



ACF INTERNATIONAL NETWORK

LA NUTRITION EN URGENCE

Un manuel pour guider l'élaboration d'une stratégie d'interventions nutritionnelles
en situation d'urgence





FRANCE

4 rue de Niepce
75662 Paris cedex 14 France
Tel: +33 1 43 35 88 88
info@actioncontrelafaim.org
www.actioncontrelafaim.org

ESPAGNE

C/Caracas 6, 1°
28010 Madrid, España
Tel: +34 91 391 53 00
ach@achesp.org
www.accioncontraelhambre.org

ROYAUME-UNI

First Floor, rear premises,
161-163 Greenwich High Road
London, SE10 8JA, UK
Tel: +44 208 293 6190
info@aahuk.org
www.aahuk.org

ETATS-UNIS

247 West 37th Street, 10th Floor Suite #1201
New York, NY 10018 USA
Tel: +1 212-967-7800
Toll free: 877-777-1420
info@actionagainsthunger.org
www.actionagainsthunger.org

CANADA

1150, boulevard St-Joseph est
Bureau 302
Montréal, QC
H2J 1L5, Canada
Tel: +514 279-4876
info@actioncontrelafaim.ca
www.actioncontrelafaim.ca

LA NUTRITION EN URGENCE

**Un manuel pour guider l'élaboration d'une stratégie d'interventions
nutritionnelles en situation d'urgence**

Direction scientifique et Technique
Secteur nutrition santé

Action Contre la Faim – International

INFORMATIONS LÉGALES

DECLARATION CONCERNANT LES DROITS D'AUTEUR

© Action contre la Faim – France

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc...) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITE

Le présent document vise à promouvoir l'accès du public aux informations relatives à ses initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim en général. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Toutefois, ACF n'assume aucune responsabilité quant aux informations que contient le présent document.

Ces informations :

- Sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale;
- Ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour;
- Renvoient parfois à des documents ou sites extérieurs sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité;
- Ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences posées dans les législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

Photo de couverture : © Roselyne Monin - Côte d'Ivoire, 2011
Achévé d'imprimer en XXXXX, sur les presses de l'Imprimerie XXX
Imprimé sur papier recyclé Cyclus Print
Dépôt légal : XXX

© Action contre la Faim 2012, 4 rue Niepce 75662 Paris cedex 14
Pour nous soutenir, consultez nos sites : www.actioncontrelafaim.org

INTRODUCTION

GUIDE D'UTILISATION

Ce document a pour but d'aider à mieux comprendre les enjeux et de préciser les positionnements d'ACF en matière de réponse à l'urgence en nutrition. Il est destiné à l'ensemble des acteurs du siège et du terrain, quel que soit leur niveau d'expertise dans ce domaine.

Aux cours des années écoulées des changements significatifs sont intervenus dans les programmes de nutrition en urgence, notamment le développement de nouveaux produits, ainsi que l'accent davantage mis sur la prévention de la sous-nutrition aiguë.

Par ailleurs ACF travaille de plus en plus en partenariat avec les structures de santé, dans une logique de renforcement des systèmes de santé, et beaucoup moins en implémentant directement les programmes de prise en charge de la sous-nutrition aiguë. De plus ACF tend à développer le travail de préparation aux urgences, de façon à ce que la réponse soit la plus efficace et rapide possible.

Ces changements soulèvent des questions autour de la manière de guider au mieux la réponse nutritionnelle aux urgences, ainsi que la manière d'orienter le travail de préparation aux urgences.

Pour répondre à ces préoccupations il a été décidé de développer d'une part un manuel guidant la réflexion concernant la stratégie de réponse aux urgences, ainsi que la préparation en amont, et d'autre part une matrice conçue comme un outil d'aide à la décision.

Le manuel aide à replacer l'urgence dans un contexte global et dans un continuum temporel, parce que la capacité d'ACF à développer une réponse nutritionnelle à une urgence dépend beaucoup :

- De ses relations avec le Ministère de la Santé, ainsi qu'avec les divers acteurs en Nutrition et en Santé intervenant dans le pays ;
- Et de sa capacité à articuler la préparation, la réponse à l'urgence et la réhabilitation de manière fluide.

Le manuel sera utile pour les Directeurs pays ou les Coordinateurs terrain afin d'approfondir leurs connaissances sur le positionnement d'ACF en matière de réponse à l'urgence en nutrition. Il pourra aussi leur servir de support ponctuel comme dans le cadre de la préparation d'une réunion avec un bailleur de fonds ou une autorité qui poserait des questions sur notre approche en matière de réponse à l'urgence en nutrition. Dans ce cas le manuel devrait leur permettre de mieux saisir les enjeux, références et positionnement d'ACF à ce sujet.

Cet ouvrage a aussi et surtout vocation à être utilisé par les chefs de département nutrition-santé comme un outil d'aide à l'élaboration d'une stratégie de préparation et réponses aux urgences en nutrition. Nous recommandons donc l'utilisation systématique de cet outil aussi bien lors de l'écriture de projets de réponse à une urgence, que de projets de renforcement des systèmes de santé.

Par ailleurs ce manuel *La Nutrition en Urgence* ainsi que le *Calendrier saisonnier multisectoriel* doivent être utilisés lors du processus d'élaboration ou de révision des stratégies pays.

Au début de ce document vous trouverez un lexique des acronymes afin de faciliter la compréhension du vocabulaire technique utilisé au sein d'ACF.

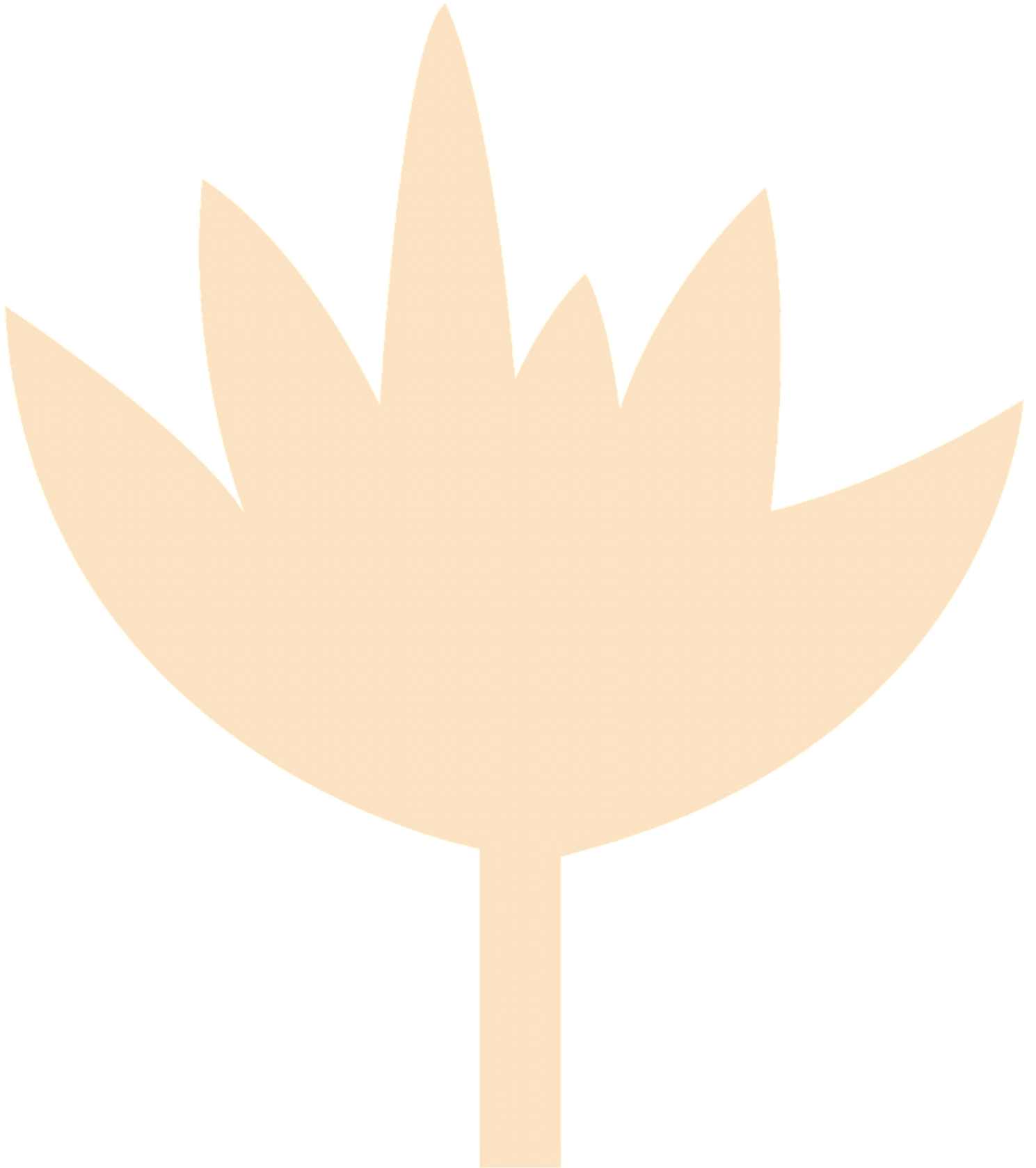
Pour faciliter la lecture du manuel vous pouvez vous accompagner de l'Essentiel Nutrition-Santé publié par le secteur nutrition santé fin 2012 qui offrira un complément à certains sujets évoqués.

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AOA	Aliment d'origine animale
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
ATPE	Aliment thérapeutique prête à l'emploi
CSB	Corn Soy Blend (mélange de farines de maïs et de soja)
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
GNC	Global Nutrition Cluster
IASC	Inter-Agency Standing Committee
MAG	Malnutrition Aiguë Global
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PPRU	Plan de Préparation et de Réponse aux Urgences
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SAME	Sécurité alimentaire et moyens d'existence
SCUK	Save the Children United Kingdom
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SMPS	Santé mentale et pratiques de soins
UNHCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfant
UN-SCN	United Nations Standing Committee on Nutrition
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

SOMMAIRE

ACRONYMES	6
HISTORIQUE DE LA REPONSE A L'URGENCE.....	9
DEFINITIONS	13
I. INTRODUCTION AU MANUEL	15
1.1 But et approche.....	15
1.2 Public cible.....	15
1.3 Mises en garde	15
II. LA REPONSE A L'URGENCE DANS LE CONTEXTE GLOBAL ou LE CONTINUUM DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUS-NUTRITION	17
2.1 ACF et le renforcement du système de santé (RSS).....	17
2.2 Préparation à l'urgence	19
2.3 Survenue de l'urgence.....	24
2.4 Réponse à l'urgence	24
2.5 Réhabilitation	25
III. COMMENT DETERMINER LA STRATEGIE DE REPONSE A UNE URGENCE.....	29
3.1 Déterminer le type de programme approprié	29
3.2 Déterminer le modus operandi et les éléments programmatiques.....	33
IV. LE CLUSTER NUTRITION : NOTIONS DE BASE	45
4.1 La Réforme Humanitaire et l'Approche Cluster	45
4.2 Rôles et Responsabilités.....	47
4.3 Les champs d'action du Cluster Nutrition	51
4.4 Perspectives.....	54
V. LA PRISE EN COMPTE DES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION	57
5.1 Santé.....	58
5.2 Santé Mentale et Pratiques de Soins	60
5.3 Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence.....	60
5.4 Eau Assainissement et Hygiène	61
REFERENCES	63
ANNEXES.....	65





HISTORIQUE DE LA REPONSE A L'URGENCE

Les interventions de nutrition en urgence ont considérablement évolué depuis la fin des années 70, gagnant progressivement en qualité grâce notamment au développement de protocoles et directives pour les programmes thérapeutiques¹, à la mise au point d'aliments efficaces pour le traitement de la sous-nutrition aiguë sévère (laits F75 et F100, ATPE), ainsi qu'à l'élaboration de méthodologies standardisées pour les enquêtes nutritionnelles².

Des leçons ont été tirées de différentes crises³, amenant par exemple à améliorer la quantité (kcal) et la qualité (micronutriments) des rations distribuées dans le cadre de l'assistance alimentaire. Entre 1986 et 1990 la ration journalière pour les réfugiés est ainsi passée de 1500 à 1900 kcals par jour, pour ensuite augmenter jusqu'à 2100 kcals par personne et par jour à partir de 1996-1999. Dans le même temps des épidémies de pellagre, scorbut ou béribéri parmi les populations dépendantes de l'assistance alimentaire ont démontré le besoin de compléter les rations en micronutriments ainsi que de la supplémentation, notamment en vitamine A. Un accord a finalement été conclu à la fin des années 90 concernant l'inclusion des céréales fortifiées dans les rations journalières.

A la même période l'association a été faite entre la prévalence de la sous-nutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité. Par ailleurs le lien a été progressivement fait entre le statut nutritionnel des enfants et des pathologies telles que la rougeole (en 1984-1985 épidémie de rougeole parmi les réfugiés éthiopiens au Soudan avec un taux de fatalité supérieur à 30%, surtout parmi les enfants malnutris) ou la diarrhée (en 1991 épidémie de diarrhées parmi les réfugiés kurdes en Irak, conduisant à une augmentation de la sous-nutrition aiguë chez les enfants de moins de 24 mois). La prévention de ces pathologies est alors devenue une composante essentielle des programmes nutritionnels.

En parallèle des aspects programmatiques la coordination humanitaire a elle aussi évolué au cours des trente dernières années. La coordination humanitaire est le fait d'apporter une assistance de manière efficace et cohésive, dans le but de sauver des vies et de réduire la souffrance chez les personnes affectées. La coordination est indispensable pour faire l'usage le plus efficient des ressources disponibles, dans un délai réduit, et à travers des actions qui respectent les standards en vigueur. Or une revue menée en 2005 par l'IASC a montré que jusqu'à cette date il existait des lacunes significatives dans la réponse humanitaire : réponses fragmentées, duplications des efforts, et implication insuffisante des gouvernements et acteurs nationaux. En réponse une « Réforme Humanitaire » a alors été proposée, dans le but d'améliorer la prévisibilité des financements et le leadership de la réponse, la redevabilité envers les populations affectées, et le partenariat entre les acteurs humanitaires UN et non UN. Le développement de l'Approche Cluster a peu à peu permis de renforcer la réponse humanitaire, à travers la définition et le renforcement de partenariats et de la redevabilité dans les secteurs clés (voir le chapitre 4 sur les notions de base du cluster).

¹ Les directives sur la nutrition en urgence (MSF), les programmes nutritionnels ciblés (PAM/UNHCR), les estimations des besoins nutritionnels en urgence (PAM/UNHCR), et le traitement de la malnutrition sévère (OMS) ont toutes été publiées entre 1995 et 1999.

² Auparavant il existait des différences considérables entre les méthodes d'échantillonnage, les indices anthropométriques et les définitions de la malnutrition aiguë employées au cours des diverses enquêtes.

³ Voir UN-SNC, *Report of the Meeting of the Working Group on Nutrition in Emergencies*, Avril 1998

Cependant malgré les progrès accomplis au cours des trente dernières années dans la réponse humanitaire, l'évaluation des mécanismes de réponse aux catastrophes majeures les plus récentes⁴ montre que des réponses inappropriées subsistent concernant :

- L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence
- La temporalité de la réponse par rapport à la crise
- Et la prise en compte des causes de la sous-nutrition.

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE)

L'étude des réponses en termes d'ANJE lors des urgences de ces dernières années montre que des idées reçues subsistent et mènent à la mise en œuvre d'interventions inappropriées, qui au lieu de protéger les nourrissons et les jeunes enfants vont **au contraire accroître leur vulnérabilité face à la sous-nutrition, à la maladie et à la mort**. Hormis lors du séisme en Haïti en 2010, il est systématiquement reporté que parmi les produits distribués en tant qu'aide humanitaire figuraient du lait infantile en poudre, des biberons, des tétines et du lait en poudre. Ces distributions ont été opérées par les différents acteurs humanitaires (ONG locales et internationales, agences UN), parfois au travers des structures de santé nationales, sans s'assurer de l'âge des enfants bénéficiaires, et sans garantir l'innocuité des programmes (assurer que les conditions de préparation sont sûres ni que les besoins sont couverts sur le long terme). Ces distributions étaient favorisées par des donations massives de ces produits et matériels (par le grand public ou par les compagnies les commercialisant), donations elles-mêmes encouragées par les médias. Or ce type d'interventions va non seulement à l'encontre des recommandations⁵ et procédures⁶ internationales, mais contrevient également au Code international de commercialisation des substituts au lait maternel (qui fut adopté en tant que résolution lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1981).

Lors du séisme en Haïti le Cluster Nutrition s'est appuyé sur ces expériences passées afin de diffuser auprès de tous les acteurs opérationnels et le plus rapidement possible une déclaration conjointe mettant en avant les bonnes pratiques concernant l'ANJE en situation d'urgence, ainsi que les recommandations et procédures internationales. Ceci a contribué à une prise de conscience pour les acteurs humanitaires de l'importance des interventions ANJE dans la protection des nourrissons et jeunes enfants.

Cependant d'après une étude menée en 2012 par Save The Children-UK⁷ les interventions ANJE sont encore rarement mises en œuvre à grande échelle en situation d'urgence, bien que la majorité des acteurs reconnaisse que ces interventions devraient être une priorité pour la protection des nourrissons et des jeunes enfants. Les raisons invoquées sont le plus souvent la difficulté à faire financer ces interventions (particulièrement si elles ne sont pas adossées à un autre programme), le manque de ressources humaines et d'expertise dans ce domaine, le manque de lien fait avec les autres domaines techniques, et le manque d'évidences sur l'impact de ces interventions (surtout pour les bailleurs de fonds). Il en résulte que **si des interventions ANJE sont mises en œuvre, elles sont le plus souvent fragmentées et à petite échelle**.

La temporalité de la réponse par rapport à la crise

D'après un article de Peter Hailey et Daniel Tewoldeberha⁸ la prise en charge de la sous-nutrition aiguë sévère est traditionnellement considérée comme une intervention d'urgence, avec une contribution externe quasi exclusive des bailleurs de fonds, des agences UN et des ONG. Ceci ayant

⁴ Sécheresse Corne de l'Afrique en 2011, Séisme Haïti en 2010, Cyclone Nargis au Myanmar en 2008, Séisme Chine en 2008, Conflit Liban en 2006, Séisme Indonésie en 2006, Sécheresse Ethiopie (2003, 2006, 2008), Sécheresse Niger (2003, 2005, 2008, 2010)

⁵ Recommandations OMS: allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et allaitement continu jusqu'à 24 mois

⁶ Operational Guidance on IFE for Emergency Relief Staff and Programme Managers, Février 2007

⁷ SCUUK, *Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Why are we not delivering at scale?*, Octobre 2012

⁸ Peter Hailey & Daniel Tewoldeberha, *Suggested New Design Framework for CMAM Programming*, Field Exchange n°39, Septembre 2010

pour résultat que la mise en œuvre et le retrait de ce support externe sont basés sur les niveaux d'urgence nutritionnelle mesurés ou perçus, et ce malgré l'existence constante d'enfants sévèrement malnutris tout au long de l'année. Cela signifie que les programmes sont lancés lorsque la prévalence de sous-nutrition aiguë atteint le seuil d'urgence et sont clos lorsque la situation s'améliore, le plus souvent pour redémarrer à la période de soudure suivante. Ce modèle d'intervention implique un décalage de temps entre l'évaluation de la situation et le moment où les enfants malnutris sont effectivement pris en charge sur le terrain, temps nécessaire pour déclarer l'urgence et mobiliser les ressources. Pendant ce délai initial un nombre croissant d'enfants bascule dans une situation critique et une partie de la période de crise est déjà passée. Par ailleurs un décalage apparaît également entre le moment où une nouvelle évaluation montre que la situation s'est améliorée et le moment où le support cesse.

Cette situation est davantage accentuée dans les zones d'urgence nutritionnelle chronique, où les cycles auront tendance à se chevaucher.

Ce phénomène a été mis en évidence⁹ lors de la sécheresse dans la Corne de l'Afrique en 2011, où malgré la précocité des alertes sur la crise à venir (premières prévisions en août 2010) la réponse à grande échelle n'a débuté qu'en juin – juillet 2011 lorsque les taux de sous-nutrition aiguë ont atteint un niveau critique.

Le problème est donc de **déclencher la réponse à temps pour que le maximum des ressources coïncide avec le pic des besoins**, notamment dans les crises à occurrence progressive. Cela pose donc la question des plans de **préparation et du continuum**.

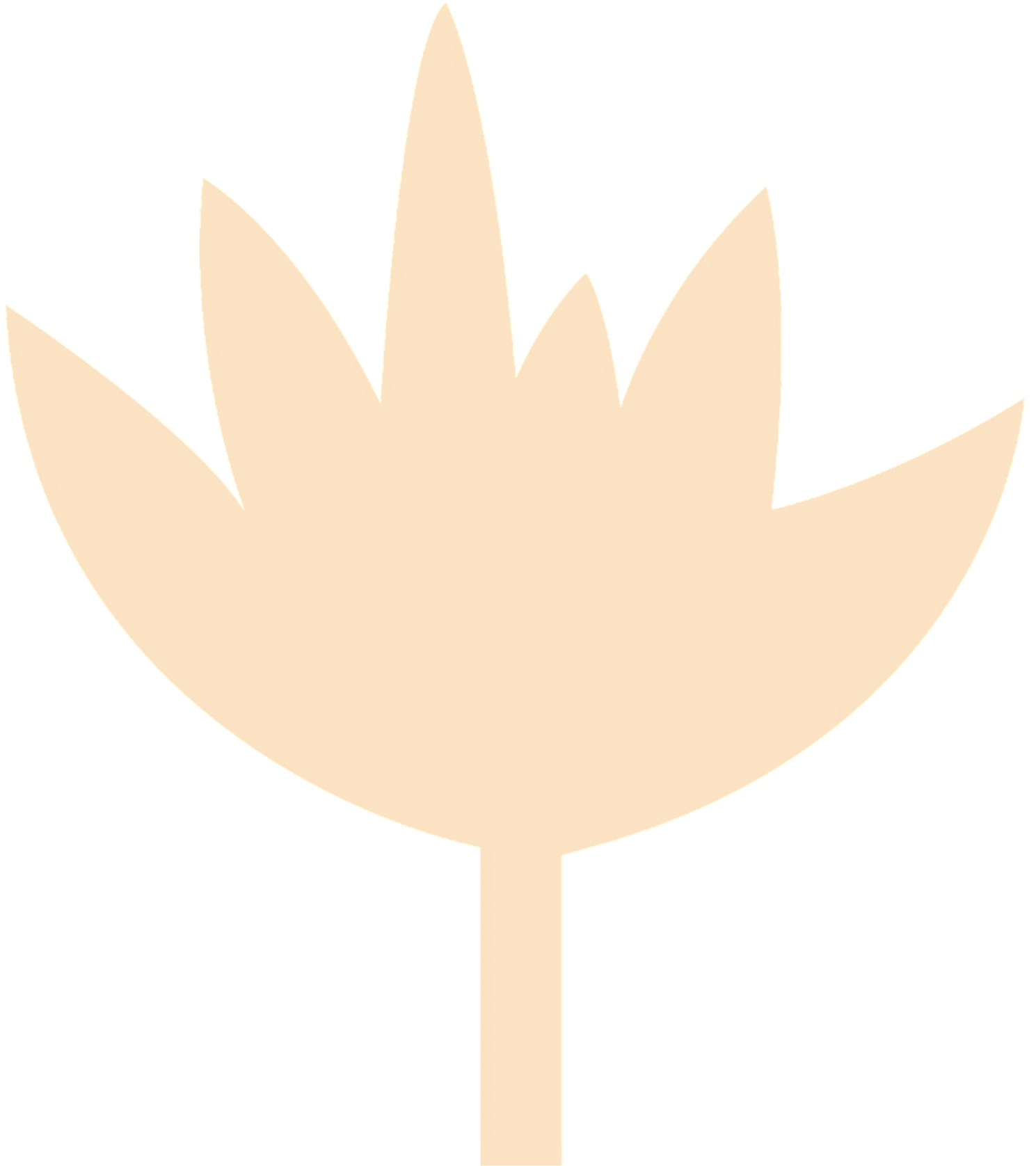
La prise en compte des causes de la sous-nutrition

Les catastrophes à occurrence progressive survenues par exemple au Niger et en Ethiopie (sécheresses) ont été caractérisées par des taux de sous-nutrition aiguë au-delà des seuils d'urgence. Ces urgences nutritionnelles ont été gérées de manière prédominante via la provision d'une assistance alimentaire d'urgence. Cependant des évaluations¹⁰ mettent en évidence que **des améliorations dans le statut nutritionnel ont plus de chances d'être atteintes à travers une réponse intégrée basée sur une compréhension profonde des causes de la sous-nutrition au niveau local**, et pas grâce à la seule assistance alimentaire. Ceci est particulièrement vrai lorsque la sous-nutrition est un problème chronique ou structurel relié non seulement à une consommation alimentaire inadéquate, mais aussi à une santé publique et un environnement sanitaire pauvres, un accès limité aux services de santé, et des pratiques de soins inadaptées.

Par ailleurs les catastrophes sont encore souvent vues comme une interruption du développement plutôt que comme une réalité pour laquelle il est possible de se préparer. Ceci est particulièrement problématique dans les pays connaissant par exemple des sécheresses récurrentes. La conséquence est la création de structures et programmes parallèles visant à répondre à l'urgence. Ceci peut sauver des vies à court terme, mais la séparation entre les moyens de l'urgence et du développement ne permet que très peu d'adresser les causes à l'origine de la catastrophe.

