'y répondre de manière intégrée.

ENQUÊTE CAP EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE NUTRITION À MALUKU – RDC

En 2012 COOPI a conduit une étude qualitative sur les CAP en nutrition ainsi que sur l'accès et l'utilisation des services médicaux primaires et des services d'hygiène pour les jeunes enfants et les FEFA dans la zone de santé de Maluku 2, dans la province de Kinshasa, en RDC, où des projets de nutrition à base communautaire avaient été mis en œuvre entre 2005 et 2007. L'étude de COOPI a permis d'obtenir des informations sur les groupes cibles pour développer un programme de prévention approprié.

L'enquête a mis en évidence que seulement le 34,2 % des 0-6 mois étaient allaités exclusivement au sein, les enfants âgés de 9-11 mois n'avaient pas de repas assez nutritif et seulement le 43 % de femmes

enceintes avaient augmenté leur consommation alimentaire. De même, le repas des femmes allaitantes respectait les normes scientifiquement recommandées en termes de fréquence, mais pas de qualité.

L'enquête a également souligné l'importance de l'entourage et des personnes influentes dans la communauté pour la transmission des messages de communication, ainsi que les barrières culturelles dans les bonnes pratiques. Les données sont maintenant utilisées dans des programmes de prévention mis en place par COOPI en RDC et par le Programme National de Nutrition (PRONANUT), partenaire de l'enquête, dans sa politique nationale.

24

5 Promotion de la recherche/action

COOPI promeut la collaboration avec les instituts de recherche et les universités spécialisées sur la nutrition pour améliorer la qualité et l'efficacité de ses interventions. COOPI de son côté contribue à la recherche scientifique à travers la mise en place de stratégies innovantes afin d'améliorer les pratiques humanitaires pour la lutte contre la sous-nutrition. Les conclusions tirées à partir des expériences obtenues sur le terrain et de l'expertise au sein de l'organisation permettent d'améliorer l'efficacité des interventions mais aussi d'influencer les pratiques

nationales et internationales ainsi que les politiques. **COOPI croit que la collaboration et la coordination avec les partenaires étatiques mais aussi non gouvernementaux est fondamentale pour le partage des leçons apprises et pour renforcer les synergies et, par conséquent, l'impact des programmes.** Sur la base de ce constat, COOPI a récemment rejoint le Coverage Monitoring Network (CMN), un projet inter-agence pour améliorer les programmes de nutrition en promouvant des outils d'évaluation de la qualité et de la couverture, le renforcement des capacités et le partage de l'information. COOPI est aussi un acteur présent dans les contextes d'urgence où le cluster santé-nutrition est actif.

COOPI dans la gestion opérationnelle : les bonnes pratiques

Sur la base des analyses des besoins, en considérant le cadre conceptuel des causes de la sous-nutrition, COOPI a défini sa stratégie d'intervention qui répond à deux objectifs :

1 Adresser la crise nutritionnelle à travers le soutien direct aux individus (spécialement les enfants de moins de cinq ans et les FEFA) affectés par la malnutrition aiguë en entamant des actions spécifiques à la nutrition ;

2 Soutenir les ménages des enfants malnutris et les communautés pour adresser les causes à l'origine de la malnutrition (insécurité alimentaire, pratiques nutritionnelles inappropriées et environnement hygiénique et sanitaire inadéquat).

A cet effet, COOPI met en place deux types de programmes : les interventions spécifiques à la nutrition et les interventions sensibles à la nutrition¹⁹.

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION

Des actions qui ont un impact direct sur la prévention et le traitement de la sous-nutrition. Les interventions spécifiques en nutrition visent les causes immédiates de la malnutrition en augmentant la consommation alimentaire et en luttant contre les maladies infectieuses. Des exemples d'interventions spécifiques à la nutrition incluent : la santé et la nutrition maternelle, la supplémentation en micronutriments, la promotion et le soutien à l'allaitement exclusif, la promotion d'une alimentation complémentaire appropriée, la fortification des aliments.

25

INTERVENTIONS SENSIBLES À LA NUTRITION

Des interventions conçues pour aborder les déterminants sous-jacents de la nutrition (qui incluent la sécurité alimentaire du ménage, la protection des mères et des enfants, les services de soins médicaux primaires, l'eau, le secteur de l'hygiène et de l'assainissement) mais qui n'ont pas nécessairement la nutrition comme objectif prioritaire (FAO, IFAD et WFP, 2014). Les interventions sensibles à la nutrition peuvent aussi représenter des plateformes pour la réalisation des actions spécifiques à la nutrition, et elles en peuvent potentiellement augmenter l'échelle, la couverture et l'efficacité.

COOPI met en œuvre un ensemble d'approches opérationnelles établies pendant ses nombreuses années d'expérience dans les pays les plus pauvres

et qui caractérisent l'approche générale de l'organisation à la question de la sécurité nutritionnelle. Ces concepts sont présentés ci-dessous.

¹⁹ Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. « Nutrition-sensitive interventions and programmes : how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? ».

Le choix des interventions en sécurité nutritionnelle dans les situations d'urgence

En tenant compte du cadre théorique des différents niveaux des causes de malnutrition, l'approche de COOPI aux programmes de sécurité nutritionnelle en situation de crise aiguë et de catastrophe humanitaire se base sur les indications des institutions internationales, avec une considération particulière aux liens avec les programmes de sécurité alimen-

taire et avec les programmes d'eau, hygiène et assainissement. En particulier COOPI fait référence à l'arbre décisionnel de l'OMS²⁰, représenté dans le Tableau 2. Les données relatives aux taux de malnutrition indiquent le niveau de gravité de la situation et suggèrent les interventions à mettre en œuvre pour éviter une hausse du taux de mortalité.

Tableau 2 :

Arbre décisionnel de l'OMS pour la mise en œuvre de programmes nutritionnels²¹ - COOPI, 2016, adapté de OMS, 2000.

