

Introduction

1. Le Mouvement pour le Renforcement de la nutrition (SUN) se consacre à la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes. Le Mouvement compte 40 pays participants, engagés à soutenir des objectifs en matière de santé et de développement par le biais d'une amélioration de la nutrition. Les pays SUN ont leurs propres approches de renforcement de la nutrition, basées sur leurs opportunités et besoins nationaux. Alors que les pays établissent des plans nationaux et identifient les priorités de leurs investissements en nutrition, les parties prenantes mondiales alignent leurs ressources et leurs capacités sur des objectifs nationaux. Ces plans nationaux font office de référence pour les engagements des investisseurs externes qui développent leurs propres instruments d'investissement pour combler les manques.
2. Alors que de solides preuves démontrent les bénéfices économiques et en termes de développement de la réduction de la malnutrition, le financement actuel, les capacités et les ressources s'avèrent insuffisants pour répondre aux besoins. L'un des quatre objectifs stratégiques du Mouvement SUN est d'accroître les ressources, orientées vers des approches cohérentes, alignées et menées par les pays pour renforcer la nutrition. Pour ce faire, deux approches sont adoptées : d'une part, un renforcement rapide des interventions nutritionnelles spécifiques à l'efficacité éprouvée et, d'autre part, une mise en œuvre de stratégies sectorielles contribuant à la nutrition, comme les progrès de l'agriculture, l'autonomisation des femmes ou l'amélioration de l'approvisionnement en eau / de l'assainissement, qui jouent un rôle primordial pour garantir des améliorations durables en matière de nutrition.
3. Le Mouvement SUN s'engage à soutenir cinq actions qui induiront une mobilisation des ressources : **analyse des coûts** du renforcement de la nutrition ; **alignement des investissements** sur des plans nationaux ; **recensement des ressources nationales et étrangères** pour la nutrition ; **détermination des insuffisances de financement** ; **mobilisation de ressources supplémentaires** pour la nutrition à l'intérieur et à l'extérieur des pays SUN ; **démonstration des résultats** de cet effort collectif.
4. En 2010, la Banque mondiale a adopté une méthode théorique pour estimer le coût global du renforcement de la nutrition. Les calculs ont été confinés à des interventions nutritionnelles spécifiques dont l'impact a été prouvé. Ils ont été présentés dans la série 2008 du *Lancet* sur la sous-nutrition maternelle et infantile et dans le Cadre SUN 2010. Les coûts révisés ont été présentés dans la deuxième série 2013 du *Lancet* sur la sous-nutrition maternelle et infantile. Il n'y a eu aucune tentative d'estimation de coûts des approches contribuant à la nutrition. Une méthode similaire a été adoptée par le Secrétariat du Mouvement SUN pour estimer les coûts du renforcement de la nutrition dans 35 des 40 pays SUN. En prenant les coûts unitaires de chacune des 10 interventions nutritionnelles spécifiques et en ajustant ces coûts unitaires à la taille et aux besoins du groupe de population bénéficiaire, des coûts généraux ont été obtenus. Le coût annuel estimé pour l'ensemble des 10 interventions nutritionnelles spécifiques pour 35 pays SUN s'élevait à 6,79 milliards USD, soit l'équivalent de 0,33 % du produit intérieur brut collectif de ces pays. L'on estime que 41 % du total est destiné à des programmes axés sur la prise en charge la malnutrition aiguë et 59 % à des mesures préventives.
5. Les estimations basées sur des coûts théoriques du renforcement de la nutrition apportent une importante contribution, qui aide à déterminer l'ampleur totale des ressources nécessaires. Toutefois, afin de permettre aux pays d'obtenir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de

leurs propres plans de nutrition nationaux, une approche pragmatique doit être prise avec des estimations de coûts adaptées aux contextes et aux priorités de chaque pays individuel.

6. Le Secrétariat du Mouvement SUN a travaillé avec des pays SUN pour analyser les coûts de plans de nutrition nationaux. Au total, 20 pays SUN ont participé jusqu'à présent et l'on s'attend à ce que d'autres pays leur emboîtent prochainement le pas. Cet exercice est le point de départ d'un long processus de travail avec des pays SUN pour mobiliser des ressources. C'est le début d'une « conversation » tenue entre les gouvernements des pays SUN et les partenaires du développement, afin de comprendre la base sur laquelle les pays calculent leurs coûts inhérents à la nutrition, la façon dont ils recensent les sources de financement, provenant du gouvernement ou non, et la façon dont ils estiment les insuffisances de financement. Au fur et à mesure que la mise en œuvre et l'évaluation des coûts des stratégies nutritionnelles spécifiques et contribuant à la nutrition gagneront en compréhension, les pays SUN ajusteront leurs plans de nutrition et adapteront les coûts. Le présent document présente les résultats de la première phase de ce long engagement auprès des pays SUN : comprendre la base de calcul des coûts de la nutrition par les pays SUN. Ces chiffres évolueront avec le temps, au fur et à mesure que les pays SUN ajusteront leurs plans et réviseront leurs coûts en conséquence.

Coûts des plans nationaux de renforcement de la nutrition

7. Le Mouvement SUN compte actuellement 40 pays. Certains d'entre eux n'ont pas encore terminé de chiffrer leurs plans nationaux ou ont rejoint le Mouvement récemment. Sur la période mars-avril 2013, le Secrétariat du Mouvement SUN a collaboré avec 16 pays SUN pour analyser et comparer les coûts des plans nationaux. Par ailleurs, des visites ont été organisées dans six des 16 pays (*Bangladesh, Kenya, Madagascar, Mozambique, Népal et Sierra Leone*) afin de mieux comprendre la façon dont les pays ont chiffré leurs plans et connaître les éléments qui ont été pris en compte ou non. D'avril à mai, quatre plans supplémentaires ont été intégrés à l'analyse, et quatre autres visites ont été réalisées (*Burkina Faso, Indonésie, Malawi et Rwanda*). Le contenu et les coûts des 20 plans n'ont pas été révisés, de quelque façon que ce soit. L'exercice visait au contraire à présenter le contenu existant des plans de façon à souligner les montants attribués aux éléments clés des plans et à identifier les zones où des ressources étaient manquantes. En ventilant chaque plan selon ses principaux éléments et en recatégorisant toutes les activités planifiées et les apports dans un ensemble de 3 vastes catégories (actions nutritionnelles spécifiques, stratégies sectorielles contribuant à la nutrition et gouvernance), les gouvernements de pays SUN et les partenaires du développement peuvent mieux évaluer les besoins et les comparer aux ressources existantes.

