

ALIMENTATION ET VIE SAINES

SOLUTION TECHNIQUE VISANT À PRÉVENIR LA MALNUTRITION PAR LA PROMOTION DE
**CHOIX ALIMENTAIRES ET DE MODES DE VIE CONSCIENTS, SAINS, ÉQUITABLES ET
ÉCOLOGIQUEMENT DURABLES**

CADRE D'ACTION

INFORMATIONS JURIDIQUES

©Action contre la Faim International 2025

Sauf indication contraire, la reproduction est autorisée moyennant mention de la source. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (sons, images, logiciels, etc.) nécessite une autorisation préalable, celle-ci prévaut sur l'autorisation générale décrite ci-dessus et indique clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ

Ce document fournit un accès public à des informations sur les actions et les politiques d'Action contre la Faim International. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de leur création. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur portée à notre connaissance. Cependant, Action contre la Faim ne pourra être tenue pour responsable des informations contenues dans ce document.

Ces informations::

Sont destinées à fournir des informations générales uniquement et ne se concentrent pas sur la situation particulière d'un individu, ni sur une personne ayant une opinion morale spécifique ; Ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ; Renvoient parfois à des documents ou des sites externes sur lesquels Action contre la Faim n'a aucun contrôle et pour lesquels elle décline toute responsabilité ; Ne constituent pas un avis juridique. Cette clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'Action contre la Faim par rapport aux exigences de la législation nationale applicable, ni de rejeter la responsabilité dans les cas où elle ne peut être exclue en vertu de la même législation.

L'auteur:

Ce document a été préparé par ACF-Espagne et l'application des principes et propositions qu'il contient est limitée aux pays dans lesquels ACF-Espagne opère. Le document est le résultat de la réflexion et du travail conjoint du groupe technique formé par (par ordre alphabétique): Antonio Vargas Brizuela, responsable du domaine Nutrition et Santé; Eva Iráizoz, Technicienne en Nutrition et Santé, experte en malnutrition chronique; Hélène Pasquier, responsable du domaine Sécurité alimentaire et Moyens d'existence; Marta González Molina, Technicienne DASE pour les projets d'inclusion socioprofessionnelle; Marta Lozano de la Rosa, Technicienne DASE pour l'orientation du travail; Silvia Rodríguez Rivero, Technicienne en Nutrition et Santé, experte psychosociale; et a été élaboré et dirigé par: Sara Tulipani, PhD, Technicienne en nutrition et santé, experte en recherche et promotion d'une alimentation et de modes de vie sains. Département de Nutrition et de Santé. Département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne

Direction technique et validation (par ordre alphabétique):

Antonio Vargas Brizuela. Chef du département Nutrition et Santé. Département d'ingénierie technique. Action contre la Faim Espagne.

Luis González Muñoz. Directeur du département d'Ingénierie Technique. Action contre la Faim Espagne.

Critiques et contributions (par ordre alphabétique):

Aduña Yimam (Responsable Nutrition et Santé, ACF USA); Aida Muñoz Maqueda (Technicienne Sécurité de l'Eau et Changement Climatique, ACF Espagne); Alexandra Rutishauser-Perera (Responsable Nutrition et Santé, ACF UK); Brigitte Tonon (Responsable par intérim de l'unité Santé et Nutrition, ACF France) ; Caroline Antoine (Responsable Nutrition et Santé, ACF France); Colleen Emary (Coordinatrice de l'équipe des opérations GNC, ACF Canada); Cristina Fernández de Simón de la Cruz (Technicienne de projet plaidoyer, ACF Espagne); Cyril Lekiefs (Responsable de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance, ACF France); Guillaume Pegon (Responsable de la santé mentale et de l'accompagnement psychosocial, ACF France); Hélène Pasquier (Responsable sécurité alimentaire et moyens de subsistance, ACF Espagne); Jean Lapegue (Responsable eau et assainissement, ACF France); Lenka Blarova (Operations Nutrition Manager, ACF UK); Lorena Hernández Hernández (Project Manager ASE Emplea, ACF Espagne); Miguel Angel García Arias (Responsable migration et systèmes d'alerte précoce, ACF Espagne); Pablo Alcalde (Responsable Eau et Assainissement, ACF Espagne); Roshni Vakilna (Responsable Technique, Recherche et MEAL, ACF Inde); Tanit Iglesias Zayas (Référénte Genre et Protection, ACF France); Valdivia Moutawali (Référénte Genre et Protection, ACF Espagne).

Photo de couverture: Détail des mains de Roselia, égrenant du maïs. Migration circulaire – Guatemala © par Simona Carnino Action contre la Faim

Design and layout: nacho_cachero

Le document a été élaboré en suivant les recommandations du ["Guide to the use of non-sexist language"](#), en utilisant un langage inclusif et en donnant la priorité à l'utilisation d'un vocabulaire non sexiste

ACRONYMES

AVS	Alimentation et Vie Saines
BC	Changement de comportement
MCV	Maladie cardiovasculaire
MNT	Maladies non transmissibles
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GDR	Recommandations Alimentaires Mondiales
GDQS	Score Global de Qualité de l'Alimentation
GTFN	Cadre de transformation du genre pour la nutrition
HDDS	Score de Diversité Alimentaire des Ménages
R+D+i	Recherche, Développement et Innovation
IHAN	Initiative pour l'Humanisation de l'Aide à la Naissance et à l'allaitement
IN	Actions mises en œuvre dans la sphère individuelle
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
MDD	Diversité Alimentaire Minimale
MDD-W	Diversité Alimentaire Minimale pour les Femmes
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAM	Programme alimentaire mondial des Nations unies
R+D+i	Recherche, développement et innovation
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SEM	Modèle socio-écologique
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini
SO	Actions mises en œuvre dans la sphère sociale
ST	Actions mises en œuvre dans la sphère structurelle
U5	Enfants de moins de cinq ans
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UPF	Produits alimentaires ultra-transformés
WHA	Assemblée mondiale de la santé

FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉS

Figure 1. Théorie du changement de la solution technique visant à promouvoir une alimentation et un mode de vie sains (AVS).

Figure 2. Déterminants structurels, sociaux et individuels susceptibles d'avoir un impact significatif sur les habitudes alimentaires et les modes de vie des groupes les plus vulnérables, selon le modèle socio-écologique.

Tableau 1. Lignes directrices de l'OMS sur l'alimentation saine par tranches d'âge et conditions physiologiques particulières.

Tableau 2. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère structurelle.

Tableau 3. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère sociale.

Tableau 4. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère individuelle.

Tableau 5. Actions de promotion de l'AVS dans les situations d'urgence et de développement.

Tableau 6. Tableau récapitulatif des résultats attendus, des mesures utiles et des sources de vérification pour évaluer l'impact des actions visant à promouvoir l'AVS

ENCADRÉ 1 : Comment mesurer si un régime alimentaire est sain?

ENCADRÉ 2 : Quel est le niveau d'activité physique adéquat pour la santé?

ENCADRÉ 3 : Quelle est la durée de sommeil nécessaire pour être en bonne santé ?

CONTENU

COMMENT COMPRENDRE CE DOCUMENT?	6
THÉORIE DU CHANGEMENT	7
PHASE 1: PRÉPARER L'ACTION	10
1.1 Analyse du contexte et évaluation des besoins	11
1.2 Conception et définition de la stratégie	17
PHASE 2: ACTIONS, RÉSULTATS, APPRENTISSAGES	18
2.1 Actions au niveau structurel	19
2.2 Actions au niveau social	22
2.3 Actions au niveau individuel	24
2.4 Actions applicables aux situations d'urgence et de développement	26
2.5 Mettre en œuvre, suivre, évaluer et apprendre	28
ANNEXE	31
RÉFÉRENCES	33

Comment comprendre ce document?

La solution technique visant à **promouvoir une alimentation et vie saines (AVS)** a pour objectif de contribuer à réduire la prévalence de la malnutrition sous toutes ses formes. Elle se concentre sur la conception d'actions préventives qui encouragent des choix conscients, sains, équitables et écologiquement durables en matière d'alimentation et d'autres habitudes de vie, opérant aux niveaux individuel, social (ménage, communauté) et structurel (national, mondial), et adaptées aux diverses situations et contextes dans lesquels nous travaillons.

La réalisation de cet objectif nous permettra d'avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des individus, des ménages et des

populations avec lesquels nous travaillons, tout en promouvant l'égalité sociale et des environnements sains.

Ce document vise à :

- Présenter la théorie générale du changement (section "**Théorie du changement**")
- Détailler la manière de se préparer à l'action (section "**PHASE 1 : Préparation de l'action**")
- Décrire ce qu'il faut faire, quand et pourquoi (section "**PHASE 2 : Actions, résultats, apprentissage**").

Pour une compréhension plus complète, il est recommandé de consulter le document sur le **Alimentation et vie saines - cadre conceptuel**.



Une jeune mère mange avec ses enfants à Moyale, en Éthiopie. © Action contre la faim



THÉORIE DU CHANGEMENT

La théorie du changement comprend:

- ACTIONS TECHNIQUES
- ACTIONS DE R+D+I
- ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE COMMUNICATION

Le modèle socio-écologique d'une alimentation et d'un mode de vie sains que nous adoptons dans notre cadre théorique reconnaît que les comportements individuels sont influencés par de multiples niveaux de déterminants interconnectés, allant des caractéristiques individuelles aux pressions sociales et communautaires ou à des éléments structurels plus larges. Conformément à cette approche théorique, les interventions visant à promouvoir des modes de vie sains s'adressent aux personnes suivantes :

- Aux personnes avec lesquelles nous travaillons directement dans le cadre des programmes (**sphère individuelle**),
- Leur environnement familial et/ou communautaire

(**sphère sociale**)

- Et le système dans lequel elles vivent (**sphère structurelle**).

Au niveau individuel, les personnes avec lesquelles nous travaillons directement sont identifiées en fonction de trois critères principaux :

- **Critères de vulnérabilité** (risque de malnutrition pendant la grossesse, l'allaitement, la petite enfance, l'enfance moyenne, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse ; adultes en risque d'exclusion socio-économique).
- **Critères de recrutement, de visibilité, de collaboration** (employés d'organismes de financement, entreprises "saines", représentants du secteur de l'hôtellerie et de la restauration, de la restauration scolaire, etc.)
- **Critères d'intérêt et de besoin** (employés du siège d'Action contre la Faim, des délégations, des bureaux nationaux).
- **Interest and need criteria** (employees of Action Against Hunger headquarters, delegations, country offices).