CONSTAT	ACTION NÉCESSAIRE
DISPONIBILITÉ ALIMENTAIRE AU NIVEAU DES MÉNAGES EN DESSOUS DE 2100 KCAL PAR PERSONNE ET PAR JOUR	SITUATION INSATISFAISANTE Améliorer les rations générales jusqu'à ce la disponibilité alimentaire locale peut être rétablie
TAUX DE MALNUTRITION 15 % OU PLUS, OU 10-14% AVEC DES FACTEURS AGGRAVANTS	SITUATION GRAVE - Rations générales (si la situation ne concerne pas seulement des groupes vulnérables) plus - Alimentation complémentaire pour tous les membres des groupes vulnérables, notamment les enfants et les FEFA - Programme d'alimentation thérapeutique pour les individus sévèrement malnutris
TAUX DE MALNUTRITION 10-14 % OU 5-9 % AVEC DES FACTEURS AGGRAVANTS	SITUATION DANGEREUSE - Pas de rations générales ; mais - Alimentation complémentaire pour les individus identifiés comme malnutris dans les groupes vulnérables - Alimentation thérapeutique pour les individus sévèrement malnutris
TAUX DE MALNUTRITION SOUS LE 10 % SANS FACTEURS AGGRAVANTS	SITUATION SATISFAISANTE - Pas de nécessité d'interventions pour la population - Attention aux individus malnutris par les services communautaires réguliers
FACTEURS AGGRAVANTS	- Ration alimentaire générale au-dessous de l'exigence énergétique moyenne - Taux brut de mortalité supérieur à 1 pour 10 000 par jour - Epidémie de rougeole ou de coqueluche - Incidence élevée des maladies respiratoires ou diarrhéiques

²⁰ On souligne que ces directives sont provisoires et susceptibles d'être modifiées une fois que les nouveaux seuils seront définis sur la base des normes OMS de croissance (Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, UNHCR et PAM, 2011). Au niveau international, d'autres outils sont utilisés pour estimer la gravité de la situation et guider les acteurs humanitaires à prendre de décisions stratégiques appropriées. Un de ces outils est le manuel technique pour le cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (en anglais Integrated Food Security Phase Classification - IPC), élaboré par le Food Security Analysis Unit de la FAO (FSAU /FAO).

²¹ L'arbre décisionnel de l'OMS a été adapté à partir de Médecins Sans Frontières (MSF). 1995. « MSF nutrition guidelines ».

Globalement, les décisions d'intervention sont basées sur les taux de MAG ainsi que sur une évaluation des facteurs sous-jacents et des besoins, des risques et tendances récents.

L'EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT ET LA NUTRITION EN URGENCE

Dans la phase aiguë d'une crise humanitaire, le manque de disponibilité d'eau de qualité suffisante pour être bue et utilisée pour la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et domestique comporte des risques pour la santé qui, dans le cas des nourrissons et des jeunes enfants, souvent se traduisent en maladie et, par conséquent, en malnutrition, d'où la hausse drastique du risque de mortalité. Selon l'OMS, le nombre de personnes qui meurent chaque année à cause des diarrhées transmises par l'eau est entre le 1,8 et les 2,2 millions, dont 90% sont des enfants de moins de cinq ans. Pour cette raison, les programmes nutritionnels de COOPI incluent souvent des interventions pour l'installation des points d'eau potable et des services hygiéniques au niveau des ménages, des communautés et des centres de santé, pour réduire les risques environnementaux et de maladies transmises par l'eau et aussi des interventions de sensibilisation pour le changement des pratiques hygiéniques.

Dans les situations de crise humanitaire, COOPI intervient à travers des mécanismes de réponse rapide, comme le RRCN (Réponse Rapide aux Crises Nutritionnelles) en RDC qui est activé à travers un système d'alerte précoce, en partenariat avec le cluster nutrition. COOPI adresse ses interventions en priorité dans les pays - et au sein de ces pays dans les zones - présentant la plus haute prévalence de MAG et dans lesquels les risques et facteurs aggravants peuvent avoir une forte influence sur la sous-nutrition.

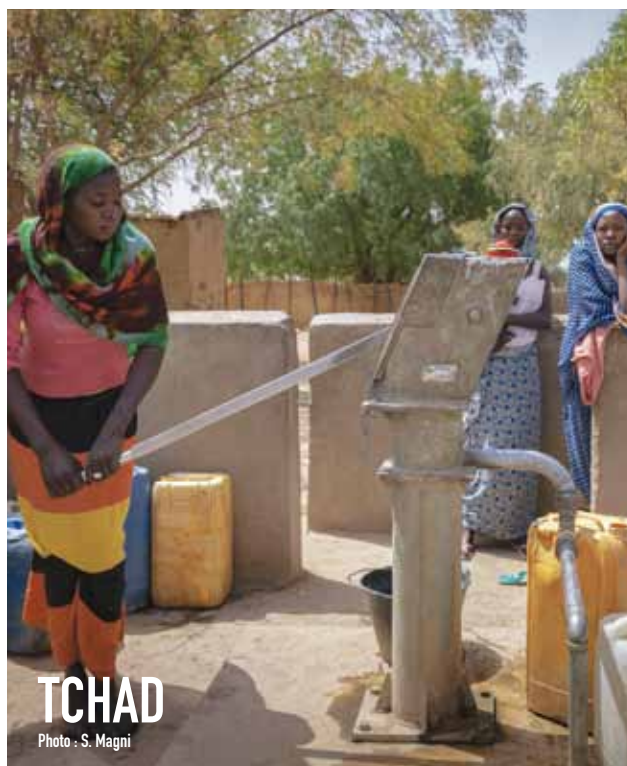
A travers les évaluations rapides des besoins et les

enquêtes nutritionnelles les niveaux de MAG sont évalués dans les zones géographiques affectées ; grâce à ces informations, COOPI définit les programmes nutritionnels les plus appropriées, ciblant les groupes de la population les plus vulnérables, spécialement les enfants jusqu'à 59 mois et les FEFA.

