



LA NUTRITION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Progresser vers une couverture sanitaire universelle

PATH/Doune Porter

Encadré 1. Messages clés de ce dossier

- Chaque pays avance à son propre rythme sur le chemin vers une [couverture sanitaire universelle](#) et l'Organisation mondiale de la Santé indique qu'une telle couverture ne peut être complète sans des services de nutrition.
- La nutrition est fondamentale pour la santé et on constate une relation réciproque entre la nutrition et d'autres domaines de la santé. Les maladies aggravent la malnutrition et la malnutrition aggrave d'autres formes de pathologie, et au final, la mortalité.
- Le système de santé est un moyen clé de mise en œuvre des interventions spécifiques à la nutrition (c'est-à-dire celles visant les facteurs causaux immédiats de la malnutrition – apport alimentaire et maladies). Ce type d'intervention devrait être fournie chaque fois qu'une personne en appelle aux systèmes de santé.
- Assurer une intégration totale de la nutrition dans les services de santé présente de nombreux avantages au niveau intermédiaire (p. ex. couverture) et au niveau des résultats (p. ex. réduction de la malnutrition). Cela peut également permettre une réduction des coûts et un accroissement de l'efficacité et de l'ampleur des interventions.
- En définissant les services devant faire l'objet d'une couverture universelle, les pays doivent tenir compte des [actions essentielles en nutrition](#), avec d'autres services de santé, à la lumière des besoins et ressources disponibles et des plateformes communes.

Couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle est un objectif essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé et de bien-être, de partenariats et d'institutions, et pour lutter contre la faim, la pauvreté et le manque d'équité. De même, les ODD renforcent la couverture sanitaire universelle (CSU) puisqu'en se développant, les pays sont plus en mesure de fournir des soins de santé homogènes. Parvenir à une couverture sanitaire universelle signifie d'une part que chaque individu peut accéder aux services de santé dont il a besoin, et d'autre part que ces services soient d'une qualité satisfaisante et donc efficaces, sans difficultés financières. L'équité, la qualité et la protection financière sont les trois objectifs de la couverture sanitaire universelle (**Figure 1**) (World Health Organization [WHO] 2019c).

Assurer une couverture sanitaire universelle consiste à fournir, à l'ensemble des populations et des communautés, toutes les catégories de soins de santé dont elles ont besoin, qu'il s'agisse de soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé. Bien entendu, être en mesure de financer la couverture sanitaire universelle signifie donner la priorité à des services au détriment d'autres. Les décideurs et responsables de la mise en oeuvre doivent choisir, en fonction du contexte, les actions à prioriser afin que le système de santé soit équitable et fournisse des services efficaces et rentables. Le présent document donne un point de vue sur un type de service de santé devant être inclus dans la couverture universelle : la nutrition.

Figure 1. Les trois objectifs de la couverture sanitaire universelle

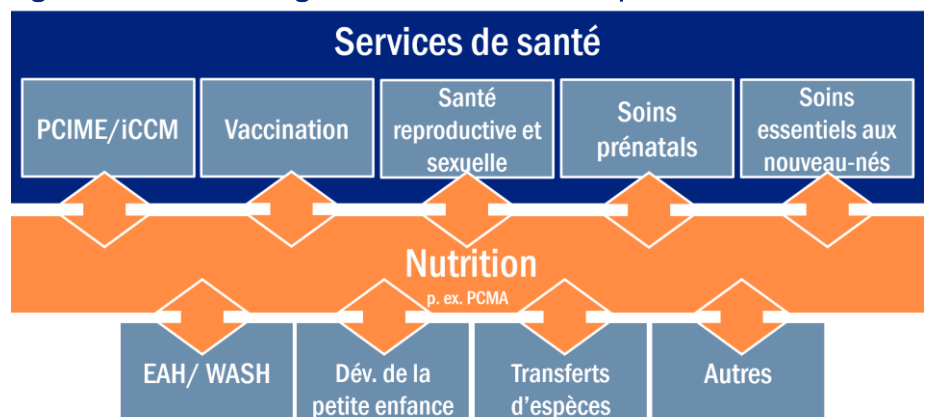


Source : WHO 2019b.

