

# Interventions prioritaires en Afrique de l'ouest pour l'estimation des dépenses en nutrition

A. N. ZÉBA<sup>1,a</sup>, F. COULIBALY/ZERBO<sup>2</sup>,  
A. N. SOUMARÉ<sup>3</sup>, L. MWAMAKAMBA<sup>2</sup>

## Résumé

L'objectif de l'étude visait à Identifier par ordre de priorité les interventions de nutrition pour l'estimation des dépenses. La méthodologie utilisée a consisté à établir une liste de 37 interventions du secteur de la santé et d'autres secteurs à partir des interventions proposées par l'OMS et celles de la série Lancet de 2008. Au cours des réunions de consultations des pays couverts par l'OMS/AFRO sur le projet du Plan d'application exhaustif de nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, la liste a été soumise aux représentants des pays composés du directeur du programme ou de la direction nationale pour la nutrition et du représentant du secteur de l'agriculture des pays de la CEDA O et la Mauritanie pour sélection des interventions prioritaires, qui ont été classées par fréquence de sélection et comparées à celles des comptes de la santé. L'étude a abouti aux résultats suivants sur les 37 interventions : huit (21,6 %) furent retenues par moins de 50 % des équipes pays et les 29 autres (78,4 %) sélectionnées par plus de 50 %, dont 72,4 % étaient du secteur de la santé. Des 21 interventions (56,8 %) qui avaient un niveau de consensus élevé ( $\geq 75$  %), 71,4 % étaient du secteur de la santé et 28,6 % relevaient d'autres secteurs. Des interventions du secteur de la santé, 76 % se retrouvaient dans les comptes de santé. En conclusion, une liste consensuelle d'interventions prioritaires pour l'estimation des dépenses de nutrition est proposée pour la sous-région ouest africaine dont 76 % relevant, du secteur de la santé sont comprises dans les comptes santé et pourraient servir à l'estimation des dépenses de nutrition.

**Mots-clés :** Interventions de nutrition, malnutrition, estimation des dépenses.

## West Africa priority interventions for nutrition expenditure estimation

### Abstract

The study objective was to identify the interventions to use for estimating nutrition expenditure in health sector. For this to be achieved a list of 37 interventions from health and non-health sector were elaborated based on lancet series 2008 and on WHO proposed nutrition interventions. The list was then submitted to West Africa countries' team of nutrition and agriculture resource persons for selection. The interventions were classified using a percentage of occurrences. The reflection of the selected interventions was analysed in health account. The results showed that from the 37 interventions concerned by the survey, 8 (21.6%) were selected by less than 50% of country teams and 29 interventions (78.4%) were selected by more than 50% of country teams. From the 29 interventions 72.4% of them were from health sector. From the 21 interventions (56.8%) selected by at least 75% of country teams, 71.4% of them were from health sector and 28.6% from non-health sector. In addition 76% of the interventions selected by more than 50% of countries were reflected in health account. From these results it can conclude that there is a proposed health and non-health set of interventions identified by West African countries to be used for estimating nutrition expenditures. These interventions can probably be appreciated in health account to have a reliable trend since at least 76% of them are reflected in.

**Keywords:** nutrition interventions, malnutrition, expenditure estimation.

<sup>1</sup> Institut de Recherche en Sciences de la Santé/Direction Régionale de l'Ouest (IRSS/DRO), 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) bureau inter pays pour l'Afrique de l'ouest

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) bureau régional pour l'Afrique

<sup>a</sup> Auteur à qui adresser les demandes de tirés à part :

ZÉBA Augustin Navidimbamba, MD, PhD en Nutrition internationale, Chercheur et chef de l'Unité de Nutrition et Maladies métaboliques de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé/Direction Régionale de l'Ouest (IRSS/DRO), 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01.

Email : nawidzeb@yahoo.fr/nawidzeba@gmail.com, Tel : +226 20 98 18 80, Fax : +226 20 97 48 68, Cell : + 226 78 50 39 00

## Introduction

Outre son impact sur la santé humaine en terme de morbidité (WHO, 2004 ; WHO, 2009 ; BLACK *et al.*, 2008 ; IFAD/FAO/WFP, 2011) et de mortalité (BLACK *et al.*, 2008 ; UNICEF, 2011 ; de ONIS, 2011), la malnutrition a également un impact économique et constitue une conséquence (GOEL *et al.*, 2007) et une cause (GRANTHAM-McGREGOR *et al.*, 2007) de pauvreté. Les adultes qui auraient souffert de malnutrition dans l'enfance, gagneraient environ 20 % de moins en termes de revenus que ceux qui n'en ont pas souffert (HORTON, *et al.*, 2008). La sous nutrition réduit le développement économique des nations d'au moins 8 % par une perte de la productivité (LANCET, 2013).

