



Bruxelles,
D(2012)

Annexe au HIP SAHEL 2013

RECOMMANDATIONS OPERATIONELLES

1. OBJECTIF

Ces recommandations opérationnelles ont pour objet de faciliter les discussions avec les partenaires intervenant dans les pays du Sahel et qui souhaitent soumettre une proposition de financement à la DG ECHO. Elles doivent être considérées comme une annexe au Plan d'action humanitaire (HIP Sahel 2013¹) qui fournit le cadre général des engagements de la DG ECHO au Sahel en 2013. Ces recommandations sont le résultat d'échanges réguliers avec les partenaires et intègrent le contenu des discussions qui ont lieu lors de la réunion des partenaires du 19 novembre 2012 à Dakar.

Ces recommandations visent une approche régionale cohérente et reposent sur la mise à jour des besoins et sur l'analyse des interventions menées dans la région depuis la création du Plan Sahel. Deux particularités ont influencé la stratégie 2013: l'impact de la crise au Mali sur une grande partie de la région et le lancement de l'initiative AGIR-Sahel (Alliance Globale pour l'Initiative Résilience au Sahel)² qui a pour objectif l'intégration de la résilience des populations dans les politiques futures.

La prise en charge de la malnutrition aiguë constituait la majorité des activités financées par la DG ECHO au Sahel en 2012 et depuis la création de la stratégie du Plan Sahel en 2007. Au vue des fortes prévalences de la malnutrition constatées et du volume d'enfants malnutris attendus en 2013 dans une région fragilisée, la prise en charge de la malnutrition aiguë demeurera un volet prioritaire en 2013.

Le soutien au traitement de la malnutrition sauve de nombreuses vies d'enfants et évite des dommages irrévocables sur leur développement physique et mental. La prise en charge de la malnutrition aiguë permet également de rendre visible le fléau de la malnutrition trop

¹http://ec.europa.eu/echo/funding/decisions_2013_fr.htm

²http://ec.europa.eu/echo/policies/resilience/agir_en.htm

longtemps ignoré dans la région. La stratégie 2013 va poursuivre les efforts déjà entrepris pour une augmentation de la couverture et une intégration de la prise en charge dans les structures sanitaires existantes, tout en renforçant la qualité des interventions. Dans le cas de carences caractérisées du système de santé, les partenaires impliqués dans la prise en charge de la malnutrition aiguë pourront plus largement travailler sur la prise en charge de pathologies associées à la malnutrition en vue de réduire la mortalité infanto-juvénile. L'ensemble de ce volet est détaillé dans le pilier 1 de ces recommandations.

La DG ECHO reconnaît que la construction de la résilience est avant tout la responsabilité des gouvernements et des acteurs de développement. Toutefois, la DG ECHO assure le financement des activités de préparation et de réponse aux chocs conjoncturels dans la limite de son mandat humanitaire et de manière ad hoc. La DG ECHO continuera aussi à supporter des actions pilotes, des projets de capitalisation des connaissances et des actions spécifiques de plaidoyer visant à informer les politiques nationales sur les thèmes de la prévention de la malnutrition et du renforcement de la résilience des populations les plus vulnérables. L'ensemble de ce volet est détaillé dans le pilier 2 de ces recommandations.

Ce guide opérationnel complète mais ne remplace pas les politiques sectorielles établies par la DG ECHO sur:

- Principes de base de l'Assistance alimentaire humanitaire (HFA) :
http://ec.europa.eu/echo/policies/food_assistance_fr.htm
- Mise en œuvre de programmes de transferts monétaires (PTM) :
http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/cash_fr.htm
- Indicateurs relatifs à l'assistance alimentaire humanitaire³ : disponible auprès des TA.
- Les enfants dans les situations d'urgence et de crise:
http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/children_fr.htm
- La protection: http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/protection_fr.htm
- L'assistance médicale d'urgence:
http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/health_fr.htm
- La coordination civilo-militaire:
http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/civil_military_fr.htm
- Les principes de base des interventions en eaux et assainissement (WASH) :
http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/WASH_SWD.pdf
- Les lignes directrices sur les projets liés à l'eau et l'assainissement:
http://ec.europa.eu/echo/policies/sectoral/watsan_fr.htm