COOPI planifie ses interventions en ciblant les problèmes spécifiques dans chaque contexte, tant dans les situations d'urgence que de post-urgence, suite à une analyse des symptômes et des causes de la malnutrition et des mécanismes qui sont à la base de l'insécurité nutritionnelle. En raison de cela, les programmes d'urgence sont conçus pour résoudre les problèmes immédiats liés à la crise, mais aussi dans la perspective d'être connectés et harmonisés aux programmes de moyen-long terme, à travers une approche de « contiguum » urgence / développement (Urgence Réhabilitation et Développement, 2015).

Les bonnes pratiques tirées de l'expérience de COOPI, résumées dans les paragraphes suivants, montrent comment les interventions spécifiques à la nutrition sont mises en place dans la gestion opérationnelle.

27



TCHAD
Photo : S. Magni

Bonnes pratiques

Les urgences nutritionnelles (avec des valeurs de MAG supérieurs à 15 %, relevés par des enquêtes SMART) demandent l'activation des mécanismes de réponse rapide. COOPI intervient dans ces situations avec des équipes sur le terrain, qui sont préparées et formées pour la prise en charge des enfants malnutris avec ou sans complication médicales, à travers le soutien aux communautés et aux institutions sanitaires.



MALI

Photo : Archives COOPI

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE (MALI)

Le Sud du Mali et plus largement le Sahel, a fait face à une situation d'urgence nutritionnelle dramatique qui présentait des seuils de MAS avec et sans complications médicales excédant les seuils d'alerte.

L'enquête SMART réalisée en 2012 a indiqué la région de Ségou comme la plus affectée, avec les taux MAG et MAS respectivement de 12.2 % et 3.8 %.

L'intervention de COOPI a eu pour but de réduire la mortalité et la morbidité associées à la malnutrition aiguë sévère des enfants de 6 à 59 mois. En conséquen-

ce, 74 967 enfants ont été dépistés et 4 424 enfants souffrant de MAS (dont 3 997 sans et 427 avec complications médicales) ont été traités, atteignant 98 % de la cible fixée. Avec le dépistage de masse et le traitement de la MAS, des campagnes de sensibilisation sur les pratiques essentielles en nutrition et hygiène ont été mises en place conjointement à la formation de 1 095 relais communautaires et du personnel de santé de district.

Bonnes pratiques

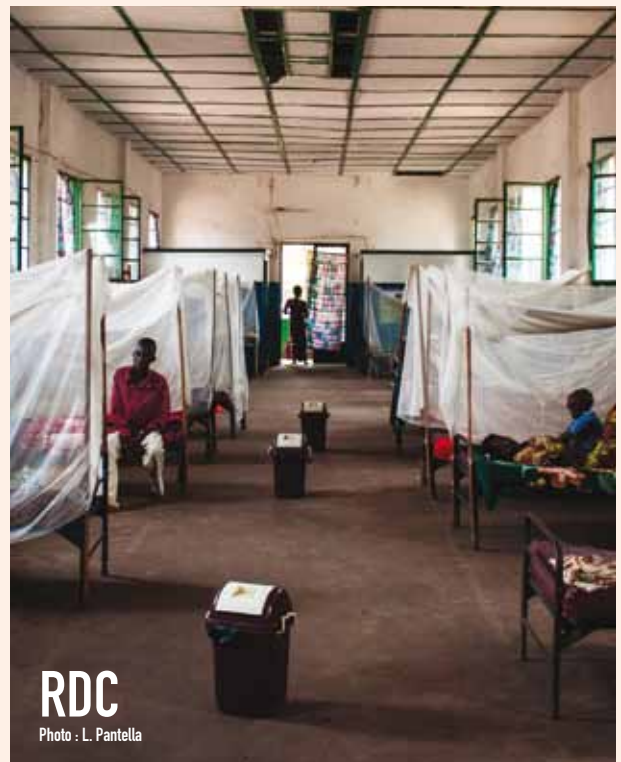
La lutte contre la malnutrition aigüe nécessite des interventions spécifiques qui s'adressent aux causes immédiates, et ont comme objectif primaire la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Pour COOPI ces interventions représentent l'opportunité de soutenir le Ministère de la Santé dans les pays concernés dans l'ouverture des unités nutritionnelles capables de traiter les cas des enfants malnutris de façon efficace, suivant un protocole standardisé, dans la perspective de pérennisation des services de prise en charge de la malnutrition avec l'appui de la communauté elle-même, tant en situation de crise aigüe que chronique.

AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE EN ZONE DE NON CONFLIT, TERRITOIRE DE LUBUTU (RDC)

En 2011, le territoire de Lubutu, dans la province du Maniema en RDC, a fait face à des taux de malnutrition dramatiques, confirmés par les enquêtes de nutrition anthropométriques. La prévalence de la MAG et de la MAS atteignait respectivement 19.8 % et 6.7 %, bien au-dessus du seuil critique d'urgence extrême (MAG 15 % et MAS 2 %).

Dans ce contexte, COOPI est intervenue dans la période entre 2011 et 2013 avec une réponse d'urgence traitant les enfants de moins de cinq ans sévèrement malnutris dans les zones de santé de Lubutu et Obokote avec une approche intégrée pour prévenir et prendre en charge la malnutrition aigüe. Avec la collaboration de l'UNICEF, COOPI a contribué à réduire les taux de mortalité et de morbidité liés à la malnutrition des enfants 6-59 mois et a amélioré leur accès au système intégré de prévention et de traitement. Grâce au projet, 30 unités nutritionnelles ont été ouvertes, 295 personnes des unités nutritionnelles ont été formées et 520 dépistages actifs ont été réalisés. Des campagnes de communication et de sensibilisation en nutrition ont été réalisées, y compris les spots radio, les concerts et les sessions de théâtre. Le projet a permis à 7 222 enfants sévèrement malnutris sans complications médicales et 248 avec complications médicales d'être traités. En outre, 34 groupes de soutien aux mères sur l'ANJE ont été créés et les pratiques recommandées sur l'allaitement exclusif et l'alimentation de complément ont

été promues. Une particularité communautaire dans ce projet consistait à faire réaliser le dépistage communautaire par les parents d'enfants malnutris et les élèves, après les avoir formés. Cette particularité a été présentée lors d'une conférence lancée à New York par UNICEF, qui était le bailleur de ce projet.



