



OCTOBRE 2020

# LES ASPECTS SANTÉ MENTALE & PRATIQUES DE SOINS DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

---

ÉTUDE THÉMATIQUE

# MENTIONS LÉGALES

## COPYRIGHT

© Action contre la Faim International

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

## CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à porter à l'attention du public les informations relatives aux initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim International. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur qui nous serait signalée. Toutefois, la responsabilité d'Action contre la Faim n'est en aucune manière engagée quant au contenu des informations du présent document.

Lesquelles :

- ont un caractère général et ne visent pas à aborder les circonstances spécifiques propres à une personne physique ou morale ;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ;
- renvoient parfois à des documents ou à sites externes sur lesquels Action contre la Faim n'exerce aucun contrôle et pour lesquels Action contre la Faim décline toute responsabilité ;
- n'ont en aucun cas valeur de conseil juridique.

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

Conception graphique : Céline Beuvin

Auteurs : Diana Rayes (Consultante), Alexandre Letzelter (Référent SMPSGP), Cécile Bizouerne (Référente secteur SMPSGP), Xuan Phan (Référente technique SMSP)

Photographie de couverture : © Action contre la Faim  
Action contre la Faim International, octobre 2020

© Action contre la Faim, 2020 - 14-16, boulevard de Douaumont - 75017 Paris  
[www.actioncontrelafaim.org](http://www.actioncontrelafaim.org)



© Action contre la Faim

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>A/ LES FACTEURS ET LES DÉTERMINANTS SMPSGP LIÉS À LA MALNUTRITION CHRONIQUE</b>	<b>6</b>
1 Les causes psychosociales	7
2 Les conséquences psychosociales	9
<b>B/ DES INTERVENTIONS EN RAPPORT AVEC LA SMPSGP POUR PRÉVENIR ET TRAITER LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE</b>	<b>11</b>
1 Les interventions axées sur la santé mentale maternelle	12
2 Les interventions pour le développement de la petite enfance	14
3 Les interventions en changement de comportement et à base communautaire	15
4 Conclusion de la partie B	15
<b>C/ LES RECOMMANDATIONS ACF SUR LA STRATÉGIE DES INTERVENTIONS EN SMPSGP POUR LUTTER CONTRE LA MALNUTRITION CHRONIQUE</b>	<b>17</b>
1 Pourquoi le secteur SMPSGP ?	17
2 Les étapes clés	18
3 Les obstacles et les défis	20
4 Proposition d'un modèle ACF de théorie du changement SMPSGP et malnutrition chronique	21
5 Ressources opérationnelles clés	22

## ACRONYMES

<b>ACF</b>	Action Contre la Faim
<b>EHA</b>	Eau Hygiène et Assainissement
<b>DPE</b>	Développement de la Petite Enfance
<b>MAM</b>	Malnutrition Aigüe Modérée
<b>MAS</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MHGAP</b>	Mental Health Gap Action Programme ( <i>Programme d'Action Combler les lacunes en santé mentale</i> )
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>TCC</b>	Therapie Cognitivo- Comportementale
<b>SAME</b>	Sécurité Alimentaire et Moyen d'Existence
<b>SMPSPG</b>	Santé Mentale Pratiques de Soin Genre et Protection
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund ( <i>Fonds des Nations Unies pour l'Enfance</i> )
<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre

## SCHÉMAS

**SCHÉMA 1 :** Les causes et conséquences du retard de croissance selon le modèle écologique de Bronfenbrenner

**SCHÉMA 2 :** Les relations entre les causes et conséquences du retard de croissance

**SCHÉMA 3 :** Extrait du Lancet: Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale Series Paper ECD 2

**SCHÉMA 4 :** Outil d'évaluation extrait du guide Soins pour le développement de l'enfant

**SCHÉMA 5 :** Modèle ACF de théorie du changement SMPSPG et malnutrition chronique adapté de Mental Health Innovation Network

# INTRODUCTION

En 2019<sup>1</sup>, près de 821 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde, principalement en Asie et en Afrique. Pour combattre la faim dans le monde, Action Contre la Faim (ACF) intervient dans la promotion du traitement et de la prévention de la sous-nutrition liée à la Malnutrition Aigüe Sévère et Modérée. En 2019, ACF a touché plus de 17 millions de personnes, dont 5.5 millions ont fait partie des programmes de nutrition et 416,086 personnes ont bénéficié des services en santé mentale et pratiques de soins<sup>2</sup>.

Comme indiqué dans son Plan Stratégique International 2016-2020, ACF aspire à réduire les conséquences de la faim, répondre aux causes de la faim, changer la façon de voir la faim et d'y faire face. Cette fois, comme nouvel élément, l'un des objectifs d'ACF est de réduire la prévalence de la malnutrition chronique en accord avec les Objectifs de Développement Durable et les Cibles Mondiales convenues par l'Assemblée Mondiale de la Santé pour 2025. La malnutrition chronique est l'une des maladies fréquentes les plus graves au monde à ce jour, elle touche directement le développement des communautés défavorisées. Plusieurs facteurs psychosociaux liés aux pratiques de soins ont un impact sur la nutrition conduisant à la malnutrition aigüe et chronique. Tels que : relation mère-enfant dysharmonieuse, rupture du lien mère-enfant et/ou des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la dépression maternelle, le traumatisme parental, la séparation d'avec la mère, un conflit au sein de la famille, le décès d'un proche, l'isolation de la mère, les aspects liés à la prise de décision, un enfant peu attrayant à cause d'une maladie, de la pauvreté, ainsi que les déplacements forcés, l'urbanisation et les acculturations récentes. Les enfants avec un retard de croissance ont souffert de malnutrition plus tôt dans leur vie<sup>3</sup>. Les dommages au cerveau et au corps peuvent s'avérer irréversibles et même si ces enfants atteignent l'âge adulte, ils restent des "survivants vulnérables". Cela inclut un retard au niveau du développement moteur, des fonctions cognitives réduites, un comportement agressif, de faibles performances scolaires et une probabilité plus élevée de maladie chronique et de mortalité précoce (le risque de mortalité est 5,5 fois plus élevé chez les enfants présentant un retard de croissance que chez les enfants en bonne santé). La santé reproductive des femmes ayant souffert de malnutrition chronique durant leur enfance est également compromise, ce qui augmente à la fois les risques de mortalité materno-infantile et les risques d'avoir un enfant de faible poids à la naissance. Il en résulte une productivité économique amoindrie qui accentue le cycle de la pauvreté et de la faim.

En parallèle de sa stratégie globale, ACF a mis en place un groupe de travail, durant deux ans, sur la malnutrition chronique afin d'aider à mieux définir l'approche d'ACF, lequel ayant notamment abouti à ce présent document. En effet, un des objectif du groupe de travail visait à répondre aux besoins psychosociaux et aux besoins liés aux pratiques de soins des enfants et des donneurs de soins, et à s'assurer que notre travail tienne compte des pratiques et des traditions locales, en utilisant des approches intégrées en sécurité nutritionnelle et sensibles à la nutrition, tout en ciblant la "fenêtre d'opportunité" des 1000 jours.

Le secteur Santé Mentale Pratiques de Soins, Genre et Protection (SMPSPG) d'ACF a développé une approche psychosociale intégrée au traitement et à la prévention de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) et de la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM)<sup>4</sup>, en mettant en œuvre des programmes (spécifiques ou intégrés aux secteurs Nutrition et Santé, SAME, EHA), en intervenant au niveau des communautés et en renforçant les systèmes de santé nationaux (par un appui technique au cursus, le renforcement des capacités et le plaidoyer) de nombreux pays. Jusqu'à présent, très peu de programmes conçus pour lutter contre la malnutrition chronique ont intégré une composante SMPSPG (ex : Madagascar).

Ce document est le résultat d'une consultance effectuée en novembre-décembre 2016 par le département Santé Mentale & Pratiques de Soins, Genre et Protection d'ACF France dans le but de développer l'approche psychosociale d'ACF concernant le traitement et la prévention de la malnutrition chronique.

1 - Programme d'Alimentaire Mondial, *La faim dans le monde*, 2019.

2 - ACF, *Rapport annuel 2019*.

3 - ACF, *L'Essentiel Nutrition et Santé* (2012). Page 147.

4 - ACF, "Espaces mères-bébés. Approche holistique pour les femmes enceintes et allaitantes et leurs très jeunes enfant en situation d'urgence" (2014).

"Les modèles conceptuels de la malnutrition infantile. Fondement de l'approche ACF en santé mentale et pratiques de soins (version 2012). Manuel d'intégration des pratiques de soins et de la santé mentale au sein des programmes nutritionnels" (2006). "ABC - Accompagnement au Changement de Comportement. Partie 1 : théories et modèles. Partie 2 : techniques et idées pratiques" (2013). "1+1=3. Intégration des activités WASH et SMPSPG pour l'amélioration des projets d'aide humanitaire", (2013).

# A/ LES FACTEURS ET LES DÉTERMINANTS SMPSGP LIÉS À LA MALNUTRITION CHRONIQUE

L'objectif de la Partie A est d'établir des liens entre la malnutrition chronique et les aspects psychosociaux/santé mentale/pratiques de soins/protection comme moyen d'information pour aider à définir la position et la stratégie d'intervention d'ACF en matière de SMPSGP dans la lutte contre la sous-nutrition. La méthode consiste à effectuer une revue de la littérature académique (7 bases de données électroniques<sup>5</sup>) et de la littérature grise (7 sources<sup>6</sup>), à l'aide de mots clés tels que *retard de croissance, sous-nutrition chronique, stimulation psychosociale, développement de la petite enfance, santé mentale maternelle* et à partir d'études et d'interventions menées dans les pays où ACF intervient.

