



RAPPORT CONTINENTAL DU COÛT DE LA FAIM EN AFRIQUE (COHA)

L'incidence sociale et économique de la sous-nutrition chez l'enfant



Tous les droits sont réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de récupération ou transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans autorisation préalable.

Soutien financier par:





LE COÛT DE LA
FAIM
EN **AFRIQUE** | **COHA**
L'INCIDENCE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE DE LA
MALNUTRITION CHEZ L'ENFANT

RAPPORT CONTINENTAL DU COÛT DE LA FAIM EN AFRIQUE (COHA)

**L'incidence sociale et économique de la
sous-nutrition chez l'enfant**





EC 1964 - 1

Table des matières

Avant-Propos	4
Remerciements	6
Rapport Sommaire	7
Chapitre I : Introduction	9
Contexte Socio-Économique Et Nutritionnel	9
Chapitre II : Aperçu De La Nutrition En Afrique	12
Aperçu De La Nutrition En Afrique	12
Chapitre III : Méthodologie	17
Cadre Conceptuel	17
Causes De La Sous-Nutrition	17
Conséquences De La Sous-Nutrition	17
Analyses Dimensionnelles	18
Chapitre IV : Coût Social Et Économique De La Sous-Nutrition Chez L'enfant Dans Le Secteur De La Santé	21
Effets Sur La Morbidité	21
Effets Sur La Mortalité	22
Coûts De La Sous-Nutrition Pour Les Système De Santé Publique Et Privée	23
Chapitre V : Le Coût Social Et Économique De La Sous-Nutrition Chez L'enfant Sur L'éducation	25
Effets Sur La Répétition	25
Effets Sur L'abandon/Le Décrochage	27
Estimation Des Coûts Dans L'enseignement Public Et Privé	28
Chapitre VI : Le Coût Social Et Économique De La Sous-Nutrition Chez L'enfant Dans La Productivité	30
Pertes D'activités Non Manuelles Dues À Une Scolarité Réduite	30
Pertes Dans Les Activités Manuelles Intensives	32
Coût D'opportunité Dû À La Mortalité	33
Pertes De Productivité Globale	33
Chapitre VII : Résumé Des Effets Et Des Coûts	35
Résumé Des Coûts Et Pib De L'état Membre Concerné	35
Analyse Des Scénarios	36
Économies Projetées	38
Chapitre VIII : Options Politiques Et Recommandations	41
Réussites Africaines (Progression Des États Membres Dans La Lutte Contre La Sous-Nutrition Chez L'enfant)	41
Recommandations Et Options Politiques	43
Conclusion :	51
Annexe	54
Glossaire Des Termes	54

Avant-Propos

Rapport continental du coût de la faim

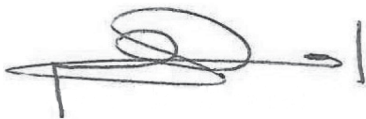
L'étude sur le Coût de la faim (COHA) est une initiative dirigée par la Commission de l'Union africaine (CUA), sous l'égide du département Santé, Affaires humanitaires et Développement social, dans les États membres de l'Union africaine. L'étude a été menée dans le cadre de la Stratégie régionale africaine pour la nutrition (2005-2015) et de la Stratégie régionale africaine révisée pour la nutrition (2015-2025). Depuis son lancement en 2010, l'approbation par les ministres des Finances, de la Planification et du Développement économique en 2012 (Résolution 898), et l'appel des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine en 2014 (Assemblée/AU/ /Decl.4(XXIII)), pour une réalisation réussie de l'étude, y compris une large diffusion des résultats aux niveaux national et régional, l'étude a été réalisée par vingt-et-un (21) États membres (au-delà des quatre (4) États membres pilotes initiaux).

Le rapport continental sur le coût de la faim en Afrique rassemble les conclusions et les recommandations des vingt-et-un (21) États membres de l'UA qui ont jusqu'à présent réalisé l'étude (Burkina Faso, Égypte, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Soudan, Tchad et Zimbabwe). Il souligne les effets négatifs significatifs des enfants sous-alimentés sur la santé, les performances scolaires et la productivité du travail, afin de donner l'occasion aux États membres qui n'ont pas réalisé l'étude d'accéder à l'information et de l'utiliser pour l'apprentissage, le plaidoyer, le développement de politiques et de stratégies pour des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition.

L'étude fournit les éléments nécessaires au plaidoyer et au positionnement en matière de nutrition, en tant que priorité clé à prendre en compte par les décideurs politiques aux niveaux national, régional et continental. Les résultats ont également été déterminants pour souligner l'importance de l'action et de la coordination multisectorielles dans la mise en œuvre des programmes et initiatives de nutrition à tous les niveaux, affirmant que l'élimination de la sous-nutrition ne peut être combattue par un seul acteur, mais en unissant les forces et en élaborant des stratégies pour des actions multisectorielles intégrées et concertées.

La Commission tient à remercier le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM) pour son soutien dans l'élaboration de ce rapport et pour sa collaboration continue au niveau des États membres dans la réalisation de l'étude en fournissant un soutien technique et financier. Je tiens également à reconnaître les efforts, la contribution et le leadership de l'équipe de la CUA, en particulier l'équipe du département Santé, Affaires humanitaires et Développement social, dans la mise en œuvre de l'étude sur le coût de la faim en Afrique et plus particulièrement dans l'élaboration de cet important rapport.

La Commission de l'Union africaine, en collaboration avec ses partenaires et les principales parties prenantes, reste déterminée à travailler en étroite collaboration avec les États membres pour la mise en œuvre des recommandations issues de ce rapport ainsi que des rapports d'étude sur le coût de la faim au niveau des États membres, afin de parvenir à un continent libéré de la faim et de la malnutrition.



H.E. Amira El Fadil,

commissaire à la santé,

aux affaires humanitaires et au développement social

Commission de l'Union africaine

Remerciements

Le rapport continental sur le coût de la faim en Afrique (COHA) est mis en œuvre dans le cadre de la Stratégie régionale africaine pour la nutrition (2016-2025). Lors de la troisième réunion du Comité technique spécialisé sur la santé, la population et le contrôle des drogues (STC-HPDC-3) qui s'est tenu au Caire (Égypte) en 2019, les ministres ont demandé que la Commission de l'Union africaine, avec le soutien du PAM et d'autres parties prenantes, produise un rapport continental sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations des études COHA.

Le département Santé, Affaires humanitaires et Développement social souhaite remercier le consultant M. Douglas Karugonjo pour la compilation de ce rapport, sous la direction et les conseils du Dr Margaret Agama-Anyetei, Chef de la division Santé, Affaires humanitaires et Développement social, et avec le soutien de Mme Priscilla Wanjiru, responsable des partenariats externes. Le département tient également à remercier le Programme alimentaire mondial (PAM) pour son soutien financier et technique, qui a rendu possible l'élaboration de ce rapport. Le soutien des membres de l'équipe technique du PAM COHA, Mme Beza Berhanu et M. Addisu Bekele, est très apprécié.

Rapport Sommaire

L'étude sur le Coût de la faim en Afrique (COHA) est une initiative de la Commission de l'Union africaine (CUA), grâce à laquelle les États membres de l'Union africaine sont en mesure d'estimer les impacts sociaux et économiques de la sous-nutrition chez l'enfant au cours d'une année donnée. En mars 2012, une présentation a été faite sur le thème « Le coût de la faim en Afrique : l'incidence sociale et économique de la sous-nutrition chez l'enfant » aux ministres africains des finances, de la planification et du développement économique lors de la 5e Conférence conjointe de l'Union africaine (UA) et de la Commission économique pour l'Afrique (CEA) des ministres de la planification économique et des finances qui s'est tenue à Addis-Abeba, en Éthiopie. À l'époque, l'étude multi-pays et multidisciplinaire était en cours de réalisation dans les quatre (4) premiers pays pilotes. Les ministres ont émis une résolution confirmant l'importance de l'étude et recommandant de la poursuivre au-delà de la phase initiale (AU/CAMEF/EXP/22(VII)). En outre, les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine en 2014 (Assembly/AU/ /Decl.4(XXIII)), ont appelé à la réussite de l'étude, y compris une large diffusion des résultats aux niveaux national et régional. À ce jour, 21 États membres ont achevé l'étude, à savoir : Burkina Faso, Égypte, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Soudan, Tchad, Zimbabwe, Royaume d'Eswatini et Royaume du Lesotho.

Le modèle de l'étude COHA est utilisé pour estimer les cas supplémentaires de morbidité, de mortalité, de redoublement et d'abandon scolaire et de réduction des capacités physiques associés à l'état de dénutrition d'une personne avant l'âge de cinq ans. Afin d'estimer ces impacts sociaux pour une seule année, le modèle se concentre sur la population actuelle, identifie le pourcentage de cette population qui était sous-alimentée avant l'âge de cinq ans, puis estime les impacts négatifs associés subis par la population pendant l'année en cours. En utilisant ces informations et les données fournies par les équipes nationales de mise en œuvre (NIT) des États membres respectifs, qui ont réalisé l'étude, le modèle estime les pertes économiques associées encourues par l'économie en matière de santé, d'éducation et de productivité potentielle en une seule année.

Le rapport continental du COHA donne un aperçu des effets de la sous-nutrition sur le développement économique et social. Il servira d'outil de plaidoyer pour assurer un discours politique efficace et efficient sur la nutrition et les interventions nutritionnelles dans le contexte de la planification du développement national. Les recommandations et un menu d'options politiques issues des études du COHA tournent autour de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nutritionnelle. Parmi ce menu d'options politiques et de recommandations, on trouve l'extension de la couverture des services de santé et de nutrition de base ; un plaidoyer plus fort en faveur de la nutrition et la poursuite du développement des aliments de base et locaux, l'enrichissement des aliments ; les procédures nationales de planification et de budgétisation de la nutrition devraient être renforcées par le développement de la budgétisation annuelle et la mobilisation de fonds ainsi que la révision des dépenses de nutrition.

Des progrès notables ont été réalisés dans les États membres au niveau politique. La nutrition a été fermement placée dans les agendas de développement nationaux des pays qui ont entrepris l'étude COHA dont les effets de celle-ci auront un impact dans les années à venir. Ce rapport montre les avantages de la fixation d'objectifs pour la réduction de la sous-nutrition. Conformément aux objectifs de Malabo, qui consistent à éliminer la sous-nutrition chez l'enfant en ramenant le retard de croissance à 10 % et l'insuffisance pondérale à 5 % d'ici 2025, les résultats montrent qu'une économie annuelle moyenne totale de 8,1 milliards de dollars US peut être réalisée dans les 21 États membres, ainsi qu'une réduction

de 38 % des coûts associés à la sous-nutrition chez l'enfant. La Commission de l'Union africaine est en position de force pour utiliser les résultats et inciter ses États membres à faire de la nutrition une priorité absolue dans les programmes nationaux et politiques. Il existe des exemples de réussite dans certains États membres qui constituent un encouragement et servent d'exemples pour le développement régional grâce à un effort consolidé. Les conclusions de ce rapport prouvent qu'un consensus doit être atteint afin que les interventions prioritaires incluent des investissements spécifiques à la nutrition et sensibles à la nutrition au niveau de la politique, de la coordination, multisectoriel et communautaire. Les combinaisons plus précises d'interventions varieraient selon les pays.



Chapitre

Introduction



Chapitre I: Introduction

Contexte socio-économique et nutritionnel

Le continent africain continue de supporter le lourd fardeau de la malnutrition. Bien que des progrès considérables aient été accomplis pour lutter contre la malnutrition et les problèmes connexes, la bataille est loin d'être gagnée. Des efforts supplémentaires et soutenus sont nécessaires pour s'attaquer au fardeau croissant de la malnutrition et l'inverser, conformément aux engagements mondiaux et continentaux pris en 2015. Certains pays ont fait des progrès notables sur la voie de la réalisation de la Déclaration de Malabo, de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) et des Objectifs de développement durable (ODD). Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accélérer la réalisation des principaux objectifs en matière de nutrition. Au cours de la dernière décennie, l'Afrique a connu des performances économiques remarquables qui ont rendu le continent de plus en plus attrayant pour les investissements et les échanges mondiaux. Selon l'aperçu régional de l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition 2018 de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le rythme de croissance du produit intérieur brut (PIB) réel sur le continent a doublé au cours de la dernière décennie et pourtant, le continent affiche toujours des taux de sous-nutrition infantile parmi les plus élevés au monde. Le capital humain est le fondement du développement social et économique tel que défini dans l'Agenda 2063 de l'Afrique et les Objectifs de développement durable (ODD). L'amélioration de l'état nutritionnel de la population a un impact direct sur les performances économiques par l'augmentation de la productivité et le renforcement de l'avantage comparatif national. Pour que l'Afrique maximise ses perspectives économiques actuelles et futures, il est urgent de mettre en place des interventions durables et rentables qui s'attaquent à la situation nutritionnelle des membres les plus vulnérables de sa société. Comme l'ont noté les chefs d'État et de gouvernement africains en 2014, l'agriculture et la sécurité alimentaire sont des facteurs déterminants de la nutrition infantile qui nécessitent des réponses coordonnées et globales de la part d'autres secteurs, notamment la santé, l'éducation, le travail, la protection sociale, et une collaboration coordonnée avec les partenaires du développement, le secteur privé, le monde universitaire, la société civile et les communautés (Déclaration de Malabo, Assembly/AU/ /Decl.4(XXIII)). Si la sous-nutrition chez l'enfant était réduite, il y aurait une amélioration directe des taux de mortalité infantile, car la sous-nutrition est le facteur le plus important de la mortalité infantile. Si les femmes en âge de procréer n'étaient pas sous-alimentées, elles seraient moins susceptibles de donner naissance à des enfants d'un poids insuffisant. En outre, des enfants en bonne santé recevraient une meilleure éducation, seraient plus productifs à l'âge adulte et auraient plus de chances de briser le cycle de la pauvreté. Il faut donc redoubler d'efforts pour sensibiliser l'ensemble de la population, les décideurs et les partenaires du développement aux coûts élevés de la sous-nutrition, afin de renforcer les engagements nationaux et internationaux et de faire en sorte que les jeunes enfants africains grandissent en bonne santé et soient correctement nourris. Il est souvent difficile de faire des interventions en matière de nutrition une priorité absolue pour le développement et la réduction de la pauvreté, notamment en raison du manque de données crédibles sur les résultats à court et à long terme. En effet, il n'y a pas assez d'éléments probants spécifiques à chaque pays pour démontrer comment une meilleure nutrition peut avoir un impact direct sur les performances scolaires, et donc améliorer les opportunités sur le marché du travail et le travail physique. En outre, la nutrition est trop souvent considérée comme une question de santé, sans tenir compte des répercussions sociales et économiques qu'elle a sur d'autres domaines du développement.