Diagnostic, surveillance et suivi de la situation nutritionnelle

L'état nutritionnel des populations en situation d'urgence est très vulnérable et sujet aux fluctuations et aux changements. Évaluer les risques (hausse de prix, déplacements significatifs de population, augmentation de la morbidité) est fondamentale, tout en suivant aussi de façon continue le contexte et la participation active au système de surveillance nutritionnelle.

Pour adapter ses interventions et mieux répondre aux besoins, **COOPI procède à des évaluations nutritionnelles approfondies, qualitatives et quantitatives**, notamment à travers la participation à la réalisation des enquêtes anthropométriques SMART, des évaluations et des enquêtes CAP relatives à l'ANJE, des enquêtes sur les apports en micronutriments et des enquêtes de couverture SQUEAC. Les

informations collectées sont à la base de la prise des décisions concernant les interventions de prise en charge de la malnutrition.

COOPI contribue aussi à la mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce dans les pays d'intervention. Ce système permet de suivre l'évolution de la situation nutritionnelle de la population à travers la collecte des données en s'appuyant également sur le réseau communautaire lors des dépistages.

Pour savoir si l'intervention apporte une réponse appropriée et adaptée au contexte et ainsi pour améliorer les interventions futures, il est essentiel de comprendre les raisons de succès ou d'échec. Pour cela, COOPI met en place un système de suivi et évaluation des cas d'enfants pris en charge.

30

Promotion de la santé maternelle et infantile

Pour COOPI, les programmes de sécurité nutritionnelle sont étroitement liés à ceux de promotion de la santé maternelle et infantile et, ensemble, sont souvent les deux faces de la même médaille. Les pratiques d'ANJE sont au cœur des pratiques de soin, ce qui par conséquent nécessitent des interventions appropriées à travers :

- Les soins prénataux (supplémentation de fer contre l'anémie ferriprive, d'acide folique etc.) et les soins postnatals ;
- La planification familiale : l'espacement des naissances et la limitation du nombre de grossesses ont un impact sur le statut nutritionnel des femmes enceintes, ce qui prévient l'insuffisance pondérale à la naissance et d'autres problèmes ;
- La nutrition de la femme enceinte puisque son sta-

tut nutritionnel a un impact direct sur le poids de l'enfant à la naissance ;

- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- L'amélioration des soins obstétricaux avec des accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- Les vaccinations et la supplémentation en vitamine A.

Dans les contextes qui le permettent, COOPI vise à réaliser la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) en appuyant les structures sanitaires existantes, assurant la gratuité des consultations pour tous les enfants, ou par la construction de nouveaux centres. Cette prise en charge intégrée est axée sur les soins aux enfants de moins de cinq ans au niveau des soins de santé primaires.

Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

L'ANJE fait l'objet d'interventions visant à protéger les nourrissons et les jeunes enfants qui ont été allaités au sein et ceux qui ne l'ont pas été, et à répondre à leurs besoins nutritionnels. Pour COOPI, les interventions prioritaires consistent notamment à protéger et à encourager l'allaitement maternel (exclusif dans les premiers 6 mois de vie de l'enfant), à poursuivre l'allaitement jusqu'aux 24 mois de l'enfant, à réduire au minimum les risques de l'allaitement artificiel et à permettre une alimentation complémentaire appropriée et sûre. Dans des circonstances exceptionnellement difficiles, les nourrissons et les jeunes enfants exigent une attention particulière²². Par ailleurs, pour

le bien-être de la mère et de l'enfant, il est primordial d'améliorer les pratiques de soins, et en particulier de protéger et de favoriser la santé nutritionnelle, physique et mentale des FEFA. Pour cette raison, COOPI a aussi piloté des interventions de protection à soutien des programmes de nutrition, pour garantir un appui psycho-émotionnel aux couples mère-enfant touchés par la malnutrition aigüe²³. Prendre en considération les facteurs psychosociaux dans la gestion de la malnutrition ne constitue pas seulement une humanisation des soins, mais s'inscrit plutôt dans l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge des cas de MAS.



²² Auprès des populations où le VIH est répandu les enfants sont plus exposés au risque de malnutrition, spécialement les orphelins et les nourrissons ayant un poids insuffisant à la naissance et ceux de moins de 6 mois qui sont gravement malnutris, car dans ces cas il est difficile de garantir l'allaitement maternel.

²³ C'est le cas, par exemple, du programme mis en place à Tillabéry - Niger, où COOPI a travaillé avec l'appui de UNICEF pour garantir un soutien psychosocial complet aux mères et aux enfants touchés par la sous-nutrition.

Prévention de la malnutrition à travers la communication pour le changement de comportement

L'approche curative est indispensable lorsque les cas de malnutrition doivent être pris en charge, mais l'approche préventive, basée sur la CCC, en est indissociable pour prévenir les cas futurs. La CCC consiste à travailler avec des personnes et leur communauté afin de :

- 1 promouvoir des comportements sains, compatibles avec leurs conditions de vie ;
- 2 créer des conditions propices leur permettant de mettre en place et de maintenir des comportements positifs²⁴.

L'approche préventive de COOPI vise ainsi à promouvoir une bonne alimentation à travers l'éducation nutritionnelle. Il est primordial de se focaliser sur les pratiques optimales de l'ANJE à travers l'allaitement et l'alimentation de complément pour la promotion et le suivi de la croissance ainsi que sur la nutrition de la femme enceinte et de la femme allaitante via un régime alimentaire diversifié contenant des aliments riches en nutriments disponibles localement, par le biais des démonstrations culinaires. Pour promouvoir les bonnes pratiques, il est essentiel d'adapter la communication pour arriver au changement de comportement vis-à-vis des bénéficiaires ciblés. On peut distinguer deux types de communication, réciproquement complémentaires :

- La communication de masse à travers les concerts, les pièces de théâtre et les radio communautaires en passant par des artistes locaux qui maîtrisent le contexte culturel local, la langue et qui savent comment adapter les messages pour être acceptés par la communauté.

