



# Initiative Ouest Africaine Countdown to 2030 pour la nutrition

**Ne laisser Aucune Femme ni Aucun enfant en rade:**

**Inégalités dans la couverture et l'état nutritionnels des femmes,  
des enfants et des adolescents en Afrique de l'Ouest**



**Mai 2020**



World Health  
Organization







**Ne laisser Aucune Femme ni Aucun enfant en rade:  
Inégalités dans la couverture et l'état nutritionnels  
des femmes, des enfants et des adolescents en  
Afrique de l'Ouest**

**Une analyse multi-pays**

---

**Mai 2020**

---

Photo de couverture avec l'aimable autorisation de l'Unicef

# Table des Matières

<b>Table des Matières</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements</b>	<b>vi</b>
<b>Liste des Abréviations</b>	<b>vii</b>
<b>Sommaire</b>	<b>viii</b>
<b>1.0 Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2.0 Méthodologie</b>	<b>3</b>
2.1. Ateliers d'analyse approfondie des données	3
2.2. Analyse des données	3
2.3. Indicateurs de nutrition	4
<b>3.0 Résultats</b>	<b>5</b>
3.1. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE)	5
3.2. Indicateurs anthropométriques pour les enfants	9
3.3. État nutritionnel des adolescentes et des femmes adultes	13
<b>4.0 Analyse des politiques et programmes de nutrition en Afrique de l'Ouest</b>	<b>16</b>
4.1. Explication de la base de données GINA et Analyse	16
4.2. Politiques nutritionnelles en Afrique de l'Ouest : résultats clés de l'analyse GINA	18
4.3. Programmes de nutrition en Afrique de l'Ouest : Principaux résultats de l'analyse GINA	19
<b>5.0 Conclusions et Recommandations</b>	<b>21</b>
5.1. Annexes	23

## Liste des tableaux

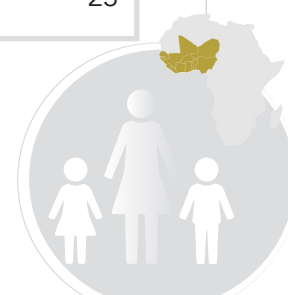
<b>Tableau 1: Liste des indicateurs utilisés pour les ateliers CD2030</b>	<b>4</b>
<b>Tableau 2: Score cumulatif des actions nutritionnelles par pays et par population cible</b>	<b>17</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b>	Pratiques de l'ANJE par pays en Afrique de l'Ouest (Base de données mondiale de l'UNICEF, 2019)	6
<b>Figure 1.1:</b>	Pratiques de l'ANJE par pays en Afrique de l'Ouest (Base de données mondiale de l'UNICEF, 2019)	6
<b>Figure 2:</b>	Évolution annuelle (en points de pourcentage) de la prévalence de la diversité alimentaire minimale dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest	7
<b>Figure 3:</b>	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif (%) selon la région par pays (dernières informations disponibles)	8
<b>Figure 4:</b>	Prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel entre 12 et 23 mois (%) par niveau de richesse et par lieu de résidence	9
<b>Figure 5:</b>	Retard de croissance, surcharge pondérale et émaciation (%) dans la région de l'Afrique de l'Ouest	10
<b>Figure 6:</b>	Tendances des retards de croissance chez les enfants	10
<b>Figure 7:</b>	Tendances en matière d'émaciation chez les d'enfants	11
<b>Figure 8:</b>	Tendances en matière d'obésité infantile	11
<b>Figure 9:</b>	Inégalités par sexe, lieu de résidence et indice de richesse pour les principaux indicateurs anthropométriques concernant les enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest (D'après les bases de données mondiales de l'UNICEF)	12
<b>Figure 10.a:</b>	Prévalence (%) des enfants en surpoids selon le niveau de richesse	12
<b>Figure 10.b:</b>	Prévalence (%) des enfants en surpoids par zone de résidence	13
<b>Figure 11:</b>	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les adolescentes et les femmes âgées de 20-49 ans en Afrique de l'Ouest	14
<b>Figure 12:</b>	Tendance régionale de l'insuffisance pondérale chez les femmes par âge	14
<b>Figure 13:</b>	Tendance régionale de l'obésité chez les femmes par âge	15

## Liste des Annexes

<b>Annexe 1:</b>	Notes d'orientation stratégique associées au rapport	<b>23</b>
------------------	--	-----------



# Liste des Abréviations

<b>ANJE</b>	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>APHRC</b>	African Population and Health Research Center
<b>AO</b>	Afrique de l'Ouest
<b>CD2030</b>	Countdown to 2030: Women's, Children's and Adolescents' Health
<b>CEDEAO</b>	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>FAF</b>	Fer et Acide Folique
<b>GINA</b>	Global database on Implementation of Nutrition Action
<b>ICEH</b>	International Center for Equity in Health
<b>IFPRI</b>	International Food Policy Research Institute
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>JHU</b>	Johns Hopkins University
<b>MAM</b>	Malnutrition Aigüe Modérée
<b>MAS</b>	Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MNT</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>NSN</b>	Département de l'OMS pour la Santé et la Nutrition
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SRMNI</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile
<b>SRMNE-N</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile - Nutrition
<b>SUN</b>	Scaling-Up Nutrition
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

# Remerciements

Le contenu de ce rapport provient de deux ateliers d'analyse régionale organisés en juin et en octobre 2019 à Dakar, au Sénégal. Ces ateliers s'inscrivent dans le cadre de l'initiative régionale "Countdown to 2030" pour la production de données probantes et le renforcement des capacités d'analyse en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces ateliers ont été pilotés par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) avec le soutien de l'Université Johns Hopkins, d'African Population and Health Research Center (APHRC), du Centre International pour l'Équité en Santé de l'Université Fédérale des Pelotas, de l'Université de Manitoba, Alive & Thrive / FHI360, Transform Nutrition West Africa / IFPRI, de l'OMS et de l'UNICEF.

Les ateliers ont été financés par "Countdown to 2030 pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents grâce à la subvention OPP1148933 de la Fondation Bill & Melinda Gates et par le projet Alive & Thrive de FHI360. L'accent est mis sur les 15 pays de l'Afrique de l'Ouest, y compris les pays visés par les projets Alive & Thrive et Transform.

Nous remercions sincèrement tous les participants à l'atelier provenant des 15 pays de la CEDEAO (Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Togo).

Les résultats des ateliers ont été disséminés lors de réunions régionales, notamment le Forum de la CEDEAO sur la nutrition à Monrovia, au Liberia, en novembre 2019, et lors d'un sommet régional sur les données en Afrique de l'Ouest tenu à Saly, au Sénégal, en février 2020. Des notes d'orientation politique et des articles scientifiques ont également été préparés. L'OOAS et ses partenaires tiennent à remercier toutes les parties ayant contribué à ces activités.

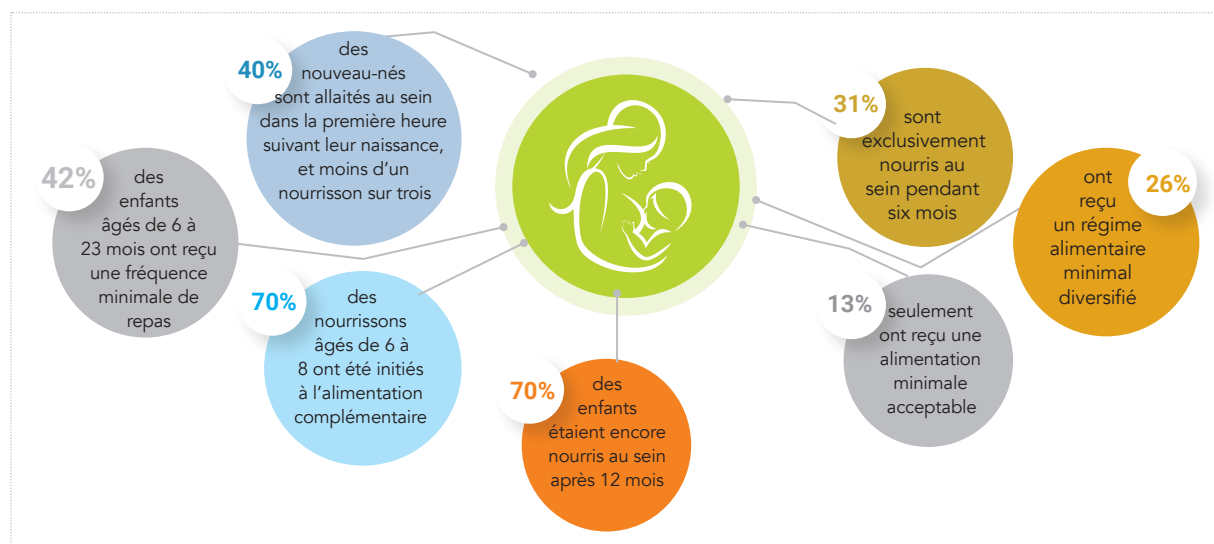


# Sommaire

La malnutrition est considérée comme un problème majeur de santé publique dans la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)<sup>1</sup>. On estime que 18 millions de femmes dans la région sont anémiques et 6 millions sont obèses, selon les données de population des Nations Unies<sup>2</sup>. Parmi les enfants de moins de cinq ans, 18,5 millions souffrent d'un retard de croissance et 5,1 millions sont émaciés. Des efforts et des investissements importants seront nécessaires dans la région pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable de 2030 concernant la sécurité alimentaire, l'éradication de la faim, l'amélioration de l'état nutritionnel et la promotion d'une agriculture durable.

La sécurité alimentaire et nutritionnelle, en particulier pour les enfants, les adolescentes et les femmes en âge de procréer, reste une priorité pour tous les États membres de la CEDEAO, car peu de progrès ont été réalisés pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de nutrition. C'est dans le but d'aider les autorités nationales et régionales à définir des politiques et des actions basées sur des données probantes que l'initiative "Countdown to 2030" pour les femmes, les enfants et les adolescents (CD 2030) a organisé deux ateliers dans la région CEDEAO afin de renforcer les capacités des États membres en matière d'analyse avancée de données. Les objectifs de l'atelier étaient les suivants :

- Améliorer les données probantes sur les questions liées à la nutrition des femmes, des adolescents et des enfants en Afrique de l'Ouest
- Renforcer les capacités pour l'analyse des données nutritionnelles provenant de sources accessibles au public



<sup>1</sup> États membres de la CEDEAO : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

<sup>2</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects 2015.

L'analyse des données a adopté le cadre du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui caractérise les causes et les conséquences de la malnutrition. Ce cadre comprend un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer l'état nutritionnel des enfants, des adolescents et des femmes adultes (par exemple, anthropométrie et anémie), ainsi que les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) (par exemple, initiation précoce à l'allaitement maternel, allaitement exclusif, introduction d'aliments complémentaires et poursuite de l'allaitement).

Les ateliers ont mis le focus sur ces indicateurs ; lesquels sont résumés dans le présent rapport. Plusieurs sources de données ont été utilisées pour évaluer les indicateurs de base. Il s'agissait notamment d'enquêtes nationales sur la santé, accessibles au public ; les bases de données mondiales comprenaient la base de données GINA de l'OMS et les données de suivi des programmes au niveau des pays.

L'analyse a montré que les niveaux de pratiques de l'ANJE sont faibles dans la région. En moyenne, seuls 40% des nouveau-nés sont allaités au sein dans la première heure suivant leur naissance, et moins d'un nourrisson sur trois (31%) est exclusivement nourri au sein pendant six mois. Soixante-dix pour cent (70 %) des nourrissons âgés de 6 à 8 mois sont initiés à l'alimentation complémentaire, 42 % des enfants âgés de 6 à 23 mois ont reçu une fréquence minimale de repas, 26 % ont un régime alimentaire minimal diversifié et 13 % seulement ont une alimentation minimale acceptable. Enfin, 70 % des enfants étaient encore nourris au sein après 12 mois. Des inégalités importantes existent en termes de pratiques de l'ANJE entre les pays et au sein des pays.

Le retard de croissance est une préoccupation majeure dans la région avec 29 % des enfants de moins de cinq ans qui sont touchés<sup>3</sup>. Le Niger, le Mali et la Sierra Leone sont les plus touchés par le retard de croissance, avec une prévalence supérieure à 40 %. Les enfants les plus touchés sont ceux qui vivent dans les zones rurales et ceux qui se trouvent dans le quintile de richesse le plus bas.

La malnutrition est également répandue chez les femmes en âge de procréer avec 8 % d'entre elles présentant une insuffisance pondérale et 7 % qui sont obèses en Afrique de l'Ouest. La prévalence de l'insuffisance pondérale a diminué, mais la surcharge pondérale et l'obésité continuent d'augmenter rapidement. Les différences en termes d'anémie entre les groupes sont minimes, ce qui suggère que ce problème concerne l'ensemble de la population.

Des stratégies nationales de nutrition sont disponibles dans chacun des 15 pays de la CEDEAO. Cependant, tous les pays ne disposent pas d'un plan de suivi-évaluation pour évaluer l'impact de ces stratégies. Les stratégies en vigueur abordent généralement les questions de malnutrition et de carence nutritionnelle, telles que la supplémentation en vitamine A ou en fer et la gestion de la malnutrition aiguë sévère (MAS) ou de la malnutrition aiguë modérée (MAM). En outre, la plupart des pays ne disposent pas de directives alimentaires. Le Togo, la Guinée, la Gambie, le Sénégal et le Burkina Faso sont dotés du plus grand nombre de politiques nutritionnelles contrairement à la Sierra Leone, au Bénin, au Mali et à la Côte d'Ivoire.

<sup>3</sup> UNICEF: <https://www.who.int/nutgrowthdb/jme-2019-key-findings.pdf?ua=1>



**Les principaux résultats de l'analyse des programmes en Afrique de l'Ouest se présentent comme suit :**

- La majorité des pays mettent en œuvre la fortification des aliments/nutriments, la promotion de l'allaitement maternel, l'évaluation/la gestion de l'émaciation infantile, la supplémentation en vitamine A des enfants, le déparasitage des écoliers (adolescents), la supplémentation en fer/folate des femmes enceintes et le soutien nutritionnel des femmes/enfants/nourrissons atteints du VIH et/ou de la tuberculose. Toutefois, le niveau de mise en œuvre et de couverture varie d'un pays à l'autre ;
- Par exemple, le Mali a mis en œuvre presque toutes les actions essentielles de l'OMS en matière de nutrition, tandis que la Gambie et le Nigeria ne mettent en œuvre que la moitié.
- Au niveau régional, les adolescents et les enfants de moins de cinq ans sont bien couverts par ces interventions nutritionnelles.
- Les interventions les moins mises en œuvre sont la supplémentation en vitamine A et en calcium pour les femmes enceintes, la supplémentation en zinc des enfants atteints de diarrhée et le clampage du cordon ombilical.

Plusieurs recommandations peuvent être faites sur la base des résultats. L'une d'entre elles consiste à étendre la dissémination de ces données pour la prise de décision, principalement par le biais de notes d'orientation stratégique. Les décideurs devraient également adapter les politiques pour remédier à la couverture inégale des interventions en matière de nutrition. La question de la disponibilité des données doit aussi être traitée en priorité. Enfin, les pays doivent améliorer la qualité, la régularité et la disponibilité des données pour soutenir le suivi des programmes et des politiques.



# 1.0

## Introduction

La région de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) compte 348 millions de personnes, dont 29 millions d'enfants de moins de cinq ans et 80 millions de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Malgré les efforts et les progrès en cours, la population est confrontée à d'énormes défis pour atteindre le statut nutritionnel optimal requis pour se développer et s'épanouir. Dans la région, plus de 18 millions de femmes sont anémiques et 6 millions sont obèses. La situation est particulièrement difficile pour les enfants et les femmes qui vivent dans des conditions de vulnérabilité et de précarité. Même ceux qui sont relativement aisés sont confrontés à des risques liés à l'obésité.

Dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), tous les pays d'Afrique de l'Ouest se sont engagés à assurer une sécurité alimentaire adéquate, à éradiquer la faim, à améliorer l'état nutritionnel et à promouvoir une agriculture durable. Compte tenu du niveau actuel des indicateurs de nutrition, les objectifs ne pourront être atteints d'ici 2030 si des mesures plus fortes et efficaces ne sont pas prises pour donner la priorité à la nutrition et pour réduire les inégalités importantes entre les enfants, les adolescents et les femmes dans chaque pays et dans l'ensemble de la région.

### Encadré 1: Extrait du discours de la vice-présidente du Libéria

"...La santé et la nutrition des adolescents sont des questions politiques qui dépendent non seulement de systèmes alimentaires sains, mais aussi des choix des politiques publiques. Heureusement, il existe une dynamique mondiale et internationale croissante pour lutter contre la malnutrition... En Afrique, la Banque Africaine de Développement s'est fait le champion de la responsabilisation en élaborant des tableaux de bord. Quatorze des quinze pays de la CEDEAO ont adhéré au mouvement *Scaling up Nutrition*, ce qui témoigne de la reconnaissance de l'importance d'un engagement multisectoriel de haut niveau dans la gouvernance de la nutrition.

.... La nature multisectorielle de la lutte contre la malnutrition, y compris la lutte contre la faim, implique des investissements importants dans tous les secteurs clés, notamment la santé, l'agriculture, les ressources animales et halieutiques, l'éducation de base, en particulier celle des filles, l'émancipation des femmes, la protection sociale, l'eau, l'hygiène, l'assainissement et l'électricité. Un changement profond dans l'approche de l'amélioration de la nutrition, impliquant un engagement politique accru, une transformation des méthodes de travail, un accent plus fort sur les résultats et une vision sur le long terme, sont nécessaires.

...Je vous encourage à exploiter les possibilités offertes par la Décennie d'Action des Nations Unies sur la nutrition 2016 - 2025 et par le 25e anniversaire de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD25) et à proposer des politiques et des programmes pour retarder les grossesses et promouvoir les droits des femmes afin de rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition...

Nous avons besoin d'idées novatrices sur la manière dont nous pouvons tirer parti de notre dividende démographique pour en faire un moteur potentiel de croissance et de transformation dans la région. Je vous exhorte à proposer des actions durables."



La malnutrition est un problème majeur de santé publique qui augmente considérablement le risque de mortalité et de morbidité. La santé et la nutrition des adolescentes et des femmes (en particulier celles en âge de procréer) sont essentielles et prioritaires car elles sont liées à la santé et à la survie des enfants. Les adolescentes et les femmes adultes en bonne santé ont plus de chances d'avoir des enfants avec un meilleur état nutritionnel que celles en moins bonne santé.

Les niveaux actuels de malnutrition chez les enfants, les adolescents et les femmes pourraient entraver l'atteinte des ODD ainsi que le développement socio-économique national et régional en Afrique de l'Ouest. En novembre 2019, le 16ème Forum de la CEDEAO sur la nutrition a été organisé à Monrovia, au Liberia, sur le thème "Nutrition des adolescents : institutionnaliser des actions durables pour de meilleurs résultats en Afrique de l'Ouest". L'ouverture du Forum a été officiellement présidée par Son Excellence le Dr Jewel Howard Taylor, vice-présidente de la République du Liberia, qui a saisi l'occasion pour réaffirmer la vision et les engagements nationaux et régionaux en matière de nutrition (encadré 1).

Pour comprendre les données et renforcer les capacités des principaux acteurs de la région de la CEDEAO, le projet Countdown 2030, en coopération avec l'OOAS, a développé l'initiative régionale pour le renforcement des capacités d'analyse des données sur la nutrition des mères, des enfants et des adolescents. L'initiative s'est concentrée sur deux questions analytiques clés :

- Quels sont les écarts existants entre les riches et les pauvres, entre les populations urbaines et rurales et entre les différentes unités administratives d'un même pays concernant l'état nutritionnel ?
- Quelles améliorations peuvent être apportées pour l'analyse des données et l'utilisation des informations pour le plaidoyer en faveur d'un changement de stratégies politiques ?



Source de la photo: Unicef

## 2.0

# Méthodologie

## 2.1. Ateliers d'analyse approfondie des données

Ce rapport présente les résultats des analyses multi-pays effectuées pendant les ateliers sur l'analyse avancée de données avec la participation et la contribution des 15 représentants des pays de la CEDEAO. Les sources de données primaires proviennent d'enquêtes sanitaires nationales telles que l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS), etc. Les données sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et l'anthropométrie des enfants ont été extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui comprennent d'autres enquêtes telles que les enquêtes SMART et des enquêtes de surveillance spécifiques à chaque pays. Les enquêtes PMA et les données de routine récentes provenant du système national d'information sanitaire (SNIS) ont également été utilisées lorsqu'elles étaient disponibles.

Les deux ateliers d'analyse avancée des données ont été organisés au Sénégal (juin et octobre 2019). La phase intermédiaire entre les deux ateliers a été utilisée pour collecter et compiler des informations et des données supplémentaires par pays afin d'améliorer la précision des analyses.

Les participants étaient des responsables de programmes nationaux de nutrition et des experts en analyse de données d'institutions nationales de recherche ou des services de gestion de l'information sanitaire des 15 pays de la CEDEAO. Les participants ont été formés à l'analyse des données nutritionnelles, principalement sur les indicateurs de l'ANJE. À la suite du premier atelier, les participants ont préparé le profil nutritionnel et sanitaire de leur pays sur la base des données qui sont accessibles au public, puis ont rédigé des notes d'orientation stratégique basées sur les résultats de leurs recherches.

## 2.2. Analyse des données

Plusieurs sources de données ont été utilisées, notamment des données administratives, des données d'enquête populationnelle et les profils de pays. Ces données sont généralement disponibles sur des portails publics, notamment ceux de l'UNICEF et de l'OMS. Plusieurs outils d'analyse et de visualisation en ligne ont été utilisés, tels que DataDENT (<https://datadent.org/landscaping-of-global-data-visualization-tools-for-nutrition/>), SUN (<https://scalingupnutrition.org/>) et Statcompiler (<https://www.statcompiler.com/>).



Les indicateurs ont également été tirés de ces sources. Une analyse complémentaire de l'inégalité a été menée, tenant compte de la résidence urbain/rural, capitale/autres urbains ; des sous-groupes de population en fonction de l'âge ; des quintiles de richesse avec des graphiques de type equiplots ([www.equidade.org](http://www.equidade.org)), cartes ou autres graphiques.

## 2.3. Indicateurs de nutrition

Les indicateurs nutritionnels utilisés dans ces analyses sont définis selon un cadre proposé par l'UNICEF<sup>4</sup>. Les indicateurs de nutrition sélectionnés comprennent l'état nutritionnel des adolescents, l'état nutritionnel des femmes, les pratiques de l'ANJE et le statut anthropométrique des enfants (tableau 1).

**Tableau 1: Liste des indicateurs utilisés pour les ateliers CD2030**

Indicateur	Catégorie	Définition
Anémie	Adolescentes Femmes Adultes	Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans souffrant de tout type d'anémie (légère, modérée, sévère) Pourcentage de femmes âgées de 20 à 49 ans souffrant de tout type d'anémie (légère, modérée, sévère)
Obésité	Adolescentes Femmes Adultes	Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant un IMC supérieur à 2 écarts-types au-dessus de la médiane selon les normes de référence <sup>5</sup> Pourcentage d'adultes âgés de 20 à 49 ans ayant un IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>
Insuffisance pondérale	Adolescentes Femmes Adultes	Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant un IMC inférieur à 2 écarts-types au-dessous de la médiane selon les normes de référence <sup>6</sup> Pourcentage d'adultes âgés de 20 à 49 ans ayant un IMC $< 18,5$ kg/m <sup>2</sup> (Indice de Masse Corporelle = IMC)
Supplémentation en Fer et Acide Folique	Grossesse	Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des comprimés de fer et d'acide folique pendant plus de 90 jours pendant la grossesse
Faible Poids de Naissance	Naissance	Pourcentage de naissances d'un poids inférieur à 2 500 grammes (jusqu'à 2 499 grammes inclus)
Initiation précoce à l'allaitement maternel	ANJE	Pourcentage de nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit la naissance
Allaitement maternel exclusif	ANJE	Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois allaités uniquement au sein

<sup>4</sup>UNICEF, Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress, 2013, [https://www.unicef.org/publications/index\\_68661.html](https://www.unicef.org/publications/index_68661.html).

<sup>5</sup>WHO 2007

<sup>6</sup>Idem 3

Indicateur	Catégorie	Définition
Introduction aux aliments solides, semi-solides ou mous	ANJE	Pourcentage de nourrissons âgés de 6 à 8 mois recevant des aliments solides ou semi-solides
Diversité alimentaire minimum	ANJE	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant 5 des 8 groupes d'aliments recommandés
Fréquence minimum des repas	ANJE	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant le nombre minimum recommandé d'aliments solides/liquides par rapport à l'âge de l'enfant
Apport alimentaire minimum acceptable	ANJE	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant la diversité alimentaire minimale et le nombre minimal de repas
Poursuite de l'allaitement maternel	ANJE	Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois recevant du lait maternel
Retard de croissance	Anthropométrie de l'enfant	Il s'agit d'un enfant qui est trop petit pour son âge. Il est défini comme la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de deux écarts types (modérés et graves) par rapport à la longueur/taille médiane pour l'âge de la population de référence
Emaciation	Anthropométrie de l'enfant	Il s'agit d'un enfant trop maigre pour sa taille. Il est défini comme la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en dessous de deux écarts-types (modérés et graves) par rapport au poids médian/taille de la population de référence
Surcharge pondérale	Anthropométrie de l'enfant	Se réfère à un enfant qui est trop gros pour sa taille. Ceci est défini comme la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent au-dessus de plus d'un écart-type (modéré et grave) par rapport au poids médian/taille de la population de référence



## 3.0

# Résultats

Les résultats clés, tels qu'analysés dans les ateliers, sont présentés en utilisant les sources de données et les indicateurs mis en évidence ci-dessus. Les résultats suivants sont présentés dans les sections suivantes :

- Les niveaux et les tendances des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) sont décrits, en tenant compte des inégalités infranationales.
- Le profil et les tendances nutritionnelles des moins de cinq ans sont présentés au niveau régional, puis au niveau national, stratifiés selon différentes dimensions de l'inégalité
- Les différences nationales en matière de malnutrition et d'anémie chez les adolescents et les femmes adultes sont décrites.

## 3.1. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE)

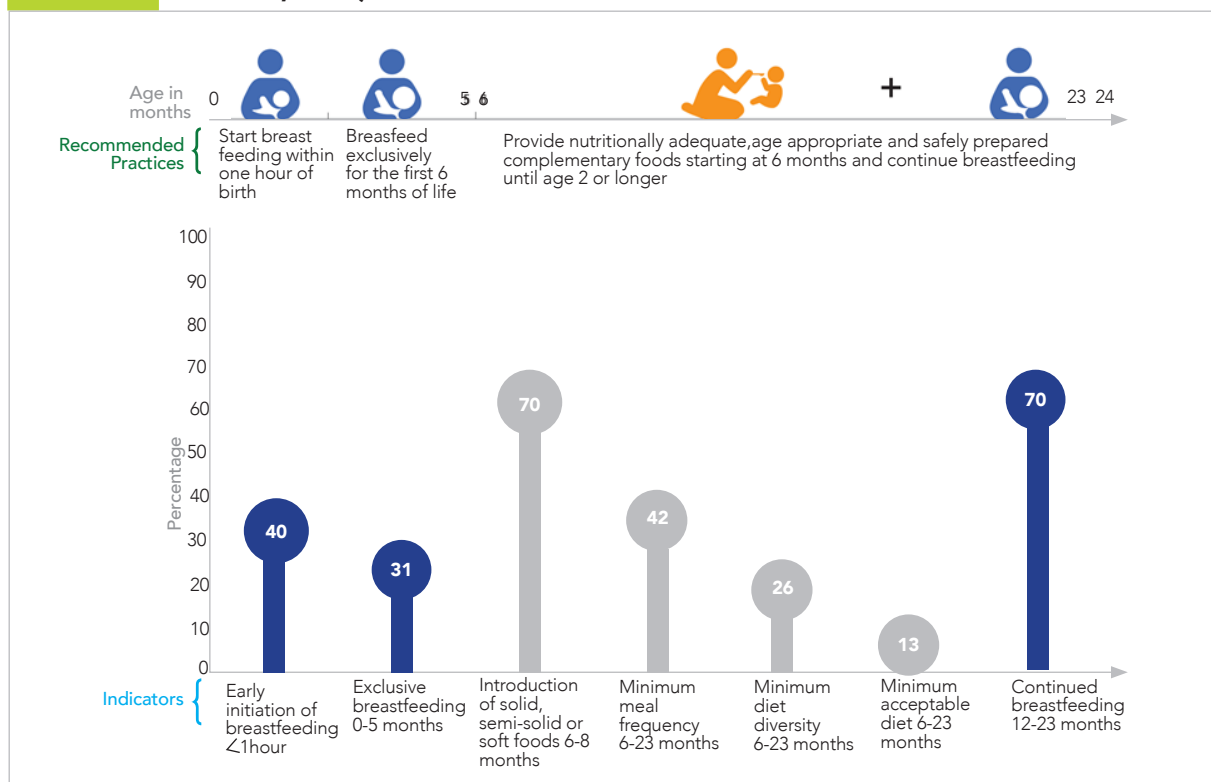
### 3.1.1. Niveaux et tendances des pratiques de l'ANJE

**L'OMS et l'UNICEF recommandent :**

- La mise au sein dans l'heure qui suit la naissance
- L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie
- L'introduction d'aliments complémentaires (solides) sains et adéquats sur le plan nutritionnel à partir de six mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.

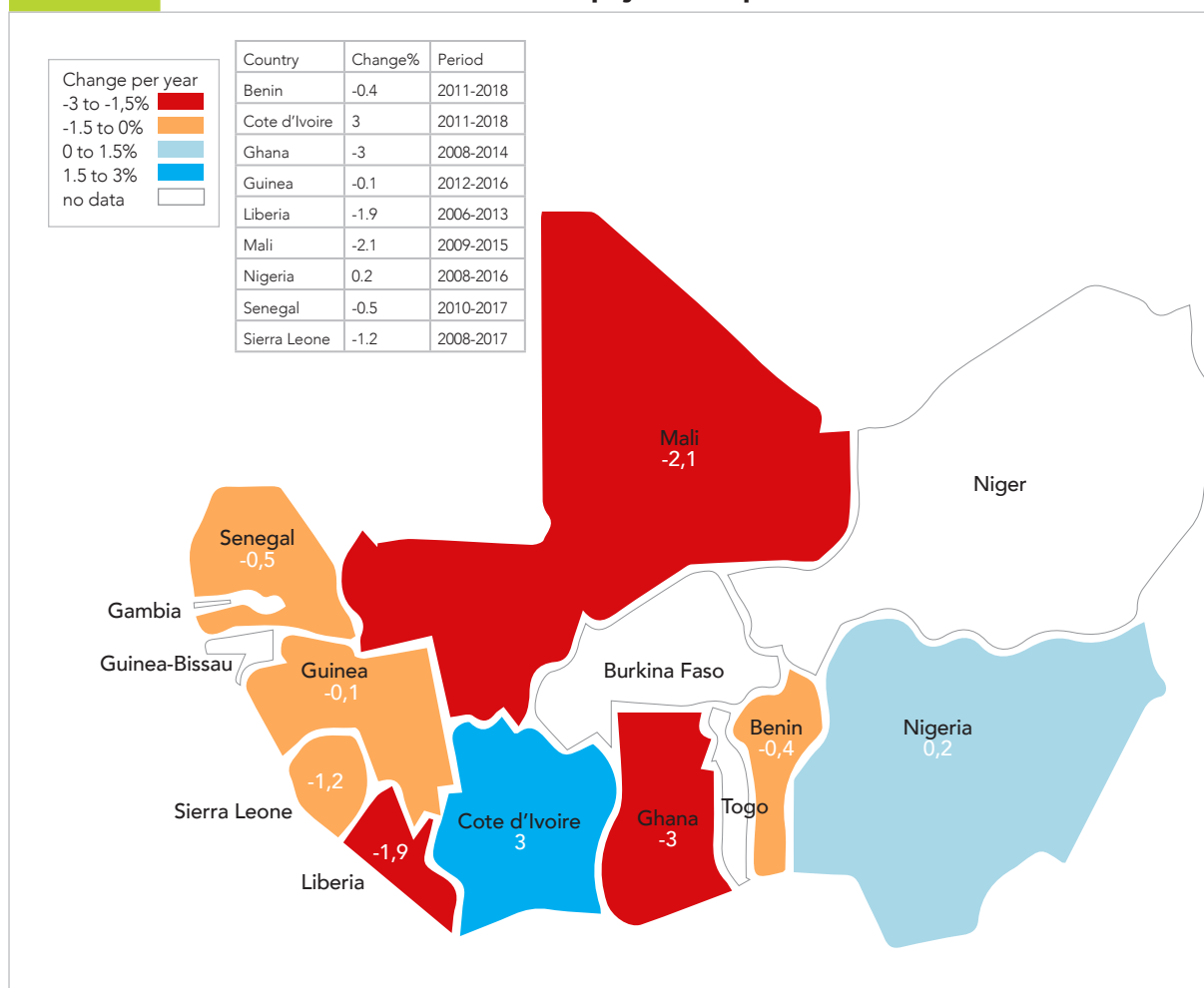
Les pourcentages de prévalence des indicateurs de l'ANJE en Afrique de l'Ouest sont présentés dans la figure 1. Le niveau moyen d'initiation précoce à l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest est de 40 %. Ce taux varie de 60 % au Liberia à 33 % au Nigeria (fig.1.1). Si la prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel est élevée, avec près de 70 % des enfants de plus de 12 mois qui sont allaités, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois est encore faible, estimée à 31 %, allant de 12 % en Côte d'Ivoire à 57,5 % au Togo.