Malgré les défis susmentionnés, les efforts se poursuivent, tant au niveau national que régional et mondial, pour s'attaquer aux problèmes de la sous-nutrition et de la faim. Au niveau régional, ces efforts comprennent des initiatives telles que : la Stratégie régionale africaine pour la nutrition ; le Programme détaillé de Développement de l'agriculture africaine (PDDAA), en particulier le pilier III du PDDAA, axé sur la réduction de la faim et l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle ; l'Initiative panafricaine pour la nutrition (PANI), le Cadre pour la Sécurité Alimentaire en Afrique (AFS) ; la Stratégie décennale africaine pour la réduction des carences en vitamines et minéraux (ATYS-VMD) ; la Task Force africaine sur le développement de l'alimentation et de la nutrition (ATFFND) ; la Journée africaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (ADFNS), la Journée africaine de l'alimentation scolaire (ADSF), le Champion de la nutrition de l'Union africaine ; les Leaders africains pour la nutrition (ALN) ; l'Initiative régionale africaine pour l'élimination du retard de croissance (ARISE 2025), le Tableau de bord de la responsabilité des Leaders africains pour la nutrition. Au niveau mondial figurent les initiatives Renewed Efforts Against Child Hunger (REACH), Purchase for Progress (P4P), Scaling Up Nutrition (SUN), Feed the Future (FTF), le partenariat « 1 000 jours », ainsi que le sommet d'Abuja sur la sécurité alimentaire de 2006. Tous ces efforts visent à réduire la faim, la malnutrition et la vulnérabilité, dans le but de réaliser les Objectifs de développement durable et l'Agenda 2063 de l'Afrique.

Dans le cadre de la Stratégie régionale africaine révisée pour la nutrition (2015-2025), des objectifs de Groupe de Travail Africain sur l'Alimentation & la Nutrition pour le Développement (ATFFND) et du PDDAA, la Commission de l'Union africaine (CUA) et l'Agence de développement de l'Union africaine (AUDA-NEPAD), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (UNECA) et le Programme alimentaire mondial (PAM) ont uni leurs efforts pour mener l'étude du coût de la faim sur les impacts sociaux et économiques de la sous-nutrition chez l'enfant en Afrique. Cette étude s'appuie sur un modèle développé par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Grâce à un accord de coopération Sud-Sud, la CEPALC a soutenu l'adaptation du modèle au contexte africain et continue de soutenir l'implantation de l'étude dans les pays en cours. L'objectif de cette étude multi-pays était de fournir des preuves solides sur les conséquences sociales et économiques de la sous-nutrition chez l'enfant, afin d'informer, de sensibiliser, de créer un consensus et de catalyser l'action contre la sous-nutrition en Afrique. Cette étude vise à générer des preuves pour informer les décideurs clés et le grand public du coût que les sociétés africaines paient déjà pour ne pas avoir abordé le problème de la sous-nutrition chez l'enfant. Les résultats fournissent des preuves irréfutables pour orienter le dialogue politique et renforcer le plaidoyer sur l'importance de la prévention de la sous-nutrition chez l'enfant. En fin de compte, on s'attend à ce que les études encouragent la révision des pratiques, des politiques et des approches stratégiques actuelles en matière d'allocation budgétaire dans chaque État membre participant afin de garantir la mise à disposition des ressources humaines et financières nécessaires pour lutter efficacement contre la sous-nutrition chez l'enfant, en particulier au cours des 1 000 premiers jours de la vie, lorsque la plupart des dommages se produisent.



↓
12.1 cm
↑

17 18 19 20 21

Chapitre

Aperçu de la Nutrition en Afrique



Chapitre II :Aperçu de la Nutrition en Afrique

Aperçu de la nutrition en Afrique

Ces dernières années, l'augmentation des prix mondiaux des denrées alimentaires, suivie de la crise économique et financière, a plongé un nombre croissant de personnes dans la pauvreté, la vulnérabilité et la faim. Même si le nombre de personnes sous-alimentées a diminué de 13,2 % au niveau mondial, passant de 1 milliard à 868 millions au cours des 20 dernières années, la part de l'Afrique dans la population sous-alimentée mondiale est passée de 35,5 % en 1990 à 22 % en 2019. Toutefois, ce taux alarmant appelle encore des efforts plus importants pour améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition sur le continent. Le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans reste un problème majeur en Afrique. Selon la classification de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour évaluer la gravité de la malnutrition, la moitié des États membres africains ont une prévalence élevée à très élevée (plus de 30 %) du retard de croissance chez les enfants. Seuls sept États membres ont une faible prévalence (moins de 19 %). En l'état actuel des choses, il est peu probable que la plupart des États membres africains parviennent à respecter la Déclaration de Malabo d'ici 2025. Le retard de croissance chez l'enfant est préjudiciable au développement de la matière grise chez les enfants et nuit à la productivité économique. La prévalence de la sous-alimentation, comme le montre le tableau 2.1 ci-dessous, peut être attribuée aux contraintes persistantes en termes de disponibilité et d'accès à la nourriture dues aux conflits, aux conditions climatiques extrêmes et aux ralentissements économiques, parfois combinés.

Tableau 2.1: Nombre (millions) de personnes sous-alimentées en Afrique (2000 - 2018)




RÉGION	2000	2010	2014	2015	2016	2017	2018	Change between 2014-2018
Afrique	199,7	199,8	212,1	217,9	234,6	248,6	256,1	44
Centre	37,7	36,5	36,7	37,9	41,1	43,2	44,6	7,9
Est	112,4	118,6	116,1	119,3	126,9	129,8	133,1	17
Nord	9,7	8,5	15,8	15,5	16,1	16,5	17,0	1,2
Sud	3,8	4,2	4,7	5,0	5,5	5,4	5,3	0,6
Ouest	36,1	31,9	438,7	40,3	45,0	53,7	56,1	17,4

Source: Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Estimation conjointe UNICEF-OMS-Banque mondiale sur la malnutrition infantile

La croissance économique est nécessaire pour réduire les retards de croissance, mais elle n'est pas suffisante. Des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition sont également nécessaires. Récemment, la pandémie de COVID -19 a accru les menaces qui pèsent sur la sécurité alimentaire et la nutrition, risquant d'effacer les progrès réalisés dans le domaine de la nutrition en vue d'atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) et de la Déclaration de Malabo d'ici 2025. En 2019, sur les 144 millions d'enfants de moins de cinq ans touchés par la malnutrition chronique ou le retard de

croissance dans le monde, plus de 57,6 millions vivaient en Afrique. La même année, on estime que 12,7 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition aiguë ou d'émaciation, dont 3,5 millions d'émaciation sévère. La mise en place d'un fondement adéquat pour toute la vie commence de la conception jusqu'à l'âge de cinq ans (voir la figure 2.1 ci-dessous). Une bonne alimentation permet de renforcer le système immunitaire, de réduire les maladies et d'être en bonne santé. Une nutrition adéquate permet d'atteindre une meilleure qualité de vie et de contribuer au développement national. La nutrition est également un résultat du développement humain et économique. Les investissements économiques réalisés dans les interventions nutritionnelles sont fonction de la croissance nationale. En jetant les bases d'une vie optimale et saine, la nutrition permet aux populations de devenir plus productives sur le plan économique.

Figure 2.1 : Effet de la sous-nutrition sur la croissance de l'enfant dès la naissance

 0-5 ans	<p>Les enfants sous-alimentés courent un risque plus élevé d'anémie, de diarrhée et d'infections respiratoires. Ces cas supplémentaires de maladie sont coûteux pour les familles et le système de santé. Les enfants sous-alimentés courent un risque plus élevé de mourir.</p>
 6-18 ans	<p>Les enfants souffrant d'un retard de croissance courent un risque plus élevé de redoublement ou d'abandon de l'école. Les impacts des redoublements supplémentaires sont coûteux pour les familles et le système éducatif.</p>
 15-64 ans	<p>Les enfants qui abandonnent prématurément l'école et qui travaillent ensuite dans des activités non manuelles peuvent être moins productifs. S'ils sont ensuite affectés à des activités manuelles, leur capacité physique sera réduite et ils risquent d'être moins productifs. Les personnes qui sont absentes de la population active en raison de la mortalité infantile associée à la sous-nutrition représentent une perte de productivité économique.</p>

Ce capital humain productif est le précurseur d'une productivité essentielle du travail, qui se traduit elle-même par une augmentation du revenu individuel et donc par un cumul à l'échelle nationale et continentale. Toutes les formes de malnutrition entraînent des coûts sociaux et économiques élevés pour l'individu, mais aussi collectivement pour les nations ou les continents. L'impact de la sous-nutrition sur le développement humain a été établi par les sciences et la recherche comme étant désastreux. Il s'agit notamment de déficits cognitifs, d'un faible niveau de vie, de risques de mortalité et de morbidité, entre autres.

À l'échelle mondiale, d'énormes progrès ont été réalisés pour réduire à la fois le taux de retard de croissance (faible taille par rapport à l'âge) et le nombre d'enfants souffrant de retard de croissance au cours des 31 dernières années, de 1990 à 2019. En Afrique, le taux déclaré d'enfants souffrant d'un retard de croissance a diminué, passant de 42,3 % en 1990 à 21,3 % en 2019 (voir tableau 2.2). Néanmoins, au cours de la même période, le nombre absolu d'enfants souffrant d'un retard de croissance est passé de 46,6 millions à 60 millions.

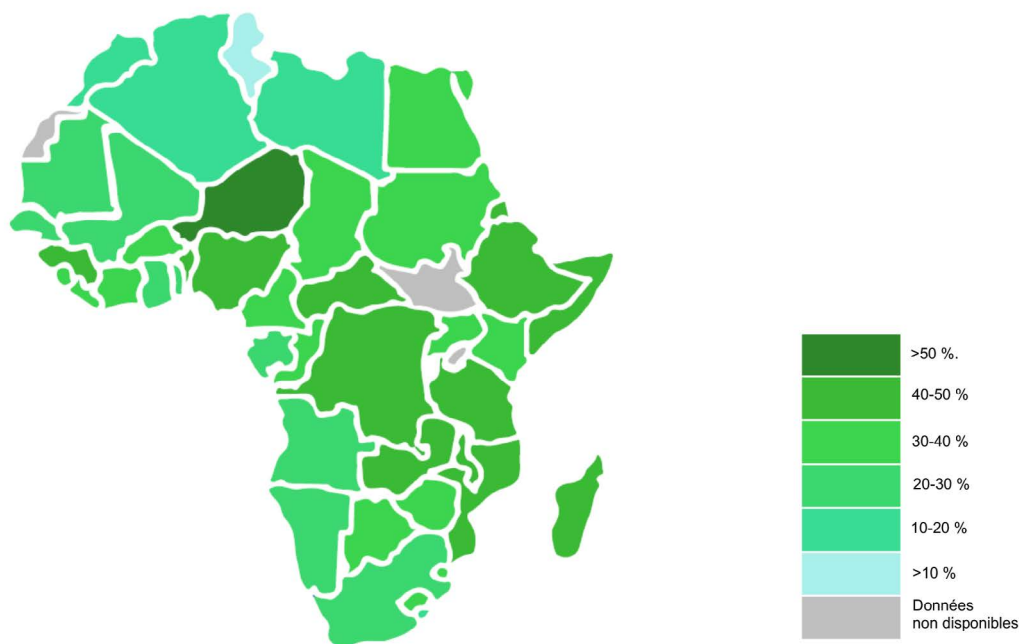
Tableau 2.2 : Estimation de la prévalence et du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance : 1990, 2010, 2015, 2019

Estimation de la prévalence (%) Nombre (millions)								
RÉGION	1990	2010	2015	2019	1990	2010	2015	2019
Afrique	42,3	33,9	32	21,3	46,6	56,1	58,1	60
Centre	46,7	34,1	31,8	32,1	6,3	8,1	8,3	8,5
Est	51,2	40,1	38	35,2	19	23,4	24	24,5
Nord	27,7	19,7	18,3	17,2	6	4,7	5	5,4
Sud	36,6	30	28,7	29,3	2,2	2	1,9	2,1
Ouest	40,9	33,7	32,4	29,2	13,2	18	19	19,5

Source: Fonds des Nations unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale. Estimation conjointe UNICEF-OMS-Banque mondiale sur la malnutrition infantile.

La figure 2.2 ci-dessous illustre les taux de retard de croissance (faible taille par rapport à l'âge) en Afrique. Selon ces données, 17 pays du continent ont des taux de retard de croissance supérieurs à 40 % et 36 pays ont des taux supérieurs à 30 %.

Figure 2.2: Stunting Rates by Country



Source: Données issues de la base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition des enfants (2018).

Les aspirations du continent africain en matière de nutrition et de santé sont clairement énoncées dans plusieurs documents, dont la Déclaration de Malabo, la Stratégie régionale africaine pour la nutrition et l'Agenda 2063. Sur les 60 États membres du mouvement Scaling up Nutrition (SUN), 40 sont des États membres africains. En outre, les États membres africains mettent en œuvre le Programme détaillé de Développement de l'agriculture africaine (PDDAA), qui vise à intégrer la nutrition dans les Plan nationaux d'investissement agricole (PNIA). Le cadre de résultats du PDDAA comprend également un volet consacré à la nutrition afin d'encourager la contribution du secteur agricole aux résultats en matière de nutrition. Un plus grand nombre d'États membres africains du mouvement SUN alignent des actions multisectorielles en matière de nutrition dans leurs plans de développement nationaux.

L'aspiration I de l'Agenda 2063 de l'Afrique stipule « Une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable ». Dans le cadre de l'objectif I, le deuxième domaine prioritaire comprend les objectifs de Malabo visant à réduire le retard de croissance chez les enfants à 10 % et l'insuffisance pondérale à 5 %. Tous les États membres de l'UA ont également adopté les objectifs mondiaux en matière d'amélioration de la nutrition, comme convenu par l'Assemblée mondiale de la santé en 2011. Ces objectifs, tels qu'énoncés ci-dessous, sont donc adoptés comme les objectifs de l'ARNS 2015-2025 :

- 1. Réduction de 40 % du nombre d'enfants africains de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance d'ici 2025 ;**
- 2. Réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer en Afrique d'ici 2025 ;**
- 3. Réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance en Afrique d'ici 2025 ;**
- 4. Aucune augmentation du surpoids chez les enfants africains de moins de 5 ans d'ici 2025 ;**
- 5. Faire passer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois à au moins 50 % en Afrique d'ici 2025 ;**
- 6. Réduire et maintenir le taux de cachexie infantile en Afrique à moins de 5 % d'ici 2025.**

Les stratégies indicatives pour atteindre les objectifs ci-dessus impliquent entre autres stratégies : la mise en œuvre complète du PDDAA et des plans nationaux d'investissement agricole signés qui sont inclusifs ; la promotion de politiques qui garantiront l'accès à une nourriture abordable et de qualité pour tous ; la promotion de politiques qui conduiront à la création de richesses et veilleront à ce qu'elles soient réparties équitablement entre tous les citoyens ; le développement et la mise en œuvre de politiques de production d'énergie qui contribueront à la productivité des efforts des ménages ruraux / pauvres pour améliorer leur statut nutritionnel et leur richesse ; le développement et/ou la mise en œuvre de programmes alimentaires et nutritionnels axés sur les groupes vulnérables dans les zones rurales et urbaines, en particulier les femmes, les enfants et les personnes marginalisées ; la promotion et la commercialisation de céréales et de cultures alimentaires traditionnelles à haute valeur nutritionnelle et résistantes à la sécheresse, tant au niveau régional que continental.