⁹ Oxfam & SCUK, *A Dangerous delay. The cost of late response to early warnings in the 2011 drought in the Horn of Africa*. Janvier 2012

¹⁰ USAID 2003, SCUK 2004, REDSO 2004, CARE 2005, IRAM 2006





DEFINITIONS

Une **urgence** est un événement brusque et généralement imprévu qui requiert des mesures immédiates pour minimiser ses conséquences néfastes¹¹.

Une **catastrophe** est une grave interruption de fonctionnement d'une société causant des pertes humaines, matérielles ou environnementales que la société affectée ne peut surmonter avec ses seules ressources propres. Les catastrophes sont souvent classées en fonction de leur mode d'occurrence (brusque ou progressif) ou de leur origine (naturelle ou anthropique^{12,13}).

Une **catastrophe à occurrence brusque** pourrait être définie comme résultant d'un événement unique, distinct et imprévisible (ex : séisme, inondation, etc.).

A l'inverse une **catastrophe à occurrence progressive** émerge graduellement dans le temps, et est souvent le résultat de la confluence de divers événements (ex : sécheresse).

Importance de la Nutrition en Urgence

Protéger le statut nutritionnel des groupes vulnérables affectés par les urgences est crucial. Les individus souffrant de malnutrition aiguë ont plus de risques de tomber malades et de mourir. Dans le même temps, les individus malades ont plus de risques de devenir malnutris. Les urgences ont un impact sur un large éventail de facteurs qui peuvent accroître les risques de malnutrition, de maladie (morbidité), et de décès (mortalité).

Qui sont les plus vulnérables ?

Les enfants de moins de 5 ans présentent un risque accru de mortalité en lien avec la sous-nutrition aiguë, et particulièrement **les enfants de moins de 6 mois qui sont en danger immédiat**. Les enfants de plus de 6 mois quant à eux vont voir leur état nutritionnel se dégrader sur le moyen terme. Il est donc fondamental de protéger les enfants de moins de 5 ans, et en priorité les nourrissons de moins de 6 mois, à travers des interventions de prévention, et de préparer dans le même temps la réponse curative.

Quand une urgence devient-elle une urgence nutritionnelle ?

Bien qu'il n'y ait pas de définition universellement acceptée du terme **urgence nutritionnelle**, diverses tentatives ont été faites pour classer la sévérité d'une urgence en utilisant la malnutrition aiguë ou l'émaciation dans la population comme un indicateur. Une telle classification suggère que les urgences peuvent être divisées en paliers, comme par exemple la classification intégrée des phases de sécurité alimentaire de FSAU/FAO¹⁴, l'arbre décisionnel de l'OMS pour la mise en œuvre de programmes nutritionnels¹⁵, ou le cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire IPC, présentés en annexes 1, 2 & 3.

Ces différents systèmes de classification mettent en évidence la difficulté à tenter de classer la sévérité d'une situation d'urgence. Cependant ces systèmes ont en commun d'utiliser des résultats quantifiables tels que les taux de malnutrition ou de mortalité, et de lier ces derniers avec des indicateurs qualitatifs (ou descriptifs) tels que la sécurité alimentaire.

¹¹ ONUG/DHA, Glossaire international multilingue agréé de termes relatifs à la gestion des catastrophes, 1992

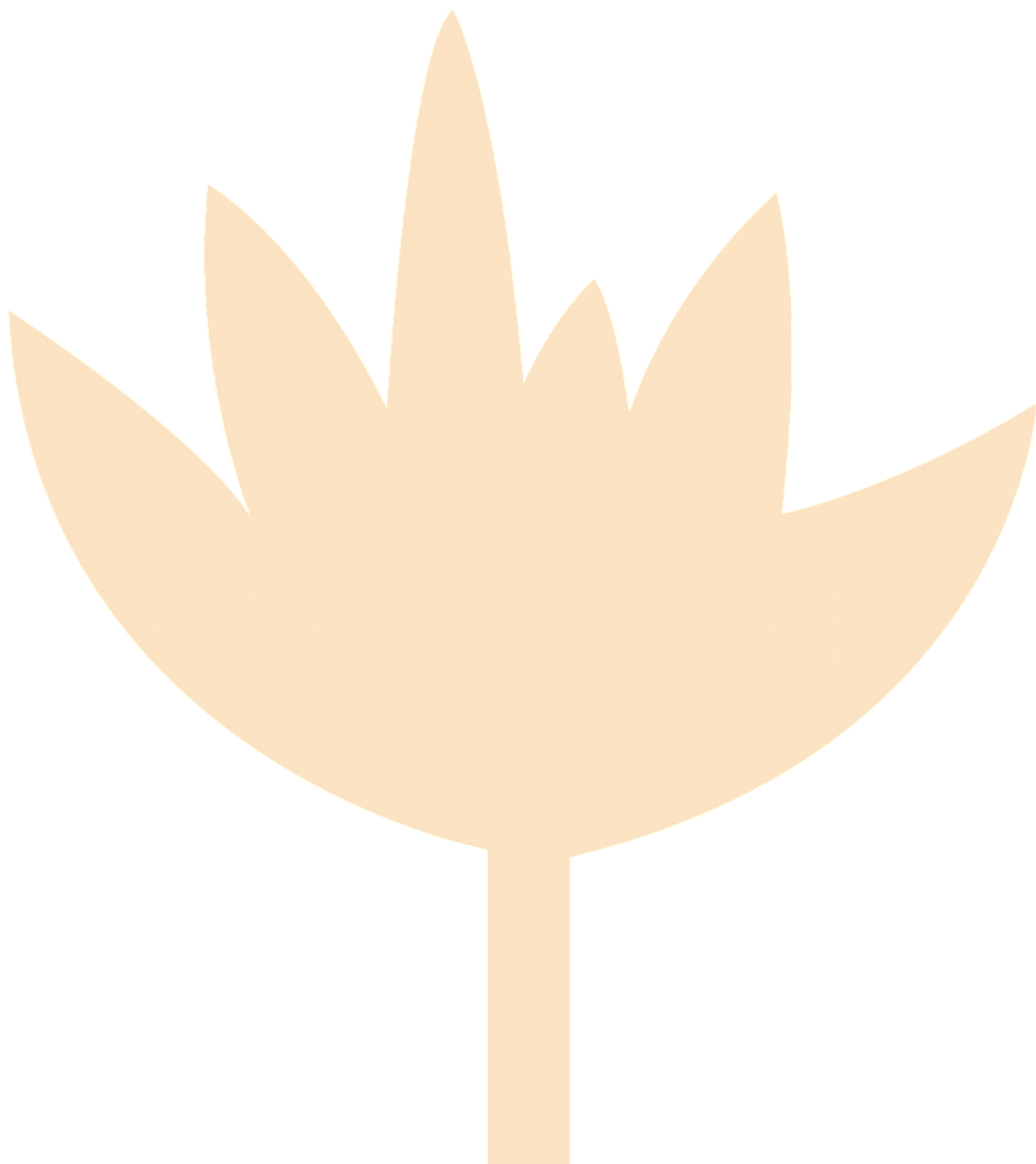
¹² Relative à l'activité humaine

¹³ ONUG/DHA, Glossaire international multilingue agréé de termes relatifs à la gestion des catastrophes, 1992

¹⁴ IASC Global Nutrition Cluster, Introduction to nutrition in emergencies

¹⁵ WHO decision tree for implementation of selective feeding programme, WHO: The Management of Nutrition in Major Emergencies. 2000

La matrice présentée dans ce manuel est quant à elle basée sur la classification proposée dans le *Moderate Acute Malnutrition : A decision tool for emergencies*, élaboré par la MAM Task Force du Global Nutrition Cluster.





I. INTRODUCTION AU MANUEL

1.1 But et approche

Le manuel *La Nutrition en Urgence* vise à :

- ▶ Guider la réflexion des équipes dans l'analyse de la situation et la mise en perspective des facteurs contextuels, au-delà de la situation nutritionnelle, afin d'avoir une bonne compréhension de l'environnement de la réponse.
- ▶ Guider les équipes dans l'élaboration de la stratégie d'intervention en nutrition-santé la plus appropriée pour répondre à une urgence particulière.
- ▶ Harmoniser la prise de décision concernant les interventions en nutrition-santé dans les situations d'urgence.
- ▶ Guider les équipes dans le processus de préparation aux urgences.

Le manuel a pour objet d'aider les équipes à **développer une bonne compréhension de l'environnement dans lequel s'inscrit la réponse à l'urgence**, et à comprendre que **la réponse à l'urgence s'inscrit dans un continuum mais ne constitue pas un évènement détaché du reste**. Le manuel a également été conçu pour aider à la prise de décision concernant le type de programme nutritionnel à mettre en œuvre (diagnostic, prévention, traitement), le choix du programme, les groupes cibles, la durée du programme et le modus operandi (support au système de santé vs. substitution). Il met enfin en relief les points clés de la préparation.

1.2 Public cible

Cet outil est destiné en priorité aux équipes nutrition-santé d'ACF, qu'elles soient sur le terrain ou au siège. Le manuel devrait les guider dans l'élaboration d'une stratégie de réponse globale en nutrition à une urgence.

En l'absence d'équipe nutrition-santé il pourra également guider la réflexion de toute équipe ACF impliquée dans la réponse à une urgence, notamment les directeurs pays ou coordinateurs terrain. Enfin le manuel permettra de présenter l'approche d'ACF dans la réponse à l'urgence aux divers acteurs impliqués, notamment les bailleurs de fonds.

1.3 Mises en garde

La matrice et le manuel constituent un guide, cependant des discussions en profondeur et un travail d'analyse et d'interprétation du contexte sont requis pour développer une stratégie de réponse à une urgence spécifique. Il convient en effet de garder à l'esprit que **la réponse à l'urgence ne peut être détachée du contexte global, et qu'elle s'inscrit à la fois dans un environnement et dans un continuum**. La notion de continuum est développée dans le chapitre 2, et l'élaboration d'une stratégie de réponse à l'urgence dans le chapitre 3.

La réponse à une urgence ne peut être développée de manière isolée. La *coordination externe* avec les autres acteurs doit être améliorée, notamment les relations avec le Ministère de la Santé Publique ainsi qu'avec les acteurs de la santé doivent être renforcées. Le chapitre 4 reprend les notions de base concernant le cluster nutrition.

De même **la sous-nutrition aiguë ne peut pas être gérée de manière isolée en situation d'urgence**. Dès lors le processus de prise de décision présenté dans ce manuel devrait être considéré comme un

élément d'une réponse multisectorielle. Des liens avec des interventions de santé mentale et pratiques de soins, de sécurité alimentaire ou des interventions d'eau, assainissement et hygiène sont également importants pour s'assurer que les diverses cause de sous-nutrition sont adressées simultanément. Il conviendra pour cela de renforcer la *coordination en interne*. Quelques-uns de ces liens potentiels sont présentés dans le chapitre 5.

La matrice constitue un guide pour la sélection des interventions à mettre en œuvre dans le premier mois de l'urgence. Cependant comme une situation d'urgence évolue, la réponse nutritionnelle devrait être réadaptée. La matrice peut donc être également utilisée pour réévaluer le contexte et ajuster les programmes en conséquence.

La matrice peut être utilisée pour différents types d'urgence, à savoir à occurrence brusque ou progressive, urgence prolongée ou urgence aiguë dans une situation d'urgence chronique. Cependant l'étendue de la catastrophe et le contexte dans lequel elle survient vont influencer au moins le lieu de la réponse (priorisation des zones d'intervention) et le modus operandi.



© ACF, Roselyne Monin – Ethiopie, 2011



II. LA REPONSE A L'URGENCE DANS LE CONTEXTE GLOBAL ou LE CONTINUUM DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUS-NUTRITION

Une urgence ne constitue pas un évènement isolé. Par conséquent la réponse à l'urgence ne peut être détachée du contexte global ; elle s'inscrit à la fois dans un environnement et dans un continuum.

2.1 ACF et le renforcement du système de santé (RSS)¹⁶

La mise à l'échelle (Scaling up) de l'accès au traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère est l'objectif qu'ACF s'est fixé dans le cadre de sa stratégie internationale 2015 (pilier I). Pour atteindre cet objectif dans des contextes où le ministère de la santé est le premier garant de cet accès, ACF depuis des années met en place des interventions de support au système de santé. Il est à noter qu'auparavant ACF connaissait peu le système de santé et en avait donc une mauvaise compréhension. Avec un travail d'approfondissement de connaissance du système de santé, il est aujourd'hui plus évident pour ACF d'intervenir sur le renforcement de ce dernier sans risquer de le fragiliser.

Le développement de l'approche **renforcement des systèmes de santé (RSS)** est une condition absolue au maintien de nos activités de promotion de l'accès au traitement de la Sous-nutrition Aigüe Sévère. Nous ne pouvons plus envisager nos interventions de manière verticale, **il faut construire un socle solide dans le système de soins de santé primaire pour développer l'accès au traitement de la MAS.**

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire ACF renforce les capacités techniques et organisationnelles des professionnels de santé afin de leur permettre d'inclure le traitement de la MAS dans le paquet minimum de santé. ACF intervient aujourd'hui sur chacun des piliers du système de santé (la délivrance de soins de qualité, la formation des ressources humaines, le système d'approvisionnement, le système d'information sanitaire, la gouvernance et le financement).

Bien connaître le système de santé, son fonctionnement et construire des stratégies prenant en compte ses faiblesses est un pré requis essentiel.

Sur la base de l'analyse initiale et systémique du système de santé, **les équipes d'ACF doivent développer conjointement avec les acteurs présents et en mettant le ministère de la santé au cœur de la réflexion, des stratégies de renforcement visant chaque pilier.** Les stratégies développées doivent prendre en compte 3 éléments :

- ▶ **A= Stratégie de substitution.** Cette stratégie se base sur la capacité initiale du système de santé à prendre en charge le nombre de cas de sous-nutrition aigüe => Les équipes devront définir une stratégie qui permettra d'assurer un accès à un traitement optimal aux populations non couvertes. On identifiera schématiquement la différence entre le nombre total de patients attendus et le nombre que la structure peut prendre en charge. Cette stratégie proposera donc un certain niveau de substitution en complément de la stratégie suivante. Elle ne doit pas se pérenniser en l'état et a vocation à disparaître à mesure que les capacités du système se renforcent (progrès de la stratégie B).
- ▶ **B= Stratégie de renforcement.** Cette stratégie se construit sur le diagnostic initial par pilier du système de santé. ACF réfléchira sa contribution dans le renforcement du système en fonction du rôle établi de chacun des acteurs en présence. Ainsi les stratégies de renforcement élaborées par ACF n'attaqueront pas systématiquement les 6 piliers de front mais viendront en complément des autres initiatives déjà en place (approche systémique). Cette stratégie ne doit pas viser uniquement la délivrance de soins liés à la

¹⁶ Le Renforcement du Système de Santé, L'Essentiel Nutrition et Santé, ACF 2012

MAS mais l'ensemble du paquet minimum de santé et est complémentaire aux stratégies A et C lorsque le contexte le nécessite.

- **C= Stratégie de gestion de crise** : Les pics saisonniers devront être identifiés et donner lieu à l'élaboration d'une stratégie spécifique en sus des deux autres stratégies mentionnées plus haut. Les mécanismes de support en situation de crise seront prédéfinis avec les acteurs en présence et négociés avec les bailleurs de fonds. Ils viseront la prise en charge du nombre de cas suscités par la crise sans déstabiliser les stratégies A et B. L'outil *Calendrier saisonnier multisectoriel* peut apporter un complément d'analyse.

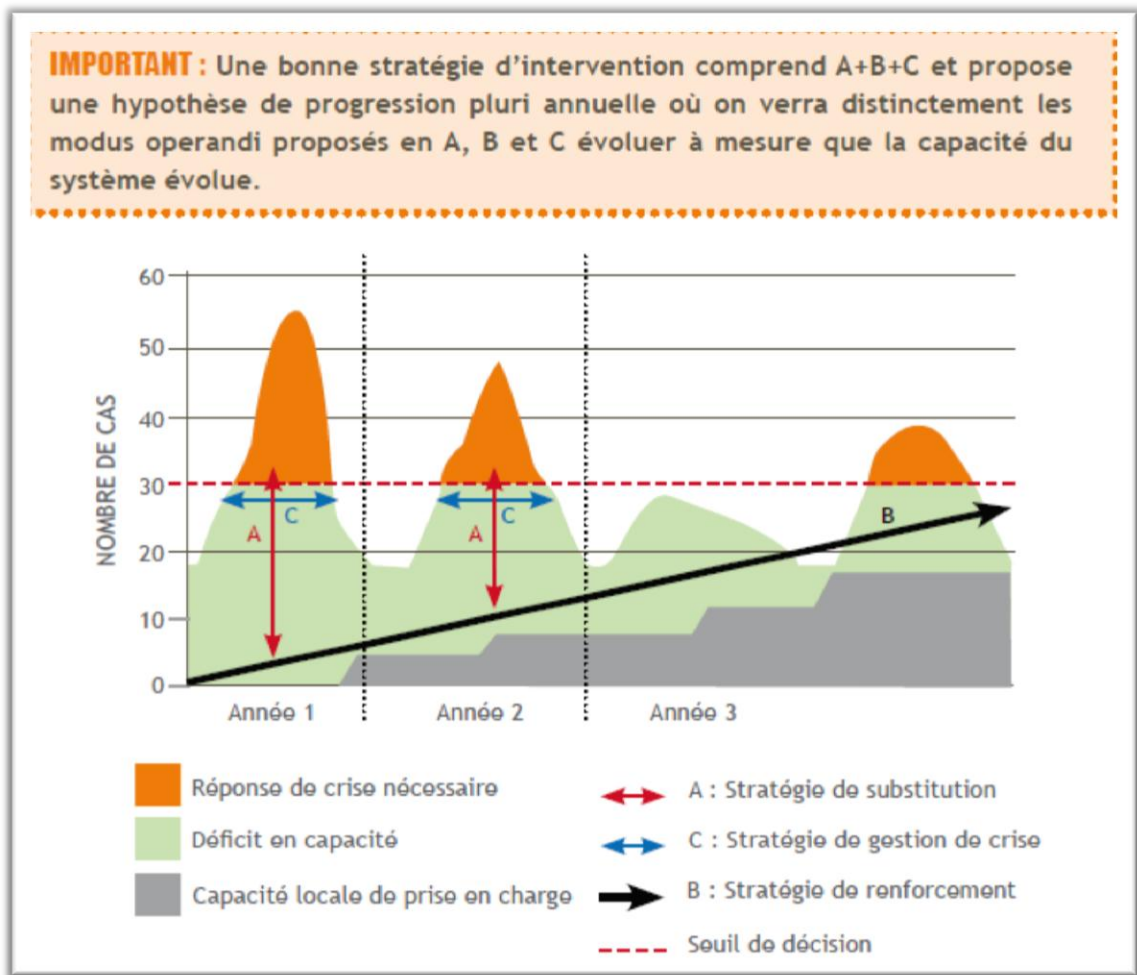


Figure 1: Illustration de la stratégie A+B+C; Modèle ACF adapté de Suggested New Design Framework for CMAM programming - Peter Hailey & Daniel Tewoldeberha

La stratégie C

La réponse à une urgence se situe au niveau de la stratégie de gestion de crise (stratégie C), et peut être décomposée en plusieurs séquences qui constituent un continuum (schématisé ci-dessous). Pour que la réponse à l'urgence soit la plus pertinente et la plus efficace possible, afin qu'elle réponde aux besoins des populations affectées au bon moment et de la meilleure façon, sans mettre en péril les stratégies de développement en cours, elle doit s'inscrire dans une stratégie de continuum. Un certain nombre de points d'actions clés doit être mis en œuvre dans chacune des 4 phases : préparation à l'urgence, survenue de l'urgence, réponse à l'urgence, et réhabilitation. Ces points d'actions sont résumés dans le Continuum présenté en fin de chapitre (figure 3), et développés dans les paragraphes suivants.

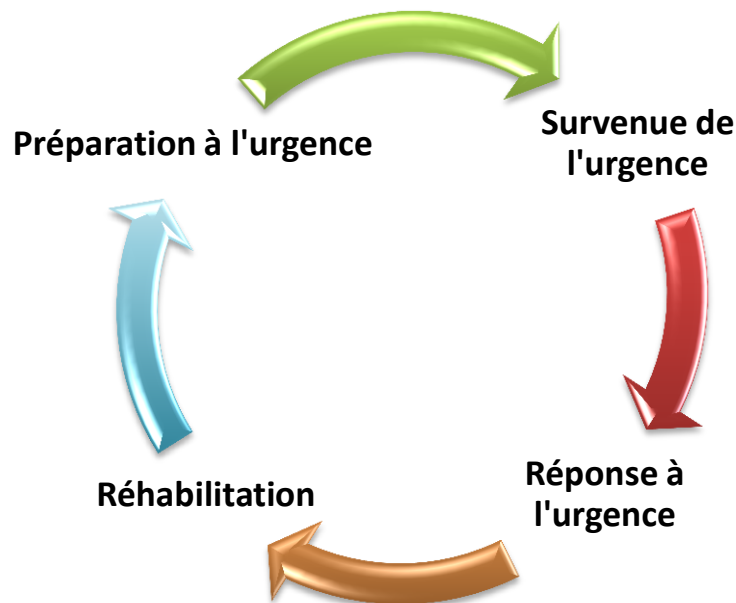


Figure 2: Le Continuum

2.2 Préparation à l'urgence

Un grand nombre d'urgences humanitaires sont aujourd'hui prévisibles, parce qu'elles surviennent de manière récurrente et/ou parce qu'elles surviennent de manière progressive. Et si une urgence est prévisible cela signifie qu'il est possible de s'y préparer. De plus certains outils ont été récemment développés qui permettent d'anticiper et de se préparer. C'est pourquoi **il est maintenant une obligation absolue pour chaque mission ACF de développer un *Calendrier saisonnier multisectoriel* ainsi que de passer par un processus d'élaboration d'un *Plan de préparation et de réponse aux urgences*.**

Un Plan de Préparation et de Réponse aux Urgences (PPRU) est un outil de planification et de préparation des opérations d'urgence qui permet d'établir une capacité d'intervention permanente pour répondre aux urgences humanitaires.

Les avantages opérationnels d'un plan de préparation aux urgences sont les suivants :

- Les risques humanitaires sont clairement identifiés sur les missions ACF
- Le personnel ACF (national et expatrié) est formé et prêt à réagir à une urgence
- Mise à disposition de tous les outils d'évaluation et de réponse aux urgences
- Les partenariats et les contacts avec le Ministère de la Santé sont formalisés
- Les partenariats avec d'autres acteurs opérationnels sont identifiés et formalisés

Définitions de la préparation à l'urgence

La **préparation** est constituée des connaissances et capacités développées par les gouvernements, les professionnels d'intervention et autres organisations concernées, les communautés et les individus, permettant d'anticiper efficacement, de réagir et de récupérer des impacts probables, imminents ou en cours dus à une crise.

La **préparation à l'urgence** fait référence aux mesures prises pour renforcer et maintenir la capacité générale requise pour permettre l'anticipation de, la réponse à et le relèvement des urgences, quelle qu'en soit la cause. Mettre en œuvre des programmes de préparation efficaces implique des efforts à tous les niveaux du gouvernement, et de la coordination entre les différents secteurs du gouvernement, le secteur privé et les ONG, afin de déterminer les risques et les vulnérabilités, et d'identifier les ressources nécessaires.

- Les contacts auprès des bailleurs de fond sont formalisés (signature de pré contrats)
- Capacité de déploiement concrète en place, même en cas de remote management
- Pré-positionnement de stocks d'urgence ACF (si nécessaire) ou accès formalisé aux stocks d'urgence appartenant à des agences partenaires (ex. UNICEF, PAM, Croix Rouge...)

Les principaux domaines couverts par un programme de préparation à l'urgence sont la régulation (lois, autorités), la direction (politiques, procédures, directives) et l'exécution (plans, ressources, connaissances, compétences, conscience et attitude). La qualité du travail fourni dans chacun de ces domaines détermine le niveau de préparation pour gérer une urgence.

Dans le cadre de la préparation à l'urgence il est important de connaître et analyser la situation antérieure (indicateurs et informations à collecter), d'anticiper l'occurrence de la crise (surveillance) et de préparer la réponse (pré-négociations, évaluation, coordination).

Les facteurs à prendre en compte dans l'élaboration d'un plan de préparation aux urgences incluent :

- ▶ Les zones et groupes vulnérables au sein de la population
- ▶ Le nombre de cas attendus
- ▶ Le suivi de la prévalence et du nombre de cas de sous-nutrition aiguë
- ▶ La capacité du ministère de la santé à faire face à l'augmentation du nombre de cas
- ▶ La stratégie de gestion de crise
- ▶ Les « seuils » pour la réponse d'urgence

2.2.1 Les zones et groupes vulnérables au sein de la population

Les différents groupes vulnérables en cas d'urgence dans la population doivent être identifiés. Ils peuvent être catégorisés selon :

- Leur vulnérabilité physiologique : les nourrissons et jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, les personnes âgées, les personnes vivant avec une pathologie chronique telle que le VIH/SIDA ;
- Leur vulnérabilité géographique : les personnes vivant dans des zones sujettes aux sécheresses ou aux inondations, ou dans des zones de conflits ;
- Leur vulnérabilité politique : les populations opprimées ;
- Leur statut de réfugiés ou déplacés internes.