**Figure 1:** Pratiques de l'ANJE par pays en Afrique de l'Ouest (Base de données mondiale de l'UNICEF, 2019)**Figure 1.1:** Pratiques de l'ANJE par pays en Afrique de l'Ouest (Base de données mondiale de l'UNICEF, 2019)

Les tendances en matière de diversité alimentaire minimale montrent une diminution dans la majorité des pays (figure 2). Seuls deux pays, la Côte d'Ivoire et le Nigeria, ont connu une amélioration.

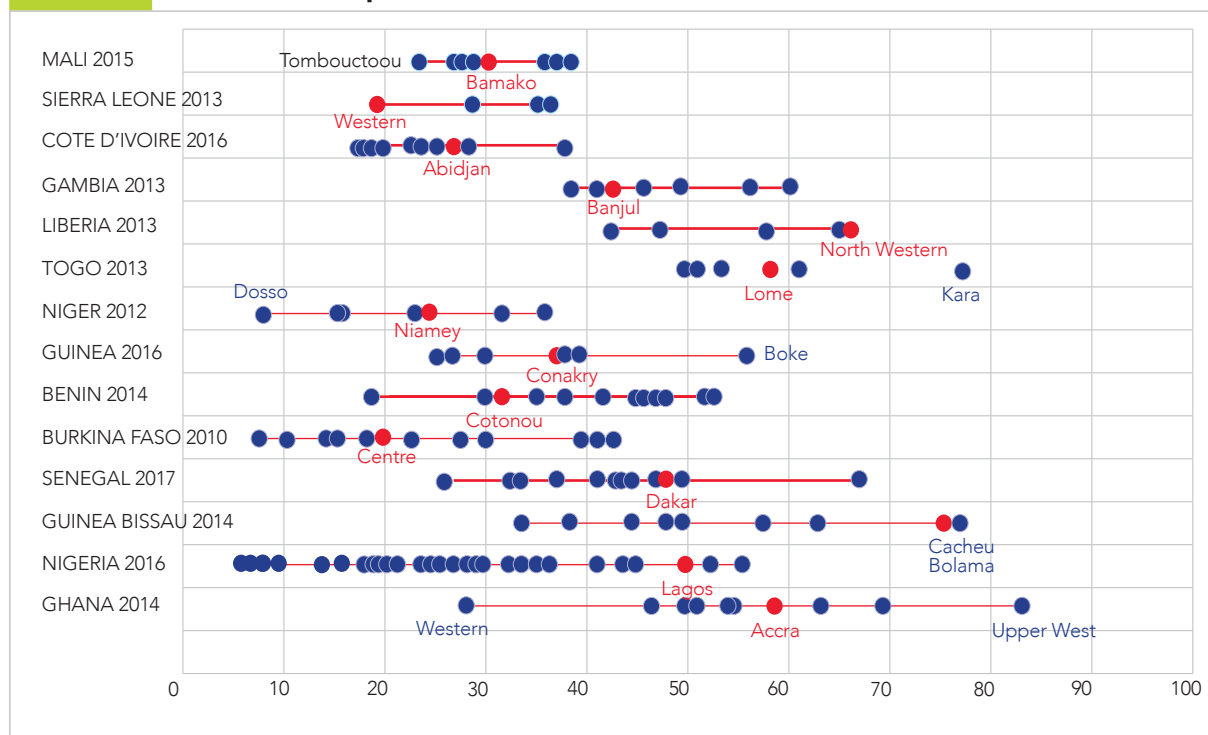
**Figure 2: Évolution annuelle (en points de pourcentage) de la prévalence de la diversité alimentaire minimale dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest**



### 3.1.2. Inégalités infranationales dans la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME)

L'ANJE se caractérise par des disparités notables entre et au sein des pays de la CEDEAO. Si l'on considère l'allaitement maternel exclusif, par exemple, des différences significatives sont observées dans toute la région (figure 3). Le Ghana et le Nigeria présentent l'écart le plus important (c'est-à-dire l'écarta entre les régions les plus performantes et les moins performantes) en matière d'allaitement maternel exclusif entre les régions au sein du pays, avec une différence de 55,6 et 50,4 points de pourcentage, respectivement. Le fait de résider dans la plus grande ville de la capitale du pays ne confère aucun avantage (ou désavantage) en termes de couverture de l'AME.

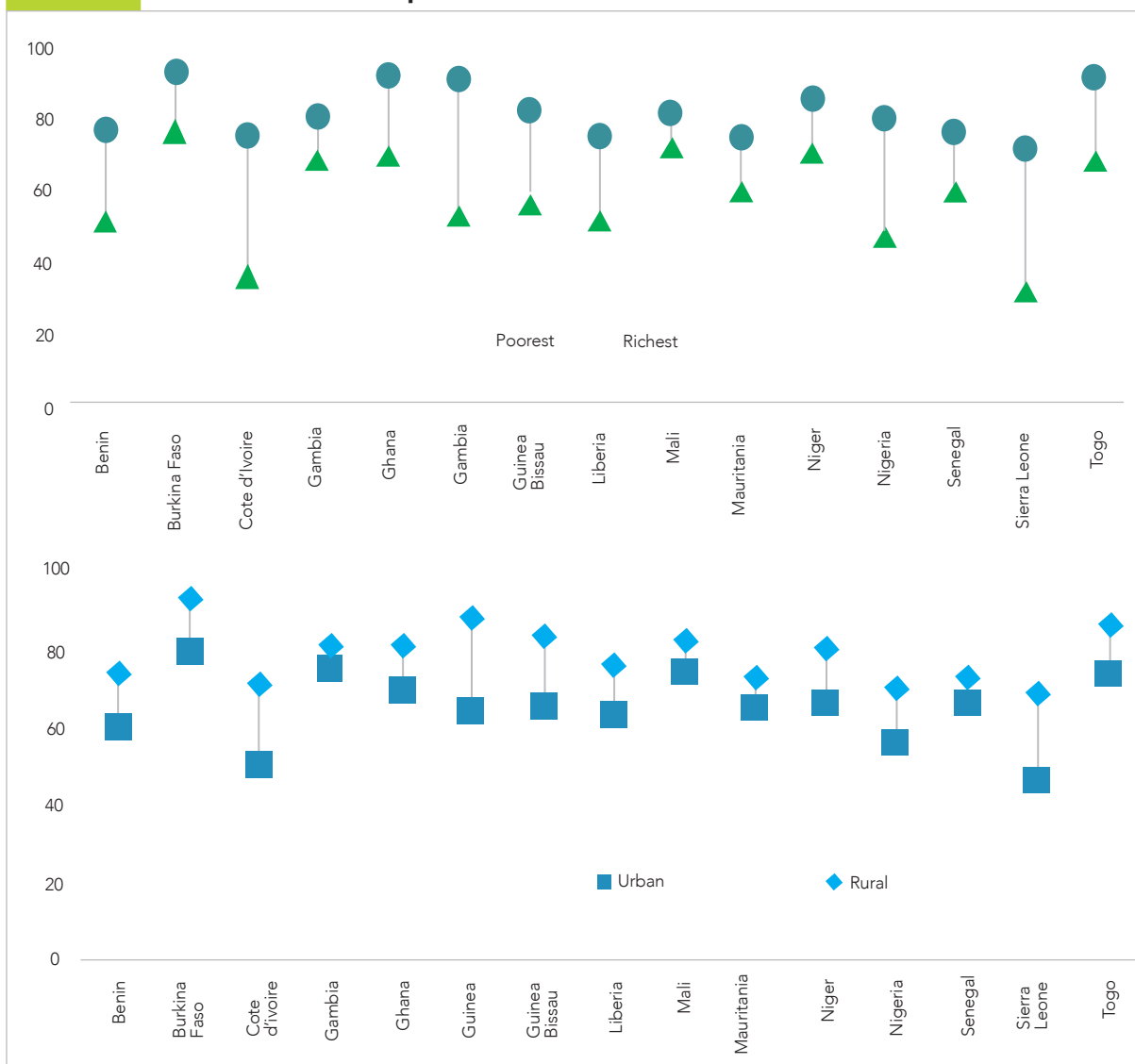


**Figure 3: Prévalence de l'allaitement maternel exclusif (%) selon la région par pays (dernières informations disponibles)**

### 3.1.3. Autres inégalités dans les pratiques de l'ANJE

Il y a des plusieurs caractéristiques pratiques de l'ANJE, communes à tous les pays d'Afrique de l'Ouest. La prévalence des pratiques de l'ANJE ne varie pas selon le sexe de l'enfant. De plus, la prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 12-23 mois est constamment plus élevée chez les enfants des ménages les plus pauvres que chez ceux des ménages les plus riches ; les écarts d'inégalité les plus importants étant observés en Côte d'Ivoire, en Guinée et en Sierra Leone (figure 4). De même, la prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel est plus élevée parmi les enfants vivant dans des zones rurales comparés à ceux des zones urbaines, bien que les écarts d'inégalité soient beaucoup plus faibles que ceux observés avec les quintiles de richesse. Il n'y avait pratiquement aucune inégalité entre les zones urbaines et rurales en Gambie, au Mali ou au Sénégal. Une tendance inverse est observée concernant les indicateurs d'alimentation complémentaire : les enfants nés dans les ménages les plus riches et ceux des zones urbaines ont une meilleure alimentation en termes de diversité et de fréquence.

<sup>7</sup>Les points rouges représentent la région du pays où se trouve la ville principale du pays. La ville principale est généralement la capitale ou la plus grande ville en termes d'économie.

**Figure 4:** Prévalence de la poursuite de l'allaitement maternel entre 12 et 23 mois (%) par niveau de richesse et par lieu de résidence

## 3.2. Indicateurs anthropométriques pour les enfants

Les indicateurs clés de nutrition sont basés sur des données anthropométriques. Ces données sont essentielles pour prendre des décisions sur la manière de mettre en œuvre des interventions en matière de santé et de nutrition et sont principalement recueillies dans le cadre d'enquêtes représentatives de la population<sup>8</sup>. Les indicateurs anthropométriques sont basés sur des mesures de poids, de longueur/taille et d'âge, parmi lesquelles les indices anthropométriques suivants sont essentiels :

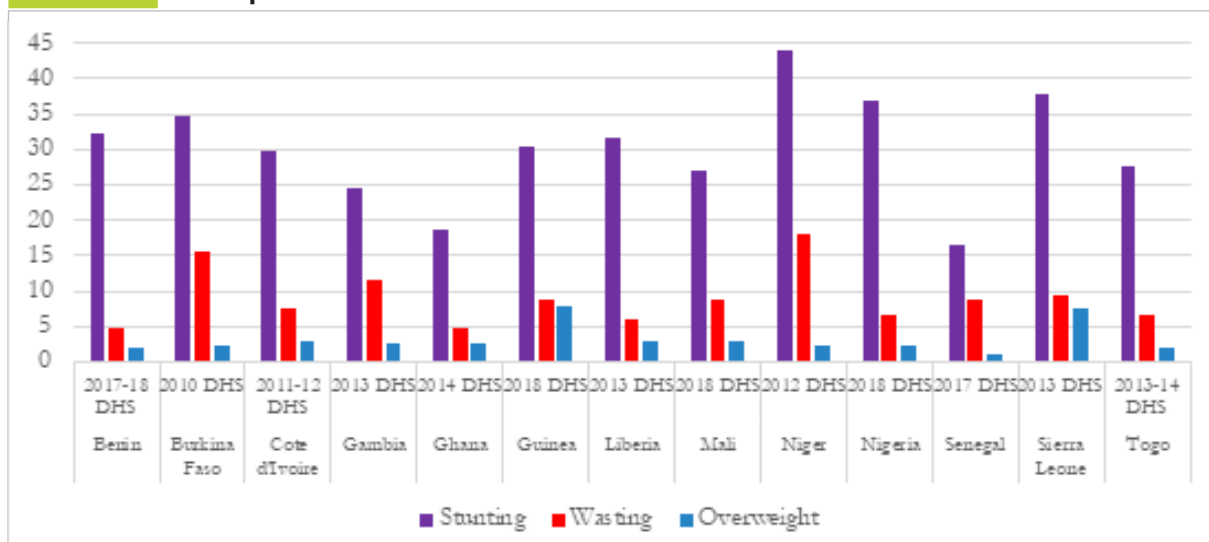
- Le poids pour l'âge
- La longueur ou la taille par rapport à l'âge (retard de croissance)

<sup>8</sup>Recommendations for data collection, analysis and reporting on anthropometric indicators in children under 5 years old. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2019



- Le poids pour la longueur ou le poids par rapport à la taille (émaciation et surcharge pondérale)  
Chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence du retard de croissance est nettement plus élevée comparé aux autres formes de sous-alimentation (figure 5). Toutefois, il faut prêter attention aux problèmes de santé émergents, comme le surpoids.