La **Figure 1** présente la théorie du changement de la solution technique. Pour plus de détails sur les modalités d'intervention dans lesquelles l'approche sera appliquée, voir le matériel **ANNEXE**.



Jeune mère avec un adolescent. © Action contre la Faim



PHASE 1: PRÉPARER L'ACTION

1.1 ANALYSE DU CONTEXTE ET EVALUATION DES BESOINS

ANALYSE DE LA MANIÈRE DONT LES MODES DE VIE SONT POLITIQUEMENT ET SOCIALEMENT CONSTRUITS À TRAVERS DES PROCESSUS DE RECHERCHE, D'APPRENTISSAGE, DE RESPONSABILISATION ET DE CAPITALISATION.

Dans cette phase préparatoire, nous devons examiner comment les modes de vie actuels sont façonnés par des facteurs qui vont au-delà des "choix" individuels, tels que l'inégalité économique, les systèmes alimentaires extractivistes, les normes de genre, la violence structurelle et d'autres facteurs systémiques. Les recherches visant à produire des données qualitatives et quantitatives sur l'impact, l'efficacité et le rapport coût-efficacité des programmes sont également incluses. Des paramètres appropriés sont définis pour évaluer les habitudes alimentaires et de vie,

leurs principaux moteurs et les résultats des interventions.

Des enseignements précieux sont générés pour inspirer le travail avec d'autres groupes intéressés par la mise en œuvre de la promotion d'habitudes saines et l'apprentissage à partir d'expériences similaires.

Les expériences réussies sont capitalisées, documentées et intégrées dans la culture organisationnelle et diffusées à l'extérieur.

ANALYSE DU CONTEXTE ET DE LA SITUATION. ÉVALUATION DES BESOINS. IDENTIFICATION DES OBSTACLES. RESSOURCES ET CAPACITÉS.

La recherche préparatoire doit viser à examiner le contexte dans lequel l'intervention est proposée, par le biais d'une analyse documentaire initiale, d'enquêtes, de groupes de discussion et d'entretiens, afin de collecter des informations sur le contexte dans lequel nous travaillons.

Ces évaluations qualitatives et quantitatives préliminaires permettent d'examiner les politiques et stratégies actuelles dans chaque contexte spécifique. Elles aident à identifier les besoins du groupe ou de la communauté, les habitudes malsaines à combattre ainsi que les obstacles, les ressources et les capacités. Ce processus comprend la cartographie des principales parties prenantes à prendre en considération, l'exploration des pratiques communautaires (par exemple, les mouvements



Roger avec des agriculteurs du projet SIDA à la ferme Bukinda Block, camp de réfugiés de Kyangwali - Ouganda
© Action contre la Faim



ENCADRÉ 1 - COMMENT MESURER SI UN RÉGIME ALIMENTAIRE EST SAIN

En 2021, l'Initiative de surveillance des régimes alimentaires sains (HDMI) a identifié quatre paramètres à prendre en compte pour la surveillance et le suivi de l'alimentation au niveau mondial, qui fourniraient des informations sur la salubrité des régimes alimentaires par rapport à toutes les formes de malnutrition (4):

- Les scores de qualité globale de l'alimentation (par exemple, l'indice GDQS) ;
- Les scores de conformité aux directives diététiques mondiales (par exemple l'indice GDR) ;
- Les scores de diversité alimentaire minimale (par exemple, indices MDD/MDD-W, FGDS, HDDS) ;
- Les scores de consommation d'aliments ultra-transformés (par exemple, score Nova-UPF).

Lorsque l'objectif n'est pas une comparaison entre pays, il peut être approprié d'incorporer des mesures supplémentaires aux quatre mentionnées ci-dessus pour le suivi national. Parallèlement, quelques initiatives sont développées pour comprendre quels sont les choix alimentaires qui favorisent à la fois la santé humaine et la durabilité environnementale. Bien qu'essentielle, cette tâche est très complexe et une première étape cruciale consiste à développer et à valider des indices de durabilité alimentaire. Ces indices permettront d'accumuler des preuves scientifiques solides qui associent clairement l'adoption de régimes alimentaires durables à une réduction statistiquement significative du risque de morbidité et de mortalité, établissant ainsi un lien direct entre la durabilité et les régimes alimentaires sains.

agroécologiques, l'entraide, les économies féministes) qui remettent en question les normes dominantes et créent d'autres modèles de vie. Cela permet de développer des partenariats potentiels avec des groupes locaux engagés sur ces questions, et soutient l'approche participative et la stratégie d'action. Au niveau individuel, il s'agit d'évaluer la situation socio-économique et les éventuelles privations matérielles susceptibles d'entraver l'adoption d'habitudes saines (par exemple, le manque de matériel de cuisine), ainsi que les autres facteurs personnels qui influencent les habitudes de vie. Il s'agit également d'analyser les relations hommes-femmes qui influencent les choix alimentaires des enfants et des adultes, ainsi que d'autres habitudes de vie personnelles et familiales, parallèlement aux causes structurelles et sociales des inégalités. Au niveau structurel, le diagnostic se concentrera sur l'identification des lacunes, des besoins de formation non satisfaits et de l'assistance technique nécessaire à la promotion de modes de vie sains. Ce travail fournit des informations précieuses sur chaque contexte local, soutenant ainsi la prise de décision et le plaidoyer politique.

QU'EST-CE QUI DÉFINIT UNE HABITUDE SAINNE?¹

A Alimentation saine, alimentation durable.

Une alimentation saine favorise le développement, la croissance, l'entretien et le fonctionnement général de l'individu tout en prévenant la malnutrition et ses conséquences. Elle implique la sélection, la préparation et la consommation d'aliments adéquats, sûrs et diversifiés, riches en tous les nutriments nécessaires à l'organisme. La composition exacte d'un régime alimentaire sain varie en fonction de facteurs tels que l'âge, le sexe, l'état physiologique, le mode de vie et le niveau d'activité physique, le contexte socioculturel, la disponibilité et l'accessibilité financière des aliments locaux et les habitudes alimentaires (**Tableau 1**). Un comportement alimentaire sain peut être défini en suivant les recommandations générales de l'OMS (**ENCADRÉ 1**) (3).).

Vie active et sommeil sain. De même, l'OMS a défini des lignes directrices et des recommandations de santé publique pour d'autres habitudes de vie, telles que l'activité physique² (**ENCADRÉ 2**) et un sommeil sain (**Tableau 2, ENCADRÉ 3**) (6,7).

¹ Selon l'OMS, un "mode de vie" sain est un mode de vie qui réduit le risque de tomber gravement malade ou de mourir prématurément, qui accroît les possibilités de profiter de tous les aspects de la vie en cultivant le bien-être physique, mental et social en plus de la santé physique, et qui constitue un modèle positif pour les autres, en particulier les enfants, en créant des environnements propices à leur santé actuelle et future (1). Cette définition souligne que les habitudes saines ne se réfèrent pas seulement à des comportements individuels, mais qu'elles sont également influencées par l'environnement et le contexte social d'une personne. L'OMS recommande plusieurs habitudes clés pour maintenir une vie saine. Il s'agit notamment d'une alimentation adéquate, équilibrée, diversifiée et modérée (2), du maintien d'un poids sain, d'une activité physique régulière, d'un sommeil régulier et de qualité, et de la gestion du stress pour une meilleure santé physique et mentale. Les habitudes malsaines comprennent le tabagisme et la consommation d'alcool, qui ne feront toutefois pas l'objet de cette solution technique. n.

² L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par le système locomoteur avec une dépense d'énergie. L'activité physique peut être pratiquée de différentes manières : au travail, à la maison, en marchant, en faisant du vélo, en pratiquant un sport ou en s'adonnant à des loisirs actifs. Il a été démontré qu'une activité physique régulière, sous quelque forme que ce soit, d'une durée et d'une intensité suffisantes, contribue à prévenir et à traiter le surpoids et l'obésité, les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et plusieurs types de cancer, et peut améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être. Au niveau mondial, un adulte sur quatre et trois adolescents sur quatre (âgés de 11 à 17 ans) ne respectent pas les recommandations mondiales en matière d'activité physique établies par l'OMS. En particulier, à mesure que le développement économique des pays progresse, les modes de vie sédentaires augmentent, en raison de l'évolution des modes de transport, de l'utilisation accrue de la technologie et de l'urbanisation. Les niveaux d'activité physique sont également influencés par les valeurs culturelles. Dans la plupart des pays, les filles, les femmes, les personnes âgées, les groupes défavorisés et les personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique ont moins de possibilités d'accéder à des programmes et à des lieux d'activité physique sûrs, abordables et appropriés.



Tableau 1. Lignes directrices de l'OMS sur l'alimentation saine par tranches d'âge et conditions physiologiques particulières. Les indicateurs de l'YCF concernant l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire sont indiqués entre parenthèses ³.