Chapitre

Méthodologie



Chapitre III : Méthodologie

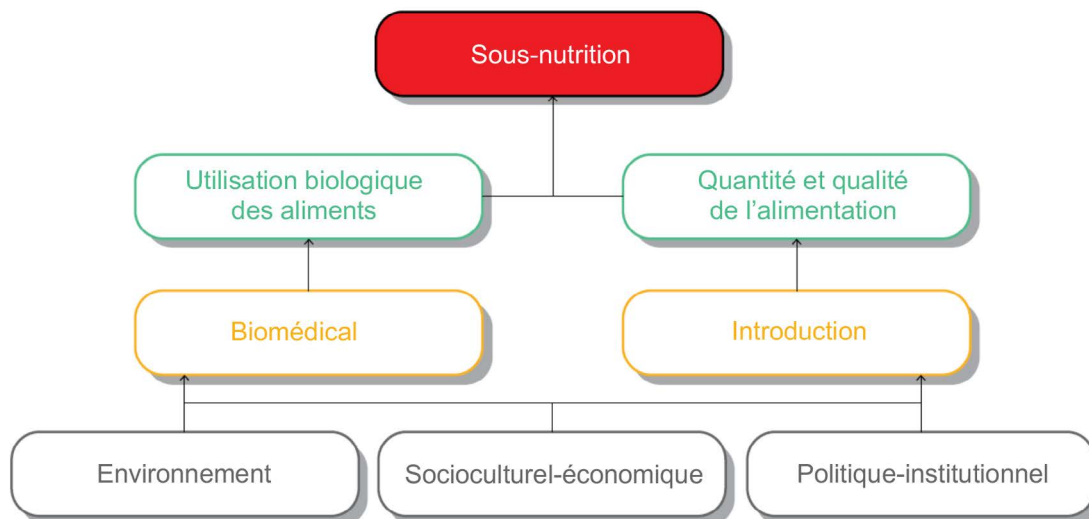
Cadre conceptuel

La faim est causée et atteinte par un ensemble de facteurs contextuels. La « faim » est un terme général qui reflète l'insécurité alimentaire et nutritionnelle d'un individu. Une conséquence directe et mesurable de l'insécurité nutritionnelle est le faible poids à la naissance, l'insuffisance pondérale et/ou une taille inférieure à la normale par rapport à l'âge. Les niveaux de sécurité nutritionnelle dans un pays sont liés à des transitions épidémiologiques et nutritionnelles qui peuvent être évaluées pour apprécier la situation nutritionnelle de la population. Par ailleurs, la situation nutritionnelle d'une personne s'inscrit dans un processus qui s'exprime différemment selon l'étape du cycle de vie : vie intra-utérine et néonatale, enfance et période préscolaire, années scolaires ou vie adulte. En effet, les besoins en nutriments sont différents pour chaque étape.

Causes de la sous-nutrition

Les principaux facteurs associés à la sous-nutrition, en tant que problème de santé publique, peuvent être regroupés comme suit : environnementaux (causes naturelles ou entropiques), socioculturels-économiques (liés à la pauvreté et aux inégalités) et politiques-institutionnels (voir figure 3.1). Chacun de ces facteurs contribue à augmenter ou à diminuer la probabilité qu'une personne souffre de sous-nutrition. L'importance de chacun de ces facteurs dépend du niveau de transition démographique et épidémiologique du pays ainsi que de l'étape actuelle du cycle de vie de la personne.

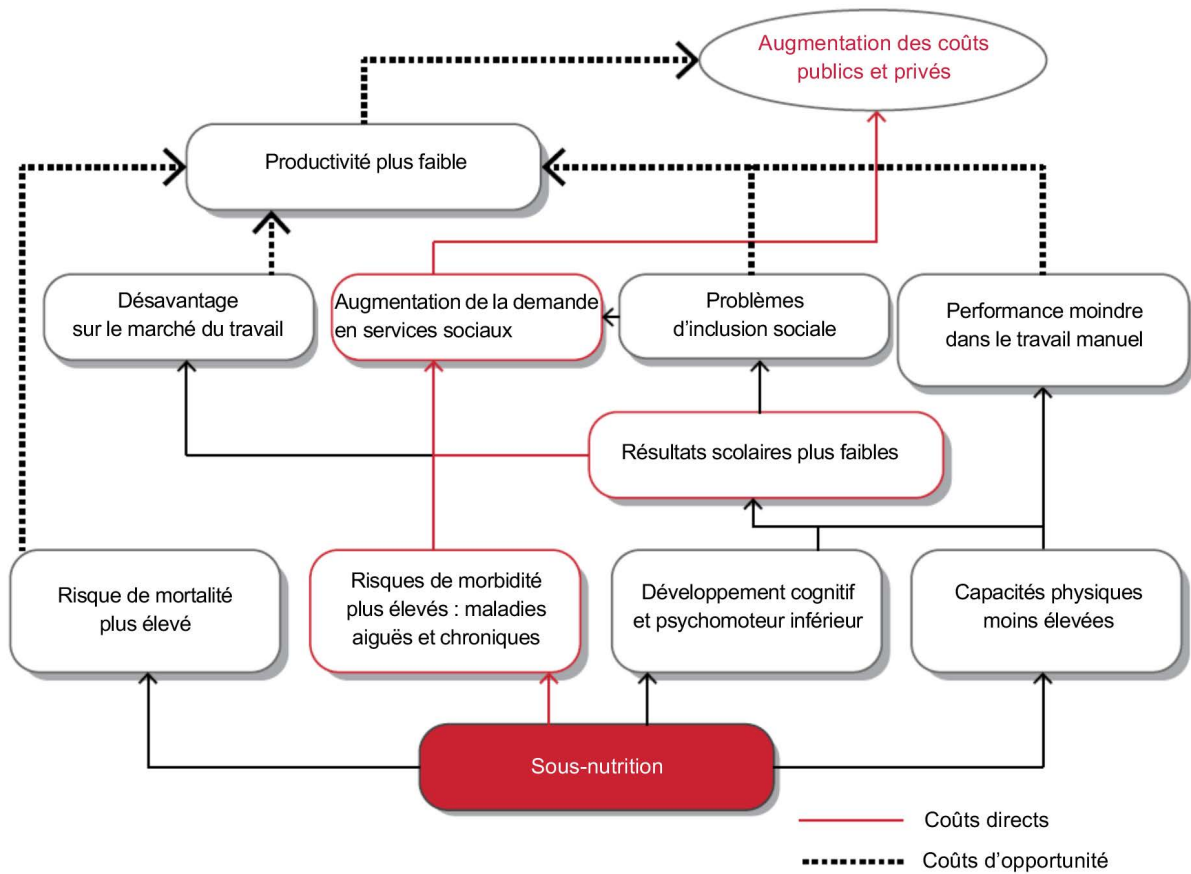
Figure 3.1 : Causes de la sous-nutrition



Conséquences de la sous-nutrition

La sous-nutrition chez l'enfant a des effets négatifs à long terme sur la vie d'une personne, plus particulièrement dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la productivité (figure 3.2). Ces éléments sont quantifiables en tant que dépenses et coûts, tant pour le secteur public que pour les particuliers. Par conséquent, ces effets exacerbent les problèmes d'intégration sociale et augmentent ou intensifient la pauvreté. Un cercle vicieux se perpétue alors que la vulnérabilité à la sous-nutrition augmente.

Figure 3.2 : Conséquences de la sous-nutrition



Source: Rodrigo Martinez et Andrés Fernandez, *Modèle d'analyse de l'impact social et économique de la sous-nutrition chez l'enfant en Amérique Latine*

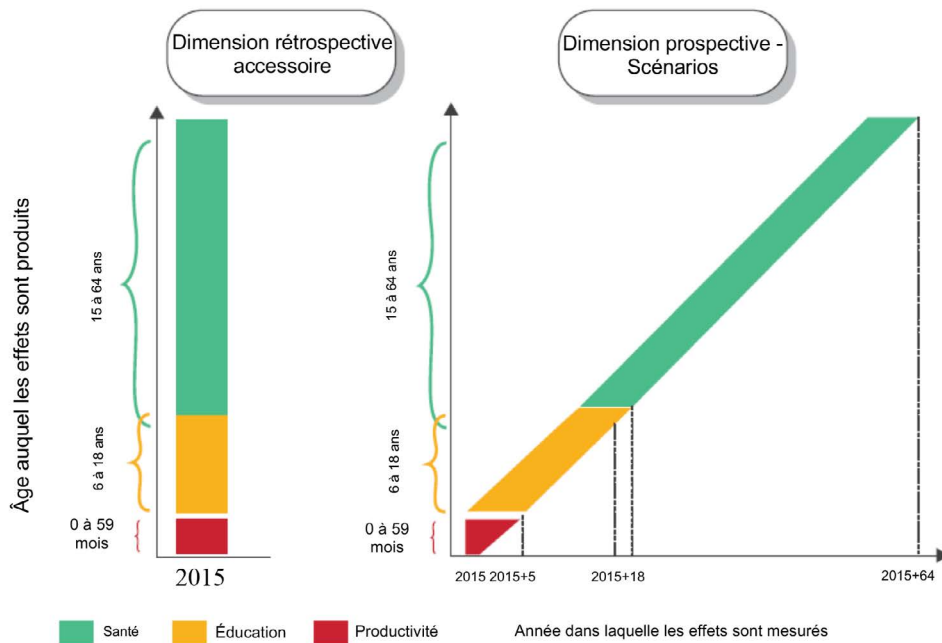
Dimensional Analyses

Afin d'analyser de manière exhaustive le phénomène de la dénutrition, le modèle considère ses conséquences sur la santé, l'éducation et la productivité en les traduisant en coûts.

- 1. Dimension rétrospective secondaire.** Cette dimension se concentre sur la population de l'année d'étude, y compris les cas de mortalité de ceux qui auraient été en vie pendant l'année d'étude. Cette dimension rétrospective permet d'estimer la situation nutritionnelle des individus de moins de 5 ans afin d'identifier les coûts économiques qui y sont liés au cours de l'année d'étude.
- 2. Dimension d'économie prospective ou potentielle.** Cette dimension se concentre sur les enfants de moins de 5 ans au cours d'une année donnée et permet d'analyser les pertes présentes et futures subies en raison des traitements médicaux, des redoublements à l'école et de la baisse de productivité. Sur la base de cette analyse, il est possible d'estimer les économies potentielles découlant des mesures prises pour atteindre les objectifs nutritionnels.

Comme le montre la figure 3.3, la dimension rétrospective incidente comprend les conséquences sociales et économiques de la sous-nutrition au cours d'une année spécifique pour les groupes d'âge ayant été touchés (de 0 à 4 ans pour la santé, de 6 à 18 ans pour l'éducation et de 15 à 64 ans pour la productivité).

Figure 3.3 : Dimension de l'analyse par l'âge de la population et année de survenue des effets



Source: Rodrigo Martinez et Andrés Fernandez, *Modèle d'analyse de l'impact social et économique de la sous-nutrition chez l'enfant en Amérique Latine*

Les estimations de l'impact de la sous-nutrition sur la santé, l'éducation et la productivité sont basées sur le concept du risque relatif (ou différentiel) encouru par les individus qui souffrent de sous-nutrition au cours des premiers stades de la vie par rapport au risque encouru par un enfant en bonne santé. Ceci est valable tant pour l'analyse rétrospective accessoire que pour l'analyse prospective d'économies.

Tableau 3.1 : Année de référence pour l'étude COHA dans 21 États membres africains

Année de référence	Pays	Année de référence	Pays	Année de référence	Pays
2012	Burkina Faso	2012	Ghana	2009	Mauritanie
2014	Tchad	2015	Guinea Bissau	2015	Mozambique
2014	République démocratique du Congo	2014	Kenya	2013	Niger
2009	Égypte	2014	Lesotho	2012	Rwanda
2009	Eswatini	2013	Madagascar	2014	Soudan
2009	Éthiopie	2012	Malawi	2009	Ouganda
2018	Gambie	2013	Mali	2015	Zimbabwe





MEULAN - LEBA AMINATA
A.S.H.
AUNIS A

2

IV

Chapitre

Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition
Chez L'enfant Dans Le Secteur De La Santé

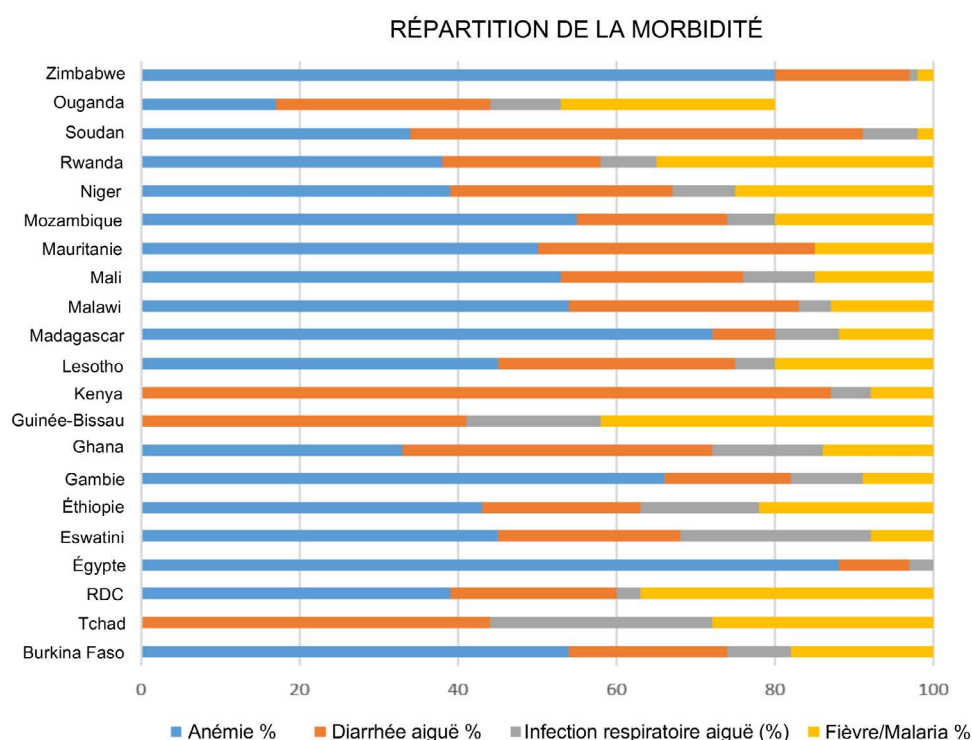


Chapitre IV : Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition Chez L'enfant dans le Secteur de la Santé

Effets sur la morbidité

L'étude COHA a examiné les coûts de santé associés au traitement de l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN), de l'insuffisance pondérale, de l'anémie, des infections respiratoires aiguës (IRA), du syndrome diarrhéique aigu (SDA) et de la fièvre/malaria associés à la sous-nutrition chez les enfants de moins de cinq ans. Selon les États membres qui ont mené l'étude COHA, les enfants sous-alimentés sont plus sensibles aux maladies récurrentes. Sur la base des données des 21 États membres, ce rapport continental estime qu'il y a eu 24,5 millions d'épisodes supplémentaires de maladies liées à l'insuffisance pondérale. La figure 4.1 montre la distribution des cas de morbidité associés à la sous-nutrition dans les États membres qui ont mené l'étude COHA.