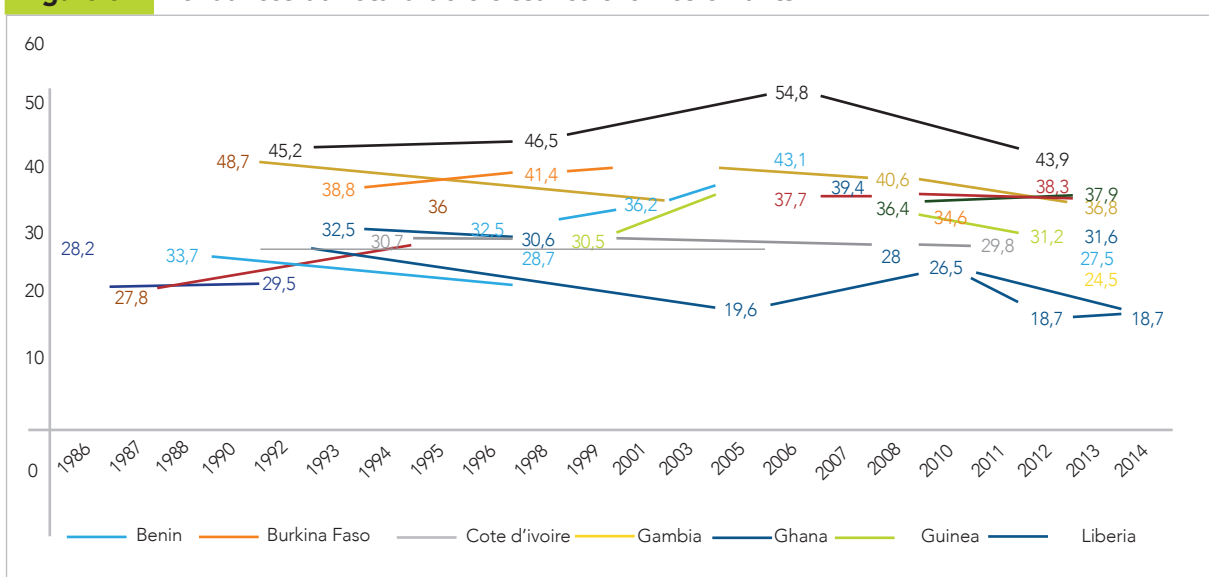
**Figure 5: Retard de croissance, surcharge pondérale et émaciation (%) dans la région de l'Afrique de l'Ouest**



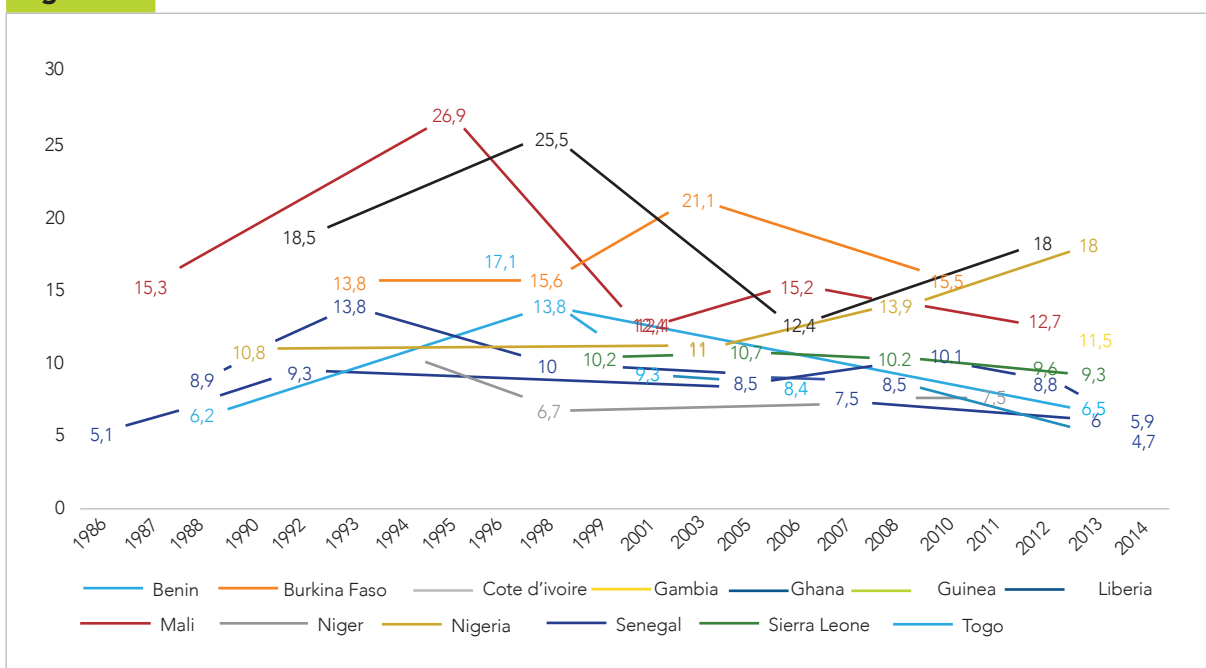
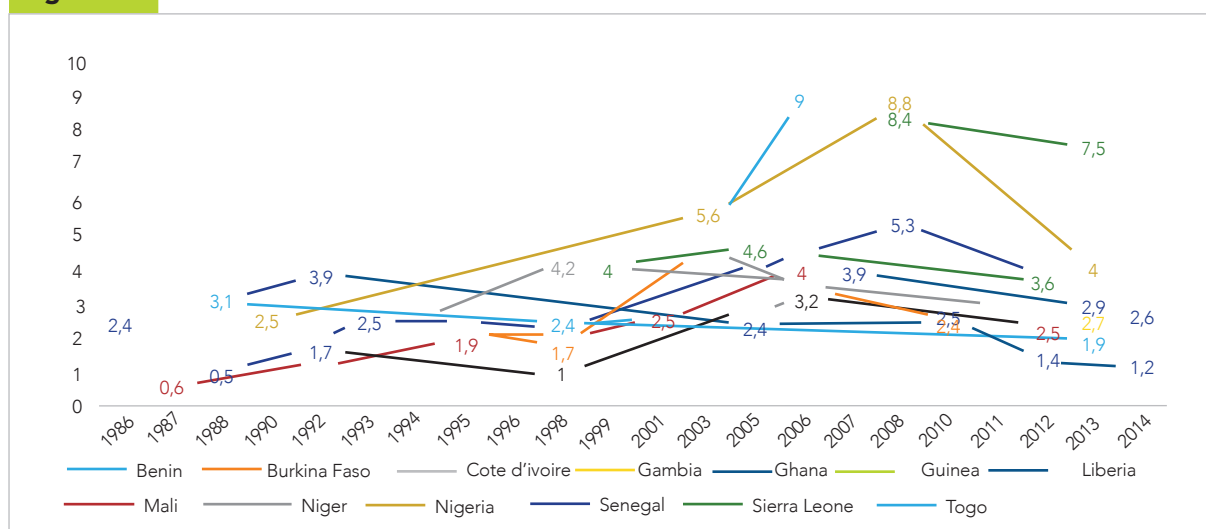
### 3.2.1. Tendances de l'état nutritionnel des enfants

Les tendances de l'état nutritionnel des enfants ont été directement extraites à l'aide de STATcompiler<sup>9</sup>. Les tendances en matière de retard de croissance, d'émaciation et de surcharge pondérale ne sont pas présentes et sont généralement constantes dans le temps (figures 6, 7 et 8).

**Figure 6: Tendances du retard de croissance chez les enfants**



<sup>9</sup> "STATcompiler," consulté le 26 Février 2020, <https://www.statcompiler.com/en/>.

**Figure 7: Tendances en matière d'émaciation chez les d'enfants****Figure 8: Tendances en matière d'obésité infantile**

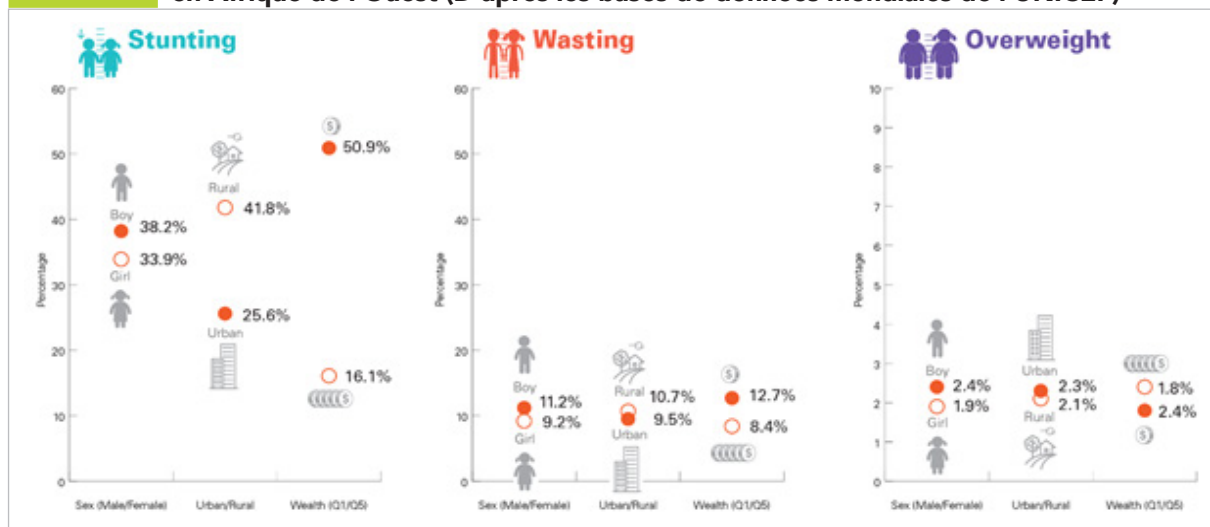
### 3.2.2. Modèles d'inégalité sur l'état nutritionnel des enfants

Les disparités dans la prévalence de la malnutrition des moins de cinq ans par sexe, résidence et richesse au niveau régional étaient plus importantes en matière de retard de croissance en comparaison à l'émaciation ou au surpoids (figure 9). Concernant le retard de croissance, un écart de 16 points de pourcentage a été observé entre les résidents ruraux et urbains (41,8 % contre 25,6 %), tandis qu'un écart de 35 points de pourcentage a été constaté entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des ménages les plus riches (50,9 % contre 16,1 %).



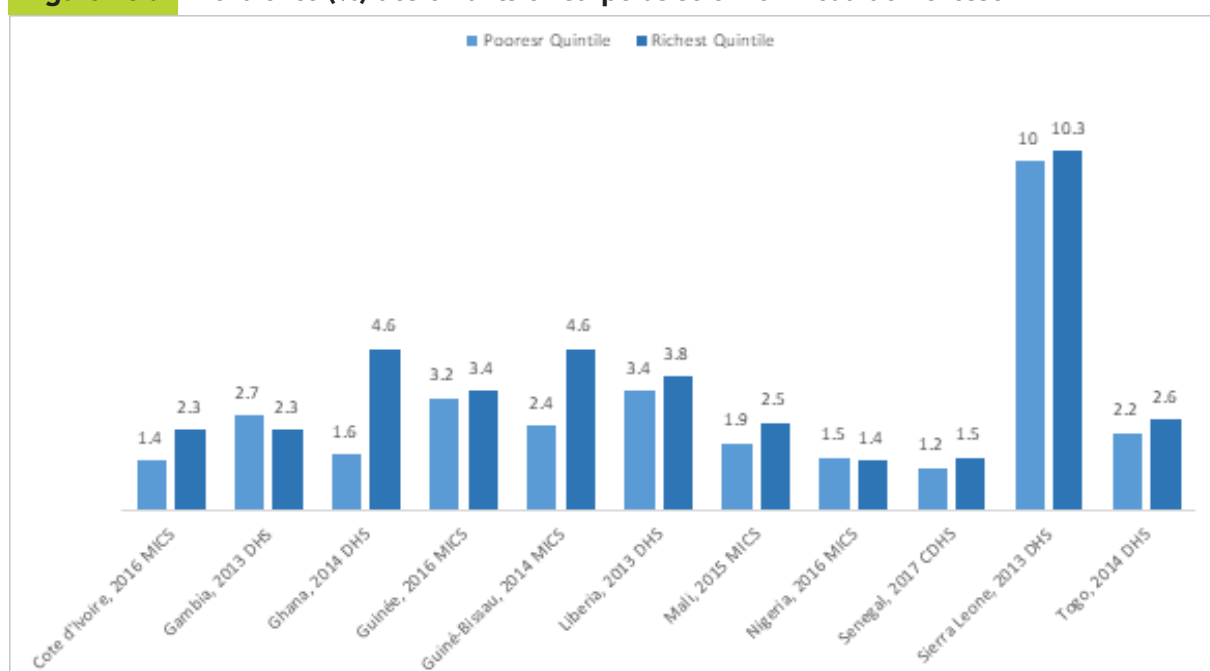
Ainsi, les enfants du quintile de richesse le plus bas de la région étaient plus de trois fois plus susceptibles d'être rachitiques que ceux du quintile de richesse le plus élevé. Des inégalités mineures ont été observées dans la prévalence du surpoids chez les enfants selon le sexe, le lieu de résidence ou le quintile de richesse.

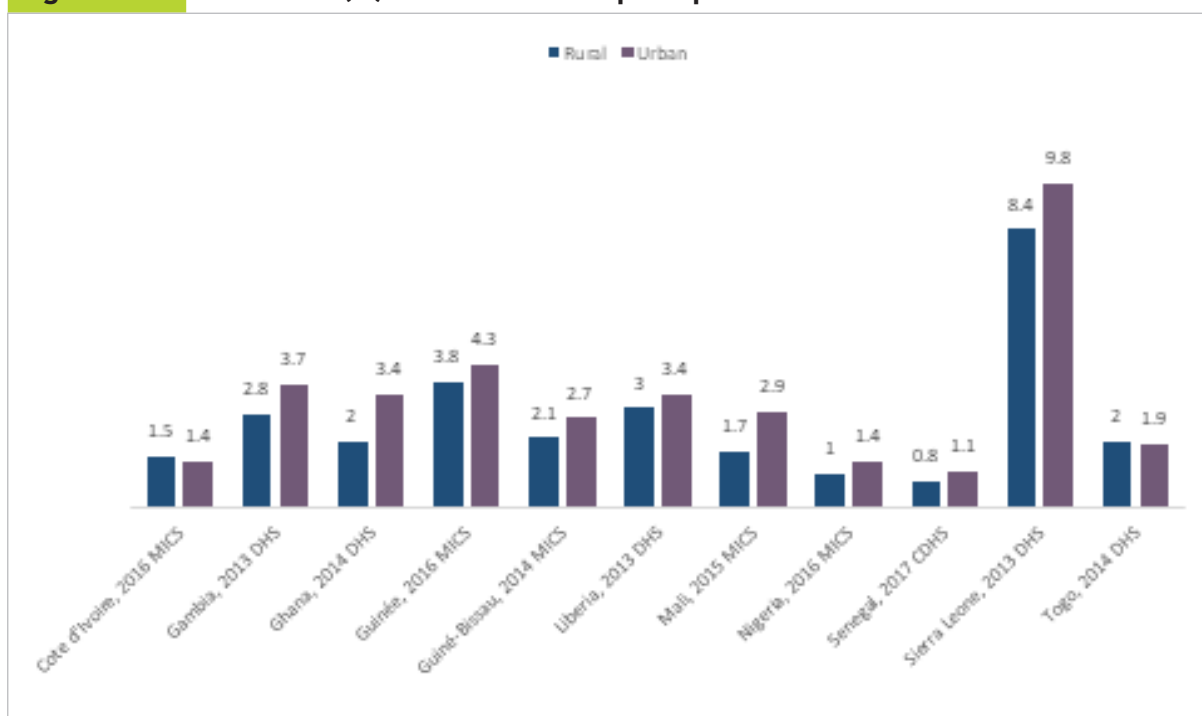
**Figure 9: Inégalités par sexe, lieu de résidence et indice de richesse pour les principaux indicateurs anthropométriques concernant les enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest (D'après les bases de données mondiales de l'UNICEF)**



L'absence d'inégalités concernant le surpoids des enfants au niveau régional était également évidente dans la plupart des pays de la CEDEAO, à l'exception du Ghana, de la Guinée-Bissau et de la Sierra Leone, où les enfants des ménages les plus riches ou des zones urbaines étaient plus susceptibles de souffrir de surpoids.