Alimentation saine par tranche d'âge (WHO)	
Nourrissons	- Initiation précoce de l'allaitement maternel[^] (ANJE2) - Allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie (ANJE4)
Nourrissons et jeunes enfants (6 m - 23 m)	- Allaitement maternel continu (ANJE6) jusqu'à au moins 2 ans et au-delà. Entre-temps : - Introduire des aliments complémentaires sûrs, variés et riches en nutriments dès l'âge de six mois, en parallèle de l'allaitement maternel, sans sucre ni sel ajoutés. - Aliments solides, semi-solides ou mous de 6 à 8 mois (ANJE7) - Alimentation diversifiée minimale (ANJE8)* - Fréquence minimale des repas (ANJE9) - Fréquence minimale des tétées pour les nourrissons non allaités (ANJE10) - Alimentation minimale acceptable (ANJE11) - Consommation d'œufs et/ou de viande (ANJE12)
Enfants et adolescents	- Inclure tous les groupes alimentaires et privilégier les aliments riches en nutriments: fruits, légumes, protéines maigres, céréales complètes et graisses saines. - Céréales complètes: consommer au moins la moitié de vos portions de céréales sous forme de céréales complètes pour un apport en fibres. - Graisses saines: limiter la consommation de graisses saturées et privilégier les graisses polyinsaturées et monoinsaturées provenant de sources comme le poisson, les noix et les huiles végétales. - Limiter les aliments malsains : réduire la consommation d'aliments riches en énergie, pauvres en nutriments et ultra-transformés (boissons gazeuses, sucreries, grignotages salés, plats préparés, etc.). - S'hydrater régulièrement avec de l'eau (au moins un litre d'eau nature et les liquides des repas comme les bouillons et les soupes). - Privilégier les modes de cuisson simples. - Adapter les portions à l'âge. - Diminuer les apports en potassium et en sel pour les enfants et les adolescents, en fonction de leurs besoins énergétiques par rapport à ceux des adultes.
Adultes	Régime alimentaire à base de fruits, légumes, légumineuses, noix et céréales complètes - Consommer au moins 400 g (soit cinq portions) de fruits et légumes par jour, de préférence locaux et de saison, à l'exclusion des pommes de terre, patates douces, manioc et autres racines féculentes. - Limiter la consommation de sucres libres à moins de 10 % (idéalement 5 %) de l'apport énergétique total (environ 12 cuillères à café rases) pour une personne de poids normal. - Consommer environ 2 000 calories par jour, idéalement moins de 5 % de l'apport énergétique total pour optimiser vos bienfaits pour la santé. - Maintenir la consommation totale de matières grasses en dessous de 30 % de l'apport énergétique total en limitant les graisses animales (en privilégiant les graisses insaturées aux graisses saturées) et en éliminant les acides gras trans industriels; limiter la consommation de graisses saturées à moins de 10 % de l'apport énergétique total et celle d'acides gras trans à moins de 1 % de l'apport énergétique total. Les acides gras trans industriels, en particulier, ne font pas partie d'une alimentation saine et doivent être évités. - Limiter la consommation de sel à moins de 5 g par jour (soit environ une cuillère à café). Le sel doit être iodé.

³Sources : Fiche de l'OMS pour une alimentation saine chez les adultes (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>); OMS Santé des adolescents et des jeunes adultes (AYH), Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA !) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765>); OMS et UNICEF Indicateurs pour l'évaluation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant: définitions et méthodes de mesure, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>); OMS Nutrition complémentaire avec conseils diététiques pour les personnes âgées souffrant de dénutrition (<https://www.who.int/tools/elena/interventions/nutrition-older-people>); OMS Alimentation saine pendant la grossesse et l'allaitement (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108425/E73182.pdf?sequence=1>).

Personnes âgées	L'OMS émet des recommandations générales de santé pour les personnes âgées, qui insistent sur une alimentation riche en fruits, légumes, céréales complètes et protéines maigres afin de maintenir la masse musculaire et de prévenir les maladies, sans toutefois fournir de directives diététiques précises. Les nutriments essentiels à privilégier sont les fibres, la vitamine B12, la vitamine D et le calcium. Il est également crucial de bien s'hydrater, de limiter sa consommation de sucres ajoutés, de graisses saturées et de sodium, et d'adapter ses apports en fonction de facteurs individuels tels que l'état de santé et le niveau d'activité physique.
Femmes enceintes et allaitantes	Principes généraux: - Un apport supplémentaire de 200 à 300 kcal par jour est nécessaire à partir du troisième mois de grossesse (inutile de « manger pour deux »). - Privilégier une alimentation principalement composée d'aliments d'origine végétale afin de couvrir les besoins spécifiques en nutriments essentiels tels que l'acide folique, le fer, le calcium et la vitamine D. - S'hydrater régulièrement en buvant de l'eau à volonté, du lait et des jus de fruits non sucrés. - Éviter les substances nocives telles que l'alcool, le tabac, la caféine en excès et les médicaments sans ordonnance. - Éviter les régimes pendant la grossesse. - Prévoir une prise de poids de 10 à 12,5 kg pendant la grossesse.

^aDès la première heure suivant la naissance. ^{*}Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments et des boissons appartenant à au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente (MDD). [†]Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris les biberons pour les enfants non allaités) le nombre minimal de fois ou plus au cours de la journée précédente (MMF). [•] Pourcentage d'enfants non allaités de 6 à 23 mois ayant consommé au moins deux biberons au cours de la journée précédente (MMFF). Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé une alimentation minimale acceptable la veille (AMA). Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des œufs et/ou de la viande la veille (EFA). Les sucres libres comprennent tous les sucres ajoutés aux aliments ou aux boissons par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que les sucres naturellement présents dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits. Les graisses insaturées (présentes dans le poisson, l'avocat, les noix, les huiles de tournesol, de soja, de colza et d'olive) sont préférables aux graisses saturées (présentes dans les viandes grasses, le beurre, les huiles de palme et de coco, la crème, le fromage, le ghee et le saindoux) et aux acides gras trans de toutes sortes, y compris les acides gras trans d'origine industrielle (présents dans les aliments cuits au four et frits, ainsi que dans les collations et aliments préemballés, tels que les pizzas surgelées, les tartes, les biscuits, les gaufrettes, les huiles et les pâtes à tartiner) et les acides gras trans d'origine animale (présents dans la viande et les produits laitiers). (des animaux ruminants, tels que les vaches, les moutons, les chèvres et les

Autosoins et régulation émotionnelle.

Différentes échelles ont été mises au point pour mesurer le niveau d'autonomie au niveau individuel (9,10). Les indicateurs mesurent généralement différentes dimensions de l'autosoin (physique, émotionnel, spirituel, etc.). Cependant, elles sont toutes basées sur la mesure de l'autosoin à travers des comportements spécifiques et ne permettent pas d'approfondir les obstacles ou les facilitateurs de ce comportement. Pour obtenir une compréhension plus approfondie, il serait nécessaire de compléter cette approche par une autre analyse permettant d'atteindre ce niveau de compréhension.

QUELS SONT LES DÉTERMINANTS À PRENDRE EN COMPTE?

Pour promouvoir des habitudes saines, il est nécessaire de comprendre les facteurs qui les favorisent ou les entravent dans des situations spécifiques. Le modèle socio-écologique est

l'une des théories comportementales les plus complètes, particulièrement efficace pour comprendre comment les gens interagissent avec leur environnement. Il est particulièrement utile pour analyser les comportements dont l'étiologie est complexe et qui doivent être maintenus dans le temps, tels que l'activité physique, les habitudes alimentaires et diététiques, les habitudes de sommeil, la consommation de substances psychoactives. Le concept clé de cette approche est que le comportement est multifactoriel et que les questions sociales et environnementales sont des facteurs contributifs importants (12). La **Figure 2** vise à résumer visuellement l'écosystème dans lequel les gens vivent en identifiant trois sphères interdépendantes. Chaque sphère présente les principaux déterminants qui influencent les comportements alimentaires des individus, depuis les facteurs les plus structurels jusqu'aux facteurs les plus personnels qui influencent leur régime

alimentaire, en passant par la pression exercée par le système social (foyer, environnement scolaire, environnement professionnel, communauté, etc. La pertinence de chaque déterminant dans les décisions finales et les

habitudes alimentaires personnelles peut varier en fonction du contexte et de la situation. Pour plus de détails sur chaque déterminant spécifique, voir le document **Alimentation et vie saines - cadre conceptuel**)

ENCADRÉ 2 - QUEL EST LE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADÉQUAT POUR LA SANTÉ ?

Les lignes directrices sur l'activité physique et les comportements sédentaires publiées par l'OMS en 2020 présentent un consensus fondé sur des données probantes concernant le type et le niveau d'activité physique considérés comme bénéfiques pour la santé tout au long de la vie, y compris pour les personnes souffrant de maladies chroniques et de handicaps. Les mesures visant à accroître les niveaux d'activité contribuent non seulement à la réalisation des objectifs de développement durable pour 2030 (en particulier l'ODD 3), mais aussi à la réalisation de nombreuses autres cibles.

Les modes de vie sédentaires excessifs peuvent être malsains et augmenter le risque



d'obésité, nuire à la santé physique et cardiométabolique et affecter la durée du sommeil. Limiter le temps de sédentarité et le remplacer par une activité physique, quelle qu'en soit l'intensité, est bénéfique pour la santé, et une activité physique d'intensité modérée ou élevée peut contribuer à réduire les effets néfastes d'un comportement sédentaire prolongé.

Tous les individus peuvent bénéficier d'une augmentation de l'activité physique et d'une réduction de la sédentarité. Ces recommandations s'appliquent à tous, indépendamment du sexe, de la race, de l'origine ethnique, du niveau de revenu ou des capacités.

Chaque mouvement compte, car tout niveau d'activité physique est préférable à l'absence d'activité, et plus d'activité est encore mieux. Même un faible niveau d'activité peut avoir des effets bénéfiques, c'est pourquoi tout le monde devrait être encouragé à pratiquer une activité physique régulière.

Toutes les activités physiques comptent et peuvent être pratiquées de différentes manières qui contribuent aux bénéfices pour la santé dans de multiples contextes. Par exemple, la marche et le vélo peuvent être utilisés comme moyen de transport et de sport, comme loisir actif et récréatif ou être intégrés dans le contexte des tâches ménagères quotidiennes.

Sources : Promouvoir l'activité physique à l'école : une boîte à outils Genève : **Organisation mondiale de la santé ; 2022.** Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et le comportement sédentaire, 2020.



ENCADRÉ 3 - QUELLE EST LA DURÉE DE SOMMEIL NÉCESSAIRE POUR ÊTRE EN BONNE SANTÉ?

Un sommeil de bonne qualité est essentiel pour la santé et le bien-être. Les lignes directrices de l'OMS sur le sommeil sain pour des groupes d'âge et des conditions physiologiques spécifiques fournissent un consensus fondé sur des preuves quant au type et à la durée du sommeil et du repos nécessaires à chaque groupe d'âge et à chaque condition. L'OMS souligne l'importance du sommeil pour la santé et le bien-être en général, et ses recommandations sont alignées sur les pratiques générales d'hygiène du sommeil. Ces pratiques se concentrent sur l'établissement d'un horaire de sommeil cohérent, l'optimisation de l'environnement de sommeil et la gestion des facteurs qui peuvent interférer avec le sommeil, tels que la caféine, l'alcool et le temps passé devant un écran.