Plusieurs travaux rapportent que certaines interventions de nutrition lorsqu'elles sont effectuées efficacement, peuvent réduire le fardeau de la malnutrition d'au moins 25 % chez les jeunes enfants (BHUTTA *et al.*, 2008 ; WORLD BANK, 2006). En réponse aux évidences scientifiques, les leaders des pays en développement (PED) et les partenaires de l'aide pour le développement ont reconnu qu'engager des fonds pour l'amélioration de la nutrition serait l'un des meilleurs investissements en terme de rapport coût-efficacité, autant pour la santé de la mère et de l'enfant, que pour le développement économique (LIE *et al.*, 2011).

Cependant, comme l'a souligné l'ensemble des représentants des pays pour la nutrition et l'agriculture, lors du 12<sup>e</sup> Forum de nutrition de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) organisé sous l'égide de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et de ses partenaires qui s'est tenue à Grand Bassam en Côte d'Ivoire du 20 au 24 Septembre 2010, les budgets alloués à la nutrition dans ces pays restent insuffisants, et proviennent majoritairement de financements extérieurs. En réalité, malgré cette assertion, les pays n'avaient pas d'évidences sur les investissements faits pour la nutrition par chaque partenaire y compris les gouvernements. Aussi, l'ensemble des directeurs de programmes ou des directions de nutrition et les personnes ressource pour l'agriculture participant à ce forum de nutrition ont exprimé le vœu de voir les dépenses de nutrition estimée pour chaque partenaire.

Par conséquent, la question qui se pose est de savoir sur quelles interventions se fonder pour l'estimation des dépenses en nutrition. Afin d'y répondre, une enquête a été conduite auprès des représentants des 15 pays de la CEDEAO et ceux de la Mauritanie lors des réunions de consultations des pays couverts par l'OMS/AFRO sur le projet du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. L'objectif était d'identifier à partir d'une liste d'interventions qui leur était soumise, la pertinence de chaque intervention pour l'appréciation des dépenses en nutrition.

Cet article présente les résultats de l'enquête et discute le niveau de consensus de chacune des interventions.

## Matériel et méthode

### Type d'étude et population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale visant l'identification des interventions les plus pertinentes pour chaque pays pour l'estimation des dépenses en nutrition. Les enquêtes se sont déroulées lors des réunions de consultations des pays couverts par l'OMS/AFRO sur le projet du Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Ces réunions ont eues lieu à Harare/ Zimbabwe du 3 au 5 mai 2011 pour les pays anglophones et au Burkina Faso du 4 au 6 juillet 2011 pour les pays francophones. A partir de la liste d'interventions de nutrition établie, chaque équipe constituée d'experts se prononçait sur le choix des interventions eût égard aux réalités de son pays.

### Processus d'élaboration de la liste des interventions soumise aux équipes pays

Deux consultants ont eu la responsabilité de proposer une liste des interventions recommandées à partir d'une série de documents tels que : « *WHO executives board 128 nutrition paper (WHO, 2011)*, *Lancet series on maternal and child undernutrition paper 3 (BLACK et al., 2008 ; BHUTTA et al., 2008)*, *Scaling up Nutrition : what will it cost (HORTON, 2008)* ».

À la fin du processus 37 interventions mise en œuvre dans les pays ayant des taux élevés de sous nutrition ont été retenues (tableau I). Cette liste fut soumise sous forme de questionnaire aux représentants nutrition et agriculture des pays de la CEDEAO lors des réunions de consultation sus citées. Les interventions étaient regroupés comme suit ; 1). Interventions de nutrition dans le secteur de la santé ; 2). Autres interventions dans le secteur de la santé ; 3). Interventions sans lien avec la santé ayant un impact sur la nutrition. Pour chaque intervention il était demandé à chaque équipe pays de préciser si oui ou non celle-ci était suffisamment pertinente pour être retenue pour le calcul des dépenses inhérentes à cette intervention eu égard au profil épidémiologique nutritionnel de son pays ou en se référant à son plan d'action national pour la nutrition.