Cette méthodologie a permis d'identifier plusieurs recherches portant sur les causes et les conséquences du retard de croissance en rapport avec les aspects psychosociaux ou la santé mentale. Elle a aussi permis de repérer les interventions pertinentes dans la lutte contre le cycle de la malnutrition chronique pour les pays en développement. Les résultats préliminaires issus d'études systématiques menées antérieurement montrent qu'il existe des preuves solides indiquant que la malnutrition chronique a des effets néfastes à long terme sur le développement de l'enfant et sur son bien-être psychosocial, et ce tout au long de l'enfance, du plus jeune âge jusqu'à l'adolescence. Les résultats indiquent également que l'association de certains facteurs de risques psychosociaux ou en rapport avec la santé mentale (p.ex. la dépression maternelle) augmentent les risques de malnutrition chronique chez l'enfant. Ces résultats sont importants pour renforcer l'approche d'ACF en Santé Mentale et Pratiques de Soins concernant la prévention et le traitement de la malnutrition chronique, les troubles du développement et du comportement chez l'enfant.

Les études retenues concernent plusieurs tranches d'âge allant des mères en début de grossesse, aux jeunes enfants jusqu'à l'adolescence (18 ans). Bien que la plupart des études soulignent le fait que la "fenêtre des 1000 premiers jours", ou les 24 premiers mois après la naissance, est la période critique pendant laquelle un retard de croissance aura par la suite des conséquences irréversibles sur les capacités cognitives, les fonctions exécutives et le niveau d'études<sup>7</sup>, et que cette période est donc la plus propice pour intervenir sur le plan du traitement et de la prévention du retard de croissance, certaines études montrent en revanche qu'il existe d'autres périodes optimales pour intervenir en santé mentale et pratiques de soins sur les effets intergénérationnels et l'espérance de vie des individus. En effet, certaines études montrent qu'un rattrapage de croissance est possible après l'âge de 24 mois et pendant l'adolescence ("2<sup>e</sup> fenêtre d'opportunité")<sup>8</sup>. Il est important de garder ceci à l'esprit car ces autres fenêtres offrent des opportunités transversales de prévenir le retard de croissance à travers plusieurs objectifs de pratiques de soins : les soins envers les femmes, les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation, les soins psychosociaux aux enfants et aux adolescents, la préparation des repas, les pratiques d'hygiène et de soins au domicile.

5 - CINAHL, Cochrane Central, PsycINFO, PubMed, ISI Web of Science, Global Health Library, Annals of NY

6 - WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, Emergency Nutrition Network, ALNAP, Eldis

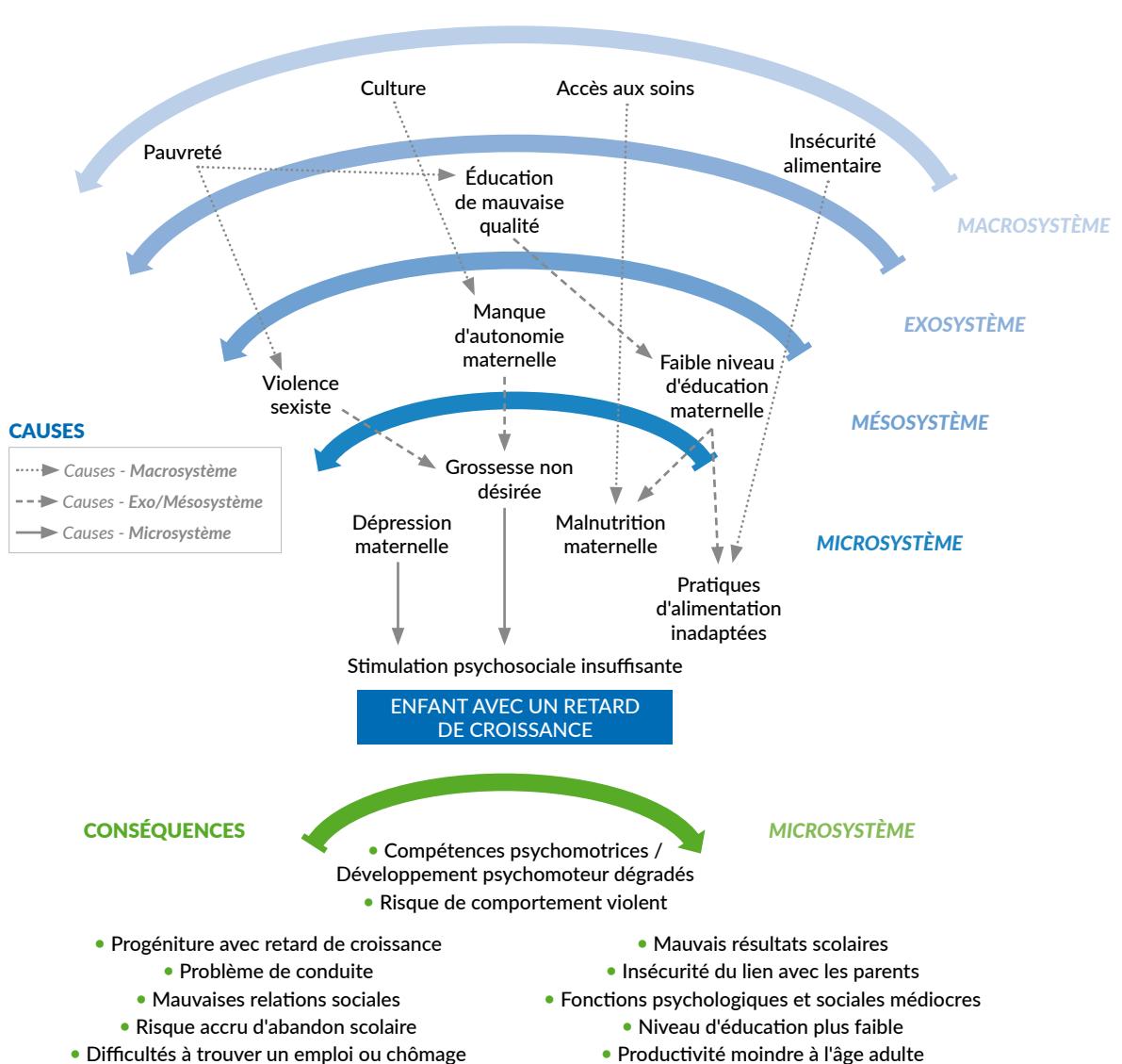
7 - Black et al. 2016

8 - de Onis & Branca, 2016

## 1. LES CAUSES PSYCHOSOCIALES

Selon le modèle écologique de Bronfenbrenner<sup>9</sup> et d'après les résultats des études, le Schéma 1 ci-dessous indique les **causes** et les **conséquences** du retard de croissance en rapport avec les aspects psychosociaux et la santé mentale. Cela inclut des causes structurelles, plus globales, que l'on retrouve souvent dans les études et les analyses comme la pauvreté, les conditions sociales et économiques, l'insécurité alimentaire et la culture (Macrosystème). Est ensuite présenté un mélange de l'*Exosystème* (environnement indirect) et du *Mésosystème* (relations) qui interagissent et influencent l'environnement direct de l'enfant (*Microsystème*). La relation causale la plus directe entre le retard de croissance chez l'enfant et les quatre niveaux supérieurs du modèle écologique, et que l'on retrouve aussi au niveau du *Microsystème*, est la mère de l'enfant. Ceci comprend, entre autres, le bien-être physique et émotionnel de la mère ainsi que son niveau d'éducation et l'accomplissement de son rôle social lié au genre.

**SCHÉMA 1 LES CAUSES ET CONSÉQUENCES DU RETARD DE CROISSANCE SELON LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER**



9 - La théorie des systèmes écologiques de Bronfenbrenner permet d'expliquer comment les qualités inhérentes d'un enfant et les caractéristiques de l'environnement externe dans lequel il évolue, sont interdépendantes et influencent la croissance et le développement de ce dernier. Avec sa théorie, Bronfenbrenner insiste sur le fait que pour comprendre le développement individuel d'un enfant, il est important de prendre en compte ses multiples environnements, autrement appelés systèmes écologiques. Pour plus de détails : <http://www.psychologynoteshq.com/bronfenbrenner-ecological-theory/>

## LES SOINS EN DIRECTION DES FEMMES

- Les enfants nés de parents souffrant de malnutrition (aigue, chronique) ou d'anémie ont plus de risques de souffrir de malnutrition chronique à 24 mois<sup>10,11</sup> (2 études).
- La dépression maternelle (prénatale ou postnatale) est associée à un comportement parental inadapté, à des pratiques de soins non réactives et à une tendance à moins allaiter ou moins longtemps, en plus des autres problèmes de santé mentale (17 études).
- Le faible niveau d'éducation ou l'illettrisme de la mère (7 études et 1 étude sur le niveau d'éducation des parents), sont des déterminants importants sur le retard de croissance de l'enfant en ce qu'ils participent au manque d'intérêt ou de compréhension vis-à-vis des pratiques d'alimentation essentielles.
- Les violences basées sur le genre à l'encontre des femmes, notamment les violences conjugales ou familiales (8 études), sont associées à des conséquences négatives à long terme sur la santé mentale, entraînant ainsi des pratiques de soins non optimales des mères à l'égard de leurs enfants. Par exemple, certaines études indiquent une durée plus courte de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes victimes de violences<sup>12</sup>.
- Le manque d'autonomie de la mère/femme (4 études) est associé à des conséquences négatives sur sa santé mentale, entraînant ainsi un comportement non optimal des mères à l'égard de leurs enfants (2 études).
- La faible sensibilité maternelle et réponse aux besoins de l'enfant résultant des différents facteurs mentionnés sont associés à des comportements inadaptés, compromettant le statut nutritionnel de l'enfant (2 études).