Sommeil et repos	
< 1 an	14 à 17 heures (de 0 à 3 mois) ou 12 à 16 heures (de 4 à 11 mois) de sommeil de bonne qualité par période de 24 heures, siestes comprises.
1 à 2 ans	11 à 14 heures de sommeil de bonne qualité par 24 heures, siestes comprises, avec des heures de coucher et de réveil régulières.
3 à 4 ans	10 à 13 heures de sommeil de bonne qualité par 24 heures, pouvant inclure une sieste, avec des heures régulières pour s'endormir et se réveiller.
5 à 17 ans	De 5 à 12 ans: 9 à 12 heures de sommeil de bonne qualité par 24 heures. De 13 à 17 ans: 8 à 10 heures de sommeil de bonne qualité par 24 heures.
18 à 64 ans	Au moins 7 heures de sommeil de bonne qualité par 24 heures.
65 ans et plus	Les mêmes recommandations s'appliquent que pour les adultes, mais ils peuvent avoir besoin de plus de sommeil, réparti tout au long de la journée.
Femmes enceintes et allaitantes	Les mêmes recommandations s'appliquent que pour les adultes, mais ils peuvent avoir besoin de plus de sommeil, réparti tout au long de la journée.

Recommandations et considérations clés pour un sommeil sain dans la population adulte:

- **Durée de sommeil adéquate :** La plupart des adultes ont besoin de 7 à 9 heures de sommeil par nuit. Les nouveau-nés et les jeunes enfants ont besoin de beaucoup plus de sommeil, la durée diminuant avec l'âge.
- **Horaire de sommeil cohérent :** Se coucher et se réveiller à la même heure chaque jour, même le week-end, permet de réguler le cycle veille-sommeil naturel de l'organisme.
- **Un environnement de sommeil optimisé :** Créez une chambre à coucher sombre, calme et fraîche. Pensez à utiliser des rideaux occultants, des bouchons d'oreille ou une machine à bruit blanc pour minimiser les distractions.
- **Limitez les stimulants :** Évitez la caféine et la nicotine, en particulier dans les heures précédant le coucher.
- **Évitez l'alcool et les repas copieux avant le coucher :** ils peuvent perturber les habitudes de sommeil et empêcher un sommeil profond et réparateur.
- **Gérer le temps passé devant un écran :** Réduisez l'exposition aux appareils électroniques avant le coucher, car la lumière bleue émise par les écrans peut interférer avec la production de mélatonine, ce qui rend l'endormissement plus difficile.
- **Exercice physique pendant la journée :** Pratiquez une activité physique régulière, mais évitez les séances d'entraînement trop intenses à l'approche de l'heure du coucher.
- **Techniques de relaxation :** Mettez en place une routine de relaxation à l'heure du coucher pour indiquer à votre corps qu'il est temps de dormir. Il peut s'agir de prendre un bain chaud, de lire un livre ou de pratiquer des étirements en douceur.
- **Résoudre les problèmes de sommeil :** Consultez un professionnel de la santé pour obtenir des conseils et des options de traitement potentielles en cas de difficultés de sommeil persistantes, telles que l'insomnie.

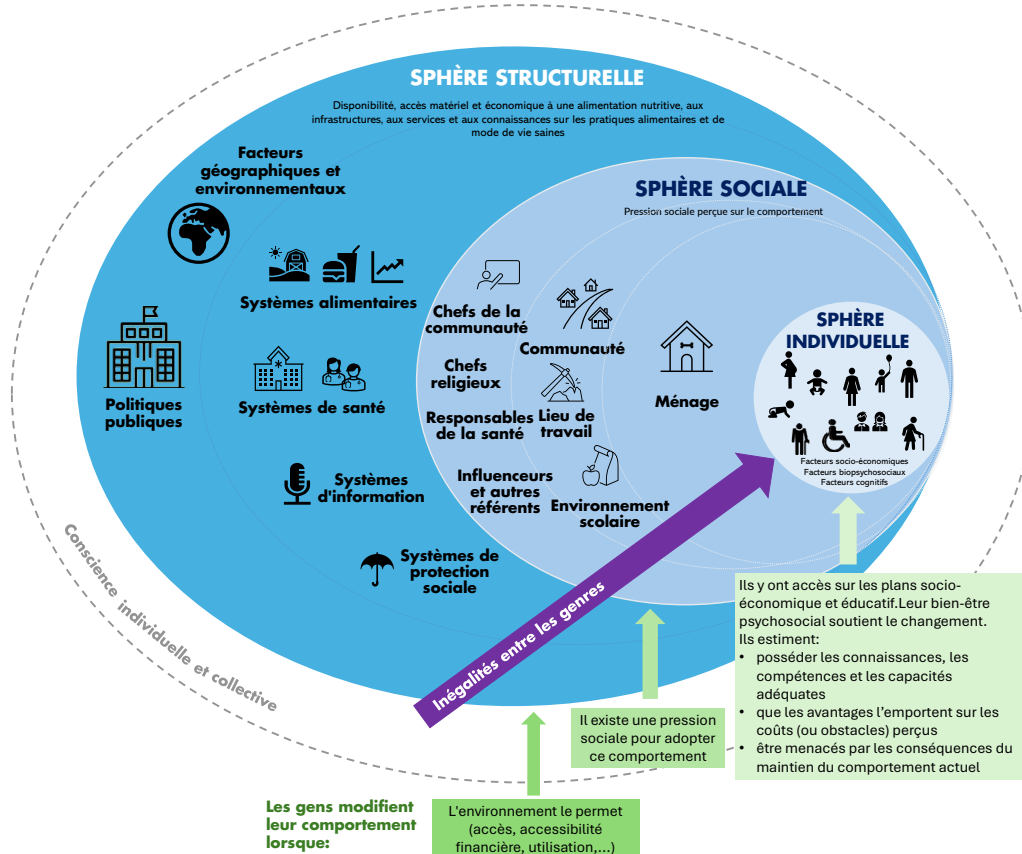


Figure 2. Déterminants structurels, sociaux et individuels pouvant avoir un impact significatif sur les habitudes alimentaires et de vie des groupes les plus vulnérables, selon le modèle socio-écologique. Élaboration propre.

1.2 CONCEPTION ET DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Cette dernière action de la phase préparatoire vise à fixer des objectifs SMART pour l'intervention, à concevoir l'approche globale et à définir la stratégie. Elle implique également l'élaboration d'un plan détaillé de mise en œuvre et de suivi pour la réalisation et la gestion de la stratégie, la structuration du contenu de l'intervention sur la base de l'analyse des objectifs fixés et l'élaboration d'une étude de durabilité..





PHASE 2: ACTIONS, RÉSULTATS, APPRENTISSAGES

2.1 ACTIONS AU NIVEAU STRUCTUREL

Il incombe aux gouvernements de promouvoir le soutien économique et fiscal à la consommation d'aliments locaux et sains et de promouvoir des campagnes de sensibilisation pour encourager une alimentation saine. Cependant, il est essentiel de combiner notre travail avec les actions des autorités locales (**Tableau 2**).

Tableau 2. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère structurelle.

CE QUE NOUS VISIONS (OBJECTIF)	CE QUE NOUS FERONS (ACTIONS)
Renforcer les alliances multisectorielles avec les acteurs clés de la promotion de l'AVS	ST1. Participation aux discussions entre les gouvernements, les prestataires de services et les responsables. ST2. Renforcer les partenariats multisectoriels, encourager le dialogue et l'engagement entre les acteurs ayant des capacités et des rôles différents dans les sociétés (gouvernements et représentants diplomatiques, autres ONG, institutions universitaires et centres de recherche, agences multilatérales et autres institutions). ST3. Permettre de nouvelles mentalités qui facilitent l'adoption de une AVS en créant des espaces, des pratiques et des conditions sûres et multipartites autour de l'AVS.
En fournissant un soutien technique aux gouvernements, aux institutions et au secteur privé.	ST4. Participer aux processus de mise à jour des politiques et des réglementations liées aux solutions techniques. ST5. Assistance technique, évaluations, formation et ressources pour contribuer à : • Définir le panier alimentaire de base sain et son prix. • Améliorer les conseils nutritionnels et les modes de vie sains pour les enfants souffrant de malnutrition (dénutrition, carences nutritionnelles, surpoids et obésité) dans les soins de santé. • Mettre en œuvre des politiques scolaires saines et inclure l'AVS dans les programmes scolaires et les programmes de formation des enseignants ; élaborer des normes et des lignes directrices pour les repas et les aliments fournis ; concevoir des programmes d'éducation sur les modes de vie sains. • Soutenir l'élaboration de politiques alimentaires et environnementales favorables à la santé et à l'environnement. • Développer et adapter les outils permettant d'identifier et de restreindre le marché des aliments malsains, y compris les produits ultra-transformés et les aliments complémentaires malsains. • Améliorer l'étiquetage nutritionnel. • Identifier les catégories d'aliments largement consommés par les enfants. • Fixer des objectifs de reformulation bien définis et des limites obligatoires à la teneur en ingrédients malsains (par exemple, les sucres ajoutés) pour les aliments complémentaires produits dans le commerce.