**Figure 10.a: Prévalence (%) des enfants en surpoids selon le niveau de richesse**



**Figure 10.b:** Prévalence (%) des enfants en surpoids par zone de résidence

### 3.3. État nutritionnel des adolescentes et des femmes adultes

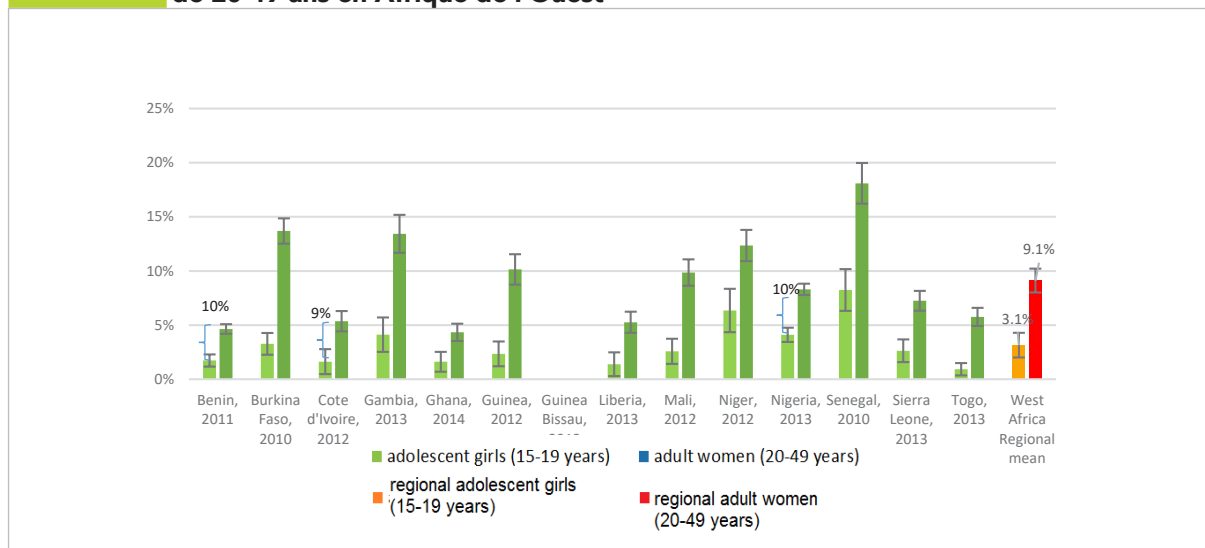
#### 3.3.1. Couverture régionale

L'état nutritionnel des femmes pendant la grossesse est associé au bon déroulement de la grossesse et à l'état de santé de l'enfant. Les "mille premiers jours", de la préconception à l'âge de deux ans, sont considérées comme une fenêtre d'opportunités pour les interventions nutritionnelles. Il est donc essentiel pour toutes les femmes d'avoir un état nutritionnel optimal pendant l'adolescence et l'âge adulte.

La prévalence régionale de l'insuffisance pondérale chez les femmes âgées de 20 à 49 ans est estimée à 9 %, variant entre 3% au Ghana (2014) à 16 % au Sénégal (2010) (figure 11). Le fardeau de l'insuffisance pondérale est concentré chez les femmes adultes sans éducation formelle et vivant dans les zones rurales. Dans la région, environ 3 % des adolescentes de 15 à 19 ans présentent une insuffisance pondérale.

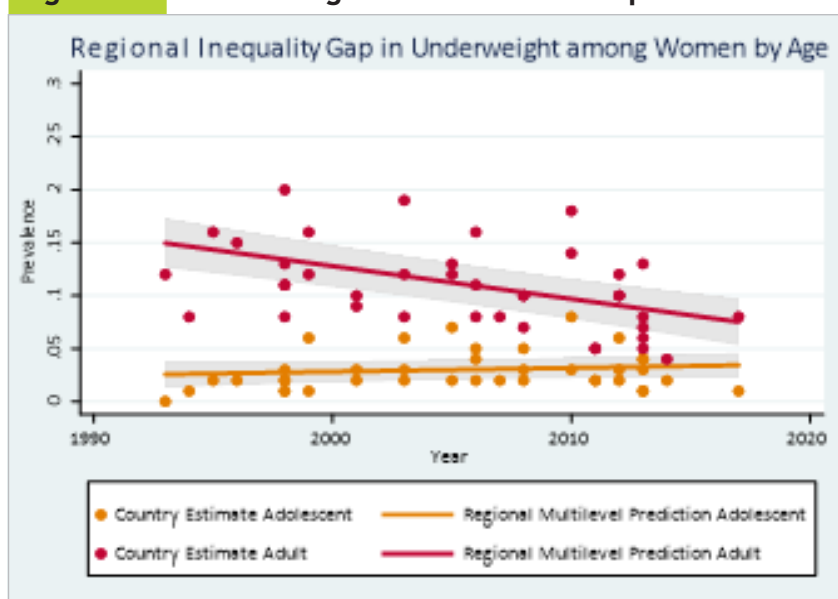
L'obésité touche 7% des femmes d'Afrique de l'Ouest (20 à 49 ans), allant de 3% au Burkina Faso (2010) à 15 % au Ghana (2014) le fardeau étant plus concentré chez les femmes instruites, vivant dans les plus grandes villes du pays.



**Figure 11:** Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les adolescentes et les femmes âgées de 20-49 ans en Afrique de l'Ouest

Cinquante pour cent de toutes les femmes d'Afrique de l'Ouest sont anémiques. La prévalence dépasse 50 % pour les femmes enceintes. Il n'y a pas de différences significatives dans la prévalence de l'anémie entre les adolescentes (50 %) et les femmes adultes (52 %). Cependant, les femmes sans éducation formelle et celles qui vivent dans les zones rurales sont celles qui en souffrent le plus. Enfin, le pourcentage régional de femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en fer et en acide folique (FAF) est d'environ 35 %.

### 3.3.2. Tendances de l'état nutritionnel des adolescentes et des femmes

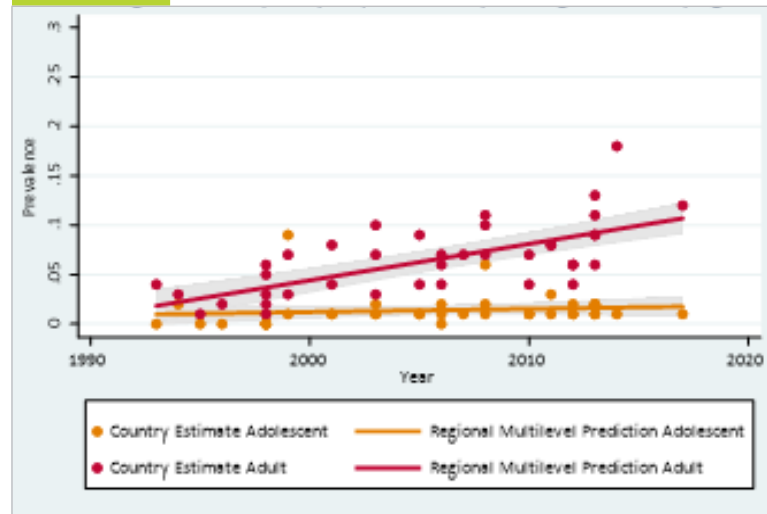
**Figure 12:** Tendance régionale de l'insuffisance pondérale chez les femmes par âge

Deux indicateurs sont utilisés pour résumer les tendances régionales en termes de malnutrition des adolescentes et des femmes adultes. La figure 12 présente la tendance de la prévalence régionale de l'insuffisance pondérale chez les adolescentes et les femmes adultes. La figure 13 présente les adolescentes et les femmes adultes en termes d'obésité.

Ces deux indicateurs indiquent que la prévalence de l'insuffisance pondérale et de l'obésité chez les adolescentes a été presque constante dans le temps. Cependant, pour le cas des femmes adultes, deux tendances sont observées.

La prévalence de l'insuffisance pondérale diminue, réduisant ainsi l'inégalité entre les adultes et les adolescents au niveau régional.

**Figure 13:** Tendence régionale de l'obésité chez les femmes par âge



En revanche, les disparités régionales en termes d'obésité ne cessent d'augmenter en raison de la hausse rapide de la prévalence de l'obésité chez les femmes adultes. Cela traduit le double fardeau de la malnutrition où l'insuffisance pondérale persiste (lente diminution) et où l'obésité augmente rapidement dans la région.

### 3.3.3. Autres différences entre le statut nutritionnel des adolescents et celui des femmes

L'état nutritionnel des adolescents (15-19 ans) et des adultes (20-49 ans) présente de grandes inégalités selon le lieu de résidence des femmes. La plus grande ville de la capitale du pays (c'est-à-dire Lagos, Abidjan, Cotonou) se caractérise par la plus faible prévalence de l'insuffisance pondérale (figure 14).

Cependant, c'est également dans les plus grandes capitales que la prévalence de l'obésité est la plus élevée au sein des pays. Enfin, cela montre que les zones urbaines et rurales présentent deux défis nutritionnels différents pour les femmes ; par conséquent, les politiques nutritionnelles devraient être mises en œuvre en tenant compte du milieu de résidence.



# Analyse des politiques et programmes de nutrition en Afrique de l'Ouest

## 4.1. Explication de la base de données GINA et Analyse

Les progrès des pays dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes nationaux de nutrition sont surveillés au travers de la base de données mondiale sur la mise en œuvre de l'action en matière de nutrition (GINA)<sup>10</sup>. GINA a été développée et lancée en 2012 avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates. Elle est alimentée par les revues des politiques mondiales de l'OMS et les activités de suivi des politiques en collaboration avec les Bureaux Régionaux et Nationaux, ainsi que par les bases de données des partenaires. GINA fournit un répertoire des politiques, des actions/programmes et des mécanismes liés à la nutrition.

**L'analyse des politiques a été réalisée par extraction des données de la base de données GINA et en utilisant les six catégories de politiques suivantes :**

- **Catégorie 1 :** Politiques nutritionnelles telles que les plans stratégiques, le suivi et l'évaluation ou les lignes directrices
- **Catégorie 2 :** Protocoles de nutrition tels que la prise en charge des nourrissons de faible poids de naissance, ou l'alimentation des nourrissons dans un contexte d'urgence/humanitaire ou de VIH
- **Catégorie 3 :** Politiques de fortification telles que la législation ou les normes de fortification et de commercialisation des substituts du lait maternel
- **Catégorie 4 :** Politiques d'intervention nutritionnelle telles que la supplémentation en micronutriments ou les initiatives "Hôpitaux amis des bébés "
- **Catégorie 5 :** Inclusion d'objectifs nutritionnels ou de cibles spécifiques pour les nourrissons, les enfants, les adolescents et les femmes
- **Catégorie 6 :** Inclusion d'objectifs, de cibles ou d'indicateurs pour les résultats nutritionnels généraux tels que le surpoids ou l'obésité ou la supplémentation générale en vitamines/minéraux

Pour chacune des politiques spécifiques, la classification s'est faite selon que le pays avait (1) une politique en vigueur ; (2) adopté une politique au niveau national ; ou (3) une politique inexistence/inconnue. L'analyse a également porté sur l'année d'introduction de la politique et sa durée de mise en œuvre. Pour les actions ou l'analyse des programmes, nous avons extrait des informations à partir de la base de données GINA pour les actions essentielles de nutrition de l'OMS. Nous avons réparti les actions par population cible : nourrissons, enfants de moins de cinq ans, adolescents, femmes enceintes, populations en situation d'urgence, multisectoriel, ou autre (encadré 2).

<sup>10</sup>"Home | Global Database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)," consulté le 27 Février 2020, <https://extranet.who.int/nutrition/gina/>.



Nous avons créé un score cumulatif des actions de nutrition mises en œuvre par chaque pays et globalement par la population cible (tableau 2). Un score de 1,0 signifie qu'un pays a réalisé toutes les actions nutritionnelles essentielles pour une population cible, et un score de 0,0 signifie qu'un pays n'a mis en œuvre aucune des actions nutritionnelles essentielles. Nous présentons également le score de tous les pays pour chaque population cible. Les informations sur les politiques et les programmes sont extraites de la base de données GINA en octobre 2019.

### Encadré 2 : Actions nutritionnelles par population cible

**Multisectoriel** : Promotion de l'alimentation saine et fortification

**Nourrisson** : clampage du cordon, allaitement maternel, soins en cas d'insuffisance pondérale à la naissance et/ gestion/prise en charge de l'émaciation

**Enfant** : Alimentation complémentaire, suivi de la croissance, évaluation/gestion de l'émaciation, déparasitage, et supplémentation en fer, iode, vitamine A et zinc (en cas de diarrhée uniquement).

**Adolescent** : Supplémentation en fer et déparasitage

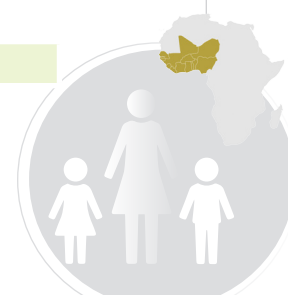
**Femmes enceintes** : conseils nutritionnels, déparasitage et supplémentation en vitamine A, calcium, iode, fer/ multi nutriments, fer/folate et calories/protéines.

**Urgence** : soutien nutritionnel pour les femmes, les nourrissons et les enfants

**Autre** : Renforcement des systèmes de nutrition, soutien nutritionnel pour la tuberculose, le VIH et d'autres maladies, programmes de cantines scolaires, eau/assainissement, supplémentation en vitamine A pour les femmes en post-partum et dans les programmes d'IEC.

**Tableau 2: Score cumulatif des actions nutritionnelles par pays et par population cible**

Pays	Total	Multisectoriel	Nourrissons	Enfants Moins de cinq ans	Adolescents	Femme Enceintes
Mali	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88
Côte d'Ivoire	0,79	1,00	0,50	1,00	0,50	0,75
Guinée	0,75	1,00	0,75	0,88	1,00	0,50
Sénégal	0,75	1,00	0,75	0,88	1,00	0,50
Bénin	0,71	1,00	0,75	0,88	1,00	0,38
Burkina Faso	0,71	0,50	0,75	0,88	1,00	0,50
Togo	0,71	0,50	0,50	0,75	1,00	0,75
Niger	0,67	1,00	1,00	0,75	1,00	0,25
Ghana	0,63	1,00	0,50	0,63	1,00	0,50
Guinée Bissau	0,63	0,50	0,75	0,88	1,00	0,25
Sierra Leone	0,63	0,50	0,75	0,88	1,00	0,25
Cap Vert	0,58	1,00	0,50	0,75	1,00	0,25
Liberia	0,58	1,00	0,50	0,75	1,00	0,25
Gambie	0,50	1,00	0,50	0,63	0,50	0,25
Nigeria	0,50	0,50	0,25	0,75	0,50	0,38
Scores Cumulatifs	0,67	0,83	0,65	0,82	0,90	0,44



## 4.2. Politiques nutritionnelles en Afrique de l'Ouest : résultats clés de l'analyse GINA

- Chaque pays dispose en quelque sorte d'une Stratégie Nationale de Nutrition, bien que peu de pays aient élaboré un plan de suivi et d'évaluation pour évaluer la mise en œuvre de leur stratégie.
- Il n'existe pas de directives alimentaires dans la plupart des pays.
- Chaque pays a adopté diverses dispositions du Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel. Dans la plupart des cas, sa mise en œuvre a été étendue au niveau national ; cependant, les différentes exigences ne sont pas mises en œuvre ou appliquées.
- La plupart des pays ont des politiques concernant la supplémentation en Vitamine A chez les enfants, la prise de fer-acide folique 90+ durant la grossesse, les aliments complémentaires pour la gestion de la MAS ou MAM, les programmes de santé et de nutrition scolaires, l'initiative Hôpitaux amis des bébés
- De manière générale, il existe des objectifs et des cibles en matière de nutrition pour les enfants, les femmes et les adolescents.
- La plupart des pays n'ont pas de directives pour promouvoir la supplémentation alimentaire pendant la grossesse (supplémentation protéino-énergétique équilibrée) ou la supplémentation en calcium pendant la grossesse.
- Dans l'ensemble, il y a peu d'engagement en faveur des politiques liées aux restrictions sur la commercialisation des aliments aux enfants et à la promotion des aliments sains (restreindre la promotion et augmenter les taxes des aliments malsains, réduire les taxes des aliments sains, etc.)
- Les objectifs liés à l'inclusion des cibles ou d'indicateurs sont moins courants dans les :
  - Politiques nationales sur le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation et l'inclusion d'objectifs, de cibles ou d'indicateurs.
  - Politiques nationales sur les habitudes alimentaires (consommation de graisses, de sel, de sucres, de potassium, de fruits, de légumes, etc.)
- Le Togo, la Guinée, la Gambie, le Sénégal et le Burkina Faso sont les pays qui se sont engagés à mettre en œuvre le plus grand nombre de politiques nutritionnelles, tandis que la Sierra Leone, le Bénin, le Mali et la Côte d'Ivoire ont pris peu d'engagements.