Donner la priorité à la nutrition en tant que partie intégrante de la santé

Le présent document définit l'inclusion de la nutrition dans la santé comme le degré d'adoption et d'assimilation éventuelle des interventions spécifiques à la nutrition dans les principales composantes du système de santé : prestations de services, personnel de santé, gouvernance, financement, produits et technologies, systèmes d'information (WHO 2007). Fondamentalement, une inclusion réussie signifie que la nutrition fait partie des soins de santé continus et réguliers, que la santé est considérée dans sa globalité et que les individus peuvent bénéficier de tous les services dont ils ont besoin à chaque fois qu'ils ont un contact avec le système de santé.

Figure 2. La nutrition intégrée à la santé et à d'autres plateformes.



Abréviations : BFHI / BFCL, initiative Hôpitaux amis des bébés ou initiatives communautaires ; GCMA, gestion communautaire de la malnutrition aiguë ; IMCI / iCCM, gestion intégrée des maladies infantiles / gestion intégrée des cas dans les communautés ; WASH, eau, assainissement et hygiène.

La Figure 2 présente plusieurs secteurs et autres plateformes de santé par le biais desquels les personnes reçoivent ou peuvent bénéficier d'interventions nutritionnelles. Les principales plateformes sont les suivantes : soins prénatals (WHO 2016) ; initiative Hôpitaux amis des bébés ou initiatives communautaires Amis des bébés (IHAB / IAB) (United Nations Children's Fund and WHO 2018; Ministry of Health Kenya 2016) ; soins essentiels aux nouveau-nés (WHO 2010) ; prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) (Food and Nutrition Technical Assistance III Project 2018) ; Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) (WHO 2014) ; Vaccination ; et santé de la reproduction.

Encadré 2. Les actions essentielles en nutrition.

Les actions essentielles en nutrition sont des interventions en lien avec la nutrition recommandées par l'OMS pour lutter contre les maladies et réduire la mortalité (Afshin et al. 2019; Maternal and Child Nutrition Study Group 2013; WHO 2019a). Elles sont présentes à tous les niveaux du système de santé (WHO 2019b) et peuvent être classées comme suit :

- Suivi et évaluation de la croissance infantile.
- Soutien à une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.
- Traitement de la malnutrition aiguë.
- Apport en suppléments en micronutriments.
- Apport en médicaments anthelminthiques.
- Prestations de soins nutritionnels pour lutter contre certaines maladies et aider les populations ayant des besoins particuliers.
- Création d'un environnement alimentaire sain.

Comme indiqué ci-avant, de nombreuses actions essentielles en nutrition sont organisées par le biais des plateformes susmentionnées. Plusieurs de ces actions ne sont cependant pas totalement couvertes et il faudrait donc les inclure dans ces plateformes.

Plateforme	Actions essentielles en nutrition dans tous les contextes pouvant être également couvertes par cette plateforme.
IHAB / IAB	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le clamage du cordon ombilical au moment optimal lors de l'accouchement. • Organiser la mise en œuvre de la méthode kangourou pour les nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance. • Encourager des pratiques alimentaires bénéfiques au nouveau-né et assurer les soins des nourrissons, y compris l'alimentation optimale des nourrissons de faible et très faible poids de naissance.
PCMA	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère.
PCIME	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un environnement alimentaire sain qui permet aux personnes d'adopter des habitudes alimentaires saines et de les conserver. • Développer un plan de prise en charge des enfants de moins de 5 ans en surpoids qui se présentent dans les établissements de soins de santé primaires.

Ces plateformes fournissent, dans une certaine mesure, divers services de nutrition, bien qu'il existe d'autres services de nutrition qui pourraient être mieux couverts (voir Encadré 2) (WHO 2020). En outre, ces plateformes n'atteignent pas les personnes âgées, les jeunes adolescents et peut-être d'autres tranches de la population ciblées dans les actions essentielles en nutrition (WHO 2019a). Par conséquent, il sera nécessaire de soutenir d'autres mécanismes. En outre, bien que le système de santé soit le principal moyen de mise en œuvre des interventions nutritionnelles à fort impact, il est contre-productif d'étendre la couverture au sein même de ce système : mieux vaut élargir cette mise en œuvre sur différents domaines sectoriels et sous-sectoriels (Bhutta et al. 2013). Il est donc important que les autres secteurs d'activité comme l'agriculture, et les autres domaines de santé comme la santé de la reproduction, intègrent également la nutrition.