### Saisie et analyse des données

Le traitement des données a été réalisé manuellement et à l'aide des logiciels SPSS Excel. Pour une intervention donnée en fonction du nombre d'équipes pays l'ayant sélectionnée, un pourcentage de sélection a été calculé, allant de 0 % si aucun pays ne l'avait fait à 100 % si l'intervention était sélectionnée par tous les pays. Une échelle de trois niveau fut établie afin de déterminer à l'échelle sous régionale les interventions les plus consensuelles. Une intervention avait un taux de consensus faible lorsqu'elle était sélectionnée par moins de 50 % des pays. Le niveau de consensus d'une intervention était moyen lorsqu'elle était sélectionnée par 50 % à moins de 75 % des pays, tandis qu'une intervention avait un niveau de consensus fort lorsqu'elle était sélectionnée par au moins 75 % des pays. Les interventions de nutrition identifiées ont été comparées à celles prise en compte dans les comptes de la santé pour en apprécier les similitudes et voir dans quelle mesure il serait possible d'utiliser les comptes de la santé pour l'estimation des dépenses de nutrition dans le secteur de la santé.

Tableau I : Interventions retenues après consultations d'experts, avec leur élément de justification comme pouvant servir à l'estimation des dépenses de nutrition

Types d'interventions		Justification du choix
I. Interventions de nutrition dans le secteur de la santé		
1. Changement de comportement : Interventions en communauté et dans le système de santé		
a. <i>Nutrition du nourrisson et du jeune enfant</i>		
Promotion de l'allaitement maternel : Initiation précoce de l'allaitement ; Allaitement maternel exclusive jusqu'à six mois, Poursuite de l'allaitement jusqu'à deux et au-delà ; Alimentation de complément : Introduction planifiée de l'alimentation de complément ; Aliments de complément santé et fait maison		Interventions efficaces avec suffisamment de données provenant de 36 pays qui représentent à eux seuls 90% du fardeau de la malnutrition
Initiative des hôpitaux amis des bébés		Largement mise en œuvre dans les centres de santé quoique les données aient démontré leur efficacité variable ou insuffisante
b. Conseils nutritionnels pour enfants sains et malnutris		Largement mise en œuvre dans les centres de santé quoique les données aient montré peu ou pas d'effet
c. Application du code international de marketing du lait maternel et substituts avec résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé		Résolution de l'Assemblée Mondiale de Santé
2. Supplémentation en micronutriments (enfants, adolescents, femmes) ; Vitamine A périodique pour les moins de 5 ans. Supplémentation de fer au moins de cinq ans ; Supplémentation de fer, acide folique aux adolescentes et les femmes en âge de procréer ; Supplémentation en multiple micronutriments chez les femmes enceintes ; Supplémentation du zinc dans le traitement de la diarrhée ; Capsules d'huile iodée ; Fortification ménagère de l'alimentation pour le jeune enfant ; Supplémentation en zinc ; Supplémentation en calcium		Interventions efficaces avec suffisamment de données provenant de 36 pays qui représentent à eux seuls 90% du fardeau de la malnutrition
Supplémentation des femmes allaitantes en vitamine A		Largement mis en œuvre dans les pays quoique les données aient montré une efficacité insuffisante ou variable
Suivi promotion de la croissance		Adopté par l'OMAS, les ONG et par la plupart des pays
3. Soutien nutritionnel ciblé :		Interventions efficaces avec suffisamment de données provenant de 36 pays qui représentent à eux seuls 90% du fardeau de la malnutrition
Prise en charge intégrée de la malnutrition par les services ou la communauté ; Prise en charge nutritionnelle des Personnes vivant avec le VIH (PVVH) ; Soutien nutritionnel aux patients tuberculeux ; Supplémentation en protéines et en carbohydrates des femmes avec un faible indice de masse corporelle (IMC)		Pour éviter la détérioration de l'état nutritionnel des populations en situation de crise
4. Soutien nutritionnel en situation d'urgence		
Mise en place d'un soutien adéquat selon les directives opérationnelles des agences humanitaires d'urgence et programmes de management de l'urgence chez le jeune enfant prenant en compte l'allaitement et le besoin de limiter le risque de l'allaitement artificiel		
II. Autres interventions dans le secteur de la santé		
Interventions sur le lavage des mains et l'hygiène des aliments		Interventions efficaces avec suffisamment de données provenant de 36 pays qui représentent à eux seuls 90% du fardeau de la malnutrition ou dans un contexte particulier. Ils visent la réduction de la perte en nutriments et prévenir les maladies d'origine hydrique.
Déparasitage des enfants et adolescents		
Déparasitage des femmes enceintes		
III. Interventions sans lien avec la santé et ayant un impact sur la nutrition		
a. Agriculture et production alimentaire		Son impact direct sur le statut nutritionnel
Fortification en micronutriments des aliments de base ou des aliments de complément ; Iodation du sel ; Interventions pour l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (bonne gestion du petit élevage, jardin familiaux)		
b. Protection sociale		Visent l'amélioration de la situation nutritionnelle quoique peu de données aient démontré son efficacité
Oetroi conditionnel et non conditionnel de liquidité ; Aide alimentaire ; Supplémentation maternelle équilibrée en énergie et en protéine		
Programme préscolaire d'alimentation		
c. Travail		
Soutien aux femmes allaitantes en adoptant et en appliquant la convention 183 et la recommandation 191 sur la protection de la maternité de l'OIT		Interventions qui permettent de renforcer l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et continue jusqu'à deux ans et même au-delà
d. Eau et hygiène publique		Intervention permettant la prévention des maladies d'origine hydrique
Protection et contrôle de la qualité de l'eau		
e. Formation et Recherche		Recherche ou formation pour mieux comprendre les problèmes de nutrition et les meilleures pratiques visant l'amélioration de la nutrition et la qualité des interventions en nutrition à grande échelle
Formation au travail et supervision		
Recherche		