## LES PRATIQUES D'ALLAITEMENT MATERNEL ET D'ALIMENTATION

- Conseils pour l'allaitement maternel et/ou psychoéducation sur la nutrition (15 études).
  - De nombreuses études confirment qu'il existe une relation entre la faible prévalence de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois et le retard de croissance.
  - Sont également reliés, les mauvaises pratiques d'alimentation complémentaire en raison d'une psychoéducation sur la nutrition ou des conseils en nutrition et supplémentation insuffisants.

## LES SOINS PSYCHOSOCIAUX DES ENFANTS

- Une stimulation psychosociale inadéquate au niveau du foyer, tels que le manque d'affection, l'implication dans l'alimentation de l'enfant, l'hygiène, les soins de santé, l'attention à l'égard de l'enfant, jouer avec des jouets, est associée au retard de croissance (15 études).
  - Le niveau d'éducation des parents joue sur la connaissance qu'ils ont face à l'importance du matériel de jeu, des compagnons de jeu et des interactions adaptées avec leurs enfants<sup>13</sup>.
- Genre : Les résultats ne sont pas concluants concernant la répartition du retard de croissance en fonction du sexe (les études étaient spécifiques à un contexte particulier) (2 études). On observe en revanche des préférences culturelles (par exemple, une préférence pour les fils au détriment des filles en Asie du Sud)<sup>14</sup>.

## LA PRÉPARATION DE L'ALIMENTATION

- L'insécurité alimentaire continue (2 études) est associée à la malnutrition chronique.
  - La probabilité d'avoir un enfant avec un retard de croissance est trois fois plus élevée dans les foyers en situation d'insécurité alimentaire que dans les autres foyers, en raison d'un manque de connaissances sur les pratiques de soins.

## LES PRATIQUES D'HYGIÈNE

- Le lavage des mains (2 études).
  - Supposé réduire l'incidence des diarrhées et/ou des dysfonctionnements entériques réduisant ainsi les risques de retard de croissance. Le lavage des mains, les traitements pour améliorer la qualité de l'eau, l'assainissement et les pratiques d'hygiène sont des exemples d'interventions ayant permis de réduire les risques de maladies, lesquelles contribuent au retard de croissance.

10 - Vir 2016

11 - Walker et al. 2011

12 - Rahman et al. 2012

13 - Aboud et al. 2013

14 - Raj et al. 2015; Pillai & Ortiz-Rodriguez (2015)

## LES PRATIQUES DE SOINS AU NIVEAU DES FOYERS

- Examens de routine insuffisants dans le cadre des soins de santé primaires.
- Perceptions culturelles à propos de la malnutrition chronique<sup>15</sup>.
  - Normalisation du retard de croissance perçu comme courant dans la société, ou bien non considéré comme une maladie (1 étude).

## 2. LES CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

Les résultats des recherches montrent que contrairement aux facteurs de causalité, les conséquences du retard de croissance liées à la santé mentale sont plus directes. Toujours selon le modèle de Bronfenbrenner, les conséquences du retard de croissance (conséquences *Microsystémiques*) sont représentées dans le même schéma. Les conséquences à long et court terme sur le développement et la croissance de l'enfant, que l'on peut observer à partir du plus jeune âge et tout au long de la vie des individus (38 études) sont également indiquées. Le retard de croissance chez l'enfant affecte ses compétences psychosociales, cognitives, comportementales et linguistiques, entraînant ainsi des performances cognitives et une réussite scolaire moindres, donc un niveau d'éducation plus faible (comme l'âge d'inscription à l'école, le niveau scolaire atteint à l'adolescence) et, au final, une productivité moindre à l'âge adulte (probabilité plus faible d'avoir un emploi formel). Le domaine le plus touché est celui des soins psychosociaux aux enfants.

### LES APTITUDES PARENTALES

- Les mères d'enfants souffrant de malnutrition chronique présentent un niveau de dépression plus élevé, un niveau d'estime de leur rôle parental plus faible et offrent à leurs enfants un environnement domestique moins stimulant<sup>16</sup>.
  - Les mères atteintes de dépression ont tendance à être moins réactives et moins disposées à créer des liens solides avec leurs enfants et assurer leur rôle de mère attentionnée
- L'insensibilité maternelle (i.e. réponses moins adaptées aux communications de l'enfant, moindre implication et acceptation de l'enfant) est associée à une mauvaise croissance physique et au mal-être de l'enfant.
- Faible niveau de conscience des parents face aux symptômes visibles du retard de croissance.

### LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

- Des performances scolaires plus faibles que celles des enfants non malnutris chroniques : les notes obtenues aux quatre tests sur les acquis scolaires (QI verbal-performance, raisonnement non verbal, langage, mémoire de travail) sont plus faibles, ce qui suppose des difficultés spécifiques en matière d'arithmétique.
- Perturbation des fonctions psychomotrices fines et du fonctionnement cognitif chez les enfants de 2 ans atteints de retard de croissance, évalué au moyen de mesures cognitives et psychomotrices<sup>17</sup>.
  - Différences de développement psychomoteur par rapport aux enfants non atteints de retard de croissance (7-11 ans) illustré par des scores/résultats plus faibles des facteurs moteurs et perceptifs.

### LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT

- Probabilité accrue de comportement agressif/violent des enfants avec un retard de croissance par rapport aux enfants non atteints de retard de croissance (7-11 ans) (2 études).
- Apathie, moins d'émotions positives, moins envie de jouer, plus d'insécurité au niveau de l'attachement.
- Des études longitudinales montrent que l'on observe des problèmes de conduite, une capacité d'attention moindre et des relations sociales moins riches chez les enfants d'âge scolaire.

### LE DÉVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT

- Réussite scolaire plus faible (comme l'âge d'inscription à l'école, le niveau scolaire atteint à l'adolescence).
- Une étude montre que des enfants avec un retard de croissance à 8 ans ont réussi à rattraper leurs camarades à l'âge de 15 ans et ont de meilleurs résultats cognitifs que ceux avec un retard de croissance. Cependant la ralentissement de la croissance physique des enfants entre 8 et 15 ans, a des conséquences négatives sur leurs capacités cognitives et la scolarité<sup>18</sup>.

15 - Onis & Branca 2016.

16 - Baker-Henningham et al. 2003.

17 - Casale et al. 2016.

18 - Fink et al., 2014

## LE COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT

- Fonctions psychologiques et sociales moins bonnes chez les adolescents jamaïcains qui étaient sévèrement malnutris étant enfant, comparés à leurs pairs en bonne santé<sup>19</sup>.

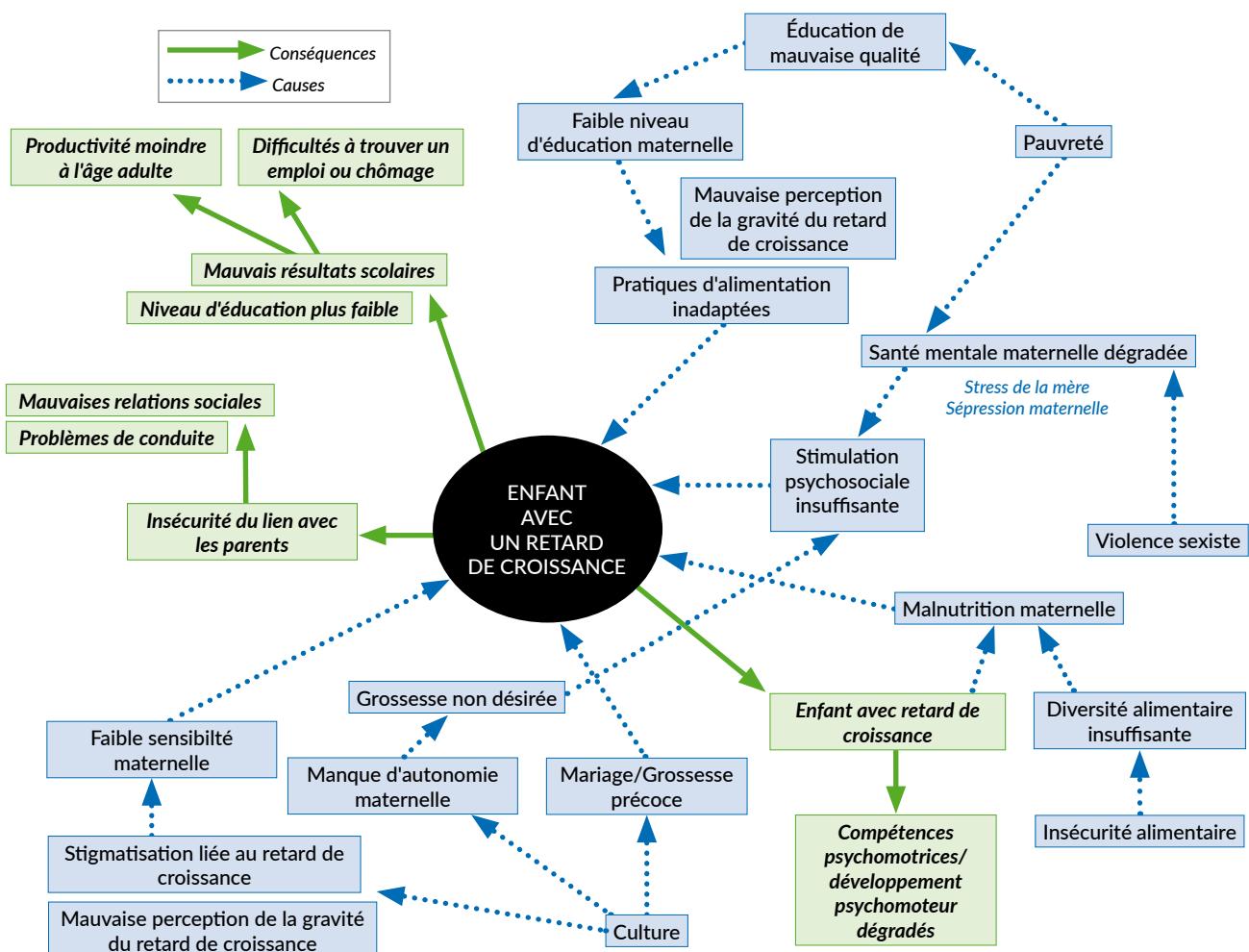
## LE COMPORTEMENT DE L'ADULTE

- Productivité moindre à l'âge adulte (probabilité plus faible d'avoir un emploi formel).
- À l'âge adulte, les enfants ayant souffert d'un retard de croissance auront un revenu de 20 % moindre que les enfants n'ayant pas eu de retard de croissance<sup>20</sup>.