2.2.2 Nombre de cas attendus / Suivi de la prévalence et du nombre de cas de sous-nutrition aiguë

Les fluctuations dans le temps des taux et nombre de cas de MAS doivent être étudiées, et les facteurs de saisonnalité analysés. Utiliser pour cela le Calendrier saisonnier multisectoriel,¹⁷ outil ACF qui permettra de mieux comprendre les pics saisonniers de sous-nutrition aiguë.

Ces variations saisonnières de la sous-nutrition aiguë sont induites par la détérioration d'un ou plusieurs facteurs de risques importants liés à l'accès à la nourriture et à la consommation

INDICATEURS A COLLECTER

Les indicateurs à collecter et à suivre de manière routinière sont les suivants :

- Taux de MAG et taux de MAS
- Taux de mortalité
- Incidence de la rougeole, de la malaria, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës
- Couverture vaccinale de la rougeole
- Pratiques d'alimentation de nourrisson et du jeune enfant, et particulièrement taux d'allaitement maternel exclusif

Connaître le niveau de ces indicateurs en amont de la crise fournit une baseline et permet de mesurer l'évolution de la situation. Cela permet également d'estimer les risques de dégradation de la situation.

¹⁷ ACF, *Nutrition Multi-sectoral seasonal calendar*, Mars 2012

alimentaire, aux pratiques de soins et d'alimentation, aux maladies, à l'accès aux services de santé et/ou à un environnement sanitaire déficient. Ces fluctuations saisonnières peuvent être dues à des facteurs environnementaux et climatiques (ex : inondations saisonnières), ou à des facteurs humains ou socio-économiques (ex : augmentation des prix des denrées alimentaires).

Enfin les déficiences existantes en micronutriments doivent être connues, afin d'anticiper les risques d'épidémies éventuelles.

2.2.3 La capacité du ministère de la santé à faire face à l'augmentation du nombre de cas

Une analyse du système de santé à travers les 6 piliers doit être réalisée au niveau national, régional et local (voir dans le tableau 1 plus bas les questions à se poser), afin d'évaluer la capacité des structures de santé à faire face à l'augmentation du nombre de cas.

2.2.4 La stratégie de gestion de crise

Le mécanisme de gestion de crise doit être prédéfini en collaboration avec les acteurs impliqués (ministère de la santé et autres acteurs en nutrition et santé) : le type et le niveau de support requis sera déterminé pour chaque pilier (voir exemples dans le tableau 1), le but étant de prendre en charge les cas additionnels sans déstabiliser les stratégies de substitution (A) et de renforcement (B) en cours.

Enfin cette stratégie de gestion de crise devra être pré-négociée avec les bailleurs de fonds.

2.2.5 Les « seuils » pour la réponse d'urgence

Il s'agit ici de déterminer avec le ministère de la santé le seuil à partir duquel le système de santé ne peut plus gérer les cas sans un support additionnel.

Normalement ce seuil devrait s'élever au fil des années, à mesure que les capacités du système de santé sont renforcées.

Outil d'analyse des capacités du système de santé à gérer une urgence / stratégie de réponse

Comment utiliser le Tableau 1 ?

Le tableau suivant a pour objectif de guider l'analyse des 6 piliers du système de santé, afin d'évaluer la capacité de ce dernier à gérer une augmentation du nombre de cas de sous-nutrition aiguë.

Le tableau propose donc d'abord, pour chacun des piliers, une série de questions à se poser afin de connaître la situation initiale.

Ensuite des propositions sont émises pour chaque pilier concernant ce qu'il est possible de faire en cas d'urgence. Chacun des points évoqués doit être discuté avec le ministère de la santé, et éventuellement mis en place pendant la phase de préparation à l'urgence.

Cette analyse devrait idéalement être réalisée en collaboration avec les différents acteurs nutrition et santé intervenant auprès du ministère de la santé.

Ce tableau est un outil d'aide à la réflexion, et ne prétend pas être exhaustif. Des adaptations sont nécessaires en fonction du contexte.

Tableau 1: Outil d'analyse des capacités du système de santé à gérer une urgence, et stratégie de réponse

PILIER	Quelle est la situation initiale ?	Que peut-on faire en cas d'urgence ?
<p>Direction et gouvernance</p>	<p>Existe-t-il des lois, des politiques, des plans et des procédures relevant de la gestion nationale des urgences multisectorielles ?</p> <p>Existe-t-il au niveau national / régional une entité opérationnelle pour la gestion des urgences multisectorielles qui coordonne et supervise un plan de préparation national impliquant tous les partenaires concernés ?</p> <p>Existe-t-il des dispositions pour l'enregistrement des agences humanitaires étrangères et nationales, pour la mise en œuvre d'opérations humanitaires et de mécanismes logistiques ?</p>	<p>Régulation de l'assistance d'urgence en lien avec la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dispositions liées à l'entrée dans le pays de travailleurs de santé internationaux pour fournir une assistance d'urgence ▶ Produits médicaux d'urgence exemptés des taxes d'importation ▶ Dispositions liées aux donations de produits médicaux <p>Mécanismes de coordination et construction de partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accords signés avec des entités du secteur public et privé, ainsi qu'avec la société civile ▶ Autorités sanitaires impliquées à tous les niveaux dans les mécanismes de coordination
<p>Personnels de santé</p>	<p>Y a-t-il un nombre suffisant de personnels qualifiés possédant les compétences appropriées disponibles pour répondre à une crise ?</p> <p>Existe-t-il un programme approprié d'éducation et de formation continue ?</p> <p>Existe-t-il une base de données recensant les personnels formés à la réponse d'urgence ?</p>	<p>Formation et éducation</p> <p>Cartographie / base de données des ressources disponibles : personnels qualifiés et possédant les compétences appropriées</p> <p>Procédures pour l'intégration de volontaires nationaux et internationaux dans la prestation de service en situation d'urgence.</p> <p>Les procédures à suivre pour mobiliser le personnel, ainsi que les informations sur les rôles, responsabilités et autorité des personnes impliquées doivent être diffusées à tous les départements et organisations concernés.</p>
<p>Médicaments et vaccins</p>	<p>Existe-t-il des listes standards d'intrants et équipements médicaux d'urgence (en lien avec les politiques et directives nationales) ?</p> <p>Existe-t-il un processus d'inventaire pour assurer le maintien d'un stock minimum d'intrants et médicaments essentiels ?</p>	<p>Mécanismes pour assurer la délivrance rapide des produits au niveau local</p> <p>Procédures pour l'approvisionnement exceptionnel en produits médicaux ne figurant pas sur la liste d'équipement standard</p>

Système d'information sanitaire	<p>Existe-t-il des informations fiables et à jour permettant de conduire une évaluation des risques et de réaliser la planification de la préparation aux urgences ?</p> <p>Existe-t-il des protocoles et procédures pour la collecte, la gestion, l'analyse et la dissémination des données ?</p> <p>Existe-t-il un système de surveillance ?</p> <p>Y a-t-il une capacité d'alerte précoce en place ?</p>	<p>Détermination de seuils pour le passage du reporting de routine au reporting d'urgence (adaptation de la fréquence et du contenu)</p> <p>Système de reporting d'urgence : les données de tous les partenaires concernés sont collectées</p>
Financement	<p>Existe-t-il des fonds disponibles pour la préparation et la réponse aux urgences au niveau national et régional ?</p> <p>Est-ce que la stratégie de financement du ministère de la santé couvre les activités de gestion des urgences, y compris des opérations de réduction des risques et de préparation aux urgences ?</p>	<p>Mécanismes de financement incluant des fonds de contingence pour la réponse aux urgences et le relèvement</p> <p>Financement d'activités destinées à déterminer le niveau de résilience des structures médicales critiques (hôpitaux, entrepôts, etc.) et à apporter les améliorations nécessaires</p>
Prestation des services	<p>Existe-t-il des plans régionaux de réponse aux urgences basés sur le plan national ?</p> <p>Est-ce que les plans sont basés sur les ressources disponibles ?</p> <p>Est-ce que les plans sont révisés sur la base des leçons apprises ?</p> <p>Est-ce que les plans sont disséminés à tous les partenaires ?</p> <p>Existe-t-il des directives et procédures concernant les structures de santé temporaires ? Est-ce que le rôle des cliniques mobiles est clairement défini ?</p> <p>Est-ce que les coûts de transport et de carburant ont été pris en compte ?</p>	<p>Mécanismes pour la mobilisation rapide de ressources additionnelles (personnel, équipement et matériel)</p> <p>Procédures pour le pré positionnement d'intrants essentiels aux prestataires des services et à la population affectée</p> <p>Structures de santé ou personnels additionnels temporaires, les structures de santé locales pouvant être débordées. Les structures de santé / personnels temporaires peuvent substituer ou compléter le système de santé.</p> <p>Agréments avec des partenaires et/ou des compagnies privées pour la fourniture de services logistiques afin d'assurer la continuité des activités essentielles</p>

2.3 Survenue de l'urgence

2.3.1 Collecte d'informations secondaires

La **collecte d'informations secondaires démarre dès les premières heures** suivant la survenue d'une urgence. Elle se fait le plus souvent à distance et permet de **dessiner un scénario préliminaire**.

Les types de documents et les sources d'informations secondaires sont variés et permettent de croiser les informations :

- ▶ Sources spécialisées : collecte d'informations à distance, rapports des médias, etc.
- ▶ Systèmes de surveillance et de suivi
- ▶ Données de base, fiches : profil pays, leçons apprises des catastrophes passées, rapports d'enquêtes, etc.

La collecte et l'analyse de ces informations secondaires se poursuit ensuite pendant la phase de réponse, ce qui permet de suivre l'évolution de la situation.

2.3.2 Collecte d'informations primaires

La collecte d'informations primaires (évaluation des besoins dans la population) se déroule en plusieurs phases :

- ▶ **L'évaluation initiale doit être mise en œuvre dans les premières 72 heures.** Cette évaluation (MIRA¹⁸) est multisectorielle et donne une première idée des besoins prioritaires ; le rapport doit être finalisé et publié dans un maximum de 2 semaines. C'est sur la base de cette évaluation que le montant des premiers fonds d'urgence est évalué et transmis aux bailleurs de fonds (Flash appeal).
- ▶ Suite à la publication du rapport MIRA chaque cluster / secteur entreprend une **évaluation sectorielle approfondie afin de déterminer plus précisément les besoins**.

Il est important à ce stade que l'organisation de ces évaluations soit coordonnée au niveau des clusters ou de tout autre mécanisme de coordination, afin d'éviter les gaps et les duplications. De la même façon le partage des résultats des évaluations permettra l'élaboration d'une stratégie globale de réponse nutritionnelle à l'urgence.

2.4 Réponse à l'urgence

2.4.1 Stratégie de réponse

La stratégie de réponse est élaborée sur la base de l'analyse de la situation et des risques de détérioration. Le chapitre 3 du présent manuel détaille le processus décisionnel et les facteurs à prendre en compte pour la construction de la réponse : sélection des interventions (avec l'aide la matrice), choix du modus operandi et détermination des éléments programmatiques.

La stratégie de réponse doit :

- ▶ Se baser sur les structures locales et les mettre en valeur partout où cela est possible. L'objectif est de construire sur l'existant, même si ce n'est pas parfait, et d'y incorporer des moyens d'établir, promouvoir et adhérer à des standards techniques. L'objectif est de renforcer les capacités de l'existant.
- ▶ Etre considérée dans une perspective long terme, avec une vision de relèvement précoce, de telle façon que les actions de court terme qui sauvent des vies ne vont pas saper les programmes long terme et les structures nationales. Dans une large mesure ces actions devraient contribuer à la réhabilitation.

¹⁸ Multi-cluster / sector Initial Rapid Assessment

Dans le cadre d'une mission où un plan de préparation aux urgences a été élaboré et comprend une stratégie de gestion de crise pré négociée avec le ministère de la santé, il s'agit de mettre en œuvre le plan de réponse prévu en l'adaptant si nécessaire.

2.4.2 Coordination

La coordination est absolument essentielle dans l'approche internationale visant à répondre aux urgences humanitaires. Il est prouvé qu'un manque de coordination est responsable de retards dans la réponse et d'entraves à la couverture des besoins.

L'approche cluster vise à renforcer la réponse humanitaire à travers la définition et le renforcement de partenariats et de la redevabilité au sein de secteurs clés. L'approche cluster n'a pas pour but de saper ou de confisquer le rôle des autorités nationales. **La responsabilité ultime d'une réponse à l'urgence reste dans les mains des autorités nationales.** Ces dernières doivent prendre part aux discussions autour de l'activation de l'approche cluster, et décider elles-mêmes de leur engagement au sein du cluster.

En fonction de la volonté des autorités nationales de s'engager dans le cluster il existe 3 possibilités de partenariat :

- ▶ Le gouvernement est le Lead ou le Co-lead du cluster
- ▶ Le gouvernement a la volonté d'assurer la coordination, mais délègue l'autorité de coordination à la Cluster Lead Agency ; cependant des opportunités de prise de décision lui sont régulièrement offertes. Ceci est la situation la plus courante.
- ▶ Le gouvernement n'a pas la volonté ou la capacité d'assurer la coordination, mais est tenu informé des progrès du cluster à intervalles réguliers.

En règle générale plus la structure du cluster peut refléter et renforcer les mécanismes de coordination de l'autorité nationale, moins il existe de risque de duplication des efforts. Cette complémentarité favorise également la transition de la fonction de coordination vers l'autorité nationale après la phase d'urgence.

Il est essentiel de ne pas se limiter aux mécanismes de coordination du secteur nutrition, mais de s'intégrer également au secteur santé. En effet l'articulation nutrition-santé s'effectue à toutes les étapes du continuum : indicateurs santé à collecter lors de la phase de préparation (voir page 20), interventions optionnelles du domaine de la santé (campagnes de déparasitage et d'immunisation), etc.

2.5 Réhabilitation

Savoir mettre fin à une réponse d'urgence peut être aussi important que savoir quand la démarrer. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'aide peut cesser mais que les causes sous-jacentes de vulnérabilité persistent.

La phase de réhabilitation (ou relèvement) après une urgence fournit l'opportunité de « reconstruire en mieux », c'est-à-dire d'aller vers un système de santé approprié et pérenne, d'élaborer des systèmes de préparation et de construire la capacité à gérer les futures crises, et d'instituer des mesures de réduction de la vulnérabilité. Améliorer la résilience des populations et des institutions (notamment du ministère de la santé) leur permet de disposer des aptitudes pour se remettre mieux et plus rapidement du passage d'un désastre.

Renforcer les capacités de réponse est le seul moyen d'assurer que les ressources, les processus et procédures sont en place pour sauver des vies en cas d'urgence, notamment pendant les tout premiers jours pendant lesquels l'aide externe n'est pas encore disponible.

Après une urgence un travail de capitalisation doit être entrepris afin de mettre en évidence les leçons apprises. Ce travail doit analyser les forces / capacités, les faiblesses / vulnérabilités, les risques et les opportunités et aboutir à des recommandations. Le plan de préparation doit enfin être réadapté en conséquence.

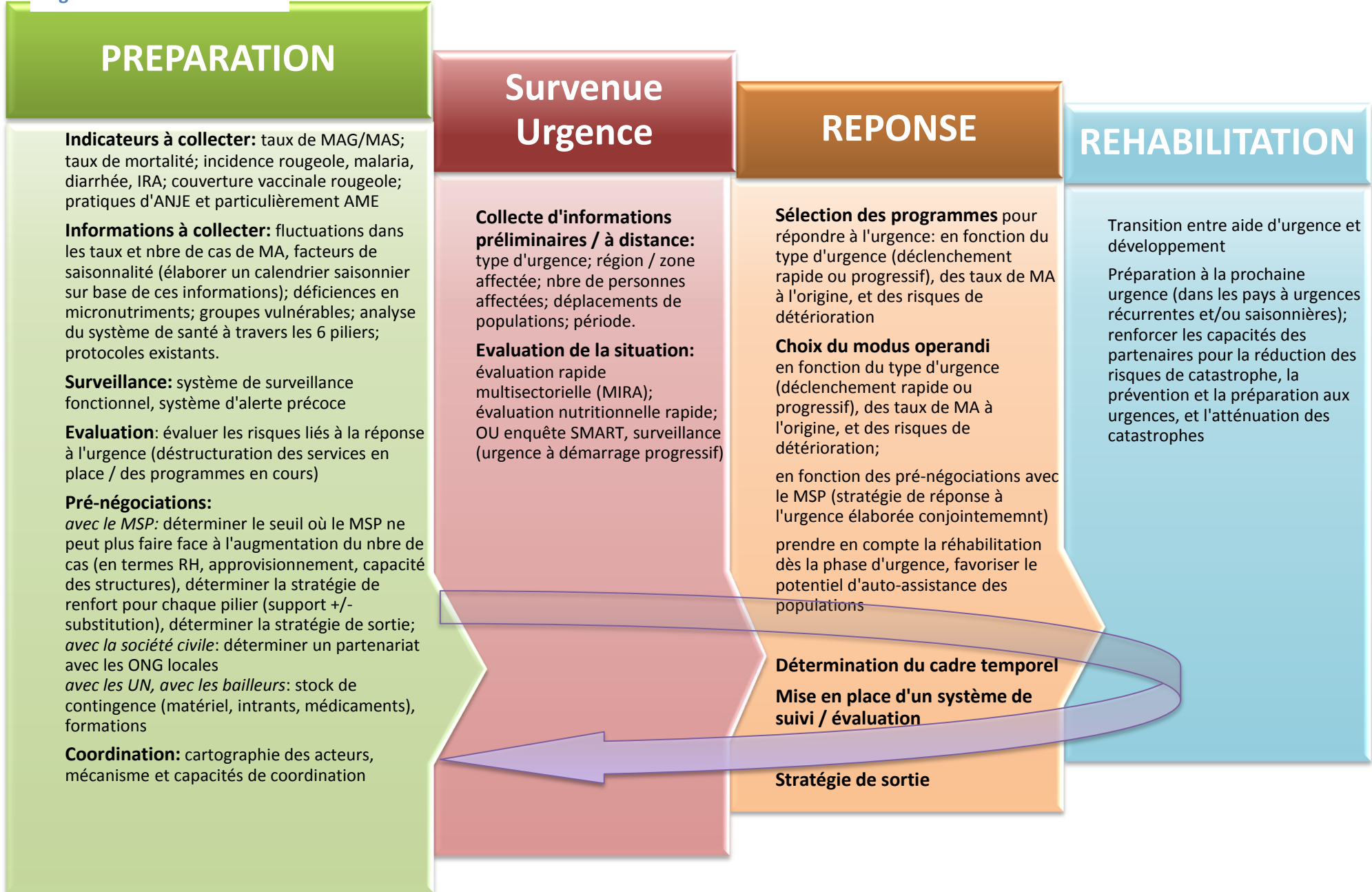
En conclusion

Le fait d'inscrire la réponse dans un continuum permet d'anticiper les catastrophes, et de tirer les leçons des expériences passées. Dans la mesure où la fréquence des catastrophes est de plus en plus soutenue, et que les causes et conséquences sont mieux connues, ce mode opératoire permettra une réponse à l'urgence plus adaptée et plus efficace, avec un impact maximisé.



© ACF, Roselyne Monin – Ethiopie, 2011

Figure 3 : Le Continuum





III. COMMENT DETERMINER LA STRATEGIE DE REPONSE A UNE URGENCE¹⁹

3.1 Déterminer le type de programme approprié

Dans l'objectif de déterminer le type de programme le plus approprié pour répondre à une urgence, la matrice présentée en annexe 4 propose deux niveaux de facteurs à considérer :

- 1) la situation antérieure, et
- 2) le risque de détérioration.

A l'issue de cette analyse une recommandation de programme pourra être formulée.

3.1.1 Analyse de la situation

Prérequis

Différentes informations et données sont requises pour utiliser le manuel et sa matrice efficacement, notamment :

- ▶ Prévalence de la malnutrition aiguë globale dans la zone affectée
- ▶ Informations sur la nature et la sévérité de la crise
- ▶ Données sanitaires de base concernant la zone affectée et impact attendu de la crise
- ▶ Situation de la sécurité alimentaire et impact attendu de la crise
- ▶ Estimations des déplacements et de la densité de population

Les premières informations à considérer sont celles qui renseignent sur la situation antérieure, et notamment la vulnérabilité avant la crise. Les prévalences de MAG actuelle et antérieure, dans la population affectée, sont un indicateur clé de la vulnérabilité.

Pour la prise de décision une prévalence de MAG supérieure à 15% sera considérée comme haute, une prévalence comprise entre 8 et 15%²⁰ sera considérée comme moyenne, et basse si elle est inférieure à 8%.

Pour classer la sévérité de l'urgence il est également impératif de faire une analyse des tendances, et d'avoir une bonne compréhension de la saisonnalité de la MAG dans la population affectée par l'urgence.

La prévalence de MAG peut être corroborée par le nombre d'enfants dans les programmes de traitement de la MAM

et de la MAS si la couverture est connue, et si les besoins sont couverts. Si ces informations ne sont pas disponibles ou pas assez récentes, d'anciennes données ou des données de dépistage peuvent être utilisées pour se faire une idée de la prévalence de la MAG. Si aucune donnée n'est disponible, le processus de prise de décision peut démarrer avec l'analyse du risque de détérioration.

¹⁹ D'après le *Moderate Acute Malnutrition : A decision tool for emergencies*, élaboré par la MAM Task Force du Global Nutrition Cluster

²⁰ La MAM Task Force recommande 8% au lieu des 10% habituellement utilisés.

3.1.2 Risque de détérioration

3.1.2.1 Evaluer le risque

Quatre facteurs clés doivent être considérés qui peuvent prédire un risque de détérioration de la situation, et donc suggérer une probable augmentation de la prévalence de la MAG :

- L'évolution de la morbidité
- L'évolution de la sécurité alimentaire
- Les déplacements de population
- Et la densité de population.

Augmentation de la morbidité – La diarrhée, l'infection respiratoire aiguë (IRA), le paludisme et la rougeole dans les populations non vaccinées sont les maladies infantiles les plus courantes, et leur incidence est susceptible d'augmenter lors d'une urgence. Elles peuvent avoir un impact important sur la mortalité infantile et la sous-nutrition. Certains types d'urgence sont plus à même d'induire une augmentation de la morbidité, telles que les inondations ou les séismes. En effet ces situations favorisent notamment le développement de maladies liées à l'eau à cause par exemple de la contamination de sources d'eau potable par de l'eau polluée qu'elles provoquent, ou des étendues d'eau stagnantes favorisant la prolifération de divers parasites. Le type d'habitat (vulnérabilité, capacité) dans lequel la catastrophe survient peut également conduire à une augmentation du risque de morbidité (par exemple une zone urbaine où les conditions d'hygiène sont déjà pauvres). Des données antérieures sur la couverture vaccinale, ou la couverture de la supplémentation en vitamine A peuvent donner une idée de la probabilité que le risque de morbidité et son impact sur la MAG augmentent. Une évaluation de l'accès aux services de santé, de l'accès à l'eau (quantité et qualité), des services d'assainissement et d'hygiène, et de la densité de population représentent également un élément clé dans la détermination du risque de morbidité. L'attribution d'un score à l'augmentation du risque de morbidité doit être basée sur la probabilité d'une augmentation de l'incidence ou de la déclaration d'une épidémie. Les 3 catégories de risque attendu sont définies comme les suivantes :

- Epidémie : score élevé (2)
- Augmentation de l'incidence / incidence élevée : score moyen (1)
- Incidence stable / incidence faible : faible score (0)

Diminution de la sécurité alimentaire – Une crise impactant négativement la production de nourriture, les marchés, les revenus des ménages, ou les prix des denrées alimentaires peut avoir un impact significatif sur la MAG. L'ampleur, l'étendue, la sévérité et la durée de l'impact sur l'insécurité alimentaire doivent être évalués en se basant sur les données disponibles de sécurité alimentaire des ménages, leur consommation, et les informations des marchés. La progression attendue de la sécurité alimentaire doit être considérée, incluant la proportion de ménages risquant d'être modérément ou sévèrement en situation d'insécurité alimentaire. Les 3 catégories de risque attendu sont définies comme les suivantes :

- Importantes lacunes dans la consommation alimentaire, diminution des biens des ménages, et stratégies d'adaptation irréversibles : score élevé (2)
- Lacunes significatives dans la consommation alimentaire, début de diminution des biens des ménages, et stratégies d'adaptation irréversibles : score moyen (1)
- Consommation alimentaire diminuée mais pas de déficience dans les apports, pas de stratégies d'adaptation irréversibles : faible score (0)

Déplacements significatifs de population – Les modes de déplacements de population sont un autre facteur pouvant influencer le type de programme à mettre en œuvre. Les déplacements peuvent se faire au-delà des frontières (pour le cas des réfugiés) ou à l'intérieur du pays (pour le cas des déplacés internes). Les modes d'implantation sont également divers : abris dispersés, abris collectifs dans des centres (tels que des écoles, ou des édifices religieux) ou des dortoirs, des camps de

réception et de transit, des camps spontanés, qui peuvent être reconnus ou non par le gouvernement hôte. Il peut également y avoir des cas où les réfugiés ou déplacés sont mélangés avec la population hôte, qui peuvent être des parents ou non. Les 2 catégories de risque attendu sont définies comme les suivantes :

- Les déplacements sont augmentés et concentrés : score élevé (1)
- Pas de déplacement, ou pas d'augmentation des déplacements, ou zone peu peuplée : score faible (0)

Densité de population – La densité de population est importante pour la prise de décision car d'une part elle influence souvent le risque d'épidémie, et d'autre part elle met en perspective la prévalence de MAG avec le nombre de cas. C'est la raison pour laquelle la densité de population doit être prise en compte dans la définition des mécanismes de mise en œuvre des programmes. Par exemple il existe des contextes où malgré une prévalence basse de MAG, le nombre de cas à prendre en charge sera important, ce qui va influencer les ressources requises et qui pourrait représenter une charge trop lourde pour le système de santé. Donc dans le cas d'une densité de population très importante, malgré la faible prévalence de MAG à la survenue de l'urgence, le nombre d'enfants nécessitant un traitement peut être très élevé. Les 2 catégories de risque attendu sont définies comme les suivantes :

- Zone urbaine, importante concentration de population : score élevé (1)
- Autre zone : score faible (0)

3.1.2.2 Calculer le risque

Chacun des risques décrits précédemment est évalué indépendamment et un score lui est attribué ; ensuite le score total est déterminé (voir tableau 2).