## Considérations éthiques

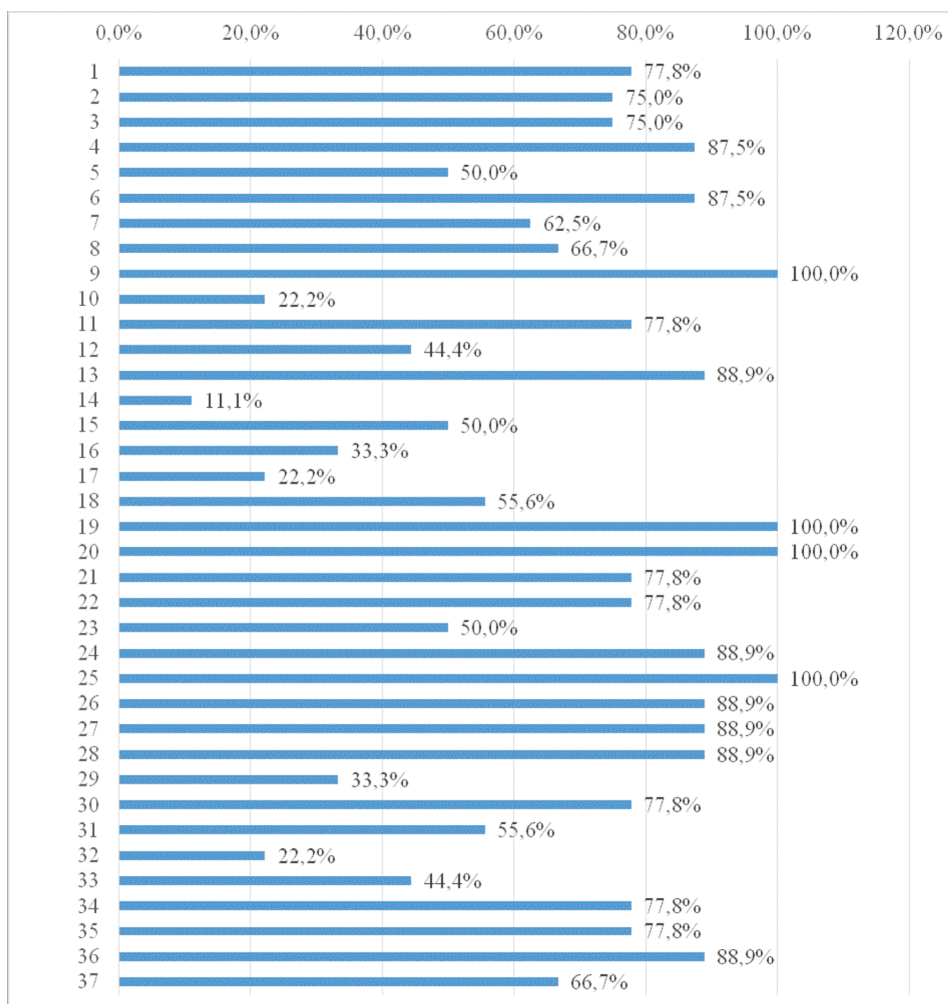
Chaque participant à l'étude a été informé des objectifs de l'étude et de l'implication de sa participation. Leur enrôlement était volontaire avec un droit de refus. La garantie de la confidentialité des données collectées leur a été précisée. L'inclusion à l'étude et la collecte des données était subordonnée à l'obtention d'un consentement verbal.