## LES PROBLÈMES SOCIAUX À L'ÂGE ADULTE

- Les enfants ayant présenté un retard de croissance sont plus susceptibles de faire preuve de comportements violents que les autres.
- Des problèmes de comportement dès le plus jeune âge sont corrélés à un comportement social problématique, un abandon précoce de l'école, des difficultés à trouver un emploi ou des périodes de chômage<sup>21</sup>.
- Renoncer à un quart de son revenu annuel par an<sup>22</sup>.

## SCHÉMA 2 LES RELATIONS ENTRE LES CAUSES ET CONSÉQUENCES DU RETARD DE CROISSANCE



19 - Grantham-McGregor et al., 1991

20 - Walker et al. 2007

21 - Chang et al. 2002

22 - Richter, 2016

## B/ DES INTERVENTIONS SMPSGP POUR PRÉVENIR ET TRAITER LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

L'objectif de la partie B est de faire un résumé des interventions pertinentes sur le plan de la santé mentale, du soutien psychosocial et des pratiques de soins, qui peuvent être mis en place pour la lutte contre la malnutrition chronique à travers plusieurs types de contextes.

En compilant et en analysant les résultats préliminaires provenant d'études systématiques menées antérieurement, on remarque qu'il existe des éléments significatifs indiquant que certaines interventions clés pour la promotion du développement de la petite enfance ou pour la stimulation psychosociale des nourrissons et des enfants, peuvent protéger les enfants des risques liés à la malnutrition chronique et au mauvais développement. Parmi ces interventions, on peut citer : les actions de base en matière de nutrition, de stimulation psychosociale et d'aptitudes parentales auprès des mères et des enfants, ou encore les interventions visant à réduire les inégalités de genre, la stigmatisation liée à la malnutrition, les mauvaises pratiques d'alimentation et la dépression maternelle.

Lorsqu'elles sont combinées à des programmes nutritionnels pertinents, les interventions en rapport avec la SMPSGP (p.ex. action de stimulation psychosociale intégrée à un programme de supplémentation nutritionnelle) apportent des avantages supplémentaires au niveau de la croissance et du développement de l'enfant. Ce qui n'est pas le cas lorsque les programmes nutritionnels sont menés seuls, séparément. Par rapport aux autres interventions, l'efficacité des interventions nutritionnelles combinées aux interventions visant à favoriser le développement du jeune enfant a été testée à maintes reprises. Selon un projet mené en Jamaïque, où des enfants de 9 à 24 mois avec et sans retard de croissance ont suivi un programme de supplémentation alimentaire et de stimulation, on constate que les enfants atteints de retard de croissance qui ont bénéficié des deux interventions hebdomadaires pendant 2 ans, ont obtenu de meilleurs résultats sur le plan du développement que ceux qui n'avaient bénéficié que de l'intervention nutritionnelle ou d'aucune intervention<sup>23</sup>. Les enfants ayant participé à la stimulation psychosociale uniquement ou la stimulation combinée aux suppléments alimentaires ont bénéficié d'avantages cognitifs significatifs toujours présents à leurs 17 ans. En revanche, ces avantages n'ont pas perduré chez les enfants n'ayant suivi que l'intervention nutritionnelle.

## 1. LES INTERVENTIONS AXÉES SUR LA SANTÉ MENTALE MATERNELLE

Les recherches scientifiques ont confirmé l'association entre les problèmes de santé mentale de la mère et la malnutrition de leurs enfants. Dans une revue systématique pour évaluer l'efficacité des interventions visant à améliorer la santé mentale des femmes pendant la période périnatale, on trouve d'une part les interventions **directes**, visant à améliorer la situation des enfants, comme les approches psychosociales de l'OMS (ex : Penser Sain [Thinking Healthy] et Problem Management Plus [PM+]), et d'autre part les interventions **indirectes** visant à renforcer les connaissances des mères sur le développement normal de l'enfant et les pratiques de soins, comme celles visant à améliorer la sensibilité et la réactivité maternelle, la relation mère-nourrisson, l'état émotionnel de la mère par le soutien des pairs ou encore celles visant à réduire l'isolation sociale. Les interventions indirectes nécessitent l'utilisation des théories du changement de comportement afin de ritualiser les pratiques et ainsi les transformer en comportements que les mères pourront intégrer à leur environnement domestique<sup>24</sup> de façon permanente.

Les interventions intégrées (**directes** ou **indirectes**) santé mentale, pratiques de soins/nutrition ont obtenu de meilleurs résultats pour les mères et leurs enfants. Et ce, spécialement quand elles étaient culturellement adaptées et qu'elles faisaient appel à des techniques cognitives, de recherche de solutions et d'éducation dispensées au niveau du foyer des femmes cibles, tout en incitant autant de membres de la famille que possible à prendre soin du nourrisson. Les interventions visant à renforcer les capacités, telles que Penser Sain et PM+, encouragent les mères à s'impliquer au niveau de leur propre bien-être physique et mental, cela comprend la nutrition et le fait de mettre en avant les avantages que le programme apportera à l'enfant via la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter la dépression périnatale. Ces résultats ont été déterminants pour promouvoir les approches durables liées aux enfants et sensibles à la nutrition en responsabilisant la mère au moyen d'outils et d'informations à propos de son bien-être et des approches sensibles à la nutrition afin qu'elle puisse prendre ses propres décisions concernant sa santé personnelle et celle de son enfant. Alors que l'OMS préconise les interventions de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) comme outil visant à diminuer la mortalité infantile (dont le risque de malnutrition), il s'avère que d'après deux études menées en Inde et au Bangladesh, ces interventions auraient peu voire pas d'effet sur les enfants atteints de retard de croissance<sup>25</sup>.

Une approche bien construite en matière de bien-être psychosocial maternel peut tout à fait être intégrée à l'échelle d'un programme combiné en nutrition et en développement de la petite enfance. D'après une recherche formative au Pakistan, une approche à 5 piliers a été développée consistant à former et utiliser les agents de santé communautaire (ASC) en vue d'améliorer le bien-être psychosocial des mères en mettant l'accent sur :

1. l'écoute empathique,
2. l'implication de la famille,
3. la découverte guidée à l'aide d'images,
4. l'activation comportementale et
5. la recherche de solutions<sup>26</sup>.

L'intervention fut une réussite et cela repose sur le fait que les mères occupaient une place centrale au sein de l'initiative. L'intervention consistait à faire appel à des ASC locaux en qui les mères avaient confiance, à simplifier la formation des ASC, à les superviser régulièrement et à s'assurer que les nouvelles tâches leur facilitaient le travail sans rajouter une charge de travail supplémentaire.

Par ailleurs, le guide d'intervention MHGAP de l'OMS (Mental Health Gap Action Programme) indique les bonnes méthodes pour organiser la prise en charge et l'évaluation de la dépression, y compris des formes de dépression maternelle comme la dépression postpartum et le syndrome dépressif<sup>27</sup>. Cet outil est très utile pour former les ASC, appuyer les médecins et fournir des exemples d'interventions basées sur des preuves pour les cliniciens.

24 - Aboud et al., 2013

25 - Gera et al., 2012

26 - Zafar et al. 2014

27 - WHO, Mental Health Gap Action Programme, [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)

### LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Il existe une forte corrélation entre les mères ayant rapporté des Violences Basées sur le Genre (VBG) et la probabilité de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, particulièrement dues aux effets négatifs sur la santé mentale des mères et sur leur faculté à prendre soin de leur enfant (p.ex. la durée de l'allaitement exclusif chez les femmes victimes de violences est plus courte). Les interventions préconisées sont : les soins de santé mentale pour les mères victimes de violences domestiques et le dépistage systématique des carences nutritionnelles chez les enfants. D'autres interventions incluent la sensibilisation aux dommages physiques et psychologiques subis par la mère et les répercussions sur la santé mentale et physique du nourrisson. Elles permettent d'informer le père et la famille proche, des risques et des conséquences intergénérationnelles liés aux violences basées sur le genre pour le développement à long terme de l'enfant. Les recherches sont insuffisantes concernant les interventions à caractère social au niveau des communautés, telles que la sensibilisation aux conséquences des violences domestiques ou l'amélioration de l'autonomie des femmes à travers un accès à l'éducation et aux opportunités économiques pour limiter le risque de violences basées sur le genre et ainsi sur la probabilité de retard de croissance de l'enfant.

