# MALNUTRITION CHRONIQUE

## CADRE D'ACTION POUR UNE APPROCHE PRÉVENTIVE ET MULTISECTORIELLE

JUILLET 2023

ACTION CONTRE LA FAIM

Ce document ***Malnutrition chronique: cadre d'action pour une approche préventive et multisectorielle*** a été élaboré par l'équipe technique d'Action contre la Faim- Espagne.

Première édition: Juillet 2023

**Auteure:** Eva Iráizoz Domínguez.
Experte technique en Nutrition & Santé- Malnutrition chronique et approche préventif.
Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

**Direction technique et de validation** (par ordre alphabétique):

Antonio Vargas Brizuela. Responsable Nutrition & Santé. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Amador Gómez Arriba. Directeur du Département R&D+I. Action contre la Faim Espagne.

Luis González Muñoz. Directeur du Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

**Révision et contributions** (par ordre alphabétique):

Bruno Abarca Tomás. Référent technique Nutrition & Santé. Département de Production. Action contre la Faim Espagne.

Caroline Colette Andre. Référente technique Nutrition & Santé. Département de Production. Action contre la Faim Espagne.

Catherine Darriulat. Référente technique Eau, Assainissement et Hygiène (WASH). Département de Production. Action contre la Faim Espagne.

Cristina Ribas. Coordinatrice Nutrition & Santé- Pool d'Urgence. Département de Opérations. Action contre la Faim Espagne.

Hélène Pasquier. Responsable de Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Manuel Sánchez. Directeur du Département des Relations Institutionnelles. Action contre la Faim Espagne.

Menna Seged Abraha. Desk de Advocacy et Relations Institutionnelles. Département des Relations Institutionnelles. Action contre la Faim Espagne.

Pablo Alcalde Castro. Responsable d'Eau, Assainissement et Hygiène (WASH). Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Pilar Charle Cuéllar. Experte technique Nutrition & Santé- ICCM+. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Sara Tulipani. Experte technique Nutrition & Santé. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Silvia Rodríguez Rivero. Experte technique Nutrition & Santé- Approche psychosocial. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

**Édition** (par ordre alphabétique):

Caroline Colette Andre. Référente technique Nutrition & Santé. Département de Production. Action contre la Faim Espagne.

Eva Iráizoz Domínguez. Experte technique en Nutrition & Santé- Malnutrition chronique et approche préventif. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Laura Medialdea Marcos. Responsable du projet de recherche SAM Photo Diagnosis. Département de R&D+I. Action contre la Faim Espagne.

Pilar Charle Cuéllar. Experte technique Nutrition & Santé- ICCM+. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

**Photo de couverture:** Oriol Castillo · Action contre la Faim.

**Design et mise en page**: Álex Delgado · La Oveja Perdida Estudio.

# TABLE DES MATIÈRES


1. **QU'EST-CE QUE LA MALNUTRITION CHRONIQUE?** ..... 6

2. **POURQUOI DEVONS-NOUS AGIR?** ..... 7

   2.1. Les conséquences de la malnutrition chronique ..... 7

   2.2. Les causes de la malnutrition chronique ..... 11

3. **COMMENT DEVONS-NOUS AGIR?** ..... 17

   3.1. L'approche préventive guide nos actions ..... 17

   3.2. L'approche de l'égalité des genres est intégrée à notre approche de la protection, et l'ensemble se matérialise dans nos actions. ..... 18

   3.3. L'approche de la protection de l'environnement est intégrée dans nos actions ..... 19

4. **STRATÉGIE D'INTERVENTION** ..... 20

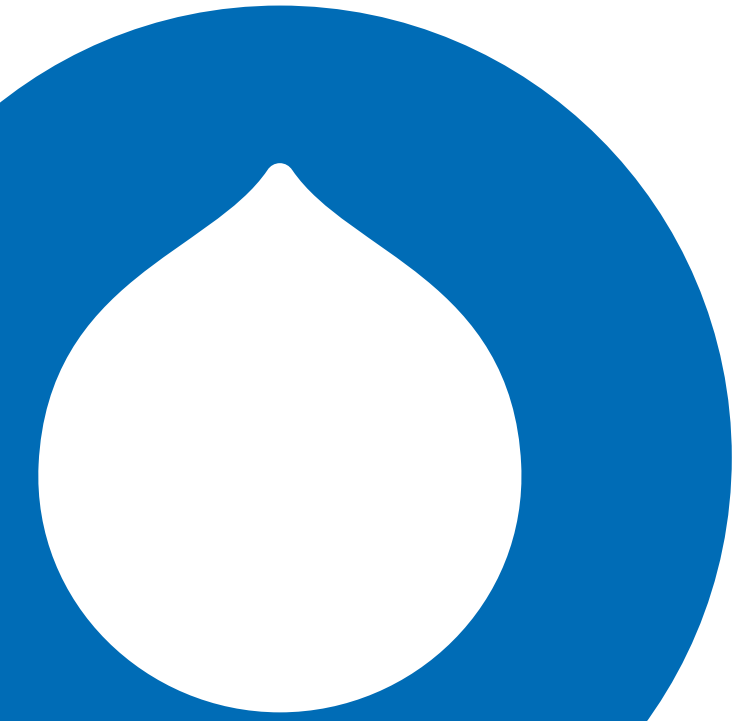
   4.1. Domaine d'intervention pour proteger, sauver des vies et construire la resilience ..... 22

   4.2. Domaine de recherche ..... 33

   4.3. Domaine de plaidoyer ..... 35

5. **COMMENT FAIRE POUR QUE LA THÉORIE DU CHANGEMENT DEVIENNE OPÉRATIONNELLE: CADRE DE MODALITÉS POUR UNE APPROCHE PRÉVENTIVE ET MULTISECTORIELLE** ..... 36

**BIBLIOGRAPHIE** ..... 40



## ACRONYMES

| | |
|---|---|
| AC | Alimentation complémentaire |
| EED | Entéropathie environnementale |
| H/A | Taille par rapport à l'âge (de l'anglais, *height for age*) |
| IFPRI | Institut international de recherche sur les politiques alimentaires |
| IYCF/ANJE | Alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour les enfants de moins de deux ans (de l'anglais, *Infant and Young Child Feeding*, et du français, *Alimentation des Nourrissons et Jeunes Enfants*) |
| CTP | Cadre technique de programmation |
| OMS | Organisation Mondiale pour la Santé |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| RCA | République centrafricaine |
| RDC | République démocratique du Congo |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance (de l'anglais, *United Nations Children's Fund*) |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine acquise |
| WASH | Eau, assainissement et hygiène (de l'anglais, *water, sanitation and hygiene*) |

## FIGURES ET TABLEAUX


Figure 1. Impact de la malnutrition chronique tout au long du cycle de vie.

Figure 2. Cadre causal adapté du retard de croissance.

Figure 3. Théorie du changement proposée pour une approche préventive de la malnutrition chronique.

Tableau 1. Proposition de modalités du CTP pour une approche préventive de la malnutrition chronique.

Tableau 2. Adaptation de la proposition de modalités aux scénarios d'accès aux services de santé.

# 1 QU'EST-CE QUE LA MALNUTRITION CHRONIQUE?

La malnutrition chronique infantile est le reflet d'une situation complexe, chronique et cumulative qui naît généralement dès la conception puis durant les premiers mois de la vie et se manifeste par un retard de croissance et de développement chez l'enfant. Un enfant est considéré comme souffrant d'un retard de croissance ou de malnutrition chronique[1] lorsqu'au cours des premières années de sa vie sa taille par rapport à son âge est inférieure de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (taille/âge, <-2 z-score) (1).

Au cours de la petite enfance, la croissance de la taille constitue un indicateur important d'une croissance en bonne santé, étant donné sa relation avec le risque de morbidité et de mortalité, les maladies non transmissibles à l'âge adulte, la capacité d'apprentissage et la productivité. Elle est également étroitement liée au développement de l'enfant dans plusieurs domaines: compétences cognitives, linguistiques et sensorimotrices (2).

Dans le monde entier, un enfant de moins de cinq ans sur quatre souffre d'un retard de croissance. Près de 150 millions d'enfants de moins de cinq ans n'atteindront pas leur plein potentiel de développement à l'âge adulte. Le pourcentage est plus élevé dans des régions telles que l'Afrique subsaharienne, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, où plus de 30% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance (3,4).

Selon les estimations de l'UNICEF (5), les chiffres par pays sont alarmants et, dans certains pays, le retard de croissance est considéré comme une urgence nutritionnelle. Dans au moins 10 pays dans le monde, la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans affiche une prévalence supérieure à 40%. Sept sont des pays du continent africain: Burundi (58%), Érythrée (49%), Niger (47%), Libye (44%), RDC (40%), Madagascar (40%), RCA (40%). Sur le même continent, ils sont suivis de près par l'Angola et le Mozambique, qui affichent tous deux une prévalence de 38%. En Asie, le Timor oriental et la Papouasie-Nouvelle-Guinée sont en tête de liste avec respectivement 49% et 48%. Ils sont suivis par le Pakistan (37%) et l'Afghanistan (35%). Le Guatemala se distingue dans toute la région d'Amérique latine par une prévalence de 43% chez les enfants de moins de cinq ans.

De plus, au moins 16 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë et chronique dans le monde, et près d'un tiers des femmes en âge de procréer et 40% des femmes enceintes souffrent d'anémie (3,6). Selon les données disponibles, la concomitance de la malnutrition chronique, de l'anémie et du surpoids est une réalité pour une trentaine de pays d'Afrique, d'Asie du Sud-Est, du Moyen-Orient et d'Europe centrale (6). Tous ces chiffres nous placent bien loin des objectifs de réduction de la sous-nutrition maternelle et infantile annoncés lors de l'Assemblée mondiale de la Santé il y a près d'une décennie (7,8).

**De toutes les formes de malnutrition, la malnutrition chronique est la plus répandue dans le monde.** En raison de sa prévalence et de ses graves conséquences, elle constitue l'un des problèmes de santé publique les plus importants au monde et le problème numéro un pour de nombreux pays; elle menace de fait la survie des enfants et la capacité de sociétés entières à prospérer.

Cependant, le fait qu'elle n'ait pas été considérée traditionnellement comme un problème d'urgence a conduit les bailleurs de fonds, les organisations humanitaires et la communauté internationale tout entière à ne s'intéresser qu'à d'autres formes de sous-nutrition, plus visibles. Le degré d'attention portée à la malnutrition chronique dans les contextes d'urgence est encore faible, malgré le fardeau énorme qu'elle représente dans les crises humanitaires persistantes. Il est donc urgent que la réduction de la malnutrition chronique soit considérée comme un objectif humanitaire légitime à part entière, de même que la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë constituent un objectif de développement (9).

1. Bien que le retard de croissance chez l'enfant, défini par une taille insuffisante par rapport à l'âge (L/A ou H/A de l'anglais *lenght* ou *height for age*, z-score inférieur à 2), soit un indicateur de malnutrition chronique, nous utiliserons dans ce document les termes « malnutrition chronique » et « retard de croissance » de manière indifférenciée.

**PERMETTRE À TOUS LES ENFANTS DE JOUIR PLEINEMENT DE LEUR POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT INDIVIDUEL EST UN DROIT HUMAIN ET UNE CONDITION ESSENTIELLE AU DÉVELOPPEMENT DURABLE (10). À CE TITRE, CE DEVRAIT ÊTRE UNE PRIORITÉ DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE.**

© Fabien Touzard · Action contre la Faim

# 2 POURQUOI DEVONS-NOUS AGIR?

## 2.1. LES CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

Les conséquences de ce problème de santé peuvent être observées au niveau des individus aussi bien qu'au niveau des sociétés et des pays. La malnutrition chronique est considérée comme l'un des obstacles majeurs au développement des personnes et des communautés et compromet les possibilités d'améliorer la qualité de vie en général. Notre approche de ces impacts est plus détaillée et souligne qu'en notre qualité d'organisation notre action doit être décisive et efficace.

### > UN FREIN AU DEVELOPPEMENT AUTOUR DES 1000 JOURS

Au niveau individuel, la malnutrition chronique empêche les enfants d'atteindre leur plein potentiel de développement dans leur petite enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte (11). Derrière sa manifestation la plus visible - la petite taille pour l'âge - se cachent de profonds retards dans le développement moteur et neurocognitif des enfants qui en sont atteints (12).

La période des 1000 jours est cruciale pour le développement du cerveau. Les deux premières années de la vie sont déterminantes pour la structure et le fonctionnement du cerveau. Ainsi, la malnutrition chronique pendant la petite enfance est associée à un trouble des fonctions motrices, cognitives et langagières des bébés et des enfants (11,13,14). Il en résultera une diminution de la capacité d'apprentissage et des compétences interpersonnelles, une baisse des résultats scolaires et, à l'âge adulte, une baisse de la productivité au travail et, au final, un risque accru de pauvreté (11,15). Les troubles neurocognitifs influeront également sur la réactivité de ces enfants aux stimuli. Ces derniers peuvent manifester une certaine apathie, un comportement exploratoire moins important et un retard dans l'acquisition de capacités motrices telles que la marche à quatre pattes ou la marche. Cela entraîne une diminution de l'interaction avec leur environnement et les aidant/e/s, ce qui signifie moins de possibilités de stimulation, d'apprentissage, de création de liens (16) et, en fin de compte, de rétablissement.