Ces recommandations opérationnelles et les politiques sectorielles s'appliquent dans le respect des règles du Contrat Cadre de Partenariat (CCP).

http://ec.europa.eu/echo/about/actors/fpa_fr.htm

Pour toutes questions concernant le CCP, ou si vous souhaitez suivre une formation, n'hésitez pas à consulter le Helpdesk des partenaires à l'adresse suivante:

<http://www.dgecho-partners-helpdesk.eu>

2. PRINCIPES GENERAUX ET SPECIFIQUES DU PLAN SAHEL 2013

2.1. Principes généraux

Plusieurs principes généraux régissent un soutien de la DG ECHO aux projets financés au travers du HIP Région du Sahel 2013.

Les principes humanitaires généraux de neutralité, impartialité et indépendance, en ligne avec le Consensus Européen sur l'Aide Humanitaire⁴

Do no harm : Afin de minimiser les effets nuisibles ou inappropriés de projets mis en œuvre, les partenaires doivent proposer des interventions dans une approche de « Do no harm ».

Responsabilité : Tenant compte des contraintes sécuritaires, les partenaires restent responsables de leurs interventions et doivent dans tous les cas assurer :

- Une identification précise des bénéficiaires ;
- Un système de contrôle qui permet la gestion et le suivi régulier des opérations ;
- Un système d'information et de rapport sur les activités et les résultats atteints.

Visibilité: Assurer une visibilité au financement de l'Union Européenne est une obligation contractuelle. Le partenaire est tenu d'afficher l'identité visuelle de l'UE partout où son propre logo est présenté, au niveau de l'action ou sur les biens les plus importants (véhicules...). Le financement de l'UE doit également être mentionné dans toute publication ou communication dans les médias. Pour des raisons de sécurité, une exemption de visibilité peut être accordée mais elle doit être demandée au préalable.

Les activités de plaidoyer (intégration de la nutrition, gratuité des soins, etc.) sont des activités opérationnelles et non pas des éléments de communication. Les coûts y afférents sont donc à porter au budget du résultat correspondant.

Pour plus d'information sur la visibilité sur le terrain pour les partenaires d'ECHO: http://ec.europa.eu/echo/media/identity_fr.htm

⁴ http://europa.eu/legislation_summaries/humanitarian_aid/r13008_en.htm

Réduction du risque de catastrophes (RRC) : Lorsque cela est pertinent, les projets peuvent prendre en compte dans l'élaboration de leur projet l'analyse de l'exposition et la vulnérabilité des populations ciblées à des risques naturels comme la sécheresse ou les inondations. Cette analyse doit être la base pour inclure les activités de réduction de risques pertinentes dans le cadre de projets à objectif nutritionnel.

Environnement : Etant donné que les projets de lutte contre la malnutrition se développent dans un environnement naturel extrêmement fragile où les épisodes de sécheresses sont de plus en plus rapprochés, des activités favorisant la préservation de l'environnement peuvent être menées. Il est à noter que des projets exclusivement portés sur la préservation de l'environnement naturel et/ ou la RRC ne relèveraient pas de la stratégie de la DG ECHO au Sahel et ne seraient pas éligibles.

Genre : La problématique du genre doit être considérée dans toutes les actions envisagées. L'implication des femmes dans la gestion / supervision des services et leur participation active aux mécanismes de prise de décision doivent dans la mesure du possible être favorisées. Tout effet négatif des projets sur les femmes, notamment sur l'augmentation de leur charge de travail, est à éviter. Le ciblage des hommes devra être envisagé lorsque cela est opportun (messages et information).