Tableau 2: Evaluation du risque de détérioration

Risque de détérioration	Analyse	Score	Score total	Catégorie de risque
Augmentation de la morbidité (diarrhée, IRA, rougeole, paludisme)	Elevé	2		Score 4-6 : Elevé Score 2-4 : Moyen Score <2 : Bas
	Moyen	1		
	Faible	0		
Indisponibilité de la nourriture et/ou accès perturbé (marchés, prix, production)	Elevé	2		
	Moyen	1		
	Faible	0		
Déplacements significatifs de population	Oui	1		
	Non	0		
Population dense	Oui	1		
	Non	0		

3.1.3 Recommandation de programme

La recommandation de programme est basée sur la prévalence de MAG (élevée, moyenne ou basse), ainsi que sur le risque de détérioration (élevé, moyen ou bas) calculé tel qu'expliqué ci-dessus.

La **matrice** dessinant les différentes recommandations possibles en fonction de l'analyse de la situation et du risque de détérioration est présentée en **Annexe 4**.

Les différentes interventions proposées dans la matrice constituent l'éventail des interventions nutritionnelles qu'ACF est susceptible de mettre en œuvre en situation d'urgence. Elles sont catégorisées selon les axes prioritaires du secteur Nutrition-Santé²¹ :

Tableau 3: Interventions d'urgence en nutrition selon les axes prioritaires du secteur Nutrition-Santé

AXES	INTERVENTIONS
Axe 1 : Diagnostic et Analyse	Surveillance
	Enquête SMART
	Evaluation nutritionnelle rapide
Axe 2 : Prise en charge de la malnutrition aiguë	Traitement de la malnutrition aiguë sévère
	Traitement de la malnutrition aiguë modérée
	Dépistage actif
Axe 3 : Prévention de la malnutrition aiguë	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
	Assistance alimentaire
	Blanket feeding
	Interventions optionnelles*

* Les interventions optionnelles sont des interventions faisant partie intégrante du mandat d'ACF, mais qui sont moins couramment mises en œuvre. Les conditions de mise en œuvre associées à chacune d'entre elles sont développées plus loin.

Les urgences n'étant pas homogènes (elles n'affectent pas de la même façon toutes les régions d'un pays, ou tous les groupes de population), l'analyse et le processus décisionnel doivent être élaborés zone par zone et en fonction des populations cibles concernées. Par ailleurs l'analyse doit tenir compte des différentes vulnérabilités et donc des différences potentielles d'impact entre les femmes, les filles, les garçons et les hommes, aussi bien qu'entre différents groupes ethniques ou économiques ; ceci doit ensuite être intégré dans la définition du programme en termes de ciblage géographique et de définition des groupes cibles.

Enfin rappelons une fois encore l'importance de travailler en coordination. **L'analyse de la situation doit être élaborée conjointement avec les partenaires nutrition et santé (incluant le ministère de la santé),** au niveau du Cluster ou de tout autre mécanisme de coordination existant au niveau national, régional ou local.



© ACF, Roselyne Monin – Ethiopie, 2011

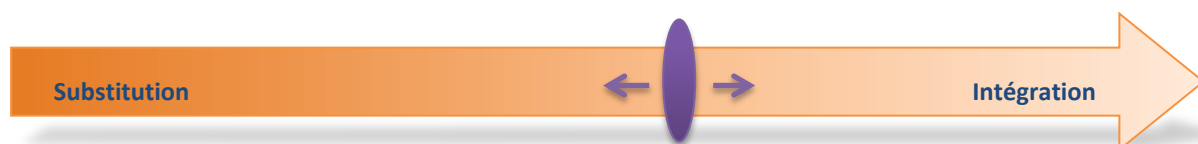
²¹ Pour plus de détails sur ces axes prioritaires, consulter dans *L'Essentiel Nutrition-Santé* (ACF-International, 2012) la fiche *Secteur Nutrition-Santé : les axes prioritaires (2011-2015) – ACF-France*

3.2 Déterminer le modus operandi et les éléments programmatiques

Le mode d'occurrence de l'urgence (brusque ou progressive) ne va pas, à quelques exceptions près, influencer la sélection des programmes de réponse à mettre en œuvre. La différence se fera en revanche sur le choix du modus operandi.

Ce dernier sera également influencé par d'autres facteurs qui entreront en ligne de compte tels que : le nombre de cas de malnutrition attendus, l'existence ou non d'un système de santé capable de gérer ces cas (totalement ou partiellement), l'existence préalable ou non de programmes nutritionnels et leur propre modus operandi.

On pourrait représenter le choix du modus operandi comme le positionnement d'un curseur sur une ligne allant de la substitution totale (implémentation directe par ACF) à l'intégration totale (implémentation par les structures de santé sans support d'ACF), les étapes intermédiaires constituant le panel de tous les types de support pouvant être apporté par ACF pour combler les manques :



Pour arriver à la sélection du modus operandi il est bien sûr essentiel d'analyser les capacités du système de santé pour identifier ses manques, mais ceci doit se faire obligatoirement de manière conjointe avec le ministère de la santé. Et afin que le support apporté par ACF ne duplique pas une autre intervention, ou au contraire ne laisse subsister des manques significatifs, il est essentiel de travailler en collaboration avec les divers partenaires nutrition et santé.

Certaines interventions sont également susceptibles d'être mises en œuvre via un partenaire local (ONG locale, ou antenne nationale de la Croix-Rouge par exemple). Cette possibilité ne doit pas être négligée car elle permettra dans certains cas une pérennité des interventions, ou un meilleur accès aux populations affectées (notamment dans des zones où la sécurité n'est pas assurée).

L'analyse aboutissant aux choix du modus operandi doit se faire pour chacune des interventions retenues, afin d'aboutir à un panel d'interventions mises en œuvre de la manière la plus pertinente possible.

Réponse à l'urgence : choix du modus operandi - L'exemple du Tchad en 2012

Depuis 2008 ACF met en œuvre un programme nutritionnel dans la région du Kanem, à travers le renforcement du système de santé (intégration) : formations, appui en intrants, appui en ressources humaines.

Une stratégie a dû être élaborée pour faire face à l'augmentation des cas de MAS dus à la crise, sans déstabiliser la prise en charge existante dans les centres de santé. Il a donc été décidé de mettre en œuvre **de façon temporaire** des équipes mobiles constituées de personnel ACF (*implémentation directe*), dans l'objectif d'étendre la prise en charge aux zones peu ou pas couvertes, tout en désengorgeant des centres de santé déjà surchargés.

Une fois que les interventions ont été sélectionnées, et leur modus operandi décidé, un certain nombre d'éléments programmatiques doivent être déterminés :

- ▶ Le groupe cible,
- ▶ Le produit à utiliser (si nécessaire),
- ▶ La durée de l'intervention,
- ▶ Et le mécanisme de mise en œuvre.

Les décisions relatives à ces éléments sont influencées par le type d'urgence et le contexte dans la zone affectée, tel que présenté en amont dans ce papier (situation antérieure, vulnérabilités en amont de la crise, et risque de détérioration).

3.2.1 Programmes axe 1 : Diagnostic et Analyse

3.2.1.1 Modus operandi

Trois interventions permettent, à des degrés différents, de faire le diagnostic et l'analyse de la situation :

- ▶ la surveillance,
- ▶ les évaluations nutritionnelles rapides,
- ▶ et les enquêtes nutritionnelles SMART.

La **surveillance** consiste à collecter de manière routinière un certain nombre de données. Les principales données à collecter sont celles qui concernent la situation nutritionnelle et sanitaire : admissions dans les programmes nutritionnels, données de dépistage (actif et passif), données de morbidité, etc. Les sources sont diverses : programmes ACF ou d'autres organisations, structures de santé (système d'information sanitaire). Il est important de collecter également des données relatives à la sécurité alimentaire (auprès des institutions ou auprès des équipes SAME d'ACF) afin d'analyser la situation de manière plus globale, particulièrement dans le cadre des catastrophes à occurrence progressive : prévisions de récoltes, variations des prix sur les marchés, vulnérabilité des ménages, etc. La surveillance permet donc de suivre l'évolution de la situation nutritionnelle, sanitaire et de la sécurité alimentaire.

Lorsqu'un **système d'alerte précoce** est fonctionnel dans le pays il est essentiel d'en suivre les analyses de manière à anticiper au mieux les catastrophes et leur impact probable, et de s'y impliquer au maximum afin de l'enrichir et/ou de le renforcer.

Les **évaluations nutritionnelles rapides** trouvent leur intérêt principalement dans le cadre des catastrophes à occurrence rapide lorsque la situation initiale est mal connue, ou lors des catastrophes à occurrence progressive lorsque l'accès est difficile (ouverture de quelques jours seulement).

En effet dans le cas des urgences à occurrence rapide la situation nutritionnelle ne peut se dégrader significativement en l'espace de quelques jours ; cette dégradation va au contraire intervenir au bout de quelques semaines. Si la situation nutritionnelle de la zone ou de la population affectée est déjà connue au moment où l'urgence survient, il n'est pas pertinent de mener une telle évaluation. Si au contraire la situation n'était pas connue, une évaluation nutritionnelle rapide est nécessaire.

Dans le cas des urgences à occurrence progressive il est plus pertinent de programmer une véritable enquête nutritionnelle, qui donnera des éléments plus précis. Mais les évaluations nutritionnelles

! RAPIDITE INDISPENSABLE !

Pour que les évaluations nutritionnelles rapides gardent toute leur pertinence et leur intérêt, les résultats doivent être connus très rapidement. Le rapport doit donc être finalisé et diffusé dans les 3 jours qui suivent la fin de la collecte de données.

rapides s'avèrent très intéressantes dans les cas où l'accès à une zone ou une population est compliqué (accès imprévisible et/ou de courte durée), car elles permettent de se faire une idée de la situation.

Les **enquêtes nutritionnelles SMART** permettent d'avoir une idée très précise de la situation dans une zone déterminée, à un instant donné. Ce sont les enquêtes nutritionnelles qui donnent les informations les plus précises et les plus fiables, mais elles nécessitent davantage de ressources (en temps, financières, et en compétences techniques).

3.2.1.2 *Éléments programmatiques*

Sélectionner le groupe cible

La **surveillance** peut concerner tous les groupes de population, suivant les données qui sont collectées. Les **évaluations nutritionnelles rapides** ciblent les enfants âgés de 6 à 59 mois et/ou les femmes enceintes et femmes allaitantes, qui sont à la fois les populations les plus vulnérables face à la malnutrition et les populations pour qui le PB peut être mesuré.

Les **enquêtes**

nutritionnelles SMART ciblent normalement les enfants âgés de 6 à 59 mois ; les nourrissons de moins de 6 mois peuvent toutefois être inclus ou faire l'objet d'une enquête si cela est pertinent.

Focus sur les nourrissons de moins de 6 mois

En termes de diagnostic et d'analyse les nourrissons de moins de 6 mois ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'une attention suffisante :

- ▶ Les données de surveillance les concernant sont rares, voire inexistantes, car elles ne sont pas collectées de manière routinière ;
- ▶ Ils sont exclus des évaluations nutritionnelles rapides dans la mesure où ils ne sont pas éligibles pour la mesure du PB ;
- ▶ Et ils font rarement l'objet d'enquêtes nutritionnelles SMART.

Cependant comme expliqué précédemment les nourrissons de moins de 6 mois sont en danger immédiat lors d'une urgence. Ils doivent donc impérativement faire l'objet d'évaluations et de surveillance.

Estimer la durée de l'intervention

La **surveillance** est une intervention de long terme qui doit exister en amont de la crise, se poursuivre pendant la réponse à l'urgence, et être perpétuée pendant la phase de réhabilitation.

Les **évaluations nutritionnelles rapides** prennent peu de temps (quelques jours) à préparer et à mettre en œuvre. Elles peuvent être réalisées dans le cadre de la collecte d'informations primaires lors de l'évaluation sectorielle approfondie, c'est-à-dire dans les 2 semaines suivant la catastrophe (voir chapitre 2.3.2).

Les **enquêtes nutritionnelles SMART** nécessitent une durée de 6 à 8 semaines, de la préparation à la finalisation du rapport. Au vu du temps de préparation nécessaire une enquête nutritionnelle ne peut être entreprise en quelques jours. Dans le cadre d'une catastrophe à occurrence progressive il est possible d'anticiper et de planifier la mise en œuvre d'une enquête nutritionnelle. En ce qui concerne les catastrophes à occurrence rapide, l'enquête nutritionnelle devra être planifiée quelques semaines ou quelques mois après la survenue de l'urgence, en fonction des risques de détérioration de la situation.



© ACF, Roselyne Monin – Côte d'Ivoire, 2011

Déterminer le mécanisme de mise en œuvre

Tel qu'expliqué précédemment l'accès à la population / zone affectée détermine entre autres le choix de réaliser une évaluation rapide ou une enquête nutritionnelle.

Par ailleurs l'étendue de la zone affectée et/ou l'hétérogénéité de la population affectée doivent être prises en compte dans la planification : une zone très étendue ou une population très hétérogène nécessitent de réaliser non pas une mais plusieurs évaluations / enquêtes, sous peine que les résultats ne soient pas exploitables.

3.2.2 Programmes axe 2 : Prise en charge de la malnutrition aiguë

3.2.2.1 Modus operandi

Trois interventions entrent dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aiguë :

- ▶ le traitement de la malnutrition aiguë sévère,
- ▶ le traitement de la malnutrition aiguë modérée,
- ▶ le dépistage actif des cas.

Schématiquement la prise en charge de la malnutrition aiguë est assurée soit directement par des ONG (internationales ou locales), soit par le système de santé, à des degrés divers d'implication selon les contextes. Dans ce dernier cas les ONG internationales ont pour rôle de développer la capacité des systèmes de santé et/ou des ONG locales à assurer cette prise en charge. ACF est donc amené à évaluer le besoin de support dans différents domaines (cf. les 6 piliers du système de santé), dans les situations dites normales et dans les situations de crise (voir stratégie A+B+C, chapitre 2.1), et à se positionner sur le curseur « substitution-intégration ». Ce positionnement doit prendre en compte les capacités des systèmes de santé mais également les capacités et le positionnement des autres acteurs pour chacune des interventions.

Par exemple nous pouvons avoir la combinaison suivante :

- ▶ prise en charge des cas de MAS par les structures de santé avec l'appui d'ACF pour l'acheminement des intrants,
- ▶ formation et supervision d'une ONG locale pour le traitement de la MAM,
- ▶ et dépistage actif des cas dans la communauté par une équipe ACF.

Comme expliqué dans le chapitre Préparation à l'urgence (2.2), dans le cas où ACF travaille déjà au renforcement du système de santé la stratégie de gestion de crise (stratégie C) aura été déterminée à l'avance avec le ministère de la santé et aura fait l'objet de pré négociations.

3.2.2.2 Eléments programmatiques

Sélectionner le groupe cible

Les groupes cibles standards pour le traitement de la sous-nutrition aiguë sont les suivants :

- 👤 Les nourrissons de moins de 6 mois malnutris (seulement dans les programmes de traitement de la MAS)
- 👤 Les enfants âgés de 6 à 59 mois sévèrement ou modérément malnutris (suivant le programme)
- 👤 Les enfants âgés de 6 à 59 mois déchargés guéris du traitement de la MAS (pour un programme MAM)
- 👤 Les femmes enceintes et femmes allaitantes malnutries.

Dans certaines circonstances exceptionnelles d'autres groupes peuvent être inclus, tels que les enfants âgés de 5 à 10 ans, ou les personnes âgées. Le besoin doit en être démontré par une

enquête, des évaluations ou des données de dépistage. Ce fut le cas par exemple lors de la sécheresse dans la Corne de l'Afrique en 2011, pour les réfugiés somaliens en Ethiopie ou au Kenya.

Concernant le dépistage actif des cas, étant donné que ce dernier s'effectue via la mesure du périmètre brachial et la vérification des œdèmes, les groupes éligibles sont les enfants âgés de 6 à 59 mois ou mesurant 65 à 110 cm, et les femmes enceintes et femmes allaitantes.

Focus sur les nourrissons de moins de 6 mois

En l'absence de recommandations officielles et en attendant les conclusions des recherches menées, ACF donne les indications suivantes :

POINTS D'ALERTE pour la détection des cas

- ▶ Si la mère du nourrisson évoque des problèmes d'allaitement ;
- ▶ En cas de perte de poids récente ;
- ▶ En cas de signes visibles de malnutrition.

CRITERES ANTHROPOMETRIQUES D'ADMISSION pour la MAS

- ▶ Indice poids pour taille < -3 z-score ;
- ▶ Périmètre brachial < 110 mm pour les nourrissons de 2 à 6 mois.

Sélectionner le bon produit

La sélection des produits est intrinsèquement liée à la nature du programme, au groupe cible, et au contexte de sécurité alimentaire. Les facteurs principaux à considérer pour la sélection des produits sont :

- ✚ L'intervention et le groupe cible : les produits destinés au traitement de la MAS et de la MAM sont différents et bien spécifiques ; par ailleurs pour un même programme les produits peuvent différer selon le groupe cible (ATPE vs lait thérapeutique pour la MAS ; ASPE vs CSB/CSB+/CSB++ pour la MAM) ;
- ✚ La capacité des ménages à cuisiner : les farines enrichies telles que le CSB (+/++) nécessitent un accès à un combustible, à de l'eau propre, à du matériel de cuisine ; si ces conditions ne sont pas remplies il sera préférable d'utiliser un aliment prêt à l'emploi ;
- ✚ Les pratiques culturelles et préférences alimentaires : Les farines enrichies déjà disponibles sont à base de blé ou de maïs, et une farine à base de riz est en cours de développement. Par ailleurs les aliments prêts à l'emploi sont pour la plupart à base d'arachide, mais des alternatives à base de pois chiche ou de lait sont développées. Les préférences des communautés doivent être prises en compte autant que possible, mais balancées avec le temps nécessaire pour que l'aliment sélectionné soit disponible.

Des recommandations détaillées sur les produits à utiliser pour la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë modérée peuvent être consultées dans le document produit par la MAM Task Force, *Moderate Acute Malnutrition : A decision tool for emergencies*, et présenté en annexe 5.

Par ailleurs un briefing détaillé sur les différents types de produits nutritionnels ainsi que la position d'ACF sur les problématiques autour de ces derniers sont disponibles en résumé dans la fiche *Les Produits Nutritionnels de L'Essentiel Nutrition-Santé 2012*, ou en version complète dans le papier de briefing et de positionnement d'ACF *Products are not enough : putting nutrition products in their proper place in the treatment and prevention of global acute malnutrition*.

Estimer la durée de l'intervention

Classiquement un programme d'urgence de prise en charge de la sous-nutrition aiguë est mis en œuvre pour au moins 6 mois. La réduction voire la fermeture des programmes d'urgence peut être envisagée lorsque les taux de MAG ont diminué, qu'il n'y a plus de risque de détérioration, et que le nombre de cas a diminué dans les programmes. Cependant l'arrêt d'un programme d'urgence ne signifie pas forcément la disparition de tous les programmes de prise en charge de la sous-nutrition aiguë : un retour ou une transition vers un programme de renforcement du système de santé est souhaitable, de façon à ce que le traitement de la malnutrition aiguë soit disponible tout au long de l'année.

Déterminer le mécanisme de mise en œuvre

Un certain nombre de facteurs sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit de déterminer le mécanisme de mise en œuvre de la réponse, tels que l'accès à la population, l'étendue de la catastrophe (nombre de zones affectées, etc.), le nombre et la capacité des autres acteurs, et la densité de population. Par exemple dans des zones densément peuplées, il sera peut-être nécessaire de multiplier les sites et/ou les jours d'ouverture afin de réduire le temps d'attente. Certaines interventions peuvent être intégrées entre elles ou délivrées sur des sites adjacents.



© ACF, Roselyne Monin – Ethiopie, 2011

3.2.3 Programmes axe 3 : Prévention de la malnutrition aiguë

3.2.3.1 Modus operandi

Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)²²

L'allaitement maternel est le moyen inégalable permettant d'apporter une croissance et un développement optimal aux nourrissons ; il a également des implications importantes sur la santé des mères et sur le lien mère-enfant. **En situation d'urgence l'allaitement maternel peut faire la différence entre la vie et la mort.** Des études prouvent qu'un allaitement inadéquat contribue massivement à la morbidité et à la mortalité infantiles (Lancet 2008).

²² ACF, *Care Practices in Emergencies Guidelines* (à paraître)

L'expérience a montré que l'allaitement peut devenir très problématique en situation d'urgence. Cela est dû entre autres au trauma, au stress et aux préoccupations qui interfèrent avec la production de lait, mais aussi aux mythes et croyances très répandus, au manque de temps des mères, au support insuffisant apporté aux mères, et aux distributions non sollicitées et non suivies de substituts au lait maternel, biberons et autres. Or **en situation d'urgence la plupart des mères peuvent poursuivre ou reprendre l'allaitement si un support technique et psychosocial approprié leur est apporté, si leurs capacités d'adaptation sont mises en valeur, et si un environnement favorable est créé.**

L'objectif des interventions ANJE est de protéger les nourrissons et les jeunes enfants au sein de leur famille dans un contexte d'urgence, à travers l'optimisation des pratiques de soins, et en renforçant les ressources psychosociales de la mère et de la famille. Les objectifs spécifiques sont entre autres :

- ▶ De prévenir une augmentation de la sous-nutrition aiguë, de la morbidité et de la mortalité ;
- ▶ D'aider les familles à adapter leurs pratiques de soins au contexte d'urgence et de post-urgence ;
- ▶ D'améliorer le bien-être des bénéficiaires (nourrissons, jeunes enfants et leur entourage, femmes enceintes) en prenant en compte leur vie passée et leur souffrance passée et présente, ainsi que les nouveaux besoins qui émergent ;
- ▶ De montrer aux familles comment favoriser le développement et la survie de l'enfant ;
- ▶ De prévenir ou diminuer les impacts négatifs de distribution non sollicitées et non suivies de substituts au lait maternel ;
- ▶ D'apporter des solutions appropriées et pérennes pour les nourrissons pour qui l'allaitement maternel n'est pas une option.

L'ANJE peut être supportée via différentes interventions, qui doivent toujours être adaptées à la culture locale, aux besoins identifiés et au niveau technique de l'équipe. Différentes interventions ANJE peuvent être complémentaires les unes aux autres dans la réponse à l'urgence : tentes mères-enfants (Baby Tents), coins d'allaitement, conseillers mobiles, intégration des pratiques de soins (par exemple dans un programme de traitement de la MAS), pratiques de soins à base communautaire.

Dans les situations d'urgence les substituts au lait maternel sont encore plus dangereux qu'en temps normal à cause du manque d'hygiène lors du stockage, de la préparation et de l'administration, et du manque de disponibilité sur le long terme de produits appropriés à chaque âge et libellés dans les langues locales. L'arrêt de l'allaitement (entraîné par les distributions de substituts) provoque en effet une perte de protection immunologique, de valeur nutritionnelle optimale et de bien-être, et ceci intervient justement lorsqu'il y a un risque accru d'infection, une disponibilité moindre d'aliments de compléments de bonne qualité, et un risque accru de problèmes émotionnels dus à la situation d'urgence. Ceci prouve que les distributions non sollicitées et non suivies de substituts au lait maternel provoquent une augmentation de la morbidité et de la mortalité. ACF doit donc, en tant que signataire du Code international, s'investir activement dans la prévention de telles distributions, dans le suivi et le rapportage des violations du Code, ainsi que dans la gestion des substituts interceptés. Ces interventions sont en général portées par le Cluster Nutrition.

FOCUS SUR LE LAIT ARTIFICIEL POUR NOURRISSONS PRÊT A L'EMPLOI (LANPE)

L'expérience d'Haïti

Pourquoi distribuer du LANPE ? Les raisons qui ont motivé ce choix stratégique sont : le faible taux d'allaitement en amont du séisme ; un environnement urbain avec des substituts déjà très présents sur les marchés ; un grand nombre d'orphelins attendus ; le principe des nourrices pas bien accepté.

Pour quelles indications ? Les enfants éligibles pour le LANPE étaient les nourrissons âgés de moins de 12 mois qui n'avaient pas la possibilité d'être allaités, pour les raisons suivantes : mère absente à long terme ou décédée ; mère recevant un traitement contre-indiqué avec l'allaitement ; mère en phase de relactation ; mère porteuse du VIH qui n'allaitait pas avant le séisme ; mère n'allaitant pas avant le séisme.