### LA SENSIBILITÉ MATERNELLE

Les études portant sur l'environnement domestique ont trouvé une corrélation entre mauvaises pratiques de soins et malnutrition chez l'enfant. Les acteurs humanitaires et praticiens sont encouragés à observer les modèles d'interactions entre les mères et leurs enfants pour documenter les interventions destinées à améliorer la sensibilité et la réactivité maternelles aux besoins de l'enfant, et ainsi améliorer les résultats sur les comportements et la santé de l'enfant<sup>28</sup>. Les interventions ayant les meilleurs résultats visent à améliorer la relation donneur de soins-enfant en utilisant plus d'un facteur impactant les pratiques de soins. Ces derniers comprennent : les conditions socio-économiques, le soutien social, les connaissances sur le développement et la santé de l'enfant, l'état émotionnel du donneur de soins et les caractéristiques de l'enfant. La plupart des programmes visant à favoriser le développement de la petite enfance (DPE) traitent de façon exhaustive les sujets relatifs aux besoins de l'enfant tout en renforçant l'aptitude des parents. Prenons l'exemple d'un modèle d'intervention efficace pour lutter contre le retard de croissance : les programmes Learning Through Play (semblables aux "Sessions de jeu thérapeutiques" proposées par ACF). Mis en œuvre au Pakistan et en Ouganda, ce programme a permis de montrer aux mères un ensemble d'activités ludiques adaptées à l'âge de l'enfant et de leur enseigner comment fabriquer des jouets avec du matériel abordable et accessible afin de stimuler le développement cognitif du nourrisson<sup>29</sup>. Les mères ont directement bénéficié de conseils personnalisés expliquant comment reconnaître et répondre aux besoins normaux d'un nourrisson de façon à rendre la relation mère-nourrisson plus gratifiante et à améliorer les aptitudes maternelles.

### L'AUTONOMIE MATERNELLE

Une étude menée en Inde sur la situation socio-économique des foyers et le niveau d'éducation des mères, montre que les femmes ayant une plus grande autonomie (définie par un accès à l'argent et à la liberté de choisir d'aller au marché) ont moins de probabilités d'avoir un enfant avec un retard de croissance. D'après cette étude, les deux aspects de l'autonomie des femmes ont des effets indépendants sur la croissance de l'enfant. Ce qui implique le besoin d'interventions permettant d'accroître à la fois l'autonomie financière et l'autonomie physique des femmes. De surcroît, le fait que l'autonomie reste un facteur important à niveau d'éducation égal des mères, montre que les bénéfices liés à l'augmentation de l'autonomie des femmes sont plus importants vis-à-vis du retard de croissance que ceux liés aux années d'études supplémentaires. Cette étude spécifique conclut que les ONG comme ACF gagneraient à augmenter le financement des programmes visant à améliorer l'autonomie financière et physique des femmes pour réduire les taux extrêmement élevés de retard de croissance observés dans certains contextes<sup>30</sup>.

28 - Valenzuela, et al. (1997). *Maternal sensitivity in a developing society: the context of urban poverty and infant chronic undernutrition*.

29 - Rahman et al. 2006

30 - Shroff, M., Griffiths, P., Adair, L., Suchindran, C., & Bentley, M. (2009). *Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India*.

## 2. LES INTERVENTIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Les interventions pour le développement de la petite enfance (DPE) produisent des résultats empiriques probants lorsqu'elles intègrent à la fois des actions de stimulation psychosociale et de responsabilisation des parents, promouvant ainsi des aptitudes parentales de qualité et des soins attentifs. Les interventions psychosociales produisent des effets durables lorsqu'elles sont couplées à des interventions nutritionnelles. Cela concerne principalement les visites à domicile permettant d'expliquer les activités de stimulation, de fournir des jouets et d'inciter la mère à faire preuve de réactivité quand elle joue avec son enfant<sup>31</sup>. Les programmes les plus efficaces en DPE sont ceux qui proposent des stimulations directes et un suivi des progrès des enfants atteints de malnutrition chronique, sur une longue durée et intégrés à d'autres secteurs. D'autres interventions en DPE travaillent auprès des parents pour améliorer leurs aptitudes parentales et leur fournir les ressources dont ils ont besoin via des visites à domicile ou des séances de groupe tenues dans un centre de santé ou un autre lieu.

### L'ÂGE

Comme indiqué dans la première partie du document, les tranches d'âge ciblées varient selon l'étude et selon l'intervention de prévention ou de réduction du retard de croissance. Concernant les tranches d'âge, le *Lancet Series 2016* préconise de "commencer tôt", de la conception à 3 ans, en utilisant comme point d'entrée le secteur Santé<sup>32</sup>. D'autres résultats soulignent à nouveau l'importance des "1000 premiers jours". En effet, plus les enfants sont exposés précocement aux interventions intégrées en nutrition et développement de l'enfant, plus les avantages cognitifs sont robustes<sup>33</sup>. Bien qu'un rattrapage de la croissance soit possible après 24 mois, les acquis sur le plan cognitif sont incertains chez les enfants de plus de 2 ans par rapport aux enfants plus jeunes. D'autres interventions ciblent les plus de 5 ans à l'adolescence (y compris les études de suivi). Les interventions avec des contacts directs avec l'enfant et ce avant l'âge de 2-3 ans est nécessaire, les bénéfices optimaux d'une prise en charge diminuant avec l'âge.

### L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ENFANT

Concernant les interventions visant à améliorer la sensibilité maternelle, la plupart des interventions psychosociales ont cherché à améliorer indirectement la situation des enfants en développant les aptitudes parentales ainsi que les connaissances sur l'importance de la stimulation psychosociale à la maison, telle que l'interaction verbale. Cela inclut la sensibilisation des parents à l'importance des notions suivantes : l'affection, l'implication dans l'alimentation de l'enfant, l'hygiène, les soins, l'attention accordée aux enfants et jouer avec eux et leurs jouets. Les modèles d'intervention sont des programmes axés sur la parentalité reposant sur des recommandations en matière d'alimentation complémentaire et de développement psychosocial des jeunes enfants, ainsi que sur des théories de l'apprentissage social du changement de comportement. Quelques interventions ont utilisé des illustrations, indiquant les pratiques clés en rapport avec le développement de l'enfant, comme outil de formation pour expliquer les pratiques parentales, sur une durée de 10 mois intercalée de sessions de rappel. Ceci a abouti à des taux de fréquentation élevés et des résultats positifs<sup>34</sup>. D'autres interventions ont encouragé les mères à ramener plus de matériels de lecture chez elles afin d'améliorer les capacités cognitives et la réussite scolaire de leurs enfants mais cela n'a pas toujours été bénéfique.

Une synthèse des interventions Care for Child Development menées au Pakistan démontre les résultats positifs des interventions combinées Care for Child Development et Enhance Nutrition. Elles ont permis d'améliorer les connaissances, attitudes et pratiques maternelles, et même de faire baisser les niveaux de détresse maternelle. Les services de santé pour les mères et les enfants ainsi que les plateformes communautaires déjà existantes (visites à domicile régulières des agents de santé communautaire) peuvent

31 - Grantham-McGregor, 1994

32 - The Lancet (2016), Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, <https://www.thelancet.com/series/ECD2016>

33 - Black et al. (2015). Integrating nutrition and child development interventions: Scientific basis, evidence of impact, and implementation considerations.

34 - Aboud et al. 2013

être un bon moyen de favoriser le développement du jeune enfant et la stimulation psychosociale à domicile, en particulier en s'appuyant sur le guide de l'OMS intitulé Soins pour le développement de l'enfant. D'autre part, le guide d'intervention mhGAP de l'OMS propose des questions à poser aux mères lors des bilans de santé réguliers des nourrissons et des enfants. Ces questions portent sur la stimulation psychosociale : jouer, interagir socialement, communiquer à la maison. Par exemple, dans le cadre des dépistages anthropométriques en nutrition menés régulièrement par ACF et après avoir diagnostiqué une malnutrition chronique chez un enfant, on pose la question suivante : "l'enfant a t-il l'occasion de jouer, d'interagir socialement et de communiquer de manière adéquate chez lui?" Cette question fait partie des recommandations du guide d'intervention mhGAP (version 2.0). Elle permet de savoir si l'enfant est correctement stimulé par rapport à son âge et si les parents assurent bien leur rôle.

En ce qui concerne la psychomotricité, une méta-analyse conclut que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le développement mental des enfants de moins de deux ans est plus fortement influencé par leur développement moteur que par l'état de leur croissance suite aux interventions nutritionnelles postnatales<sup>35</sup>. Ce résultat important souligne le fait qu'il est nécessaire, dans le cadre des interventions en DPE, d'intégrer la stimulation psychosociale de l'enfant à la nutrition.

### 3. LES INTERVENTIONS EN CHANGEMENT DU COMPORTEMENT ET À BASE COMMUNAUTAIRE

Certaines interventions reposent sur des programmes qui cherchent à identifier les éléments communs entre les stratégies de communication cognitives et celles de changement du comportement afin d'améliorer indirectement les résultats pour les enfants par un travail sur les pratiques parentales plutôt que directement par l'éducation et la supplémentation alimentaire. Comme pour les interventions de lutte contre la malnutrition aigüe, les interventions en changement de comportement visant à promouvoir les pratiques relatives à l'alimentation complémentaire, l'allaitement exclusif (durée et pratiques), l'attention portée aux signes de faim/satiété et au lavage des mains, ont contribué à améliorer le régime alimentaire ainsi que la croissance et le développement mental des enfants. Un modèle d'intervention réussie a souligné l'importance de pratiquer une alimentation adaptée/à l'écoute des signes donnés par l'enfant, à travers des programmes psycho-éducatifs portant sur deux comportements clé : l'auto-alimentation de l'enfant et la réponse maternelle adaptée<sup>36</sup>. Ceci souligne à nouveau que la nutrition psycho-éducative et l'amélioration des aptitudes parentales doivent être intégrées aux interventions nutritionnelles ciblant les jeunes enfants<sup>37</sup>. De plus, la normalisation du retard de croissance dans certaines communautés a mis en exergue l'efficacité des stratégies d'intervention à base communautaire qui utilisent les groupes de soutien pour donneurs de soins comme méthode permettant d'améliorer le soutien social et de dé-normaliser les maladies chez l'enfant comme la malnutrition chronique<sup>38</sup>.