Plaidoyer	Nous nous concentrons particulièrement sur le plaidoyer au niveau local pour : ST6. Une réglementation plus stricte de la publicité pour les aliments et les boissons ST7. La formulation de politiques favorables à l'AVS, la conception de programmes alignés sur ces politiques et la mobilisation de ressources pour financer ces programmes. ST8. Reformulation des aliments consommés par les enfants en fixant des objectifs plus stricts. ST9. Mettre en œuvre le code international de commercialisation des substituts du lait maternel. ST10. Réduire le gaspillage alimentaire en fixant des objectifs plus stricts. ST11. Promouvoir des incitations fiscales pour la production et la distribution d'aliments locaux et durables. ST12. Couverture sanitaire universelle et accès aux structures, aux services et aux connaissances sur les pratiques alimentaires et les modes de vie sains. ST13. Mise en œuvre des 10 étapes de l'IHAN pour un allaitement maternel réussi dans les structures de santé. ST14. Politiques de protection et d'inclusion sociales des femmes (reconnaissance du travail domestique non rémunéré, soutien aux enfants, etc.) ST15. L'élaboration et la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux multisectoriels pour la promotion de modes de vie sains, d'une meilleure nutrition et d'une meilleure santé, et d'un développement socio-économique plus durable. ST16. Impliquer les communautés locales et la société civile dans la prise de décision, en garantissant une approche inclusive et participative de la localisation et de la responsabilité. ST17. Intégrer la perspective de l'AVS dans les plans nationaux de réponse aux urgences alimentaires et sanitaires des groupes sectoriels, des ministères de la santé et de la sécurité alimentaire.
Soutenir les initiatives locales	ST18. Soutenir les initiatives sociales et économiques solidaires locales liées à l'alimentation et aux modes de vie sains, à la fois directement (petits producteurs et magasins) et indirectement (distribution de bons pour les marchés et les magasins locaux, etc.). ST19. Soutenir les initiatives qui favorisent l'accès des femmes aux ressources matérielles et immatérielles et leur contrôle sur celles-ci, dans la mesure du possible.
Soutenir les initiatives conformes au GTFN	ST20. Soutenir les initiatives en faveur de l'accès des femmes aux ressources et de leur contrôle sur celles-ci, ainsi que d'autres actions conformes au cadre pour la transformation de la nutrition selon le genre (GTFN).
Communiquer et encourager la mobilisation sociale	ST21. Accords avec les médias pour la réalisation d'actions ("cafés", interviews, communiqués de presse, etc.). ST22. Campagnes internes et externes de promotion des modes de vie sains.

Plusieurs ressources sont actuellement disponibles pour tirer les leçons d'autres organisations et initiatives:

- [Ici](#), les conseils fournis par l'UNICEF sur la manière d'éviter les conflits d'intérêts avec l'industrie des aliments et des boissons.
- [Ici](#), les normes de commercialisation des aliments et des boissons actuellement appliquées dans différents pays.

- [Ici](#), des informations utiles et des expériences sur les politiques alimentaires environnementales, des études de cas de pays ayant réussi à mettre en place des taxes sur le sucre ou des réglementations sur le marketing nocif, et des informations sur les réglementations en matière d'étiquetage nutritionnel dans différents pays, entre autres.
- [Ici](#) une boîte à outils de l'UNICEF et de l'OMS sur les mesures à prendre, qui vise à guider

les gouvernements et leurs partenaires dans l'introduction de mesures juridiques appropriées pour restreindre la commercialisation des aliments auprès des enfants, et ainsi protéger les enfants des effets néfastes de la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé.

- [Ici](#) Les lignes directrices de l'UNICEF sur la nutrition dans la phase intermédiaire de l'enfance et de l'adolescence, qui visent à fournir des conseils, une éducation et des exemples de

programmes sur la promotion d'une alimentation saine dans les écoles, améliorant ainsi la nutrition des enfants et réduisant la malnutrition. Il convient également de noter que la [Coalition pour les repas scolaires collabore](#) avec l'UNICEF, le PAM, la FAO et l'OMS pour améliorer les normes des programmes scolaires et l'éducation nutritionnelle.

- La Food Activist Campaign Toolkit de la Food Foundation est [disponible ici](#).



72-year-old Clare farmer enrolled in Action Against Hunger's black-eyed pea (cowpea) project, Senanga District – Zambia © Action Against Hunger

2.2 ACTIONS AU NIVEAU SOCIAL

Actions visant les membres du foyer, les dirigeants de la communauté ainsi que les écoles et les lieux de travail (**Tableau 3**).

Tableau 3. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère sociale

CE QUE NOUS VISIONS (OBJECTIF)	CE QUE NOUS FERONS (ACTIONS)
Faciliter les réseaux communautaires sur la promotion de l'AVS et assurer la continuité des actions	SO1. Cartographier les acteurs locaux pertinents pour la promotion de l'AVS. Il s'agit également de recenser et de soutenir les coopératives communautaires pour une consommation et une production alimentaires durables. SO2. Identification des intérêts communs avec les leaders communautaires concernés. SO3. Dialogue multipartite par le biais de tables rondes afin de mobiliser l'influence des acteurs locaux pour soutenir les pratiques clés de l'AVS dans leurs communautés. SO4. Renforcer les réseaux de soutien et de solidarité pour une action coordonnée en faveur de l'allaitement (alléger la charge de travail potentielle des femmes, reconnaître la triade qui entre en jeu - mère, bébé, environnement - et les besoins de la mère) et de l'AVS (renforcer les liens entre les prestataires de soins de santé et les communautés marginalisées). SO5. Cartographie et orientation active vers les dispositifs existants d'assistance alimentaire (transferts monétaires, bons d'achat ou nourriture) et de graduation économique ciblant les ménages vulnérables, en particulier ceux en situation d'extrême pauvreté, dans le but de les aider à sortir durablement de la pauvreté, à la fois par le biais d'Action contre la Faim et d'autres entités.
Appui technique et formation sur l'AVS pour les professionnels et les leaders communautaires.	SO6. Conception et mise en œuvre de programmes de formation sur l'AVS pour les professionnels de la santé, les leaders communautaires et les différents acteurs des centres éducatifs publics et privés (adaptés aux différentes tranches d'âge), ainsi que les professionnels du secteur de l'alimentation et de la restauration, etc. pour faciliter l'appropriation de l'approche. Des formations sur l'AVS pour les jeunes, les mères leaders, les agents communautaires de changement, sont également prévues. Les programmes comprendront des activités de sensibilisation, des dynamiques de réflexion entre pairs, des sessions expérientielles et des outils pratiques. SO7. Assistance technique continue par le biais de réunions de suivi régulières.
Investir et soutenir les récits collectifs et la réflexivité critique sur l'AVS, les soins collectifs et le soutien psychosocial.	SO8. Mettre en place des espaces partagés pour permettre des pratiques de récits collectifs, une réflexion critique sur l'AVS, des pratiques de soins collectifs et de soutien psychosocial, au sein de la communauté et/ou des groupes d'influence, en particulier avec les jeunes et les femmes. Ces pratiques, telles que les ateliers participatifs avec des méthodes de dialogue, les groupes de narration, le soutien par les pairs, les cercles de soins et les réseaux de solidarité, peuvent aider les participants à donner un sens à leur expérience, à traiter l'injustice structurelle, à se réapproprier leur pouvoir, à co-crée de nouveaux imaginaires et sont de puissants catalyseurs pour changer des habitudes profondément ancrées. Ces approches favorisent un changement de comportement durable et stimulent la cohésion sociale.

Promotion de l'AVS dans les milieux de l'éducation, du travail, de la santé communautaire et des soins primaires, ainsi que dans les chaînes de valeur agricoles.	SO9. Assistance technique aux actions formelles et informelles émanant de la communauté ou des groupes. SO10. Mise en œuvre de programmes de promotion de l'AVS sur le lieu de travail, dans les établissements d'enseignement et de santé communautaire/de soins primaires. SO11. Intégrer l'AVS dans les programmes de leadership des jeunes et d'emplois verts, en concevant et en mettant en œuvre des outils et des programmes d'éducation nutritionnelle numérique par le biais de la gamification, des médias sociaux, des applications, etc. SO12. Utiliser des témoignages d'expériences similaires au sein du groupe ou de la communauté (participants à des programmes de chômage, écoles, mères allaitantes, pères, etc.).
Faciliter des environnements familiaux équitables du point de vue du genre dans l'accès à des modes de vie sains.	SO13. Création d'espaces collectifs de réflexion et de soutien par les pairs qui encouragent la remise en question des croyances discriminatoires et des normes socioculturelles qui entravent l'adoption de l'AVS parmi les groupes vulnérables, tout en promouvant le partage des responsabilités en matière de soins. Impliquer les membres de la famille des participants en tenant compte de la diversité des genres et des familles. SO14. Référence active aux espaces et programmes existants pour la promotion du dialogue à domicile (groupes de femmes, groupes d'hommes, écoles pour les maris, ANJE, etc).



2.3 ACTIONS AU NIVEAU INDIVIDUEL

Tableau 4. Actions de promotion de l'AVS ciblant la sphère individuelle.

CE QUE NOUS POURSUIVONS (OBJECTIF)	CE QUE NOUS FERONS (ACTIONS)
Atténuer la vulnérabilité socio-économique et son impact sur l'accès à des modes de vie sains	IN1. Mise en place de points d'information et d'orientation (fixes ou mobiles) sur l'alimentation et les moyens de subsistance durables dans les zones vulnérables, gérés par du personnel formé et soutenus par les acteurs locaux. Ces espaces devraient fournir : • Une orientation active vers les programmes d'assistance alimentaire existants (transferts monétaires, bons d'achat ou nourriture), tant de la part d'Action contre la Faim que d'autres entités. • Une orientation active vers les programmes de graduation économique existants et d'autres initiatives d'inclusion socio-économique visant à promouvoir l'emploi, l'entrepreneuriat local et la formation professionnelle, l'accès aux micro-crédits, de la part d'Action contre la Faim et d'autres entités. • Cartographie et connexion avec d'autres opportunités locales, telles que les jardins communautaires, les marchés locaux, les coopératives de consommateurs, les réseaux de troc ou les initiatives agro-écologiques. IN2. Conseils collectifs et personnalisés sur le budget alimentaire et la planification de menus nutritifs dans des contextes où les ressources sont limitées. IN3. Ateliers pratiques sur les compétences en matière de production et de soins (par exemple : transformation et conservation des aliments, agriculture urbaine, gestion financière de base), adaptés au contexte culturel et au niveau d'éducation de la population cible. IN4. Distribution de kits de cuisine sécurisés, d'ustensiles de base et de messages sur l'AVS
Améliorer le bien-être psychosocial en vue de promouvoir des modes de vie sains	Mise en place d'espaces sécurisés de réflexion, d'apprentissage et de soutien mutuel, animés par du personnel formé au soutien psychosocial. Ces espaces favorisent les pratiques de soutien et de soins mutuels, d'autosoins, de gestion émotionnelle et de promotion d'habitudes saines dans une perspective d'autonomisation individuelle et collective. Ces espaces peuvent inclure : IN5. Des sessions participatives sur la relation entre la santé et le bien-être biopsychosocial, et la motivation à maintenir des habitudes de vie saines. IN6. Des dynamiques de soutien mutuel et d'écoute active, qui renforcent l'estime de soi, la confiance et le sens de la communauté. IN7. Formation à des techniques simples de relaxation, de respiration consciente, de pleine conscience et de gestion du stress adaptées au contexte. Cela inclut la mise à disposition d'outils d'autosoins. IN8. Outils pratiques pour identifier les signes de détresse, demander de l'aide et soutenir un environnement qui favorise la santé mentale à la maison et dans la communauté. IN9. Identification des leaders communautaires et des réseaux de soutien, des facilitateurs et des ressources psychosociales que chaque participant observe dans son contexte social immédiat. IN10. Cartographie et mise en relation avec d'autres possibilités de soutien local qui n'avaient pas été identifiées auparavant.