Figure 4.1 : Répartition des cas de morbidité dans les États membres (21) :

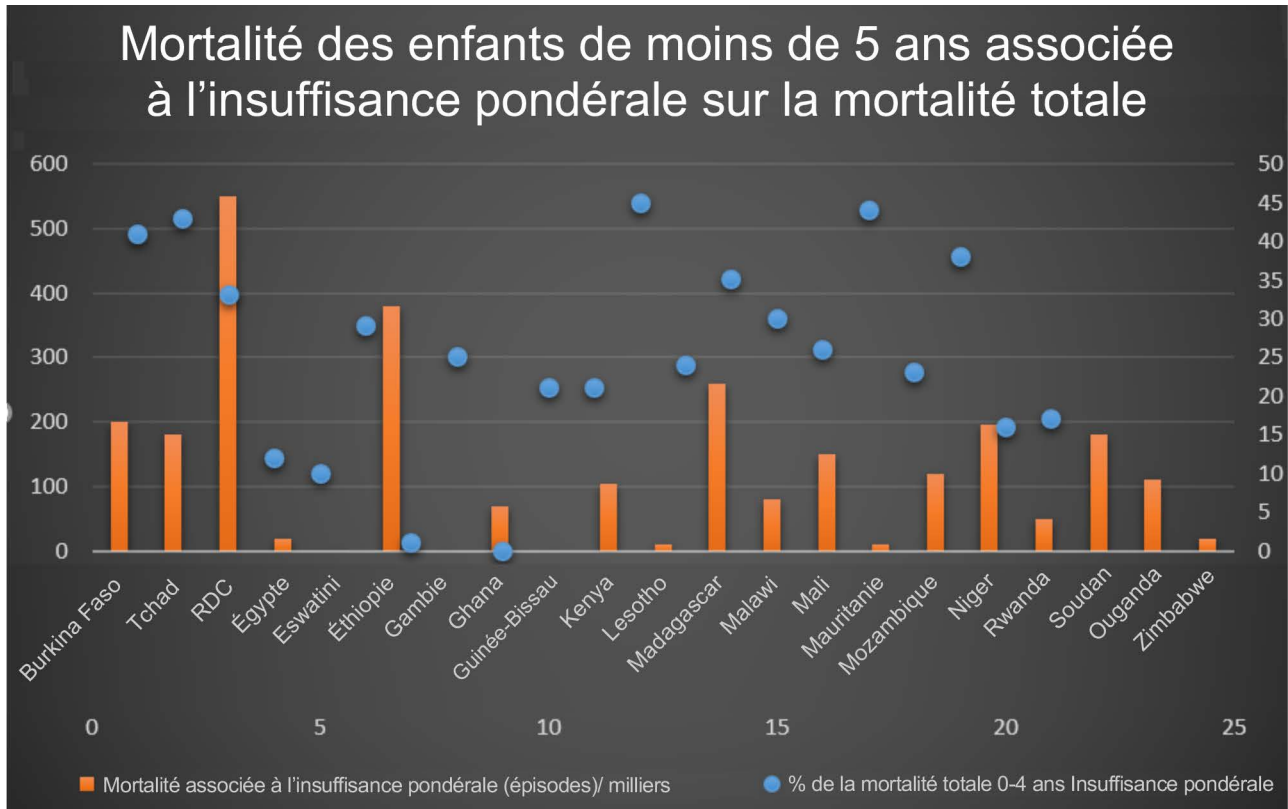


Effets sur la mortalité

Au cours de la dernière décennie, on estime que 3 millions de décès d'enfants dans les 21 États membres ayant mené l'étude COHA étaient directement liés à la sous-nutrition. Ces décès représentent environ 26 % de la mortalité infantile totale pour cette période. Il est donc évident que la sous-nutrition a

considérablement exacerbé les taux de mortalité des enfants et limité la capacité des États membres à atteindre l'objectif de réduction de la mortalité infantile. La figure 4.2 montre en détail le nombre et le pourcentage de mortalité infantile associés à l'insuffisance pondérale.

Figure 4.2 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans associée à l'insuffisance pondérale sur la mortalité totale



Sources: Données COHA des 21 États membres

Sur la base des vingt-et-un (21) États membres qui ont mené l'étude, on estime qu'un équivalent de 16,1 % de la main-d'œuvre actuelle a été perdu en raison de l'impact de la sous-nutrition sur l'augmentation des taux de mortalité infantile. Cela représente environ 3,5 millions de personnes qui auraient eu entre 15 et 64 ans, et qui font partie de la population en âge de travailler des 21 États membres respectifs.

Coûts de la sous-nutrition pour les système de santé publique et privée

Le traitement de la sous-nutrition et des maladies associées représente un coût récurrent critique pour les systèmes de santé. Le traitement d'un enfant souffrant d'insuffisance pondérale sévère, par exemple, nécessite un protocole complet qui est souvent plus coûteux que la valeur monétaire et les efforts nécessaires pour prévenir la sous-nutrition. Le coût économique de chaque épisode est souvent augmenté par des inefficacités lorsque ces cas sont traités sans les conseils appropriés d'un professionnel de la santé ou en raison du manque d'accès à des services de santé adéquats. Ces coûts représentent une charge importante non seulement pour le secteur public, mais aussi pour les ménages et la société dans son ensemble. On estime que 24,5 millions d'épisodes cliniques dans les 21 États membres qui ont mené l'étude, ont été associés au risque plus élevé présent chez les enfants sous-alimentés. Comme l'indique le tableau 4.2, ces épisodes ont entraîné un coût estimé à environ 3,2 milliards USD.

Tableau 4.1 : Coûts totaux de la sous-nutrition pour le système de santé

Pays	Coût total de la santé en millions (USD)	% PIB
Burkina Faso	122	1,17
Tchad	340	2,78
République démocratique du Congo	229	0,59
Égypte	213	0,11
Eswatini	7	0,24
Éthiopie	155	0,55
Gambie	6	0,40
Ghana	199	0,49
Guinée-Bissau	17	2,30
Kenya	212	0,34
Lesotho	4	0,15
Madagascar	169	1,59
Malawi	46	0,80
Mali	17	0,15
Mauritanie	6	0,11
Mozambique	188	0,63
Niger	60	0,80
Rwanda	106	1,49
Soudan	800	1,03
Ouganda	259	1,62
Zimbabwe	72	0,50
Total	3.227	

Source: Estimations du modèle basées sur les 21 États membres qui ont mené l'étude.

La plupart de ces coûts encourus étaient associés au protocole nécessaire à la réhabilitation nutritionnelle d'un enfant en insuffisance pondérale, qui nécessite souvent une alimentation thérapeutique. Un élément important à souligner est le coût particulier généré par le traitement des enfants de faible poids de naissance. Une grande partie des coûts liés à la sous-nutrition sont supportés par les familles, car ces enfants ne bénéficient souvent pas de soins de santé adéquats. Dans les 21 États membres, le modèle a estimé que les familles supportent environ 57 % des coûts associés à la sous-nutrition, soit environ 1,84 milliard de dollars US, tandis que le coût pour le système de santé est de 43 %, soit environ 1,39 milliard de dollars, ce qui porte le coût total de la santé à environ 3,2 milliards de dollars US. La charge des coûts liés à la sous-nutrition est une composante importante des dépenses.





Chapitre

Le Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition Chez L'enfant sur L'éducation



Chapitre V : Le Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition Chez L'enfant Sur L'éducation

Il n'existe pas de cause unique au redoublement et à l'abandon scolaire, mais des recherches approfondies montrent que les élèves qui ont souffert d'un retard de croissance avant l'âge de 5 ans sont plus susceptibles d'avoir des résultats scolaires insuffisants. Les estimations de coûts sont basées sur les informations fournies par les États membres qui ont mené l'étude sur le coût moyen de la scolarisation d'un enfant dans le primaire et le secondaire, ainsi que sur les estimations des coûts supportés par les familles pour financer la scolarité.

Effets sur la répétition

Les enfants qui ont souffert de sous-nutrition avant l'âge de 5 ans sont plus susceptibles de redoubler des classes, par rapport à ceux qui n'ont pas été touchés par la sous-nutrition. Dans les 21 États membres, le taux de scolarisation était de 85,7 % dans l'enseignement primaire et de 51,4 % dans l'enseignement secondaire. Sur la base des informations officielles fournies par les États membres, on estime à 11 491 642 le nombre d'enfants ayant redoublé une année scolaire. La figure 5.1 montre le nombre et les pourcentages de redoublement dans les 21 États membres tandis que la figure 5.2 montre le taux moyen de redoublement dans l'enseignement par statut nutritionnel dans les 21 États membres. En utilisant les données sur le risque accru de redoublement chez les élèves souffrant d'un retard de croissance, on estime que le taux de redoublement des enfants souffrant d'un retard de croissance était de 14 %, alors que le taux de redoublement des enfants ne souffrant pas d'un retard de croissance était de 7,5 %. Ainsi, étant donné la proportion d'élèves souffrant d'un retard de croissance, le modèle estime que 2 109 869 élèves, soit 18,4 % de tous les redoublements de l'année de référence, étaient associés à un retard de croissance.

Figure 5.1 : Redoublement scolaire associé à un retard de croissance (21 États membres)

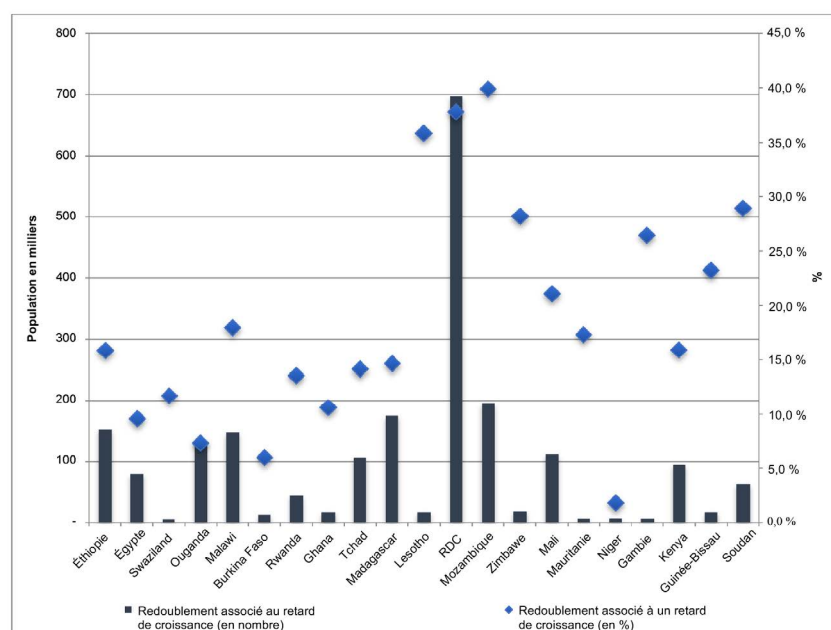
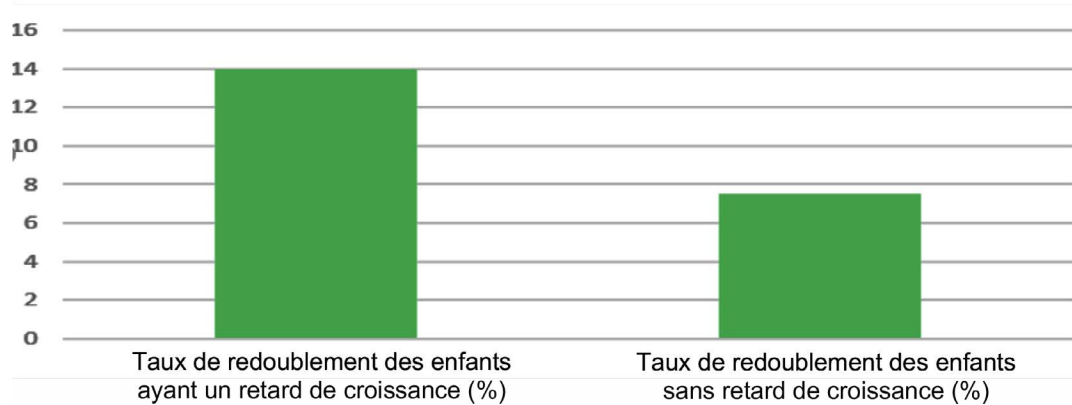
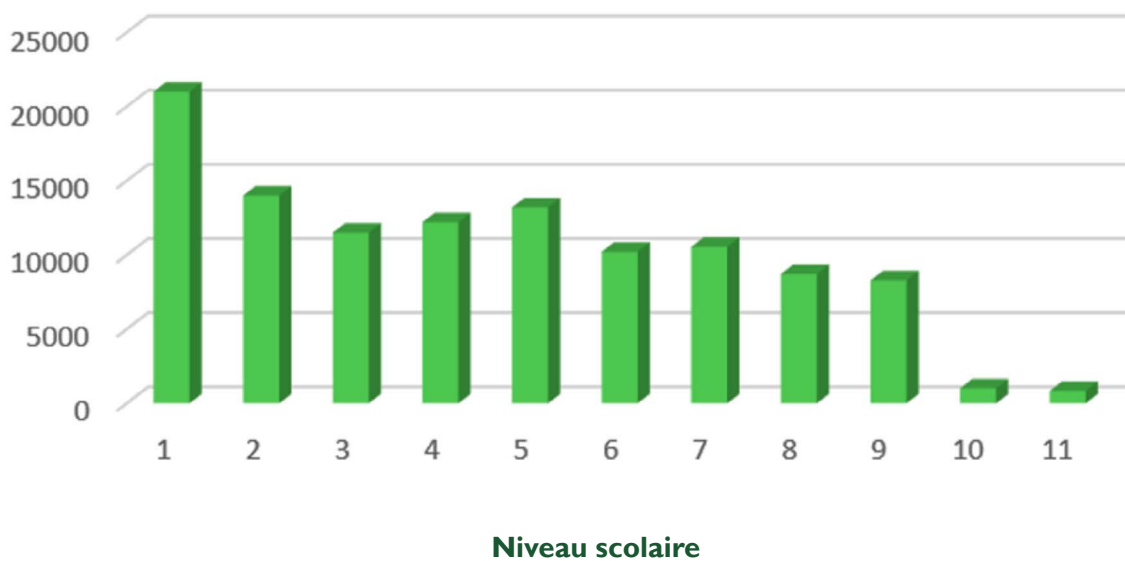


Figure 5.2 : Taux de redoublement par statut nutritionnel (21 États membres)



Comme le montre la figure 5.3, la plupart de ces redoublements ont lieu pendant l'école primaire et préparatoire.