2.2. Principes spécifiques

Gestion de la Sécurité: La DG ECHO demande à ses partenaires d'inclure dans le Formulaire Unique, une analyse détaillée des risques sécuritaires. Les mesures prises dans la gestion de la sécurité du personnel et des biens afin de prévenir et de limiter l'exposition aux menaces seront clairement décrites.

La détérioration du contexte sécuritaire amorcée il y a quelques années et exacerbée par les récents événements dans le Nord du Mali rend les interventions humanitaires de plus en plus difficiles dans de nombreuses régions du Sahel. La DG ECHO et ses partenaires travailleront de concert à la préservation de l'espace humanitaire et aux respects des principes humanitaires. Dans certaines circonstances, des modes opératoires spécifiques correspondant aux degrés d'insécurité, devront être trouvés pour maintenir le double objectif : celui de la préservation de la sécurité de tous les intervenants humanitaires et des bénéficiaires ainsi que celui d'une réponse adaptée dont la qualité et le déroulement pourront être suivis.

Lien entre urgence et développement (LRRD) : Le processus de LRRD est un élément essentiel de la stratégie de lutte contre la malnutrition au Sahel. L'appropriation des actions entreprises par les autorités nationales concernées doit être clairement établie. De même, les partenaires devront donner une importance particulière à leur rôle dans le renforcement de la capacité locale au niveau technique et organisationnel. D'une manière plus générale, les actions financées doivent intégrer une approche de pérennité et de faisabilité à l'échelle nationale.

L'année 2013 sera déterminante dans le processus d'identification des Programmes Indicatifs Nationaux (PIN) du 11^{ème} FED, les partenaires sont encouragés à diffuser les résultats et analyses d'impact des projets menés auprès des autorités nationales concernées ainsi qu'auprès des représentants des Délégations de l'Union Européenne, des Etats Membres de l'Union Européenne et autres donateurs de développement impliqués dans les secteurs de la santé/nutrition et sécurité alimentaire et liés à la résilience des populations vulnérables.

Monitoring et Evaluation : Une attention particulière sera portée au système de suivi et évaluation de tous les projets afin d'en assurer la qualité mais aussi de façon à ce que leurs résultats puissent constituer une source d'information, d'apprentissage et nourrir ainsi, des activités de plaidoyer. Tous les projets comprendront un plan de suivi-évaluation précis, y compris ceux mis en œuvre dans les zones où l'accès est difficile.

Projets régionaux : En 2012, le HIP Sahel a permis le financement de projets régionaux. Dans la stratégie 2013, les projets régionaux pourront continuer à être appuyés. Toutefois, ces projets devront explicitement clarifier les modalités de gestion et les responsabilités de mise en œuvre entre la structure régionale et les structures des pays concernées. La structure régionale assurera un rôle de cohérence technique, permettra une meilleure planification et coordination des activités mais ne devra pas diminuer ou substituer les capacités de mise en œuvre des pays concernés. Les projets régionaux devront aussi prendre en compte les particularités rencontrées dans chacun des pays et apporter des réponses adaptées.

Calendrier : Afin de mieux coordonner et utiliser l'impact des projets, un alignement des actions financées par le HIP 2013 sera proposé pour les terminer en principe au plus tard en Mars 2014. Il est donc souhaitable que les propositions de projets soient introduites via APPEL au plus tard en mars 2013 après avoir été discutées préalablement dans les pays concernés.

3. LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DU HIP SAHEL 2013

La Stratégie initiale du Plan Sahel comprenait trois piliers interactifs : l'information, la réponse et les actions innovantes, le plaidoyer. Cette stratégie a depuis évolué grâce aux contributions des partenaires et s'inscrit à présent dans le cadre de l'initiative AGIR-Sahel. Elle repose désormais sur deux principaux piliers d'intervention détaillés ci-après :

Pilier 1 : Prendre en charge de la malnutrition aiguë et autres pathologies associées en vue de la réduction de la mortalité

Pilier 2 : Contribuer à l'augmentation de la résilience des populations les plus pauvres en vue de construire la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

3.1. Pilier 1: Prendre en charge de la malnutrition aiguë et autres pathologies associées en vue de la réduction de la mortalité

3.1.1. Prise en charge de la malnutrition aiguë.

En matière de traitement de la malnutrition aiguë, la stratégie vise à renforcer les objectifs suivants :

1. Son intégration dans le système de santé existant ;
2. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants malnutris ;
3. L'augmentation de la couverture des enfants malnutris et effectivement traités, particulièrement dans les pays où le problème de la malnutrition est toujours négligé.
4. L'amélioration des systèmes d'information relatifs à la nutrition.