CE QUE NOUS POURSUIVONS (OBJECTIF)	CE QUE NOUS FERONS (ACTIONS)
Renforcement des connaissances sur les modes de vie sains et durables et sur les facteurs qui les entravent ou les favorisent	IN11. Mise en place d'ateliers d'information et d'espaces de réflexion sur les thèmes suivants : • Les aspects clés qui définissent les habitudes saines et durables au niveau environnemental. Cette section comprend une analyse des pratiques alimentaires et des modes de vie locaux, dans le but de promouvoir un changement positif ancré dans la tradition. • Conséquences de l'adoption de "bons" ou de "mauvais" modes de vie. • Les facteurs qui conduisent à des habitudes malsaines (internes et externes), y compris les attitudes et croyances personnelles ; la perception des normes sociales ou du comportement des autres et la tendance à se conformer aux groupes de pairs ; les récompenses environnementales perçues ou la désapprobation sociale ; le lien entre l'alimentation et les réactions émotionnelles telles que les pics d'anxiété ; l'identification et l'effet des éléments distrayants, les moments d'alimentation "incontrôlée" motivés par la détection des besoins et des émotions ; les intentions positives qui sous-tendent le comportement (gains, récompenses immédiates) ; l'influence de la culture sur les habitudes ; l'influence du système alimentaire dominant actuel sur les choix alimentaires. • Les pratiques locales en matière d'alimentation et leur intégration dans l'analyse afin de tirer parti des changements positifs. • Conseils personnalisés sur une alimentation et un mode de vie sains et durables, adaptés au contexte, aux ressources et aux préférences personnelles.
Atténuer les inégalités entre les hommes et les femmes en matière d'accès à des habitudes saines.	IN12. Mise en œuvre de sessions de promotion du leadership personnel axées sur les personnes ayant un faible pouvoir de décision pour discuter de leurs propres choix de mode de vie. Les sessions peuvent inclure : • Travail de réflexion sur l'importance des soins personnels et de l'autogestion de la santé, des connaissances et de la capacité à remettre en question les normes sociales. • Outils pratiques pour identifier les normes sociales et de genre qui font obstacle aux soins personnels, atténuer l'impact de la désapprobation des autres (barrières) et former à la prise de décision consciente et saine.
Renforcement du contrôle interne (interoception, autorégulation)	IN13. Pratiques de conscience centrées sur la connexion avec la respiration, la reconnaissance de l'état interne du corps (interoception), sensorielles, l'attention à la nourriture et au corps par le mouvement, adaptées aux adultes et aux enfants. IN14. Séances sur les stratégies d'adaptation pour détecter et gérer les pics d'alimentation émotionnelle et sur la manière de gérer les échecs, ainsi que sur la fourniture d'outils pour atténuer les éléments distrayants.
Renforcement de l'intérêt, de l'intention, de la motivation et de l'auto-perception des compétences.	Inclusion d'activités spécifiques au cours d'ateliers participatifs pouvant inclure : IN15. Séances de sensibilisation axées sur la compréhension des facteurs conscients et inconscients qui influencent l'adhésion à des modes de vie sains, y compris l'identité personnelle et les récits de soi ("Je suis inconstant..."), le sentiment d'efficacité personnelle et la confiance en sa capacité à maintenir une habitude de manière cohérente, à se rétablir après un éventuel "échec" et d'autres aspects cognitifs associés à la motivation. IN16. Plan d'action personnalisé pour améliorer les habitudes de vie cibles, y compris la définition de petits objectifs réalisables, l'identification et la prise en compte des facteurs qui perpétuent l'écart entre l'intention et l'action, et l'identification d'actions gratifiantes sur le plan interne. Ce processus consiste également à associer des récompenses et des expériences agréables, telles que des récompenses internes et des récompenses environnementales, à la réalisation de ces objectifs, ce qui permet de motiver le changement et de générer des stratégies de motivation adaptées pour minimiser les efforts.

2.4 ACTIONS APPLICABLES AUX SITUATIONS D'URGENCE ET DE DEVELOPPEMENT

Le **Tableau 5** présente les actions de promotion de l'AVS selon leur applicabilité dans les situations d'urgence et de développement, classées de la plus haute à la plus basse priorité immédiate.

	Actions en situation d'urgence	Actions en contexte de développement
STRUCTURELLES	Mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les 10 étapes de l'IHAN en matière de santé (ST9, ST13)	Stratégies nationales en matière de nutrition et de mode de vie sain (ST15)
	Politiques de protection sociale pour les femmes et les familles vulnérables (ST14)	Renforcer les alliances multisectorielles et les forums de consultation (ST2, ST3)
	Conseils et protocoles pour le traitement de la malnutrition et des carences en micronutriments (ST5)	Politiques publiques sur les paniers alimentaires de base, l'étiquetage, la reformulation et les déchets alimentaires (ST4-ST8, ST10)
	Participation aux discussions avec les gouvernements et les acteurs humanitaires (ST1)	Inclusion de la communauté et participation à la prise de décision (ST16)
	Intégrer la perspective de l'AVS dans les plans nationaux de réponse aux urgences alimentaires et sanitaires (clusters, ministères de la santé, sécurité alimentaire) (ST17)	Initiatives locales d'économie sociale et solidaire avec une perspective de genre (ST18-ST20)
		Campagnes à moyen et long terme et mobilisation sociale (ST21-ST22)
		Plaider en faveur d'incitations fiscales pour la production et la distribution d'aliments locaux et durables (ST11)
SOCIAL	Réseaux communautaires de soutien à l'allaitement (SO4).	Actions SO1-SO5
	Orientation active vers l'aide alimentaire, les transferts et les bons d'achat (SO5).	Formation en AVS pour les professionnels, les leaders communautaires et le secteur de l'éducation (SO6-SO7).
	Mobilisation des leaders communautaires dans les pratiques clés (SO1-SO3)	Promotion de l'AVS dans les chaînes de valeur de l'éducation, du travail, de la santé communautaire/des soins primaires et de l'agriculture (SO9-SO11).
		Espaces familiaux équitables avec une perspective de genre (SO12-SO13)
		Espaces pour les récits collectifs et la cohésion sociale (SO8)
		Intégration de l'AVS dans les programmes de leadership des jeunes et d'emploi vert (SO11)

INDIVIDUEL	Orientation immédiate vers des programmes d'aide alimentaire et de promotion économique (IN1)	Actions IN1-IN2
	Points d'information et d'orientation dans les zones vulnérables (IN1)	Ateliers pratiques sur les compétences productives et la gestion financière (IN3).
	Soutien psychosocial, soins personnels et espaces de gestion du stress (IN5-IN10)	Ateliers de réflexion sur les modes de vie durables et les facteurs de risque (IN11).
	Conseils pratiques sur le budget alimentaire et la planification de menus nutritifs avec des ressources limitées (IN2)	Séances sur le leadership personnel et l'égalité des sexes dans les habitudes de vie (IN12).
	Distribution de kits de cuisine sécurisés, d'ustensiles de base et de messages rapides sur l'AVS dans les situations d'urgence (IN4)	Pratiques d'interception, d'autorégulation et de motivation (IN13 -IN16)
		Formation des promoteurs pairs (jeunes, mères leaders, agents de changement) à l'AVS (SO6)



Distribution alimentaire au Sud-Liban en réponse à l'urgence © Action Contre la Faim

2.5 METTRE EN ŒUVRE, SUIVRE, EVALUER ET APPRENDRE

RÉSULTATS ATTENDUS ET OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Comme le décrit la théorie du changement de la solution (**Figure 1**), la mise en œuvre d'expériences et de pratiques individuelles et collectives qui soutiennent l'AVS dans les ménages, les écoles et les environnements de travail, les communautés et les institutions, devrait activer les facteurs de facilitation et réduire les obstacles à l'adoption de "modes de vie" sains, durables sur le plan environnemental et équitables. Le **Tableau 6** résume les principaux résultats attendus à court, moyen et long terme, ainsi que des exemples d'indicateurs de résultats et de sources de vérification possibles, afin de guider l'adaptation en fonction de la situation, du contexte et de la mise en œuvre du programme. Les indicateurs de résultats ne sont pas inclus car leur définition dépendra strictement du type de programmation.

En résumé, l'identification et la hiérarchisation des déterminants d'une alimentation sous-optimale et d'habitudes de vie malsaines, en tenant compte du contexte et en appliquant des approches de changement social et comportemental, sont essentielles pour améliorer l'efficacité de nos interventions. Parallèlement, l'intégration de dimensions telles que la conscience individuelle, le

sentiment d'interconnexion avec les autres, la nature et la durabilité environnementale permet d'élargir la portée de l'impact.

Se concentrer sur la réduction des inégalités sociales et de genre dans l'accès à des modes de vie sains, à tous les niveaux (individuel, social et structurel), non seulement améliore l'efficacité de nos interventions, mais positionne également Action contre la Faim comme un acteur capable de conduire des transformations profondes.

Ainsi, un processus positif est activé dans lequel les personnes renforcent leur identité, développent des pratiques d'autosoins et adoptent un engagement plus conscient envers leur environnement. Cet équilibre entre le bien-être personnel, la responsabilité sociale et la durabilité environnementale constitue une base solide pour un changement durable.

Ces améliorations favorisent non seulement une alimentation adéquate, la santé et le développement complet des individus et des communautés avec lesquels nous travaillons, mais elles jettent également les bases d'un monde plus juste, où la protection de l'environnement et l'égalité font partie de la vie quotidienne. Elles constituent des étapes concrètes vers un avenir plus conscient, plus solidaire et plus durable.



Le groupe de femmes Upendo de Mpwapwa mange avec leurs enfants. Tanzanie © Action contre la Faim

Tableau 6. Tableau récapitulatif des résultats attendus, des mesures utiles et des sources de vérification pour évaluer l'impact des actions visant à promouvoir l'AVS.