## Résultats

Au total 16 équipes pays étaient concernées par l'enquête - 15 venant des pays de la CEDEAO et un de la Mauritanie. Les représentants du Benin, du Ghana, de la Guinée Conakry, du Libéria, du Mali, de la Mauritanie, du Sénégal, de la Sierra Léone et Togo ont répondu positivement à l'enquête soit un taux de participation effective de 56,3%. Sur les sept pays restants, deux (le Cap-Vert et la Guinée-Bissau) n'ont pas pu participer à l'enquête pour un problème de langue, la langue de travail étant le français ou l'anglais alors que ces deux pays sont lusophones. Les directeurs de programmes ou les directions de nutrition du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Niger n'étaient pas présents aux réunions et se sont fait représenter. La Gambie et le Nigéria en étaient absents.

La figure 1, montre qu'aucune des 37 interventions concernées par l'enquête n'a été rejetée par la totalité des 9 pays quelle soit une intervention du secteur de la santé en lien ou pas avec la nutrition ou des autres secteurs. Une seule équipe pays a sélectionné toutes les interventions avec comme souci la possibilité de les mettre en œuvre dans un futur proche ou lointain. Sur l'ensemble des 37 interventions proposées, huit (21,6%) furent retenues par moins de 50% des équipes pays. Parmi elles, cinq interventions sont dans le domaine de la santé et trois du groupe sans lien avec la santé mais ayant un impact sur la nutrition. Les 29 autres soit 78,4% des interventions ont été sélectionnées par plus de 50% des équipes pays. Un examen plus détaillé montre que les interventions du groupe « Autres interventions dans le secteur de la santé » ont toutes été (100%) sélectionnées par plus de 50% des pays. Sur les 23 « Interventions de nutrition dans le secteur de la santé » 16 (69,6%) ont été sélectionnées par au moins la moitié (50%) des pays, tandis que huit interventions sur 11 (72,7%) des « Interventions sans liens avec la santé et ayant un impact sur la nutrition » furent sélectionnées par au moins 50% des pays.

Plusieurs raisons ont été évoquées pour justifier la non sélection de certaines interventions. Parmi elles, figurent : la difficulté de déterminer les dépenses des interventions axées sur la prévention de la malnutrition, l'absence de certaines interventions dans la politique nationale de nutrition ou leur non mise en œuvre comme par exemple la supplémentation en fer chez les adolescentes et la supplémentation en multiple micronutriments. L'absence de recommandations de l'OMS sur la question de la supplémentation de vitamine A chez les femmes allaitantes justifiait sa non sélection de même que l'aspect ponctuel de certaines interventions. Parmi les « autres interventions du secteur de la santé » le déparasitage des femmes enceintes n'a pas été sélectionné parce que considéré comme inclus dans les interventions pour la santé de la reproduction. Les pays n'ont pas jugé pertinent d'inclure les interventions de sécurité alimentaire il en fut de même pour les interventions de nutrition du secteur de l'éducation (résultats non présentées).