3.1.1.1. *L'intégration dans le système de santé*

L'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans le système sanitaire reste une préoccupation de premier ordre pour la DG ECHO en vue d'un retrait progressif des acteurs humanitaires et d'une appropriation complète de l'ensemble des acteurs institutionnels.

Le district sanitaire demeure le niveau principal sur lequel portera l'intervention et ce pour toutes les phases du projet (admissions, supervisions...). Pour une meilleure implication et appropriation du district sanitaire, l'ensemble des centres de santé du district devront en principe être soutenus par le projet. Les projets de substitution partielle ou totale pourront être considérés lors de pics de crise ou lorsque le manque de capacité locale impose un soutien extérieur plus important. De la même façon, les projets de cliniques mobiles pourront être envisagés dans les zones où l'accès physique aux services de santé est particulièrement difficile.

Protocole : Dans les pays où le protocole national n'est pas encore révisé, la stratégie 2013 continue à encourager les révisions des protocoles nationaux qui sont en cours en soutenant des programmes de prise en charge utilisant les critères d'admission de périmètre brachial inférieur à 115 mm et/ou $P/T < 3$ Z-score et/ou présence d'œdèmes bilatéraux pour la MAS.

Supervision et formation de personnel de santé : En parallèle des formations théoriques, les mécanismes de supervisions formatives et la formation pratique pour l'application du protocole seront encouragés, ainsi que l'utilisation d'outils pour mesurer les progrès dans la qualité de la prise en charge.

Chaines d'approvisionnement : Les partenaires seront encouragés à supporter une intégration progressive des chaines d'approvisionnement en RUTF et médicaments essentiels dans les pharmacies et chaines d'approvisionnement médicales nationales. Un

appui spécifique pourra être envisagé pour le transfert régulier et ininterrompu des intrants du district sanitaire vers les centres de santé.

3.1.1.2. Rôles et responsabilités des acteurs au niveau du district en vue d'une amélioration de la qualité du traitement de la malnutrition.

Les partenaires seront encouragés à établir un document, appelé "Accord de Partenariat" avec les représentants des districts soutenus. Ce document devra clarifier les rôles et responsabilités et les engagements respectifs. Cet Accord pourra clarifier notamment l'ensemble des ressources (humaines, logistiques...) mis à disposition du district par les autorités sanitaires et par le partenaire.

Le Plan Sahel soutient la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA). Celle-ci comprend les activités menées au niveau des communautés (dépistage, référencement, sensibilisation, suivi des abandons) ainsi que celles menées au sein des structures sanitaires étatiques (prise en charge thérapeutiques et/ou supplémentaires). Le traitement médical et systématique sera fait dans le cadre des prises en charge thérapeutiques et supplémentaires.

Critères de performance : Les projets devront intégrer les indicateurs de performances de prise en charge de la malnutrition indiqués dans les protocoles nationaux, et dans les critères SPHERE. Dans le cas d'un renouvellement de projet, la proposition de financement tiendra compte des performances atteintes lors de la phase précédente et devront être clairement indiquées.

Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) : La DG ECHO soutient le protocole de l'OMS définissant la MAS avec un périmètre brachial inférieur à 115 mm et/ou P/T < 3 Z-score, et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux.