Les sensibilisations dans les centres de santé et la communauté ainsi que les mobilisations sociales

font également parties des activités de masse et permettent de toucher toute la population ;

- La communication interpersonnelle à travers le counseling lors des visites à domicile (conseils entre les pairs), les groupes de soutien pour faciliter l'entraide et promouvoir les bonnes pratiques au sein de la communauté.

La communication vise les personnes cibles mais également d'autres publics influents tels que les pères, les grands-mères, les belles-mères, les leaders communautaires et autres pour arriver au changement de comportement. COOPI travaille en priorité avec les communautés pour s'implanter dans la culture locale et dans les coutumes.



²⁴ Pour plus d'information, voir : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, FICR. 2010. « La communication pour le changement de comportement à l'usage des volontaires de la communauté. Manuel du formateur ».

La promotion d'une alimentation adéquate parmi les nourrissons, les enfants et les FEFA est une intervention cruciale pour prévenir la malnutrition. L'utilisation des méthodes de communication innovantes et créatives, comme les cours de cuisine et les démonstrations culinaires, ont permis de diffuser des messages sur les bonnes pratiques nutritionnelles sur large échelle dans des contextes urbains comme celui de Kinshasa en RDC et de Lima, au Pérou, ainsi que de faciliter le changement des comportements alimentaires.

APPROCHE COMMUNAUTAIRE SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF ET LA NUTRITION DE LA FEMME ENCEINTE ET DE LA FEMME ALLAITANTE (RDC)

En RDC, les enquêtes nutritionnelles menées à partir du 2010 ont montré que le statut nutritionnel des enfants de moins de 6 mois et des femmes en âge de procréer était dramatique. L'intervention de COOPI réalisée entre le 2013 et le 2014 dans les zones de santé de Kimbanseke (Province de Kinshasa) et Kwamouth (Province du Bandundu) sur la promotion des pratiques recommandées en nutrition aussi bien au niveau familial que communautaire était basée sur l'hypothèse innovante que l'implication des communautés, y compris les personnes influentes, pouvait amener un changement de comportement.

La majorité des efforts en prévention jusqu'à ce moment était concentrée sur les compétences techniques du personnel de santé, négligeant ainsi les conseils techniques des visites à domicile et l'identi-

fication des barrières au changement de comportement. Ayant identifié cette lacune, COOPI a réalisé une intervention qui a utilisé les divers canaux de communication, incluant la communication participative et les mass-médias, pour promouvoir des pratiques clés en nutrition au niveau familial et communautaire. Au total, 767 personnes parmi le personnel de santé et la communauté ont été formées et un changement de comportement a pu être mesuré dans la population cible de 324 306 habitants. La cohérence et la répétition des messages par diverses personnes (les partenaires du projet, les centres médico-sociaux, l'entourage et les personnes influentes ont été sensibilisés) ont été décisives dans le changement de comportement à Kimbanseke.

33

EDUCATION ET SENSIBILISATION ALIMENTAIRE POUR LES ENFANTS À RISQUE DE MALNUTRITION (PÉROU)

Le régime alimentaire péruvien, particulièrement dans des zones urbaines marginales, est généralement pauvre en nutriments. La pauvreté de la population mène à des taux élevés de sous-nutrition et de déficiences en micronutriments. En même temps les campagnes publicitaires font la promotion de la « malbouffe » (soda, frites et hamburgers) ayant des effets nocifs sur le régime alimentaire des plus jeunes. Dans ce contexte, COOPI collabore avec quelques maisons d'accueil d'enfants de rues, en promouvant un régime alimentaire sain.

COOPI travaille dès 2005 avec Hogar San Camilo (hébergeant des personnes vivant avec le VIH/SIDA), La Sagrada Familia (hébergeant des enfants abandonnés, exposés aux drogues, à la violence et à la prostitution), Casa de Panchita (centre de jour pour petites filles et jeunes filles ménagères) et CIMA

(Centro Integracion des Minors con Amor, aidant des enfants de huit à dix-huit ans). Des cours de cuisine, adressés à la famille entière, ont été organisés pour faire la promotion d'une nourriture nutritive et abordable, avec des fruits et des légumes frais. Un cours hebdomadaire de quatre sessions atteignant 120 personnes a été installé dans la Casa de Panchita et Hogar San Camilo tandis que dix cours de cuisine pour les enfants et les plus jeunes ont été organisés dans chaque maison d'accueil. Au total, 120 familles ont profité du programme de parrainage des enfants de COOPI et consommé ainsi des légumes frais et cuisinés au moins une fois par jour. De plus, 300 enfants et plus jeunes du programme de parrainage ont pris conscience des nutriments présents dans les aliments et ont appris dix recettes contenant des légumes frais et cuisinés.



Traitement et prévention de la malnutrition modérée

L'ASSISTANCE ALIMENTAIRE

L'assistance alimentaire fait partie des actions mises en place par COOPI en cas de crise pour garantir une alimentation suffisante à travers des distributions générales et/ou ciblées aux ménages vulnérables, qui permettent d'éviter une mortalité excessive, le dépassement du seuil d'urgence des taux de malnutrition aigüe et les mécanismes d'adaptation nuisibles comme la vente des moyens de production. L'assistance alimentaire peut se faire sous différentes formes en fonction du contexte et des besoins : à travers des distributions de nourriture (générale si adressée à toute la population d'une zone donnée, ou ciblée à un groupe donné, comme les enfants âgés de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes) ou des distributions d'espèces, de bons d'achat pour la nourriture (coupons) et des programmes d'alimentation contre travail.

L'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE

L'alimentation supplémentaire ciblée fournit un complément alimentaire aux personnes souffrant de malnutrition modérée pour empêcher qu'elles deviennent sévèrement malnutries et pour permettre leur réhabilitation. COOPI réalise des programmes d'alimentation supplémentaire ciblée ayant les objectifs spécifiques suivants :

- Corriger la malnutrition modérée chez les enfants et les FEFA ayant des enfants de moins de 6 mois d'âge, les adolescents, les adultes malades (par exemple les personnes vivant avec le VIH / SIDA) et les personnes âgées ;
- Réduire les risques de mortalité et de maladies chez les enfants malnutris de moins de cinq ans ;
- Rétablir l'état nutritionnel des enfants transférés des programmes d'alimentation thérapeutique (c'est-à-dire les enfants guéris de la MAS, mais qui rentrent encore dans les critères de la MAM).