### > QUAND LA SANTE FUTURE EST CONFISQUÉE

À court terme, le retard de croissance est associé à une augmentation de la mortalité et de la morbidité infantiles. Les enfants de moins de cinq

ans atteints d'un retard de croissance sévère[2] ont jusqu'à quatre fois plus de risques de mourir au cours de leurs premières années de vie que ceux qui grandissent adéquatement (13). Les raisons principales sont l'affaiblissement de leur système immunitaire et une moindre protection contre les maladies infectieuses telles que la pneumonie et la diarrhée (13,17) et d'autres manifestations subcliniques telles que l'entéropathie environnementale (16). L'interaction entre une nutrition insuffisante et des infections fréquentes produit un cercle vicieux de dégradation de l'état nutritionnel et d'augmentation de la propension aux infections (11). Ces enfants ont également un risque accru de souffrir de malnutrition aiguë, d'anémie et d'autres carences en micronutriments (18). Le risque de mortalité augmente lorsque la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë coexistent chez un même individu (19). À long terme, ces retards sont également associés à une taille plus petite à l'âge adulte et à un risque accru d'obésité et de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète, qui peuvent être découler des changements métaboliques et de composition corporelle survenus pendant l'enfance (16).

## > CONSEQUENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES

La perte du potentiel moteur et cognitif et l'augmentation de la morbidité perpétuent le cycle intergénérationnel de la pauvreté, réduisent les possibilités individuelles et la capacité de résilience des ménages, sapent l'économie des familles et des communautés, et constituent l'un des grands obstacles au développement pour les pays. Les maladies chroniques font peser sur les ménages un fardeau économique lié aux coûts directs et indirects de l'accès aux services de santé et à la perte de productivité et d'emploi. On estime que les adultes qui ont été atteints de malnutrition chronique pendant leur enfance gagnent 20% de moins que ceux qui se sont pleinement développés, et que les pertes de PIB par habitant pourraient atteindre 13%[3] (20–22). Pour l'économie mondiale, la malnutrition infantile sous toutes ses formes se traduit par un coût de 3,5 billions de dollars, en raison des coûts et des charges financières endossés par les familles et de la perte de capital productif humain (22). Pour le secteur privé des pays à revenus faibles ou intermédiaires, la malnutrition infantile chronique se traduit par des perte estimées à au moins 135 milliards de dollars par an (23). L'accroissement de la pauvreté et de l'inégalité dans le monde est le prix que des sociétés entières sont en train de payer faute de capacité et de hiérarchisation des priorités de la part des gouvernements et de la communauté internationale.

## > UNE QUESTION LIÉE AU GENRE

La malnutrition chronique est étroitement liée aux inégalités entre les genres. Les facteurs déterminants associant santé et genre constituent l'un des principaux facteurs d'inégalité dans le domaine de la santé et de la nutrition. Les filles et les femmes font souvent l'objet de discriminations, de violences et n'ont qu'un faible pouvoir de décision et d'autonomie au sein de leur famille et de leur foyer. Elles sont donc plus souvent exposées à des facteurs de risque qui accentueront leur vulnérabilité à la malnutrition. Évoquons à présent les conséquences: une fille atteinte d'un retard de croissance verra non seulement son état nutritionnel et sanitaire affecté, mais aussi les situations d'inégalité et de pauvreté s'exacerber, ce qui creusera l'écart hommes-femmes et portera atteinte à son autonomie. Exemple: décisions relatives à sa santé - y compris sa santé reproductive - ou accès au marché de l'emploi. La santé reproductive et la santé mentale des femmes et des mères sont intimement liées (24). Dans les pays à faibles et moyens revenus, la prévalence des problèmes de santé mentale pendant la grossesse et au cours de la première année suivant l'accouchement est significativement élevée et est associée à un retard de croissance et de

2. Le retard de croissance sévère est défini par une taille par rapport à l'âge inférieure à trois écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (taille/âge <-3 z-score) (1).

3. Au moment où nous réalisons cette analyse, une étude de la Banque mondiale a révélé que 57% des travailleur/euse/s en Éthiopie auraient souffert de malnutrition chronique pendant leur enfance, d'où une pénalisation pour un pays affecté par une réduction de 13% du PIB par habitant (20).

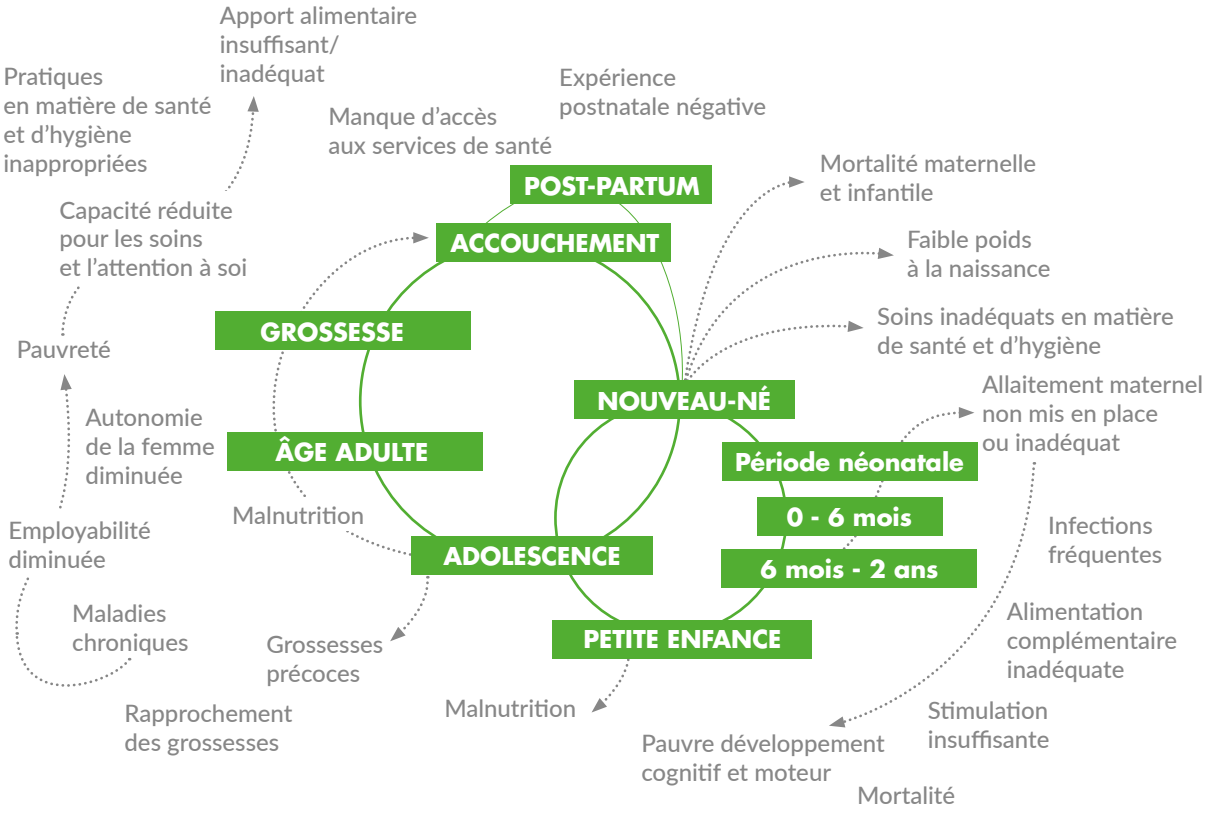



**FIGURE 1.** Impact de la malnutrition chronique tout au long du cycle de vie. Adapté de l'ACC/SCN et l'IFPRI (2000) (27).

développement psychosocial pendant l'enfance, à un faible poids à la naissance, à des pratiques d'allaitement maternel inadéquates ou inexistantes, à la malnutrition, à la diarrhée et à une moins bon respect des calendriers de vaccination infantile (25).

L'abandon scolaire précoce, l'absence de planification familiale, les grossesses précoces et pendant l'adolescence et l'espacement plus réduit entre les grossesses successives sont associés à un risque accru de malnutrition et de problèmes de santé pour la mère et les générations futures, dans le cadre du cercle vicieux de la malnutrition tout au long du cycle de vie (Figure 1) (16,26).

## > LE DOUBLE FARDEAU DE LA MALNUTRITION: DEFI ET OPPORTUNITÉ

La coexistence de diverses formes de malnutrition, de malnutrition aiguë et chronique, d'obésité et/ou de carences en micronutriments, est largement reconnue par la communauté scientifique et justifierait l'abandon du travail en silos (28). Cette situation, appelée double ou triple fardeau de la malnutrition, est observée au niveau individuel, lorsque la sous-nutrition aiguë et chronique, ou les carences chroniques en micronutriments et l'obésité se développent simultanément. Cette situation peut se produire en même temps ou à des moments distincts, par exemple chez un adulte obèse qui a été atteint de malnutrition chronique pendant son enfance. Deuxièmement, elle se manifeste au sein du ménage lorsque différentes personnes de la famille sont atteintes de différents types de malnutrition. Enfin, au niveau de la population, de nombreux pays à revenus faibles ou intermédiaires expérimentent cette coexistence de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de la réduction lente et insuffisante de la sous-nutrition. (29). Cela rend la situation plus critique et complique la mise en place d'une solution.

Les principaux facteurs déterminants de cette co-existence se trouvent, entre autres, dans lesdites transitions nutritionnelles, épidémiologiques et démographiques, qui désignent les changements des habitudes alimentaires de la population en conséquence, entre autres facteurs, de la mondialisation et de la migration vers les zones urbaines, de la transition à un taux plus élevé de maladies chroniques par rapport aux maladies transmissibles ainsi que de la tendance au vieillissement croissant des populations (29,30).

Le double ou triple fardeau de la malnutrition constitue un défi mondial, mais offre en même temps l'occasion de travailler globalement à la prévention de toutes les formes de malnutrition et de s'attaquer à leurs causes sous-jacentes et structurelles (29).

## LA MALNUTRITION CHRONIQUE EST UN PROBLÈME NÉGLIGÉ QUI A DES RÉPERCUSSIONS SUR L'INDIVIDU, LA COMMUNAUTÉ ET L'ENSEMBLE DU SYSTÈME. IL EST ESSENTIEL DE S'Y ATTAQUER POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME DE LA FAIM.

### Impact sur l'individu

- Dans certains contextes, elle contribue fortement à la morbidité et à la mortalité des enfants et des adultes.
- Elle entrave l'avenir des générations actuelles et futures, freine le développement des personnes.
- Il s'agit d'un problème stigmatisant.

### Impact sur la communauté

- Elle accroît les inégalités sociales.
- L'écart entre les genres se creuse.
- Elle affaiblit la capacité de la population à faire face au problème de la faim.

### Impact sur le système

- Elle aggrave la situation et exige des solutions plus complexes.
- Elle sape les systèmes de santé et de protection sociale, qui tentent de remédier à ses conséquences à court et à long terme.

Mettre l'accent sur les femmes, la petite enfance et l'adolescence, c'est satisfaire l'obligation de garantir le droit de chaque enfant à survivre et à s'épanouir. C'est l'un des meilleurs investissements qu'un pays puisse faire pour stimuler la croissance économique, promouvoir des sociétés pacifiques et durables et éliminer la pauvreté et l'inégalité.

## 2.2. LES CAUSES DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

La malnutrition infantile sous toutes ses formes est associée à un ensemble complexe de facteurs. Grâce aux dernières données disponibles, il apparaît de plus en plus difficile de distinguer les mécanismes de causalité qui conduisent aux différentes formes de malnutrition pendant l'enfance. Par conséquent, une approche préventive et multisectorielle peut y avoir un impact positif sur la prévention d'autres formes de malnutrition (31) (au-delà de la malnutrition chronique) et sur la santé en général.

### > UN CADRE CAUSAL ADAPTE

Il y a près de dix ans, l'Organisation mondiale de la santé a proposé un cadre adapté à la malnutrition chronique (32) fondé sur le cadre causal de l'UNICEF (33) (Figure 2), qui reflète la complexité des causes et les divise en quatre grands blocs: (1) les facteurs domestiques et familiaux (liés à la santé de la mère et à l'environnement familial); (2) les pratiques d'allaitement inadéquates; (3) l'alimentation complémentaire inadéquate; et (4) les processus infectieux cliniques et subcliniques.

De plus, des facteurs déterminants sous-jacents y sont reconnus tels que ceux liés à l'accès aux services de santé, à l'eau et à l'assainissement, à la sécurité alimentaire, à l'accès à une éducation de qualité et au contexte social, économique et politique.

Bien que l'objectif de ce document ne soit pas d'approfondir l'analyse du cadre causal, certaines causes et certains facteurs associés à celles-ci sont détaillés ci-dessous.