Vu les points communs (objectifs, agents d'exécution et groupes cibles), la recherche des moyens pour assurer une bonne couverture de la nutrition au sein même des plateformes de santé et vice versa peut permettre une réduction des coûts des prestations de services et des coûts de renonciation, et accroître l'efficacité. Parmi les autres avantages, on peut citer la disponibilité de la littérature démontrant les principaux résultats en matière de nutrition (voir l'[Encadré 3](#)) :

- Progrès vers la réalisation des objectifs (p. ex. couverture, qualité et résultats).
- Couverture de plus grande ampleur, car plusieurs services sont fournis à chaque fois qu'un individu est en contact avec le système de santé.

- Amélioration de la satisfaction des patients (soins de qualité et réduction des frais directs et indirects).
- Réduction des coûts pour le système (un enfant bien nourri est moins souvent malade).

D'un autre côté, il existe des inconvénients à œuvrer en faveur d'une intégration totale de la nutrition dans les systèmes de santé : dépendance à un système parfois faible ou inaccessible, surcharge de travail pour les professionnels de santé, manque de compétences en nutrition ; et la mauvaise qualité des services et par conséquent des résultats médiocres (Bush and Keylock 2018). Pour obtenir les avantages souhaités, ces problèmes doivent être résolus. Toutefois, face à des exigences de concurrence, les prestataires de santé risquent de ne pas avoir suffisamment de temps de fournir des services tels que conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, soins nutritionnels aux femmes enceintes, etc.). Un échec de prestation de ces services a des coûts économiques et humains (Shekar et al. 2016).

Faire progresser la nutrition vers une couverture sanitaire universelle

Encadré 3. Résultats d'une intégration de la nutrition à la santé.

L'intégration de la nutrition dans le système de santé peut avoir des effets positifs au niveau intermédiaire (ex. soins de qualité) et au niveau des résultats (ex. moins de gaspillage). Les programmes PCIME ont permis d'améliorer le traitement adapté de la pneumonie et la classification de l'insuffisance pondérale, la recherche de soins pour les signes de danger et la mortalité infantile (Arifeen et al. 2009; Mazumder et al. 2014; Schellenberg et al. 2004; Bryce et al. 2005; Bhandari et al. 2012). Les programmes de vaccination intégrant la nutrition ont permis d'améliorer les taux d'initiation précoce au sein et d'allaitement exclusif, une grande couverture en supplémentation à la vitamine A / la réduction des cas de cécité crépusculaire (Baqui et al. 2008; Hodges et al. 2015; Klemm et al. 1996). Les transferts monétaires intégrés ont permis non seulement de guérir des enfants souffrant de malnutrition aiguë (émaciation) et d'insuffisance pondérale et de prévenir leur rechute, mais également d'améliorer l'indice de masse corporelle et le poids, (Grellety et al. 2017). Un autre programme a permis de réduire les taux d'émaciation et / ou de retard de croissance chez les enfants de familles ayant reçu des transferts monétaires ou des bons alimentaires (Fenn et al. 2017).

D'autres programmes ont permis de renforcer la couverture des visites prénatales / postnatales, les services dispensés par les centres de santé, la supplémentation en vitamine A et en fer des enfants, l'utilisation d'aliments complémentaires, l'initiation précoce de l'allaitement et / ou l'allaitement exclusif (Fagerli et al. 2017; Nguyen et al. 2017; Singh et al. 2017). On observe également des effets positifs potentiels, même si minimes, sur des résultats similaires spécifiques et sensibles à la nutrition (ex. anthropométrie).

Malheureusement, aucun des programmes inclus n'a fourni de données permettant une analyse convenable de l'équité de genre (Salam, Das, and Bhutta 2019).

Le positionnement de la nutrition comme partie intégrante de la santé nécessitera des adaptations. Cependant, la nutrition est vitale, car elle revêt des aspects préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé. Ces adaptations sont donc nécessaires pour l'intégrer aux soins de santé de routine et cesser de la tenir l'écart des autres soins. Nous devons nous engager dès maintenant, car « [aucun pays ne peut parvenir à une couverture sanitaire universelle sans investir dans des actions essentielles en nutrition](#) »(WHO 2019b). Alors que les systèmes de santé cherchent à accélérer leurs efforts vers une couverture sanitaire universelle, la nutrition ne peut être laissée de côté.