35



Traitement et prévention de la malnutrition aiguë sévère

LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DE LA MALNUTRITION AIGÜE (PCIMA)

La malnutrition aiguë sévère demeure une cause importante de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il y a peu de temps encore, le traitement était uniquement administré dans des centres de santé, ce qui limitait considérablement la portée et l'efficacité.

L'approche à base communautaire adoptée par COOPI consiste à détecter en temps voulu les cas de malnutrition aiguë sévère parmi les enfants entre 6 et 59 mois dans la communauté et à fournir, lorsqu'il

n'y a pas de complications médicales, un traitement composé d'ATPE ou d'autres aliments nutritifs, administrés à domicile. Associée au traitement après des centres de santé des enfants malnutris souffrant de complications médicales, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère, mise en œuvre à grande échelle, pourrait prévenir le décès de centaines de milliers d'enfants²⁵.

COOPI applique les protocoles nationaux pour la prise en charge de la malnutrition afin d'assurer une continuité avec les pays d'intervention. Des stratégies de sortie de programme ou des plans de soutien à plus long terme sont envisagés du début des interventions. La réussite de l'approche curative passe également par le renforcement des capacités du personnel de santé à travers des formations et des recyclages ainsi que la mobilisation, indispensable pour sensibiliser la communauté et faciliter son adhésion. En particulier, COOPI soutient les Unités Nutritionnelles Supplémentaires pour les enfants (UNS), les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA) pour les enfants et les femmes avec MAS sans complication médicale et les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Intensives (UNTI) pour les enfants avec MAS et complications médicales, qui traitent les enfants et les femmes affectés par la malnutrition à tous les niveaux. La gestion directe des UNS, UNTA et UNTI dans la première phase de l'urgence est souvent remplacée par des programmes d'appui et de soutien indirecte aux unités, qui sont gérées par les organisations et autorités locales. Le passage de consignes est réalisé dans la phase de post urgence, dans une perspective de soutien aux communautés locales afin qu'elles puissent garantir les services sanitaires essentiels aux enfants.

36



²⁵ OMS, UNICEF, PAM. 2007. « Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance ». Voir : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/severe_acute_malnutrition_fr.pdf?ua=1



TCHAD
Photo : Archives COOPI

Bonnes pratiques

La mise en œuvre du programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère permet à environ 80 % des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère d'être traités à domicile grâce aux ATPE. Cette approche a entraîné une augmentation spectaculaire du taux de couverture du programme dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne et, par conséquent, du nombre d'enfants traités avec succès.

37

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION À BASE COMMUNAUTAIRE (TCHAD)

Pendant une période de 3 ans (2013-2016), COOPI a appuyé, grâce aux financements ECHO, les centres de santé des Districts Sanitaires de Goz Beida et Koukou, dans l'Est du Tchad, dans la mise en œuvre d'un programme de prise en charge communautaire de la malnutrition. Pendant cette période, COOPI a pu soigner 1 126 enfants malnutris avec complications médicales, 8 213 enfants avec malnutrition aiguë sévère et 12 215 enfants avec malnutrition modérée avec l'appui du PAM. L'approche communautaire a toujours été un élément clé du programme, avec l'implication des comités de gestion communautaire des centres de santé qui étaient la liaison entre COOPI et les relais communautaires. Les tâches des relais communautaires concernaient le dépistage actif, la recherche des cas d'abandon et les sensibilisations sur les

messages clés pour la lutte contre la malnutrition. Sur le plan de la prise en charge, COOPI a toujours soutenu une approche intégrée entre santé et nutrition en mettant en œuvre le Protocol national tchadien de Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe, et aussi dans le cadre de collaboration avec la Délégation sanitaire. En plus, la PCIMA a été régulièrement appuyée par le référencement des cas déchargés vers les unités nutritionnelles supplémentaires (programme pour les cas MAM financé par le PAM) et aussi vers les unités nutritionnelles thérapeutiques en cas des complications médicales.

Sur le plan de l'intégration multisectorielle du projet, en 2014 COOPI a inséré le composant WASH pour améliorer l'assainissement des centres de santé en suivant la stratégie ECHO « WASH in nut ».

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION À BASE COMMUNAUTAIRE (MALAWI)

Le programme de prise en charge communautaire de la malnutrition a été piloté par COOPI depuis le 2007 au Malawi, où la prévalence de la malnutrition était dramatiquement haute, surtout dans les régions du Sud et Centrales qui enregistraient des taux de MAG supérieurs à 10 %.

En 2007-2009, COOPI est intervenue dans les districts de Lilongwe et Salima dans la Région Centrale, où 6 500 enfants souffraient de malnutrition aigüe.

Le projet visait à renforcer la capacité des communautés locales et du personnel des structures sanitaires pour prévenir, reconnaître, réagir à la malnutrition, afin de réduire la morbidité et la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Le renforcement des capacités à base communautaire a permis d'assurer

la durabilité de l'intervention au niveau de prise en charge ainsi que de prévention de la malnutrition.

La formation du personnel sanitaire a inclus la surveillance, le dépistage anthropométrique, et la référence, les protocoles de traitement et les principales pathologies liées à la malnutrition. De nombreuses activités de sensibilisation communautaire ont été réalisées, à partir des sessions d'éducation sur la protection de l'enfance, la nutrition et la diversification des aliments, jusqu'aux activités préscolaires et les sessions culinaires. Des jardins de démonstration (permaculture, légumineuses et arbres fruitiers) et des séances éducatives ont également été organisés dans les ménages ciblés, avec des distributions de volaille et de graines sur des terrains sélectionnés.