© Laurent Theteen · Action contre la Faim

## CONSÉQUENCES

### Problèmes concomitants et conséquences à court terme

**Santé**
- ▲ Mortalité
- ▼ Morbidité

**Développement**
- ▼ Développement cognitif, moteur et du langage

**Économie**
- ▲ Dépenses de santé
- ▲ Coût en opportunité des soins à l'enfant malade

### Conséquences à long terme

**Santé**
- ▼ Taille adulte
- ▲ Obésité et comorbidités associées
- ▼ Santé reproductive

**Développement**
- ▼ Résultats scolaires
- ▼ Capacité d'apprentissage potentiel non atteint

**Économie**
- ▼ Capacité professionnelle
- ▼ Productivité au travail

## RETARD DE CROISSANCE ET DE DÉVELOPPEMENT

## CAUSES

### Facteurs domestiques et familiaux

**Facteurs maternels**
- Mauvaise nutrition avant/pendant la grossesse et l'allaitement
- Petite taille de la mère
- Infections
- Grossesse à l'adolescence
- Santé mentale
- Limitation de la croissance intra-utérine et prématurité
- Faible intervalle entre les accouchements
- Hypertension

**Environnement ménage**
- Environnement ménage, hygiène
- Stimulation et activités inadéquates de l'enfant
- Soins inadéquats
- Assainissement et approvisionnement de l'eau inadéquats
- Insécurité alimentaire
- Attribution d'aliments inadéquat au sein du ménage
- Faible niveau d'études des parents ou aidant/e/s

### Alimentation complémentaire inadéquate

**Alimentation de mauvaise qualité**
- Faible qualité en termes de micronutriments
- Alimentation peu variée et consommation réduite d'aliments d'origine animale
- Teneur en anti-nutriments
- Faible teneur en calorie des aliments

**Pratiques inadéquates**
- Alimentation peu fréquente
- Alimentation inadéquate pendant les maladies et après celles-ci
- Aliments peu consistants
- Quantité insuffisante
- Alimentation non à la demande

**Innocuité des aliments et de l'eau**
- Aliments et eau contaminés
- Pratiques peu hygiéniques
- Mauvaise stockage et préparation des aliments

### Allaitement

**Pratiques inadéquates**
- Initiation tardive
- Allaitement maternel non exclusif
- Interruption prématurée de l'allaitement maternel

### Infections

**Infections cliniques et subcliniques**
- Infections entériques: maladies diarrhéiques, entéropathie environnementale, helminthiase
- Infections respiratoires
- Paludisme (malaria)
- Perte d'appétit due aux infections
- Inflammation

## CONTEXTE

### Facteurs communautaires et sociaux

**Économie politique**
- Prix des aliments et politique commerciale
- Règlementation en matière de commercialisation
- Stabilité politique
- Pauvreté, revenus et patrimoine
- Services financiers
- Emploi et moyens d'existence

**Santé et soins de santé**
- Accès à la santé
- Professionels de la santé qualifié/e/s
- Disponibilité des approvisionnements
- Infrastructures
- Systèmes et politiques de santé

**Éducation**
- Accès à une éducation de qualité
- Enseignant/e/s qualifié/e/s
- Éducateur/rice/s dans le domaine de la santé qualifié/e/s
- Infrastructures (écoles et centres de formation)

**Société et culture**
- Croyances et normes
- Réseaux de soutien social
- Parents et aidant/e/s des enfants
- Situation de la femme

**Agriculture et systèmes alimentaires**
- Production et transformation des aliments
- Disponibilité des aliments riches en micronutriments
- Innocuité et qualité des aliments

**Eau, assainissement en environnement**
- Infrastructures et services en eau et assainissement
- Densité de la population
- Changement climatique
- Urbanisation
- Catastrophes naturelles et d'origine humaine

**FIGURE 2.** Cadre causal adapté du retard de croissance. OMS, 2014 (32)

**Où commence le problème?**
**Fenêtres d'opportunité possibles.**

Le retard de croissance peut commencer dans l'utérus et au cours des deux premières années de la vie du bébé (11,34). Des données récentes montrent que nous pouvons observer une grande partie du retard de croissance linéaire pendant la gestation, à la naissance et au cours des trois premiers mois de la vie (35,36). Cela donne une idée de l'influence des **facteurs prénatals** sur le développement du fœtus - de la conception à la naissance. L'état de santé physique et mentale, l'état nutritionnel et le degré d'autonomie de la femme vont de pair et donnent lieu à certains des facteurs prénatals associés aux retards de croissance et de développement. C'est le cas de l'âge maternel, de l'espacement des grossesses, de l'état sérologique pour les personnes atteintes du VIH, du niveau d'études de la mère (37) ou de la santé mentale de la femme au cours de la période périnatale (38), entre autres. Les bébés nés de mères plus jeunes sont plus exposés au risque de retard de croissance (39,40). D'autre part, un intervalle entre les grossesses inférieur à deux ans augmente le risque de mettre au monde un bébé avec un faible poids à la naissance ou un bébé prématuré, et est associé à une plus forte prévalence de retards de croissance pendant l'enfance (34,41). L'espacement des grossesses est à son tour associé au manque d'accès aux services de planification familiale et à l'abandon précoce de l'allaitement maternel. En outre, ces femmes sont plus susceptibles de souffrir de complications pendant la grossesse, telles que l'anémie, l'hypertension ou l'hémorragie, et de voir leur état de santé s'aggraver (41). D'autre part, la dépression maternelle est un facteur de risque de malnutrition infantile chronique (39,40,42) du fait que cet état détermine les soins et la stimulation donnée au bébé.

© Sebastien Dujindam · Action contre la Faim

© Sylvain Cherkaoui · Action contre la Faim

**Rôle des maladies infectieuses associées et d'un faible accès au système de santé.**

Les **infections récurrentes**, en particulier les infections respiratoires telles que le paludisme et la pneumonie, et les diarrhées, qui sont courantes dans les pays à faibles revenus, sont des facteurs contribuant au retard de croissance. Le paludisme, qui sévit dans les contextes de travail d'Action contre la Faim, peut avoir un impact dès la gestation et est associé à un retard de croissance. Certaines études suggèrent que le paludisme a des effets négatifs sur l'état nutritionnel pendant la petite enfance et vice versa, bien qu'il n'existe pas de preuves concluantes étayant ce propos (43). Une étude récente a montré que la probabilité de retard de croissance chez les enfants de moins de deux ans était inférieure de 10% lorsque les mères avaient reçu une prophylaxie antipaludique pendant la grossesse, et que l'indicateur H/A s'améliorait lorsqu'elles avaient également reçu des compléments de fer et d'acide folique(44).

**La composante WASH à l'origine du problème et pendant son développement.**

Le retard de croissance est directement lié au nombre d'épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de deux ans (45) et à l'entéropathie environnementale (EED, de l'anglais, *environmental enteric dysfunction*). On estime que 13,5% de la prévalence mondiale de la malnutrition chronique peut être attribuée à la diarrhée (46). L'EED est une maladie silencieuse au cours de laquelle une inflammation chronique prend place dans l'intestin. Ce processus inflammatoire entraîne une perte des microvillosités des cellules intestinales et une augmentation de la perméabilité intestinale, ce qui a pour conséquence directe une moindre absorption des nutriments, un affaiblissement du système immunitaire et une augmentation de la dépense énergétique. L'entéropathie environnementale est directement associée à l'anémie par carence en fer et à la malnutrition chronique (47). En règle générale, les infections entériques et la malnutrition augmentent le risque et produisent ensemble un cercle vicieux à double sens (48).

Le niveau d'**accès à l'eau potable et à l'assainissement** au sein du ménage et dans la communauté, parmi d'autres facteurs contextuels, déterminera largement la fréquence des diarrhées et autres infections cliniques et subcliniques chez la mère, le bébé et toute la famille, ainsi que la probabilité d'adopter de bonnes **pratiques d'hygiène.** Dans ce sens, l'efficacité des interventions visant à interrompre la transmission fécale-orale pour réduire la malnutrition chronique s'avère évidente (49).

**Allaitement maternel et alimentation complémentaire: au centre des facteurs immédiats.**

Après la naissance, l'initiation et le maintien de l'**allaitement maternel** sont essentiels pour l'état nutritionnel, le développement et la survie du bébé. L'allaitement maternel constitue un facteur de protection particulièrement important pour la mère (50) et son bébé, notamment dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires où le manque d'accès à l'eau (quantitativement et qualitativement) et à des aliments sûrs peut exposer le bébé à un risque accru de diarrhée et de maladies infectieuses qui menacent son état nutritionnel et sa santé (51). Les données disponibles suggèrent une forte association entre le retard de croissance et les pratiques d'allaitement inappropriées, telles que l'initiation tardive, la non-exclusivité au cours des six premiers mois ou l'interruption prématurée (46,52,53).

La plupart des retards de croissance, mesurés par la taille par rapport à l'âge, sont observés entre six mois et deux ans, au moment où **l'alimentation complémentaire** (AC) est introduite (32,54,55). Au cours de cette période, l'alimentation du bébé cesse de dépendre exclusivement du lait maternel. L'enfant est plus mobile et plus directement exposé à d'autres facteurs environnementaux et alimentaires (32). Les facteurs liés à l'adéquation de l'AC au cours de cette période comprennent de nombreux aspects: la qualité nutritionnelle et la diversité du régime alimentaire, la fréquence, la quantité et le type d'aliments proposés au bébé, des aspects aussi fondamentaux que l'hygiène dans la préparation et le stockage des aliments à la maison ou le manque d'accès à l'eau potable.

## > ORIGINE, CHRONICITÉ ET EXPOSITION PENDANT LES 1000 JOURS

Il s'agit d'un cadre **multicausal et multifactoriel** commun à d'autres manifestations de la sous-nutrition. Cependant, en examinant les conséquences, il s'avère que le poids de chacun de ces facteurs causaux sur le développement physique et neurocognitif du bébé pourrait être en forte interrelation avec le moment où ces expositions ont lieu. On peut donc s'attendre à ce que l'exposition à ces facteurs au cours des 1000 jours - la période de plus grande vulnérabilité qui part de la grossesse et couvre les deux premières années de la vie - joue un rôle plus important dans le développement du cerveau et la croissance de la taille que si elle se produit plus tard dans la vie de l'enfant (54).

© Fabien Touzard · Action contre la Faim

En outre, l'exposition continue à l'un ou l'autre de ces facteurs contribue de manière différenciée à l'établissement de la malnutrition chronique chez l'individu. C'est le cas de l'exposition à des conditions insalubres et à l'entéropathie environnementale.

## > LA RÉCUPÉRATION EST POSSIBLE

Le retard de croissance intra-utérin se traduit chez les bébés par des déficits de développement dès le moment de la naissance. Cependant, les données disponibles suggèrent qu'il peut y avoir une évolution positive dans les normes de croissance de ces bébés si l'exposition environnementale, l'alimentation et les soins qu'ils reçoivent sont adéquats et dûment adaptés (37). Cela justifie de **travailler également sur la malnutrition chronique à partir d'une approche préventive et curative** pendant la période postnatale et la petite enfance, en partant de l'hypothèse que, si les principales causes sont interrompues, ces bébés ont la possibilité de récupérer leur potentiel de développement et même de rétablir certaines fonctions neuromotrices, en plus de récupérer les courbes de croissance de la taille. Il est également important de rétablir le concept de soins attentifs et sensibles en matière de nutrition (*nurturing care*) (10,56–58). En effet, seule l'amélioration de la stimulation et des soins apportés aux enfants atteints de malnutrition chronique[4] peut avoir un impact majeur sur leur rétablissement psychosocial, ce qui n'est pas le cas des interventions plus complexes (59).

## > LA DEUXIÈME FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence constitue une autre période de croissance et développement accélérés de l'individu. Après la fenêtre des 1000 jours, elle est considérée comme la « deuxième fenêtre d'opportunité » pendant laquelle il est possible d'influencer positivement l'état nutritionnel (60,61).

Un état de sous-nutrition à l'adolescence peut ralentir la croissance ou aggraver un retard de croissance préexistant (62), ce qui a des conséquences non seulement sur le développement de l'individu, mais aussi sur celui de sa future descendance . La conséquence en est une perpétuation du cycle intergénérationnel de la malnutrition. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles d'être prématurés, d'avoir un faible poids à la naissance et de souffrir d'un retard de croissance.

L'adolescence est également une période de vulnérabilité particulière pour les filles. On estime que 21 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de filles de moins de 15 ans tombent enceintes chaque année, principalement dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires (63). Les besoins nutritionnels d'une adolescente enceinte sont plus importants que ceux d'une adulte enceinte et les besoins nutritionnels en concurrence du fœtus et de l'adolescente peuvent entraîner un retard de croissance du fœtus et un retard de croissance de la jeune mère. Les mères adolescentes sont souvent désavantagées en matière d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale et de soins prénatals. Elles sont plus exposées à l'anémie, à la mortalité et à la morbidité maternelles et néonatales (61). En outre, la grossesse chez les adolescentes a également des conséquences économiques et sociales, telles que l'abandon de l'école, ce qui se traduit par une diminution des compétences en matière de soins et d'autogestion, ainsi que des possibilités d'emploi (64).

Au contraire, le fait de garantir un bon état nutritionnel et de santé à l'adolescence peut contribuer à briser le cycle de la malnutrition et à poser les bases d'une croissance et d'un développement optimaux pour les générations futures (62,65). L'adolescence est également une période de rétablissement de la croissance et du développement cérébral, émotionnel et comportemental(66). Inclure les adolescent/e/s dans les programmes et les interventions en tant que bénéficiaires, mais aussi en tant que participant/e/s actifs, en encourageant leur participation et leur autonomisation, est également une occasion de progresser dans la lutte contre les inégalités entre les genres et de faire progresser les droits des enfants et des adolescents.

4. Cela peut se faire, par exemple, au cours de séances de jeu hebdomadaires avec la mère ou l'aidant/e, dans le cadre de la modalité d'intervention IYCF/ANJE (promotion des pratiques d'alimentation et de soins du nourrisson et du jeune enfant).

Au cours de la période des 1000 jours, pendant la grossesse et jusqu'aux deux premières années de la vie d'un bébé, la nutrition, les soins et l'environnement seront déterminants pour le développement du cerveau, les capacités d'apprentissage, le bien-être social et émotionnel futur et la santé en général. De même, il faudra veiller à l'état de santé des femmes, à leur bien-être psychosocial et à leur accès aux ressources de base, ainsi qu'à celui de l'ensemble de la cellule familiale, y compris les adolescents.