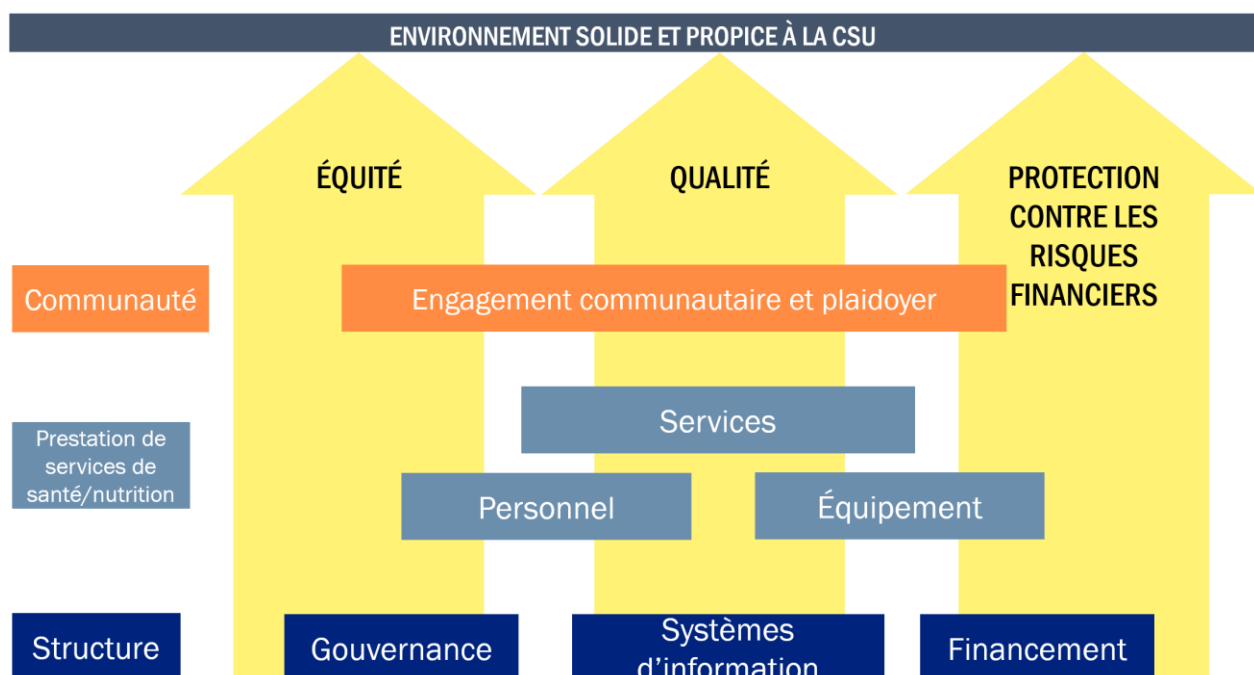
Bien entendu, on ne peut pas s'attendre à ce que les systèmes de santé intègrent totalement toutes les actions en lien avec la nutrition et qu'ils donnent la priorité à toutes les actions essentielles en nutrition. Les plans visant l'intégration des actions essentielles en nutrition dans le cadre d'une couverture sanitaire universelle doivent être adaptés à chaque contexte. La capacité à intégrer ces actions peut dépendre de l'efficacité de fonctionnement d'un système de santé, du contexte et du cadre humanitaire et de développement. Elle dépend également de la place qu'occupe la nutrition au sein des priorités nationales existantes et des ressources disponibles, notamment

des sources de revenus, des méthodes d'achat des services et de l'organisation des prestations de services, ainsi que de la gouvernance (ex. dévolution) (Mathauer et al. 2019).