Encadré 1 : pays participants à l'exercice d'évaluation des coûts et durée du plan

1. Bangladesh (2011-2016)
2. Bénin (2012-2015)
3. Burkina Faso (2010-2015)
4. Guatemala (2012-2015)
5. Haïti (2013-2017)
6. Indonésie (2011-2017)
7. Kenya (2013-2017)
8. Madagascar (2012-2015)
9. Malawi (2009-2011)
10. Mozambique (2011-2015)
11. Népal (2013-2017)
12. Niger (2012-2015)
13. Pérou (2012-2013)
14. Rwanda (2012)
15. Sénégal (2013-2017)
16. Sierra Leone (2013-2017)
17. Tanzanie (2012-2016)
18. Gambie (2011-2015)
19. Ouganda (2012-2016)
20. Yémen (2012)

8. Sur les 20 plans, 16 couvrent des périodes de planification de quatre à six ans et correspondent à la période 2010-2012 à 2015-2017. Les exceptions sont le Malawi, le Pérou, le Rwanda et le Yémen (voir **Encadré 1**).
9. Les trois grandes catégories et leurs sous-catégories utilisées pour la classification des 20 plans figurent à l'**Encadré 2**. Les coûts de chacune des sous-catégories couvrent l'ensemble des coûts nécessaires pour réaliser une intervention particulière (c'est-à-dire en supposant que les niveaux de couverture actuels soient nuls) et englobent les coûts inhérents au développement des capacités, comme la formation de personnel supplémentaire ou la gestion de programme.

Encadré 2 : Catégories et sous-catégories de plans nationaux de renforcement de la nutrition

- 1. Les actions nutritionnelles spécifiques** désignent toutes les interventions comprises dans le Cadre SUN 2010, basées sur la série 2008 du *Lancet* sur la sous-nutrition maternelle et infantile. Les actions nutritionnelles spécifiques visent principalement les femmes et les enfants, et sont regroupées en :
 - *Bonnes pratiques nutritionnelles*, y compris alimentation maternelle, du nourrisson et du jeune enfant (IYCF) et régime alimentaire sain.
 - *Prise de vitamines et de minéraux*, y compris supplémentation et enrichissement des denrées.
 - *Prise en charge de la malnutrition aiguë*, y compris malnutrition aiguë sévère et modérée.
 - *Enrichissement de la teneur en nutriments de l'alimentation* des jeunes enfants (6-23 mois) et des femmes enceintes et allaitantes.
- 2. Les stratégies sectorielles contribuant à la nutrition** s'attaquent aux causes sous-jacentes de la malnutrition et complètent les actions nutritionnelles spécifiques. Les stratégies sont mises en œuvre dans plusieurs secteurs et ciblent différents groupes d'individus. Ces interventions sont classées en :
 - *Sécurité alimentaire (englobant l'agriculture, les systèmes alimentaires et la protection sociale)* : stratégies qui accroissent la disponibilité d'aliments nutritifs et l'accès de la population à ces denrées.
 - *Environnement de soins* : stratégies conçues pour l'autonomisation des femmes afin qu'elles puissent être mieux en mesure d'apporter des soins alimentaires appropriés à leur foyer, en particulier à elles-mêmes et à leurs enfants.
 - *Santé, eau et assainissement* : stratégies améliorant l'accès aux services de santé (y compris en matière de santé génésique, d'eau potable et d'assainissement).
- 3. La gouvernance** désigne toutes les interventions destinées à renforcer la capacité nationale et infranationale à rassembler des parties prenantes et à leur permettre de se coordonner efficacement. Les actions relatives à la gouvernance sont classées en :
 - *Coordination et gestion des informations*.
 - *Plaidoyer, communication et développement de politiques*.
 - *Renforcement des capacités du système*, dont le but est d'accroître les capacités, à différents niveaux, en matière de coordination générale, développement de politiques, planification, budgétisation, gestion des informations (surveillance et évaluation - SE - ainsi qu'analyse des données), plaidoyer et communication.

Aperçu de plans nationaux de renforcement de la nutrition

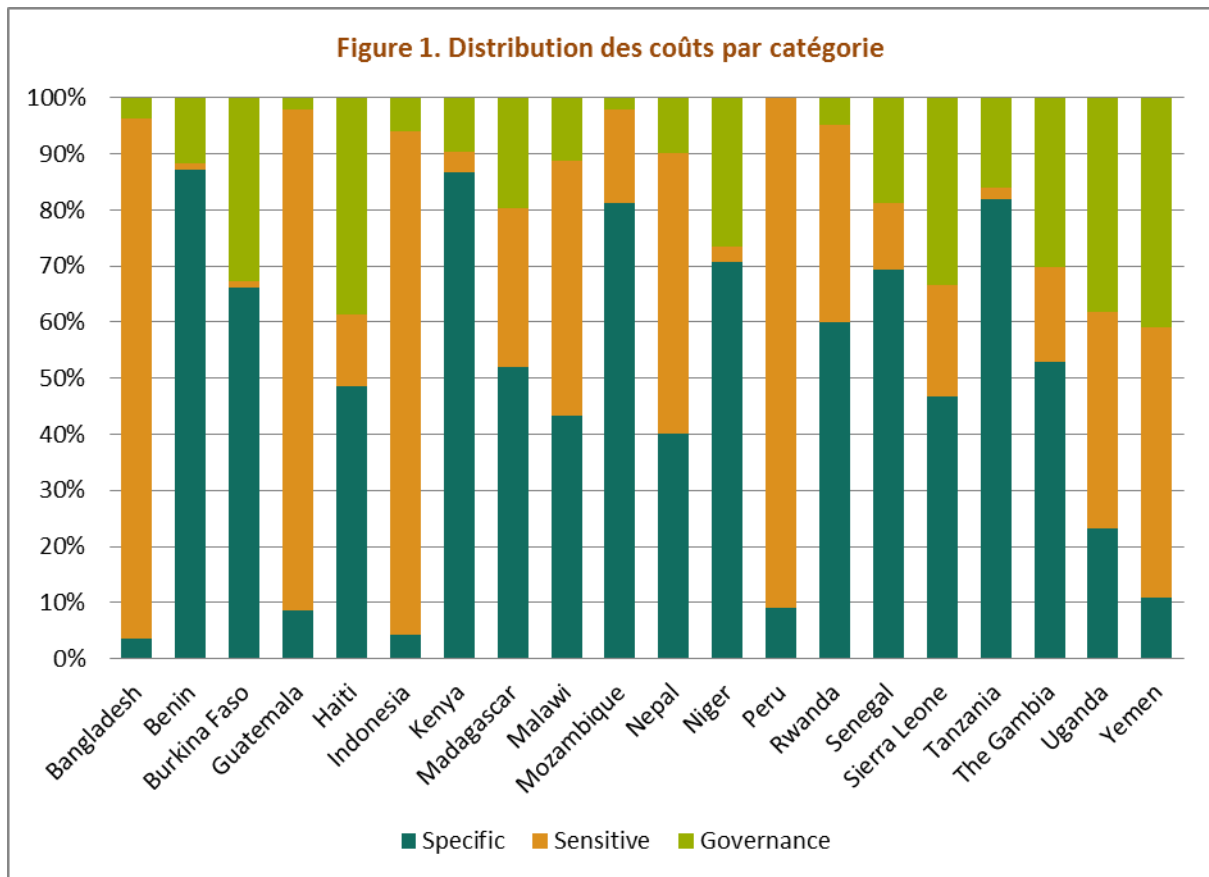
10. Le coût total des 20 plans nationaux de renforcement de la nutrition sur la période allant de 2009-2013 à 2011-2017 s'élève à **35,2 milliards USD**, soit 7,7 milliards USD par an. Le chiffre total passe à 8,1 milliards USD si l'on soustrait les 27,1 milliards USD consacrés au soutien des systèmes alimentaires contribuant à la nutrition du Bangladesh, de l'Indonésie et du Pérou. Toutefois, en général, les coûts restent relativement faibles. Dans 13 des 20 plans, les coûts annuels par personne sont inférieurs à **3,5 USD**.