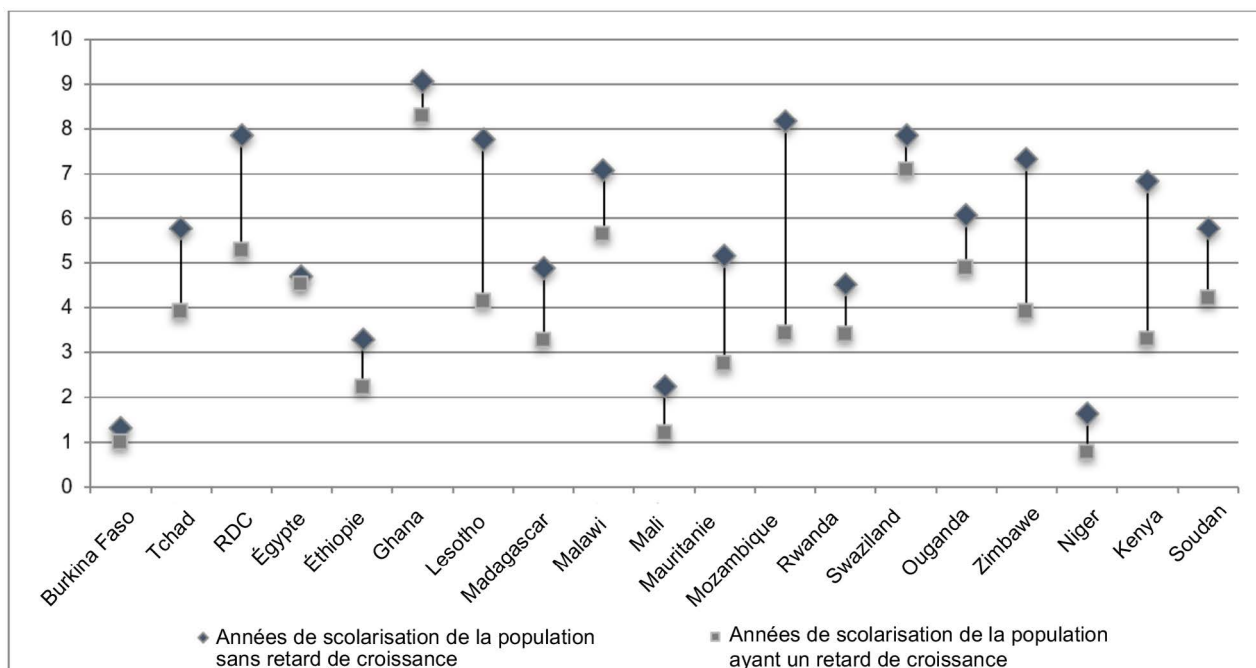
Figure 5.3 : Nombre de redoublements d'enfants souffrant d'un retard de croissance par classe (21 États membres)



Effets sur l'abandon/le décrochage

Les recherches montrent que les élèves qui ont souffert d'un retard de croissance dans leur enfance sont plus susceptibles d'abandonner l'école. Selon les données disponibles et compte tenu des risques relatifs liés aux conséquences du retard de croissance sur l'éducation, on peut estimer que seulement 19,7 % des personnes souffrant d'un retard de croissance (en âge de travailler) dans les 21 États membres ont terminé l'école primaire, contre 79,2 % de celles qui n'ont jamais souffert d'un retard de croissance. Les coûts associés aux abandons scolaires se reflètent dans les pertes de productivité subies par les personnes qui cherchent des opportunités sur le marché du travail. En tant que tel, l'impact ne se reflète pas dans la population d'âge scolaire, mais dans la population d'âge actif. Ainsi, afin d'évaluer les coûts sociaux et économiques de l'année de référence, l'analyse se concentre sur le différentiel de niveau de scolarisation atteint par la population qui a souffert d'un retard de croissance dans son enfance et le niveau de scolarisation de la population qui n'a jamais souffert d'un retard de croissance.

Figure 5.4 : Années de scolarité de la population totale et de la population souffrant d'un retard de croissance (19 États membres)



NB: Données non disponibles pour le Kenya et la Guinée Bissau

Estimation des coûts dans l'enseignement public et privé

Le redoublement scolaire a des conséquences financières directes pour les familles et le système scolaire. Les élèves qui redoublent génèrent un coût supplémentaire pour le système éducatif, car ils ont besoin de deux fois plus de ressources pour redoubler l'année. En outre, les dispensateurs de soin doivent également s'acquitter d'une année supplémentaire d'enseignement. Au cours des années de référence respectives, la moyenne d'environ 2 109 869 élèves des 21 États membres qui ont redoublé (et dont le redoublement est associé à la sous-nutrition) a entraîné un coût de 345,17 millions de dollars US. La plus grande proportion de redoublements a eu lieu pendant l'école primaire, où la charge financière incombe principalement au système d'enseignement public. Le tableau 5.1 résume les coûts de l'éducation publique et privée associés au retard de croissance.

Tableau 5.1 : Coûts publics et privés du redoublement (21 États membres)

Pays	Redoublement associé au retard de croissance (en milliers)	Coût en millions USD	% PIB	% Coûts pour les familles/ dispensateurs de soin	% Coûts pour le gouvernement/ secteur public (%)
Burkina Faso	13.721	1,73	0,017	90%	10%
Tchad	16.875	18,30	0,15	73%	27%
République démocratique du Congo	697.973	74,21	0,19	88%	12%
Égypte	175.175	49,22	0,03	87%	13%
Eswatini	44.255	0,70	0,024	49%	51%
Éthiopie	152.488	7,92	0,03	58%	42%
Gambie	6.188	0,85	0,00	74%	26%

Ghana	105.732	8,30	0,02	70%	30%
Guinée-Bissau	16.854	0,96	0,13	57%	43%
Kenya	94.708	36,78	0,06	70%	30%
Lesotho	17.044	11,74	0,42	43%	57%
Madagascar	79.396	11,43	0,11	49%	51%
Malawi	147.044	13,86	0,24	66%	34%
Mali	111.539	17,76	0,16	42%	58%
Mauritanie	6.152	1,47	0,03	57%	43%
Mozambique	195.370	38,12	0,13	61%	39%
Niger	7.665	1,40	0,02	23%	77%
Rwanda	133.931	3,87	0,05	38%	62%
Soudan	63.215	24,31	0,03	44%	56%
Ouganda	5.550	9,68	0,06	80%	20%
Zimbabwe	18.996	12,58	0,09	37%	63%
Total	2.109.869	345			

Source: Estimations du modèle basées sur les données relatives aux coûts des 21 États membres qui ont mené l'étude

Le coût social de la sous-nutrition dans l'éducation est partagé entre le secteur public/gouvernemental et le secteur privé (familles/soignants). Sur le coût global (21 États membres), qui s'élève à environ 345 millions de dollars US, la répartition de ce coût varie selon que le redoublement concerne l'enseignement primaire ou secondaire. Dans les deux cas, les familles couvrent une plus grande partie de la charge éducative.



VII

Chapiter

Le Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition Chez L'enfant dans la Productivité



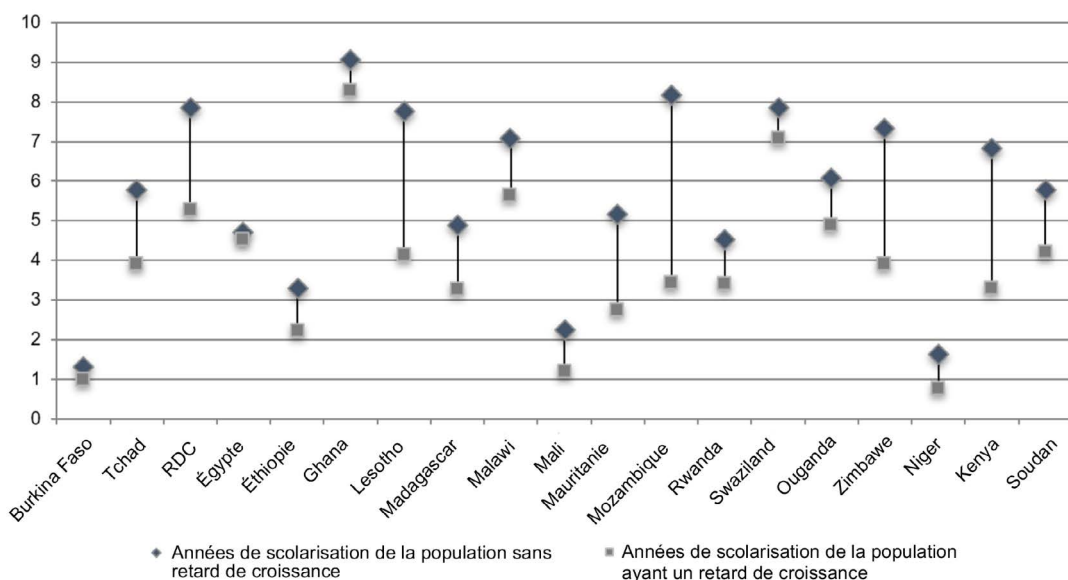
Chapitre VI : Le Coût Social et Économique de la Sous-Nutrition Chez L'enfant dans la Productivité

La sous-nutrition chez l'enfant affecte le capital humain et la productivité à plusieurs égards. Les enfants qui ont souffert de sous-nutrition risquent davantage d'atteindre des niveaux d'éducation inférieurs à ceux des enfants en bonne santé. Le faible niveau d'éducation qu'ils ont atteint les rend souvent moins qualifiés pour le travail, ce qui réduit leur potentiel de revenu pour le travail non manuel. Les adultes qui ont souffert d'un retard de croissance dans leur enfance ont tendance à avoir une masse corporelle maigre moins importante et sont donc plus susceptibles d'être moins productifs dans les activités manuelles intensives que ceux qui n'ont pas été affectés par un retard de croissance. En outre, la population perdue en raison de la mortalité infantile entrave la croissance économique, car ces personnes auraient pu être des membres de la société productifs et en bonne santé. La répartition du marché du travail est un élément contextuel important pour déterminer l'impact de la sous-nutrition sur la productivité nationale.

Pertes d'activités non manuelles dues à une scolarité réduite

Comme nous l'avons décrit dans la section du présent rapport consacrée à l'éducation, les élèves qui ont été sous-alimentés pendant leur enfance achèvent, en moyenne, moins d'années de scolarité que ceux qui ont été correctement nourris pendant leur enfance. Cette perte d'années d'études a un impact particulier pour les personnes qui exercent des activités non manuelles, dans lesquelles une formation universitaire supérieure représente un revenu plus élevé. La figure 5.4 montre que le nombre moyen d'années de scolarisation parmi la population ne souffrant pas de retard de croissance est de 5,4 ans, alors que celui des enfants souffrant de retard de croissance est de 3,2 ans, ce qui représente un écart d'éducation de 2,2 ans entre la population souffrant de retard de croissance et celle n'en souffrant pas.

Figure 5.4 : Années de scolarité de la population totale et de la population souffrant d'un retard de croissance (19 États membres)



NB: Données non disponibles pour le Kenya et la Guinée-Bissau

Le niveau d'éducation plus faible de la population souffrant d'un retard de croissance a un impact sur le niveau de revenu attendu d'une personne à l'âge adulte. Comme le présente le tableau 6.1, on estime (21 États membres) que les pertes annuelles de productivité pour ce groupe sont de l'ordre de 4,17 milliards de dollars US.

Tableau 6.1 Coûts totaux associés à la productivité (21 États membres)

Pays	Perte totale de productivité	Pertes de productivité potentielle dans les activités non manuelles	Perte de productivité potentielle dans les activités manuelles	Pertes de revenus dues à la mortalité
Burkina Faso	\$ 742,61	\$ 40,77	\$ 72,87	\$ 628,97
Tchad	\$ 803,97	\$ 59,89	\$ 68,75	\$ 675,33
République démocratique du Congo	\$ 1.467,51	\$ 196,55	\$ 243,98	\$ 1.026,98
Égypte	\$ 3.423,15	\$ 483,46	\$ 1.951,28	\$ 988,42
Eswatini	\$ 84,31	\$ 29,51	\$ 14,84	\$ 39,95
Éthiopie	\$ 4.538,33	\$ 52,99	\$ 1.089,57	\$ 3.395,77
Gambie	\$ 70,20	-	\$ 24,48	\$ 45,72
Ghana	\$ 2.376,12	\$ 349,83	\$ 177,55	\$ 1.848,74
Guinée-Bissau	\$ 52,30	-	\$ 19,50	\$ 32,90
Kenya	\$ 4.004,59	\$ 757,90	\$ 1.099,52	\$ 2.147,18
Lesotho	\$ 184,42	\$ 11,22	\$ 18,62	\$ 154,58
Madagascar	\$ 1.353,17	\$ 178,56	\$ 176,47	\$ 998,15
Malawi	\$ 536,66	\$ 101,58	\$ 66,72	\$ 368,35
Mali	\$ 416,29	\$ 39,10	\$ 38,55	\$ 338,65
Mauritanie	\$ 750,31	\$ 90,43	\$ 167,45	\$ 492,43
Mozambique	\$ 1.390,85	\$ 480,48	\$ 134,94	\$ 775,43
Niger	\$ 478,46	\$ 129,95	\$ 72,28	\$ 276,23
Rwanda	\$ 709,92	\$ 65,72	\$ 140,83	\$ 503,37
Soudan	\$ 1.191,03	\$ 176,55	\$ 113,69	\$ 900,79
Ouganda	\$ 647,43	\$ 118,72	\$ 205,33	\$ 323,37
Zimbabwe	\$ 1.569,89	\$ 809,10	\$ 83,46	\$ 677,33
Total	\$ 26.791,54	\$ 4.172,32	\$ 5.980,68	\$ 16.638,54

Pertes dans les activités manuelles intensives

Les activités manuelles sont principalement observées dans les sous-secteurs de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, qui emploient plus de 65 % de la population en âge de travailler dans les 21 États membres. Les résultats montrent que les travailleurs souffrant d'un retard de croissance et exerçant des activités manuelles ont tendance à avoir une masse corporelle maigre moins importante et sont plus susceptibles d'être moins productifs dans les activités manuelles que ceux qui n'ont jamais été affectés par un retard de croissance. Selon les estimations au sujet de la population active, 105 millions de personnes dans les 21 États membres exercent des activités manuelles, dont 50,4 millions ont souffert d'un retard de croissance dans leur enfance, selon le modèle COHA. Cela représente une perte annuelle de productivité potentielle due aux activités manuelles estimée à environ 5,9 milliards de dollars US.