Tout d'abord, les pays devraient donner la priorité aux actions essentielles en nutrition qui seront les plus rentables et auront le plus d'impact sur les populations les plus vulnérables. Plusieurs actions essentielles en nutrition ont un fort impact et / ou sont très rentables et sont proposées pour qu'elles soient intégrées dans le paquet essentiel de la couverture sanitaire universelle (Watkins et al. 2017). Il s'agit entre autres : du contact peau à peau immédiat à la naissance, de la détection et de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, de l'allaitement maternel et des conseils sur l'alimentation de complément, de la supplémentation en vitamine A et en zinc aux enfants, de supplémentation en fer et en acide folique aux femmes enceintes, de la supplémentation alimentaire aux femmes enceintes des populations les plus vulnérables et aux enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée et de l'approvisionnement des antihelminthiques pour la vermifugation périodique à grande échelle.

Cependant, plutôt que de recourir à ces services ou de tenter de couvrir toutes les Actions essentielles en nutrition, les décideurs doivent envisager la couverture sanitaire universelle comme censée fournir un système de santé de base permettant de dispenser certains services en priorité et auquel seront ajoutées de nouvelles interventions au fil du temps au fur et à mesure que des ressources supplémentaires sont disponibles. « Les pays sont encouragés à donner la priorité aux interventions de santé rentables et venant avant tout en aide aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables, de sorte que personne ne soit laissé de côté »(WHO 2019b). Ils doivent réfléchir aux causes spécifiques au contexte de la malnutrition (par exemple, savoir si le paludisme est un déterminant de l'anémie en lieu et place de la carence en fer à laquelle on pense généralement) et à des interventions adaptées au contexte national ou infranational. Par exemple, certaines actions essentielles en nutrition sont conçues pour tout type de contexte alors que d'autres ciblent des contextes spécifiques (WHO 2019a). Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, les décideurs doivent également savoir quels services sont importants pour les personnes faisant face à des difficultés d'accès d'ordre physique ou financier (WHO 2019b)

Figure 3. Contributions des objectifs de couverture sanitaire universelle et composantes du système de santé à un environnement propice à une couverture sanitaire universelle.



Abréviations : CSU, couverture sanitaire universelle.

Une fois que des actions essentielles en nutrition spécifiques sont priorisées, il faut s'assurer de leur intégration efficace à ces systèmes. Les gouvernements devront éventuellement prendre certaines mesures pour mettre en place un environnement propice. La **Figure 3** illustre la relation entre les trois objectifs de la CSU, les six composantes des systèmes de santé et une septième, la communauté comme base pour un environnement propice solide de prestation de services de nutrition comme partie intégrante des soins de santé dans le cadre de la CSU. Les trois objectifs de la CSU (équité, qualité et protection contre le risque financier) sont à la base des composantes des systèmes de santé et doivent chacun être considérés lors de la planification et de la mise en place. Les composantes sont présentées par niveau organisationnel : structure, prestation de services et communauté.

L'**équité** signifie que toute personne ayant besoin de services de nutrition (et pas seulement les personnes qui peuvent se les payer) devrait y avoir accès et les obtenir. La gouvernance doit se faire en impliquant les consommateurs tout au long des processus d'élaboration des politiques publiques. Elle doit également s'assurer que la planification de la CSU prend en compte les plans nationaux de nutrition (WHO 2019b). Les systèmes d'information centrés sur l'équité devraient inclure des indicateurs permettant de savoir si les populations marginalisées ou vulnérables bénéficient de ces services et comment (WHO 2019b). La gouvernance doit également en tenir compte au moment de prendre des décisions concernant ces données. Un financement centré sur l'équité consiste à allouer davantage de ressources nationales aux services de nutrition dans le cadre du système de santé national et à améliorer la budgétisation et le suivi des dépenses au niveau infranational (WHO 2019b).

Au niveau des prestations de services, l'équité signifie une diversité du personnel qui peut ainsi représenter toute la population et mieux comprendre les différents obstacles auxquels font face les consommateurs. Des produits centrés sur l'équité sont synonymes d'approvisionnement en produits nutritionnels aux populations dans le besoin de manière juste et cohérente. Des services centrés sur l'équité signifient que les populations reçoivent des services en fonction de leurs besoins, et que les populations marginalisées ou vulnérables font l'objet d'une attention toute particulière (WHO 2019b). L'équité dans le domaine de l'engagement communautaire et du plaidoyer signifie une implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre de la CSU, avec une attention toute particulière vouée aux besoins divers en matière de nutrition.