38



La nutrition scolaire

Dans certains pays, **COOPI est en train de piloter des programmes de nutrition scolaire à travers le soutien aux cantines scolaires, la distribution de repas riches en micronutriments par le biais du système de vouchers et sous forme de transferts monétaires²⁶ aux familles les plus vulnérables.** Au-delà de la pauvreté, qui empêche de nombreuses familles d'envoyer leurs enfants à l'école, les taux d'inscription et de fréquentation sont faibles en raison d'autres facteurs, notamment :

- Des facteurs traditionnels : l'envoi des filles à l'école pose en particulier le problème de rupture avec la coutume qui veut qu'elles aident leurs mères dans les travaux ménagers ;
- La faim : des enfants se cachent dans la brousse car ils refusent d'aller à l'école quand ils comprennent qu'ils y seront inscrits. Ils craignent les tourments de la faim rapportés par les aînés et ils préfèrent s'adonner à l'exploitation artisanale des minerais ou aller dans les champs où ils peuvent gagner de l'argent et s'alimenter avec leurs familles ;
- La distance à parcourir par les enfants pour atteindre l'école (dans certains cas 10 km).

La mise en place par COOPI des programmes des cantines scolaires permet d'inverser ces tendances et d'alléger les contraintes économiques des familles. Vu que, faute d'alimentation riche et équilibrée, les enfants accusent des déficiences nutritives et des faiblesses qui les empêchent d'aller régulièrement en classe, l'assurance d'avoir un repas chaque jour les stimule à une fréquentation régulière et améliore ainsi leurs capacités de concentration, et par conséquent les performances

scolaires. La fréquentation régulière leur permet aussi d'acquérir les outils et les capacités nécessaires non seulement au niveau individuel, mais également au niveau collectif pour favoriser le développement du pays. Au-delà de contribuer à briser le cycle de la faim et de la pauvreté, les cantines scolaires limitent l'exploitation des enfants, et constituent ainsi un filet de protection sociale pour nombreux enfants et leurs familles.

Il est important de souligner que l'impact direct sur la réduction du taux de malnutrition aigüe des programmes de nutrition scolaire est limité, et leur efficacité ne peut pas être comparée aux programmes adoptant l'approche 1000 jours. Toutefois, il est démontré que ces interventions peuvent réduire la faim, stimuler l'apprentissage et cibler des carences en micronutriments, comme dans les cas de supplémentation en fer²⁷. En outre, l'efficacité de ces programmes augmente s'ils sont intégrés avec des interventions de santé scolaire (contrôle de l'anémie chez les filles adolescentes, campagne de déparasitage, séances d'éducation sur les pratiques d'hygiène et nutritionnelles adressées aux enfants et à leurs parents).

²⁶ Les transferts monétaires sont définis comme cash transfer (CT) en anglais. Il est reconnu que les interventions monétaires constituent un fort potentiel pour améliorer la nutrition et prévenir la détérioration de l'état nutritionnel. Elles comprennent un large éventail de modalités telles qu'argent contre travail, transferts directs et coupons.

²⁷ Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. « Nutrition-sensitive interventions and programmes : how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? ».

BIBLIOGRAPHIE

ACF International. (2014) Document de Cadrage : Politique de Sécurité nutritionnelle.
Disponible à l'adresse : <http://www.actioncontrelafaim.org/fr/content/politique-securite-nutritionnelle-acf-international>.
Accédé le 15 Septembre 2015.

ACF International. (2011) Optimiser l'impact nutritionnel des interventions sécurité alimentaire et moyens d'existence. Manuel pour les professionnels de terrain.
Disponible à l'adresse : <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Optimiser-l'impact-nutritionnel-des-interventions-securite-alimentaire-2011.pdf>. Accédé le 25 Aout 2015.

Banque Mondiale. (2013) Améliorer la nutrition au moyen d'approches multisectorielles.
Disponible à l'adresse : http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2014/12/23/000470435_20141223092414/Rendered/PDF/751020WPOFRENC00Box385381B00PUBLIC0.pdf Accédé le 28 Octobre 2015.

Bhutta Z, Das J, Rizvi A, et al. (2013) Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition : what can be done and at what cost? The Lancet. Disponible à l'adresse [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).

Bhutta, Z.A. et al. (2008) What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Maternal and Child Undernutrition Study Group, The Lancet, 371(9610), 417.

COOPI. (2013) Lignes Directrices sur la Sécurité Alimentaire.
Disponible à l'adresse : <http://www.cooi.org/fr/chi-siamo/policy>. Accédé le 5 Septembre 2015.

FAO. (2012) The State of Food Insecurity in the World. 2012. Rome.
Disponible sur : <http://www.fao.org/publications/sofi/en/>. Accédé le 5 Septembre 2015.

FAO, IFAD et PAM. (2014) The State of Food Insecurity in the World. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition.
Disponible à l'adresse : <http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>. Accédé le 18 Aout 2015.

FICR. (2010) La communication pour le changement de comportement à l'usage des volontaires de la communauté. Manuel du formateur.
Disponible à l'adresse : https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/119200_BCC%20Manuel%20du%20formateur_LR.pdf.
Accédé le 2 Octobre 2015.

Gross R., et al. (2000) The four dimensions of food and nutrition security : definitions and concepts.
Disponible à l'adresse : http://www.foodsec.org/DL/course/shortcourseFA/en/pdf/P-01_RG_Concept.pdf Accédé le 14 Septembre 2015.

Gwatkin, D. R, Rutstein, S, Johnson, K, Suliman, E, Wagstaff, A, Amozou, A. (2007) Socio-economic difference in health, nutrition and population within developing countries : an overview, World Bank, Washington ;
Disponible à l'adresse : <http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>. Accédé le 24 Aout 2015

Horton, S. et al. (2009) Scaling Up Nutrition : What Will it Cost? World Bank.
Disponible à l'adresse : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ScalingUpNutrition.pdf> Accédeé le 29 Aout 2015.

IFE Core Group. (2007) Operational Guidance on IFE for Emergency Relief Staff and Programme Managers, v2.1.
Disponible à l'adresse : <http://www.enonline.net/ife> Accédé le 23 Aout 2015.