**Figure 1 : Taux de sélection des différentes interventions par l'ensemble des neuf pays**

1). Initiation précoce de L'allaitement ; 2). Allaitement exclusive jusqu'à six mois ; 3). Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà ; 4). Introduction planifiée de l'alimentation de complément ; 5). Aliment de complément santé et fait maison ; 6). Initiative hôpitaux amis des bébés ; 7). Conseils nutritionnels pour enfants sains et malnutris ; 8). Application du code international du marketing du lait maternel et substituts avec résolution de l'Assemblée mondiale de la santé ; 9). Supplémentation en micronutriments (enfants, adolescents, femmes) ; Vitamine A périodique pour les moins de 5 ans ; 10). Supplémentation en fer au moins de cinq ans ; 11). Supplémentation de fer, acide folique aux adolescentes et les femmes en âge de procréer ; 12). Supplémentation en multiple micronutriments chez les femmes enceintes ; 13). Supplémentation du zinc dans le traitement de la diarrhée ; 14). Capsules d'huile iodée ; 15) Fortification ménagère de l'alimentation pour le jeune enfant ; 16). Supplémentation en zinc ; 17). Supplémentation en calcium ; 18). Supplémentation des femmes allaitante en vitamine A ; 19). Suivi promotion de la croissance ; 20). Prise en charge intégrée de la malnutrition par les services ou la communauté ; 21). Prise en charge nutritionnelle des PVVIH ; Soutien nutritionnel aux patients tuberculeux ; 22). Supplémentation en protéines et carbohydrates des femmes avec un faible IMC ; 23). Mise en place d'un soutien adéquat selon les directives opérationnelles des agences humanitaires d'urgence et programmes de management de l'urgence chez le jeune enfant prenant en compte l'allaitement et le besoin de limiter le risque de l'allaitement artificiel ; 24). Interventions du lavage des mains et l'hygiène des aliments ; 25). Déparasitage des enfants et adolescents ; 26). Déparasitage des femmes enceintes ; 27). Fortification en micronutriments des aliments de base ou des aliments de complément ; 28). Iodation du sel ; 29). Interventions pour l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (bonne gestion du petit élevage, jardin familiaux) ; 30). Octroi conditionnel et non conditionnel de liquidité ; 31). Aide alimentaire ; 32). Supplémentation maternelle équilibrée en énergie et en protéine ; 33). Programme préscolaire d'alimentation ; 34). Soutien aux femmes allaitantes en adoptant et en appliquant la convention 183 et la recommandation 191 sur la protection de la maternité de l'OIT ; 35). Protection et contrôle de la qualité de l'eau ; 36). Formation au travail et supervision ; 37). Recherche

Lorsque nous considérons le niveau de consensus de chaque interventions pour l'ensemble des pays concernés (tableau II), nous constatons que sur l'ensemble des 37 interventions qui avaient été proposées, 29 (78,4%) avaient au moins un niveau de consensus moyen, c'est-à-dire qu'elles avaient été sélectionnées par au moins 50% des pays. De ces 29 interventions sélectionnées par au moins la moitié des pays, 72,4% soit 21 sont du secteur de la santé. Par ailleurs, des 21 interventions (56,8%) qui avaient un niveau de consensus élevé ( $\geq 75\%$ ), 71,4% sont du secteur de la santé et 28,6% relèvent d'autres secteurs. Le rapprochement de ces résultats avec les interventions de nutrition prises en compte dans les comptes de la santé pour en apprécier les similitudes montre, comme nous pouvons le voir dans le tableau III, que des 21 interventions du secteur de la santé identifiées comme instruments pour l'estimation des dépenses sur la base d'un minimum de consensus à 50%, 76% sont reflétées dans les comptes de la santé.

## Discussion

Cette étude intervient dans un contexte où l'importance de la nutrition pour le développement n'est plus à démontrer et où l'efficacité des investissements dans le secteur de la nutrition sur la croissance économique des pays est de plus en plus documentée (BHUTTA *et al.*, 2008 ; WORLD BANK, 2006). La volonté manifeste des gouvernements des pays en développement ainsi que celle de leurs partenaires internationaux de parvenir à une bonne estimation des investissements en nutrition pour de meilleures orientations et planifications dans ce secteur se confrontent aujourd'hui à un problème méthodologique pour ce qui est de l'instrument de mesure. Cette difficulté tient surtout à la transversalité de la nutrition, qui touche en effet plusieurs secteurs et la difficulté d'en délimiter les frontières. Le cadre conceptuel de l'initiative « *Scale up Nutrition* » (SUN) soulignait en effet l'importance de la prise en compte de deux types d'approches distincts et à la fois interalliées dans la lutte contre la malnutrition ; la première relative aux interventions spécifiques de nutrition presque toutes axées sur la malnutrition de la mère et de l'enfant et la seconde approche dite multisectorielle qui prend en compte les liens entre la nutrition et ses déterminants, sociaux, politiques, et économiques et qui vient rappeler la nécessité d'intégrer la nutrition dans d'autre secteur tel que la sécurité alimentaire, l'agriculture, la croissance économique.