D'autre part, les recours aux services de santé sont souvent inhibés par la stigmatisation liée à la malnutrition, laquelle est souvent associée à des pratiques de soins inadaptées<sup>39</sup>. Par conséquent, les donneurs de soins se tournent parfois vers un guérisseur traditionnel plutôt que vers un centre de santé. Il est important d'utiliser une stratégie de communication de masse et une recherche formative pour comprendre les facteurs socioculturels et les croyances qui influencent les comportements en rapport avec la nutrition ; pour documenter les interventions intégrées en nutrition ; pour aborder les préjugés culturels liés à la malnutrition chronique (normalisation et stigmatisation). À titre d'exemple, le programme UNICEF "A Thousand Days in the Land of a Thousand Hills" mis en œuvre au Rwanda a organisé une campagne de communication culturellement adaptée, ciblant les donneurs de soins avec des messages sur les bonnes pratiques nutritionnelles afin de lutter contre le retard de croissance<sup>40</sup>.

35 - Larson and Yousafzai, 2015

36 - Aboud et al., 2008

37 - Vazir et al., 2013

38 - Chary et al., 2013

39 - (Kodish et al., 2015).

40 - UNICEF 2015, [https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Rwanda\\_2015\\_COAR.pdf](https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Rwanda_2015_COAR.pdf)

#### 4. CONCLUSION DE LA PARTIE B

De façon générale, il y a consensus entre les études : pour éliminer à long terme la malnutrition chronique, les interventions doivent aussi apporter des progrès au niveau des déterminants sous-jacents de la sous-nutrition via une approche multi-sectorielle faisant appel à une progression commune entre les principaux secteurs que sont la santé, la nutrition, l'éducation, l'environnement et la protection sociale. D'un point de vue économique, réduire le retard de croissance chez les enfants est un investissement à long terme dont les bénéfices seront supérieurs aux coûts investis pour la prévention.

En ce qui concerne la lutte contre le cercle vicieux et intergénérationnel du retard de croissance, les résultats soulignent qu'il est important de pouvoir atteindre les femmes tout au long de leur vie : pendant l'adolescence et pendant les périodes de préconception et de grossesse. Ceci implique d'importants changements structurels, notamment des mesures visant à favoriser l'émancipation des femmes (éviter les mariages et les grossesses précoces, terminer les études secondaires, éliminer la violence domestique). Lorsqu'on aborde la malnutrition du point de vue du renforcement du système de santé, différentes interventions montrent que l'implication des mères est une composante clé pour que le programme réussisse. Leur implication passe par l'incitation à garder une attitude positive, l'évaluation de la satisfaction vis-à-vis du programme, le renforcement des intentions de participer aux séances prévues par l'intervention, ce qui permet d'augmenter le taux de participation si la qualité des services est prouvée et acceptée.

Ainsi, pour combattre la malnutrition chronique, il est important d'investir dans les interventions multisectorielles utilisant à la fois les principes relatifs à la SMPSGP et la supplémentation nutritionnelle. Il est important de commencer le plus tôt possible, la fenêtre des 1000 premiers jours étant le point d'entrée principal, et de continuer pendant la petite enfance et l'adolescence. On remarque des progrès significatifs suite aux interventions directes et indirectes. Les interventions indirectes apportent des résultats plus durables car elles prévoient la formation et la mobilisation des donneurs de soins, en particulier des mères. Cependant, pour que les interventions intégrées en nutrition et DPE réussissent, différents défis sont à relever, dont la charge de travail du personnel et des superviseurs, la communication et la coordination entre les différents ministères et secteurs, l'alignement des approches et des outils de suivi. Il convient désormais d'admettre, et ceci est valable au niveau national comme au niveau des communautés, que si les soins sont intégrés et complets, et qu'ils répondent bien aux besoins physiques et de développement de l'enfant, alors les effets sur la santé, la croissance et le développement de ce dernier sont optimisés.



# C/ LES RECOMMANDATIONS ACF SUR LA STRATÉGIE DES INTERVENTIONS EN SMPSGP POUR LUTTER CONTRE LA MALNUTRITION CHRONIQUE

L'objectif de la partie C est de proposer une stratégie d'intervention ACF pour les initiatives SMPSGP liées à la malnutrition chronique en contexte humanitaire et de développement, en tant qu'approche intégrée.

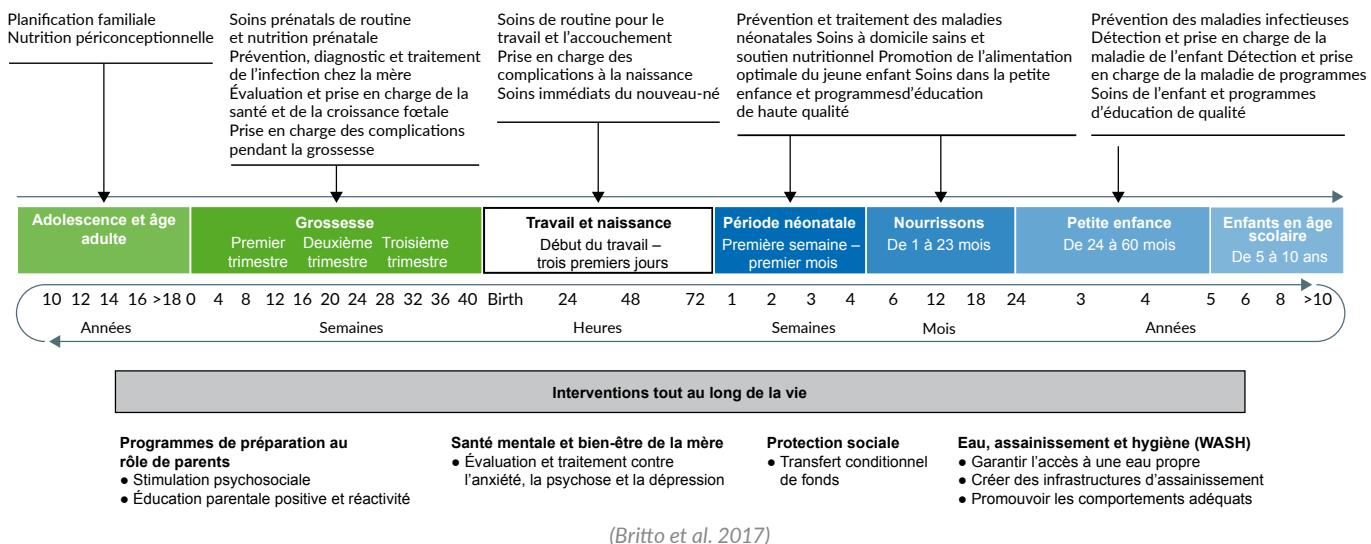
## 1. POURQUOI LE SECTEUR SMPSGP ?

La recherche scientifique a prouvé que les causes mais aussi les conséquences du retard de croissance sont en partie liées à la SMPSGP et qu'il est possible de prévenir et de traiter ces causes et ces conséquences selon le niveau de malnutrition, de retard du développement et des performances scolaires. Aussi en octobre 2016, le Lancet a publié une série intitulé *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*<sup>41</sup>. La publication met en évidence le risque que représente la malnutrition chronique sur le développement de la petite enfance et souligne l'importance de promouvoir des "soins attentifs", en particulier dans le cadre des initiatives de prévention et de traitement du retard de croissance (voir Schéma 3 ci-après).

Compte tenu de l'accroissement des engagements internationaux envers la prévention du retard de croissance et la promotion du développement de la petite enfance, l'approche ACF visant à développer des actions de Santé Mentale et les Pratiques de Soins est en accord avec les priorités internationales en matière de santé de la mère et de l'enfant. Comme indiqué dans le schéma 3, ACF peut tirer profit de la nature écologique du développement de l'enfant pour prévenir de façon efficace les causes et les conséquences du retard de croissance à l'aide d'interventions directes et indirectes visant à améliorer la situation des enfants. Avec une approche centrée sur le parcours de vie des individus, les programmes ACF peuvent être adaptés afin de prévenir les causes du retard de croissance par des interventions indirectes visant à promouvoir la santé mentale et le bien-être maternel pendant la grossesse et autour de la naissance ("prendre soin du donneur de soins"), et ce en améliorant les aptitudes et les réponses parentales adaptées par des actions axées, entre autres, sur la parentalité. D'autre part, ACF peut lutter contre les conséquences du retard de croissance de façon directe à travers la création d'espaces sûrs pour les enfants, la promotion des soins de qualité pour la petite enfance, la mise en place de programmes éducatifs et de systèmes de formation continue et de psychoéducation pour les parents. On ne peut lutter contre les causes et les conséquences du retard de croissance qu'en adoptant une approche multi-sectorielle et interdisciplinaire pour la prévention et le traitement de la malnutrition chronique.

41 - voir également le modèle (Nurturing Care) les soins attentifs pour le développement de la petite enfance, OMS, 2018.