La **qualité** se réfère à l'objectif de dispenser des services de qualité tels qu'ils améliorent la nutrition des personnes bénéficiaires. Au niveau structurel, la qualité se traduit par : une inclusion des initiatives de nutrition dans les feuilles de route des systèmes de santé nationaux et de la CSU ; une collecte de données rigoureuse pour alerter au plus tôt des urgences nutritionnelles ; la capacité à utiliser ces données pour la prise de décision ; et la transparence du suivi financier et de la production de rapport (WHO 2019b). Le système doit être conçu pour être efficace, sûr et centré sur l'humain.

Au niveau de la prestation de services, la qualité implique du personnel qualifié dans le domaine de la nutrition, bénéficiant d'une supervision et d'un mentorat intégrés, afin de renforcer ses capacités à fournir des soins essentiels de nutrition intégrés élargis et en profondeur. Les initiatives de soutien à l'approvisionnement en produits de qualité doivent faire figurer, sur les listes nationales des médicaments essentiels, des produits nutritionnels essentiels de qualité. Les services fournis doivent donner la priorité aux bénéficiaires des soins et tenir compte de ses besoins (WHO 2019b). La qualité au niveau communautaire implique un engagement total des populations locales de sorte que les bénéficiaires participent au développement et à la mise en place des services pour en assurer la qualité.

L'objectif de la **protection contre les risques financiers** est de s'assurer que toute personne bénéficiant de services de nutrition ne s'expose pas à des difficultés financières. Au niveau structurel, cela implique des politiques et un contrôle pour s'assurer que le coût des services n'impose pas un fardeau excessif sur les populations et que les dépenses soient suivies et rapportées en toute transparence.

La réalisation de cet objectif au niveau structurel favorisera la prestation de services de nutrition et permettra aux populations d'accéder et de bénéficier de soins à très peu de frais ou sans se heurter à des difficultés

financières. Les mesures doivent permettre que des produits nutritionnels essentiels de qualité soient abordables et accessibles (WHO 2019b). La protection des communautés contre les risques financiers permettrait d'adapter les frais des services fournis par les centres de soins de santé à la situation financière des usagers et de leur redonner les moyens de négocier ou de fixer des prix éventuellement différents de ceux pratiqués au niveau national. Ces protections pourraient contribuer au développement des communautés et à l'amélioration des économies locales.

Progresser

Alors que les pays continuent sur la voie vers la mise en place d'une CSU, il est essentiel de positionner la nutrition comme une composante centrale de la bonne santé et du bien-être. Une différenciation artificielle entre nutrition et soins de santé met en danger la CSU. Comme expliqué dans ce document, la nutrition est une partie intégrante de la santé et du fait qu'elle présente de nombreuses similitudes avec les prestations de soins, elle doit être incluse dans la mise en place de la CSU. Tout pays qui envisage de mettre en place une CSU doit tenir compte des composantes de ses systèmes de santé et des communautés, par le prisme des objectifs de la CSU. En s'assurant que chaque objectif de la CSU est atteint au sein de chaque composante, les populations seront en meilleure santé et dans une meilleure situation financière. La mise en place de la CSU n'est pas chose facile, mais une nutrition faisant partie intégrale de la CSU et impliquant un accès équitable, des services et produits de qualité et une protection contre les risques financiers permettra de prodiguer des soins complets à tout le monde.