Quels sont les risques ? L'attractivité du LANPE qui risque de défavoriser l'allaitement (« faux orphelins ») ; la mauvaise utilisation (nouveau produit, les directives ont dû être créées de zéro) ; la stratégie de sortie (ce type de distribution n'est pas censé être pérenne).

Les directives opérationnelles

Dans les premiers stades d'une urgence, le LANPE a l'avantage de ne pas nécessiter une reconstitution avec de l'eau. Son usage peut limiter les risques sanitaires en attendant que des services supportant l'utilisation des laits infantiles en poudre soient établis. Le LANPE n'est pas une garantie de sécurité – un usage approprié, l'hygiène du matériel et les conditions de stockage demeurent essentiels. L'approvisionnement en LANPE a un coût considérable et des implications en termes de stockage qui nécessitent une prise en considération prudente dans chaque contexte. Lorsqu'il est indiqué, l'approvisionnement en LANPE devrait être priorisé pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois.

Assistance alimentaire²³

Les interventions d'assistance alimentaire sont variées et visent à empêcher la détérioration de l'état nutritionnel de la population affectée, en assurant un accès à une alimentation adaptée et nutritive.

L'aide alimentaire peut prendre différentes formes telles que la distribution générale de nourriture ciblant toute la population d'une zone donnée, la distribution ciblée à un groupe donné de la population (i.e. enfants âgés de moins de 5 ans, femmes enceintes et femmes allaitantes, *voir Blanket feeding*), la forme de programme d'alimentation contre travail, ou encore la forme de coupons alimentaires grâce auxquels les bénéficiaires vont s'approvisionner auprès de magasins pré-identifiés. La ration peut soit être complète et couvrir les besoins énergétiques théoriques d'un adulte, soit être complémentaire (dans ce cas elle est donnée en complément des sources existantes de nourriture et ne couvre qu'une partie des besoins théoriques). Dans les deux cas il est indispensable que les rations correspondent aux besoins nutritionnels de la population ciblée. Cependant étant donné que cette ration est souvent « sèche » et ne contient aucun produit frais tel que des légumes, des fruits ou des AOA (aliments d'origine animale), elle est virtuellement déficiente en micronutriments clés. Dans certains contextes les rations sont préparées et distribuées à travers des cantines (*voir blanket feeding*).

Les interventions monétaires sont reconnues comme ayant un fort potentiel pour améliorer la nutrition et prévenir la détérioration de l'état nutritionnel. Elles comprennent un large éventail de modalités telles qu'argent contre travail, transferts directs et coupons.

²³ ACF-International, *Optimiser l'impact nutritionnel des interventions sécurité alimentaire et moyens d'existence – Manuel pour les professionnels de terrain*, Décembre 2011

Plusieurs expériences montrent que les transferts monétaires augmentent sensiblement la consommation et la diversification alimentaire des ménages.

L'utilisation de coupons visant à promouvoir l'accès à certains types d'aliments et services est pertinente dans tout environnement où la disponibilité de ces produits / services est bonne, mais dont l'accès reste limité et hors de portée des personnes à faible pouvoir d'achat. Les coupons peuvent être utilisés pour assurer l'accès à des aliments frais riches en micronutriments (fruits, légumes, AOA) qui sont chers et difficile à inclure dans une distribution alimentaire. Les coupons peuvent également être utilisés pour accéder à des produits fortifiés et à des compléments alimentaires disponibles sur les marchés locaux.

Blanket feeding²⁴





La blanket feeding, ou distribution de couverture, est une intervention d'aide alimentaire ciblée qui peut compléter d'autres opérations d'assistance alimentaire, ou être mise en œuvre de manière isolée. Elle peut faire partie de la première phase de réponse à l'urgence, car plus rapide à mettre en œuvre qu'une distribution générale et ciblant les plus vulnérables (enfants âgés de moins de 5 ans, femmes enceintes et femmes allaitantes).

La ration distribuée sous forme sèche ou pré mixée est calculée pour couvrir les besoins nutritionnels d'un enfant âgé de 5 ans (1250 Kcal/jour) tout en prenant en compte le risque (élevé) de partage au sein de la famille ; elle atteint donc 1500 Kcal/jour.

Dans les situations où les familles n'ont pas la possibilité de cuisiner, ou bien que l'on veut s'assurer que les populations ciblées bénéficient bien de la ration, il est possible de distribuer celle-ci sous forme cuisinée au sein de cantines.

Interventions optionnelles

Les interventions optionnelles sont des interventions faisant partie intégrante du mandat d'ACF, mais qui sont moins couramment mises en œuvre. Elles seront implémentées si l'analyse du contexte fait apparaître les conditions suivantes :

-  Pour la **distribution de micronutriments** : la population est dépendante de la distribution générale de nourriture ;
-  Pour la **supplémentation ciblée** (en vitamine A, vitamine C, ou zinc) : 1) la déficience en vitamine A est endémique, 2) situation d'épidémie ou risque d'épidémie (de rougeole, de scorbut, ou de diarrhées), 3) pas de présence d'un acteur médical pour assurer la supplémentation ;
-  Pour la **campagne de déparasitage** : 1) problème important d'accès à l'eau, 2) l'anémie est endémique, 3) la parasitose est endémique ;
-  Pour la **campagne d'immunisation** : 1) la couverture vaccinale est faible, 2) il y a un risque d'épidémie, 3) pas de présence d'un acteur médical pour assurer la campagne.

3.2.3.2 Eléments programmatiques

Sélectionner le groupe cible

Les interventions d'**ANJE** ciblent les nourrissons et jeunes enfants jusqu'à 2 ans, leur entourage (parents, frères et sœurs, etc.), et les femmes enceintes. Certaines interventions telles que les tentes mères-enfants ciblent plus particulièrement les femmes allaitant des enfants de moins de 2 ans, ainsi que les femmes enceintes.

²⁴ ACF-International FSL, *Food Aid Interventions, Programming ... A blanket distribution intervention & Programming ... Canteens interventions*

Les interventions d'**assistance alimentaire** non ciblée bénéficient à la population générale, cependant les **interventions monétaires** donnent lieu à une sélection des bénéficiaires selon des critères de vulnérabilité.

La **blanket feeding** cible les groupes de la population les plus vulnérables face à la sous-nutrition aiguë, à savoir les enfants âgés de 6 mois à 5 ans et les femmes enceintes et femmes allaitantes. En fonction du contexte le groupe des enfants bénéficiaires peut être restreint aux enfants âgés de moins de 3 ans.

Concernant les **interventions optionnelles** le groupe cible est spécifique à chacune des interventions, et peut varier en fonction du contexte.

Sélectionner le bon produit

La sélection des produits est intrinsèquement liée à la nature du programme, au groupe cible, et au contexte de sécurité alimentaire. Les facteurs principaux à considérer pour la sélection des produits sont :

- ✚ L'intervention et le groupe cible : les produits destinés à la distribution générale de nourriture ou à la distribution de couverture sont différents ; par ailleurs pour un même programme les produits peuvent différer selon le groupe cible (ASPE vs CSB/CSB+/CSB++ pour la blanket feeding par exemple) ;
- ✚ La capacité des ménages à cuisiner : les farines enrichies telles que le CSB (+/++) nécessitent un accès à un combustible, à de l'eau propre, à du matériel de cuisine ; si ces conditions ne sont pas remplies il sera préférable d'utiliser un aliment prêt à l'emploi (ASPE ou biscuits énergétiques par exemple) ;
- ✚ Les pratiques culturelles et préférences alimentaires : Les farines enrichies déjà disponibles sont à base de blé ou de maïs, et une farine à base de riz est en cours de développement. Par ailleurs les aliments prêts à l'emploi sont pour la plupart à base d'arachide, mais des alternatives à base de pois chiche ou de lait sont développées. Les préférences des communautés doivent être prises en compte autant que possible, mais balancées avec le temps nécessaire pour que l'aliment sélectionné soit disponible.

Des recommandations détaillées sur les produits à utiliser pour la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë modérée peuvent être consultées dans le document produit par la MAM Task Force, *Moderate Acute Malnutrition : A decision tool for emergencies* (annexe 4).

Par ailleurs un briefing détaillé sur les différents types de produits nutritionnels ainsi que la position d'ACF sur les problématiques autour de ces derniers sont disponibles en résumé dans la fiche *Les Produits Nutritionnels de L'Essentiel Nutrition-Santé*, ou en version complète dans le papier de briefing et de positionnement d'ACF *Products are not enough : putting nutrition products in their proper place in the treatment and prevention of global acute malnutrition*.

Enfin de manière générale la composition des rations distribuées est calculée pour couvrir les besoins énergétiques de la population ciblée, tout en tenant compte de la composition en micronutriments. Ces calculs peuvent se faire aisément grâce au logiciel NutVal²⁵ du PAM.

Estimer la durée de l'intervention

Classiquement un programme d'urgence de prévention de la sous-nutrition aiguë est mis en œuvre pour au moins 3 à 6 mois. La réduction voire la fermeture des programmes d'urgence peut être envisagée lorsque les taux de MAG ont diminué, qu'il n'y a plus de risque de détérioration, et que le nombre de cas a diminué dans les programmes de prise en charge. Cependant l'arrêt d'une intervention d'urgence ne signifie pas forcément la disparition de tous les programmes de prévention de la sous-nutrition aiguë : une transition vers des programmes de plus long terme est

²⁵ NutVal peut être téléchargé gratuitement : <http://www.nutval.net/2008/05/download-page.html>

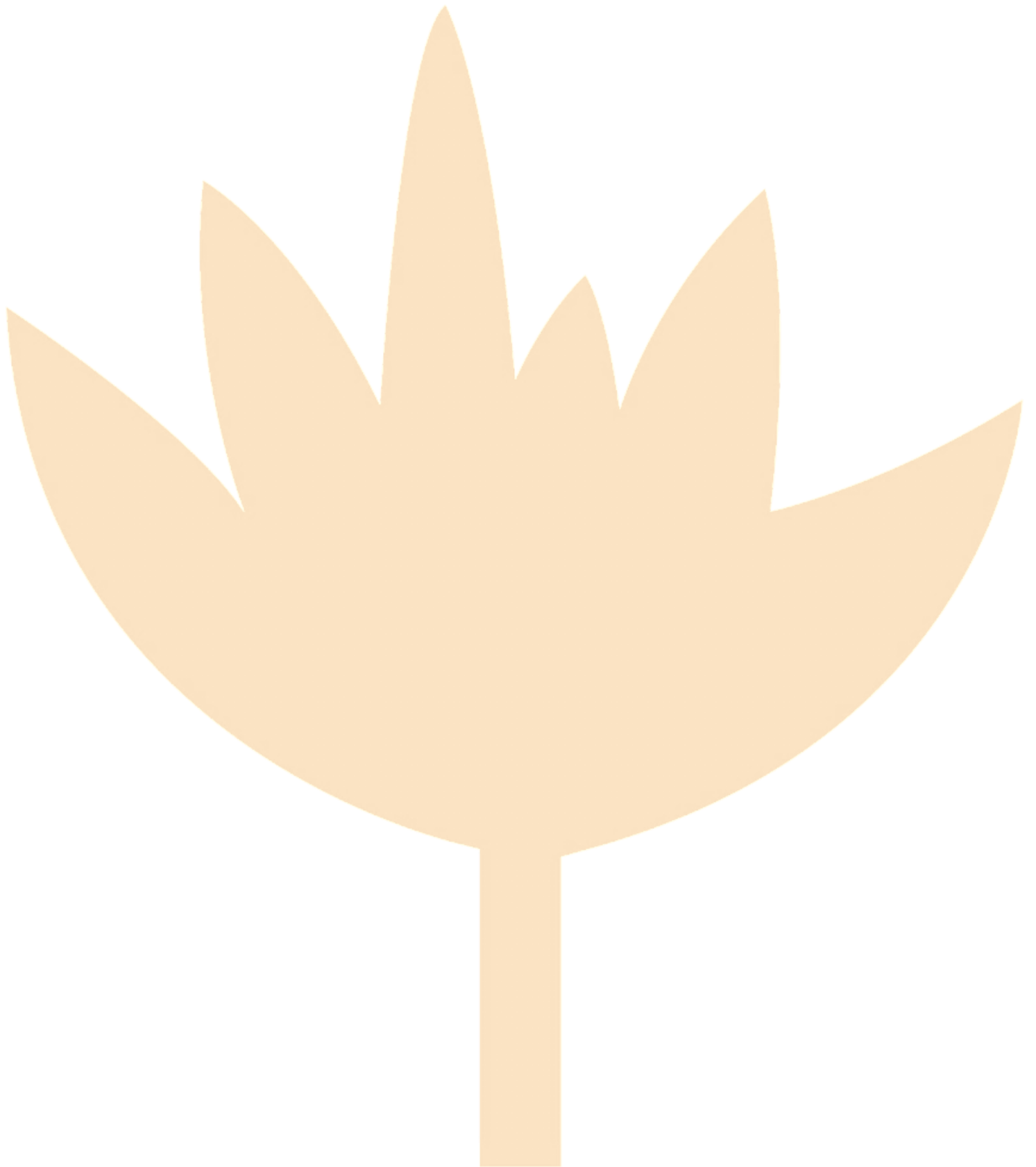
souhaitable, de façon à ce la prévention de la malnutrition soit assurée tout au long de l'année par des programmes adressant les causes de la sous-nutrition.

Déterminer le mécanisme de mise en œuvre

Un certain nombre de facteurs sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit de déterminer le mécanisme de mise en œuvre de la réponse, tels que l'accès à la population, l'étendue de la catastrophe (nombre de zones affectées, etc.), le nombre et la capacité des autres acteurs, et la densité de population. Par exemple dans des zones densément peuplées, il sera peut-être nécessaire de multiplier les sites et/ou les jours d'ouverture afin de réduire le temps d'attente. Certaines interventions peuvent être intégrées entre elles ou délivrées sur des sites adjacents.



© ACF, Roselyne Monin – Côte d'Ivoire, 2011





IV. LE CLUSTER NUTRITION : NOTIONS DE BASE

Les urgences humanitaires peuvent prendre de multiples formes. Elles peuvent résulter de catastrophes naturelles, telles que les inondations ou les séismes, ou de conflits. Le début d'une urgence peut survenir très rapidement, ou bien évoluer lentement dans le temps.

La réponse humanitaire est un domaine évolutif et dynamique, guidé par des principes humanitaires fondamentaux.

4.1 La Réforme Humanitaire et l'Approche Cluster

En réponse à la complexité croissante des contextes humanitaire, une Revue de la Réponse Humanitaire a été finalisée en 2005 par l'IASC²⁶. Cette revue a pointé des gaps significatifs, notamment une fragmentation des réponses, une duplication des efforts, et une implication insuffisante des gouvernements et acteurs nationaux.

Une **Réforme Humanitaire** a ainsi été proposée, dans le but d'améliorer la **prévisibilité** des financements et le leadership de la réponse, la **redevabilité** envers les populations affectées, et le **partenariat** entre les acteurs humanitaires UN et non UN.



Figure 3: Les 4 piliers de la Réforme Humanitaire

4.1.1 Objectifs de l'Approche Cluster

Le développement de l'Approche Cluster visait à renforcer la réponse humanitaire, à travers la définition et le renforcement de partenariats et de la redevabilité dans les secteurs clés.

- Au niveau global : renforcement de la préparation et de la capacité technique de réponse aux urgences humanitaires.

²⁶ Inter-Agency Standing Committee : forum impliquant les acteurs clés UN et non UN, responsable de la coordination, du développement de politiques et de la prise de décisions. L'IASC détermine qui est responsable de quoi dans la réponse humanitaire, identifie les gaps et recommande l'application des principes humanitaires internationaux. L'IASC est dirigé par l'Emergency Relief Coordinator (ERC).

- Au niveau pays : assurer une réponse plus cohérente et efficace en mobilisant les agences afin qu'elles puissent répondre de manière stratégique, avec une agence dirigeant le « cluster » (Cluster Lead Agency) désignée au niveau pays.

L'Approche Cluster permet ainsi des réponses plus stratégiques et une meilleure priorisation des ressources disponibles en clarifiant la répartition du travail entre les organisations, et en définissant mieux les rôles et responsabilités des organisations humanitaires au sein des secteurs.

4.1.2 Où / Quand activer les Clusters ?

Lorsqu'une urgence humanitaire dépasse les limites du mandat d'une agence, quand les besoins sont d'une telle complexité que cela justifie une réponse multisectorielle et l'engagement d'un large éventail d'acteurs.

4.1.3 Mécanisme d'activation des Clusters

La procédure d'activation des Clusters a été élaborée par l'IASC en 2007.

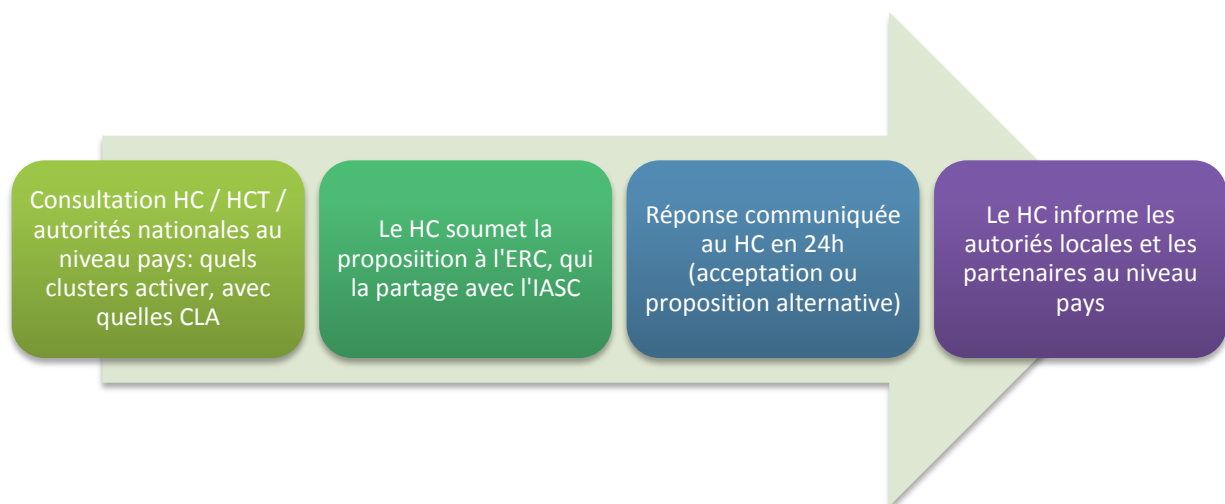


Figure 4: Mécanisme d'activation des Clusters

Les acronymes

HC (Humanitarian Coordinator) : Il/elle a la responsabilité d'assurer que la réponse internationale est stratégique, bien planifiée, coordonnée et efficace.

HCT (Humanitarian Country Team) : l'équivalent de l'IASC au niveau pays; dirigée par le HC.

ERC (Emergency Relief Coordinator) : à la tête d'OCHA, dirigeant l'IASC, et reportant au Secrétariat Général des Nations Unies, l'ERC est responsable de la coordination globale de l'assistance humanitaire

CLA (Cluster Lead Agency) : Pour la Nutrition, UNICEF est la Cluster Lead Agency

4.1.4 Quand le Cluster Nutrition doit-il être activé ?

L'activation des Clusters spécifiques dépend de l'urgence humanitaire et des capacités de réponse au niveau national. Les Clusters ne sont supposés être activés que dans les secteurs où les mécanismes de coordination existants sont insuffisants. L'activation du cluster dépendra d'une décision des autorités nationale (voir ci-dessous)

En tant que Cluster Lead Agency au niveau global pour la Nutrition, UNICEF a la responsabilité de faciliter la discussion, l'analyse et la recommandation d'activer ou non le Cluster Nutrition. Dans le même temps les acteurs en nutrition au niveau pays ainsi que la GNC-CT²⁷ peuvent apporter leurs contributions.

Les questions à se poser pour savoir si un Cluster Nutrition est nécessaire :

- Existe-t-il des gaps dans la disponibilité des programmes de traitement et de prévention de la sous-nutrition à cause de l'urgence ?
- La préparation et la réponse à l'urgence en nutrition sont-elles déjà coordonnées de manière adéquate par les autorités nationales ?
- Existe-t-il un mécanisme de coordination pour le secteur nutrition ayant les capacités de préparation et réponse aux urgences ?
- D'autres secteurs prévoient-ils d'activer l'approche Cluster ?
- Y a-t-il des indicateurs de l'augmentation du risque nutritionnel lié à l'urgence, et qui dépasserait les capacités actuelles de réponse ?

4.2 Rôles et Responsabilités

4.2.1 Gouvernement

Le rôle du gouvernement est défini dans la résolution 46/182 de l'Assemblée Générale des UN : « Chaque Etat **est le premier responsable** pour prendre en charge les victimes des catastrophes naturelles et autres urgences survenant sur son territoire. Donc l'Etat affecté a le premier rôle dans l'initiation, l'organisation, la coordination et l'implémentation de l'assistance humanitaire sur son territoire. »

L'assistance humanitaire est fournie dans le cas où les autorités nationales n'ont pas la volonté ou la capacité de la fournir elles-mêmes.

En fonction de la volonté des autorités nationales à participer au Cluster, il existe 3 possibilités de partenariat :

- Le gouvernement est lead ou Co-lead d'un cluster
- Le gouvernement souhaite coordonner, mais délègue l'autorité de coordination à la CLA, et des opportunités de prise de décision lui sont offertes régulièrement (situation la plus courante)
- Le gouvernement ne veut ou ne peut pas coordonner, et est tenu informé des progrès du cluster à intervalles réguliers.

4.2.2 Cluster Lead Agency

Une agence est désignée comme CLA dans chaque secteur technique.

²⁷ Global Nutrition Cluster – Coordination Team

Au niveau global la CLA en Nutrition est UNICEF. Au niveau pays UNICEF est également le plus souvent la CLA mais d'autres schémas sont possibles. Au niveau pays la CLA peut être n'importe quelle organisation membre de l'IASC dès lors qu'elle a les ressources et l'expertise nécessaires pour répondre aux termes de référence. ACF a déjà été dans certains pays la CLA (Sud soudan par exemple).

Les aires d'intervention de la CLA sont :

- Standards et politiques : développement, consolidation, dissémination
- Construction de la capacité de réponse : formations, stocks, RH
- Support opérationnel

IMPLICATION D'ACF

- ▶ **Présence opérationnelle** : il serait irréaliste pour ACF de se positionner en CLA avec une présence opérationnelles limitée sur le terrain.
- ▶ **Implications RH** : la CLA doit fournir des personnels en nombre suffisant, seniors et expérimentés pour assurer les fonctions de coordination, d'information management et de support administratif, pour toute la durée de l'urgence et de la période de transition.
- ▶ **Implications financières** : coûts des personnels et des activités de coordination (réunions, support logistique, support administratif, impressions, etc.).
- ▶ **Relations de travail avec les autorités nationales** : les différentes organisations (UN, ONG, institutions) peuvent être traitées différemment par les autorités nationales (permis de circuler, permis de travail, par exemple). Ce genre de problème devrait être résolu pour agir en tant que CLA.
- ▶ **Redevabilité** : en tant que pourvoyeur en dernier recours, la CLA est redevable devant le coordinateur humanitaire en cas de gaps identifiés.

Pour en savoir +

Pourvoyeur en dernier recours : Au niveau pays la CLA a la responsabilité d'être le pourvoyeur en dernier recours, ce qui signifie que sous certaines conditions, la CLA a l'obligation de fournir les services nécessaires pour combler les gaps dans la réponse à l'urgence. Ces conditions sont l'accès, la sécurité, et la disponibilité des fonds.

4.2.3 Le coordinateur Cluster

Le rôle du NCC (Nutrition Cluster Coordinator) est d'assurer une réponse cohérente et efficace à une urgence nutritionnelle. Ses termes de référence couvrent 13 champs d'intervention :

- Inclusion de tous les partenaires clés ;
- Etablir et maintenir des mécanismes de coordination appropriés ;
- Assurer lien / coordination avec les autorités nationales, les institutions et la société civile ;
- S'assurer de l'approche participative et de l'implication de la communauté dans les évaluations, analyses, et réponses ;

- S'assurer que les questions transverses sont prises en compte (genre, VIH, environnement, etc.) ;
- S'assurer de l'efficacité et de la cohérence des évaluations et analyses, et impliquer les partenaires appropriés ;
- Préparation aux urgences ;
- Elaboration de stratégie ;
- Application des standards: s'assurer que les réponses sont en ligne avec les politiques nationales ;
- Suivi et reporting: s'assurer que les mécanismes sont en place ;
- Plaidoyer et mobilisation des ressources ;
- Formation et développement des capacités des partenaires ;
- Pourvoyeur en dernier recours: requête auprès de la CLA pour combler les gaps.

La crédibilité du NCC dépend de la façon dont il/elle arrive à démontrer son impartialité, son autonomie et son indépendance par rapport à sa CLA.

4.2.4 Participants au Cluster

Le Cluster Nutrition est ouvert à toutes les organisations participant à la réponse nutritionnelle, en ligne avec les standards de bonnes pratiques, et qui souhaitent s'engager dans le renforcement des capacités en nutrition dans le pays, et contribuer aux priorités stratégiques du Cluster Nutrition.