### 4.3. Programmes de nutrition en Afrique de l'Ouest : Principaux résultats de l'analyse GINA

- Le Mali a mis en œuvre presque toutes les actions essentielles de l'OMS en matière de nutrition ; la Gambie et le Nigeria sont en cours de réaliser la moitié.
- Au niveau régional, les adolescents (score : 0,90) et les enfants de moins de cinq ans (score : 0,82) sont mieux couverts par ces interventions nutritionnelles. La couverture de programme la plus faible concerne les femmes enceintes (score : 0,44).
- Les deux interventions qui ciblent les adolescents (supplémentation en micronutriments de fer et déparasitage) ont été pour la plupart réalisées dans le cadre de programmes scolaires ; par conséquent, la couverture parmi les adolescents non scolarisés peut être plus faible.
- Chaque pays met en œuvre la fortification des aliments/condiments, la promotion de l'allaitement maternel, la gestion/prise en charge de l'émaciation infantile, la supplémentation en vitamine A des enfants, le déparasitage des écoliers (adolescents), la supplémentation en fer/folate des femmes enceintes et le soutien nutritionnel des femmes/enfants/nourrissons atteints du VIH et/ou de la tuberculose.
- La supplémentation en vitamine A et en calcium pour les femmes enceintes, la supplémentation en zinc pour les cas de diarrhée infantile et le clampage du cordon ombilical sont les programmes les moins mis en œuvre.

L'initiative de nutrition "Countdown to 2030 " a été utile à plusieurs égards. Tout d'abord, elle a constitué une opportunité majeure de mise en réseau des professionnels de l'information sur la nutrition et la santé au sein et entre les différents pays de la CEDEAO. Les participants ont eu la chance de se connaître, d'apprendre des autres et de construire de futurs réseaux de soutien. Deuxièmement, c'était une occasion majeure de renforcement de capacités et de développement de compétences. Les participants ont été initiés à l'analyse de données à l'aide de sources de données accessibles et publiquement disponibles. Aussi, ils ont appris à préparer des profils nutritionnels nationaux basés sur des indicateurs prioritaires et à interpréter les résultats pour proposer des recommandations et des actions futures.

Il existe encore des lacunes dans les capacités d'analyse et d'interprétation des données. Cela entrave la production de données probantes de haute qualité pour la prise de décision au niveau national. Cependant, les ateliers de "Countdown to 2030 " ont permis d'accroître les capacités d'analyse et d'améliorer les compétences en matière d'interprétation des données des principaux acteurs de la nutrition en Afrique de l'Ouest. Cette initiative jette les bases futures d'une prise de décisions fondées sur des données probantes.

#### Les analyses ont révélé que:

- La prévalence du retard de croissance chez l'enfant est élevée dans la plupart des pays de la CEDEAO, avec de grandes disparités au sein des pays



- Les enfants des ménages ruraux et des ménages les plus pauvres sont les plus touchés par le retard de croissance. Ils doivent être ciblés de manière différenciée pour s'assurer qu'aucun enfant n'est laissé pour compte. En revanche, dans la plupart des pays, il n'existe que peu ou pas d'inégalités en ce qui concerne le surpoids des enfants selon le sexe, le lieu de résidence ou le quintile de richesse.
- Peu de progrès ont été réalisés au niveau national pour réduire les niveaux de malnutrition infantile depuis 1986, en particulier en ce qui concerne l'émaciation et la surcharge pondérale des enfants, qui sont relativement faibles.
- La pratique de la diversité alimentaire minimale a diminué dans la plupart des pays de la CEDEAO.
- Il existe de grandes inégalités au sein des pays en ce qui concerne les pratiques de l'ANJE. L'allaitement maternel prolongé est plus largement pratiqué par les habitants des zones rurales et les mères des ménages les plus pauvres. Il n'existe pas de tendance avérée en matière d'allaitement maternel exclusif. Il n'y a pas d'avantage ou de désavantage pour les mères résidant dans la capitale de la plus grande ville des pays de la CEDEAO en termes de couverture de l'allaitement maternel exclusif.
- La moitié des adolescents âgés de 15 à 19 ans et des femmes adultes âgées de 20 à 49 ans dans la région de la CEDEAO sont anémiques, avec une prévalence similaire entre les deux groupes d'âge.
- L'état nutritionnel des adolescentes est stable depuis 1990. Toutefois, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les femmes adultes âgées de 20 à 49 ans a diminué, tandis que les niveaux d'obésité ont augmenté dans le groupe au cours de la même période.



## 5.0

# Conclusions et Recommandations

**Les résultats de l'atelier ont permis de dégager un certain consensus sur des actions ou des recommandations essentielles pour les pays :**

- Des notes d'orientation politiques ont été préparées pour chaque pays et chaque institution régionale. Ceci sera crucial pour le suivi des politiques de nutrition dans la région.
- Les gouvernements devraient élaborer des lignes directrices pour le dépistage et la gestion de la malnutrition chez les adolescentes et les femmes adultes. En outre, les pays doivent faire de la nutrition des enfants, des adolescents et des femmes une priorité nationale absolue, notamment en renforçant la prestation de services de nutrition au sein des systèmes de santé et en réduisant les taux de malnutrition. Il y a aussi nécessité de se concentrer sur les investissements, en particulier dans les pays les plus pauvres. L'augmentation des investissements ne doit cependant pas se traduire par un transfert de ressources des pays les plus performants ; il convient plutôt de s'attaquer à la sous-alimentation et à la suralimentation. Cette recommandation est en accord avec le plan multisectoriel de nutrition de l'OOAS.
- Les politiques devraient cibler les disparités connues au sein de la population urbaine et rurale, instruite et non instruite, masculine et féminine, etc. Les politiques devraient intégrer des stratégies et des informations sur la santé afin de garantir un suivi approprié du processus et une évaluation efficace des résultats.
- Les pays devraient intensifier leurs efforts pour la collecte et la mise à disposition des données utiles. Il s'agit notamment d'améliorer et de promouvoir les données sanitaires de routine. L'utilisation de ces informations fournira des données plus ciblées et contribuera à améliorer les analyses d'impact de programme.
- L'OOAS et tous les pays de la CEDEAO devraient continuer à organiser des ateliers d'analyse avancée sur des sujets de santé avec des responsables nationaux de l'information sanitaire et des spécialistes nationaux du thème choisi. Cela permettra la production de preuves scientifiques qui conduiront directement à des politiques efficaces de gestion des problèmes de santé. Cela encouragera également une culture de production de données probantes avancées pour la prise de décision.

Enfin, l'initiative a permis d'aborder d'importantes questions de recherche et d'élaborer des notes d'orientation politiques qui constituent un outil essentiel pour les décideurs politiques.



**Question de recherche 1 :**

Niveaux et tendances des indicateurs nationaux et infranationaux des interventions de couverture nutritionnelle et du statut nutritionnel des femmes, des enfants et des adolescents en Afrique de l'Ouest :

- Les indicateurs de l'ANJE sont généralement faibles en Afrique de l'Ouest : Un tiers seulement des bébés sont nourris exclusivement au sein et 13 % ont un régime alimentaire minimum acceptable
- Les tendances de l'allaitement maternel exclusif augmentent, mais trop lentement
- Les niveaux de retard de croissance restent élevés et ne diminuent que lentement avec des inégalités persistantes
- Le double fardeau de la malnutrition avec une insuffisance pondérale persistante existe, tandis que l'obésité augmente rapidement chez les femmes en Afrique de l'Ouest. La tendance à la hausse de l'obésité dans la région de l'Afrique de l'Ouest est particulièrement rapide au Ghana et au Togo, à quelques exceptions près : Sierra Leone et Sénégal
- Niveaux de l'obésité selon le lieu de résidence des femmes : un désavantage considérable en termes de résidence dans la capitale est observé dans tous les pays. Le niveau moyen régional de l'obésité dans la capitale est de 15 %, soit le double de la prévalence moyenne régionale de 7 %.
- La moitié des femmes de 15 à 49 ans sont anémiques en Afrique de l'Ouest. Pendant la grossesse, environ 60 % des femmes sont anémiques dans la région.

**Question de recherche 2:**

**Qui sont les laissés-pour-compte?**

- Allaitement maternel exclusif par unité infranationale en Afrique de l'Ouest : Au niveau infranational, il existe toujours de grandes inégalités en matière d'allaitement maternel exclusif entre les pays.
- Retard de croissance des enfants de moins de 5 ans en Afrique de l'Ouest : Les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des zones rurales de chaque pays présentaient constamment une prévalence de retard de croissance plus élevée. En outre, de grandes inégalités infranationales sont observées au sein des pays.

**Question de recherche 3:**

**La politique en vigueur et les lacunes des données associées à la mesure de la nutrition?**

- D'importants gaps subsistent dans les données, notamment en ce qui concerne les adolescents et les femmes adultes.
- Seuls deux pays disposent de données pour 2017 ou 2018 pour cette catégorie de la population ; tous les autres en disposent pour 2010 et 2011.



## 5.1. Annexes

### Annexe 1: Notes de politique associées au rapport



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



BENIN

DOCUMENT D'ORIENTATION  
STRATÉGIQUE

Août 2020

## Agir pour l'éradication du retard de croissance chez les enfants moins de 5 ans au Bénin



### 1. Le contexte et le problème

Le retard de croissance est l'un des principaux obstacles au développement humain, touchant près de 162 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde. Cause de séquelles neurologiques irréversibles dans l'enfance, le retard de croissance réduit la capacité physique et intellectuelle de l'homme pour sa contribution à la création de la richesse.

En 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a redéfini ses priorités dans le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (WHA65.6, 2012). Une série de mesures avaient été retenues pour améliorer l'état nutritionnel des cibles vulnérables à l'horizon 2025. L'une de ces mesures est de "réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance". Pour ce faire, les États et leurs partenaires devraient mettre en œuvre des stratégies et interventions basées sur les évidences et susceptibles d'accélérer les progrès actuels en vue d'une réduction significative du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.

Au Bénin, le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 préconise le renforcement de l'offre de service

de nutrition de qualité pour atteindre l'Objectif de Développement Durable (ODD) 2 qui prône l'élimination de la faim. Des interventions basées sur une approche multisectorielle sont menées dans les structures de santé et dans la communauté pour améliorer la pratique alimentaire et nutritionnelle de la population en général et des cibles vulnérables en particulier. Malgré ces actions, l'évolution des indicateurs reste lente notamment la prévalence du retard de croissance. Des investissements et des mesures supplémentaires sont donc nécessaires pour atteindre la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé pour 2025.

Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Bénin a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités par rapport au retard de croissance. Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), MICS du Bénin de 1996 à 2018, ainsi que des données récentes recueillies auprès des structures sanitaires. Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destiné aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer les stratégies et interventions nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

### 2. Principaux résultats

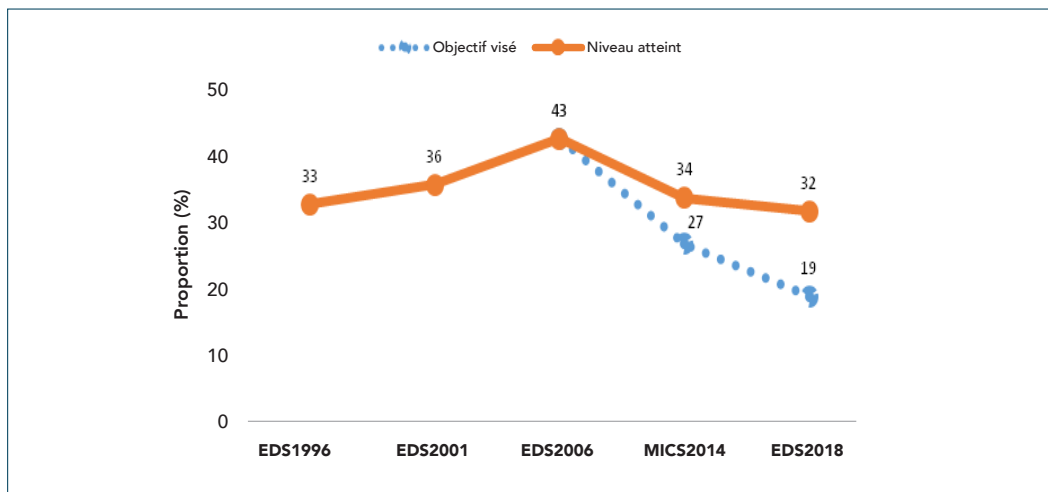
#### 2.1. Evolution au niveau national

De 2001 à 2018, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est restée au-dessus du seuil d'alerte de 30% fixé par l'OMS bien qu'elle soit passée de 36,2% à 32,1%.



De 2001 à 2018, la prévalence est  
passée de 36,2% à 32,1%

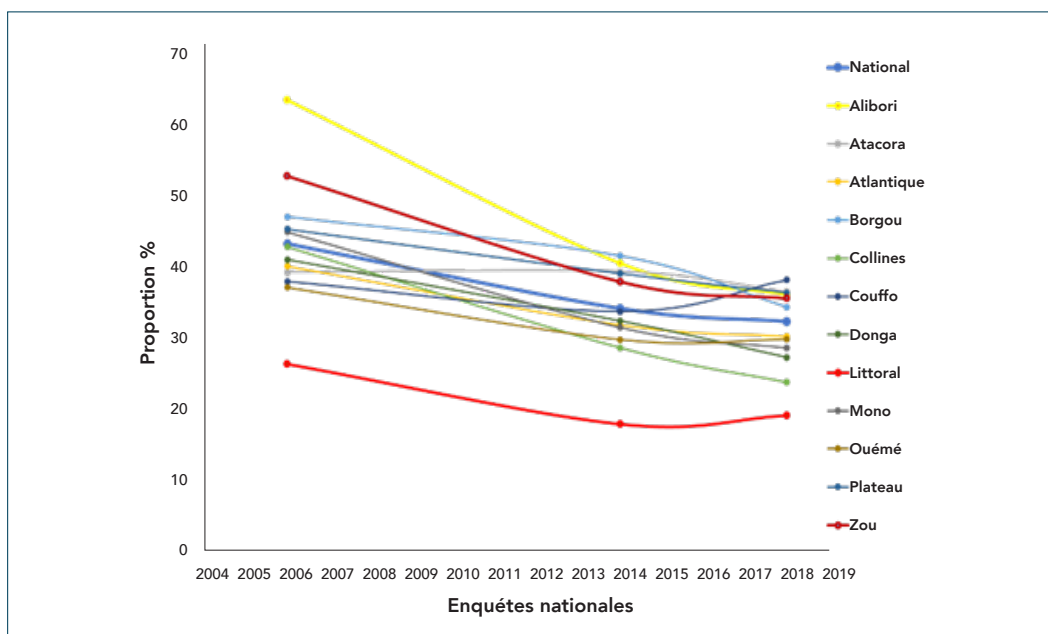
**36,2% - 32,1%**



**Graphique 1 : Niveau du retard de croissance au Bénin entre 1996 et 2018**

Si les tendances actuelles sont maintenues, le Bénin est loin d'atteindre l'objectif de réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, malgré les progrès notés pour d'autres indicateurs de malnutrition infantile. La tendance à la baisse de la prévalence du retard

de croissance amorcée en 2006 est de moins de 1 point de pourcentage par an (11 points en 12 ans). Elle reste très insuffisante au regard du rythme de régression de 7 points de pourcentage par an nécessaire pour l'atteinte de la cible fixée par l'Assemblée Mondiale de la Santé à l'horizon 2025.