Coût d'opportunité dû à la mortalité

Comme indiqué dans la section de ce rapport dédié à la santé, il existe un risque accru de mortalité infantile associé à la sous-nutrition. Le modèle COHA estime que 1,2 million de personnes en âge de travailler ont été perdues dans la population active des 21 États membres respectifs au cours de l'année de référence en raison de la mortalité infantile associée à la sous-nutrition. Cela représente une réduction de 12 % des effectifs actuels des 21 États membres. En considérant les niveaux de production de la population, selon leur âge et leur secteur d'activité, le modèle estime qu'au cours de l'année de référence, les pertes économiques (mesurées par les heures de travail perdues en raison de la mortalité infantile liée à la sous-nutrition) ont été estimées à environ 16,6 milliards de dollars US.

Pertes de productivité globale

Les pertes totales de productivité sont estimées à environ 26,8 milliards de dollars US. La plus grande part de la perte de productivité est due à la réduction de la productivité due à la mortalité liée à la sous-nutrition, qui représente 62 % du coût total. La perte de productivité dans les activités non manuelles représente 15,6 % des coûts. Le différentiel de revenu dans le travail manuel, dû à la capacité physique et cognitive moindre des personnes ayant souffert d'un retard de croissance dans leur enfance, représente 22,4 % des coûts totaux. Le tableau 6.2 ci-dessous montre le pourcentage du PIB associé au coût total de la productivité (21 États membres).

Tableau 6.2 : Pourcentage du PIB associé aux coûts totaux de la productivité

Pays	Pertes de productivité potentielle dans les activités non manuelles	Pertes de productivité potentielle dans les activités manuelles	Pertes de revenus dues à la mortalité
Burkina Faso	0,4%	0,7%	6,0%
Tchad	0,5%	0,6%	5,5%
RDC	0,5%	0,6%	2,6%
Égypte	0,3%	1,0%	0,5%
Eswatini	1,0%	0,5%	1,4%
Éthiopie	0,2%	3,8%	11,9%
Gambie		1,7%	3,1%
Ghana	0,9%	0,4%	4,5%
Guinée-Bissau		2,6%	4,4%
Kenya	1,2%	1,8%	3,5%
Lesotho	0,4%	0,7%	5,5%
Madagascar	1,7%	1,7%	9,4%
Malawi	1,8%	1,2%	6,4%
Mali	0,4%	0,3%	3,0%
Mauritanie	1,6%	3,0%	8,8%
Mozambique	1,6%	0,5%	2,6%
Niger	1,8%	1,0%	3,8%
Rwanda	0,9%	2,0%	7,1%
Soudan	0,2%	0,2%	1,2%
Ouganda	0,7%	1,3%	2,0%
Zimbabwe	5,6%	0,6%	4,7%





WVI

Chapitre

Résumé des Effets et des Coûts



Chapitre VII : Résumé des Effets et des Coûts

Résumé des coûts et PIB de l'État membre concerné

Tableau 7.1

Pays	Productivité	Éducation	Santé	% du PIB
Burkina Faso	\$ 743	\$ 1,73	\$ 122	8,3%
Tchad	\$ 804	\$ 18	\$ 340	9,5%
RDC	\$ 1.467,51	\$ 74,21	\$ 228,86	3,9%
Égypte	\$ 3.423	\$ 49,22	\$ 213	1,9%
Éthiopie	\$ 4.538	\$ 7,92	\$ 155	16,5%
Ghana	\$ 2.376	\$ 8,30	\$ 199	6,3%
Lesotho	\$ 184	\$ 11,74	\$ 4	6,5%
Madagascar	\$ 1.353	\$ 11,43	\$ 169	12,8%
Malawi	\$ 537	\$ 13,86	\$ 46	10,3%
Mali	\$ 416,29	\$ 17,76	\$ 16,85	4,1%
Mauritanie	\$ 750,31	\$ 1,47	\$ 6,46	13,5%
Mozambique	\$ 1.390,85	\$ 41,62	\$ 188,15	5,4%
Rwanda	\$ 710	\$ 3,87	\$ 106	11,5%
Swaziland	\$ 84	\$ 0,70	\$ 7	3,1%
Ouganda	\$ 647	\$ 9,68	\$ 259	5,7%
Zimbabwe	\$ 1.569,89	\$ 12,58	\$ 72,23	11,5%
Niger	\$ 478,46	\$ 1,40	\$ 59,78	7,1%
Gambie	\$ 70,20	\$ 0,02	\$ 5,92	4,6%
Kenya	\$ 4.004,59	\$ 36,78	\$ 211,79	6,9%
Guinée-Bissau	\$ 52,30	\$ 0,96	\$ 17,30	9,4%
Soudan	\$ 1.191,03	\$ 24,31	\$ 800,14	2,6%
Total	\$ 26.791,54	\$ 347,84	\$ 3.227,90	\$30.367,28

Sources : Estimations du modèle COHA

Analyse des scénarios

Les résultats présentés dans cette section projettent les coûts supplémentaires pour les secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que les pertes de productivité que l'économie de 21 États membres supporterait à l'avenir. Ils indiquent également les économies potentielles à réaliser. Il s'agit d'un appel à l'action pour prendre des mesures préventives et réduire le nombre d'enfants sous-alimentés afin d'éviter des coûts futurs importants pour la société. Le modèle COHA génère une base de référence qui permet le développement de divers scénarios basés sur les objectifs nutritionnels établis dans chaque État membre en utilisant la dimension prospective. Les résultats générés peuvent être utilisés pour plaider en faveur d'investissements accrus dans des interventions nutritionnelles éprouvées. La méthodologie suit chaque groupe d'enfants et, sur la base de chaque scénario, estime un chemin progressif vers la réalisation des objectifs nutritionnels fixés.

Les scénarios développés pour ce rapport sont les suivants :

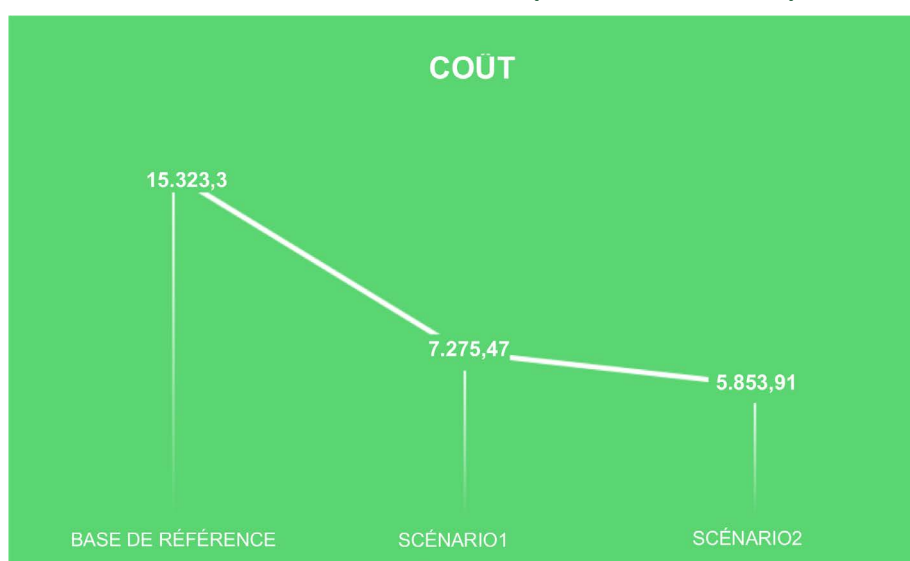
Base de référence : Le coût de l'inaction. Les progrès dans la réduction des retards de croissance et de l'insuffisance pondérale chez les enfants restent au niveau atteint l'année de l'étude dans chacun des 21 États membres qui ont mené l'étude:

Pour le scénario de base, la progression de la réduction de la prévalence de la sous-nutrition s'arrête aux niveaux atteints dans l'année de référence. Elle suppose également que la croissance démographique se maintiendrait au même rythme que l'année de l'analyse, augmentant ainsi le nombre d'enfants sous-alimentés et le coût estimé. Ce scénario étant hautement improbable, son objectif principal est d'établir une base de référence, à laquelle toute amélioration de la situation nutritionnelle est comparée afin de déterminer les économies potentielles en termes de coûts économiques.

Scénario #1 : Réduire de moitié la prévalence de la sous-nutrition chez l'enfant d'ici 2025. Dans ce scénario, la prévalence de l'insuffisance pondérale et des retards de croissance chez les enfants serait réduite de moitié par rapport aux valeurs de l'année de référence. Un effort important doit être réalisé pour compléter ce scénario qui nécessiterait une révision de l'efficacité des interventions en cours pour la réduction du retard de croissance.

Scénario #2 : Le scénario du « But ». Réduire le retard de croissance à 10 % et l'insuffisance pondérale des enfants à 5 % d'ici 2025 (objectifs de Malabo). Dans ce scénario, la prévalence des enfants souffrant d'un retard de croissance serait réduite à 10 % et celle des enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale à 5 %. Actuellement, le taux mondial de retard de croissance est estimé à 21,3 %, l'Afrique présentant la prévalence la plus élevée (33 %), tandis que le taux d'insuffisance pondérale y est de 28 %. Ce scénario du But nécessiterait un véritable appel à l'action et représenterait un défi régional important. Le taux de progression requis pour réaliser ce scénario serait de 4,6 % de réduction annuelle sur une période de 5 ans (2020-2025). Comme le montre la figure 7.1, la réduction progressive de la sous-nutrition chez l'enfant entraîne une réduction similaire des coûts qui lui sont associés.

Figure 7.1 : Tendances des coûts estimés (millions d'USD) de la sous-nutrition chez l'enfant entre l'année de référence et 2025 (21 États membres)



Sur la base de la moyenne des données des 21 États membres, dans le scénario de base, où les progrès et les efforts de réduction de la sous-nutrition chez l'enfant resteraient aux niveaux de l'année de référence, le coût total serait de 15,3 milliards de dollars US, réduit de 52,5 % à 7,3 milliards de dollars US si le scénario 1 est réalisé, puis de 19,5 % supplémentaires si le scénario 2 est réalisé. Cela représente une

réduction totale des coûts associés à la sous-nutrition chez l'enfant de 72 % (9,5 milliards de dollars US). Le tableau 7.2 montre les gains économiques projetés par scénario pour les 21 États membres respectifs et le tableau 7.3 résume les économies projetées.

Économies projetées

Tableau 7.2 Économies estimées pour chaque scénario

Pays	Scénario 1 – Enrayer La Prévalence De La Sous-Nutrition Chez L'enfant D'ici 2025 (Millions Usd)	Scénario 2 – Le Scénario De L'objectif De Malabo « 10 % Et 5 % » D'ici 2025 (Millions Usd)	*Scénario 3 - Scénario Politique Par Pays Gambie 9,6 % Et 6 % D'ici 2030 Kenya 14,7 % 8,4 % D'ici 2030 (Millions Usd)
Burkina Faso	65	111,7	
Tchad	184,1	370,1	
République Démocratique du Congo	176,32	383,50	
Égypte	133	165	
Eswatini	47	60	
Éthiopie	376	784	
Gambie*	87,98	66,35	104,53
Guinée-Bissau	20,8	32,13	
Ghana	189,4	241,1	
Kenya*	451,81	653,53	377,17
Lesotho	15	24	
Madagascar	36,5	72,5	
Malawi	61,6	85,9	
Mali	80,1	138,54	
Mauritanie	22	41	
Mozambique	15	24	
Niger	596,2	807,7	
Rwanda	11,5	14,1	
Soudan	49,9	103,1	
Ouganda	88	131	
Zimbabwe	476	635	
Économies Annuelles Moyennes Totales	3.183,21	4.944,25	481,7

NB: *SCÉNARIO 3 - SCÉNARIO DE POLITIQUE SPÉCIFIQUE AU PAYS : Gambie 9,6 % et 6 % d'ici 2030 ; Kenya 14,7 % 8,4 % d'ici 2030. Les autres États membres qui ont réalisé l'étude relèvent des scénarios 1 et 2.