Nous sommes persuadés qu'**il existe des solutions et des possibilités d'action** et que **le moment est venu**. Nous devons chercher à maximiser l'impact de nos interventions en matière de prévention de la malnutrition chronique en adoptant une **approche multisectorielle pour en éliminer les principales causes pendant les périodes les plus critiques du développement, et en adoptant une approche transversale en matière de genre afin d'éliminer les facteurs liés au genre qui contribuent à ce problème de santé.**

© Elisa Bernal · Action contre la Faim

© Action contre la Faim

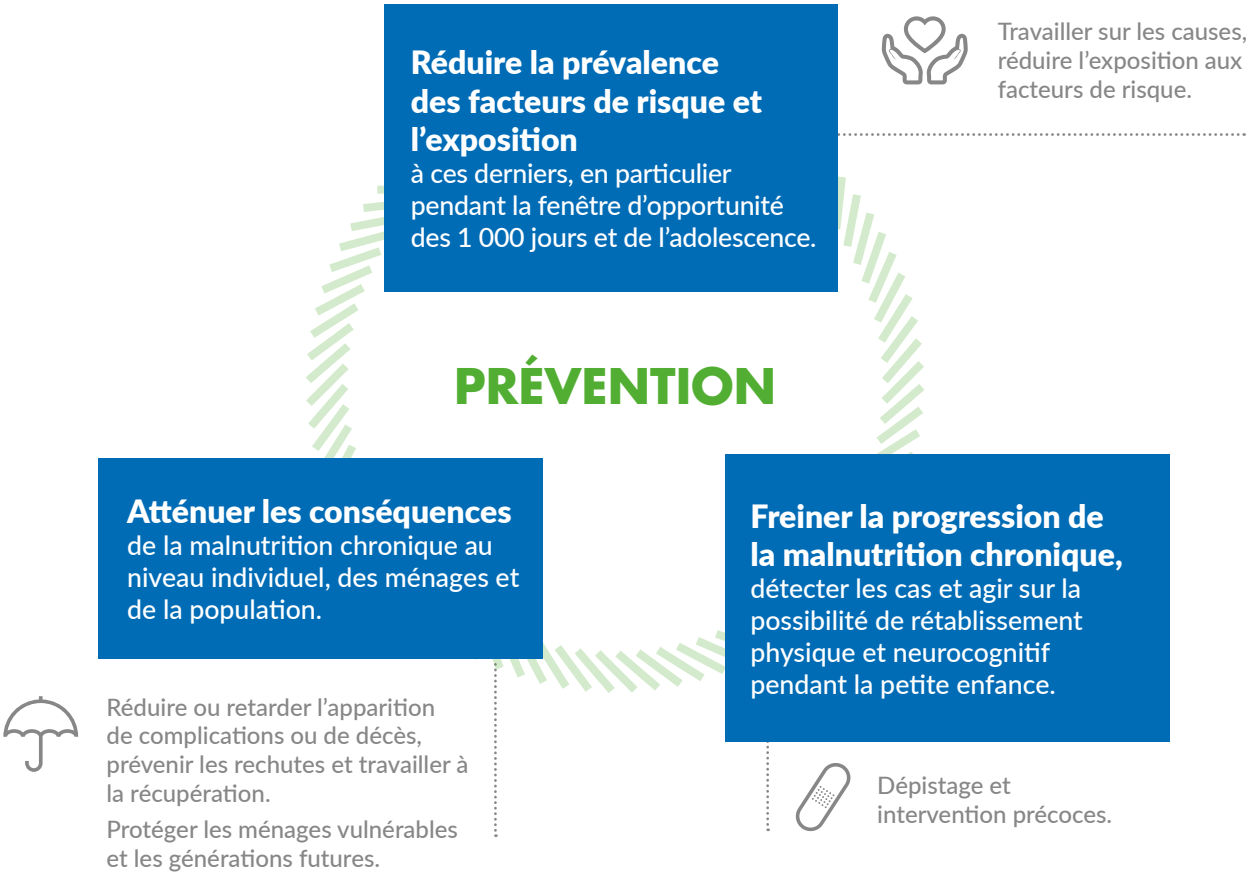
# 3 COMMENT DEVONS-NOUS AGIR?

Notre cadre d'intervention repose sur trois approches clés: la prévention, l'égalité des genres/la protection et l'intégration de mesures et d'actions respectueuses de l'environnement.

## 3.1. L'APPROCHE PRÉVENTIVE GUIDE NOS ACTIONS

Nous voulons résoudre la question de la malnutrition chronique par une approche préventive de l'individu et de son écosystème. Nous entendons la prévention dans sa définition étendue (OMS, 1978) comme l'ensemble des **«mesures visant non seulement à éviter l'apparition de la maladie, comme la réduction des facteurs de risque, mais aussi à en arrêter la progression et à en atténuer les effets consécutifs»** (67).

Cela se traduit par des actions visant les trois niveaux de prévention: **primaire**, visant à réduire la prévalence et l'exposition aux principaux facteurs de risque afin d'éviter l'apparition de nouveaux cas; **secondaire**, visant à ralentir la progression de la malnutrition chronique identifiée par une approche de détection et visant à favoriser la possibilité d'un rétablissement précoce et donc d'un développement adéquat; et **tertiaire**, visant à atténuer les conséquences de la malnutrition chronique et à fournir un parapluie au niveau de l'individu, de la famille et de la population.




## 3.2. L'APPROCHE DE L'ÉGALITÉ DES GENRES EST INTÉGRÉE À NOTRE APPROCHE DE LA PROTECTION, ET L'ENSEMBLE SE MATÉRIALISE DANS NOS ACTIONS.

Les stratégies d'Action contre la Faim doivent absolument intégrer une approche transformatrice du genre, et les actions de l'organisation doivent absolument devenir les moteurs de changement nécessaires pour surmonter la question de la malnutrition. Il ne s'agit pas seulement d'un objectif, il s'agit plutôt d'élaborer des actions spécifiques pour renforcer réellement l'autonomisation des femmes: en les plaçant au premier plan de la solution devant être mise en œuvre et en leur conférant la capacité de conduire les changements.

Le lien entre la mère et l'enfant dans le cycle de la malnutrition sous toutes ses formes est manifeste, tout comme la nécessité d'un cadre qui défende les droits des femmes et facilite les espaces d'égalité. Il est essentiel que la prise de décision revienne de manière égale à tous les membres de la famille. Les déséquilibres de pouvoir et les inégalités entre les genres doivent être pris en compte dans les programmes visant à réduire la malnutrition chronique.

De même, la santé mentale des femmes enceintes et des mères doit être prise en compte. La santé mentale de la mère est étroitement liée au développement physique et psychologique de l'enfant. Dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, on estime qu'une mère sur cinq souffre d'un problème de santé mentale (24) et que ces problèmes sont souvent négligés. La prise en charge de la santé mentale de la mère devrait être une priorité dans les programmes de nutrition préventive et de santé maternelle et infantile(25); elle devrait être considérée comme une fin en soi.

La violence est une autre cause qui entre dans l'équation de la malnutrition chronique. Par conséquent, parallèlement à la défense et à la promotion d'autres droits, les actions à mettre en œuvre doivent poursuivre des objectifs clairs: protéger les femmes et toutes les victimes d'une forme quelconque de violence fondée sur le genre et défendre leur dignité.

## 3.3. L'APPROCHE DE LA PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT EST INTÉGRÉE DANS NOS ACTIONS

La dégradation de l'environnement est étroitement liée à la malnutrition chronique. L'affaiblissement progressif des moyens d'existence et le déclin de la capacité de résilience des populations en raison du changement climatique sont évidents. Les conséquences les plus graves de cette détérioration ne sont pas encore visibles. En outre, certaines réactions de la population confrontée à cette situation (par ex., déplacements pour des raisons climatiques vers les zones urbaines) entraînent une réduction de l'accès aux aliments et aux services essentiels en raison de la pression accrue sur les soins et des ressources limitées dans les noyaux urbains surpeuplés.

La préservation d'un écosystème adéquat qui favorise un environnement sûr et sain est fondamentale pour lutter contre la malnutrition. Un cadre d'action ayant un impact durable sur le problème de la malnutrition chronique doit promouvoir la conservation de l'environnement et viser à réduire ou à éliminer l'impact de nos interventions sur l'environnement.

© Sebastien Dujindam · Action contre la Faim

# 4 STRATÉGIE D'INTERVENTION

Le cadre stratégique proposé pour accroître notre impact sur la malnutrition chronique comprend **trois domaines d'action** alignés sur les priorités de notre plan stratégique international ISP3 2021-2025 (68):

## Domaine INTERVENTION

Femme
Nouveau-né et petite enfance
Environnement

**Nous sauvons des vies**

*Dans les contextes d'urgence, nous sauvons des vies et nous répondons aux besoins immédiats d'une manière efficace et inclusive.*

**Nous construisons collectivement la résilience**

*Les personnes et les communautés peuvent mieux faire face aux chocs futurs.*

*L'atténuation de la crise climatique et des inégalités de genre devient partie intégrante de la lutte contre la faim.*

## Domaine RECHERCHE

**Nous créons et partageons des connaissances**

*Des acteurs variés adoptent conjointement une meilleure pratique en matière de lutte contre la faim et la partagent pour renforcer l'action de toutes et de tous.*

## Domaine PLAIDOYER

**Nous connectons et mobilisons**

*Les citoyens, la communauté, la société civile et les acteurs à tous les niveaux sont mobilisés dans un mouvement collectif pour éradiquer la faim.*

## LE DOMAINE D'INTERVENTION:
### nous sauvons des vies et construisons la résilience

Nous devons renforcer nos capacités, créer des nouvelles solutions et améliorer nos approches opérationnelles. Nous voulons réaliser des interventions à fort impact envers la malnutrition chronique afin de sauver des vies et offrir une possibilité de développement physique et cognitif optimal à toutes les personnes et les sociétés, d´une part en améliorant les interventions existantes et de l´autre en proposant de nouvelles approches.

Nous devons veiller à ce que nos réponses autonomisent les communautés, en particulier les femmes, et contribuent, avec elles, à briser le cycle de la faim en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la malnutrition chronique et en atténuant ses conséquences.

Nous voulons aider les femmes et leurs communautés à renforcer leur capacité de résilience en intégrant la prévention et des objectifs à long terme dans nos interventions.

Comme dans toutes nos approches, il nous faut aborder la question de la malnutrition chronique à travers une approche transversale en matière de genre et d'environnement et mettre l'accent sur les femmes et la petite enfance.

## LE DOMAINE DE RECHERCHE:
### nous créons et partageons des connaissances

Nous voulons stimuler la production de nouvelles données sur la compréhension et la prise en charge de la malnutrition chronique et partager nos connaissances et notre expérience.

Nous devons identifier les lacunes en matière de données sur la malnutrition chronique et contribuer, par nos travaux, à la recherche de nouvelles approches pour concevoir des solutions innovantes et efficaces à long terme, en nous appuyant sur notre personnel de terrain.

## LE DOMAINE DU PLAIDOYER:
### nous connectons et mobilisons

Nous voulons nous poser comme une voix légitime et puissante au sein de notre réseau et avec toutes les parties prenantes au niveau international, pour participer aux discussions et plaider en faveur d'un financement plus important et de meilleure qualité pour la malnutrition chronique.

Nous devons adopter une approche fondée sur les droits et faire résonner davantage la voix des femmes, des enfants et des communautés.

Nous devons être les catalyseurs d'un changement de politique fondé sur des données disponibles afin que les femmes et les enfants puissent bénéficier d'espaces sûrs pour s'y développer et y trouver le bien-être, qu'ils puissent accéder aux services essentiels et aux mécanismes de protection sociale, afin qu'il existe un véritable engagement à réduire les facteurs de risque et s'attaquer aux conséquences de la malnutrition chronique.

En fin de compte, ce cadre vise à éradiquer la faim, à changer la manière d'appréhender la faim et à garantir le droit de chaque enfant à survivre et à s'épanouir.

## 4.1. DOMAINE D'INTERVENTION POUR PROTEGER, SAUVER DES VIES ET CONSTRUIRE LA RESILIENCE

Les personnes et les communautés sont au centre de tout ce que nous faisons, c'est pourquoi notre programme se traduit par une proposition d'intervention multisectorielle (nutrition, santé, WASH...) et multi-niveaux qui s'articule autour de trois objectifs complémentaires et interdépendants: **améliorer la santé et la nutrition des femmes, des nouveau-nés et des jeunes enfants, et garantir un environnement propice à la sécurité, à la santé et au soutien, avec une approche transformatrice et transversale de l'égalité des genres.**

### FEMME

**Améliorer la santé et l'état nutritionnel des femmes et des mères et promouvoir l'égalité des droits.**

### NOUVEAU-NÉ ET PETITE ENFANCE

**Améliorer la santé, la nutrition et le développement des enfants.**

### ENVIRONNEMENT

**Garantir un environnement propice à la sécurité, à la santé et de soutien.**

Vous trouverez ci-dessous les trois lignes d'action sur lesquelles nous souhaitons travailler et les résultats escomptés pour chacun de ces objectifs contribuant à l'approche préventive de la malnutrition chronique autour du cycle intergénérationnel de la faim et plus particulièrement de la fenêtre d'opportunité des 1000 jours.

© Guillaume Gaffiot · Action contre la Faim

## FEMME

**Améliorer la santé et l'état nutritionnel des femmes et des mères et promouvoir l'égalité des droits.**

© Christophe Da Silva · Action contre la Faim

Nous proposons une nouvelle approche de genre transformatrice (69,70), qui reconnaît les femmes au-delà de leur rôle maternel. Nous remettons en question les interventions qui limitent le rôle des femmes à celui de soignante et mère. Souvent, lesdites interventions peuvent avoir des effets secondaires négatifs sur les mères, tels que la surcharge de travail liée aux soins ou la création d'attentes déformées concernant leur rôle familial et social, sans oublier les relations de pouvoir qui, en raison du genre, établissent des dynamiques d'exclusion et d'inégalité au sein des ménages et des communautés. Nous partirons toujours d'une analyse contextuelle sensible au genre afin de comprendre les normes et autres facteurs liés au genre qui influencent la santé et la nutrition des femmes.