IMPLICATION D'ACF

- ▶ Approuver les objectifs globaux et mécanismes de coordination du cluster ;
- ▶ Pro activité dans l'échange d'information, identification des besoins et des gaps, mobilisation des ressources, renforcement des capacités locales ;
- ▶ Partager les responsabilités de la coordination: évaluer les besoins, développer des plans de réponse, développer des guidelines, etc. à travers des groupes de travail; développer des réponses en ligne avec les objectifs et priorités définis ;
- ▶ Respecter et adhérer aux principes, politiques, priorités et standards.

Il est important de préciser que les participants au Cluster Nutrition ne sont pas redevables à la CLA, excepté dans le cas d'obligations contractuelles (par exemple en tant qu'implementing partner).

4.2.5 Global Nutrition Cluster (niveau international)

4.2.5.1 Composition

Le GNC est composé d'un large éventail de participants, ayant des rôles et responsabilités différents :

- Coordinateur du GNC : responsable de la gestion globale du GNC, et assisté par une équipe (GNC-CT : GNC-Coordination Team) ;
- Partenaires principaux du GNC (Core Partners) : individus ou agences faisant formellement partie du GNC, et apportant leur expertise technique. ACF en fait partie ;

- Personnes ressources du GNC : réseau des NCC et de personnels régionaux de la CLA, auxquels on fait appel pour des contributions particulières ;
- Observateurs du GNC : individus ou agences qui ne participent au GNC que pour partager de l'information (ex : MSF, CICR) ;
- Réseau élargi du GNC : étudiants, professionnels, qui s'intéressent aux informations partagées par le GNC mais qui ne sont pas impliqués dans le travail.

4.2.5.2 Les axes stratégiques du GNC

- Coordination, plaidoyer et mobilisation de ressources à l'international
- Politiques, standards, guidelines internationaux
- Développement des capacités de réponse humanitaire
- Préparation
- Evaluation, monitoring et information management
- Meilleures pratiques et leçons apprises

LA VISION DU GNC

« Sauvegarder et améliorer le statut nutritionnel des populations affectées par les urgences, en assurant une réponse appropriée qui soit prévisible, opportune et efficace ».

4.2.5.3 Le GNC et les Cluster pays

Il n'y a pas de lien hiérarchique entre la GNC-CT et les NCC. Le GNC partage ses ressources (documentation) et offre un support technique aux NCC, sur demande.

Le GNC assure également un lien avec d'autres initiatives qui concernent la nutrition, telles que le IFE²⁸ Core Group, le SCN²⁹, le SUN³⁰, le NUGAG³¹ et le REACH³².

4.2.6 UNHCR et le Cluster Nutrition

En 2005 le UNHCR a pris le rôle de CLA pour les Cluster Protection et Shelter pour les déplacés internes, ainsi que la coordination et la gestion des camps de déplacés.

En revanche il n'existe pas de directives sur la façon dont UNHCR et le Cluster Nutrition devraient coopérer concernant le cas des réfugiés.

En résumé :

- **Pour les déplacés, en dehors des camps** : la nutrition est sous la responsabilité du Cluster Nutrition ;
- **Pour les déplacés, dans les camps** : la nutrition est sous la responsabilité du Cluster Nutrition ;
- **Pour les réfugiés, dans et en dehors des camps** : la nutrition est sous la responsabilité de UNHCR.

²⁸ Infant Feeding in Emergency

²⁹ Standing Committee on Nutrition

³⁰ Scaling Up Nutrition

³¹ Nutrition Guidance expert Advisory Group

³² Ending Child Hunger and Undernutrition

4.3 Les champs d'action du Cluster Nutrition

4.3.1 Gestion de l'information

Une gestion de l'information efficace est le fondement d'une coordination efficace. C'est un composant essentiel pour améliorer la planification, l'intégration et l'implémentation d'une réponse d'urgence en nutrition.

La gestion de l'information inclut 4 domaines : la collecte, le traitement, l'analyse et la dissémination.

Qui est impliqué ?

La **CLA** (fournit les ressources : personnel IM, ordinateurs et logiciels nécessaires), **IM manager**, **NCC** (s'assure de la production de données et de leur usage approprié), les **participants Cluster** (proactifs dans l'échange d'informations, et contribuent à la production de standards et de guidelines pour l'IM), et **OCHA** (qui compile les informations des différents Clusters).

4.3.2 Evaluation

Les informations fournies par les évaluations constituent le fondement de la planification, de la délivrance et du suivi de la réponse du Cluster Nutrition. Elles génèrent une image de la situation d'avant-crise, incluant les vulnérabilités, mais aussi une image de la situation pendant la crise, soulignant l'impact de l'urgence et les personnes affectées.

Qui est impliqué ?

Le NCC et l'IM (identification des informations disponibles et des gaps), le HC et OCHA (coordination des évaluations d'urgence inter-cluster), les participants Cluster (mise en œuvre des évaluations, identification des besoins spécifiques).

4.3.3 Stratégie de réponse du Cluster

La stratégie de réponse du Cluster représente le cadre global de la réponse à l'urgence en nutrition. Elle fournit la vision et le plan d'action pour une réponse collective et complète. La stratégie de réponse du Cluster Nutrition :

- Définit des objectifs communs
- Identifie des priorités
- Elabore un plan d'action cohérent et complet, définissant clairement les rôles et responsabilités
- Et définit le mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la réponse.

La stratégie de réponse doit être basée sur l'analyse des informations disponibles, prendre en compte les problématiques transversales, faire le lien avec les autres Clusters lorsque c'est pertinent, et tenir compte des priorités et des capacités disponibles.

La stratégie doit être régulièrement revue et mise à jour afin de rester pertinente.

Qui est impliqué ?

Le NCC (facilite le développement et la mise à jour de la stratégie, avec des mécanismes clairs de contrôle de la qualité et de révision), et les participants Cluster (contribuent par leurs informations et leurs idées).

4.3.4 Promotion des standards et développement des capacités

Promotion des standards

Des standards doivent être en place afin de promouvoir une réponse de qualité, et que les objectifs du Cluster Nutrition sont atteints par la mise en œuvre d'activités planifiées, implémentées et suivies de manière appropriée.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (facilite l'identification, la révision, le développement, et la promotion des standards), les **participants Cluster** (identifier et prioriser les domaines où des standards sont nécessaires, s'engager dans le développement / la révision), **institutions ou organisations** en dehors du Cluster (développement de matériel de formation, ou autre).

Développement des capacités

Développement des compétences des participants au Cluster, de manière à ce qu'ils soient mieux équipés pour sauvegarder le statut nutritionnel des populations.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (supporte les efforts pour renforcer les capacités des autorités nationales et de la société civile), les **participants Cluster** (contribuent à l'identification et la priorisation des besoins de développement des capacités).

4.3.5 Plaidoyer et communication

Plaidoyer

En pratique le plaidoyer en situation d'urgence vise à :

- Gagner en acceptation et en support pour la nutrition en situation d'urgence ;
- Mobiliser des ressources ;
- Augmenter la prise de conscience.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (s'assure que les problématiques de plaidoyer du Cluster Nutrition sont identifiées, et facilite le processus de plaidoyer conjoint), l'**IM** (collecte et analyse les informations utilisées dans les messages de plaidoyer), les **participants Cluster** (priorisation des problèmes, développer les preuves, mise en œuvre du plaidoyer, mais aussi détermination des paramètres du plaidoyer : qui parle au nom du Cluster Nutrition, selon quelles conditions), la **CLA** (le représentant de la CLA a la responsabilité de plaidoyer pour le Cluster Nutrition, en utilisant toutes les occasions qui se présentent, en se basant sur les apports du NCC).

Communication

La communication est un important instrument de plaidoyer, particulièrement avec les médias.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (facilite la définition et la présentation du point de vue du Cluster Nutrition, et s'assure que les messages représentent la position du Cluster Nutrition et pas d'un seul partenaire), l'**IM** (collecte et analyse l'information utilisée dans le matériel de communication), les participants Cluster (définissent à travers les TdR du Cluster les paramètres de communication externe : qui parle au nom du Cluster Nutrition, selon quelles conditions, comment sont gérées les informations sensibles), la **CLA** (communiquer les besoins et problèmes du Cluster Nutrition dans les forums supérieurs, support technique et facilitation du contact avec les médias), **OCHA** (rôle important de communication pour tous les Clusters).

4.3.6 Mobilisation des ressources

Collecte de fonds

La collecte de fonds vise à assurer que les ressources financières adéquates sont disponibles pour les partenaires humanitaires, de manière à ce que la stratégie de réponse du Cluster Nutrition puisse être implémentée.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (s'assure que le Cluster Nutrition mobilise les fonds nécessaires pour adresser les besoins prioritaires, s'assure que les fonds obtenus à travers le Cluster Nutrition sont utilisés en priorité pour les problématiques les plus critiques et sous-financées), la **CLA** (plaidoyer pour les besoins de financement du Cluster Nutrition auprès du HC, des bailleurs, et de la communauté humanitaire), les **participants Cluster** (partagent les informations avec le NCC pour s'assurer que tous les besoins financiers sont couverts, contribuent à la priorisation des projets au sein du Cluster, et mobilisent des fonds de leur côté), **OCHA et le HC** (gère le processus de collecte de fonds pour les clusters : détermine le processus, les outils, et le temps imparti à l'établissement des priorités de financement et la sélection des projets).

Pour en savoir +

Fonds	Qu'est-ce que c'est ?	Qui est éligible ?	Qui le prépare ?
FLASH APPEAL	Donne une vue d'ensemble des besoins les plus urgents, des stratégies de réponse des Clusters, et des projets des agences pour les 3 à 6 premiers mois. Habituellement révisé au bout d'1 mois, selon les informations additionnelles.	Agences UN ONG PAS Autorités nationales sauf si dans les projets UN ou ONG.	Coordonné et compilé par HC et OCHA, avec les apports des coordinateurs clusters et de la HCT. Dans les 5 à 7 jours de l'urgence.
CERF Rapid Response Grant (Central Emergency Response Fund)	Fournit un début de financement pour démarrer des programmes « life-saving » développés dans le Flash Appeal, mais non encore couverts par d'autres bailleurs	Agences UN IOM PAS ONG et autorités nationales sauf si dans un projet UN	Le NCC en collaboration avec le Cluster Nutrition
CAP (Consolidated Appeal)	Développé si une urgence se prolonge au-delà des 6 mois du Flash Appeal. Composé du CHAP (Common Humanitarian Action Plan) qui est le plan de réponse stratégique à l'urgence + le lot de projets nécessaires à cette stratégie	Agences UN ONG FICR Les autorités nationales peuvent seulement être implementing partner.	Le HC dirige le processus avec la HCT, les coordinateurs clusters, et les autres organisations humanitaires.
Pooled Funds : ERF (Expanded Humanitarian Response Fund)	Petits fonds, couvrant les besoins non inclus dans le CAP mais en ligne avec les objectifs du CHAP ; projets de court terme (max 6 mois)	Souvent les ONG	
Pooled Funds : CHF (Common Humanitarian Fund)	Couvre les projets prioritaires du CAP		Processus consultatif impliquant tous les clusters

4.3.7 Mobilisation des intrants et de l'équipement

La capacité à mettre en œuvre des interventions en nutrition nécessite d'avoir les intrants adéquats, et les équipements au bon moment, au bon endroit.

Le type et la quantité de denrées nécessaires pour la réponse devraient être inclus dans la stratégie de réponse en Nutrition.

Les intrants utilisés pour le traitement de la MAS et le MAM sont souvent catégorisés comme des denrées alimentaires, et sujets à des régulations au niveau pays. L'établissement et le respect de standards de contrôle qualité en lien avec les intrants nutritionnels sont également des questions critiques pour le Cluster Nutrition.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (s'assurer que tous les besoins en intrants et équipements nécessaires à la réponse à l'urgence sont identifiés, et que le Cluster Nutrition peut identifier et résoudre les problèmes de pipeline), l'**IM** (gestion des informations relatives aux intrants et équipements), la **CLA** (plaidoyer pour l'ensemble des ressources du Cluster Nutrition), **participants Cluster** (partage des informations concernant les besoins et les stocks en intrants pour identifier les ruptures potentielles).

4.3.8 Suivi et évaluation

Suivi

Le but du suivi au sein du Cluster Nutrition est de :

- Surveiller les changements dans la situation d'urgence et l'évolution des besoins ;
- Evaluer les progrès et la couverture de la réponse ;
- Faciliter la redevabilité ;
- Identifier et résoudre les problèmes lorsqu'ils apparaissent ;
- Mettre en avant les réussites.

Un système de suivi efficace est essentiel pour faire le meilleur usage des ressources disponibles.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (s'assure que le système de suivi est en place), l'**IM** (conception du système de suivi, renforcement des capacités des partenaires concernant le suivi), **participants Cluster** (définissent et utilisent le système de suivi), **OCHA** (coordonne les données de suivi de tous les clusters).

4.3.9 Evaluation et leçons apprises

Les évaluations au sein du Cluster Nutrition peuvent se faire à 2 niveaux :

- Les partenaires peuvent entreprendre des évaluations de leurs programmes (pas d'obligation de partager les résultats avec le Cluster) ;
- Evaluation des performances du Cluster au global.

Qui est impliqué ?

Le **NCC** (coordonne les évaluations au niveau du Cluster, et assure la dissémination et l'utilisation des informations), l'**IM** (support technique dans la définition de la méthodologie et la conduite de l'analyse des évaluations), **participants Cluster** (identifient et priorisent les besoins d'évaluations pour le Cluster et pour leurs propres agences), **OCHA** (coordination entre les clusters).

Les Outils du Cluster Nutrition

- Harmonized Training Package
- Nutrition cluster toolkit
- Nutrition Cluster Handbook
- Autres outils: SMART, NutVal, etc.

4.4 Perspectives

4.4.1 Transformative Agenda

Des faiblesses sont toujours identifiées dans la réponse humanitaire multilatérale.

3 axes prioritaires à améliorer:

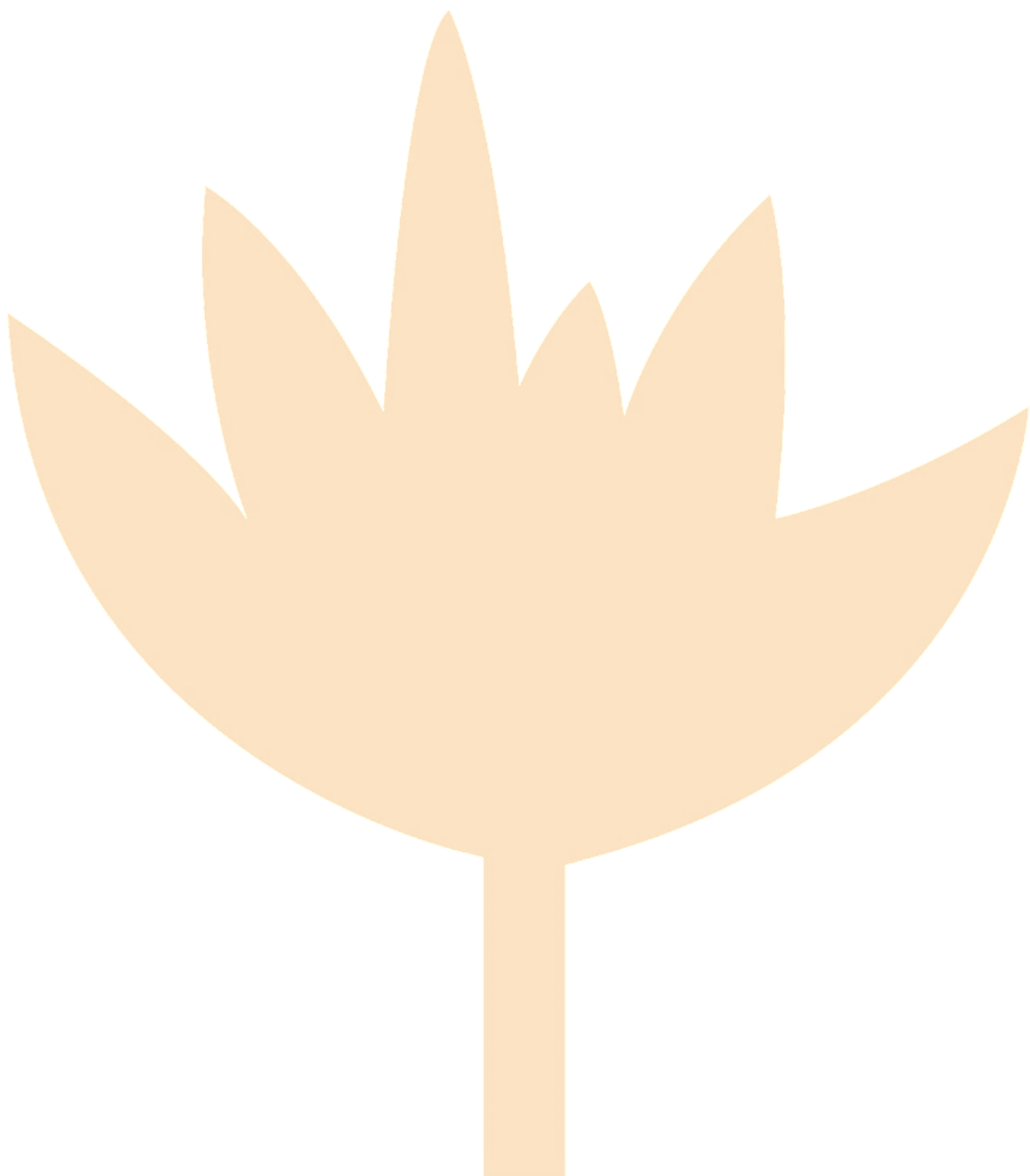
- Leadership: déploiement rapide d'un HC expérimenté et de haut niveau
- Coordination: coordinateurs clusters formés et expérimentés, coordination entre les clusters
- Redevabilité: amélioration de la redevabilité mutuelle entre HC / HCT / Coordinateurs Clusters / participants Cluster

En résumé, ce que le Cluster Nutrition peut apporter

- ▶ Accès à un support technique, et une clarté sur les standards de réponse ;
- ▶ Réduction du risque de duplication ou de conflit entre les agences, ou les bénéficiaires ;
- ▶ Amélioration du réseau et des moyens pour discuter avec les gouvernements et les bailleurs ;
- ▶ Pouvoir collectif pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources, etc. ;
- ▶ Partage de ressources et d'expertises ;
- ▶ Diminution du risque de prise de décision et de redevabilité en solo.



Global
NUTRITION
CLUSTER





V. LA PRISE EN COMPTE DES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION

La sous-nutrition résulte d'interactions entre des facteurs multiples et complexes. Les causes immédiates sont liées à un apport alimentaire inadéquat et à la maladie. L'insécurité alimentaire, combinée à des pratiques de soins inadaptées et à un environnement insalubre et inadéquat (accès limité aux services de santé, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement) constituent les causes sous-jacentes de la sous-nutrition.

Les crises caractérisées par des taux de sous-nutrition aiguë au-delà des seuils d'urgence sont gérées de manière prédominante via la provision d'une assistance alimentaire d'urgence. Cependant **des améliorations dans le statut nutritionnel ont plus de chances d'être atteintes à travers une réponse intégrée basée sur une compréhension profonde des causes de la sous-nutrition au niveau local**, et non pas grâce à la seule assistance alimentaire.

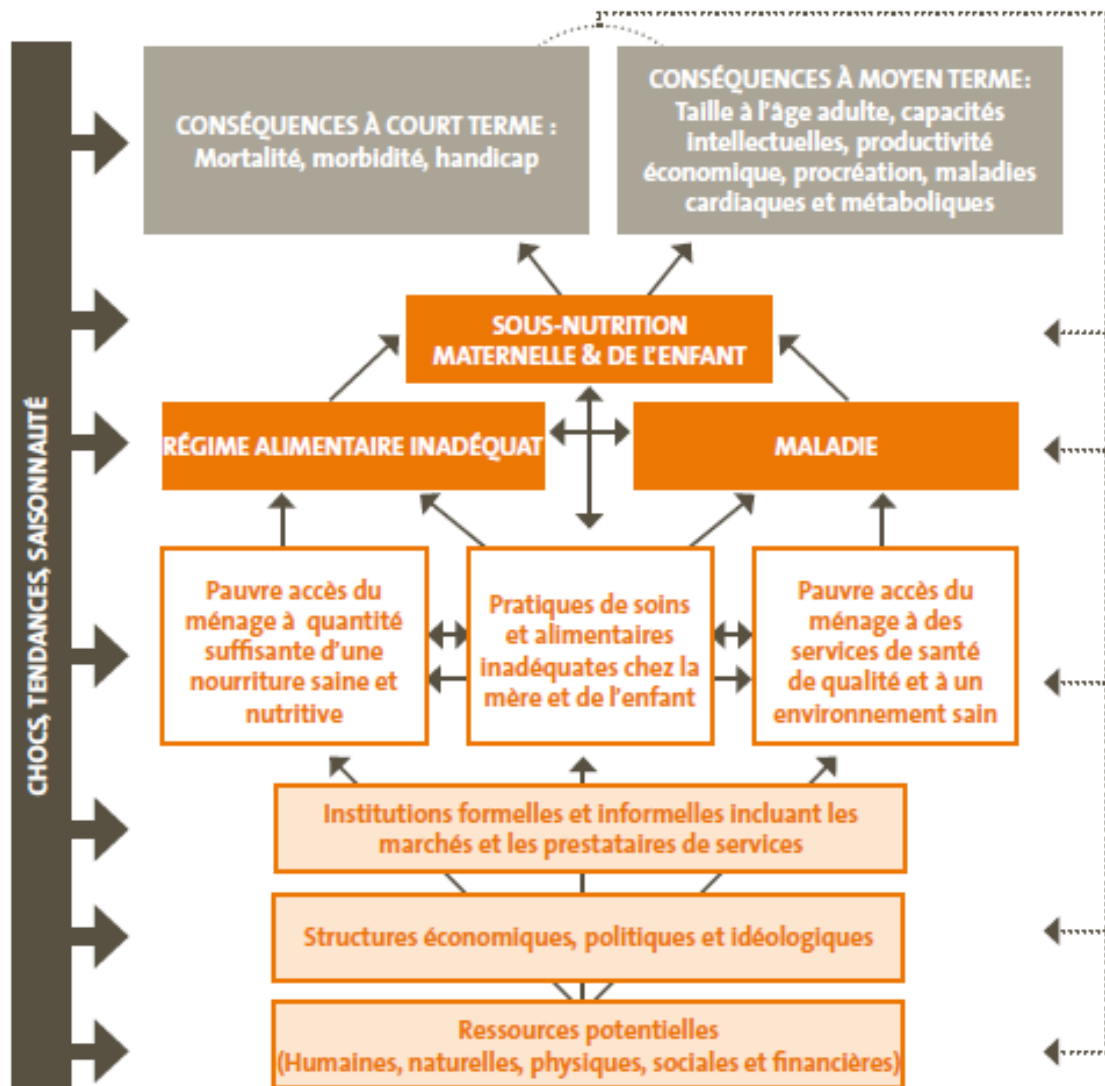


Figure 5: Cadre conceptuel des causes de la sous-nutrition

La lutte contre la sous-nutrition maternelle et infantile exige une approche duale : la mise en œuvre à grande échelle d'interventions nutritionnelles directes et des interventions indirectes et multisectorielles dites « nutrition sensitive ».

5.1 Santé

Un cercle vicieux : **Les maladies infectieuses communes augmentent la probabilité qu'un enfant fragilisé soit affecté par la sous-nutrition aigüe** (un enfant malade perd de l'appétit et du poids). Dans la période de la conception à la fin de la petite enfance, la sous-nutrition augmente la fréquence et l'intensité des maladies infectieuses. La sous-nutrition aigüe sévère est ainsi par le fait de cette interaction directement responsable de 1 millions de morts chaque année, on considère aujourd'hui que la sous-alimentation est la cause de 3.5 millions de décès.