### SCHÉMA 3 EXTRAIT DU LANCET: INTERVENTIONS FONDÉES SUR DES BASES FACTUELLES AYANT UNE INCIDENCE SUR CERTAINS ASPECTS DES SOINS ATTENTIFS



## 2. LES ÉTAPES CLÉS

D'après la documentation existante sur la prévention et le traitement du retard de croissance ainsi que d'après les expériences menées par ACF et d'autres ONG du secteur nutrition, les approches préconisées pour la mise en œuvre sur le terrain et les programmes opérationnels intégrant interventions nutritionnelles aux plateformes SMPSGP incluent, entre autres :

- 1 Utiliser l'approche basée sur le parcours de vie des individus afin de prévenir la malnutrition chronique (une approche différente de celles adoptées pour lutter contre la malnutrition aigüe).
- 2 L'implication de la famille : les membres de la famille, y compris les pères, les belles-mères et les grands-parents d'enfants atteints de malnutrition chronique doivent participer aux interventions SMPSGP en vue d'améliorer les connaissances et les aptitudes des parents à propos des effets nocifs du retard de croissance sur l'enfant, de promouvoir la stimulation psychosociale à domicile, d'améliorer l'environnement domestique de façon générale, de prévenir les violences/maltraitances domestiques et de développer les pratiques d'alimentation. Les membres clés de la famille (en plus de la mère) doivent comprendre qu'en intégrant ces composantes à leurs pratiques courantes de soins, ils pourront obtenir des résultats durables.
- 3 Étendre les formations pour les équipes SMPSGP et les ASC notamment sur l'identification des conséquences négatives (autrement inconnues) liées au retard de croissance ; le fait de savoir reconnaître quand recourir aux soins/demander de l'aide ; l'envie/la motivation d'améliorer leurs compétences; et la perception des bénéfices qu'apportent ces compétences en vue d'améliorer l'environnement domestique.
- 4 Développer et mettre en place différents niveaux et modules de formations pour le renforcement des capacités des équipes SMPSGP ACF, tels que sur les approches du changement de comportements, le coaching motivationnel, les pratiques de visites à domicile ou le soutien psychosocial aux mères et donneurs de soins.

- 5 **Adapter les interventions à une approche basée sur le parcours de vie des individus** incluant la préconception, la période périnatale, la petite enfance jusqu'à l'adolescence et le début de la vie adulte. Les critères actuellement utilisés pour programmer les interventions intégrées en nutrition et DPE permettent d'appréhender les risques co-occurents et de minimiser le travail supplémentaire nécessaire au développement des programmes.
- 6 **Prendre en compte les facteurs de mise en œuvre** comme l'âge d'inscription, la durée et l'intensité de l'intervention, en fonction de l'impact souhaité.
- 7 **Intégrer les perspectives théoriques** (Bronfenbrenner's Ecological Model ou le modèle Nurturing Care) basées sur la nature écologique du développement de l'enfant ainsi que les variables environnementales qui contribuent à leur condition.
- 8 **Utiliser des stratégies de communication pour lutter contre la stigmatisation de la santé mentale maternelle et des violences domestiques** ainsi que contre les préjugés vis-à-vis du retard de croissance, qui pourraient décourager les donneurs de soins de recourir aux soins ou de participer aux interventions. Ceci implique la mise en place de recherche formative des facteurs socio-culturels et des métaphores culturelles en rapport avec la malnutrition et les troubles de la santé mentale.
- 9 **Mettre l'accent sur les effets positifs d'une intervention précoce** (les 1000 premiers jours), tout en envisageant des programmes après l'âge de 2 ans, au moins au début de la scolarisation, pendant l'adolescence voire au début de la vie adulte (en particulier pour les femmes en âge de procréer).
- 10 **Mettre en œuvre des interventions ajustables** de façon systématique afin de réagir si les résultats du suivi et d'évaluation montrent que les taux de retard de croissance ne reculent pas (sujet développé ci-après).

**De plus voici quelques recommandations pour le suivi et l'évaluation des interventions :**

- **Assigner des responsabilités claires aux prestataires de soins et managers** sur les priorités des programmes et équipes terrain pour établir un mécanisme de suivi. (on pourra utiliser le guide *Soins pour le développement de l'enfant - Cadre de suivi et d'évaluation* pour cette étape de la planification).
- **Mettre en place des programmes rigoureux** qui prévoient différentes périodes pour collecter les données (voir Schéma 4) permettant ainsi d'effectuer le suivi et l'évaluation à long terme des effets liés aux interventions précoces.
- **Utiliser des indicateurs communs pour mesurer les résultats** (i.e. le coût par nombre de cas de retard de croissance évités) afin de pouvoir comparer plus facilement le rapport coût-efficacité entre les études et les contextes.
- **Identifier et s'accorder sur plusieurs concepts** issus de modèles de pratiques de soins, puis identifier les indicateurs à mesurer.
- **Pour les programmes intégrés, suivre simultanément les processus et résultats des deux secteurs** (santé mentale/développement + nutrition), ainsi que les indicateurs économiques permettant d'évaluer les aspects coûts/bénéfices. D'un point de vue technique, les programmes de soins intégrés sont composés de deux parties : un programme axé sur la santé mentale/le développement de la petite enfance ET un programme de supplémentation/renforcement nutritionnel qui nécessitent chacun leurs propres indicateurs permettant de mesurer les résultats.
- **Prendre en compte les ressources disponibles de l'organisation** lorsqu'on procède à la collecte de données (personnel, temps, compétences en recherches, etc.).
- **Effectuer des mesures à plusieurs niveau** (individu, centre de santé, programme).

**SCHÉMA 4 OUTIL D'ÉVALUATION EXTRAIT DU GUIDE SOINS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT<sup>42</sup>**

TÂCHE	À QUELLES QUESTION FAUT-IL RÉPONDRE ?	QUAND FAUT-IL COLLECTER DES INFORMATIONS ?	QUI DOIT COLLECTER LES INFORMATIONS ?	EXEMPLES D'INDICATEURS FACULTATIFS
Faire une évaluation préalable du contexte programme	Comment peut-on intégrer l'initiative Soins pour le développement de l'enfant dans le travail des prestataires et dans les services existants ?	Avant la mise en oeuvre	Planificateurs du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse situationnelle</li> <li>- Coût et possibilités de financement</li> </ul> <p><i>Voir Guide de S&amp;E</i></p>
Évaluer l'impact de l'intervention	Qu'est-ce que les prestataires savent du développement de l'enfant ?	Périodiquement	Gestionnaire/ coordinateur de programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance par le prestataire du développement de l'enfant</li> <li>- Confiance perçue du prestataire</li> <li>- Rapport du dispensateur de soins sur les compétences du prestataire</li> </ul> <p><i>Voir Guide de S&amp;E</i></p>
	Quel est l'effet sur la santé et le développement de l'enfant ?	Périodiquement (avant la mise en oeuvre, deux et trois ans après)	Enquêteurs auprès des ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbidité infantile (par ex. diarrhée, épisodes de maladie respiratoire aiguë)</li> <li>- Mortalité infantile</li> <li>- Croissance de l'enfant (prévalence du retard de croissance et de l'émaciation)</li> </ul> <p><i>Voir MICS</i></p>