Prise en charge de la MAS avec complications médicales : Si nécessaire, un appui au système de référencement des centres de santé vers les centres thérapeutiques intensifs sera considéré. D'autres mesures spécifiques visant l'amélioration des critères de performances telles que l'alimentation des mères accompagnantes seront encouragées. La présence de médecins dans les CRENI sera impérativement assurée par les services sanitaires de l'Etat, ou par défaut par le partenaire.

Malnutrition Aiguë modérée (MAM) : Les ressources du Plan Sahel ne permettent pas de développer des programmes de prise en charge de la MAM. Néanmoins, là où la prise en charge est déjà effective, le soutien pourra exceptionnellement continuer sous réserve de l'atteinte des critères de performance. Le lien entre le traitement des MAS et des MAM sera renforcé là où les programmes MAM existent et sont performants, même s'ils sont gérés par une autre organisation. Dans le cas où les programmes de prise en charge de la MAM n'existent pas, les enfants seront déchargés lorsqu'ils seront entièrement guéris de la malnutrition aiguë. Les enfants dépistés MAM lors des campagnes de dépistage seront

référés aux centres de santé en vue d'un traitement systématique et d'une vérification du rapport poids/taille.

Gestion des intrants thérapeutiques (RUTF et médicaments): En 2012, les ruptures d'approvisionnement ont encore trop fréquemment compromis la qualité de prise en charge et contribuées à des taux d'abandon élevés. Les partenaires assisteront les districts sanitaires en les formant à la gestion des intrants thérapeutiques sur l'ensemble du district, et non uniquement sur leurs aires d'intervention. Le soutien des partenaires cherchera à améliorer la planification, à renforcer la logistique et à prévenir une utilisation non appropriée des intrants (revente). Les responsabilités des différentes parties prenantes dans la gestion des intrants seront clarifiées et formalisées au préalable. Des stocks de sécurité pourront être envisagés.

Activités communautaires : La stratégie favorise la prise en charge thérapeutique au niveau des centres de santé par des agents de santé qualifiés et formés.

Le volet communautaire est en revanche essentiel et sera soutenu concernant les activités suivantes :

- Dépistage régulier par les Agents de Santé Communautaire (ASC) lors des activités de sensibilisation.
- Dépistage actif : Afin de renforcer la performance du dépistage, un dépistage organisé par l'équipe cadre de district et mis en œuvre par les ASC (porte à porte, dépistage villageois) doit se dérouler de manière régulière et être potentiellement renforcé lors des périodes de fortes prévalences de malnutrition (soudure, pic que paludisme). Lors de la préparation de dépistage actif, les équipes et moyens de prise en charge devront être préparées à un afflux plus important d'enfants.
- Référence : Les ASC ont un rôle dans le suivi des références. Des indicateurs de référence seront indiqués afin de mesurer le taux d'enfants dépistés et effectivement pris en charge entre le village et le Centre de Santé. Les stratégies conjointes de référencement, par exemple avec des campagnes de vaccination ou de distribution de vitamine A seront encouragées.
- Le suivi des abandons.
- La promotion des bonnes pratiques de l'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants et d'hygiène sera encouragée, notamment au niveau des centres de prise en charge.

Les activités de sensibilisation dans la seule mesure où elles sont complémentaires aux autres actions précitées. Les activités communautaires de sensibilisation seules ne seront pas prises en compte.

Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) : La DG ECHO soutient la stratégie « WASH-in-NUT »⁵ développée au niveau régional pour l'intégration d'un paquet minimum d'activités EHA dans les programmes nutritionnels. Ainsi, les projets de prise en charge nutritionnelle devront s'assurer que les services minimum EHA sont disponibles dans les centres de santé soutenus, conformément aux standards SPHERE et recommandations MSF⁶. Il comprend le stockage et l'accès à une eau potable, accès à des toilettes et à un dispositif de lavage des mains, une propreté générale et des actions de sensibilisation à l'hygiène. Ces activités de sensibilisation à l'hygiène pourront être étendues au niveau des communautés.