**L'égalité des genres est une condition préalable au traitement de la lutte contre la malnutrition chronique et la malnutrition sous toutes ses formes.** La santé, la nutrition et l'épanouissement des femmes doivent constituer une fin en soi, et pas seulement un moyen d'améliorer la santé des enfants. Nous nous intéressons aux femmes dont les décisions en matière de santé, en particulier de santé sexuelle et reproductive, et l'accès aux ressources dépendront également des relations de genre et de pouvoir établies dans le contexte de leur famille et de leur communauté (71).

Parallèlement, nous continuons à nous intéresser au couple mère/bébé afin de briser le cycle de la pauvreté et de la malnutrition (72). La grossesse est une période au cours de laquelle les besoins nutritionnels individuels augmentent.

**L'état nutritionnel et de santé des femmes avant et pendant la grossesse constitue le point de départ des générations futures. Les soins prénataux et périnataux doivent donc être garantis (73,74).**

Nous reconnaissons également qu'après la naissance du bébé, les besoins des femmes sont trop souvent négligés, alors qu'il s'agit d'une période où il est nécessaire d'apporter davantage de soutien et d'attention à leur santé physique et mentale (74). La mère est souvent la principale pourvoyeuse de nourriture et de soins pour le nouveau-né au cours des premiers mois de la vie, et pendant les périodes cruciales de son développement. Lors de la période post-partum, la santé physique et mentale de la mère influe sur sa capacité à allaiter son nouveau-né et à lui fournir une protection et des soins adéquats[5], ainsi qu'à créer des liens sains, à stimuler un développement optimal avec d'autres figures d'attachement et à disposer d'une autonomie suffisante pour évoluer correctement dans son environnement et rechercher les meilleurs soins pour elle-même et son enfant en cas de besoin à l'intérieur et à l'extérieur du ménage (40,42).

5. Les soins maternels et infantiles se définissent comme le temps mis à disposition, l'attention et le soutien pour répondre aux besoins physiques, mentaux et sociaux de la femme enceinte, de l'enfant qui grandit et de sa mère. En ce sens, les pratiques de soins contribuant à un état nutritionnel adéquat sont définies comme des pratiques familiales qui transforment les aliments et les ressources disponibles en santé, en survie, en croissance et en développement optimal de l'enfant (75–77).

## LIGNES D'ACTION

**1. Réduire les facteurs de risque afin de garantir un bon point de départ et fournir des ressources permettant aux femmes de prendre des décisions en matière de santé sexuelle et reproductive, d'autogestion, d'alimentation, stimulation et soins du bébé.**

- L'accès aux services de soins de santé et de nutrition essentiels, en particulier les services de santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les soins prénatals et postnatals.
- Supplémentation nutritionnelle pendant la grossesse: fer et acide folique, micronutriments et autres compléments nutritionnels[6].
- Promotion de l'allaitement maternel: accompagnement au début de l'allaitement pour un allaitement consenti et conscient.
- Soutien psychosocial avant et pendant la grossesse et après l'accouchement pour les mères et les aidant/e/s.
- Sensibilisation et éducation à la santé pour doter les mères, les pères et les aidant/e/s de ressources nécessaires aux soins des enfants et à l'autogestion maternelle (physique et psychologique) dans le cadre d'une approche transformatrice de l'égalité des genres.
- Donner la priorité au groupe des adolescent/e/s dans les actions de réduction et de promotion des facteurs de risque.
- Favoriser l'employabilité et l'autonomie financière des femmes.
- Identifier et traiter les situations établies de violence fondée sur le genre au sein de la famille.

**2. Freiner la progression de la malnutrition chronique qui s'est établie pendant la grossesse ou, plus tard, dans les premiers mois de vie de l'enfant.**

- Accès aux soins post-partum et promotion des soins de santé maternels.
- Soutien à la poursuite de l'allaitement maternel et accompagnement des processus décisionnels de la mère concernant l'alimentation de son enfant. Soutien aux mères dans les situations d'urgence et autres situations où la poursuite de l'allaitement maternel n'est pas possible ou souhaitée.
- Soutien psychosocial aux mères, à la famille et aux autres aidant/e/s, en particulier pour les naissances prématurées et multiples, les bébés avec un faible poids à la naissance ou les bébés atteints d'une maladie et/ou d'un handicap.
- Soutien à l'autonomisation et l'autonomie des femmes au sein de leur ménage et de leur communauté. Sensibilisation et éducation des familles, des mères, des pères et des différents aidant/e/s à la maison afin de transformer les relations entre les genres et les relations de pouvoir.

**3. Atténuer les conséquences de la malnutrition chronique sur les femmes au sein du ménage.**

- Accès aux systèmes de protection sociale pour les mères et les familles ayant des bébés et des enfants atteints de malnutrition chronique à la maison.
- Promouvoir un accompagnement psychosocial pour tous les membres de la famille qui en ont besoin.

## PERIODES CRITIQUES

Adolescence Âge adulte Grossesse Post-partum

6. Au-delà des recommandations de l'OMS (fer et acide folique), la supplémentation nutritionnelle (73,78–80) doit être dûment justifiée et fondée sur les besoins contextuels.

## RESULTATS ESCOMPTES EN MATIERE D'AMELIORATION DE LA SANTE, DE L'ETAT NUTRITIONNEL ET DES DROITS DES FEMMES

- **Amélioration de l'accès aux services de santé primaires et de planification familiale**: retarder l'âge de la première grossesse, espacer les grossesses, prévenir et traiter l'anémie avant et pendant la grossesse.

- Amélioration des **pratiques de soins et des pratiques nutritionnelles** à domicile, de la part des femmes et à leur intention, coresponsabilité avec les hommes et entre les membres de la famille.

- Une **expérience postnatale positive**[7] en termes de santé physique et mentale de la mère dans laquelle les besoins de la femme sont reconnus et ses choix et conditions socioculturelles sont respectés.

- Améliorer l'**allaitement maternel** et le bien-être de la mère en même temps. Initiation précoce et poursuite de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et poursuite de l'allaitement par la suite. Les barrières socioculturelles et les facilitateurs de l'allaitement sont identifiés et font l'objet d'une analyse, et les processus décisionnels de la mère sont accompagnés à tout moment concernant l'allaitement.

- Accès des femmes et des familles aux systèmes de **protection sociale.**

- Amélioration de l'**état psychosocial** des femmes aidées dans le cadre des programmes. Amélioration des relations psycho-affectives à domicile.

7. L'OMS considère que l'expérience postnatale est positive lorsque les femmes, les nouveau-nés, leurs partenaires, les aidant/e/s et les familles reçoivent des informations, sont rassurés et soutenus par des agents de santé motivés, le tout de manière cohérente, et qu'il existe un système de santé souple et doté de ressources qui identifie les besoins des femmes et des bébés et respecte leur culture.

© Sadeque Rahman Saed · Action contre la Faim

# NOUVEAU-NÉ ET PETITE ENFANCE

**Améliorer la santé, la nutrition et le développement des enfants.**

© Eric Dessons · Action contre la Faim

Nous voulons promouvoir le meilleur développement physique, émotionnel, social et cognitif possible pour que les enfants atteignent leur plein potentiel, en agissant notamment dès la naissance et au cours des deux premières années de leur vie[8].

**Nous mettons l'accent sur l'initiation précoce et le maintien de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois**, avec du lait maternel ou des substituts de lait maternel selon le contexte, et sur la transition vers une alimentation complémentaire après six mois. Une alimentation complémentaire adéquate consiste à garantir l'accès à des aliments de qualité, en quantité suffisante et adaptés au développement de l'enfant et aux préférences culturelles du ménage. En outre, il est important de veiller à ce que ces aliments soient préparés et administrés correctement et dans des conditions d'hygiène sûres.

Nous pensons qu'il est essentiel que le bébé reçoive dès sa naissance des **soins postnataux adéquats à domicile et dans les structures de santé.** Nous voulons prévenir l'anémie et autres carences nutritionnelles et soutenir l'amélioration de l'accès aux services de santé, aux campagnes de vaccination et à d'autres programmes préventifs, tels que la supplémentation en micronutriments.

Nous reconnaissons le **besoin d'une psychostimulation précoce dans le cadre de ces soins**, les avantages du lien mère-bébé et encourageons l'attachement pour des soins attentifs et sensibles en matière de nutrition (*nurturing care*) (57). Le soutien aux soins sensibles et à l'apprentissage précoce devrait faire partie des interventions nutritionnelles optimales destinées aux nouveau-nés, nourrissons et jeunes enfants (74).

Nous examinons l'évolution du bébé par rapport aux courbes de croissance et ne nous contentons pas d'effectuer des mesures statiques. **Nous favorisons un suivi continu et complet de la croissance de l'enfant.** Le parcours d'un bébé né avec une petite taille peut s'améliorer ou s'aggraver en fonction de son état de santé, des facteurs environnementaux et des soins qu'il reçoit.

8. En fonction du contexte, cela peut être étendu aux moins de cinq ans, et/ou d'autres groupes d'âge peuvent être envisagés.

## LIGNES D'ACTION

**1. Réduire les facteurs de risque afin de promouvoir les meilleures pratiques de soins, de nutrition et de stimulation des nouveau-nés et des jeunes enfants.**

- Accès aux services de soins de santé et de nutrition essentiels pour les nouveau-nés et les jeunes enfants. Suivi rapproché des 28 premiers jours de vie et des étapes du développement de l'enfant (réaction aux stimuli, capacités motrices, acquisition du langage...).
- Promotion et soutien des bonnes pratiques d'alimentation des enfants et ressources en la matière:
  - Allaitement maternel: initiation précoce, allaitement maternel exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant et maintien de l'allaitement.
  - Passage à l'alimentation complémentaire à partir des six mois
- Stimulation précoce du bébé, adaptée à son développement physique et psychomoteur, et création d'espaces de jeux sûrs et sains pour l'enfant.
- Promotion et ressources favorisant les bonnes pratiques de soins aux enfants en matière de santé et d'hygiène (prévention des entéropathies et des maladies infectieuses).
- Supplémentation nutritionnelle en micronutriments et autres suppléments (par exemple à base de lipides) à partir de six mois, en particulier dans les contextes d'insécurité alimentaire[9].

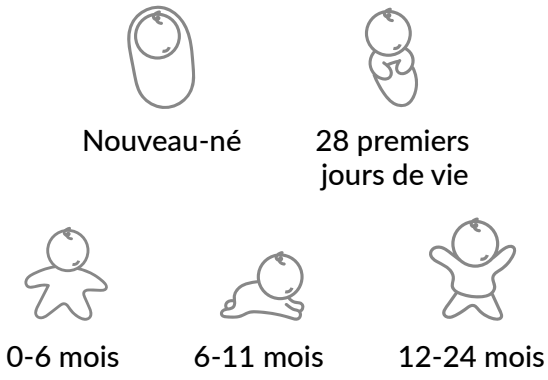
**2. Freiner la progression de la malnutrition chronique une fois qu'elle est établie et promouvoir des pratiques visant à la reprise de la croissance et du développement psychomoteur.**

- Dépistage et prise en charge des cas de malnutrition chronique et de cas cumulant d'autres formes de malnutrition chez les enfants de moins de deux ans.
- Accès aux services de santé et de nutrition avec une approche de rétablissement des jeunes enfants.
- Soutien à la poursuite et/ou à la reprise de l'allaitement maternel - ou des substituts de l'allaitement maternel lorsque cela n'est pas possible ou n'est pas le choix de la mère - pour les nourrissons atteints de malnutrition.
- Promouvoir la stimulation et la création de liens affectifs avec la mère/l'aidant/e et son environnement, en particulier chez les bébés ou les enfants déjà atteints de malnutrition chronique ou les nouveau-nés les plus vulnérables ou présentant un état initial (faible poids, handicap...) afin d'assurer leur rétablissement au cours des 1000 jours.

**3. Atténuer les conséquences de la malnutrition chronique des enfants une fois qu'elle est établie.**

- Accès aux systèmes de protection sociale pour les ménages ayant des bébés et des enfants atteints de malnutrition chronique.

## PERIODES CRITIQUES




9. À condition qu'elle soit dûment justifiée.

## RESULTATS ESCOMPTES EN MATIERE D'AMELIORATION DE LA SANTE, DE LA NUTRITION ET DU DEVELOPPEMENT DES ENFANTS

- Amélioration de **l'adéquation de l'alimentation, de la stimulation et des soins** pour une croissance et un développement complet.
- L'**allaitement maternel** est bien mis en place dès le départ, maintenu exclusivement jusqu'à l'âge de six mois et se poursuit au moins pendant les deux premières années.
- L'**alimentation complémentaire** est fournie dès l'âge de six mois, de manière progressive, et en assurant une alimentation de qualité, diversifiée et adaptée à l'âge de l'enfant.
- Approfondissement des connaissances, des compétences et des ressources permettant à la mère, au père et/ou aux autres aidant/e/s dans le ménage d'adopter des **pratiques d'hygiène appropriées**, notamment en ce qui concerne la préparation des aliments, ce qui contribue à la prévention de l'entéropathie environnementale, de la diarrhée et des maladies infectieuses.
- Le **rétablissement des enfants atteints de malnutrition chronique est soutenu** ainsi que la résilience des ménages comptant un ou plusieurs enfants malnutris.

© Christophe Da Silva · Action contre la Faim

# ENVIRONNEMENT

## Garantir un environnement propice à la sécurité, à la santé et de soutien.

© Lys Arango · Action contre la Faim

Nous voulons que le bébé naisse et grandisse dans un environnement sûr et sain. Les femmes doivent également avoir la possibilité de s'épanouir pleinement dans cet environnement, de trouver des espaces sûrs, d'avoir des relations saines et de prendre des décisions concernant leur alimentation, leur santé et la maternité.