11. La **Figure 1** présente le mode de répartition des coûts totaux dans les trois catégories, dans chaque pays : les interventions nutritionnelles spécifiques, les stratégies contribuant à la nutrition et la gouvernance. Le graphique de la Figure 1 reflète la diversité des plans et le degré de priorité que les différents pays ont donné aux divers éléments. La singularité de chaque plan national reflète les différences de contexte national et de priorités gouvernementales. Elle souligne les différences du degré d'investissement de sources nationales et extérieures.

Encadré 3 : Attribution de priorités aux catégories : Kenya et Sierra Leone

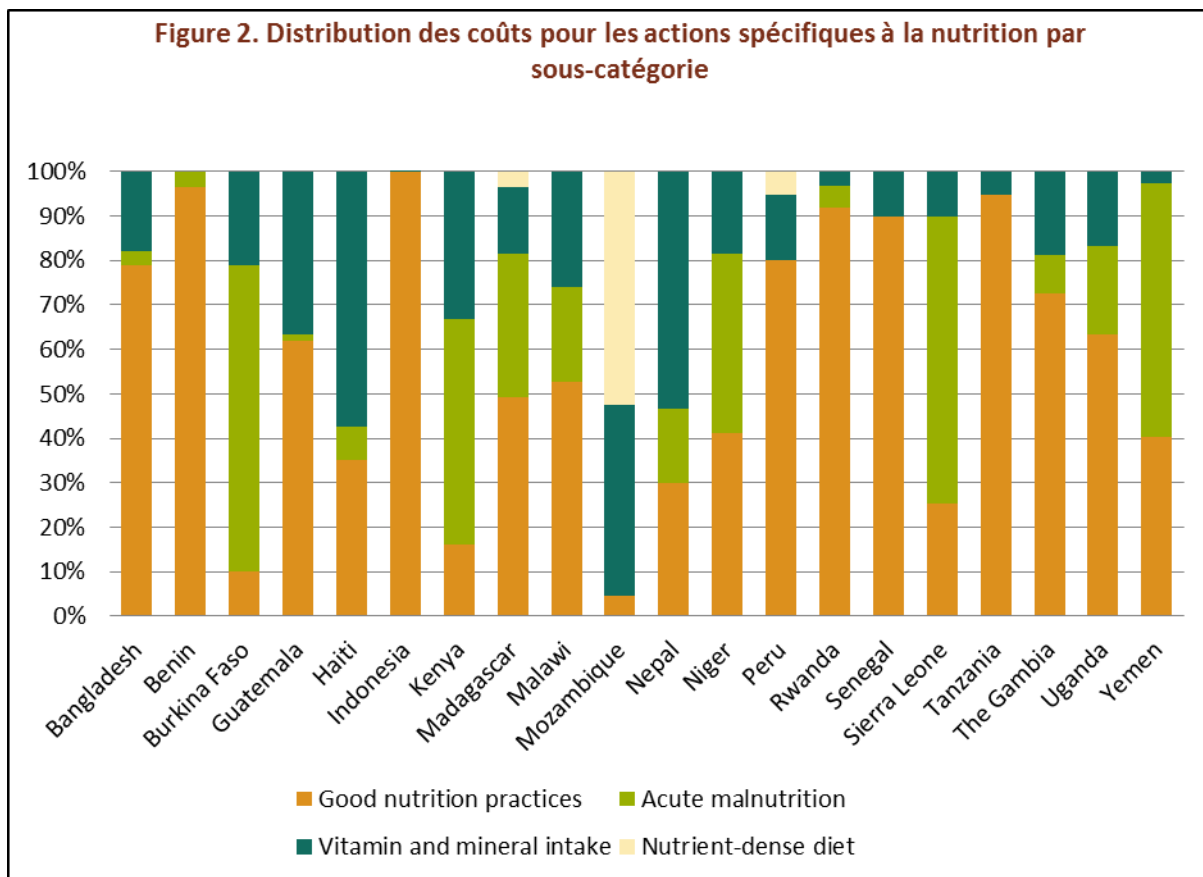
Le plan nutritionnel du Kenya est délibérément focalisé sur des interventions qui relèvent du mandat du ministère de la Santé, largement responsable des interventions nutritionnelles spécifiques. Le gouvernement kenyan considère le renforcement des interventions nutritionnelles spécifiques comme une priorité majeure. Des stratégies contribuant à la nutrition sont poursuivies dans d'autres secteurs au Kenya et relèvent du mandat d'autres ministères. Le gouvernement calcule actuellement ces coûts de façon à pouvoir procéder à une évaluation totale détaillée pour le renforcement de la nutrition. Le gouvernement sierra-léonais a opté pour une approche différente. Il a récemment élaboré sa politique de sécurité alimentaire et nutritionnelle en l'axant principalement sur la sécurité alimentaire. La ventilation des coûts penche par conséquent fortement vers des approches contribuant à la nutrition.

12. Dans bon nombre de plans, le coût pour toute la période du plan a été ventilé par année. Ces coûts annuels tendent à être identiques d'une année à l'autre et ne prennent pas en compte les modifications escomptées pour une meilleure couverture des programmes ni l'impact potentiel en termes de réduction des taux de malnutrition, associé au renforcement.



Aperçu des coûts des interventions nutritionnelles spécifiques

13. La **Figure 2** présente la ventilation des coûts des interventions nutritionnelles spécifiques par sous-catégorie. Tous les plans nationaux incluent des actions nutritionnelles spécifiques qui stimulent à la fois de bonnes pratiques nutritionnelles (par exemple, allaitement optimal et alimentation complémentaire, lavage de mains et éducation à la nutrition) et une augmentation de la prise de vitamines et de minéraux. Il existe des variations en termes d'échelle des interventions et de population ciblée. Plusieurs plans n'incluent pas les coûts inhérents à la prise en charge de la malnutrition aiguë ou à l'enrichissement de la densité nutritionnelle des aliments consommés par les jeunes enfants, les femmes enceintes ou allaitantes. Plusieurs raisons expliquent ces omissions, notamment le fait que de nombreux plans n'incluent que de nouvelles interventions nutritionnelles et sont intégrés au budget national plutôt qu'au plan national de nutrition.