**Graphique 2 : Evolution des inégalités entre départements**

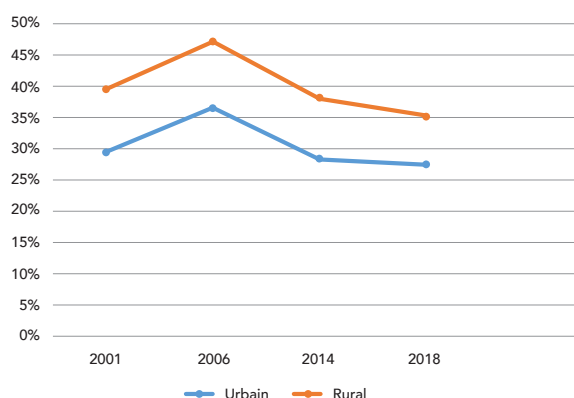
Au niveau des départements, on observe une baisse régulière du retard de croissance entre 2006 et 2018.

Cependant, les inégalités persistent entre ces localités. En effet, le Littoral semble de loin être le département le moins

affecté par le retard de croissance (19,1% en 2018) tandis que l'indicateur reste à plus de 30% dans les départements de Couffo, Plateau, Atacora, Zou et Alibori en 2018.

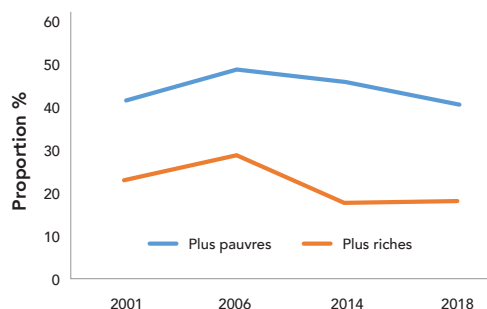
## 2.3. Inégalités selon le milieu de résidence

Les inégalités entre les zones de résidences ne se sont pas résorbées au cours de la période 2001-2018. En 2018, la proportion du retard de croissance est de 27,5% en milieu urbain contre 35,2% en milieu rural. Cet écart pourrait être en lien avec la forte urbanisation au niveau du Littoral qui englobe la capitale Cotonou, majoritairement habitée par des populations plus aisées. L'écart observé dans le Couffo et le Zou (milieu rural) contraste avec leur statut de grenier en vivriers. Ce qui laisse présager que la vente massive des vivriers produits se fait au détriment de la consommation familiale.



Graphique 3 : Evolution du retard de croissance entre le milieu urbain et le milieu rural

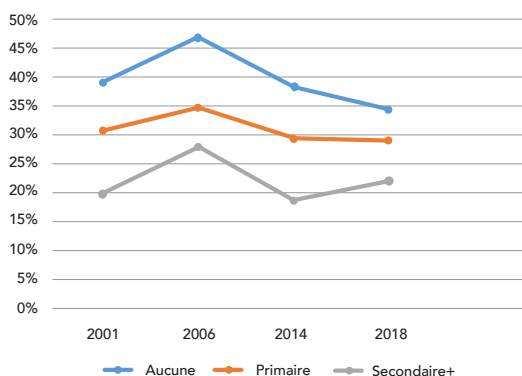
## 2.4. Inégalités entre les quintiles de richesse



Le retard de croissance est davantage noté chez les pauvres que chez les riches. L'écart entre les milieux socio-économiques s'est creusée entre 2001 et 2018 passant de 18,5 points de pourcentage à 22,6 points de pourcentage.

Graphique 4 : Inégalités du retard de croissance entre les quintiles de richesse

## 2.5. Inégalités selon le niveau d'instruction de la mère



Les enfants de mères moins instruites sont plus affectés par le retard de croissance que ceux des mères ayant un niveau d'éducation plus élevé. En effet, l'écart est de 19 points de pourcentage en 2006 et de 12 points de pourcentage en 2018. Cette situation est en lien avec la proportion encore très élevée de femmes sans instruction au Bénin (55%, EDS 2018).

Graphique 5 : Inégalités du retard de croissance selon le niveau d'instruction de la mère

## Recommandations stratégiques

- Intégrer dans la grille d'allocations budgétaires un bonus en faveur des localités à faible performance de réduction de la prévalence de malnutrition chronique (milieu rural) ;
- Développer une stratégie nationale intégrée de lutte contre la malnutrition par ciblage des interventions de nutrition à haut impact élargies à l'assainissement, l'alphabétisation des mères et l'instruction des filles ;
- Renforcer la coordination des acteurs multisectoriels du secteur de la nutrition et santé pour une meilleure synergie des actions.



## Appel à l'action

Certes, des progrès sont réalisés mais des efforts pour réduire les inégalités sont encore nécessaires. Un ciblage des interventions de nutrition à haut impact mises en œuvre avec une attention particulière sur les couches défavorisées permettra d'accélérer les progrès vers l'atteinte d'au moins trois (03) cibles de l'AMS sur les six à l'horizon 2025.

## Conclusion

Au Bénin, le retard de croissance se situe à des niveaux inquiétants tandis qu'on assiste à une amélioration de la prévalence des formes de malnutrition aiguë (5%) et d'excès pondéral (2%) chez les enfants de moins de 5 ans. Le phénomène concerne davantage les milieux ruraux et appelle à des actions concrètes pour la réduction des inégalités et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable.

## À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

### Auteurs

Dr Félix Bodjrenou SONON <sup>1</sup>, Venance A. H. VODUNGBO <sup>2</sup>, Ndèye Awa FALL <sup>3</sup>, Dr Estelle M. SIDZE <sup>4</sup>, Dr Cheikh Mbacké FAYE <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Division Nutrition, Ministère de la Santé, Bénin

<sup>2</sup> Direction de la Programmation et de la Prospective, Ministère de la Santé, Bénin

<sup>3</sup> African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)

<sup>4</sup> African Population and Health Research Center (APHRC, Nairobi)



African Population and  
Health Research Center  
Transforming lives in Africa through research.

**Countdown to 2030**  
Women's, Children's & Adolescents' Health



**NIGER**

**DOCUMENT D'ORIENTATION  
STRATÉGIQUE**

Août 2020

## S'attaquer au retard de croissance, c'est sauver la vie et l'avenir



Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Niger a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités par rapport au retard de croissance au Niger.

Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Niger (EDSN) de 1998, 2006 et 2012 ainsi que des données récentes recueillies lors des enquêtes nutritionnelles SMART de 2012 à 2016. Elles se sont concentrées principalement sur le retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans.

Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destinés aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer des stratégies et interventions qui s'avèrent nécessaires pour accompagner le pays vers l'atteinte des ODD, particulièrement, ODD 2, et 10 relatifs à la suppression de la faim dans le monde et la réduction des inégalités.

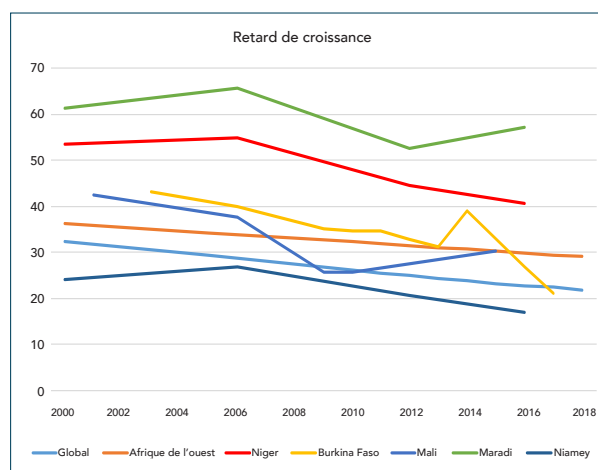
### 1. Contexte

**A** l'instar d'autres pays du monde, le Niger a souscrit à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), particulièrement l'ODD2: éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable à l'horizon 2030. Dans cette perspective, l'État nigérien et ses partenaires ont consenti d'importants efforts au cours des deux dernières décennies pour réduire la malnutrition et l'insécurité alimentaire dans le pays. En effet, le Niger a élaboré une Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN) et mis en œuvre plusieurs plans d'actions au cours des années 2016-2020 dans le but de favoriser l'atteinte de l'ODD2.

En dépit des progrès observés, force est de constater que le retard de croissance demeure un problème majeur au Niger, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, les données récentes montrent que près d'un enfant sur deux souffre de retard de croissance, encore loin de l'objectif national de réduire de 40% la malnutrition infantile à l'horizon 2030. De plus, des inégalités persistent entre régions et classes sociales du pays.

### 2. Principaux résultats

#### 2.1 Retard de croissance: Ampleur et défis

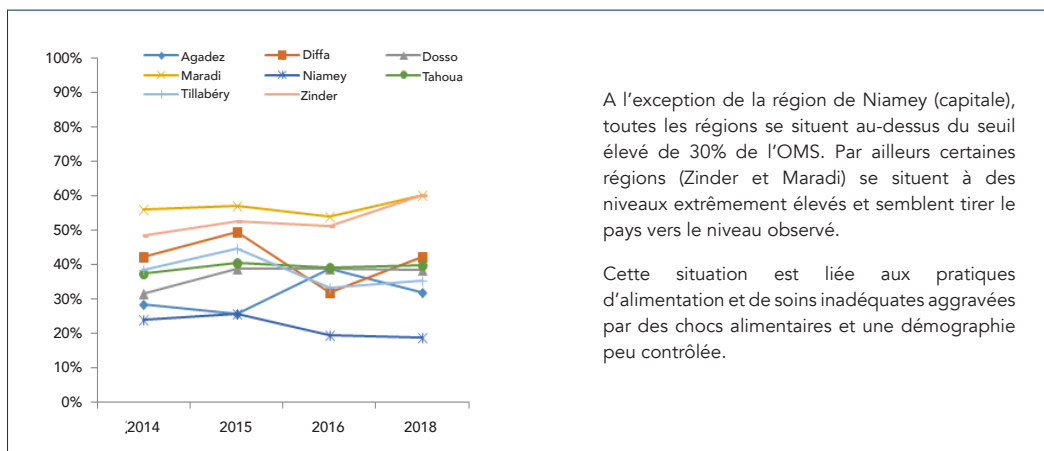


Graphique 1: Niveau de retard de croissance dans la sous-région

Les pays voisins ont fait des progrès dans la lutte contre le retard de croissance comme l'illustre le graphique ci-dessus. Cependant, au Niger, les progrès en matière de nutrition ont été les moins manifestes et le pays se maintient au-dessus du seuil très élevé de 30%. Certaines régions (Maradi)

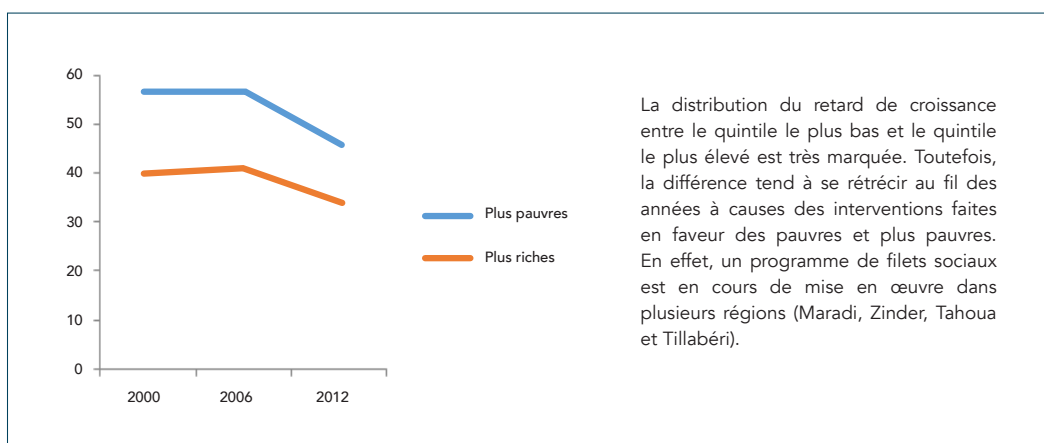
présentent des prévalences inédites et tirent le pays vers cette prévalence élevée. Toutefois, la région de Niamey avec la plus faible prévalence du retard de croissance présente un modèle à suivre pour améliorer la situation dans les autres régions

## 2.2 Evolution des inégalités entre régions du Niger



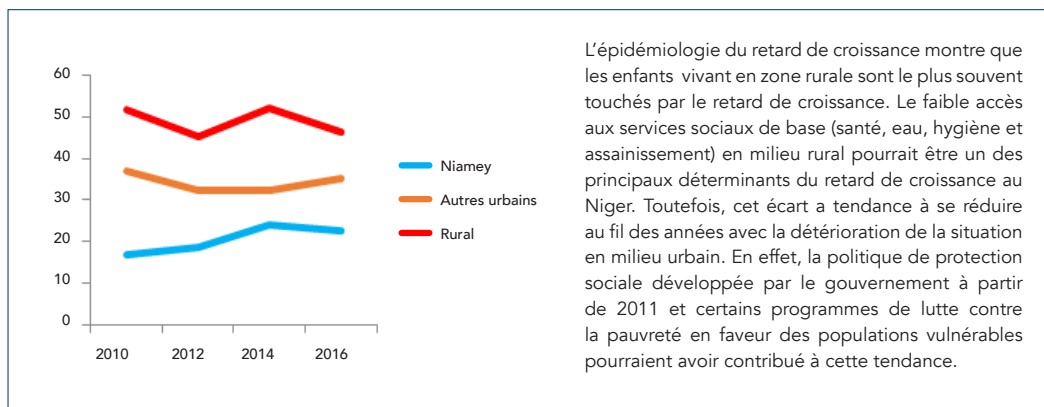
Graphique 2 : Tendence du retard de croissance par région du Niger de 2014 à 2018

## 2.3 Inégalités entre les quintiles de richesses



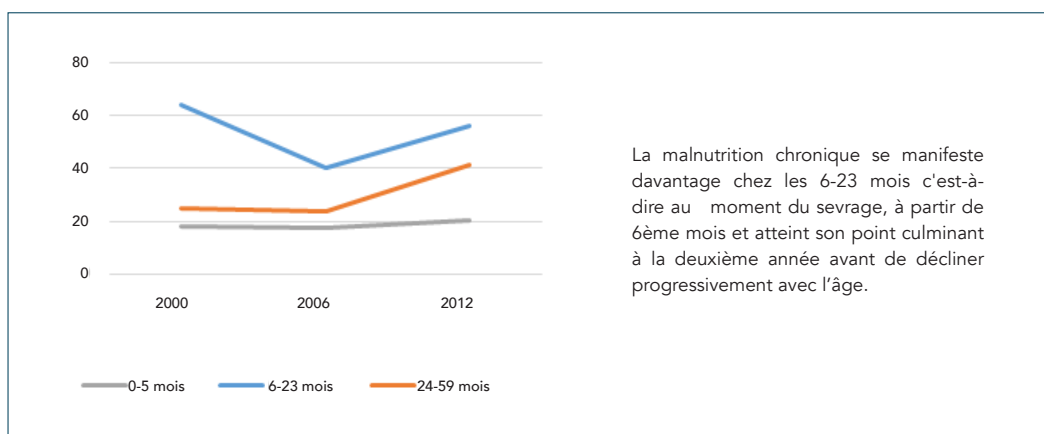
Graphique N°3 : Prévalence du retard de croissance entre les riches et les pauvres (source EDSN).

## 2.4 Inégalités entre les quintiles de richesse



Graphique N°4 : Evolution du retard de croissance entre la capitale Niamey, les autres urbains et le milieu rural

## 2.5 Inégalités entre les groupes d'âge



Graphique N°5: inégalités dans la distribution de la malnutrition chronique selon l'âge.



### Appel à l'action

Malgré les progrès réalisés, une approche multidimensionnelle intégrant la nutrition maternelle et infantile dans les politiques et stratégies sectorielles se focalisant sur la réduction des inégalités est nécessaire. Les décideurs politiques doivent concrétiser leur volonté politique par la mise en œuvre de programmes ou projets visant à adresser le retard de croissance chez les jeunes enfants pour la préservation du capital humain, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, de la croissance économique et de la réduction de la pauvreté.

## Recommandations stratégiques

- Mobiliser les ressources extérieures et domestiques pour financer la nutrition sur le long terme dans les zones rurales notamment dans les régions de Maradi, Zinder, Tahoua
- Poursuivre les actions menées dans le cadre de la protection sociale (filets sociaux en faveur des ménages vulnérables),
- Continuer à mettre le focus sur les enfants de 6 à 23 mois dans les interventions de prévention de la malnutrition.