3.1.1.3. L'augmentation de la couverture des enfants malnutris et effectivement traités, particulièrement dans les pays où le problème de la malnutrition est toujours négligé

Les ressources disponibles en 2012 ont permis d'augmenter significativement le nombre d'enfants traités et la couverture des services de traitement, ce qui a permis de sauver plus de vies mais aussi d'atteindre une masse critique au niveau des districts sanitaires favorisant l'implication des autorités sanitaires et, dans une certaine mesure, le plaidoyer au niveau national. En 2013, cette stratégie sera poursuivie dans les pays/régions où la couverture reste critique.

Couverture : Les indicateurs de couverture (enfants traités / enfants malnutris), inclus dans les projets, doivent couvrir l'ensemble du district sanitaire. Le minimum acceptable est un taux de 50% pour les contextes ruraux (SPHERE). Les partenaires devront viser une augmentation progressive de la couverture même si le taux de 50% est atteint.

Estimation du nombre de Bénéficiaires: Les calculs de prévalence et d'incidence liés aux résultats des enquêtes nutritionnelles permettront d'identifier le nombre d'enfants attendus dans les projets. A défaut, le nombre de bénéficiaires sera estimé en fonction du nombre de bénéficiaires atteints lors du projet précédent si celui-ci était satisfaisant.

3.1.1.4. Système d'information

Suivi de la prise en charge : Dans une optique d'intégration de la prise en charge nutritionnelle dans le système de santé national, il sera demandé aux partenaires opérationnels de fournir leurs données statistiques et épidémiologiques : i) aux Districts sanitaires concernés qui alimenteront ainsi le système National d'Information Sanitaire - SNIS ; ii) à l'UNICEF en tant que coordonnateur nutrition.

En parallèle, ils devront chercher à supporter les capacités des services de santé afin de transmettre les informations nutritionnelles de manière régulière et pérenne.

⁵ Stratégie « Wash in Nut » Afrique de L'ouest sur le site de OCHA ROWCA : (<http://goo.gl/cMGdh>)

⁶ Essential water & sanitation requirements for health structures, MSF 2005.

Enquête nutritionnelle SMART : Les projets de traitement et de prévention de la malnutrition devront se référer aux données nutritionnelles disponibles les plus récentes. Par défaut, les données proviendront de la dernière enquête annuelle et d'un niveau national, régional ou départemental selon la disponibilité dans les pays. La pertinence d'enquêtes individuelles à échelle réduite sera analysée en fonction des données existantes dans le pays.

Enquêtes de couverture : Les projets liés au traitement de malnutrition visent une couverture supérieure à 50% dans les districts sanitaires soutenus. Des enquêtes de couverture, réalisées au niveau des projets seront éligibles dans les districts concernés et réalisées par les partenaires qui en maîtrisent la méthodologie.

Etude des causes de la malnutrition : Des études sur les causes de la malnutrition pourront être considérées pour informer des stratégies de prévention de la malnutrition. Des analyses sur les barrières à l'accès aux centres thérapeutiques seront également considérées.

3.1.2. Prise en charge des maladies associées

Dans le cadre d'un programme de traitement intégré de la malnutrition aiguë, et avec l'objectif d'une réduction de la mortalité, la stratégie 2013 soutient la prise en charge médicale des pathologies courantes des enfants de moins de cinq ans ayant des interactions évidentes avec la malnutrition (paludismes, infections respiratoires, diarrhées, rougeole).

- La prise en charge médicale des enfants et des femmes enceintes/allaitantes admis dans les programmes nutritionnels est globale, elle couvre le traitement de la malnutrition aiguë ainsi que le traitement des pathologies associées.
- La prise en charge de ces pathologies pour les enfants non malnutris sera considérée pour les partenaires ayant la capacité de l'assurer et en cas de carences caractérisée (ces projets ne doivent pas substituer les efforts mis en œuvre par les services gouvernementaux).