Nous sommes conscients du rôle de l'entéropathie environnementale comme médiateur de la malnutrition chronique. Il est donc essentiel de veiller à ce que les bébés grandissent dans des environnements hygiéniques propices au jeu et au développement psychomoteur et facilitant des pratiques d'hygiène et d'alimentation appropriées. La contribution de l'insécurité alimentaire dans ce sens est évidente. Nous reconnaissons que la santé humaine, animale et environnementale[10] est liée et interdépendante et que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour la coordination multisectorielle des interventions (49,81).

Nous devons renforcer l'écosystème de sorte qu'il garantisse que les besoins fondamentaux de toutes les femmes, les mères et leurs bébés sont satisfaits, qu'ils ont accès à des services essentiels de qualité, qu'ils bénéficient de soins de santé sexuelle et reproductive, de soins nutritionnels, d'une santé maternelle et infantile et d'un accès à l'eau potable et à l'assainissement au niveau des ménages et de la communauté.

Nous avons besoin d'un écosystème qui facilite les bonnes pratiques de soins maternels et infantiles pour les femmes tout au long du cycle de vie et qui réduise les déséquilibres liés au genre et au pouvoir dans la prise de décision concernant les soins donnés aux enfants et la santé générale des femmes, des mères et des enfants.

Nous nous intéresserons aux changements de l'écosystème alimentaire subis par les migrant/e/s, les personnes déplacées et les réfugié/e/s en analysant et en traitant les conditions d'accessibilité géographique aux vivres, à la situation financière et aux ressources du ménage, ainsi que les influences individuelles, culturelles et psychosociales sur leurs décisions en matière de santé et de nutrition (83).

Nous devons tenir compte de la variabilité des facteurs de risque et de leur impact à différents moments de la vie de la femme et de l'enfant, en modifiant leurs besoins. Nous devons répondre au manque d'opportunités économiques, aux variations saisonnières et aux dynamiques sociales et politiques négatives contribuant à l'augmentation de la malnutrition.

Nous devons contribuer à ce que la protection sociale soit garantie dans les pays dans le cadre de programmes intégrés et multisectoriels, en ciblant en particulier les femmes en âge de procréer, les mères qui allaitent, les bébés, les enfants et les aidant/e/s, et promouvoir les synergies dans les programmes et les politiques de santé publique afin de garantir des effets à long terme, durables et étendus sur la malnutrition.

10. L'approche « One Health » a été introduite il y a plus de vingt ans. Elle fait référence au fait que la santé humaine et la santé animale sont interdépendantes et liées aux écosystèmes dans lesquels elles coexistent. Elle défend le besoin de travailler de manière multisectorielle et transdisciplinaire (santé publique, santé planétaire et environnementale, santé animale et végétale, etc.) pour prévenir et détecter les enjeux sanitaires découlant de la relation entre l'homme, l'animal et l'environnement, et y répondre efficacement (81,82).

## LIGNES D'ACTION

**1. Réduire les facteurs de risque liés à l'environnement dans lequel vivent les femmes, les enfants et leurs communautés.**

- Garantir l'accès aux services essentiels:
  - Accès aux services essentiels de nutrition et soins de santé.
  - Accès à l'eau potable et à l'assainissement pour interrompre la transmission féco-orale (WASH).
- Promotion de bonnes pratiques d'hygiène pour le bébé et la femme, au sein du ménage et dans la communauté, et création d'espaces de jeu sûrs et sains pour les enfants.
- Identification et travail sur les barrières (économiques, sociales...) et les facilitateurs dans l'écosystème nutritionnel des femmes, des enfants et des ménages. Promotion de stratégies dans les ménages et les communautés afin de changer les normes, les attitudes et les comportements en faveur de l'égalité des genres dans le cadre d'une approche transformatrice.
- Promotion de politiques sensibles à la malnutrition chronique et création d'environnements sociaux favorables en travaillant avec les institutions et la société civile et en plaidant pour un accès universel aux services essentiels.

**2. Freiner l'avancée de la malnutrition chronique au niveau de l'individu, de la communauté et de la population.**

- Accès à des structures sanitaires et sociales qui soutiennent globalement le développement et en particulier le rétablissement des bébés atteints de malnutrition chronique ou soutenant les femmes enceintes atteintes de malnutrition chronique, d'anémie ou d'autres carences nutritionnelles.
- Plaidoyer pour des politiques sensibles à la malnutrition chronique et à la coexistence de différentes formes de malnutrition au niveau de l'individu, de la communauté et de la population.

**3. Atténuer les conséquences de la malnutrition chronique au sein des ménages.**

- Plaider pour la mise en œuvre de politiques de protection sociale pour les familles sur lesquelles pèse le fardeau de la malnutrition chronique.
- Renforcer et soutenir les institutions dans la prise en charge des conséquences sociales de la malnutrition chronique et la protection des moyens d'existence.

## PERIODES CRITIQUES

1000 jours

Adolescence

Âge de procréation

## RESULTATS ESCOMPTES POUR CREER UN ENVIRONNEMENT PROPICE A LA SECURITE, A LA SANTE ET AU SOUTIEN DES FEMMES, DES ENFANTS ET DES JEUNES FILLES

- L'**écosystème nutritionnel** permet de prendre de bonnes décisions en matière de santé, d'allaitement, de pratiques alimentaires, de soins et hygiène maternels et infantiles.
- Meilleur **accès aux services de santé maternelle et infantile essentiels, à l'eau potable et à l'assainissement, ainsi qu'aux structures de soutien social.**
- Amélioration de la **protection sociale** des femmes, des mères et des familles confrontées aux difficultés attachées à la malnutrition chronique au sein du ménage.
- Augmentation de l'engagement des gouvernements en faveur du développement de **politiques sensibles à la question de la malnutrition chronique.**

© Andrew Quilty · Action contre la Faim

# PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE ET DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

**IMPACT**

- Réduction de la prévalence et de l'exposition aux principaux facteurs de risque de malnutrition chronique pendant les 1 000 jours et l'adolescence
- Dépistage précoce des cas; rétablissement physique et neurocognitif de la petite enfance
- Atténuation des conséquences de la malnutrition chronique au niveau individuel, des ménages et de la population

## FEMME

**RÉSULTATS**

- Retard de l'âge de la première grossesse et espacement, santé reproductive, soins prénatals
- Pratiques de soins appropriées au sein du ménage, par et pour les femmes, coresponsabilité
- Allaitement maternel adéquat, apui
- Expérience postnatale positive
- Protection sociale des femmes et du ménage

**ACTIONS**

- Accès aux services de santé, prénatals, postnatals, santé sexuelle et reproductive (planification familiale)
- Mise à disposition de ressources pour les soins et auto-soins
- Allaitement maternel : accompagnement
- Soutien psychosocial
- Mise à disposition de ressources pour l'autonomie et l'autonomisation *(gender-transformative)*
- Accès aux systèmes de protection sociale

## NOUVEAU-NÉ ET PETITE ENFANCE

**RÉSULTATS**

- Stimulation et soins de santé maternelle et infantile appropriés
- Démarrage précoce de l'allaitement, exclusif jusqu'à 6 mois et continu jusqu'à 2 ans
- Alimentation complementaire adéquate (temps, quantité et qualité)
- Pratiques d'hygiène adéquates
- Intervention dans la récupération d'enfants atteints de malnutrition chronique

**ACTIONS**

- Accès aux services de santé et nutrition néonatals et infantiles
- Dépistage précoce et active de cas
- Promotion des bonnes pratiques en matière d'alimentation des enfants
- Accès aux services de santé et nutrition avec un approche récupération
- Stimulation précoce et création de liens affectifs
- Poursuite/reprise de l'AM (ou de subst.) chez les nourrissons malnourris
- Promotion des bonnes pratiques d´hygiène/santé (EED, diarrhée)
- Promotion de la création de liens affectifs chez les bébés vulnérables
- Accès aux systèmes de protection sociale

## ENVIRONNEMENT

**RÉSULTATS**

- Écosystème nutritionnel facilitant les décisions pour la santé
- Services de santé essentiels garantis, eau potable et assainissement, structures sociales accessibles
- Parapluie de protection sociale: femmes, mères, ménages vulnérables
- Engagement des gouvernements, développement de politiques sensibilisées à la malnutrition chronique

**ACTIONS**

- Accès aux services de santé, eau potable, assainissement et aux ressources en matière d'hygiène au sein du ménage/de la communauté
- Accès aux structures sanitaires et sociales : soutien intégral à la récupération
- Promotion de bonnes pratiques d'hygiène et d'espaces de jeu garantissant la sécurité et la santé
- Identification et intervention sur barrières/ facilitateurs dans l'écosystème de la nutrition
- Politiques sensibles à la MC et la coexistence (double burden)
- Politiques de protection sociale pour les ménages
- Renforcement et soutien des institutions pour les conséquences sociales de la MC

**FIGURE 3.** Théorie du changement proposée pour une approche préventive de la malnutrition chronique.

© Lys Arango · Action contre la Faim

## 4.2. DOMAINE DE RECHERCHE

Les interventions multisectorielles visant à améliorer la santé et l'état nutritionnel des femmes et de la petite enfance jusqu'aux 1000 jours et à créer un environnement sûr et sain peuvent contribuer à la prévention de la malnutrition chronique. Mais il reste beaucoup à comprendre concernant l'impact de certaines de ces interventions dans le contexte réel ainsi que leur mise en œuvre.

Nous devons produire des données qui nous permettront de trouver de nouvelles solutions et des réponses améliorées pour prévenir la malnutrition chronique.

En ce sens, les projets de recherche opérationnelle qui seront lancés contribueront, non seulement à la production de connaissances, mais surtout à répondre aux défis opérationnels, à soutenir nos programmes et nos missions dans l'application de cette approche selon leurs besoins et, en fin de compte, à l'amélioration et au développement de séries d'actions essentielles, équitables, évolutives et durables qui renforceront les stratégies de prévention de la malnutrition chronique.

Parmi les blocs prévus par la stratégie de recherche d'Action contre la Faim Espagne, on peut citer les défis liés à l'approche préventive de la malnutrition chronique; ceux-ci s'alignent en même temps sur certaines lacunes documentaires déjà identifiées dans la bibliographie (84–86).

Les défis identifiés correspondent aux cinq axes de recherche des premiers et deuxièmes blocs de la stratégie:

(1) **Vie saine**, promotion d'approches communautaires pour optimiser la couverture et l'accès aux services essentiels et aux soins nutritionnels;

et (2) **Avenir durable**, résilience et prévention de la malnutrition à partir d'une approche communautaire.

## AXES DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE PRIORITAIRES:

### Bloc 1 Vie saine

**Promouvoir les approches communautaires pour optimiser la couverture et l'accès aux services essentiels et nutritionnels.**

› Autres formules plus rentables pour les RUTF.

› Quelles sont les actions complémentaires à l'intervention de l'ICCM+ pour avoir un plus grand impact sur la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition au niveau communautaire?

### Axe 1 Produits et stratégies de supplémentation nutritionnelle

Les produits et formulations recommandés doivent être améliorés et adaptés aux besoins des groupes de population les plus touchés par la malnutrition chronique. Il existe peu d'alternatives et il faudrait disposer d'un produit pouvant être distribué rapidement et en toute sécurité dans les situations d'urgence. Il existe également une forte dépendance à l'égard des distributions de vivres, lesquelles sont coûteuses et risquées dans certains contextes.

Il faudrait également améliorer les stratégies visant à éliminer ce qui entrave l'accès aux services délivrant ces produits ou aliments. Il faut rompre avec la verticalité des interventions et mettre en œuvre des actions et des stratégies qui s'intégreront à des processus déjà à l'œuvre et accessibles à la population.

**Hypothèse de travail:**

**H1:** De nouveaux produits de supplémentation nutritionnelle maternelle et infantile pour la prévention de la malnutrition chronique nous permettront d'accroître l'impact de nos interventions tout en réduisant les coûts.

**H2:** La stratégie de prestation de services fondée sur le travail des agents de santé communautaires permet une plus grande efficacité des actions de prévention, y compris la distribution de produits de supplémentation.

### Bloc 2 Avenir durable

**Résilience et prévention de la malnutrition selon une approche communautaire.**

› Actions préventives à mettre en œuvre en même temps que le traitement.

› Interventions visant à renforcer les systèmes et à faciliter l'accès à une nutrition de qualité.

### Axe 2 Interventions rentables, à fort impact et évolutives

Une série d'actions minimales à fort impact doit être identifiée pour réduire le risque de tous les types de malnutrition et en particulier de la malnutrition chronique. Actuellement, les modèles d'intervention sont trop génériques ou n'identifient pas les actions à mettre en œuvre dans les différentes fenêtres d'opportunité. Il est nécessaire d'améliorer l'efficacité des interventions et de permettre ainsi le soutien de ces actions dans le temps afin de s'éloigner de l'approche d'urgence.

**Hypothèse de travail:**

**H3:** Maximiser les **actions de promotion et de protection de l'allaitement maternel exclusif** offre la possibilité d'améliorer l'efficacité pour lutter contre l'impact de la malnutrition chronique.

**H4:** L'élaboration d'une série d'activités minimales au niveau communautaire dans la **fenêtre des 1000 jours** améliorerait l'efficacité de l'intervention.

**H5:** L'élaboration d'une série d'activités minimales au niveau communautaire pendant la **fenêtre d'opportunité de l'adolescence** améliorerait l'efficacité de l'intervention.

## 4.3. DOMAINE DE PLAIDOYER

S'attaquer à la malnutrition chronique, c'est contribuer au développement humain et social en répondant à l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale. La malnutrition chronique reflète l'existence des problèmes structurels permanents et enracinés au niveau social et politique qui se trouvent à la base de l'arbre des causes. Elle est à la fois la cause et la conséquence de dynamiques sociopolitiques perverses, de la pauvreté, de l'instabilité sociale et de la violence.