**Tableau II : Regroupement des interventions en fonction du taux de sélections par pays.**

Distribution des interventions en fonction du taux de sélection	
<b>Interventions de nutrition dans le secteur de la santé</b>	
Consensus faible < 50%	Consensus moyen $\geq 50\%$ and < 75%
10). Supplémentation en fer au moins de cinq ans 12). Supplémentation en multiples micronutriments chez les femmes enceintes 14) Capsules d'huile iodée 16). Supplémentation en zinc 17). Supplémentation en calcium	5). Aliments de complément santé et fait maison 7). Conseils nutritionnels pour enfants sains et malnutris 8). Application du code international de marketing du lait maternel et substituts avec résolution de l'Assemblée mondiale de la santé 15). Fortification ménagère de l'alimentation pour le jeune enfant 18). Supplémentation des femmes allaitantes en vitamine A 23). Mise en place d'un soutien adéquat selon les directives opérationnelles des agences humanitaire d'urgence et programmes de prise en charge de l'urgence chez le jeune enfant prenant en compte l'allaitement et le besoin de limiter le risque de l'allaitement artificiel
	1). Initiation précoce de l'allaitement 2). Allaitement exclusif jusqu'à six mois 3). Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà 4). Introduction planifiée de l'alimentation de complément 6). Initiative des hôpitaux amis des bébés 9). Supplémentation en micronutriments (enfants, adolescents, femmes) ; vitamine A, périodique pour les moins de 5 ans 11). Supplémentation de fer, acide folique aux adolescentes et les femmes en âge de procréer 13). Supplémentation du zinc dans le traitement de la diarrhée 19). Soutien promotion de la croissance 20). Prise en charge intégrée de la malnutrition par les services ou la communauté 21). Prise en charge nutritionnelle des PVVH, soutien nutritionnel aux patients tuberculeux 22). Supplémentation en protéine et carbohydrate des femmes avec un faible IMC
<b>Autres interventions de santé</b>	
	24). Interventions sur le lavage des mains et l'hygiène des aliments 25). Déparasitage des enfants et adolescents 26). Déparasitage des femmes enceintes
<b>Interventions sans lien avec la santé ayant un impact sur la nutrition</b>	
29). Intervention pour l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages (bonne gestion du petit élevage, jardin familiaux) 32). Supplémentation maternelle équilibrée en énergie et en protéine 33). Programme préscolaire d'alimentation	27). Fortification en micronutriments des aliments de base ou aliments de complément 28). Iodation du sel 30). Octroi conditionnel et non conditionnel de liquidité 34). Soutien aux femmes allaitantes en adoptant et en appliquant la convention 183 et la recommandation 191 sur la protection de la maternité de l'OIT 35). Protection et control de la qualité de l'eau 36). Formation au travail et supervision

**Tableau III : Interventions prioritaires du secteur de la santé reflétées dans les sous comptes santé de la mère et de l'enfant**

Interventions ayant un minimum de 50% de consensus	Interventions retrouvées dans les sous compte nationaux mères-enfants
1. Interventions de nutrition dans le secteur de la santé	
Initiation précoce de l'allaitement	Oui
Allaitement exclusif jusqu'à six mois	Oui
Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà	Oui
Introduction planifiée de l'alimentation de complément	Oui
Aliments de complément santé et fait maison	Oui
Initiative des hôpitaux amis des bébés	Oui
Conseils nutritionnels pour enfants sains et malnutris	Oui
Application du code international de marketing du lait maternel et substituts avec résolution de l'Assemblée mondiale de la santé	Oui
Supplémentation en micronutriments (enfants, adolescents, femmes) ; vitamine A périodique pour les moins de 5 ans	Oui
Supplémentation en fer, acide folique aux adolescentes et les femmes en âge de procréer	Non
Supplémentation du zinc dans le traitement de la diarrhée	Non
Fortification ménagère de l'alimentation pour le jeune enfant	Oui
Supplémentation des femmes allaitantes en vitamine A	Non
Suivi promotion de la croissance	Oui
Prise en charge intégrée de la malnutrition par les services ou la communauté	Oui
Prise en charge nutritionnelle des PVVH, soutien nutritionnel aux patients tuberculeux	Oui
Supplémentation en protéine et carbohydrate des femmes avec un faible IMC	Oui
Mise en place d'un soutien adéquat selon les directives opérationnelles des agences humanitaire d'urgence et programmes de prise en charge de l'urgence chez le jeune enfant prenant en compte l'allaitement et le besoin de limiter le risque de l'allaitement artificiel	Non
2. Autres interventions en santé	
Interventions sur le lavage des mains et l'hygiène des aliments	
Déparasitage des enfants et adolescents	Oui*
Déparasitage des femmes enceintes	Oui
* Intégré dans les interventions sur la santé environnementale	Non