Références

- Afshin, Ashkan, Patrick John Sur, Kairsten A Fay, Leslie Cornaby, Giannina Ferrara, Joseph S Salama, Erin C Mullany, et al. 2019. "Health Effects of Dietary Risks in 195 Countries, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017." *The Lancet* 393 (10184): 1958–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8).
- Arifeen, Shams E, DM Emdadul Hoque, Tasnima Akter, Muntasirur Rahman, Mohammad Enamul Hoque, Khadija Begum, Enayet K Chowdhury, et al. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." *The Lancet* 374 (9687): 393–403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60828-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60828-X).
- Baqui, Abdullahh, Emma K Williams, Amanda M Rosecrans, Praween K Agrawal, Saifuddin Ahmed, Gary L Darmstadt, Vishwajeet Kumar, et al. 2008. "Impact of an Integrated Nutrition and Health Programme on Neonatal Mortality in Rural Northern India." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (10): 796–804. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.042226>.
- Bhandari, Nita, Sarmila Mazumder, Sunita Taneja, Halvor Sommerfelt, Tor A Strand, and IMNCI Evaluation Study Group. 2012. "Effect of Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) Programme on Neonatal and Infant Mortality: Cluster Randomised Controlled Trial." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 344 (March): e1634. <https://doi.org/10.1136/BMJ.E1634>.
- Bhutta, Zulfi A, Jai K Das, Arjumand Rizvi, Michelle F Gaff, Neff Walker, Susan Horton, Patrick Webb, et al. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).
- Bryce, Jennifer, Eleanor Gouws, Taghreed Adam, Robert E Black, Joanna Armstrong Schellenberg, Fatuma Manzi, Cesar G Victora, and Jean-Pierre Habicht. 2005. "Improving Quality and Efficiency of Facility-Based Child Health Care through Integrated Management of Childhood Illness in Tanzania." *Health Policy and Planning* 20 (suppl_1): i69–76. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi053>.
- Bush, Anne, and Jane Keylock. 2018. "Strengthening Integration of Nutrition Interventions within Health Sector Programmes: An Evidence-Based Planning Resource." European Commission.
- Fagerli, Kirsten, Katherine O'Connor, Sunkyung Kim, Maureen Kelley, Aloyce Odhiambo, Sitnah Faith, Ronald Otieno, Benjamin Nygren, Mary Kamb, and Robert Quick. 2017. "Impact of the Integration of Water Treatment, Hygiene, Nutrition, and Clean Delivery Interventions on Maternal Health Service Use." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 96 (5): 1253–60. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0709>.
- Fenn, Bridget, Tim Colbourn, Carmel Dolan, Silke Pietzsch, Murtaza Sangrasi, and Jeremy Shoham. 2017. "Impact Evaluation of Different Cash-Based Intervention Modalities on Child and Maternal Nutritional Status in Sindh Province, Pakistan, at 6 Mo and at 1 y: A Cluster Randomised Controlled Trial." Edited by Margaret E Kruk. *PLOS Medicine* 14 (5): e1002305. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002305>.
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project. 2018. "Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)." <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CMAM-Training-GUIDE-Sep2018.pdf>.
- Grellety, Emmanuel, Pélagie Babakazo, Amina Bangana, Gustave Mwamba, Ines Lezama, Noël Marie Zagre, and Eric-Alain Ategbro. 2017. "Effects of Unconditional Cash Transfers on the Outcome of Treatment for Severe Acute Malnutrition (SAM): A Cluster-Randomised Trial in the Democratic Republic of the Congo." *BMC Medicine* 15 (1): 87. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0848-y>.
- Hodges, Mary H, Fatmata F Sesay, Habib I Kamara, Emmanuel D Nyorkor, Mariama Bah, Aminata S Koroma, Joseph N Kandeh, et al. 2015. "Integrating Vitamin A Supplementation at 6 Months into the Expanded Program of Immunization in Sierra Leone." *Maternal and Child Health Journal* 19 (9): 1985–92. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1706-1>.
- Klemm, Rolf D W, Ellen E Villate, Chato Tuazon-Lopez, and Adelisa C Ramos. 1996. "Coverage and Impact of Adding Vitamin A Capsule (VAC) Distribution to Annual National Immunization Day in the Philippines." http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacn875.pdf.
- Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. "Maternal and Child Nutrition Series." *The Lancet*. <https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>.
- Mathauer, Inke, Elina Dale, Matthew Jowett, and Joe Kutzin. 2019. "Purchasing Health Services for Universal Health Coverage: How To Make It More Strategic?" <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.
- Mazumder, Sarmila, Sunita Taneja, Rajiv Bahl, Pavitra Mohan, Tor A Strand, Halvor Sommerfelt, Betty R Kirkwood, et al. 2014. "Effect of Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness Programme on Treatment Seeking Practices for Morbidities in Infants: Cluster Randomised Trial." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 349 (August): g4988. <https://doi.org/10.1136/BMJ.G4988>.
- Ministry of Health Kenya. 2016. "Baby Friendly Community Initiative Implementation Guidelines." <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/04/BFCI-Implementation-Guidelines.pdf>.
- Nguyen, Phuong Hong, Sunny S Kim, Tina Sanghvi, Zeba Mahmud, Lan Mai Tran, Sadia Shabnam, Bachera Aktar, et al. 2017. "Integrating Nutrition Interventions into an Existing Maternal, Neonatal, and Child Health Program Increased Maternal Dietary Diversity, Micronutrient Intake, and Exclusive Breastfeeding Practices in Bangladesh: Results of a Cluster-Randomized Program Evaluation." *The Journal of Nutrition* 147 (12): 2326–37. <https://doi.org/10.3945/jn.117.257303>.
- Salam, Rehana A, Jai K Das, and Zulfiqar A Bhutta. 2019. "Integrating Nutrition into Health Systems: What the Evidence Advocates." *Maternal & Child Nutrition* 15 (January): e12738. <https://doi.org/10.1111/mcn.12738>.
- Schellenberg, Joanna RM Armstrong, Taghreed Adam, Hassan Mshinda, Honorati Masanja, Gregory Kabadi, Oscar Mukasa, Theopista John, et al. 2004. "Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania." *The Lancet* 364 (9445): 1583–94. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17311-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17311-X).