Ainsi, la réponse à la malnutrition chronique passe nécessairement par le renforcement des capacités et la transformation des systèmes, par une approche fondée sur les droits (notamment en matière de santé sexuelle et reproductive), et par la prise en compte de questions majeures telles que la couverture sanitaire universelle et le libre accès à la population, entre autres.

C'est pourquoi cet approche se traduit également par des actions de plaidoyer (*advocacy*) concrètes qui poursuivent les résultats suivants:

**R1: Encourager l'instauration de politiques sensibles à la malnutrition chronique et améliorer celles qui sont en place.**
Les actions seront mises en œuvre dans le cadre des processus de mise à jour des protocoles et des politiques publiques auxquels Action contre la Faim a accès pour promouvoir la visibilité des actions explicites de lutte contre la malnutrition chronique. Il est nécessaire de souligner que ce problème est une urgence nutritionnelle et que, s'il n'est pas résolu, le développement des populations n'est pas envisageable. La position d'Action contre la Faim dans les mécanismes de cluster est essentielle pour parvenir à ce résultat.

Des actions seront encouragées afin d'accroître et d'améliorer le financement transversal et multisectoriel de la malnutrition chronique. Dans les forums techniques, scientifiques ou axés sur le plaidoyer, la question sera davantage mise en avant, les discussions seront encouragées et des décisions et des engagements seront pris pour parvenir à ce résultat.

**R2: Intégrer des actions visant à prévenir et à éliminer la violence fondée sur le genre.**
Tout type d'intervention mise en œuvre par Action contre la Faim comprendra des actions tournées vers cette exigence de résultat. Il est essentiel d'avoir un impact sur la réduction de la malnutrition chronique à travers une approche préventive. C'est pourquoi l'intégration d'actions tournées vers l'élimination de la violence fondée sur le genre dans les politiques et les plans d'action constituera une demande prioritaire d'Action contre la Faim dans tous les espaces de plaidoyer.

**R3: Défendre les initiatives promouvant un environnement sain.**
La possibilité de vivre dans un environnement sain est un autre élément clé pour réduire la malnutrition chronique. La politique environnementale d'Action contre la Faim sera défendue dans tous les espaces de plaidoyer auxquels nous participons.

**R4: Créer des réseaux de travail et de collaboration avec d'autres acteurs multisectoriels.**
Nous encouragerons les espaces et les réseaux afin d'accentuer la visibilité du problème de la malnutrition chronique, des opportunités et des solutions possibles. Nous identifierons le groupe le plus pertinent et le plus compétent pour réaliser ce plaidoyer et nous évaluerons qui, parmi nos membres, pourra participer et collaborer.

Nous mettrons en place des groupes de discussion technique, des tables de travail dans l'espace R4nut et la réunion semestrielle «Together Against Hunger» pour sensibiliser les bailleurs et les partenaires.

**R5: Communiquer et sensibiliser en interne, chez Action contre la Faim et dans le réseau international.**
Des actions de sensibilisation et de plaidoyer seront mises en œuvre au sein de l'organisation. Dans les différentes missions et les différents contextes, encore peu de projets mettent en œuvre des approches pour aborder le problème de la malnutrition chronique. À cette fin, nous développerons des outils et apporterons une aide pour informer et sensibiliser le public sur cette question, et nous développerons des outils destinés à améliorer l'opérationnalisation. Dans chacune des missions, un travail de sensibilisation sera effectué pour que cette question soit intégrée à leurs stratégies et programmes d'action.

Enfin, cette question sera inscrite dans le parcours de formation de tous les technicien/ne/s. Cela permettra de mieux comprendre comment aborder le problème et l'approche préventive et multisectorielle.

# 5 COMMENT FAIRE POUR QUE LA THÉORIE DU CHANGEMENT DEVIENNE OPÉRATIONNELLE: CADRE DE MODALITÉS POUR UNE APPROCHE PRÉVENTIVE ET MULTISECTORIELLE

Action contre la Faim Espagne dispose d'un cadre technique de programmation (CPT) composé de modalités qui facilitent la conception et la mise en œuvre de programmes et d'interventions multisectoriels. Ces modalités, classées en trois axes d'actions, décrivent la norme de référence pour la mise en œuvre des différentes solutions techniques, en accord avec les recommandations internationales. Le cadre présenté pour la lutte contre la malnutrition chronique est multisectoriel et ses actions peuvent être englobées dans différentes modalités d'intervention qui impliquent différents secteurs.

Le tableau 1 présente une proposition de modalités d'intervention prioritaires pour une approche préventive et multisectorielle de la malnutrition chronique. Celles-ci répondent aux actions décrites précédemment dans la théorie du changement (Figure 3) et constituent les modalités qui devraient avoir le plus d'impact sur la  malnutrition chronique, selon la littérature examinée. Certaines modalités de prestation directe de services de santé ont été incluses: il est en effet important de garantir des soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile essentiels dans les situations où il n'existe pas de structures de santé fonctionnelles ou dans les situations où celles-ci ne sont pas accessibles. Il en va de même de la protection de l'IYCF/ANJE dans les situations d'urgence. À titre d'exemple, le tableau 2 présente deux scénarios possibles différenciés par la situation de l'accès aux services de santé.

L'objectif de ce cadre de modalités d'intervention est d'aider les équipes et les missions à élaborer des propositions de programme qui, sur la base du cadre technique de programmation, cherchent à réduire la malnutrition chronique par une approche préventive et multisectorielle. Toutefois, la formulation des programmes devra être adaptée à la stratégie et au contexte spécifiques de chaque lieu et les modalités les plus pertinentes devront être sélectionnées sur la base des critères minimaux suivants:

| CRITÈRE 1 | CRITÈRE 2 | CRITÈRE 3 |
|---|---|---|
| **L'alignement sur la stratégie de la mission.** | **Les besoins identifiés et l'analyse des causes directes et sous-jacentes propres au contexte.** | **La complémentarité avec d'autres acteurs sur le terrain ou d'autres projets en marche.** |
| Dans chaque contexte, le cadre d'action est régi par la stratégie de chaque mission.<br><br>En tant qu'acteur humanitaire, chaque mission examine non seulement les besoins, mais aussi les possibilités de mise en œuvre. | Une analyse de causalité ou une compréhension des facteurs directs et sous-jacents est nécessaire pour établir le meilleur cadre d'intervention possible.<br><br>L'intervention doit être adaptée à ces besoins non satisfaits et à la causalité attachée au contexte. | Action contre la Faim doit apporter une valeur ajoutée à son intervention. Elle doit donc prendre en compte l'écosystème d'intervention et développer des actions de partenariat pour assurer la qualité optimale des projets et leur complémentarité avec ceux déjà en cours.<br><br>Dans ce cadre, il est essentiel de développer l'approche de localisation de l'organisation. |

| AXE | PROGRAMME | INTERVENTION | MODALITÉ |
|---|---|---|---|
| PROTÉGER DES VIES | Interventions en matière de santé et de nutrition | Réponses rapides sur la santé et la nutrition | Rétablissement de la capacité des services de soins de santé primaires en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile |
| | | | Prestation directe et mobile de services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile |
| | | | Protection de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-U) |
| | | | Renforcement des micronutriments dans des groupes cibles spécifiques au sein de la famille en cas d'urgence/de crise |
| | | Interventions d'alimentation | Alimentation complémentaire de couverture (blanket feeding) |
| | | Prévention des maladies dans les structures WASH et nutritionnelles | Promotion de la santé dans les structures sanitaires et nutritionnelles |
| | Assurer la couverture des besoins essentiels | Soins de santé/ WASH/ FSL | Transferts monétaires à usages multiples |
| | | | Soutien psychosocial basé sur l'approche genre et protection |
| | | | Promotion de la santé hors des structures sanitaires et nutritionnelles |
| RENFORCER LES CAPACITÉS | Changements des connaissances et pratiques | Connaissances et pratiques en matière de soins de santé maternelle et infantile | Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) |
| | | | BabyWASH |
| | | Confiance en soi et autonomisation | Changement de comportement |
| | | | Prise de décision au sein du ménage |
| | | | Leadership individuel |
| | Renforcement des services essentiels | Renforcement des services essentiels | Renforcement des services de soins de santé primaires |
| | | | Renforcement des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement |
| | | | MAMI (Management of At-risk Mothers and Infants) |
| TRANSFORMER LES SYSTÈMES | Renforcer les institutions et promovoir un environnement des politiques favorable | Renforcement des institutions | Assistance technique aux institutions publiques pour les politiques visant l'accès universel aux services essentiels |

**Remarque:** En **bleu**, huit modalités relatives aux secteurs de la nutrition et de la santé; en **vert**, trois modalités relatives au secteur WASH; en **orange**, six modalités relatives aux moyens d'existence ou à la sécurité alimentaire, ou modalités intersectorielles; et en **gris** une modalité relative au plaidoyer. La sélection des modalités prioritaires présentées ici n'exclut pas d'autres modalités qui pourraient être envisagées par les équipes sur la base des critères décrits ci-dessus.

**TABLEAU 1.** Proposition de modalités du CTP pour une approche préventive de la malnutrition chronique.

| SCÉNARIO 1 | SCÉNARIO 2 |
|---|---|
| Contexte de **développement** dans lequel il existe des services de **santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile fonctionnels et/ou la population a accès à ceux-ci.** | Situation d'**urgence ou de crise prolongée** dans laquelle la population n'a **pas** accès et/ou a un accès réduit **aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile fonctionnels**. |
| | Rétablissement de la capacité des services de soins de santé primaires en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile |
| Renforcement des services de soins de santé primaires | Prestation directe et mobile de services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile |
| Promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (IYCF) | Promotion de l'IYCF/ Protection de l'IYCF dans les situations d'urgence/après l'urgence |
| | Enrichissement en micronutriments destiné aux groupes vulnérables dans les situations de crise et d'urgence |
| Promotion de la santé dans les contextes sanitaire et nutritionnel | Promotion de la santé dans les contextes sanitaire et nutritionnel |
| | Distribución alimentaria suplementaria *(blanket feeding)* |
| Promotion de la santé hors des contextes sanitaire et nutritionnel | Promotion de la santé hors des contextes sanitaire et nutritionnel |
| Transferts monétaires à usages multiples | Transferts monétaires à usages multiples |
| Soutien psychosocial | Soutien psychosocial |
| BabyWASH | BabyWASH |
| Changement de comportement (WASH, nutrition et santé) | Changement de comportement (WASH, nutrition et santé) |
| Prise de décision du ménage | Prise de décision du ménage |
| Leadership individuel | Leadership individuel |
| Renforcement des services d'eau et d'assainissement | Renforcement des services d'eau et d'assainissement |
| MAMI (mères et bébés de moins de 6 mois présentant un risque de vulnérabilité nutritionnelle) | |
| Assistance technique aux institutions publiques concernant les politiques visant à l'accès universel aux services essentiels. | Assistance technique aux institutions publiques concernant les politiques visant à l'accès universel aux services essentiels. |

**TABLEAU 2.** Exemple d'adaptation de la proposition de modalités à différents scénarios d'accès et de fonctionnalité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.

## POUR DES ENFANTS QUI GRANDISSENT BIEN ET CONTRE LES VIES ÉCOURTÉES

Chez Action contre la Faim, notre mission est de « sauver, améliorer et protéger des vies en éliminant la faim par la prévention, le dépistage et le traitement », de passer « de la crise à la durabilité », de s'attaquer aux causes et aux effets et de proposer des « solutions à long terme ».

Notre stratégie nous appelle à sauver et à protéger des vies, à renforcer les capacités et la résilience par une approche à la fois curative et préventive, et à promouvoir des solutions innovantes.

Nous sommes un réseau cohérent et efficace et nous continuerons à développer notre expertise technique et nos connaissances pour accroître l'impact de nos programmes et de nos interventions (87).