Sphère	Terme	Résultats (Outcomes)	Exemples d'indicateurs	Sources de vérification
Individuel	Court à moyen	Chez les personnes que nous accompagnons : - Les obstacles identifiés à l'adoption de modes de vie sains, équitables et durables sont atténués. - Les habitudes de vie objectives (alimentation, activité physique, sommeil, bien-être et gestion des émotions) s'améliorent. - La sensibilisation à l'environnement s'accroît. - Des améliorations sont particulièrement observées chez les femmes et/ou les groupes socialement défavorisés identifiés au début du programme.	% de personnes participantes signalant une atténuation d'un ou plusieurs obstacles majeurs à l'adoption du mode de vie cible après le programme et un lien clair entre cette atténuation et le programme (données désagrégées par sexe et tranche d'âge)* % de personnes participantes qui signalent des améliorations durables dans au moins une habitude de vie ciblée à la suite du programme de promotion de l'AVS, et que l'amélioration est clairement liée à celui-ci (données désagrégées par sexe et tranche d'âge) % de personnes participantes qui signalent des améliorations dans leur leadership personnel en matière d'adoption de modes de vie sains suite aux programmes pour l'AVS, et que cette amélioration est clairement liée à ce dernier (données désagrégées par tranche d'âge)	Enquêtes socio-économiques Enquête KAP Enquêtes RANAS Indicateurs de la qualité de l'alimentation : - Alimentation: échelles de 1) qualité globale de l'alimentation ; 2) respect des recommandations nutritionnelles internationales ; 3) diversité alimentaire minimale chez les individus et/ou les ménages ; 4) consommation d'aliments ultra-transformés. Indicateurs de durabilité de l'alimentation. - Activité physique - Indices de qualité du sommeil et du repos - Échelles de gestion des émotions et des soins personnels
		Les participants sont satisfaits des activités et de l'approche de l'AVS	Niveau moyen de satisfaction des participants (données ventilées par sexe et tranche d'âge)	Enquêtes de satisfaction
		- Les enfants et adolescents les plus vulnérables améliorent leur bien-être physique, mental et social.	Indice composite du bien-être des enfants et des jeunes (dimensions : santé, bien-être perçu, participation, autonomie)	Enquête sur le bien-être des enfants et des jeunes Indice de pauvreté alimentaire infantile
	Moyen à long			
Social	Court à moyen	- Un meilleur accès aux ressources matérielles et/ou immatérielles, notamment pour les groupes socialement défavorisés. - Un soutien social accru pour l'adoption de comportements sains, durables et équitables (famille, pairs, communauté). - La remise en question des rôles traditionnels de genre et des normes sociales discriminatoires. - Une répartition plus équitable des tâches ménagères et un meilleur accès aux ressources et au soutien. - L'insécurité alimentaire et la précarité alimentaire diminuent dans les foyers d'enfants et de jeunes.	% de ménages qui déclarent avoir constaté une augmentation de leur accès aux ressources matérielles et/ou non matérielles pour l'adoption de modes de vie sains après le programme de promotion de l'AVS, et que cette amélioration est clairement liée à cela. % de ménages déclarant une coresponsabilité accrue dans la gestion du foyer et une répartition plus équitable des tâches entre les sexes après leur participation au programme de promotion des modes de vie sains, et pour lesquels cette amélioration est clairement liée au programme. % de participants déclarant un soutien social accru pour l'adoption de modes de vie sains (notamment la remise en question des rôles traditionnels et des normes sexistes) après leur participation au programme de promotion des modes de vie sains, et pour lesquels cette amélioration est clairement liée au programme (données ventilées par sexe et groupe d'âge)	Enquêtes socio-économiques Échelles de diversité alimentaire des ménages Échelles d'insécurité alimentaire des ménages Indice de pauvreté alimentaire infantile Groupes de discussion, entretiens semi-directifs Études RANAS
	Long	- Des communautés transformant leurs normes et pratiques sociales en modèles plus équitables et durables	% des communautés où un changement positif des normes sociales est évident (genre, coresponsabilité, participation des jeunes)	Études qualitatives, groupes de discussion, entretiens semi-directifs Examen des programmes et politiques régionaux
Structurel	Court à moyen	- Les capacités (secteurs public et privé) à promouvoir des modes de vie sains, durables, équitables et inclusifs sont renforcées. - Les enjeux clés de la promotion de l'éducation à la santé et au bien-être des enfants et des adultes sont mis en lumière. - Un engagement à prendre des mesures concrètes est obtenu de la part des principaux acteurs publics et/ou privés.	Nombre de politiques, programmes ou actions promus par des acteurs publics ou privés qui intègrent des approches conscientes, saines, durables et équitables en matière d'alimentation et de mode de vie, à la suite de processus de plaidoyer technique ou politique. Nombre d'actions de communication menées	Suivi et examen des politiques et programmes gouvernementaux
	Long	Les politiques publiques favorisent des environnements qui facilitent l'adoption de modes de vie sains, durables et équitables.	% des plans ou politiques sectoriels qui intègrent des actions ou des principes relatifs aux soins de santé et aux services de soutien aux victimes de maladies chroniques, en mettant l'accent sur l'équité et la durabilité	Examen des politiques et programmes gouvernementaux

*Exemples d'obstacles : manque d'accès aux ressources matérielles et immatérielles (y compris la gestion du temps), connaissances, contrôle interne insuffisant, compétences perçues par soi-même, attitudes, croyances personnelles autolimitatives, normes et croyances socioculturelles, entre autres.

OUTILS D'APPRENTISSAGE

CE DOCUMENT CONSTITUE LA BASE DES DOCUMENTS SUIVANTS :

Propositions programmatiques : visant à fournir des conseils techniques spécifiques aux équipes techniques locales et à les aider à se rapprocher de l'opérationnalisation de la solution technique.

Produits de connaissance : visant à générer des connaissances sous forme d'études de cas, de matériel de formation pour les formateurs et les partenaires, et d'autres documents techniques qui peuvent être utilisés pour élargir la compréhension et l'intégration des techniques de changement de comportement et des pratiques de sensibilisation pour la

transformation des comportements en matière d'alimentation et de mode de vie.

Produits d'apprentissage : ils visent à cristalliser les "enseignements tirés", par la collecte et l'analyse des expériences, des résultats et des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre d'un projet ou d'une intervention, afin d'identifier ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et la manière d'améliorer les initiatives futures. Cette étape est essentielle pour garantir l'amélioration continue de nos réponses et de la gestion des programmes.

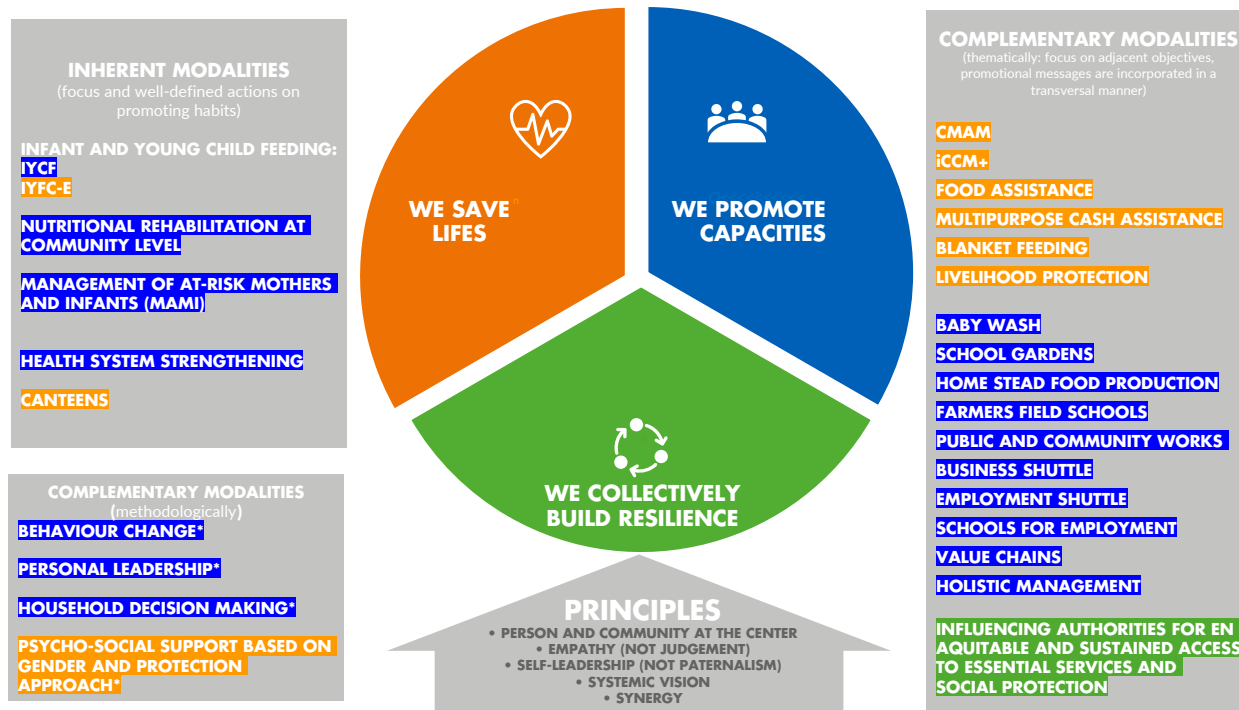


Daniela, deux ans, adore les tomates fraîches cultivées à la ferme de son père © Action contre la Faim



ANNEXE

MODALITÉS D'INTERVENTION DANS LESQUELLES LA PROMOTION DE L'AVS EST APPLIQUÉE DIRECTEMENT OU DE MANIÈRE COMPLÉMENTAIRE (T = COMPLÉMENTARITÉ THÉMATIQUE, M = COMPLÉMENTARITÉ MÉTHODOLOGIQUE).