Tableau 7.3 : Comparaison des scénarios COHA (21 États membres)

Scénarios	Pourcentage annuel de réduction du retard de croissance des enfants requis	Gains économiques (PIB)
Le coût de l'inaction La progression de la réduction de la prévalence de la sous-nutrition s'arrête au niveau enregistré pendant l'année d'analyse (33 % de retard de croissance et 28 % d'insuffisance pondérale).	Non applicable	Augmentation jusqu'à 82 % de la perte enregistrée l'année de la collecte des données (pour la période allant jusqu'à 2025)
Scénario 1 Réduire de moitié la prévalence des retards de croissance et de l'insuffisance pondérale d'ici 2025 (16,5 % de retard de croissance et 14 % d'insuffisance pondérale).	De 2,8 % à 3,3 %.	Jusqu'à 3,2 milliards de dollars par an
Scénario 2 Réduire le retard de croissance à 10 % et l'insuffisance pondérale à 5 % d'ici 2025	4.6 %	Annuellement jusqu'à 4,9 milliards USD

Selon les études du COHA, sur les 21 pays, le coût pour les secteurs de la santé varie entre 0,15 % et 2,8 % de leur PIB, sept États membres dépassant 1 % de leur PIB. Un enfant sous-alimenté risque de souffrir de déficiences cognitives et physiques, ce qui a un impact sur la qualité de vie de l'enfant et de l'adulte au sein de la société. Dans les pays analysés, près de 2,1 millions d'enfants ont redoublé une année scolaire en raison d'un retard de croissance, ce qui représente 18,4 % du nombre total de redoublants dans ces pays, avec un coût estimé pour le PIB allant de 0,002 % à 0,42 %. Dans l'ensemble, l'augmentation du redoublement à l'école primaire a représenté la plus grande part du coût pour le secteur de l'éducation. Les recherches indiquent que les enfants souffrant d'un retard de croissance sont susceptibles d'être plus affectés lorsqu'ils entrent dans la vie active. Cela se traduit par une réduction des capacités de production. Globalement, le coût de la productivité est beaucoup plus élevé et varie de 1,53 % à 15,97 %. En particulier, dans quatorze des pays concernés, le coût de la productivité a dépassé 5 % de leur PIB et est largement dû à la mortalité liée à la sous-nutrition. Les deux autres facteurs contribuant aux coûts de la productivité sont liés aux activités à forte intensité manuelle et aux activités non manuelles. Ces coûts se reflètent bien dans le pourcentage de la population adulte souffrant d'un retard de croissance, au moins de 35 à 40 pour cent de la population des pays analysés dans le cadre du COHA. Les avantages économiques potentiels de la réduction de la sous-nutrition sont un élément clé pour justifier les investissements dans la nutrition. La réduction des cas cliniques dans le système de santé, la diminution des redoublements et l'amélioration des performances scolaires ainsi que des capacités physiques sont des éléments qui contribuent directement à la productivité nationale. L'une des principales contributions de cette étude est d'avoir identifié les externalités positives dans l'économie lorsque la sous-nutrition chez l'enfant est réduite. La principale conclusion de cette étude est que la sous-nutrition chronique chez l'enfant ne peut être considérée comme une question sectorielle, car ses causes et ses effets sont liés aux politiques sociales et économiques. Par conséquent, la réduction des retards de croissance nécessite des interventions dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, du commerce, de l'industrie et des infrastructures sociales et économiques, ainsi que dans le domaine de l'emploi. Toute avancée dans la réduction des retards de croissance constituera la preuve d'un pas en avant vers la réalisation d'un développement inclusif dans le pays, vers une croissance plus équitable.



V

Chapitre

Options Politiques et
Recommandations



Chapitre VIII : Options Politiques et Recommandations

Réussites africaines (Progression des États membres dans la lutte contre la sous-nutrition chez l'enfant)

L'expérience de certains États membres qui sont parvenus à réduire de manière substantielle la prévalence des retards de croissance suggère que l'engagement politique de haut niveau, une gouvernance efficace en matière de nutrition, l'accent mis sur la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant, en particulier les 1 000 premiers jours, ont été des facteurs importants dans plusieurs pays. En outre, l'alignement sur les objectifs continentaux et mondiaux en matière de nutrition et la création de partenariats ont contribué à la planification et à la mise en œuvre d'interventions sensibles et spécifiques à la nutrition en utilisant une approche multisectorielle. Le tableau 8.1 présente des exemples de réussite de certains États membres.

Tableau 8.1 : Progression africaine

Pays	Initiatives des États membres
Burkina Faso	Renforcement de la gouvernance en matière de nutrition et adhésion au mouvement SUN ; interventions géographiquement ciblées sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. 43,1 % à 21,1 % de 2003 à 2017
Eswatini	Le plan national d'investissement agricole du Swaziland (SNAIP) a intégré pour la première fois des objectifs en matière de nutrition, notamment la réduction des retards de croissance et de l'émaciation. Le Ministère de la Santé a réalisé une analyse des lacunes afin de classer par ordre de priorité les interventions visant à s'attaquer aux causes du retard de croissance et à élaborer des directives nationales pour une réduction nationale du retard de croissance.
Éthiopie	L'Éthiopie réduit progressivement la sous-nutrition grâce à la stratégie clé d'un solide filet de sécurité et d'un plan global. Le gouvernement a révisé le programme national de nutrition (PNN) - déclaration SECOTA, et a augmenté la fréquence de la surveillance du retard de croissance.
Ghana	L'accent est mis sur l'amélioration de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et des connaissances des mères en matière de soins. Initiatives visant à renforcer la planification et les services de santé communautaires et à améliorer l'alimentation et les soins des nourrissons et des jeunes enfants. 30,6 % à 18,8 % de 1999 à 2014
Kenya	Engagement politique au plus haut niveau et gouvernance efficace en matière de nutrition. Rejoint le mouvement SUN et se concentre sur la santé et la nutrition des mères et des enfants, reconnaissant l'importance des 1 000 premiers jours. Enrichissement législatif des principaux aliments en minéraux essentiels et en vitamine A. 40,2 % à 26,2 % de 2005 à 2014

Lesotho	Élaboration d'une politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition et d'un plan d'action chiffré pour rendre cette politique opérationnelle et répondre à la recommandation du COHA visant à éliminer les retards de croissance.
Madagascar	Le Premier ministre a signé un programme multi-agences sur la prévention du retard de croissance et a augmenté le financement national pour la nutrition.
Ouganda	Le retard de croissance est reconnu comme un indicateur clé du développement et figure dans le projet de plan de développement national II. Le gouvernement a fait de la réduction du retard de croissance une priorité et a lancé des campagnes de sensibilisation par le biais du journal New Vision.

Recommandations et options politiques

Si l'on sait beaucoup de choses sur les interventions spécifiques à la nutrition les plus efficaces, les preuves de l'efficacité des interventions sensibles à la nutrition sont encore en cours d'élaboration. De nombreux rapports et études fournissent des exemples utiles de pratiques sensibles à la nutrition. Par exemple, la Synthèse des preuves des approches multisectorielles pour l'amélioration de la nutrition est un produit du partenariat Banking on Nutrition - une initiative de la Banque africaine de développement entreprise avec le soutien de la Fondation Big Win Philanthropy et de la Fondation Aliko Dangote - et se concentre sur les différentes interventions sectorielles qui ont un impact sur la nutrition. En outre, le rapport 2015 de l'Union africaine sur les tendances et les perspectives de l'Afrique a attiré l'attention sur les mesures nécessaires pour promouvoir une révolution nutritionnelle et soutenir de meilleurs régimes alimentaires. La résilience économique doit être renforcée pour préserver la sécurité alimentaire et la nutrition contre l'adversité économique. Cela nécessitera des politiques et des programmes à court et à long terme. À court terme, les pays doivent protéger les revenus et le pouvoir d'achat face aux difficultés économiques. En outre, il est important de mettre en place des politiques dans le secteur de la santé qui protègent les pauvres contre les dépenses de santé catastrophiques, ainsi que des politiques visant à réduire la volatilité excessive des prix des denrées alimentaires. À plus long terme, les pays doivent investir pour réduire les vulnérabilités et les inégalités économiques, renforcer la capacité à résister aux chocs, maintenir les dépenses de santé et les autres dépenses sociales, et utiliser des outils politiques pour créer des environnements alimentaires plus sains. Il faut pour cela équilibrer un ensemble de politiques et d'investissements afin de réaliser une transformation structurelle inclusive qui diversifie l'économie en l'éloignant de la dépendance à l'égard des produits de base, tout en favorisant la réduction de la pauvreté et des sociétés plus égalitaires.

Tableau 8.2 : Menu des options politiques

Recommandation	Options politiques
<p>1. Accroître la priorité accordée à la prévention et au contrôle de la sous-nutrition et du retard de croissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Accroître les efforts de plaidoyer pour sensibiliser le public et les politiques aux conséquences sociales et économiques de la sous-nutrition chez l'enfant, afin que la nutrition, en mettant l'accent sur la lutte contre le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, bénéficie du plus haut niveau d'engagement possible. Il s'agit notamment de poursuivre les efforts tels que les African Leaders for Nutrition, Nutrition Champions, National Champions ainsi que la Continental Nutrition Score Card. ii. Examen de l'intégration en cours de la nutrition dans les plans de développement nationaux, régionaux et locaux. iii. Revoir les cadres de développement nationaux pour faire en sorte que la réduction de la prévalence des retards de croissance soit un indicateur de résultat des politiques de développement social et économique. iv. Fixer des objectifs agressifs, en valeur absolue, pour la réduction des retards de croissance et de l'insuffisance pondérale, qui vont au-delà d'une réduction proportionnelle au niveau national. v. Intégrer dans les objectifs nationaux des indicateurs supplémentaires sensibles à la nutrition, par exemple sur les carences en micronutriments, qui sont essentiels pour lutter contre la malnutrition infantile. vi. Compléter l'aide internationale par des investissements financiers menés au niveau national et par le renforcement des capacités nationales de lutte contre la sous-nutrition chez l'enfant. vii. Favoriser la mise en œuvre de la stratégie d'éducation continentale pour l'Afrique afin d'améliorer les résultats scolaires qui ont un impact sur la sous-nutrition chez l'enfant.
<p>2. Renforcer le leadership, la gouvernance et la coordination d'une réponse nationale multisectorielle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Créer une agence ou une commission nationale de la nutrition dotée d'un mandat légal clair pour coordonner les activités des différents secteurs et faire de la nutrition une priorité. ii. Attribuer des responsabilités institutionnelles spécifiques aux secteurs, le cas échéant, afin de garantir une responsabilité claire. iii. Créer une ligne budgétaire et un système de suivi pour le financement d'un plan d'action nutritionnel multisectoriel. iv. Décentraliser l'approche multisectorielle en créant des bureaux dans les institutions clés, les ministères, les départements et les agences concernés aux niveaux national, régional et local afin d'assurer une bonne coordination.

3. Améliorer l'environnement politique pour garantir la disponibilité d'aliments nutritifs et de services de nutrition.

- i. Accroître les investissements dans la lutte contre la sous-nutrition au cours des 1000 premiers jours de la vie d'un enfant, notamment en améliorant la disponibilité et l'accès à des aliments complémentaires riches en nutriments pour les enfants âgés de 6 à 23 mois.
- ii. Intégrer la fourniture de services de nutrition à d'autres services essentiels et fournir des services de nutrition à tous les points de contact.
- iii. Mettre en place des mécanismes qui limitent la variation des prix des denrées alimentaires, en particulier pour les aliments sains, tels que les fruits, les légumes, les produits laitiers et les légumineuses, dans un contexte de forte volatilité des marchés et d'instabilité macroéconomique. Étiquetage correct des aliments, stockage, transformation, manipulation et réglementation appropriés.
- iv. Mettre en place des subventions pour fournir des produits alimentaires plus sains qui assurent une partie de l'apport nutritionnel nécessaire dans les zones géographiques à forte vulnérabilité.
- v. Encourager le bio enrichissement des aliments de base courants en micronutriments multiples, en particulier dans les régions où la diversité alimentaire est limitée et où les carences en micronutriments sont élevées.
- vi. Explorer la fortification à domicile à l'aide de poudres de micronutriments comme stratégie pour améliorer la qualité des aliments complémentaires pour les enfants de plus de 6 mois.
- vii. Renforcer les programmes nationaux d'alimentation scolaire, notamment en rendant obligatoire la présence d'aliments enrichis dans les repas scolaires, afin de garantir un apport accru en nutriments aux enfants scolarisés.
- viii. Promouvoir les partenariats public-privé en tant que stratégie visant à engager le secteur privé dans la fourniture de services de santé accessibles, ainsi que dans la production et la commercialisation de produits alimentaires enrichis, et le renforcement des chaînes de valeur nutritives et des normes d'étiquetage.

<p>4. Renforcer la communication pour un changement social et comportemental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Mettre en place des programmes de sensibilisation à la santé pour les femmes, notamment avant le mariage et la grossesse, afin de les protéger de la malnutrition et de leur fournir les informations nécessaires pour préparer des repas sains et nutritifs pour leur famille. ii. Souligner l'importance de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de 6 mois, et poursuivi jusqu'à 2 ans, et éviter son remplacement par du lait maternisé iii. Investir dans une stratégie de communication et des programmes de changement de comportement pour informer les familles vulnérables sur les aliments nutritifs à petit prix. iv. Accroître le rôle des agents communautaires dans les zones rurales afin qu'ils sensibilisent les femmes en âge de procréer à la santé et à la nutrition. v. Renforcer la capacité et le rôle du ministère de l'information dans la communication et le plaidoyer en faveur d'une nutrition adéquate à tous les niveaux. vi. Sensibiliser pour convaincre la population de la qualité nutritionnelle des aliments locaux et promouvoir les pratiques culinaires qui préservent ces qualités. vii. Élaborer, réviser ou mettre à jour des guides nutritionnels sur les produits alimentaires disponibles localement qui peuvent être utilisés, mélangés ou transformés pour élaborer des repas enrichis sur le plan nutritionnel pour les groupes vulnérables. viii. Intégrer des programmes de nutrition dans les programmes d'enseignement afin d'instiller l'importance de la nutrition, de la sécurité alimentaire et de la diversification des régimes alimentaires dans l'éducation dès la petite enfance.
<p>5. Surveiller les tendances et les déterminants de la malnutrition et évaluer les progrès des interventions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Améliorer les systèmes de suivi et d'évaluation et les relier aux interventions de prévention. ii. Renforcer un système national de surveillance nutritionnelle qui facilite les interventions fondées sur des données probantes. iii. Mettre en place une périodicité de 2 ans entre les évaluations de la sous-nutrition chez l'enfant pour mesurer les résultats à court terme dans la prévention du retard de croissance. iv. Améliorer les systèmes de données pour garantir la disponibilité de données locales fiables sur les indicateurs nutritionnels.

5. Surveiller les tendances et les déterminants de la malnutrition et évaluer les progrès des interventions.

- v. Recueillir des informations qui mettent en relation l'état nutritionnel des enfants avec les moyens de subsistance et les activités économiques des ménages, ainsi que l'accès aux services de base, tels que l'eau et l'assainissement pendant l'évaluation de la nutrition des enfants. Tirer parti du Programme de suivi des éléments liés à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène (WASH).
- vi. Veiller à ce que les parties prenantes soient conscientes de leur rôle dans la collecte des données sectorielles et se l'approprient.
- vii. Améliorer le flux d'informations et l'établissement de rapports en créant un site web/portail d'information publique dédié aux interventions nutritionnelles.
- viii. Renforcer les systèmes de collecte, d'analyse et de communication de données ventilées.
- ix. Établir des partenariats avec des universités et instituts de recherche africains afin de soutenir la création d'un ensemble complet de données probantes, le développement de nouveaux outils et de nouvelles stratégies pour améliorer la conception et la mise en œuvre des programmes.
- x. Soutenir les efforts continentaux visant à améliorer la collecte, l'analyse, l'évaluation et la documentation des données afin d'informer des politiques et des programmes meilleurs et efficaces.
- xi. Établir un mécanisme de suivi solide pour mesurer les investissements des États membres dans la nutrition des enfants et les progrès réalisés.
- xii. Adopter une approche plus structurée pour mesurer les résultats à court terme de la prévention de la sous-nutrition chez l'enfant et pour revoir et améliorer systématiquement les interventions.
- xiii. Tirer parti du Continental Nutrition Accountability Scorecard pour mesurer et suivre les progrès réalisés par rapport aux indicateurs de nutrition convenus et renforcer l'engagement des gouvernements et des partenaires.