**PRÉVENIR ET TRAITER LA MALNUTRITION CHRONIQUE, C'EST AMÉLIORER LA SANTÉ DES MÈRES, DES ENFANTS ET DE L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTÉ.**

**C'EST PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES CHANCES POUR METTRE FIN À LA PAUVRETÉ ET À LA FAIM.**

ACTION CONTRE LA FAIM

# BIBLIOGRAPHIE


1. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154693X
2. Stunting in a nutshell [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell
3. 2021 Global Nutrition Report [Internet]. Disponible sur le lien: https://globalnutritionreport.org/reports/2021-global-nutrition-report/
4. UNICEF-WHO-World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates - 2021 edition interactive dashboard [Internet]. UNICEF DATA. 2021. Disponible sur le lien: https://data.unicef.org/resources/joint-child-malnutrition-estimates-interactive-dashboard-2021/
5. Data Warehouse [Internet]. UNICEF DATA. Disponible sur le lien: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/
6. 2020 Global Nutrition Report [Internet]. Disponible sur le lien: https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/
7. Resolutions and decisions. Annexes. Sixty-fifth World Health Assembly [Internet]. 2012. Disponible sur le lien: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-en.pdf
8. Comprehensive implementation plan for maternal, infant and young child nutrition [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Report No.: WHO/NMH/NHD/14.1. Disponible sur le lien: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf
9. Network (ENN) EN. Time for a change: Can we prevent more children from becoming stunted in countries affected by crisis? A briefing note for policy-makers and programme implementers. 25 avril 2019; Disponible sur le lien: https://www.ennonline.net/resources/www.ennonline.net/resources/timeforachange
10. Improving early childhood development: WHO guideline, WHO ECD guideline [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/97892400020986
11. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. Matern Child Nutr. 17 mai 2016;12 (Suppl 1):12-26.
12. Childhood stunting - Joint article from UNICEF, WFP, WHO and FAO [Internet]. 2017. Disponible sur le lien: https://scalingupnutrition.org/news/childhood-stunting-joint-article-from-unicef-wfp-who-and-fao/
13. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M de, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 19 janvier 2008;371(9608):243-60.
14. Childhood Stunting: Challenges and Opportunities [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Disponible sur le lien: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107026/WHO_NMH_NHD_GRS_14.1_eng.pdf?sequence=1
15. Leroy JL, Frongillo EA. Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence. Adv Nutr. 1er mars 2019;10(2):196-204.
16. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. Paediatr Int Child Health. avril 2014;34(4):250-65.
17. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. PLOS ONE. 29 mai 2013;8(5):e64636.
18. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M de, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet. 3 août 2013;382(9890):427-51.
19. Briend A, Khara T, Dolan C. Wasting and Stunting—Similarities and Differences: Policy and Programmatic Implications. Food Nutr Bull. mars 2015;36(1_suppl1):S15-23.
20. Galasso E, Wagstaff A. The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition Intervention Aimed at Reducing Stunting.:38.
21. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. Matern Child Nutr. 2013;9(S2):69-82.
22. The Cost of Malnutrition: why policy action is urgent [Internet]. Londres: Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition; 2016. Disponible sur le lien: https://glopan.org/sites/default/files/pictures/CostOfMalnutrition.pdf
23. Akseer N, Tasic H, Onah MN, Wigle J, Rajakumar R, Sanchez-Hernandez D, et al. Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries. eClinicalMedicine [Internet]. 1er mars 2022;45. Disponible sur le lien: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00050-5/fulltext
24. Research Topics: Reproductive Health and Mental Health in LMICS: Women's Health. Front Glob Womens Health [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.frontiersin.org/research-topics/36005/reproductive-health-and-mental-health-in-lmics-womens-health#overview

25. Maternal mental health and child health and development in low- and middle-income countries [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241597142
26. Marphatia AA, Cole TJ, Grijalva-Eternod C, Wells JCK. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. Glob Health Epidemiol Genomics. 23 mars 2016;1:e6.
27. Fourth Report on The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the Life Cycle [Internet]. Ginebra: ACC/SCN en collaboration avec IFPRI; 2000 p. 144. Disponible sur le lien: https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/rwns4.pdf
28. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik CS, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. The Lancet. 4 janvier 2020;395(10217):75-88.
29. The double burden of malnutrition: policy brief [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-NMH-NHD-17.3
30. Shrimpton R, Rokx C. The Double Burden of Malnutrition: A Review of Global Evidence [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2012 nov. Disponible sur le lien: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27417
31. Keats EC, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Imdad A, Black RE, et al. Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. Lancet Child Adolesc Health. mai 2021;5(5):367-84.
32. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. Matern Child Nutr. septembre 2013;9 Suppl 2:27-45.
33. UNICEF Conceptual Framework [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.unicef.org/documents/conceptual-framework-nutrition
34. Christian P, Lee SE, Donahue Angel M, Adair LS, Arifeen SE, Ashorn P, et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low- and middle-income countries. Int J Epidemiol. 1er octobre 2013;42(5):1340-55.
35. Preprint: Early childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. Disponible sur le lien: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Early+childhood+linear+growth+failure+in+low-+and+middle-income+countries&author=Benjamin-chung,+J.&author=Mertens,+A.&author=Colford,+J.M.,+Jr.&author=Hubbard,+A.E.&author=van+der+Laan,+M.J.&author=Coyle,+J.&author=Sofrygin,+O.&author=Cai,+W.&author=Nguyen,+A.&author=Pokpongkiat,+N.N.&publication_year=2020&journal=medRxiv&doi=10.1101/2020.06.09.20127001
36. Preprint: Causes and consequences of child growth failure in low-and middle-income countries [Internet]. Disponible sur le lien: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Risk+factors+and+impacts+of+child+growth+failure+in+low-+and+middle-income+countries&author=Mertens,+A.&author=Benjamin-Chung,+J.&author=Colford,+J.M.,+Jr.&author=Coyle,+J.&author=van+der+Laan,+M.J.&author=Hubbard,+A.E.&author=Rosete,+S.&author=Malenica,+I.&author=Hejazi,+N.&author=Sofrygin,+O.&publication_year=2020&journal=medRxiv&doi=10.1101/2020.06.09.20127100
37. Namirembe G, Ghosh S, Ausman LM, Shrestha R, Zaharia S, Bashaasha B, et al. Child stunting starts in utero: Growth trajectories and determinants in Ugandan infants. Matern Child Nutr. n/a(n/a):e13359.
38. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ. 1er février 2012;90(2):139-149H.
39. Wemakor A, Garti H, Azongo T, Garti H, Atosona A. Young maternal age is a risk factor for child undernutrition in Tamale Metropolis, Ghana. BMC Res Notes. décembre 2018;11(1):877.
40. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 1er août 2011;89(8):608-615E.
41. Damtie Y, Kefale B, Yalew M, Arefaynie M, Adane B. Short birth spacing and its association with maternal educational status, contraceptive use, and duration of breastfeeding in Ethiopia. A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 3 février 2021;16(2):e0246348.
42. Anato A, Baye K, Tafese Z, Stoecker BJ. Maternal depression is associated with child undernutrition: A cross-sectional study in Ethiopia. Matern Child Nutr [Internet]. juillet 2020 [cité 4 janvier 2022];16(3). Disponible sur le lien: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12934
43. Das D, Grais RF, Okiro EA, Stepniewska K, Mansoor R, van der Kam S, et al. Complex interactions between malaria and malnutrition: a systematic literature review. BMC Med. 29 octobre 2018;16(1):186.
44. Godha D, Tharaney M, Nanama S, Sanghvi T, Laillou A, Diop FT, et al. The Association between Iron and Folic Acid Supplementation and Malaria Prophylaxis and Linear Growth among Children and Neonatal Mortality in Sub-Saharan Africa—A Pooled Analysis. Nutrients. janvier 2022;14(21):4496.
45. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, Assis AM, Guerrant RL, Morris SS, et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. Int J Epidemiol. 1er août 2008;37(4):816-30.
46. Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. PLoS Med. novembre 2016;13(11):e1002164.

47. Budge S, Parker AH, Hutchings PT, Garbutt C. Environmental enteric dysfunction and child stunting. Nutr Rev. avril 2019;77(4):240-53.
48. Guerrant RL, DeBoer MD, Moore SR, Scharf RJ, Lima AAM. The impoverished gut—a triple burden of diarrhoea, stunting and chronic disease. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. avril 2013;10(4):220-9.
49. Waller A, Lakhanpaul M, Godfrey S, Parikh P. Multiple and complex links between babyWASH and stunting: an evidence synthesis. J Water Sanit Hyg Dev. 1er décembre 2020;10(4):786-805.
50. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(S467):96-113.
51. Campos AP, Vilar-Compte M, Hawkins SS. Association Between Breastfeeding and Child Stunting in Mexico. Ann Glob Health. 86(1):145.
52. Khan MdN, Islam MM. Effect of exclusive breastfeeding on selected adverse health and nutritional outcomes: a nationally representative study. BMC Public Health. 21 novembre 2017;17(1):889.
53. García Cruz LM, González Azpeitia G, Reyes Súarez D, Santana Rodríguez A, Loro Ferrer JF, Serra-Majem L. Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. Nutrients. mai 2017;9(5):491.
54. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions. Pediatrics. 1er mars 2010;125(3):e473-80.
55. Dewey KG, Huffman SL. Maternal, infant, and young child nutrition: combining efforts to maximize impacts on child growth and micronutrient status. Food Nutr Bull. juin 2009;30(2 Suppl):S187-189.
56. Nirmala Rao en R Carrie Lau, Ann M Weber, Jin Sun, Gary L Darmstadt, Alanna Sincovich, John Bacon Shone & Patrick Ip. Associations among Early Stimulation, Stunting, and Child Development in Four Countries in the East Asia-Pacific. Int J Early Child. 2020;52:175-93.
57. Nurturing care for early childhood development [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241514064
58. Jeong J, Franchett EE, Oliveira CVR de, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLOS Med. 10 mai 2021;18(5):e1003602.
59. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Simonoff E, Grantham-McGregor SM. Effects of psychosocial stimulation and dietary supplementation in early childhood on psychosocial functioning in late adolescence: follow-up of randomised controlled trial. BMJ. 2 septembre 2006;333(7566):472.
60. The Adolescent Brain: A second window of opportunity - A Compendium - World | ReliefWeb [Internet]. Disponible sur le lien: https://reliefweb.int/report/world/adolescent-brain-second-window-opportunity-compendium
61. Prentice AM, Ward KA, Goldberg GR, Jarjou LM, Moore SE, Fulford AJ, et al. Critical windows for nutritional interventions against stunting. Am J Clin Nutr. mai 2013;97(5):911-8.
62. World Health Organization. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition [Internet]. World Health Organization; 2018. 58 p. Disponible sur le lien: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297
63. Adolescent pregnancy [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
64. Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report - World | ReliefWeb [Internet]. Disponible sur le lien: https://reliefweb.int/report/world/economic-impacts-child-marriage-global-synthesis-report
65. Digital S. Engaging Adolescents to Accelerate Progress on the first 1,000 Days [Internet]. Save the Children's Resource Centre. Disponible sur le lien: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/engaging_adolescents_to_accelerate_progress_on_the_first_1000_days.pdf/
66. Innocenti UO of R. Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy [Internet]. UNICEF-IRC. Disponible sur le lien: https://www.unicef-irc.org/publications/987-handbook-of-adolescent-development-research-and-its-impact-on-global-policy.html
67. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349
68. Plan Estratégico Internacional 2021-2025 [Internet]. Acción Contra el Hambre; Disponible sur le lien: https://nohungerforum.sharepoint.com/acfin/d4/Forms/AllItems.aspx?id=%2Facfin%2Fd4%2F3%2E%20International%20Strategic%20Plan%203%202021%2D2025%2FFinal%20document%20ISP%202025%2FAction%20Against%20Hunger%20International%20Strategical%20Plan%202025%2Epdf&parent=%2Facfin%2Fd4%2F3%2E%20International%20Strategic%20Plan%203%202021%2D2025%2FFinal%20document%20ISP%202025

69. Gender considerations in project design: A briefing note on the gender coding scales and gender equality continuum [Internet]. Nutrition International; juil. 2022. Disponible sur le lien: https://www.nutritionintl.org/wp-content/uploads/2022/08/Gender-Considerations-Briefing-Note-FINAL-1.pdf
70. Política de Igualdad de Género. Red Internacional de Acción Contra el Hambre. [Internet]. 2021. Disponible sur le lien: https://nohungerforum.sharepoint.com/sites/GENERO/Policies%20%20Protcols/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGENERO%2FPolicies%20%20Protcols%2FGender%20Policy%2F2021%2FAAH%2DGender%20equality%20Policy%5FESP%2Epdf&viewid=49570b11%2D16ea-%2D4bdd%2D88f4%2D99a5ffbd9167&parent=%2Fsites%2FGENERO%2FPolicies%20%20Protcols%2FGender%20Policy%2F2021
71. Yaya S, Odusina EK, Uthman OA, Bishwajit G. What does women's empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. Glob Health Res Policy. décembre 2020;5(1):1.
72. Siddiqui F, Salam RA, Lassi ZS, Das JK. The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. Front Public Health. 28 août 2020;8:453.
73. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912
74. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045989
75. Nutrition and development : a global assessment [Internet]. Disponible sur le lien: https://apps.who.int/iris/handle/10665/61044
76. Asia S, Engle P. The Role of Caring Practices and Resources for Care in Child Survival, Growth,.
77. Conceptual Models of Child Malnutrition. The ACF approach in mental health and care practices [Internet]. 2013. Disponible sur le lien: https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Conceptual_Models_of_Child_Malnutrition_The_ACF_approach_in_mental_health_and_care_practices_01.2013.pdf
78. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240007789
79. Nutritional interventions update: zinc supplements during pregnancy [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240030466
80. Nutritional interventions update: vitamin D supplements during pregnancy [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240008120
81. Gharpure R, Mor SM, Viney M, Hodobo T, Lello J, Siwila J, et al. A One Health Approach to Child Stunting: Evidence and Research Agenda. Am J Trop Med Hyg. 8 mars 2021;104(5):1620-4.
82. One health [Internet]. Disponible sur le lien: https://www.who.int/health-topics/one-health
83. Sawyer ADM, van Lenthe F, Kamphuis CBM, Terragni L, Roos G, Poelman MP, et al. Dynamics of the complex food environment underlying dietary intake in low-income groups: a systems map of associations extracted from a systematic umbrella literature review. Int J Behav Nutr Phys Act. 13 juillet 2021;18(1):96.
84. Rueda-Guevara P, Botero-Tovar N, Trujillo KM, Ramírez A. Worldwide evidence about infant stunting from a public health perspective: A systematic review. Biomédica. 22 septembre 2021;41(3):6017-554.
85. Raiten DJ, Bremer AA. Exploring the Nutritional Ecology of Stunting: New Approaches to an Old Problem. Nutrients. février 2020;12(2):371.
86. Angood C, Khara T, Dolan C, Berkley JA, WaSt Technical Interest Group. Research Priorities on the Relationship between Wasting and Stunting. Bhutta ZA, editor. PLOS ONE. 9 mai 2016;11(5):e0153221.
87. Plan Estratégico Internacional (ISP3).Acción contra el Hambre. 2021-2025. 2021.

Lien vers la bibliographie consultée: ACF Chronic malnutrition | Zotero

ACTION
CONTRE
LA FAIM