RÉFÉRENCES

- 1.** World Health Organization. Regional Office for Europe (1999). Healthy living : what is a healthy lifestyle?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108180>
- 2.** FAO and WHO. 2024. What are healthy diets? Joint statement by the Food and Agriculture Organization of the United Nations and the World Health Organization. Geneva. <https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/cd2223en>
- 3.** Guidance for monitoring healthy diets globally. Geneva: World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations and United Nations Children's Fund; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094383>
- 4.** Verger EO, Savy M, Martin-Prével Y, Coates J, Frongillo E, Neufeld L et al. Healthy diet metrics: a suitability assessment of indicators for global and national monitoring purposes. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371497/9789240072138-eng.pdf?sequence=1>
- 5.** J Jung S, Young HA, Simmens SJ, Braffett BH, Ogden CL. Sustainable dietary patterns and all-cause mortality among US adults. *Int J Epidemiol*. 2024 Feb 1;53(1):dyad176. doi: 10.1093/ije/dyad176. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10859156/pdf/dyad176.pdf>
- 6.** WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
- 7.** World Health Organization (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/336656>.
- 8.** van der Valk ES, Savas M, van Rossum EFC. Stress and Obesity: Are There More Susceptible Individuals? *Curr Obes Rep*. 2018 Jun;7(2):193-203. doi: 10.1007/s13679-018-0306-y. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-018-0306-y>
- 9.** Torres N, Corral V, Corral N, Rojas M. Design and validation of the self-care behaviours scale. *Behav Psychol*. 1 de diciembre de 2021;29(3):721-41. <https://doi.org/10.51668/bp.8321312n>
- 10.** González-Vázquez, AI, et al. Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: The Self-Care Scale. <https://www.clinicalneuro psychiatry.org/download/construction-and-initial-validation-of-a-scale-to-evaluate-self-care-patterns-the-self-care-scale/>
- 11.** Feil K, Fritsch J, Rhodes RE. The intention-behaviour gap in physical activity: a systematic review and meta-analysis of the action control framework. *Br J Sports Med*. 2023 Oct;57(19):1265-1271. doi: 10.1136/bjsports-2022-106640. <https://bjsm.bmj.com/content/57/19/1265>
- 12.** Fenta, E. T., Tiruneh, M. G., & Anagaw, T. F. (2023). Exploring Enablers and Barriers of Healthy Dietary Behavior Based on the Socio-Ecological Model, a Qualitative Systematic Review. *Nutrition and Dietary Supplements*, 15, 13–23. <https://doi.org/10.2147/ND.S395444>
- 13.** FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2024. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms. Rome. <https://doi.org/10.4060/cd1254en>
- 14.** Champions 12.3 subgroup. Guidance on Interpreting Sustainable Development Goal Target 12.3. 2017. <https://champions123.org/sites/default/files/2020-09/champions-12-3-guidance-on-interpreting-sdg-target-12-3.pdf>
- 15.** Fagerberg, P., Langlet, B., Oravsky, A. et al. Ultra-processed food advertisements dominate the food advertising landscape in two Stockholm areas with low vs high socioeconomic status. Is it time for regulatory action?. *BMC Public Health* 19, 1717 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8090-5>
- 16.** De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients*. 2017 Feb 4;9(2):107. doi: 10.3390/nu9020107. <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/2/107>
- 17.** Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018 May 31;10(6):706. doi: 10.3390/nu10060706. <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/6/706>
- 18.** Vásquez-Garibay EM, González-Rico JL, Romero-Velarde E, Sánchez-Talamantes E, Navarro-Lozano ME, Nápoles-Rodríguez F. Consideraciones sobre la dinámica familiar y el síndrome de la mala nutrición en niños mexicanos [Considerations on family dynamics and the malnutrition syndrome in Mexican children]. *Gac Med Mex*. 2015 Nov-Dec;151(6):788-97. Spanish. https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM_151_2015_6_788-797.pdf
- 19.** La Desigualdad en la Salud. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social-EAPN España. Año de publicación: 2019 Available from: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf
- 20.** Masztalerz-Kozubek D, Zielinska-Pukos MA, Hamulka J. Early Feeding Factors and Eating Behaviors among Children Aged 1-3: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2022 May 29;14(11):2279. doi: 10.3390/nu14112279. <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/11/2279>
- 21.** Horst K van der, Sleddens EFC. Parenting styles, feeding styles and food-related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLOS ONE*. 2017 May 24;12(5):e0178149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149>
- 22.** Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. 2021 Mar 30;13(4):1138. doi: 10.3390/nu13041138. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/4/1138>
- 23.** Dieberger AM, de Rooij SR, Korosi A, Vrijkotte TGM. Maternal Lipid Concentrations during Early Pregnancy and Eating Behaviour and Energy Intake in the Offspring. *Nutrients*. 2018 Aug 6;10(8):1026. doi: 10.3390/nu10081026. <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/8/1026>
- 24.** Brion MJ, Ness AR, Rogers I, Emmett P, Cribb V, Davey Smith G, Lawlor DA. Maternal macronutrient and energy intakes in pregnancy and offspring intake at 10 y: exploring parental comparisons and prenatal effects. *Am J Clin Nutr*. 2010 Mar;91(3):748-56. doi: 10.3945/ajcn.2009.28623. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28623>

- 25.** Ong ZY, Gugusheff JR, Muhlhausler BS. Perinatal overnutrition and the programming of food preferences: pathways and mechanisms. *J Dev Orig Health Dis.* 2012 Oct;3(5):299-308. doi: 10.1017/S204017441200030X. <https://doi.org/10.1017/S204017441200030X>
- 26.** Spahn JM, Callahan EH, Spill MK, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, Casavale KO. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019 Mar 1;109(Suppl_7):1003S-1026S. doi: 10.1093/ajcn/nqy240. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy240>
- 27.** Shrestha D, K C Bhandari A, Ogawa K, Tanaka H, Miyayama C, Horikawa R, Urayama KY, Morisaki N. Effect of postpartum depression and role of infant feeding practices on relative weight of child at 1 and 3 years of age. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024 May 2;24(1):336. doi: 10.1186/s12884-024-06483-2. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-024-06483-2>
- 28.** Amipara T, Baria H, Nayak S. A Study on Postpartum Depression and its Association with Infant Feeding Practices and Infant Nutritional Status among Mothers Attending the Anganwadi Centers of Valsad District, Gujarat, India. *Indian J Community Med.* 2020 Jul-Sep;45(3):299-302. doi: [10.4103/ijcm.IJCM_171_19](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_171_19).
- 29.** Baranowski T, Diep C, Baranowski J. Influences on children's dietary behavior, and innovative attempts to change it. *Ann Nutr Metab.* 2013;62 Suppl 3:38-46. doi: 10.1159/000351539. <https://doi.org/10.1159/000351539>
- 30.** Verheijden MW, Bakx JC, van Weel C, Koelen MA, van Staveren WA. Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *Eur J Clin Nutr.* 2005 Aug;59 Suppl 1:S179-86. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602194. <https://www.nature.com/articles/1602194>
- 31.** Bland V, Sharma M. Physical activity interventions in African American women: A systematic review. *Health Promot Perspect.* 2017 Mar 5;7(2):52-59. doi: 10.15171/hpp.2017.11. https://hpp.tbzmed.ac.ir/Article/HPP_14613_20160901050553
- 32.** Kim C, McEwen LN, Kieffer EC, Herman WH, Piette JD. Self-efficacy, social support, and associations with physical activity and body mass index among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Educ.* 2008 Jul-Aug;34(4):719-28. doi: 10.1177/0145721708321005. <https://doi.org/10.1177/0145721708321005>
- 33.** Middelweerd A, Velde SJ te, Abbott G, Timperio A, Brug J, Ball K. Do intrapersonal factors mediate the association of social support with physical activity in young women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods? A longitudinal mediation analysis. *PLOS ONE.* 2017 Mar 16;12(3):e0173231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173231>
- 34.** Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep South, 2011-2013. *Prev Chronic Dis.* 2014 Dec 24;11:E224. doi: 10.5888/pcd11.140340. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140340>
- 35.** Keller KL, Kling SMR, Fuchs B, Pearce AL, Reigh NA, Masterson T, Hickok K. A Biopsychosocial Model of Sex Differences in Children's Eating Behaviors. *Nutrients.* 2019 Mar 22;11(3):682. doi: 10.3390/nu11030682. <https://doi.org/10.3390/nu11030682>
- 36.** Dharod JM, Black MM, McElhenny K, Labban JD, DeJesus JM. Es Niño o Niña?: Gender Differences in Feeding Practices and Obesity Risk among Latino Infants. *Curr Dev Nutr.* 2024 Feb 9;8(3):102100. doi: 10.1016/j.cdnut.2024.102100. [https://cdn.nutrition.org/article/S2475-2991\(24\)00026-X/fulltext](https://cdn.nutrition.org/article/S2475-2991(24)00026-X/fulltext)
- 37.** Bolarinwa OA, Ahinkorah BO, Arthur-Holmes F, Aboagye RG, Kwabena Ameyaw E, Budu E, Seidu AA, Ighodalo UL, Yaya S. Sex inequality in early initiation of breastfeeding in 24 sub-Saharan African countries: A multi-country analysis of Demographic and Health Surveys. *PLoS One.* 2022 May 19;17(5):e0267703. doi: 10.1371/journal.pone.0267703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267703>
- 38.** Alvarado Olmedo L. Obesidad, cultura e imagen corporal en mujeres saharauis [Internet] [doctoral thesis]. Universidad de Granada; 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/89842>
- 39.** Lankes J, Comeau M, Hess J. Social, Economic, and Cultural Influences on Young Women's Food Choices: A Scoping Review. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 2023 Jul 1;55(7, Supplement):13. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2023.05.030>
- 40.** Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med.* 2011 May;72(9):1534-54. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.042>
- 41.** Impacting Gender and Nutrition through Innovative Technical Exchange (IGNITE), Macharia-Mutie C, Gebre G, Ritsumeikan University, Tesfaye H, Ritsumeikan University, et al. Integrating nutrition in the Sasakawa Africa Association extension services: Knowledge, attitude and practices among smallholder farmers. *AJFAND.* 2024 Apr 6;24(3):25712-30. <https://ideas.repec.org/a/ags/ajfand/347755.html>
- 42.** Hennebo M, Junca M. Gender and nutrition: women's heavy workload at stake. Available from: https://linknca.org/article/alleger_la_surcharge_de_travail_des_femmes_pour_ameliorer_le_statut_nutritionnel_des_enfants1.htm?lng=en&
- 43.** Kumar S, Kelly AS. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):251-265. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.017. [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30595-X/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30595-X/fulltext)