- Shekar, Meera, Jakub Kakiemek, Julia Dayton Eberwein, and Dylan Walters. 2016. "An Investment Framework for Nutrition." <https://doi.org/10.1596/25292>.
- Singh, Veena, Saifuddin Ahmed, Michele L Dreyfuss, Usha Kiran, Deepika N Chaudhery, Vinod K Srivastava, Ramesh C Ahuja, et al. 2017. "Non-Governmental Organization Facilitation of a Community-Based Nutrition and Health Program: Effect on Program Exposure and Associated Infant Feeding Practices in Rural India." Edited by Jacobus P van Wouwe. *PLOS ONE* 12 (9): e0183316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183316>.
- UNICEF, and WHO. 2018. "Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative." <https://www.unicef.org/nutrition/files/Baby-friendly-Hospital-Initiative-implementation-2018.pdf>.
- Watkins, David A, Dean T Jamison, Anne Mills, Rifat Atun, Kristen Danforth, Amanda Glassman, Susan Horton, et al. 2017. "Universal Health Coverage and Essential Packages of Care. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty." The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1/PT1.CH3>.
- WHO. n.d. "Service Delivery: Why Quality Matters." <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/quality-uhc/en/>.
- . 2007. "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, WHO's Framework for Action." http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
- . 2010. "Essential Newborn Care Course Trainer's Guide." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70540/WHO_MPS_10.1_Trainers_guide_eng.pdf?sequence=1.
- . 2014. "IMCI Chart Booklet." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104772/9789241506823_Chartbook_eng.pdf?sequence=16.
- . 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.
- . 2019a. "Essential Nutrition Actions: Mainstreaming Nutrition Through the Life-Course." <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326261/9789241515856-eng.pdf?ua=1>.
- . 2019b. "Nutrition in Universal Health Coverage." <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-19.24>.
- . 2019c. "What Is Universal Coverage?" https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.
- . 2020. "Mainstreaming Nutrition within Universal Health Coverage." In *Global Nutrition Report 2020: Action on Equity to End Malnutrition*. <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/mainstreaming-nutrition-within-universal-health-coverage/>.
- WHO Regional Office for Europe. 1997. "Expanded Programme on Immunisation." <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108092/E60148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

À propos de MQSUN+

MQSUN+ fournit une assistance technique et des services en matière de connaissances au ministère britannique des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement (FCDO) et au Secrétariat du Mouvement pour le renforcement de la nutrition (Mouvement SUN), en appui aux programmes nutritionnels en faveur des populations les plus pauvres. Un consortium de cinq organisations non étatiques reconnues dans le domaine de la nutrition propose les services de MQSUN+.

Remerciements

La présente note d'orientation a été rédigée par PATH et NutritionWorks dans le cadre du programme MQSUN+.
Crédit photo : PATH/Doune Porter (2010).

MQSUN+ ne saurait être tenu responsable des erreurs éventuelles ou des conséquences découlant de l'utilisation des informations contenues dans ce rapport. Le présent document a été élaboré par MQSUN+ avec l'appui de UK aid et du gouvernement britannique. Cependant, les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement du Royaume-Uni.