Le processus de construction du questionnaire utilisé dans cette étude est comparable à celui utilisé par (LIE *et al.*, 2011), dans le cadre du projet « *Health systems 20/20* » de l'USAID ; processus dans lequel une liste de 45 interventions de nutrition, dont 25 du secteur de la santé et 20 des autres secteurs, sélectionnées sur la base d'évidences scientifiques (BLACK *et al.*, 2008 ; BHUTTA *et al.*, 2008 ; HORTON *et al.*, 2010), fut présentée à des experts en nutrition pour l'identification des interventions prioritaires pour l'estimation des dépenses. En plus des évidences scientifiques, dans le cadre de cette étude, la recherche d'un consensus prenant en compte les réalités des pays impliqués a constitué un élément d'intérêt supplémentaire. Les résultats de cette étude, auprès de différents experts en nutrition et agriculture, attestent de la nécessité d'une prise en compte des interventions aussi bien du secteur de la santé que des autres secteurs pour l'estimation des dépenses. En effet, parmi les interventions prioritaires pour l'appréciation des dépenses en nutrition ayant eu un minimum de 50 % de consensus, 72,4 % relevaient du secteur de la santé, ce qui veut dire qu'environ 30 % d'entre-elles relevaient des autres secteurs. La même configuration demeure lorsqu'on s'intéresse aux interventions sélectionnées par au moins 75 % des pays. Le projet « *Health systems 20/20* » de l'USAID (WORLD BANK, 2006) aboutissait à des résultats similaires avec une moyenne de sélection des interventions ayant un lien avec la santé de 4,2 comparé à 3,8 pour celles venant des autres secteurs. On peut percevoir au travers de ces résultats qu'au-delà d'un simple choix d'interventions un avantage certain était accordé aux interventions du secteur de la santé. Ceci pourrait bien refléter le fait qu'il bénéficie d'un a priori favorable et que la plupart des interventions spécifiques de nutrition y sont menées. Plusieurs experts pensent aujourd'hui que les dépenses liées à ces interventions pourraient être tracées à travers les comptes de la santé ; une méthode utilisée pour la mesure des dépenses en santé ceci, moyennant des ajustements.

Tracer les dépenses qui vont au-delà du secteur de la santé semble de façon consensuelle important pour au moins 75 % des pays. Connaissant les limites des comptes de la santé à pouvoir capter les dépenses qui sont d'autres secteurs, ce résultat constitue en soi un appel à la réflexion à ce que soit trouvé un instrument à la mesure de cette préoccupation. En cela, la présente étude de par sa détermination consensuelle des interventions à tracer, a permis aux pays de la sous-région ouest africaine de faire ce que l'on peut considérer, au sein de la communauté internationale de nutrition, comme le premier pas indispensable dans la recherche de cet instrument pour une appréciation plus exhaustives des dépenses de nutrition.

L'étude présente tout de même un certain nombre de limites objectives liées au fait que seulement 9 pays sur 15 ont effectivement pris part à l'enquête et à l'absence d'échelle de sélection pour chacune des interventions proposées et au nombre limité d'experts par pays concerné par la consultation soit deux experts à savoir le directeur du programme ou de la direction de nutrition et un représentant du secteur de l'agriculture. Toutefois il faut se rappeler que le processus même de constitution de la liste des interventions fortement recommandées au niveau mondiale et qui a fait l'objet d'une première sélection par des consultants experts en nutrition lui donne une certaine validité et de fait met à la disposition des pays de la sous-région ouest africaine une liste consensuelle d'interventions pour l'estimation des dépenses de nutrition.

Il est imaginable que dans la poursuite de la recherche de l'exhaustivité et du consensus autour du choix des interventions, ce type d'étude soit reconduite en s'assurant que tous les pays de la sous-région y prennent part et cette fois en adressant les questions à un pool d'experts par pays avant une mise en commun à l'échelle sous régionale. Le travail ne serait pas pour autant achever car la liste consensuelle ne pourra pas occulter la réalité du caractère multisectoriel de la nutrition.