14. Au total, sur les périodes de temps couvertes, les 20 plans incluent environ **4 milliards USD** aux actions nutritionnelles spécifiques et les estimations de coûts se répartissent ainsi :
- **2,4 milliards USD** pour la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ;
 - **717 millions USD** pour la prise de vitamines et de minéraux, y compris supplémentation, enrichissement des denrées et déparasitage ;
 - **650 millions USD** pour la prise en charge de la malnutrition aiguë ;
 - **198 millions USD** pour la fourniture d'aliments complémentaires enrichis aux jeunes enfants et aux femmes enceintes et allaitantes. Cette intervention est intégrée par trois pays : le Mozambique (coût moyen annuel de 35 millions USD), Madagascar (coût moyen annuel de 605 000 USD) et le Pérou (coût moyen annuel de 10 millions USD).

Bonnes pratiques nutritionnelles

15. Le coût moyen annuel des 20 plans pour la promotion de bonnes pratiques nutritionnelles s'élève à 34 millions USD. Ce qui signifie qu'en moyenne, le coût de la promotion de bonnes pratiques nutritionnelles a été évalué à 34 millions USD, avec des variations d'un pays à l'autre dues partiellement à la taille de la population cible. Les coûts les plus élevés sont enregistrés au Bangladesh (52 millions USD), au Guatemala (38 millions USD), en Indonésie (100 millions USD), au Pérou (156 millions USD), au Rwanda (74 millions USD), en Tanzanie (82 millions USD) et au Yémen (54 millions USD).
16. Les bonnes pratiques nutritionnelles sont décrites plus en détail dans l'**Encadré 4** et incluent des interventions regroupées en trois sous-catégories :
- Alimentation maternelle, du nourrisson et du jeune enfant (IYCF), qui représente un total de 920 millions USD (moyenne annuelle de 303 millions USD) ;
 - Régime alimentaire sain, qui représente un total de 753 millions USD (moyenne annuelle de 199 millions USD) ;

- Interventions non classées (indissociables des deux sous-catégories précédentes), qui représentent un total de 751 millions USD (moyenne annuelle de 180 millions USD).

Encadré 4 : Bonnes pratiques nutritionnelles

La sous-catégorie Alimentation maternelle, du nourrisson et du jeune enfant comprend trois interventions clés : (1) promotion de l'allaitement (exclusif pendant 6 mois puis poursuivi au minimum jusqu'aux deux ans de l'enfant) ; (2) promotion d'une alimentation de complément adaptée entre 6 et 23 mois ; (3) lavage des mains. En outre, elle comprend des actions visant à promouvoir, soutenir et protéger des pratiques alimentaires essentielles pour les mères et les enfants. Il s'agit de la mise en œuvre de législations comme le Code de commercialisation des substituts du lait maternel, des lois sur les congés de maternité ainsi que des initiatives Hôpitaux et/ou Établissements amis des bébés, l'initiative Collectivité amie des enfants et d'autres programmes communautaires combinant la surveillance à la promotion de la croissance infantile. L'éducation à la nutrition des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes ou allaitantes, l'hygiène et le lavage des mains relèvent également de cette sous-catégorie.

La sous-catégorie Régime alimentaire sain inclut la promotion d'habitudes alimentaires et d'un mode de vie sains. Elle couvre différents types d'activités éducatives en matière de nutrition au sein des écoles, des communautés et des foyers. Même si elle cible principalement les enfants et adolescents scolarisés, le large éventail de personnes à qui est destinée l'éducation reflète la priorité des gouvernements à promouvoir une nutrition saine comme une approche pansociale. Les activités englobées dans cette sous-catégorie sont largement destinées à prévenir le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles.

Prise de vitamines et de minéraux

17. Les activités de prise de vitamines et de minéraux sont décrites plus en détail dans l'**Encadré 5**. Les coûts moyens annuels des 20 plans pour la prise de vitamines et de minéraux s'élèvent à 9,53 millions USD. Les coûts les plus élevés sont au Guatemala (22 millions USD), au Kenya (47 millions USD), au Mozambique (28 millions USD) et au Pérou (29 millions USD).

Encadré 5 : Prise de vitamines et de minéraux

La plupart des pays incluent au minimum la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la supplémentation en fer et acide folique. La plupart des pays incluent l'enrichissement des aliments, l'iodation du sel et l'approvisionnement en poudres de micronutriments pour les jeunes enfants (toutefois, pas pour les femmes enceintes ou allaitantes). Certains pays incluent un traitement des diarrhées par du zinc.

18. Il n'est pas aisé de ventiler les coûts d'éléments spécifiques au sein de la catégorie relative à la prise de vitamines et de minéraux. Étant donné que ces interventions sont menées via le système de santé, les activités de soutien comme la formation, le développement de directives et l'approvisionnement sont combinées et non séparées en prise de vitamine A, déparasitage ou fourniture de mélanges enrichis prêts à l'emploi, par exemple.

Prise en charge de la malnutrition aiguë

19. Le coût moyen annuel des 20 plans pour la prise en charge de la malnutrition aiguë s'élève à 13 millions USD. Les coûts les plus élevés sont enregistrés au Kenya (73 millions USD par an) et au Yémen (76 millions USD par an). La plupart des plans nationaux portent sur la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère. Les activités de soutien comme la formation, la

supervision, le développement de directives et l'approvisionnement sont regroupées sans faire de distinction entre la malnutrition aiguë sévère et la modérée.

20. Les coûts généraux pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sont toutefois bas, en particulier dans des pays qui enregistrent une forte prévalence de l'émaciation. Sur les 650 millions USD réservés à la prise en charge de la malnutrition aiguë, 364 millions USD correspondent au seul Kenya (dans un plan quinquennal intégrant une composante de nutrition d'urgence) et 76 millions USD au Yémen (dans un plan annuel).
21. Les coûts « plus bas que prévu » peuvent s'expliquer par le fait que le degré de renforcement attendu au sein des plans nationaux reste limité. Une autre évaluation s'avère nécessaire pour comprendre si et comment des structures et des ressources sont censées s'étendre, avec une couverture accrue. Dans certains pays, la prise en charge de la malnutrition aiguë peut être considérée comme relevant de la responsabilité d'acteurs internationaux en cas d'urgence et n'est, dès lors, pas incluse dans les estimations des coûts des plans nationaux. Une autre analyse et une collaboration avec les pays aideront à déterminer si les plans sous-estiment la prise en charge de la malnutrition aiguë.