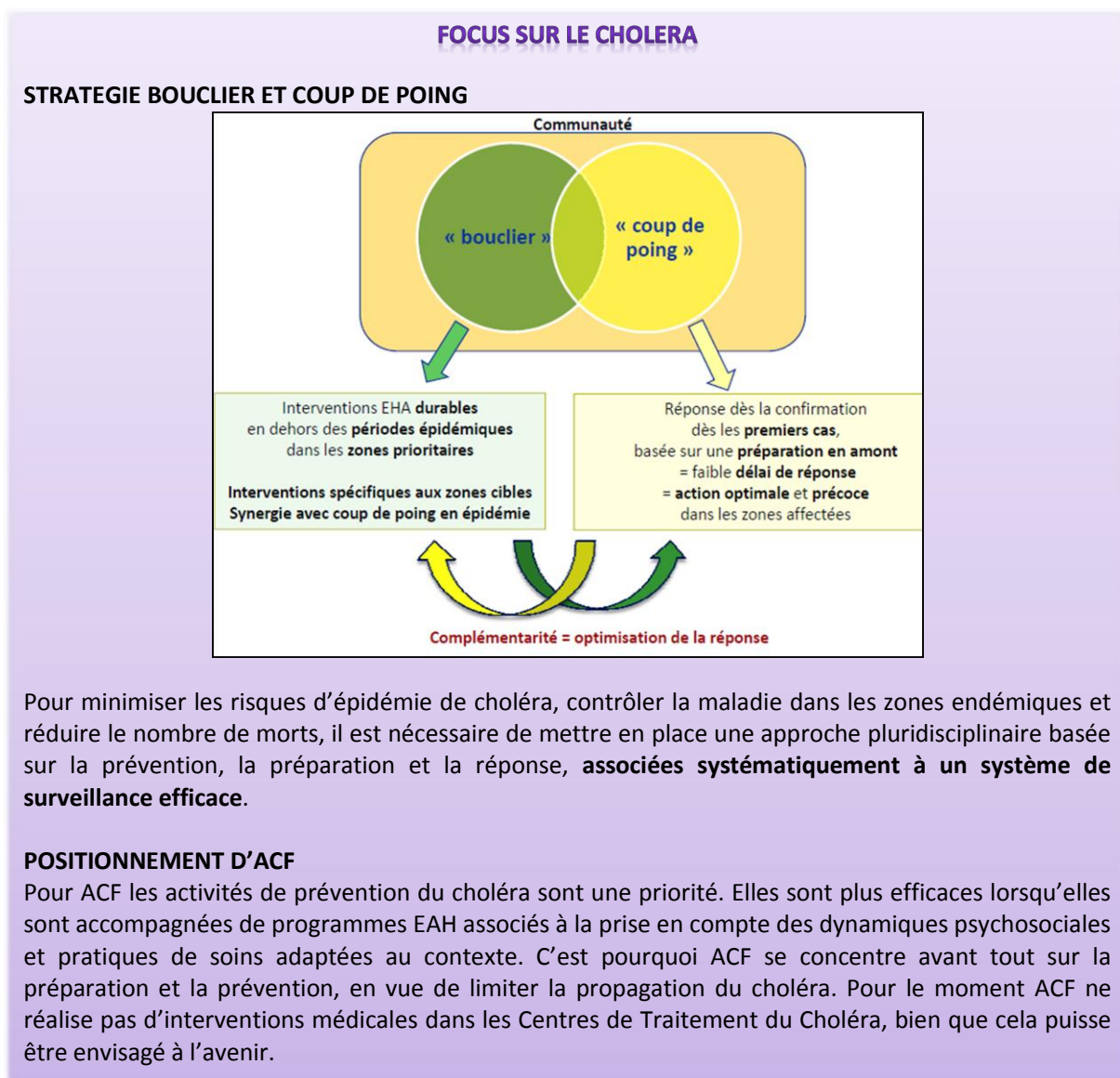
L'épidémiologie confirme ainsi ces observations. Cette science nous permet de quantifier le lien entre nutrition et santé. Ainsi, en agrégeant les données venues de plusieurs contextes différents, on peut estimer aujourd'hui qu'un enfant malnutri a, par le seul facteur aggravant de son état nutritionnel, environ 6 fois plus de risques de décéder d'une diarrhée, 9 fois plus d'une pneumonie, 2 fois plus d'un accès palustre et 6 fois plus d'une rougeole. **Globalement, les enfants sévèrement malnutris meurent 9 fois plus fréquemment que les enfants bien portants.**

Les enfants chez lesquels on a pu mettre en évidence un manque de fer, de zinc, de vitamine A ou encore d'iode (carences nutritionnelles simples), sont plus à risque de mourir que les autres s'ils développent une maladie infectieuse. Le rôle des pathologies dans l'apparition de la sous-nutrition aigüe est moins simple à mettre en évidence. Il est très bien connu en ce qui concerne la sous-nutrition chronique. L'impact de la sous-nutrition chronique sur la qualité et l'espérance de vie est lui aussi bien reconnu. La juxtaposition entre les cartes de prévalence de la sous-nutrition chronique et aigüe est aussi notoire. Il a également été montré que les épisodes de paludisme pendant la grossesse entraînent une sous-nutrition aigüe du bébé (petit poids pour son âge). Reste le bon sens pour se convaincre que, dans les zones où vivent des populations pauvres, en lutte pour s'assurer une bonne alimentation, être malade peut déclencher un épisode mortel de sous-nutrition chez les plus fragiles, c'est-à-dire, les enfants de moins de 3 ans.

Parmi les facteurs médicaux favorisant la sous-nutrition, certains peuvent être prévenus :

- ▶ **Consultation pédiatrique de routine**
 - traitement des pathologies communes avant qu'elles n'entraînent une perte de poids
 - détection précoce des problèmes nutritionnels (analyse dynamique)
- ▶ **Vaccination**
 - contre les maladies infantiles virales immunisantes (rougeole, diphtérie, polio)
 - contre des pathologies particulièrement graves dans la petite enfance (haemophilus)
 - contre les banales diarrhées virales de l'enfance (rotavirus : ROTARIX ; ROTATEQ)
 - contre les maladies graves récurrentes dans une zone :
 - méningite
 - choléra
 - fièvre jaune
- ▶ **Suivi de grossesse et néonatale:**
 - lutte contre les carences nutritionnelles de la mère
 - dépistage précoce des infections puerpérales y compris le paludisme
 - prévention de la transmission verticale du VIH
 - promotion de l'allaitement maternel
- ▶ **Déparasitages de routine**
- ▶ **Correction des carences micro-nutritionnelles latentes**

Ainsi la stratégie médicale préventive possède de nombreuses armes qu'il convient d'utiliser à bon escient en fonction de l'analyse sanitaire locale. La question principale est celle de l'intensité du foyer de sous-nutrition. L'agressivité de la prévention évoluera en fonction de l'incidence annuelle de sous-nutrition. Par ailleurs, l'état de stress et les capacités de résilience de personnes affectées par la sous-nutrition sont aussi des facteurs cardinaux de la conduite à tenir en matière de prévention. Enfin, l'analyse épidémiologique locale (et au point de départ pour les migrants) ainsi que celle des différentes parties du système de soin sont les derniers éléments de cette décision.



Pour aller plus loin

ACF-International, *ACF & La Santé, L'Essentiel Nutrition et Santé*, 2012

ACF-International, Document de positionnement opérationnel sur le choléra, Décembre 2012

ACF, Boîte à outils choléra : <http://www.missions-acf.org/kitemergency/HTML/5.5-washFR.html>

5.2 Santé Mentale et Pratiques de Soins

Les pratiques de soins peuvent être définies comme « les comportements et pratiques des personnes en charge des soins (mère, père, frères et sœurs, les personnes qui prennent soin de l'enfant) pour fournir la nourriture, les soins médicaux, la stimulation et le support émotionnel nécessaires pour permettre à l'enfant de vivre, grandir et se développer sainement. Ces pratiques combinées à la sécurité alimentaire et aux soins de santé ont un impact sur le bien-être de l'enfant. Non seulement les pratiques elles-mêmes, mais également la manière dont elles sont mises en œuvre (avec affection et réceptivité envers l'enfant) sont essentielles à la survie de l'enfant, à sa croissance et à son développement. Il est impossible pour les personnes en charge des soins de l'enfant de fournir ces derniers sans des ressources suffisantes, telles que le temps et l'énergie. »³³

Six pratiques de soins ont été identifiées par Engle et présentées dans le manuel publié par Unicef³⁴ en 1997 : soins pour les femmes, pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire, soins psychosociaux, préparation de la nourriture, pratiques d'hygiène et pratiques de santé du ménage.

Des pratiques de soins adéquates sont d'autant plus importantes que l'environnement est pauvre, car elles vont permettre d'optimiser les ressources disponibles. Les urgences humanitaires telles que les catastrophes naturelles, les guerres ou autres situations d'urgence peuvent provoquer une détérioration de l'environnement, et de là mettre les enfants davantage en danger car non seulement la sécurité alimentaire et la santé peuvent se détériorer, mais également les pratiques de soins.

Les expériences telles que des événements traumatiques, la perte d'être chers, la perte de support social, les déplacements, la détérioration des conditions de vie, l'insuffisance de nourriture, l'avenir incertain, la perte des possessions peuvent **impacter la capacité de l'entourage à prendre soin de l'enfant, ce qui va augmenter les risques pour ce dernier face à la malnutrition, à la maladie et à la mort**. Ces familles pour qui prendre soin des enfants devient difficile devraient bénéficier d'un **support technique, psychosocial et psychologique** de manière à renforcer les bonnes pratiques et favoriser l'adaptation des pratiques afin de promouvoir le bien-être et le développement de l'enfant.

Pour aller plus loin

IASC, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*, 2007

ACF-International, *Politique santé mentale et pratiques de soins*, Décembre 2009

ACF-International, *Holistic approach for pregnant, lactating women and their children in emergency (Baby friendly tent): guidelines and practical handbook*. A paraître en 2013

OMS, *Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants en situation de pénurie alimentaire sévère*

UNICEF & WHO, *Integrating early childhood development activities into nutrition programs in emergencies. Why, what and How* (2012)

5.3 Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

Les liens entre la sécurité alimentaire, les moyens d'existence, la nutrition et la santé sont complexes, globaux et soumis à des évolutions rapides. Les programmes de sécurité alimentaire et moyens d'existence ont le potentiel de prévenir et réduire le fléau de la sous-nutrition. Au minimum les programmes de SAME ne doivent pas mettre en danger le statut nutritionnel des bénéficiaires et si

³³ Engle, P.L., M. Bentley, and G. Pelto, The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2000. 59(1): p. 25-35.

³⁴ Engle, P (1997) The Care initiative : assessment, analysis and action to improve care for nutrition. Unicef

tel est le cas, des mesures d'atténuation (de prévention ou de correction) doivent être mises en œuvre.

Pour aller plus loin

ACF-International, *Optimiser l'impact nutritionnel des interventions de sécurité alimentaire et moyens d'existence*, Décembre 2011

5.4 Eau Assainissement et Hygiène

La sous-nutrition est responsable d'environ 35% de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde entier. On estime qu'une forte proportion de cette sous-nutrition est associée à la diarrhée ou des infections répétées de nématodes intestinaux en raison de l'eau insalubre, un assainissement inadéquat ou des conditions d'hygiène insuffisante.

La diarrhée qui affecte déjà les patients par elle-même est tout particulièrement un facteur aggravant de la malnutrition car elle réduit la capacité d'absorption des nutriments par altération de la paroi intestinale et ceux qui souffrent de la malnutrition ont un risque élevé de diarrhée. Cela crée un cercle vicieux nuisant à la croissance et au développement de l'enfant.

L'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'amélioration de l'hygiène peuvent contribuer à la lutte contre la sous-nutrition en intégrant la problématique nutritionnelle et l'amélioration de l'état de santé. Assurer l'accès à l'eau potable, à un environnement sain et de bonnes pratiques d'hygiène reste, spécialement dans les contextes de survie et/ou de développement socio-économique d'une extrême importance dans la prévention de la sous-nutrition.

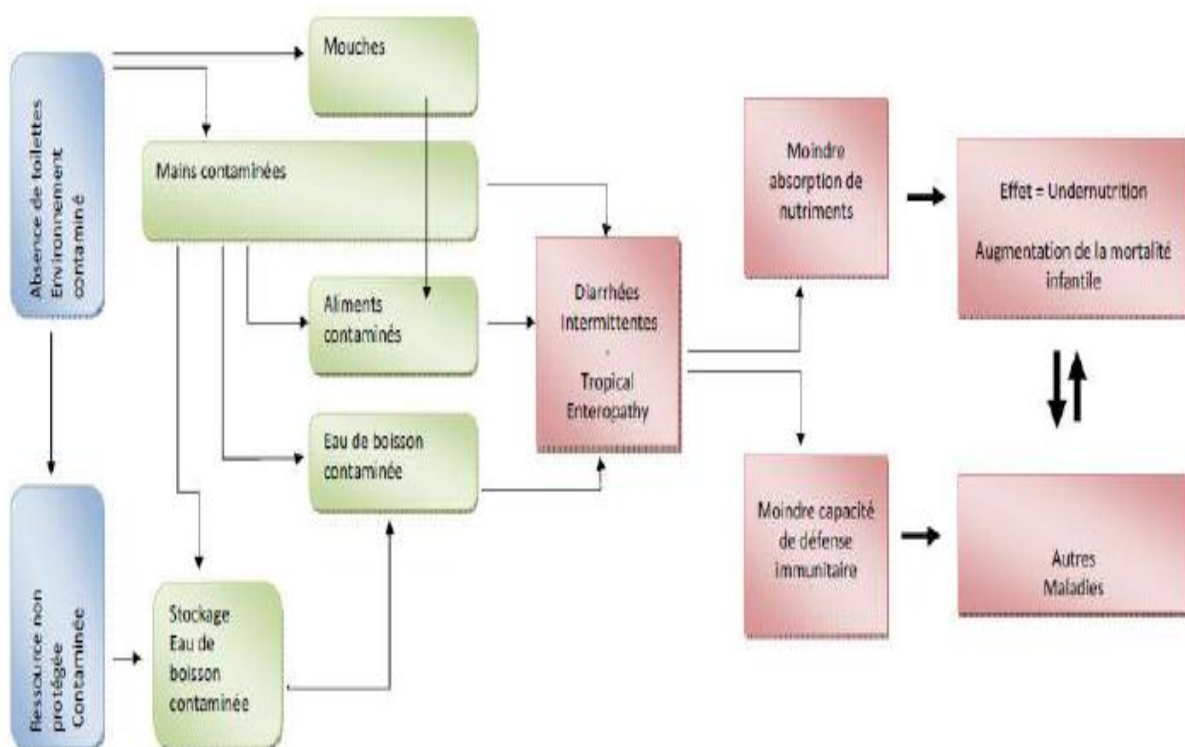


Figure 6 : Lien entre conditions EAH précaires, maladie et sous-nutrition

L'attention doit être portée tout au long de la chaîne de traitement, à partir des centres nutritionnels de prise en charge jusqu'au domicile du couple « mère/accompagnant - enfant malnutri ». Des

interventions telles que le traitement de l'eau à domicile pour garantir la potabilité de l'eau de boisson stockée au niveau du ménage et bues par l'enfant malnutri donnent en outre l'opportunité de cibler les plus vulnérables.

Pour aller plus loin

Stratégie « Wash in Nut », Régional Emergency Cluster Advisor (RECA) project, WCARO

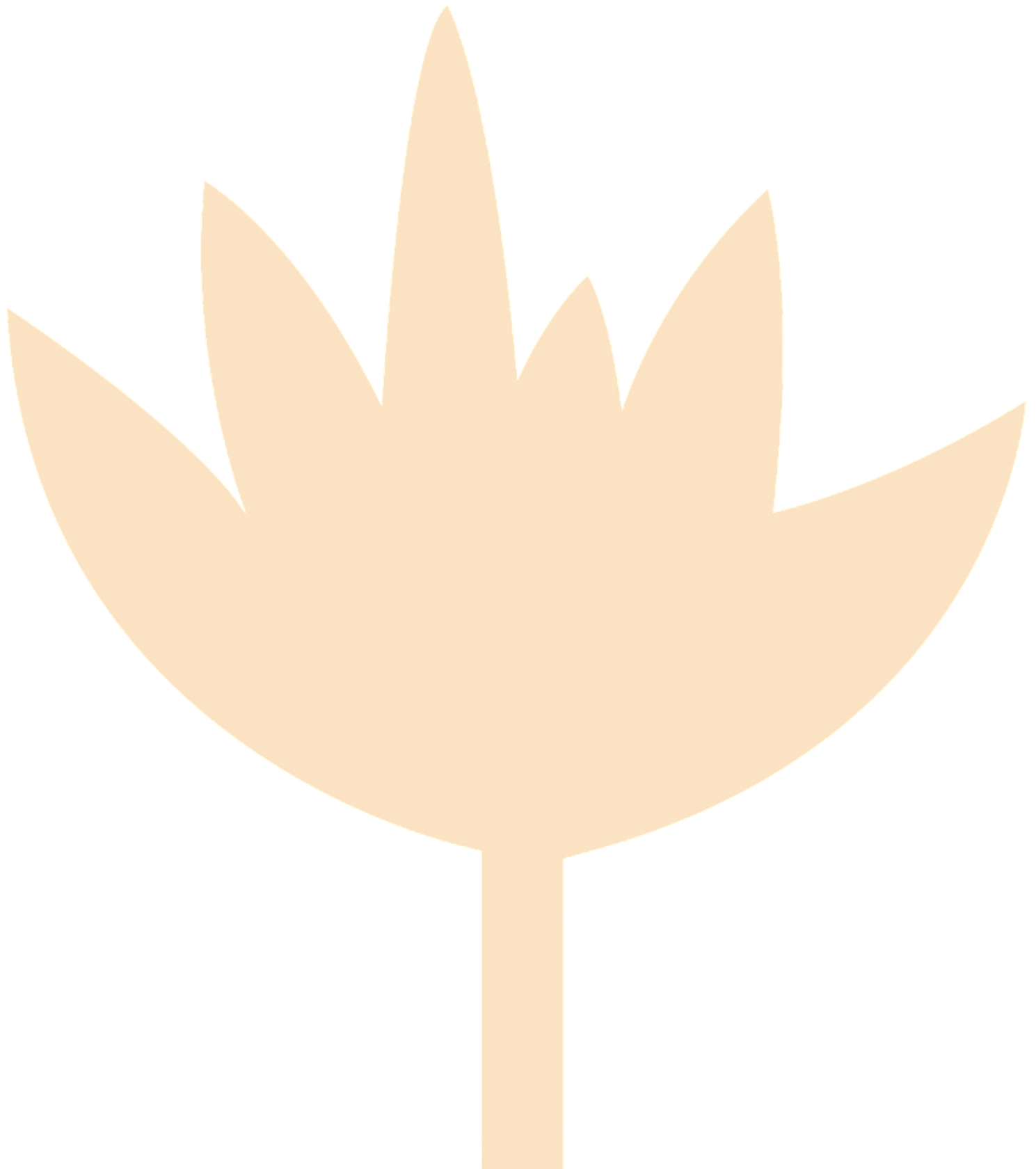


© ACF, Roselyne Monin – Côte d'Ivoire, 2011



REFERENCES

- ▶ ONUG/DHA, *Glossaire international multilingue agréé de termes relatifs à la gestion des catastrophes*, 1992
- ▶ IASC Global Nutrition Cluster, *Introduction to nutrition in emergencies*, 2008
- ▶ MAM Task Force du Global Nutrition Cluster, *Moderate Acute Malnutrition : A decision tool for emergencies*, 2012
- ▶ ACF-International, *Products are not enough : putting nutrition products in their proper place in the treatment and prevention of global acute malnutrition*, 2011
- ▶ ACF-International, *L'Essentiel Nutrition-Santé*, 2012
- ▶ Kit urgence ACF : http://www.missions-acf.org/kitemergency/HTML_STATIC/homepageFR.html
- ▶ UN-SCN, *Report of the meeting of the working group on nutrition in emergencies*, Avril 1998
- ▶ ALNAP, *Slow-onset disasters: drought and food and livelihoods insecurity. Learning from previous relief and recovery responses*
- ▶ OMS, *Distribution of infant formula during the Lebanon Crisis*, Décembre 2006
- ▶ SCUK, *Infant feeding in emergencies – Indonesia & Lebanon responses*, Décembre 2006
- ▶ Fitsum Assefa, Sri Sukotjo, Anna Winoto & David Hipgrave, *Increased diarrhea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia*, Field Exchange n°34
- ▶ ACF-International, *Breastfeeding assessment report, Java, Indonesia, June 2006*
- ▶ Victoria Sibson, *Putting IFE guidance into practice: operational challenges in Myanmar*, Field Exchange n°36
- ▶ Karleen Gribble, *Media reports on IFE in relation to cyclone Nargis and the Wenchuan earthquake: an analysis*, Septembre 2009
- ▶ Carmen Dolan & Mija Ververs, *The Haiti earthquake, Country and global level Cluster coordination experiences and lessons learnt*, Field Exchange n° 39
- ▶ SCUK, *Infant and young child feeding in emergencies: Why are we not implementing at scale? A review of global gaps, challenges and ways forward*, Octobre 2012
- ▶ Peter Hailey & Daniel Tewoldeberha, *Suggested new design framework for CMAM programming*, Field Exchange n° 39
- ▶ Oxfam & SCUK, *A dangerous delay. The cost of late response to early warnings in the 2011 drought in the Horn of Africa*, Janvier 2012
- ▶ OMS, *Strengthening health system emergency preparedness – Toolkit for assessing health system capacity for crisis management*. 2012
- ▶ Global Nutrition Cluster, *Nutrition Coordination Handbook version1*
- ▶ ACF-International, *Optimiser l'impact nutritionnel des interventions de sécurité alimentaire et moyens d'existence*, Décembre 2011
- ▶ ACF-International, *Care Practices in Emergencies Guidelines*, à paraître





ANNEXES

Annexe 1 - Classification intégrée des phases de sécurité alimentaire de FSAU/FAO

Phase classification	Key Reference Outcomes (current or imminent outcomes on lives and livelihoods; based on convergence of evidence)	Strategic Response Framework (mitigate immediate outcomes, support livelihoods, and address underlying/structural causes)
Generally food secure	<p>Crude Mortality Rate <0.5 / 10,000 / day. Acute Malnutrition <3 % (w/h <-2 z-scores). Stunting <20% (w/age <-2 z-scores). Food Access/Availability Usually adequate (>2,100 kcal ppp day), stable. Dietary Diversity Consistent quality and quantity of diversity. Water Access/Avail. Usually adequate (>15 litres ppp day), stable. Hazards Moderate to low probability and vulnerability. Civil Security Prevailing and structural peace Livelihood Assets Generally sustainable utilization (of 5 capitals).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strategic assistance to pockets of food insecure groups. • Investment in food and economic production systems. • Enable development of livelihood systems based on principles of sustainability, justice, and equity. • Prevent emergence of structural hindrances to food security. • Advocacy.
Chronically food insecure	<p>Crude Mortality Rate <0.5/10,000/day; U5MR<1/10,000/day. Acute Malnutrition >3% but <10 % (w/h <-2 z-score), usual range, stable. Stunting >20% (w/age <-2 z-scores). Food Access/ Availability borderline adequate (2,100 kcal ppp day); unstable. Dietary Diversity chronic dietary diversity deficit. Water Access/Avail. Borderline adequate (15 litres ppp day). Hazards recurrent, with high livelihood vulnerability. Civil Security Unstable; disruptive tension. Coping 'insurance strategies' Livelihood Assets stressed and unsustainable utilization (of 5 capitals).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Design and implement strategies to increase stability, resistance. • and resilience of livelihood systems, thus reducing risk. • Provision of 'safety nets' to high risk groups. • Interventions for optimal and sustainable use of livelihood assets. • Create contingency plan. • Redress structural hindrances to food security. • Close monitoring of relevant outcome and process indicators. • Advocacy.
Acute food and livelihood crisis	<p>Crude Mortality Rate 0.5-1 /10,000/day, U5MR 1-2/10,000/dy. Acute Malnutrition 10-15 % (w/h <-2 z-score), >than usual, increasing. Disease epidemic; increasing. Food Access/ Availability lack of entitlement; 2,100 kcal ppp. Dietary Diversity acute dietary diversity deficit. Water Access/Avail. 7.5-15 litres ppp day, accessed via asset stripping Destitution/Displacement Emerging; diffuse Civil Security Limited spread, low intensity conflict. Coping 'Crisis strategies'; CSI > than reference; increasing.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Support livelihoods and protect vulnerable groups • Strategic and complementary interventions to immediately increase food access/availability AND support livelihoods. • Selected provision of complementary sectoral support, eg water, shelter, sanitation, health, etc. • Strategic interventions at community to national levels to create, stabilize, rehabilitate, or protect priority livelihood assets. • Create or implement contingency

	<p>Livelihood Assets accelerated and critical depletion or loss of access.</p>	<p>plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Close monitoring of relevant outcome and process indicators. • Use 'crisis as opportunity' to redress underlying structural causes. • Advocacy.
<p>Humanitarian emergency</p>	<p>Crude Mortality Rate 1-2 / 10,000 / day, >2x reference rate, increasing; U5MR > /10,000/day. Acute Malnutrition >15 % (w/h <-2 z-score), > than usual, increasing Disease Pandemic. Food Access/ Availability Severe entitlement gap; unable to meet 2,100 kcal ppp day. Dietary Diversity Regularly 2–3 or fewer main food groups consumed. Water Access/Avail. < 7.5 litres ppp day (human usage only) r. Destitution/Displacement Concentrated; increasing. Civil Security Widespread, high intensity conflict. Coping 'Distress strategies'; CSI significantly > than reference. Livelihood Assets Near complete & irreversible depletion or loss of access.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urgent protection of vulnerable groups. • Urgently increase food access through complementary interventions. • Selected provision of complementary sectoral support, eg water, shelter, sanitation, health, etc. • Protection against complete livelihood asset loss and/or advocacy for access. • Close monitoring of relevant outcome and process indicators. • Use crisis as opportunity to redress underlying structural causes. • Advocacy.
<p>Famine/ Humanitarian catastrophe</p>	<p>Crude Mortality Rate > 2/10,000 /day (example: 6,000 /1,000,000 /30 days). Acute Malnutrition > 30 % (w/h <-2 z-score) Disease Pandemic. Food Access/ Availability Extreme entitlement gap; much below 2,100 kcal ppp day. Water Access/Avail. < 4 litres ppp day (human usage only). Destitution/Displacement Large scale, concentrated. Civil Security Widespread, high intensity conflict. Livelihood Assets Effectively complete loss; collapse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critically urgent protection of human lives and vulnerable groups. • Comprehensive assistance with basic needs, eg food, water, shelter, sanitation, health, etc. • Immediate policy/legal revisions where necessary. • Negotiations with varied political-economic interests. • Use crisis as opportunity to redress underlying structural causes. • Advocacy.