**3. LES OBSTACLES ET LES DÉFIS**

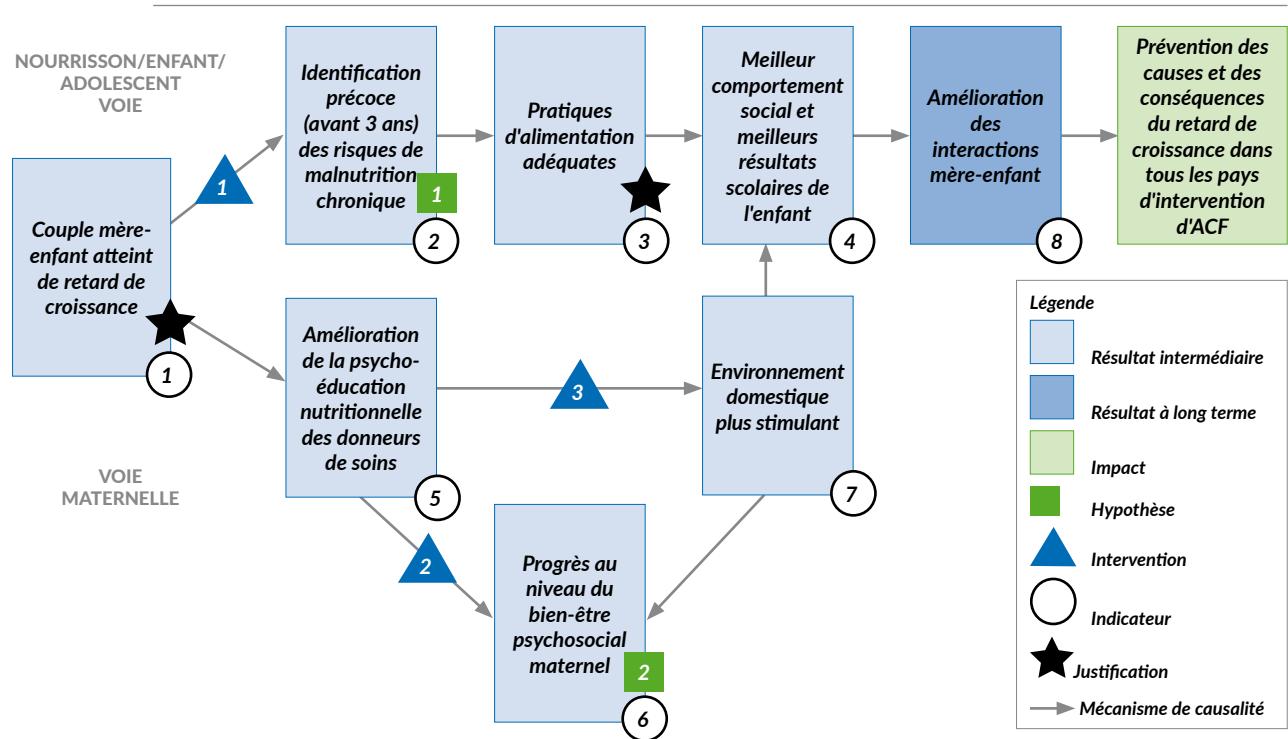
- La pauvreté, l'insécurité alimentaire et les attitudes culturelles sont toutes des causes structurelles du retard de croissance. Par exemple, la probabilité d'avoir un enfant avec un retard de croissance est trois fois plus élevée dans les foyers en situation d'insécurité alimentaire que dans les autres foyers. En l'absence d'interventions permettant de lutter, à plus long terme, contre ces facteurs de risque du retard de croissance, l'approfondissement des connaissances au niveau des pratiques de soins n'aura qu'un impact limité, à court terme, sur la baisse du taux de retard de croissance, sauf si des subventions alimentaires (amélioration de la qualité et diversification du régime alimentaire) précèdent les mesures d'éducation<sup>43</sup>. Il est donc toujours indispensable dans l'évaluation des besoins et des ressources de s'assurer de la possibilité pour les familles de mettre en œuvre les changements proposés et que les ressources sont disponibles.
- Les systèmes de croyances culturelles et autres attitudes traditionnelles propres aux contextes locaux sont extrêmement importants, notamment dans le cas des interventions en rapport avec la SMPSGP. Ceci signifie qu'il est nécessaire de prendre en compte les pratiques et les croyances culturelles en rapport avec la nutrition, avec les approches basées sur des résultats scientifiques. Il peut donc s'avérer difficile pour ACF de s'accorder sur des programmes SMPSGP standards dans ses pays d'interventions. L'OMS et l'UNICEF proposent des interventions qui nécessitent d'être adaptés en fonction des contextes pour être mis en œuvre. Un bon point de départ consiste à effectuer une étude ethnographique faisant l'état des lieux des pratiques en matière de soins des enfants (au moyen de groupes de discussion et d'entretiens avec les informateurs clés que sont les donneurs de soins).
- Effectuer l'analyse coût-bénéfices du programme proposé en faisant participer des informateurs clés de la communauté, comme les mères, pour avoir un feedback sur l'intervention. L'émancipation des femmes par exemple, qui leur permet de saisir des opportunités économiques, peut contribuer à diminuer les risques de violence domestique. Mais cela peut aussi limiter la sensibilité maternelle ou la capacité à établir un environnement domestique stimulant en raison de journées de travail trop longues.
- Pour éliminer le retard de croissance à long terme, les interventions doivent avoir une incidence positive sur les déterminants sous-jacents de la malnutrition chronique comme la pauvreté, le manque d'éducation, les maladies et l'émancipation insuffisante des femmes. C'est au niveau de leur conception que les programmes ACF doivent prendre en compte ces problématiques afin de pouvoir les résoudre progressivement.

42 - UNICEF Care for Child Development: A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention, 2012

43 - Baig-Ansari et al., 2006

## 4. MODÈLE ACF DE THÉORIE DU CHANGEMENT SMPSGP ET MALNUTRITION CHRONIQUE

**SCHÉMA 5 MODÈLE ACF DE THÉORIE DU CHANGEMENT SMPSGP ET MALNUTRITION CHRONIQUE ADAPTÉ DE MENTAL HEALTH INNOVATION NETWORK<sup>44</sup>**



### INDICATEURS RECOMMANDÉS<sup>45</sup>

- 1 % de couples mère-enfant dont l'enfant est atteint de retard de croissance
- 2 % d'enfants diagnostiqués d'un retard de croissance
- 3 % des pratiques alimentaires optimales actuellement mises en œuvre
- 4 Résultats aux tests de raisonnement verbal et de mathématiques/outils d'évaluation du développement et du comportement de l'enfant
- 5 Connaissances et attitudes des donneurs de soins concernant les pratiques de soins
- 6 Baisse de la prévalence des troubles mentaux, résultats plus élevés sur le plan du bien-être psychosocial
- 7 Nombre de jouets disponibles, nombre d'interactions positives mère-enfant
- 8 Amélioration du comportement de l'enfant et baisse de l'irritabilité

44 - De Silva M, Lee L & Ryan G. Using Theory of Change in the development, implementation and evaluation of complex health interventions: A practical guide. The Centre for Global Mental Health & the Mental Health Innovation Network.

45 - Frongillo, et al (2014). Measures and indicators for assessing impact of interventions integrating nutrition, health, and early childhood development. Annals of the New York Academy of Sciences,

## INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

Les interventions doivent se baser sur une analyse des besoins et peuvent s'appuyer sur la méthodologie de changements de comportements afin de déterminer les meilleures interventions localement.

- ① Les campagnes de sensibilisation auprès des communautés, au moyen de médias et de messages à caractère social visant à promouvoir les comportements alimentaires adéquats, accompagnés d'une initiative de supplémentation nutritionnelle.
- ② Les programmes de santé mentale et bien-être psychosocial de la mère utilisant l'écoute empathique, la découverte guidée à l'aide d'images, l'activation comportementale et la recherche de solutions aux problèmes.
- ③ Les agents de santé communautaire recrutés localement effectuent des visites à domicile, deux fois par semaine, pour apporter une formation en stimulation psychosociale et une psycho-éducation nutritionnelle de base aux mères, aux membres de la famille (grand-mères, belles mères, pères) et aux communautés (groupes de femmes/mères, femmes d'influence).

## HYPOTHÈSES

- ① Le programme dispose d'outils anthropométriques, de ressources humaines, de temps et d'un budget suffisants
- ② La sensibilité maternelle ou sa capacité à percevoir et répondre aux signaux et besoins de son enfant s'améliore uniformément chez les mères bénéficiant de l'intervention

## JUSTIFICATIONS STRATÉGIQUES

- ① Les mères et leur famille doivent connaître les signes et les symptômes associés à la malnutrition chronique afin de pouvoir identifier les cas de retard de croissance dans leur communauté.
- ② Si elles sont menées séparément, les interventions nutritionnelles ne sont pas aussi efficaces que lorsqu'elles sont combinées avec des interventions SMPSPG. Il en va de même pour les interventions en DPE car l'insécurité alimentaire et la faim subies par les enfants et les familles peuvent inhiber les effets des programmes en rapport avec la SMPSPG.

## 5. RESSOURCES OPÉRATIONNELLES CLÉS<sup>46</sup>

- Politique en Santé Mentale et Pratiques de Soins, ACF (2009)
- Manuel d'Intégration des Pratiques de Soins et de la Santé Mentale au sein des programmes nutritionnels, ACF (2011)
- Les modèles conceptuels en malnutrition infantile, fondement de l'approche ACF en santé mentale et pratiques de soins, ACF (2012)
- Espaces Mères-Bébés, ACF (2014)
- Les aspects psychosociaux de la prise en charge de la malnutrition, MAMI Project, chap 8 (2010)
- Matériel didactique UNICEF/OMS Soins pour le développement de l'enfant (2012)
  - UNICEF - Soins pour le développement de l'enfant : Cadre de suivi et d'évaluation de l'intervention OMS/UNICEF (2012)
  - Note d'orientation UNICEF/OMS pour l'intégration de la stimulation de la petite enfance dans les programmes de nutrition en situation d'urgence (2012)
- UNICEF - Promoting Care for Child Development in Community Health Services: A Summary of the Pakistan ECD Scale-Up PEDS Trial (2013)
- Frongillo et al. (2014) Measures and indicators for assessing impact of interventions integrating nutrition, health, and early childhood development.
- Hamadani (2014) Integrating early child development programs into health and nutrition services in Bangladesh: benefits and challenges
- Zafar et. al (2014) Integrating maternal psychosocial well-being into a child-development intervention: the 5-pillars approach



**POUR L'ALIMENTATION.  
POUR L'EAU.  
POUR LA SANTÉ.  
POUR LA NUTRITION.  
POUR LA CONNAISSANCE.  
POUR LES ENFANTS.  
POUR LES COMMUNAUTÉS.  
POUR TOUT LE MONDE.  
POUR DE BON.  
POUR L'ACTION.  
CONTRE LA FAIM.**



**CANADA**

Action contre la Faim  
720 Bathurst St. - Suite 500  
Toronto, ON - M5S 2R4  
[www.actioncontrelaufaim.ca](http://www.actioncontrelaufaim.ca)

**FRANCE**

Action contre la Faim  
14-16 boulevard de Douaumont  
75017 Paris  
[www.actioncontrelaufaim.org](http://www.actioncontrelaufaim.org)

**ESPAGNE**

Acción Contra el Hambre  
C/ Duque de Sevilla, 3  
28002 Madrid  
[www.accioncontraelhambre.org](http://www.accioncontraelhambre.org)

**ROYAUME-UNI**

Action Against Hunger  
First Floor,  
Rear Premises, 161-163  
Greenwich High Road,  
London, SE10 8JA  
[www.actionagainsthunger.org.uk](http://www.actionagainsthunger.org.uk)

**ÉTATS-UNIS**

Action Against Hunger  
One Whitehall Street 2F  
New York,  
NY 10004  
[www.actionagainsthunger.org](http://www.actionagainsthunger.org)