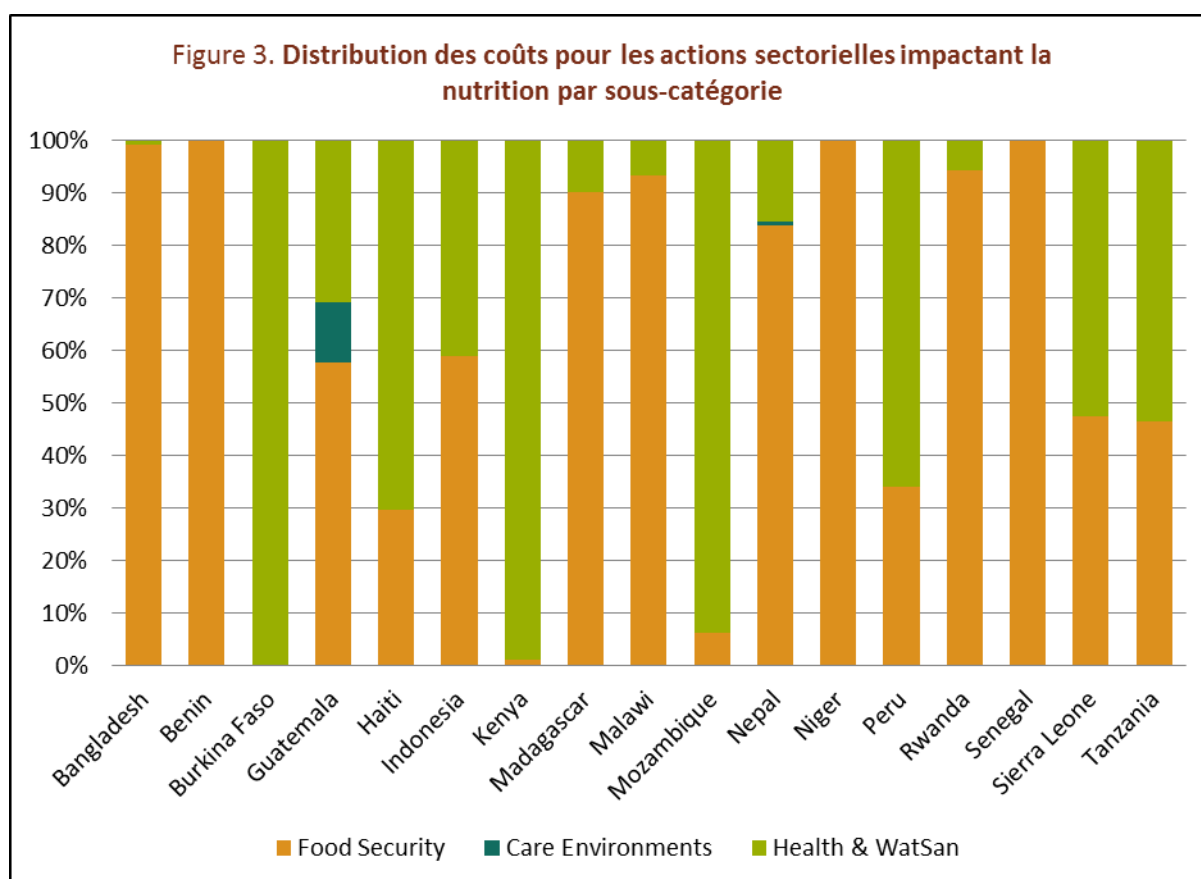
Amélioration de la teneur en nutriments de l'alimentation des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes

22. Trois plans nationaux (Madagascar, Mozambique et Pérou) incluent l'enrichissement du régime alimentaire des jeunes enfants et des femmes enceintes ou allaitantes par le biais de l'approvisionnement en compléments enrichis dans les régions les plus lourdement touchées par la sous-nutrition chronique. Ce point est souligné à la **Figure 2**. Étonnamment, cette sous-catégorie fait défaut dans la majorité des plans. La plupart des plans nationaux portent sur la disponibilité et l'accessibilité des aliments nutritifs par le biais d'interventions contribuant à la nutrition dans l'agriculture et la protection sociale, sans nécessairement cibler les groupes qui présentent les exigences nutritionnelles les plus élevées, à savoir les femmes et les jeunes enfants.

Aperçu des coûts des stratégies contribuant à la nutrition

23. La majorité des 20 plans comprennent des stratégies sectorielles contribuant à la nutrition, principalement dans le domaine de la sécurité alimentaire et l'agriculture, la santé publique et l'accès amélioré à l'eau et à l'assainissement. Au Népal, à Madagascar, au Mozambique et en Ouganda, des approches contribuant à la nutrition sont incluses dans les plans nationaux de nutrition mais l'évaluation des coûts et la garantie des ressources pour mettre en œuvre ces approches requièrent l'adhésion des ministres responsables et des hautes autorités. Dans le cas du Bangladesh et de la Sierra Leone, le coût des composantes contribuant à la nutrition se calcule en combinant les plans du secteur de l'agriculture et de celui de la santé.
24. Dans l'idéal, les pays établissent un seul ensemble de résultats axés sur la nutrition qui s'applique à tous les secteurs (souvent désigné par « cadre commun des résultats ») et qui peut être utilisé pour recenser et relier les divers coûts des différents budgets sectoriels. Cette approche a été suivie au Népal, en Sierra Leone et au Bangladesh. Le plan combiné qui en découle ne réduit pas l'attention portée aux actions nutritionnelles spécifiques mais modifie la répartition proportionnelle des coûts entre les trois différentes catégories de coûts. Le développement d'un cadre commun des résultats permet d'associer différents plans, ce qui facilitera l'apport des contributions des différents secteurs et partenaires associés.

25. Au total, sur les périodes de temps couvertes, les 20 plans présentant des estimations de coûts incluent environ **28,9 milliards USD** aux actions contribuant à la nutrition, y compris 8,5 milliards USD au Bangladesh, 631 millions USD au Guatemala, 14,6 milliards USD à l'Indonésie, 255 millions USD au Malawi et 3,9 milliards au Pérou. Les estimations de coûts se répartissent ainsi :
- **19,6 milliards USD** pour la promotion de la sécurité alimentaire contribuant à la nutrition (systèmes alimentaires), dont une grande part pour le Bangladesh (8,5 milliards USD) et l'Indonésie (8,6 milliards USD) ;
 - **90 millions USD** pour les interventions améliorant les environnements de soins, principalement au Guatemala (71,3 millions USD) et au Yémen (16,6 millions USD) ;
 - **9,2 milliards USD** pour les interventions de santé publique, y compris l'amélioration de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau.
26. La **Figure 3** présente la ventilation des coûts des interventions contribuant à la nutrition par sous-catégorie. Les priorités établies et les coûts des différentes catégories de stratégies contribuant à la nutrition reflètent étroitement les différents contextes nationaux. En plus des différences dans les causes sous-jacentes de la malnutrition dans ce contexte, l'équilibre reflète également les associations et les relations opérationnelles entre les ministères compétents en termes de coordination et de planification.