La prise en charge médicale sera gratuite. Les intrants seront fournis par le partenaire. Le coût des actes sera remboursé par le partenaire au Centre de Santé. Tout comme la prise en charge de la malnutrition, la prise en charge des maladies associées sera intégrée au système de santé avec un objectif induit de renfort de capacité du personnel soignant et d'encadrement. Le coût de la prise en charge des maladies associées n'excédera pas le coût de la prise en charge de la malnutrition aiguë, qui reste prioritaire.

3.2. Pilier 2 : Contribuer à l'augmentation de la résilience des populations les plus vulnérables en vue de construire la sécurité alimentaire et nutritionnelle

3.2.1. Préparation et réponse aux chocs conjoncturels

3.2.1.1. Système d'alerte et d'information⁷

L'analyse de la situation des ménages et des stratégies de réponse au travers d'une méthodologie appropriée (notamment inspirée du cadre HEA) est un préalable à toute intervention.

Analyse d'économie des ménages (HEA) : Des analyses de l'économie des ménages seront développées afin de servir de base d'analyse, de ciblage et de suivi/évaluation des projets d'assistance alimentaire relatifs à la prévention de la malnutrition et l'amélioration de la résilience.

Le cadre HEA, dans sa composante « analyse des scénarii » (*outcome analysis*) servira de référence pour les projets visant à améliorer les dispositifs d'alerte précoce. Dans la mesure de leurs compétences, les partenaires sont invités à faciliter l'intégration de cet outil dans les analyses des systèmes d'alerte précoce nationaux et sous-régionaux (CILSS).

L'analyse des scénarii permet d'établir des pronostics concernant l'évolution future de la situation des ménages, en liant les données de référence avec les données de suivi au niveau méso (évolution des prix, de la production, etc.). Cette approche permet de connaître les catégories de population affectées, leur taille estimative dans une zone déterminée, la période de l'année la plus critique et le niveau d'assistance extérieure nécessaire. Ainsi, les menaces de crises alimentaires pourront être identifiées suffisamment tôt pour alerter les acteurs, déclencher des interventions précoces et éviter ainsi une dégradation du statut nutritionnel de la population.

Lorsque la méthodologie est maîtrisée, des études complémentaires de type « Coût du régime alimentaire » (*cost of diet*) pourront être financées pour compléter l'analyse d'économie des ménages et faire le lien avec la malnutrition (elles permettront notamment de mieux comprendre les carences en micronutriments et l'accessibilité financière à un régime alimentaire équilibré).

Analyse des marchés : La compréhension des dynamiques de marché (fonctionnement des filières céréalières, comportement des commerçants, etc.) est un prérequis préalable à toute intervention dans le domaine de l'assistance alimentaire. En termes d'analyse des marchés, plusieurs agences ont développés des toolkits⁸.

⁷ Les systèmes d'information relatifs à la nutrition sont traités dans la partie 3.1.1.4.

⁸ <http://www.wfp.org/content/market-analysis-tool-how-conduct-trader-survey>,
http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/manual_guide_proced/wfp210589.pdf