IFE Core Group. (2009) Complementary feeding in emergency. Evaluating the Specific Requirements for Realising a Dedicated Complementary Feeding in Emergencies Training Resource (Module 3) ; a Preliminary Scoping Review of Current Resource (Phase I). Available at <http://www.enonline.net/pool/files/ife/cfe-review-enn-&-ife-core-group-oct-2009.pdf>

IFE Core Group. (2010) Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project Technical Review : Current evidence, policies, practices & programme outcomes. Emergency Nutrition Network. January 2010

IPC. (2008) Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire : Manuel technique Version 1.1.
Disponible sur www.ipcinfo.org. Accédé le 19 Aout 2015.

Médecins Sans Frontières. (1995) Nutrition Guidelines.

Disponibles à l'adresse : <http://www.nzdl.org/gsdmod?e=d-00000-00---off-0fml2.2--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-0-1l-11-en-50---20-about---00-0-1-00-0--4---0-0-11-10-0utfZz-8-00&cl=CL2.1&d=HASH01850ad3b57a77757a999cec&gc=1>. Accédé le 14 aout 2015.

OMS, UNICEF, PAM. (2007) Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
Disponible à l'adresse : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/severe_acute_malnutrition_fr.pdf?ua=1.
Accédé le 17 Aout 2015.

OMS, UNICEF. (2009) Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fond des Nations Unies pour l'Enfance.
Disponible sur <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/fr/>. Accédé le 28 Octobre 2015.

OMS. (2010) Organisation mondiale de la Santé, Déficit pondéral et retard de croissance dans : Statistiques sanitaires mondiales 2010, Genève, 2010.

OMS. (2012) (a) 65ème Assemblée de la Santé Mondiale. Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.
Disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/fr/ Accédé le 19 Septembre 2015.

OMS. (2012) (b). Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant.
Disponible à l'adresse : http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_annex2_fr.pdf. Accédé le 25 Aout 2015.

OMS. (2013). Global nutrition policy review : what does it take to scale up nutrition action?
Disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84408/1/9789241505529_eng.pdf. Accédé le 28 Octobre 2015.

One Thousand days. (2011) Livret de Messages Clés, Mettre en œuvre les actions essentielles en nutrition.
Disponible sur <http://thousanddays.org/wp-content/uploads/2012/05/WHO-Targets-Policy-Brief.pdf> Accédé le 25 Aout 2015.

Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013) Nutrition-sensitive interventions and programmes : how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet, Volume 382, No. 9891, p536-551, 10 August 2013.

Save the Children. (2012) A Life free from Hunger : Tackling Child Malnutrition.

Disponible à l'adresse <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/life-free-hunger-tackling-child-malnutrition>.
Accédé le 30 Août 2015.

Save the Children. (2014) Nutrition sensitivity : How agriculture can improve child nutrition.

Disponible à l'adresse <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/nutrition-sensitivity>. Accédé le 5 Septembre 2015.

Save the Children. (2013) Food for thoughts. Tackling child malnutrition to unlock potential and boost prosperity.

Disponible à l'adresse : https://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Food_for_Thought_UK.pdf. Accédé le 14 Mars 2016.

Sphere. (2011) Le projet Sphère. Charte Humanitaire et Normes Minimales pour les Interventions lors de Catastrophe.

Genève, Le projet Sphère, 2011. Disponible sur <http://www.sphereproject.org>. Accédé le 21 Aout 2015.

SUN. (2011) Scaling Up Nutrition : A Framework for Action.

Disponible sur http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/pdf/SUN_Framework.pdf. Accédé le 20 Aout 2015.

UN. (2000) Un General Assembly, United Nations Millennium Declaration, Resolution Adopted by the General Assembly, 18 September 2000. A/ RES/55/2.

Disponible à la page http://www.un-ngls.org/spip.php?page=amdq10&id_article=2253 Accédé le 20 Aout 2015.

UNICEF. (1990) Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. Policy Review Paper E/ICEF/1990/1.6. UNICEF, New York : JC 27/UNICEF-WHO/89.4. New York.

UNICEF. (2013) Improving Child Nutrition : The achievable imperative for global progress.

http://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_-_the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf. Accédé le 28 Juin 2016.

UN/IDSR. (2009) Terminologie pour la prévention des risques de catastrophes.

Disponible à la page : http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyFrench.pdf. Accédé le 27 Septembre 2015.

UNHCR, PAM. (2011) Manuel pour l'Alimentation Sélective : La prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence.

URD – Urgence, Réhabilitation et Développement. (2015) Lien Urgence-Développement.

Disponible à la page : <http://www.urd.org/Lien-Urgence-Developpement>. Accédé le 13 Novembre 2015.

World Food Programme and UN-ECLAC. (2007) The Cost of Hunger: Analysis of the social impact of child undernutrition in Latin America : Central America and the Dominican Republic.

Young, H. & Jaspars, S. (2006) The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision-makers. Humanitarian Practice Network, 56.

ACRONYMES

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CMN : Coverage Monitoring Network
CT : Cash Transfer
ET : Ecart-Type
FANTA : Food and Nutrition Technical Assistance Project
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FEFA : Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
FICR : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FNC : Foyers Nutritionnels Communautaires
IRA : Infections respiratoires aiguës
MAS : Malnutrition Aigue Sévère
MAM : Malnutrition Aigue Modérée
MAG : Malnutrition Aigue Globale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PB : Périmètre Brachial
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCIMA : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
P/A : Poids-pour-l'âge
P/T : Poids-pour-taille
PIB : Produit intérieur brut
RRCN : Réponse Rapide aux Crises Nutritionnelles
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SQUEAC : Semi- Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SUN : Scaling Up Nutrition (Mouvement)
T/A : Taille-pour-l'âge
UNHCR : Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNS : Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNTA : Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI : Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



Ensemble, pour un monde meilleur.

SIÈGE CENTRAL :

VIA F. DE LEMENE 50 - 20151 MILAN - ITALIE

TEL. +39 02 3085057 - FAX +39 02 33403570

COOPI@COOPI.ORG - WWW.COOPI.ORG

C.F. ET TVA 80118750159



Ensemble, pour un monde meilleur.