Sécurité alimentaire (englobant l'agriculture, les systèmes alimentaires et la protection sociale)

27. Les activités de sécurité alimentaire sont décrites plus en détail dans l'**Encadré 6**. Pour les 20 plans, le coût annuel moyen de la promotion de la sécurité alimentaire contribuant à la nutrition s'élève à 4,2 milliards USD, les coûts les plus élevés se situant au Bangladesh (1,7 milliard USD), en Indonésie (1,4 milliard USD) et au Pérou (1,3 milliard USD). La ventilation des interventions

destinées à la sécurité alimentaire varie considérablement d'un pays à l'autre, comme illustré à la **Figure 4**.

28. Dans cette catégorie, les interventions ont été regroupées en quatre sous-catégories :
- L'amélioration de la disponibilité des denrées alimentaires représente un total de 9,9 milliards USD ;
 - L'amélioration de l'accessibilité aux denrées alimentaires représente un total de 9,1 milliards USD ;
 - L'alimentation de complément (résilience) représente un total de 410 millions USD ;
 - Les interventions non classées (indissociables de la disponibilité, l'accessibilité et la résilience) représentent un total de 216 millions USD.
29. La ventilation des interventions destinées à améliorer la disponibilité et l'accessibilité varie considérablement d'un pays à l'autre. L'ensemble des actions incluses dans les plans apporte une orientation utile pour définir et sélectionner les activités contribuant à la nutrition.

Encadré 6 : Sécurité alimentaire

Les interventions de la sous-catégorie « **disponibilité des denrées alimentaires** » sont généralement réalisées dans le secteur agricole et comprennent :

- L'augmentation de la production de diverses denrées alimentaires y compris le petit bétail, en accordant une attention particulière à des sources alimentaires acceptables d'un point de vue traditionnel et culturel (avec de très solides rapports avec la promotion de régimes alimentaires sains et de modèles de consommation durables) ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des denrées alimentaires ;
- Des activités de prévoyance du stockage, de la préservation et de la transformation des denrées alimentaires ;
- L'amélioration du jardinage scolaire pour la production améliorée de fruits et autres denrées riches en nutriments.

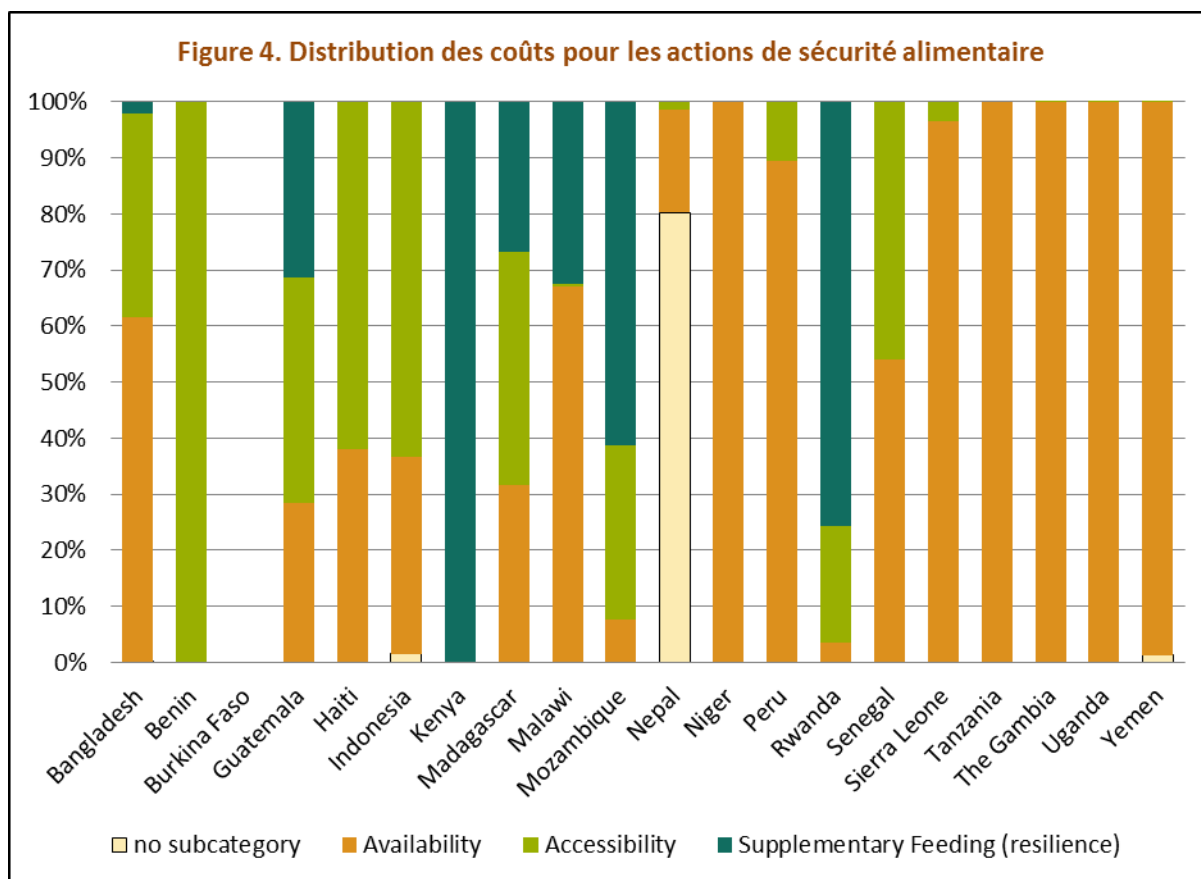
Aucun plan ne reprend l'accès au marché comme canal clé de fourniture de denrées nutritives.

Les interventions entrant dans la sous-catégorie « **accès aux denrées alimentaires** » ciblent les groupes vulnérables, notamment les ménages démunis, et comprennent :

- Le « food for work » (des vivres contre du travail) et le « cash for work » (une rémunération contre du travail) ou d'autres types de programmes de protection sociale ; Des activités génératrices de revenus pour les productrices, y compris apport de subventions pour l'élevage.

Les interventions de la sous-catégorie « **alimentation de complément (résilience)** » comprennent :

- Des programmes d'alimentation scolaire ;
- L'approvisionnement en denrées alimentaires pour les personnes atteintes de la TB, du VIH/SIDA, les orphelins et les enfants vulnérables, et tout autre individu vulnérable ;
- L'approvisionnement en denrées alimentaires pour les familles dont des membres souffrent de maladies chroniques.