Source: Food Security Analysis Unit – Somalia. Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification: Technical Manual Version I. Technical Series Report No. IV. 11. May 2006

Annexe 2 - Arbre décisionnel de l'OMS pour la mise en œuvre de programmes nutritionnels

Finding	Action required
Food availability at household level below 2,100 kcal per person per day.	Unsatisfactory situation <ul style="list-style-type: none"> • Improve general rations until local food availability and access can be made adequate.
Malnutrition rate 15% or more or 10–14% with aggravating factors.	Serious situation <ul style="list-style-type: none"> • General rations (unless situation is limited to vulnerable groups) plus • Supplementary feeding generalized for all members of vulnerable groups especially children and pregnant and lactating women • Therapeutic feeding programme for severely malnourished individuals.
Malnutrition rate 10-14% or 5–9% with aggravating factors.	Risky situation <ul style="list-style-type: none"> • No general rations; but • Supplementary feeding targeted at individuals identified as malnourished in vulnerable groups • Therapeutic feeding programme for severely malnourished individuals.
Malnutrition rate under 10% with no aggravating factors	Acceptable situation <ul style="list-style-type: none"> • No need for population interventions • Attention for malnourished individuals through regular community services.

Aggravating factors

- General food ration below the mean energy requirement
- Crude mortality rate more than 1 per 10 000 per day
- Epidemic of measles or whooping cough (pertussis)
- High incidence of respiratory or diarrhoeal diseases

Source: WHO. The Management of Nutrition in Major Emergencies. 2000

Annexe 3 – Tableau de référence du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire

Classification de la phase		Indicateurs d'impact de référence <i>Effets immédiats ou imminents sur les vies humaines et les moyens d'existence; sur la base de preuves directes ou indirectes convergentes, plutôt que sur des seuils absolus. Il n'est pas nécessaire de disposer de tous les indicateurs pour procéder à la classification</i>	Cadre stratégique d'intervention Objectifs: (1) atténuer les effets immédiats (2) soutenir les moyens d'existence, et (3) s'attaquer aux causes sous-jacentes
1	1A Généralement en Sécurité alimentaire	Taux brut de mortalité < 0,5 / 10 000 / jour Malnutrition aiguë < 3 % (indice poids-taille < -2 Z-scores) Retard de croissance < 20% (indice taille-âge < -2 Z-scores) Accès à l'alimentation / Disponibilité généralement adéquats (> 2 100 kcal par personne/jour), stable Diversité du régime alimentaire régime alimentaire diversifié, de qualité et quantité constantes Accès à l'eau / Disponibilité généralement adéquat (> 15 litres par personne/jour), stable Dangers probabilité et vulnérabilité faibles ou modérées Sécurité civile paix établie et structurelle Avoirs relatifs aux moyens d'existence Utilisation généralement durable (des avoirs relatifs aux moyens d'existence)	Assistance stratégique aux groupes souffrant d'insécurité alimentaire Investissement dans les systèmes de production économique et alimentaire Favoriser le développement de moyens d'existence basés sur les principes de durabilité, justice et équité, Prévenir l'apparition d'obstacles structurels à la sécurité alimentaire Plaidoyer
	1B Généralement en Sécurité alimentaire		
2	Insécurité alimentaire modérée/ limite	Taux brut de mortalité < 0,5/10 000/jour; TMM5 < 1/10 000/jour Malnutrition aiguë > 3% mais < 10% (indice poids-taille < -2 Z-scores), fourchette habituelle, stable Retard de croissance > 20% (indice taille-âge < -2 Z-scores) Accès à l'alimentation / Disponibilité presque adéquat (2 100 kcal par personne/jour); instable Diversité du régime alimentaire diversité chroniquement insuffisante du régime alimentaire Accès à l'eau / Disponibilité presque adéquat (15 litres par personne/jour); instable Evénements adverses/Aléas récurrents, avec une vulnérabilité élevée des moyens d'existence Sécurité civile instable; tension perturbatrice Stratégies d'adaptation *stratégies d'assurance*/stratégies d'adaptation Avoirs relatifs aux moyens d'existence Utilisation perturbée et non durable (des avoirs relatifs aux moyens d'existence) Conditions structurelles Importantes entraves sous-jacentes à la sécurité alimentaire	Mettre en place des filets de sécurité; interventions en vue de réduire les risques; soutenir les moyens d'existence; Corriger les entraves structurelles à la sécurité alimentaire Surveillance étroite des indicateurs de résultats et de processus pertinents Plaidoyer
3	Crise alimentaire et des moyens d'existence aiguë	Taux brut de mortalité 0,5-1 / 10 000/jour, TMM5 1-2/10 000/jour Malnutrition aiguë 10-15 % (indice poids-taille < -2 Z-scores), > à la normale, en augmentation Maladies épidémies, en augmentation Accès à l'alimentation / Disponibilité manque de garanties; 2 100 kcal par personne/jour, obtenues par dilapidation des avoirs relatifs aux moyens d'existence Diversité du régime alimentaire diversité très insuffisante du régime alimentaire Accès à l'eau / Disponibilité 7,5-15 litres par personne/jour, obtention par dilapidation des avoirs relatifs aux moyens d'existence Dénouement/Déplacement tendance nouvelle; diffusée Sécurité civile conflit peu diffus, de faible intensité Stratégies d'adaptation *stratégies de crise*; indice de stratégie d'adaptation (CSI) > à la référence; en hausse Avoirs relatifs aux moyens d'existence épuisement, ou perte accélérée et critique d'accès,	Interventions urgentes pour accroître l'accès et les disponibilités alimentaires à des normes minimales, et pour éviter la destruction des avoirs relatifs aux moyens d'existence.
4	Urgence humanitaire	Taux brut de mortalité 1-2 / 10 000 / jour, > 2 fois le taux de référence, en augmentation; TMM5 > 4/10 000/jour Malnutrition aiguë > 15 % (indice poids-taille < -2 Z-scores), > à la normale, en augmentation Maladies Pandémie Accès à l'alimentation / Disponibilité grave insuffisance des garanties; incapacité d'accéder à 2 100 kcal par personne/jour Diversité du régime alimentaire consommation régulière de 2-3 grands groupes d'aliments, ou moins Accès à l'eau / Disponibilité < 7,5 litres par personne/jour (utilisation par l'homme uniquement) Dénouement/Déplacement Concentré, en augmentation Sécurité civile conflit diffus, de forte intensité Stratégies d'adaptation *stratégies de détresse*; indice nettement > à la référence Avoirs relatifs aux moyens d'existence épuisement, ou perte d'accès, quasi total et irréversible	Interventions urgentes pour éviter la malnutrition grave, l'inanition et la perte irréversible des avoirs en améliorant l'accès et les disponibilités alimentaires, et les autres besoins essentiels à des normes minimales.
5	Famine / Catastrophe humanitaire	Taux brut de mortalité > 2/10 000 / jour, TMM5 > 4/10 Malnutrition aiguë > 30 % (indice poids-taille < -2 Z-scores) Maladies Pandémie Accès à l'alimentation / Disponibilité insuffisance extrême des garanties; disponibilités très inférieurs à 2 100 kcal par personne/jour Accès à l'eau / Disponibilité < 4 litres par personne/jour (utilisation par l'homme uniquement) Dénouement/Déplacement à grande échelle, concentré Sécurité civile conflit diffus, de forte intensité Avoirs relatifs aux moyens d'existence perte effective totale; effondrement	Protection très urgente des vies humaines par une assistance complète pour les besoins essentiels (par exemple nourriture, eau, logement, protection,...)

Source : Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire – Manuel technique

Annexe 4 – La Matrice

Niveau de MAG
(à la survenue de l'urgence)

Elevé
> 15%

Risque de détérioration

Elevé

Moyen

Bas

Interventions recommandées

- Surveillance
- Enquête SMART
- Eval. Nut rapide

Axe 1 : Diagnostic & Analyse

- Traitement MAS
- Traitement MAM
- Dépistage actif

Axe 2 : Prise en charge de la Malnutrition Aiguë

- ANJE
- Assistance alimentaire
- Blanket Feeding

Axe 3 : Prévention de la Malnutrition Aiguë

Interventions optionnelles et Conditions de mise en œuvre

Axe 3 : Prévention de la Malnutrition Aiguë
Interventions optionnelles

Micro nutriments

- Dépendance à la distribution générale de nourriture

Déparasitage

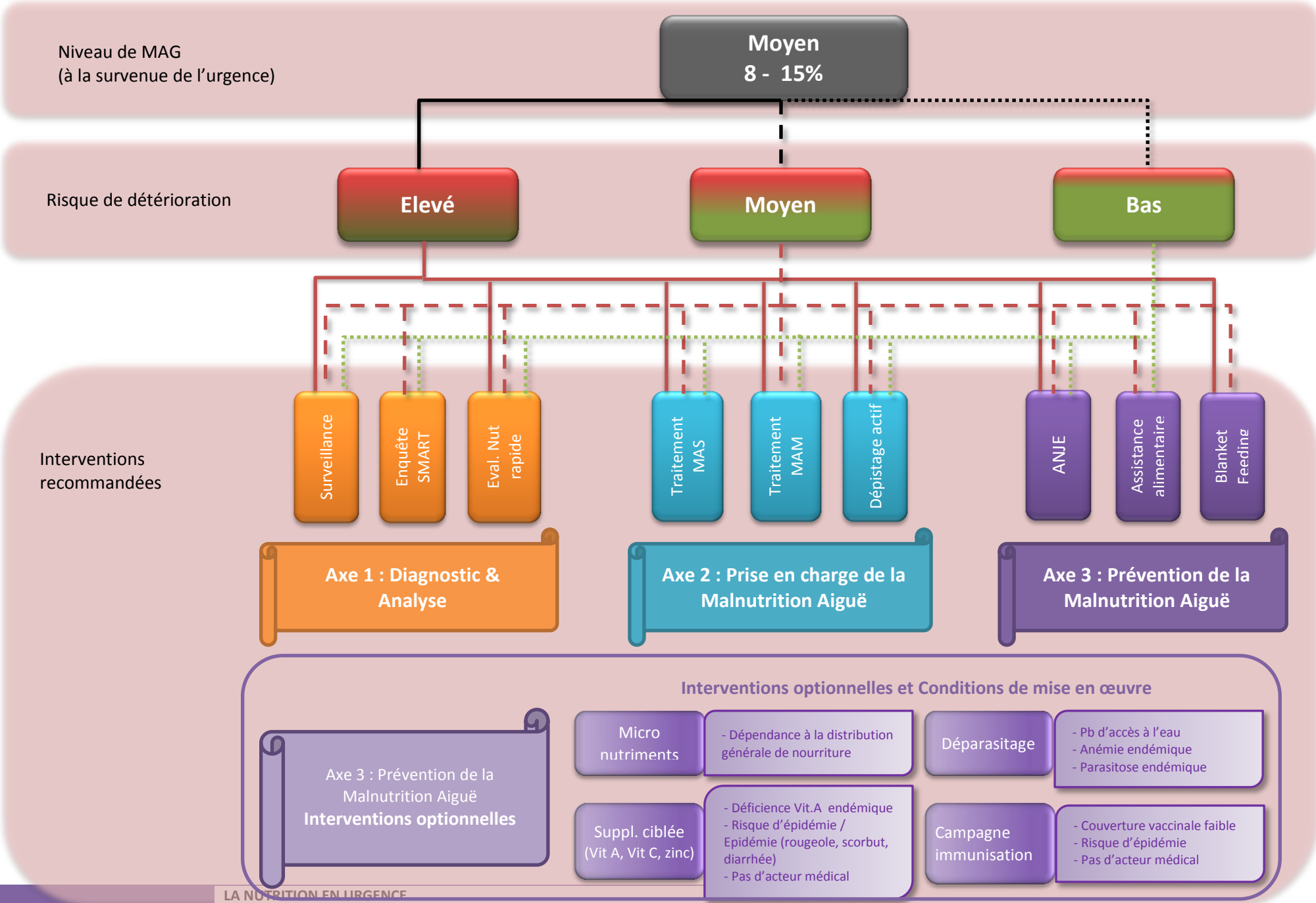
- Pb d'accès à l'eau
- Anémie endémique
- Parasitose endémique

Suppl. ciblée (Vit A, Vit C, zinc)

- Déficience Vit.A endémique
- Risque d'épidémie / Epidémie (rougeole, scorbut, diarrhée)
- Pas d'acteur médical

Campagne immunisation

- Couverture vaccinale faible
- Risque d'épidémie
- Pas d'acteur médical



Niveau de MAG
(à la survenue de l'urgence)

Bas
< 8%

Risque de détérioration

Elevé

Moyen

Bas

Interventions recommandées

Surveillance

Enquête SMART

Eval. Nut rapide

Traitement MAS

Traitement MAM

Dépistage actif

ANJE

Assistance alimentaire

Blanket Feeding

Axe 1 : Diagnostic & Analyse

Axe 2 : Prise en charge de la Malnutrition Aiguë

Axe 3 : Prévention de la Malnutrition Aiguë

Interventions optionnelles et Conditions de mise en œuvre

Axe 3 : Prévention de la Malnutrition Aiguë
Interventions optionnelles






Micro nutriments
- Dépendance à la distribution générale de nourriture








Déparasitage
- Pb d'accès à l'eau
- Anémie endémique
- Parasitose endémique



Suppl. ciblée (Vit A, Vit C, zinc)
- Déficience Vit.A endémique
- Risque d'épidémie / Epidémie (rougeole, scorbut, diarrhée)
- Pas d'acteur médical

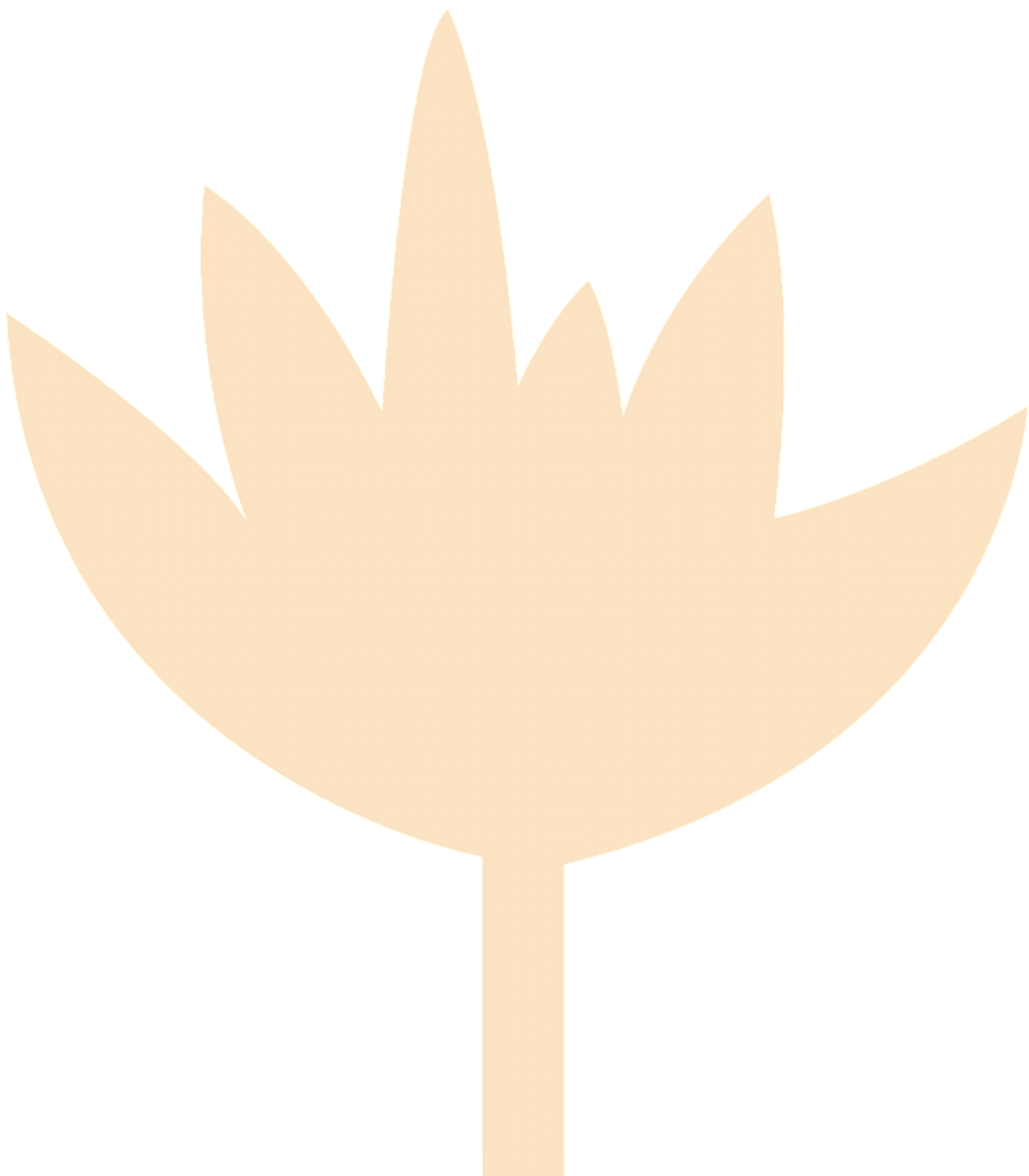
Campagne immunisation
- Couverture vaccinale faible
- Risque d'épidémie
- Pas d'acteur médical

Annexe 5 – Fiche pour les produits nutritionnels spécifiques (Adapté de GNC MAM Task Force Product sheet, January 2012)

Objective	Treatment of Severe Acute Malnutrition			Treatment of Moderate Acute Malnutrition	
Generic Term	Therapeutic Milk F-75	Therapeutic Milk F-100	Ready-to-Use Therapeutic Foods (RUTF)	Ready-to-use Supplementary Foods (RUSF) <i>High quantity*</i>	Fortified Blended Foods
Products*					
Purpose	Treatment of complicated severe acute malnutrition with continued breastfeeding	Treatment of complicated severe acute malnutrition with continued breastfeeding	Treatment of uncomplicated severe acute malnutrition with continued breastfeeding	Supplement to treat moderate acute malnutrition with continued breastfeeding	Supplement to treat moderate acute malnutrition with continued breastfeeding
Target Group	6-59 months <i>Older children and adults including HIV+</i>	0-59 months <i>Older children and adults including HIV+</i>	6-59 months <i>Older children and adults including HIV+</i>	6-59 months <i>Others PLW including HIV+ adults</i>	6-59 months: <i>SuperCereal Plus</i> <i>Others including PLW, HIV+ adults:</i> <i>SuperCereal</i>
Energy /nutrient per 100g	75 kcal/100mL 0.9g protein 2g fat	100kcal/100mL	500 kcal 12.5g protein 32.9g fat	500 kcal 12.5g protein 32.9g fat	840kcal 32gprotein 18g fat
Packaging	Sachet = 410g	Sachet = 465g	Sachet = 92g	Sachet = 92g	SuperCereal: 25 kg bag SuperCereal Plus: 1.5kg bag
Shelf life	18 months	18 months	24 months	24 months	12 months
Ration/dose	According to weight: 6-59m: 100kcal/kg/day	According to weight: 6-59m: 200kcal/kg/day	According to weight: 6-59m: 200kcal/kg/day	One sachet/day 92g/day (75kcal/kg/day)	200g/day
Approximate duration of Intervention	3-4 days	21 days	6-8 weeks	3 months	3-6 months
Cost/dose/day (USD)			0.36/sachet	0.29/day	Super Cereal: 0.17 / day Super Cereal Plus 0.15/day
Manufacturer	Nutriset (Fr)	Nutriset (Fr)	Nutriset (Fr); Vitaset (DR); JB (Mad); Nutivita (Ind), Edesia (US); Diva (SA); Compact (N, Ind); Tabatchnick (US); Challenge (US), Insta(Ke); local production	Nutriset (Fr); Edesia (US); Compact (India & Norway); Nutrivita (India);	Michiels fabrieken (Bel); CerFar (It); ProRata, Somill, J&C (SA) ; Export Trading, Rab (Mal) ;

Objective	Prevention of Malnutrition			
	Acute malnutrition		Micronutrient and chronic malnutrition	
Generic Term	Lipid-based Nutrient Supplements (LNS) <i>Medium quantity*</i>	Fortified Blended Food	Lipid-based Nutrient Supplements (LNS) <i>Low quantity*</i>	Vitamin & Mineral Powder
Products*	 Patent IRD/Nutriset  Wawa Mum	 SuperCereal/oil/sugar  Supercereal Plus	 Patent IRD/Nutriset	 
Purpose	Supplement to the local diet for prevention of acute malnutrition with continued breastfeeding and prevent micronutrient deficiency and stunting	Supplement to the local diet for prevention of acute malnutrition with continued breastfeeding and prevent micronutrient deficiency and stunting	Supplement to the local diet with continued breastfeeding to prevent micronutrient deficiency and stunting	Fortification of home prepared foods, just before consumption, with continued breastfeeding to prevent micronutrient deficiencies
Target Group	6-23 months	6-23 months: <i>SuperCereal Plus</i> <i>PLW: SuperCereal</i>	6-23 months	6-59 months
Energy /nutrient per 100g	247kcal 5.9gprotein 16g fat	840kcal 32gprotein 18g fat	108kcal 2.5gprotein 7g fat	<u>Daily supplement: RDI:</u> A- 400ug, C- 30ug, D- 5ug, E- 5ug, B1- 0.5, B2- 0.5 ug, niacin- 6ug, B6-0.5ug, B12- 0.9ug, folic acid-150ug, Iron- 10ug, zinc- 4.1, copper- 0.56, iodine- 90ug, selenium-17ug
Packaging	325 gm pots or sachets of different quantities	SuperCereal: 25 kg bag SuperCereal Plus: 1.5kg bag	Sachet = 20g	Sachet = 1g
Shelf life	24 months	12 months	18 months	24 months
Ration/dose	47-50g/day	200g/day	20g/day	One sachet/day 1g/day or 5g/day
Approximate duration of Intervention	3-6 months	3-6 months	Up to 18 months	6-12 months Up to 59 months
Cost/dose/day (USD)	0.18/day	Super Cereal: 0.17 / day Super Cereal Plus 0.15/day		0.028/day
Manufacturer	Nutriset (Fr); Edesia (US); Compact (India, Norway); Nutrivita (India)	Michiels fabrieken (Bel); CerFar (It); ProRata, Somill, J&C (SA) ; Export Trading, Rab (Mal) ;	Nutriset (Fr); Edesia (US)	Global Health Initiative; DSM; Fortitech; Heinz; Hexagon; Piramal (India); Renata (Bangladesh)

Objective	Other									
Generic Term	High Energy Biscuit (HEB)	Ready-to-Use Infant Formula (RUIF)								
Products*										
Purpose	Temporary meal replacement; prevention for acute malnutrition and micronutrient deficiencies for vulnerable groups	Replacement of breastfeeding for infants with no possibility to be breastfed: prevention for acute malnutrition								
Target Group	General population, vulnerable groups	0-11 months non-breastfeeding infants								
Energy /nutrient per 100g	1,800 kcal/400g (biscuits) 2,300kcal/500g (BP-5, NRG-5) <table border="1" data-bbox="363 1303 595 1473"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Bars</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 months-3 years</td> <td>3-4</td> </tr> <tr> <td>4-8 years</td> <td>5-6</td> </tr> <tr> <td>Adults</td> <td>8-9</td> </tr> </tbody> </table>	Age	Bars	6 months-3 years	3-4	4-8 years	5-6	Adults	8-9	100kcal 2.1g protein 5.3g fat
Age	Bars									
6 months-3 years	3-4									
4-8 years	5-6									
Adults	8-9									
Packaging	400g packs (HEB) 500g packs (NRG-5, BP-5)	118mL (4oz) bottle 237mL (8oz) bottle 946mL (32oz) bottle								
Shelf life	5 years	12 – 24 months								
Ration/dose	Adults: 400g/day (HEB),500g/day (NRG-5, BP-5)	According to weight 150mL/kg/day								
Approximate duration of Intervention	1 week as full diet 1 month for children	At least up to the age of 6 months								
Cost/dose/day (USD)	2.84/day									
Manufacturer	NRG-5/BP-5: MSI (D), Compact (N), Biscuits: Nuova Biscotti (I); Michiels (B); Insta (Ke)	Abbott (US)								



FRANCE

4 rue de Niepce
75662 Paris cedex 14 France
Tel: +33 1 43 35 88 88
info@actioncontrelafaim.org
www.actioncontrelafaim.org

ESPAGNE

C/Caracas 6, 1º
28010 Madrid, España
Tel: +34 91 391 53 00
ach@achesp.org
www.accioncontraelhambre.org

ROYAUME-UNI

First Floor, rear premises,
161-163 Greenwich High Road
London, SE10 8JA, UK
Tel: +44 208 293 6190
info@ahahuk.org
www.ahahuk.org

ETATS-UNIS

247 West 37th Street, 10th Floor Suite #1201
New York, NY 10018 USA
Tel: +1 212-967-7800
Toll free: 877-777-1420
info@actionagainsthunger.org
www.actionagainsthunger.org

CANADA

1150, boulevard St-Joseph est
Bureau 302
Montréal, QC
H2J 1L5, Canada
Tel: +514 279-4876
info@actioncontrelafaim.ca
www.actioncontrelafaim.ca