## Conclusion

Au Niger, les données sur le retard de croissance révèlent des inégalités plus ou moins prononcées entre régions, zones de résidence, niveau de bien-être et âge. Même si l'on note une réduction de ces inégalités au fil des années et à certains niveaux, des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable.

## À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

### Auteurs

Mamane BATOURÉ <sup>1</sup>, Almoustapha Theodore YATTA <sup>2</sup>, Safia JIWANI <sup>3</sup>, Ndèye A. FALL <sup>4</sup>, Cheikh M. FAYE <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direction de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique, Niger

<sup>2</sup> Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition, Institut National des Statistiques, Niger

<sup>3</sup> Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

<sup>4</sup> African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)



African Population and  
Health Research Center  
Transforming lives in Africa through research.

**Countdown to 2030**  
Women's, Children's & Adolescents' Health

# Anémie chez les enfants au Sénégal: ne laisser personne en rade



critique défini par l'OMS qui est de 40%. En effet, les données disponibles montrent que 71% des 6-59 ans sont touchés par l'anémie ; une situation qui ne s'est pas nettement améliorée si l'on sait qu'en 2010, 76% des enfants étaient anémiés. De plus, des inégalités persistent entre régions et classes sociales du pays.

Dans le cadre de l'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (<http://countdown2030.org/>), une équipe du Sénégal a travaillé aux côtés d'autres pays d'Afrique de l'Ouest pour conduire des analyses approfondies sur les progrès et les inégalités relatives à l'anémie au Sénégal.

Ces analyses ont porté sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 2011, 2014, 2016 et 2017) et se sont focalisées sur l'anémie chez les moins de 5 ans. Les inégalités ont été analysées au regard de quatre dimensions principales : niveau régional ; niveau résidence (urbain/ rural), niveau de bien-être socio-économique et selon l'âge.

Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destinés aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer les stratégies et interventions qui s'avèrent nécessaires pour accompagner le pays vers l'atteinte des ODD notamment l'ODD 2 relatif à l'élimination de la faim dans le monde et l'amélioration du statut nutritionnel.

## 1. Le contexte et justification du problème

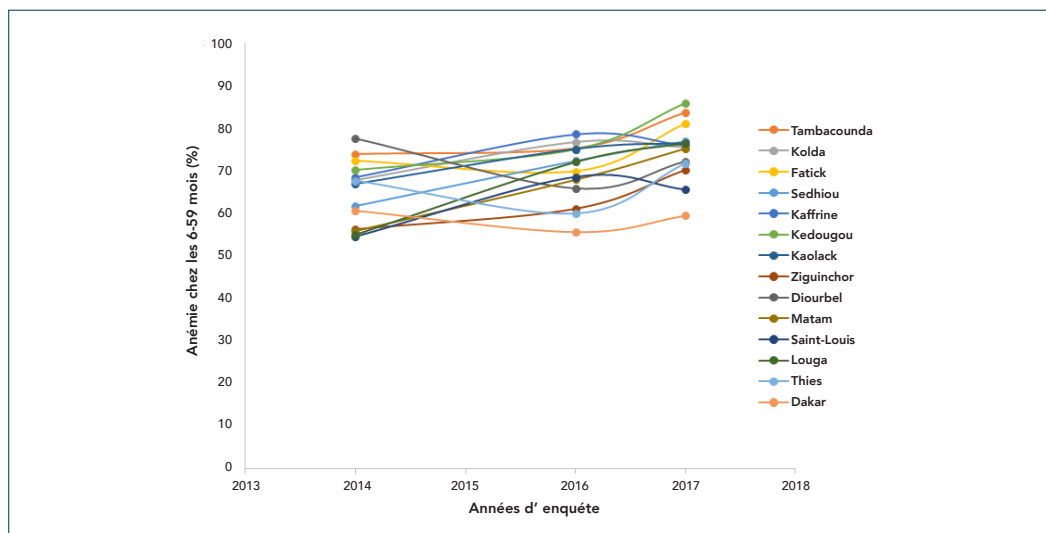
À l'instar des autres pays du monde, le Sénégal s'est engagé à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) en particulier l'ODD 2 qui consiste à éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable d'ici 2030. Le pays s'est aussi engagé à l'atteinte des cibles intermédiaires de l'assemblée mondiale de la santé d'ici 2025. C'est dans ce cadre que le pays a développé un Plan Stratégique Multisectoriel de la Nutrition (2018-2022) et s'est doté de son premier Document de Politique de Développement de la Nutrition (2015-2025) dont l'objectif est « d'assurer à tous un état nutritionnel satisfaisant particulièrement pour les enfants de moins de cinq ans ». Par ailleurs, les questions de nutrition figurent en bonne place dans le Plan Sénégal Emergent (PSE) qui constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme.

Malgré les interventions développées et les efforts fournis par le gouvernement du Sénégal et ses partenaires dans le domaine de la nutrition, la situation de l'anémie demeure problématique dans le pays et reste supérieure au seuil

## 2. Principaux résultats au Sénégal

### 2.1. Tendances et inégalités régionales

Au Sénégal, la prévalence de l'anémie qui est de 71% (EDS, 2017) dépasse le seuil critique défini par l'OMS fixé à 40%. Entre 2014 et 2017, la prévalence de l'anémie chez les 6-59 ans n'a pas baissé sensiblement. La figure 1 montre l'évolution de la tendance au cours de la période. On observe ainsi une hausse de la prévalence de l'anémie dans la plupart des régions pendant que l'écart entre les régions s'est creusé légèrement passant de 23,1% à 26,4%. Dakar est restée la région la moins affectée par l'anémie où la tendance est passée de 60,6% en 2014 à 59,4% en 2017.

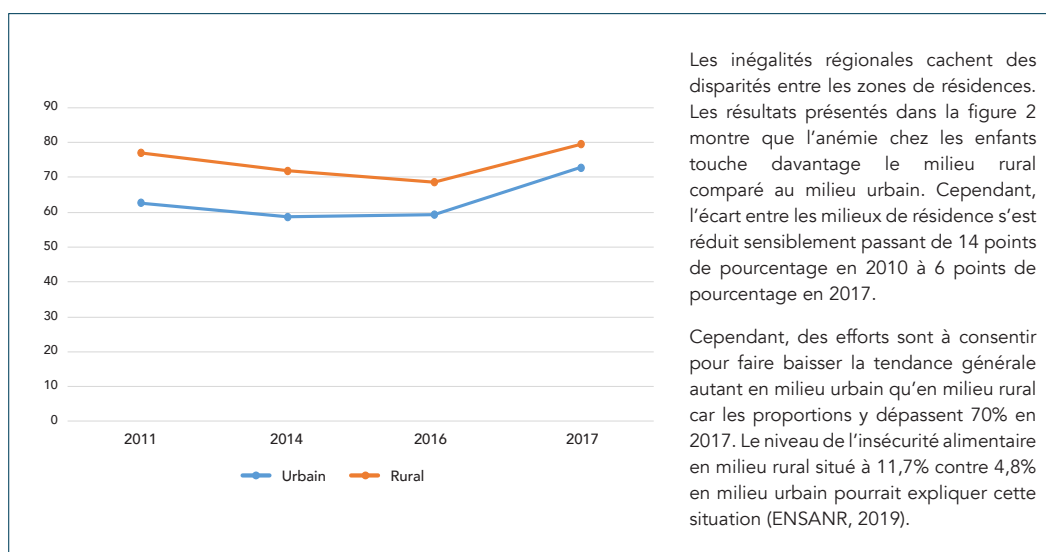


**Figure 1 : Inégalités de l'anémie en fonction des régions**

On observe une amélioration de la situation dans la région de Saint-Louis, première région la moins touchée par l'anémie en 2014 (54,4%) et deuxième région enregistrant la plus faible prévalence derrière la capitale en 2017. Les programmes de nutrition initiés par le Ministère de la santé en collaboration avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers et les programmes menés dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) dans cette zone pourraient expliquer cette performance.

Les plus fortes prévalences sont notées à Kédougou, Tambacounda et Fatick qui dépassent le seuil de 80% d'enfants anémiés en 2017. Kédougou est passée d'une prévalence de 70,2% en 2014 à une prévalence 85,8% en 2017 devenant ainsi la région la plus affectée du pays. Cette situation préoccupante pourrait être liée aux pratiques alimentaires mais aussi à la situation socio-économique des familles. Ainsi, une faible consommation de fer a été notée chez les 6-59 mois vivant à Kédougou où le niveau d'insécurité alimentaire est très élevé (ENSANR, 2019).

## 2.2. Inégalités entre les milieux de résidence



**Figure 2 : Inégalités de l'anémie en fonction du milieu de résidence**

Les inégalités régionales cachent des disparités entre les zones de résidences. Les résultats présentés dans la figure 2 montre que l'anémie chez les enfants touche davantage le milieu rural comparé au milieu urbain. Cependant, l'écart entre les milieux de résidence s'est réduit sensiblement passant de 14 points de pourcentage en 2010 à 6 points de pourcentage en 2017.

Cependant, des efforts sont à consentir pour faire baisser la tendance générale autant en milieu urbain qu'en milieu rural car les proportions y dépassent 70% en 2017. Le niveau de l'insécurité alimentaire en milieu rural situé à 11,7% contre 4,8% en milieu urbain pourrait expliquer cette situation (ENSANR, 2019).

### 2.3. Inégalités des niveaux d'anémie selon le niveau de richesse

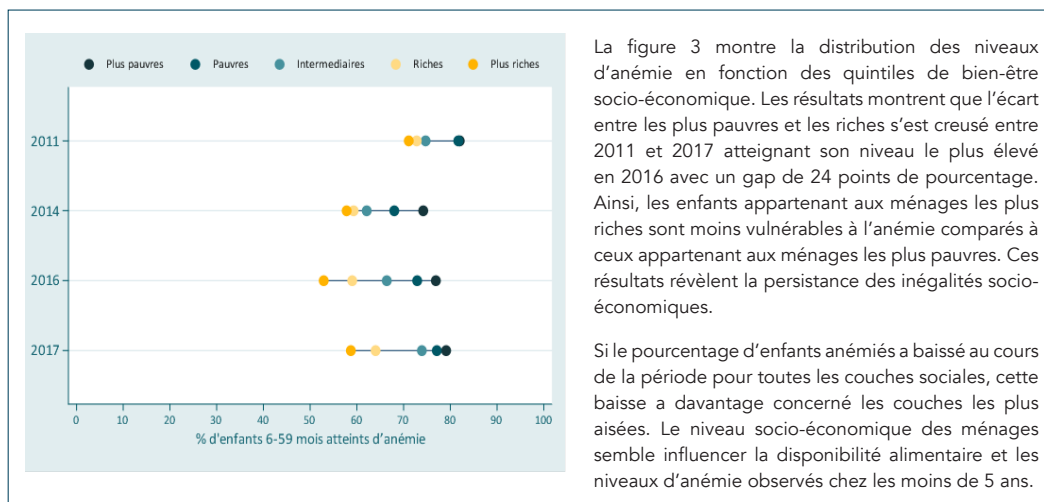


Figure 3 : Inégalités de l'anémie en fonction du quintile de richesse

### 2.4. Inégalités de l'anémie selon les âges

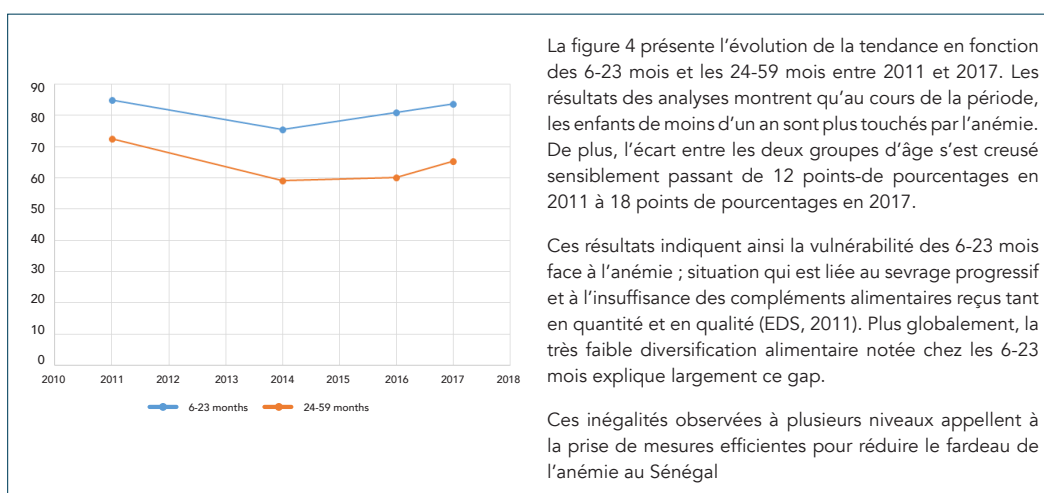


Figure 4 : Inégalités de l'anémie en fonction de la tranche d'âge 6 à 23 mois et 24 à 59 mois

## Recommandations stratégiques

1. Faire une analyse diagnostic des causes de l'anémie à l'échelle nationale
2. Renforcer les programmes de prise en charge de la malnutrition dans les régions fortement touchées par l'anémie comme Kédougou, Tambacounda et Fatick
3. Assurer la fortification à domicile des aliments des enfants de 6-23 mois avec des poudres de micronutriments (MNPs)
4. Mobiliser des ressources supplémentaires pour la supplémentation hebdomadaire des enfants de moins de cinq ans en fer acide folique avec un suivi particulier pour les 6-23 mois



## Appel à l'action

Malgré les programmes mis en œuvre par le gouvernement et ses partenaires, des efforts restent à faire pour réduire le fardeau de l'anémie au Sénégal. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des analyses approfondies des causes de l'anémie et des actions appropriées et concertées pour atteindre les cibles de l'AMS d'ici 2025 concernant le faible poids de naissance et la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans.

## Conclusion

Au Sénégal, l'anémie chez les moins de 5 ans atteint des proportions élevées tout en cachant des inégalités marquées entre régions, milieux de résidence, niveau de bien-être et âge. Des stratégies et mesures appropriées sont nécessaires pour la réduction des inégalités et l'atteinte de l'ODD 2

## À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une initiative mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utilisent les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>

### Auteurs

Dr Maty Diagne CAMARA <sup>1</sup>, Dr Omar SARR <sup>2</sup>, Dr Aissatou DIOP <sup>3</sup>, Ndèye Awa FALL <sup>4</sup>, Dr Cheikh Mbacké FAYE <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Division Nutrition, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

<sup>2</sup> Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

<sup>3</sup> Division de la survie de l'enfant, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal

<sup>4</sup> African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)



African Population and  
Health Research Center  
Transforming lives in Africa through research

  
**Countdown to 2030**  
Women's, Children's & Adolescents' Health







**West Africa Health Organization (WAHO)**

01 BP 153 Bobo-Dioulasso 01 / Burkina Faso

Téléphone: (226) 20 970 100, (226) 20 975 775, (226) 20 975 772 | Email: wahooas@wahooas.org

Sites Internet: [www.countdown2030.org](http://www.countdown2030.org) | [www.aphrc.org](http://www.aphrc.org) | [www.wahooas.org](http://www.wahooas.org)



**African Population and  
Health Research Center**

**African Population and Health Research Center (APHRC)**

West Africa Regional Office: 5e étage, Immeuble Diallo-Lo, 325-327 CICES VDN,

Dakar Senegal BP 45933 Dakar VDN NAFA

Téléphone: +221 33 869 60 17, +221 33 867 99 36

Email: [info@aphrc.org](mailto:info@aphrc.org) - [infowestafrica@aphrc.org](mailto:infowestafrica@aphrc.org)



**JOHNS HOPKINS**  
BLOOMBERG SCHOOL  
of PUBLIC HEALTH

**Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health**

615 N. Wolfe Street

Baltimore, MD 21205