Environnement de soins

30. L'Encadré 7 décrit des exemples de stratégies d'autonomisation des femmes visant à soutenir les environnements de soins. Six pays (Guatemala, Népal, Rwanda, Gambie, Ouganda et Yémen) prévoient des interventions orientées directement vers les environnements de soins. Ces interventions représentent un total de 90 millions USD.

Encadré 7 : Autonomisation des femmes

Exemples d'autonomisation des femmes dans les plans de nutrition :

- Préconiser et rechercher des solutions pour la réduction de la charge de travail des femmes, notamment les femmes enceintes ou allaitantes (Ouganda) ;
- Promouvoir des dispositifs allégeant la charge de travail des femmes ; sensibiliser le public sur le lien entre l'éducation des filles et l'amélioration des résultats de la nutrition (Gambie) ;
- Soutenir les sources d'énergie propres et bon marché afin de réduire la charge de travail des femmes (Népal).

Services de santé publique et amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement

31. L'Encadré 8 donne des exemples de services de santé publique et d'activités liées à l'eau potable et à l'assainissement dans les plans de nutrition. Le coût moyen annuel des 20 plans pour la promotion d'interventions contribuant à la nutrition dans des services de santé publique, y compris une amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, s'élève à 2,4 milliards USD, les coûts les plus élevés étant enregistrés au Guatemala (195 millions USD), en Indonésie (859 millions USD) et au Pérou (1,3 milliard USD). Dans cette catégorie, les interventions ont été regroupées dans les sous-catégories suivantes :

- L'amélioration de l'accès aux services de santé publique pertinents en termes de nutrition représente un total de 64,3 millions USD ;

- L'amélioration de l'accès aux services de santé génésique totalise 918 millions USD ;
- L'amélioration de l'accès à l'assainissement et à l'approvisionnement en eau totalise 1,4 milliard USD.

Encadré 8 : Services de santé publique, eau et assainissement

Exemple de services de santé publique dans des plans de nutrition :

- Accès aux services de santé publique
 - o Gestion et contrôle des régimes alimentaires associés à des maladies non transmissibles (Haïti, Kenya)
 - o Apport d'un traitement préventif intermittent contre le paludisme (Mozambique, Haïti, Sierra Leone)
 - o Fourniture et promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (Sierra Leone, Rwanda, Haïti)
 - o Conseils et assistance en nutrition pour les personnes atteintes du VIH et de la TB (Sierra Leone, Haïti)
- Accès à des soins de santé génésique
 - o Amélioration de l'accès à des plannings familiaux (Ouganda et Rwanda)
 - o Lutte contre la grossesse précoce (Mozambique)
 - o Création de services de santé adaptés aux adolescents (Sierra Leone)
 - o Liens entre les foyers communautaires d'hébergement pour futures mamans et les centres de santé périphériques (Sierra Leone)
- Amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement
 - o Promotion d'options de traitement de l'eau à domicile (Sierra Leone)
 - o Restauration et maintenance des systèmes d'approvisionnement en eau (Sierra Leone)
 - o Promotion de l'approche communautaire de l'assainissement total (Sierra Leone)
 - o Amélioration de l'accès à de l'eau et à des installations sanitaires adéquates dans les écoles (Rwanda)
 - o Sensibilisation aux plans pour la sécurité de l'eau et stockage d'eau approprié (Népal)
 - o Amélioration de l'accès et de la maintenance des systèmes d'approvisionnement en eau (Madagascar)
 - o Campagnes de lutte contre la défécation en plein air (Népal)

Aperçu des coûts de la gouvernance pour la nutrition

32. Les activités de gouvernance sont décrites plus en détail dans l'**Encadré 9**. Sur les 20 plans, tous sauf un (le Pérou) incluent le coût du renforcement des capacités de gouvernance, tant pour les interventions nutritionnelles spécifiques que pour les approches contribuant à la nutrition, avec une attention particulière pour une vaste gamme d'activités de soutien comme le développement de politiques, la coordination, la gestion des informations, le plaidoyer et la communication ainsi que le renforcement des capacités à l'échelle du système. Dans ce cadre, un financement immédiat pourrait induire un environnement propice à des investissements supplémentaires consacrés aux interventions.

33. Au total, sur toute la période, environ **2,3 milliards USD** sont destinés à la gouvernance de la nutrition :

- **629 millions USD** pour la coordination et la gestion des informations ;
- **1,5 milliard USD** pour le renforcement des capacités à l'échelle du système ;
- **143 millions USD** pour le développement de politiques, le plaidoyer et la communication.

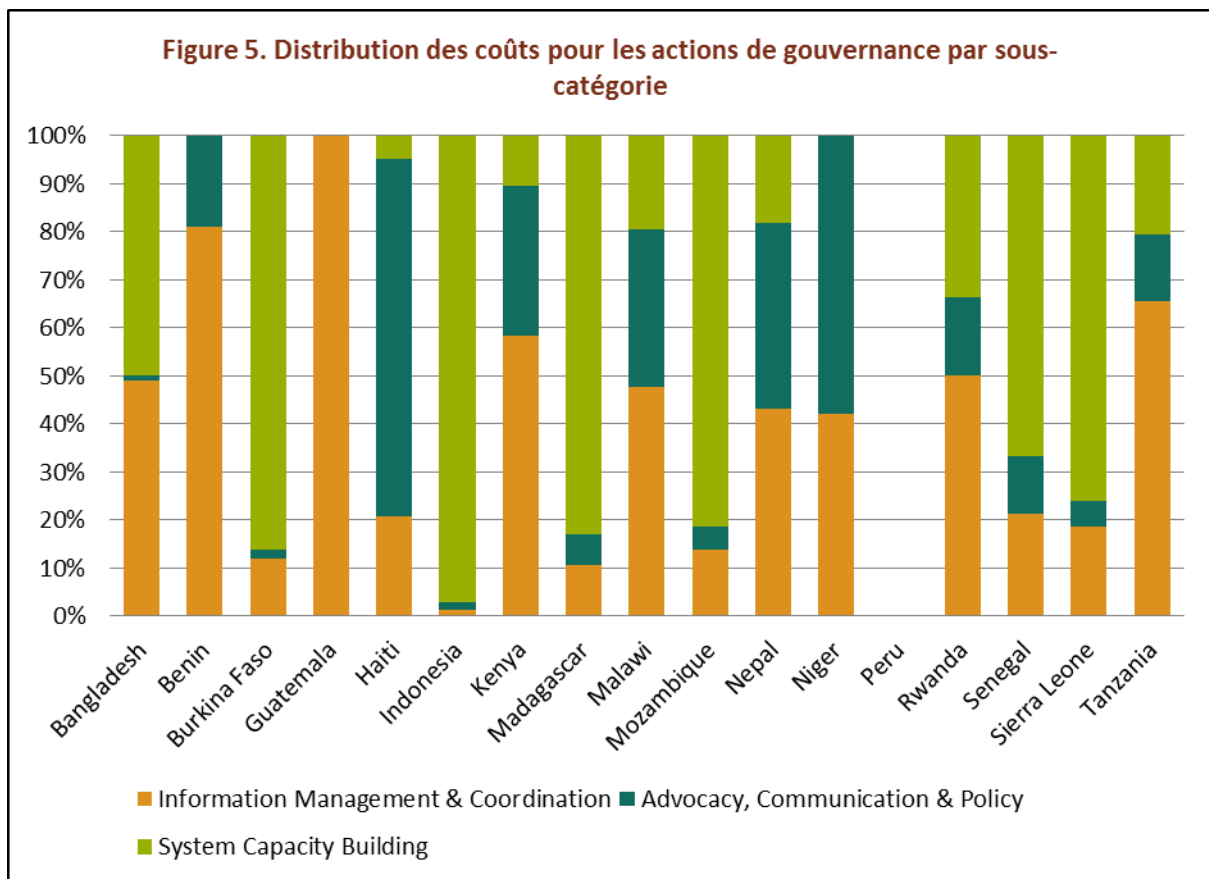
34. Le coût annuel moyen global de la gouvernance des 20 plans s'élève à 147 millions USD, les coûts les plus élevés étant enregistrés au Bangladesh (67 millions USD par an), au Guatemala (14 millions USD par an), en Indonésie (139 millions USD par an), au Kenya (16 millions USD par an), en Tanzanie (17 millions USD par an), et au Yémen (100 millions USD par an). Les efforts de gouvernance et les investissements varient d'un pays à l'autre, comme illustré à la **Figure 5**. Dans cinq pays (Haïti, Sierra Leone, Gambie, Ouganda et Yémen), le coût de la gouvernance représente plus de 30 % des estimations des coûts globaux des plans de nutrition.