<p>6. Donner la priorité aux stratégies et interventions novatrices et multisectorielles en matière de nutrition qui s'inscrivent dans des systèmes alimentaires durables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Mettre en place des systèmes alimentaires durables avec des chaînes de valeur axées sur la nutrition, afin de changer la donne dans la lutte contre la sous-nutrition chez l'enfant. ii. Renforcer les programmes d'alimentation scolaire avec des aliments sains, diversifiés et nutritifs, en mettant l'accent sur une chaîne de valeur sensible. Des programmes d'alimentation scolaire conçus autour des aliments de base et des aliments indigènes. iii. Assurer l'alignement et la cohérence avec d'autres stratégies sectorielles liées à la santé, à l'éducation et à l'agriculture, en particulier, pour lutter contre la sous-nutrition chez l'enfant et maximiser l'impact. iv. Intégrer les résultats en matière de nutrition dans toutes les stratégies et tous les plans nationaux et continentaux. v. Établir des mécanismes de coordination efficaces par le biais de processus consultatifs complets et participatifs inclusifs afin de faciliter la compréhension des rôles et responsabilités de chaque partie prenante et de renforcer les synergies. vi. Mettre en place des plateformes de nutrition multisectorielles pour tirer parti des avantages transversaux des interventions en matière de nutrition. vii. Élaborer une feuille de route claire pour les principales parties prenantes à tous les niveaux afin de guider la mise en œuvre d'actions concrètes et limitées dans le temps pour atteindre les objectifs prévus.
<p>7. Intégrer les résultats liés au genre dans les interventions en matière de nutrition infantile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> i. Donner la priorité aux programmes et aux politiques qui renforcent l'autonomie des femmes et des adolescentes et les sensibilisent aux soins maternels, à la grossesse et à leurs besoins nutritionnels quotidiens. ii. Investir dans des opportunités de formation ciblant les jeunes et les femmes afin de développer les opportunités d'emploi et la génération de revenus.

<p>8. Prévoir un financement stable et continu pour investir dans la nutrition des enfants.</p>	<ul style="list-style-type: none">i. Mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre du plan d'action nutritionnel, notamment par le biais d'allocations budgétaires spécifiques (par exemple, taxes, loteries, secteur privé, etc.).ii. Explorer et adopter des mécanismes de financement innovants pour canaliser de nouvelles ressources et combler le manque d'investissement dans la nutrition, notamment par le biais de partenariats public-privé, d'outils de gestion des risques, d'outils de crédit innovants et de subventions intelligentes, de transferts de fonds des migrants et d'investissements de la diaspora.iii. Accroître les investissements dans des systèmes de protection sociale complets et rentables tenant compte de la nutrition.iv. Promouvoir l'investissement dans la mise en œuvre et la reproduction de systèmes alimentaires durables pour améliorer le rendement de la nutrition des enfants.
--	---

CONCLUSION:

Le continent africain fait des efforts louables pour améliorer l'état nutritionnel. Le fardeau de la sous-nutrition chez l'enfant constitue une menace directe pour les gains économiques réalisés sur le continent et peut compromettre le développement et la productivité des générations futures d'Afrique. Les efforts visant à relever le défi de la sous-nutrition chez l'enfant doivent se concentrer sur l'augmentation des investissements dans des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. Il est important d'améliorer la coordination à tous les niveaux grâce à des plans multisectoriels de responsabilisation. Une action efficace nécessite d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la protection sociale et l'éducation pour maximiser l'impact nutritionnel. L'attention doit également se concentrer sur des mécanismes de suivi et d'évaluation solides et sur le renforcement des capacités afin d'obtenir un meilleur rendement social et économique des interventions nutritionnelles. Les interventions prioritaires pour lutter contre la sous-nutrition chez l'enfant doivent être des interventions fondées sur des données probantes, telles que l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, la promotion de la consommation de régimes alimentaires sains et nutritifs, la promotion et la protection de l'allaitement maternel exclusif et l'accès à l'éducation de base, aux services d'assainissement et à l'eau potable. L'éducation communautaire, en particulier celle des femmes et des jeunes, est essentielle pour améliorer les niveaux nutritionnels dans les régions rurales. Des programmes de fortification alimentaire à grande échelle peuvent apporter une contribution majeure à l'amélioration de la qualité des régimes alimentaires au niveau de la population. Les développements dans le secteur de l'agriculture devraient promouvoir des systèmes alimentaires durables pour de meilleurs résultats en matière de nutrition et de santé. Le renforcement des mécanismes de protection sociale sera essentiel pour atténuer la fragilité, tout en œuvrant pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des adolescentes. Une gouvernance fragile et les effets des conflits et des facteurs de stress liés au climat sont des défis majeurs qui limitent les progrès. De nombreux États membres africains sont confrontés à des catastrophes naturelles, des conflits et des crises humanitaires, notamment l'afflux de réfugiés en provenance des pays voisins, des pandémies telles que la COVID 19 et d'autres qui pourraient survenir. Les crises humanitaires contribuent à accroître le risque d'insécurité alimentaire et d'accès insuffisant aux services essentiels de nutrition et de santé. À l'avenir, des efforts concertés pour lutter contre ces facteurs sous-jacents de la malnutrition et assurer la durabilité des actions seront essentiels pour garantir une bonne nutrition en Afrique.

Souvent, la nutrition des enfants n'est pas perçue comme un investissement à long terme, qui prendra plusieurs années pour générer des retours sociaux, ce qui conduit à donner la priorité aux investissements à court terme dans les allocations budgétaires. Le renouvellement des engagements nationaux en faveur de l'élimination de la malnutrition infantile est d'une importance capitale. Le coût de l'inaction serait trop colossal pour l'économie du continent, tant aujourd'hui qu'à l'avenir, et plaide donc pour que l'Afrique s'appuie sur des actions politiques pour réduire de manière drastique les retards de croissance et la malnutrition. L'impact économique associé à la malnutrition des enfants, en particulier les enfants souffrant d'insuffisance pondérale et de retard de croissance, est très important et a des conséquences considérables sur la santé, l'éducation et la productivité. Le modèle COHA fournit une analyse perspective importante sur les bénéfices économiques potentiels générés par une réduction de la prévalence de la sous-nutrition chez l'enfant. L'étude du COHA offre l'occasion de mieux comprendre le rôle que la nutrition des enfants peut jouer en tant que catalyseur de la transformation sociale et économique et du développement humain. L'Union africaine appelle les gouvernements à continuer à donner la priorité à la nutrition dans leurs plans gouvernementaux nationaux afin de garantir le maintien et la pérennité des progrès réalisés au fil des ans.

Annexe

Glossaire des Termes

1. **Sous-nutrition chez l'enfant:** Résultat d'une faible consommation prolongée d'aliments (faim) et/ou d'une faible absorption des aliments consommés. Elle s'applique généralement à une carence énergétique ou protéique, mais elle peut également concerner les carences en vitamines et minéraux. Les mesures anthropométriques (retard de croissance, insuffisance pondérale et émaciation) sont les indicateurs de sous-nutrition les plus largement utilisés.
2. **Faim chronique:** Statut des personnes dont l'apport alimentaire est régulièrement inférieur à leurs besoins énergétiques minimaux, ce qui entraîne une sous-nutrition.
3. **Coûts non couverts par le système de santé :** Cette variable comprend la valeur des intrants (c'est-à-dire les médicaments) qui sont payés par la famille.
4. **Probabilité différentielle (PD) :** Désigne la différence entre la probabilité d'occurrence d'une conséquence (c'est-à-dire la maladie, le redoublement et la baisse de productivité) compte tenu d'une condition spécifique. Le modèle utilise cette variable spécifiquement pour déterminer le risque entre ceux qui souffrent de sous-nutrition et ceux qui n'en souffrent pas (CEPALC).
5. **Taux d'abandon par classe :** Pourcentage d'élèves qui abandonnent une classe au cours d'une année scolaire donnée (UNESCO).
6. **Épisodes :** Il s'agit du nombre d'événements pathologiques survenant pour une pathologie donnée. Dans le modèle, il est basé sur une période d'un an, c'est-à-dire sur le nombre de fois qu'une pathologie spécifique se produit en un an (CEPALC).
7. **Insécurité alimentaire :** Existe lorsque les gens n'ont pas accès à une quantité suffisante d'aliments sains et nutritifs et ne consomment donc pas assez pour mener une vie active et saine. Cela peut être dû à l'indisponibilité de la nourriture, à un pouvoir d'achat insuffisant ou à une utilisation inappropriée au niveau des ménages (FAO).
8. **Vulnérabilité alimentaire :** Reflète la probabilité d'un déclin aigu de l'accès à la nourriture ou de la consommation, souvent en référence à une valeur critique qui définit les niveaux minimums de bien-être humain (PAM).
9. **Faim :** Statut des personnes dont l'alimentation fournit régulièrement moins que leurs besoins énergétiques minimaux, soit environ 1800 kcal par jour. Elle est exprimée de manière opérationnelle par l'indicateur de sous-alimentation (FAO).
10. **Dimension rétrospective secondaire :** Utilisé pour estimer le coût de la sous-nutrition dans la population d'un pays pour une année donnée. Le modèle l'applique en considérant les coûts de santé des enfants d'âge préscolaire (0 à 5 ans) souffrant de sous-nutrition, les coûts d'éducation des enfants d'âge scolaire (6 à 18 ans) et les coûts économiques résultant de la perte de productivité des individus en âge de travailler (15 à 64 ans) (CEPALC).
11. **Restriction de croissance intra-utérine (RCIU) :** Désigne le poids du fœtus qui est inférieur au 10e percentile pour l'âge gestationnel (OMS). Dans le modèle, il s'agit du seul type d'affection pris en compte dans l'estimation du coût des enfants de faible poids de naissance.

12. **Insuffisance pondérale à la naissance (IPN) :** On considère qu'un nouveau-né a un poids insuffisant à la naissance lorsqu'il pèse moins de 2 500 grammes (OMS).
13. **Malnutrition :** Terme général désignant une série d'affections qui nuisent à la santé et qui sont dues à une consommation alimentaire inadéquate ou déséquilibrée ou à une mauvaise absorption des aliments consommés. Elle désigne à la fois la sous-nutrition (privation de nourriture) et la suralimentation (apport alimentaire excessif par rapport aux besoins énergétiques) (FAO).
14. **Taux de mortalité :** La proportion de décès par an dans une population donnée, généralement multipliée par un dixième de densité de la population, de sorte qu'elle est exprimée en nombre pour 1.000, 10.000 ou 100.000 individus par an.
15. **Productivité/productivité du travail :** Mesure la quantité de biens et de services produits par chaque membre de la population active ou la production par unité de travail (BIT). Dans le modèle, il s'agit de la contribution moyenne qu'un individu peut apporter à l'économie, mesurée par la consommation ou le revenu, selon la disponibilité des données.
16. **Dimension d'économie prospective ou potentielle :** Cette dimension permet de projeter les pertes présentes et futures encourues en raison des traitements médicaux, des redoublements scolaires et de la baisse de productivité causés par la sous-nutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans chaque pays, pour une année spécifique (CEPALC).
17. **Dépenses sociales publiques :** Les dépenses sociales sont la fourniture par les institutions publiques (et privées) de prestations et de contributions financières destinées aux ménages et aux individus afin de leur apporter un soutien dans des circonstances qui nuisent à leur bien-être, à condition que la fourniture des prestations et des contributions financières ne constitue ni un paiement direct pour un bien ou un service particulier, ni un contrat ou un transfert individuel (OCDE).
18. **Risque relatif :** Désigne le risque qu'un événement se produise, compte tenu d'une condition spécifique. Elle est exprimée comme le rapport entre la probabilité que l'événement se produise dans le groupe exposé et dans un groupe non exposé. Dans le modèle, il est utilisé pour établir le niveau de risque de maladie, de baisse des résultats scolaires ou de productivité par rapport à l'exposition à la sous-nutrition.
19. **Taux de redoublement par classe :** Nombre de redoublants dans une classe donnée au cours d'une année scolaire donnée, exprimé en pourcentage des effectifs de cette classe au cours de l'année scolaire précédente (UNESCO).
20. **Retard de croissance :** Représente l'insuffisance de taille par rapport à l'âge ; un indicateur de malnutrition chronique, calculé en comparant la taille par rapport à l'âge d'un enfant avec une population de référence d'enfants bien nourris et en bonne santé (PAM). Le modèle l'utilise comme indicateur pour analyser l'impact sur les performances éducatives et la productivité.
21. **Sous-alimentation :** Apport alimentaire qui est continuellement insuffisant pour couvrir les besoins énergétiques alimentaires. Ce terme est utilisé de manière interchangeable avec celui de faim chronique ou, dans ce rapport, de faim (FAO).
22. **Sous-nutrition :** Résultat d'un faible apport alimentaire prolongé et/ou d'une faible absorption des aliments consommés (sous-alimentation). Il s'applique généralement à la carence en énergie (ou en protéines et en énergie), mais il peut également concerner les carences en vitamines et en minéraux (FAO).

- 23. Insuffisance pondérale :** Mesurés en comparant le poids par rapport à l'âge d'un enfant avec une population de référence d'enfants bien nourris et en bonne santé (PAM). Le modèle l'utilise pour analyser l'impact de la sous-nutrition chez l'enfant sur la santé.
- 24. Émaciation :** Reflète un processus récent et grave qui a conduit à une perte de poids substantielle, généralement associée à la famine et/ou à la maladie. L'émaciation est calculée en comparant le poids par rapport à la taille d'un enfant avec une population de référence d'enfants bien nourris et en bonne santé (PAM).

Photo credits

Page 1 -WFP/Nyani Quarmyne

Page 4 -WFP/Olivier Le Blanc

Page 10 - WFP/Cantines

Page 14 -WFP/Nyani Quarmyne

Page 20 -WFP/ Brenda Barton

Page 25 -WFP/Irshad_Khan

Page 26 -WFP/Tambacara

Page 31 -WFP/Olivier Le Blanc

Page 32 -WFP/ Stephen Wong

Page 38 -WFP/ Richard Lee

Page 43 -WFP/Olivier Le Blanc

Page 44 -WFP/Vera Boohene

Page 50 -Niger



Union
Africaine 



Programme
Alimentaire
Mondial