Encadré 9 : Gouvernance

Exemples d'activités de chaque sous-catégorie :

- Renforcement des capacités du système
 - o Renforcement des capacités de conception, de surveillance et de mise en œuvre (Bangladesh)
 - o Renforcement de la coordination intraministerielle (Haïti)
 - o Renforcement des capacités de planification au niveau national (Kenya)
 - o Soutien aux OSC pour le développement de plans d'action (Malawi)
 - o Coordination avec les OSC (Burkina Faso)
- Coordination et gestion des informations
 - o Comités de coordination multisectorielle au niveau local (Népal)
 - o Réunion trimestrielle pour la surveillance d'interventions intersectorielles (Sierra Leone)
 - o Cartographie des parties prenantes (Ouganda)
- Plaidoyer et communication
 - o Organisation d'activités de plaidoyer à tous les niveaux (Tanzanie)
 - o Utilisation du Plan d'affaires pour la nutrition afin d'accroître les financements (Gambie)
 - o Élaboration d'un plan de plaidoyer (Ouganda)
- Développement de politiques
 - o Élaboration d'une politique complète sur les maladies non transmissibles (Kenya)
 - o Développement d'une législation sur le droit à la nourriture (Népal)

Les coûts des efforts de gouvernance ne sont pas répartis de façon égale entre les pays mais la plupart des plans nationaux ont inclus des coûts pour le renforcement des capacités du système et pour la coordination et la gestion des informations, avec une priorité moindre pour le plaidoyer, la communication et le développement de politiques.



Analyses de base

35. Comprendre la base du calcul des coûts de la nutrition dans les pays SUN est une étape décisive dans l'effort à long terme consenti par les parties prenantes nationales pour mobiliser les ressources supplémentaires requises pour le renforcement de la nutrition. D'importantes observations peuvent être tirées de cet exercice.
36. Il existe une grande diversité entre les pays dans la façon d'établir les priorités et d'estimer les coûts des différents éléments de renforcement de la nutrition. Cela reflète, d'une part, les différentes causes et échelles de la malnutrition dans ces pays et, d'autre part, les priorités diverses des gouvernements dans la lutte contre la malnutrition. Il serait inutile d'appliquer des méthodes rigides d'évaluation des coûts mais si les pays SUN sont en mesure de ventiler leurs chiffres d'évaluation approuvés par le gouvernement dans des catégories cohérentes, ils seront mieux à même de réaliser des comparaisons entre eux et d'identifier les régions nécessitant des ressources supplémentaires.
37. Jusqu'à présent, les coûts inhérents à la formation de personnel et aux salaires n'ont généralement pas été inclus dans les plans chiffrés. De même, d'autres « charges fixes », comme l'appui logistique, l'entretien des locaux et les services publics, sont rarement prises en compte. Ceci laisse à penser que les coûts « réels » du renforcement de la nutrition sont bien plus élevés que ce qui est rapporté jusqu'à présent, et que les gouvernements paient déjà la grande partie de la note.
38. Il n'est pas aisé de séparer certains coûts des activités des programmes. Par exemple, l'apport de compléments de vitamines et de minéraux peut être ajouté à l'approvisionnement en intrants

pour la lutte contre la malnutrition aiguë. De même, des activités comme la formation, la supervision, la surveillance et les rapports d'évaluation, ainsi que le développement de directives sont souvent regroupées, ce qui complique la classification des coûts dans des sous-catégories spécifiques.

39. Dans de nombreux pays, les partenaires du développement couvrent les coûts de certaines interventions clés mais ces contributions font largement défaut dans les plans nationaux. Les activités en cours concernant (a) la prise en charge de la malnutrition aiguë et (b) l'apport d'un régime alimentaire riche en nutriments pour les femmes enceintes et les jeunes enfants sont bien souvent sous-estimées, voire oubliées, dans les plans chiffrés.
40. Il reste du travail à accomplir pour estimer les contributions des secteurs public et privé qui permettront aux ménages d'accéder aux denrées alimentaires essentielles, notamment aux femmes enceintes et aux jeunes enfants d'accéder à des régimes alimentaires riches en nutriments. Il est impossible de présumer que ces denrées ne seront accessibles que par le biais de canaux publics.
41. Le secrétariat du Mouvement SUN s'appuiera sur cet examen préliminaire des plans nationaux et collaborera avec des fonctionnaires nationaux dans les pays SUN pour analyser les flux de financement nationaux et extérieurs et pour identifier les pénuries de fonds nécessaires au renforcement de la nutrition. Dans les pays SUN qui n'ont pas été pris en compte dans cet examen préliminaire, des plans nationaux de renforcement de la nutrition sont en cours de développement et leurs coûts sont en phase d'estimation. Le Secrétariat du Mouvement SUN collaborera avec ces pays SUN afin de mieux comprendre la façon dont les besoins de financement évolueront alors que des efforts accrus sont consentis pour atteindre les objectifs ambitieux d'amélioration des résultats en matière de nutrition.