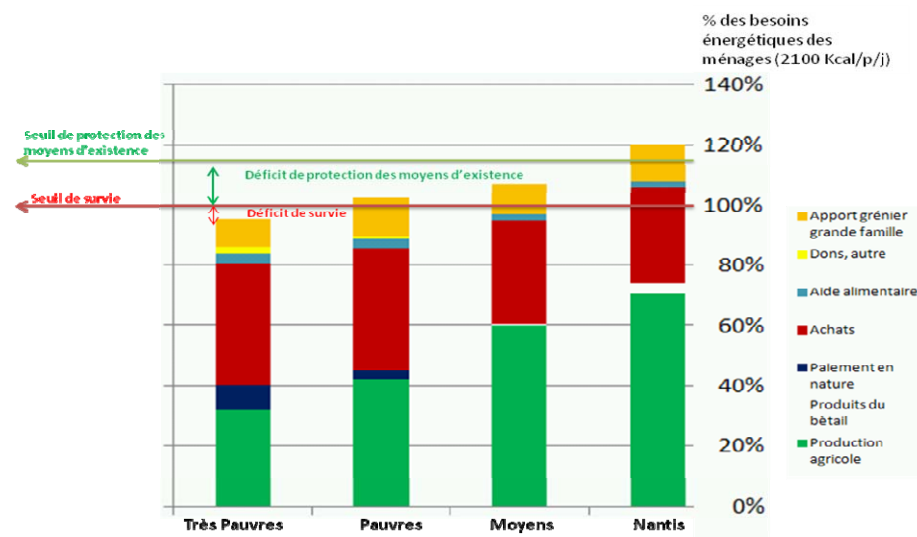
L'analyse des marchés permet également de justifier des choix en termes de modalités d'interventions (vivres, transferts monétaires et/ou coupons marchandises/ monétaires). Un suivi des marchés s'impose également tout au long de la mise en œuvre des projets, à la fois pour connaître les effets potentiels des transferts réalisés sur le fonctionnement des marchés, et pour détecter d'éventuels points de blocage nécessitant une réorientation du programme.

Enfin, l'analyse des marchés pourra contribuer à une compréhension plus globale des mécanismes d'approvisionnement des marchés sahéliens et des phénomènes de spéculation et ainsi aider les acteurs de développement à identifier des potentiels axes d'intervention en matière de régulation et/ou appui au fonctionnement des marchés.

3.2.1.2 Assistance Alimentaire

Ciblage : les projets d'assistance alimentaire doivent cibler les ménages souffrant d'un déficit de survie et/ou d'un déficit de protection des moyens d'existence et identifiés selon des critères socio-économiques (notamment inspirée du cadre HEA). Ces projets auront pour objectif l'accès de ces ménages à un régime alimentaire équilibré, la prévention une dégradation du statut nutritionnel et la protection/réhabilitation les moyens d'existence des ménages les plus pauvres. Il existe un lien constaté entre le degré de pauvreté et le risque de malnutrition.

Définition du niveau d'intervention des projets d'assistance alimentaire :



- **Un déficit de survie** nécessite une assistance alimentaire ciblée dont la modalité est à déterminer en fonction des résultats de l'analyse des marchés. Les

distributions/transferts inconditionnels seront encouragés⁹. En fonction du contexte et de la capacité de travail des ménages cibles, le transfert pourra également être conditionné à un travail, ou à une présence à des séances de sensibilisation à la nutrition.

- Un **déficit de moyens d'existence** implique un choix d'activités d'appui aux moyens d'existence en fonction de l'analyse initiale de l'économie des ménages. Il permet d'identifier les leviers susceptibles de protéger et/ou réhabiliter les moyens d'existence des ménages les plus pauvres et les plus à risque de malnutrition.

Projets de protection des moyens d'existence :

Les projets d'appui aux moyens d'existence devront identifier des possibles critères d'exclusion au projet pour les ménages les plus pauvres (problème d'accès à la terre, etc) et également comprendre un volet de M&E visant à mesurer l'impact nutritionnel de l'intervention (exemple: l'amélioration de la diversité alimentaire).

Pour tout projet intervenant dans le secteur agricole, un calendrier saisonnier devra être fourni lors avec le document de projet initial.

Toute activité liée à l'élevage (restockage, déstockage, alimentation et santé animales, etc.) devra suivre les procédures et les normes présentées dans les Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage/Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)¹⁰.

L'appui pourra se faire sous forme de transferts monétaires et/ou d'intrants productifs, la modalité devant être définie grâce à une analyse préalable de la filière productive visée.

Supplementary Feeding Programme (BSFP)

Dans les situations de crises alimentaires et nutritionnelles, parfois localisées, les programmes de Blanket Supplementary Feeding (BSFP) seront considérés seulement s'ils sont combinés à des programmes d'assistance alimentaire. La logique de ciblage du BSFP prendra en compte la protection nutritionnelle des catégories les plus vulnérables (enfants de 6 mois à 2 ans et les femmes allaitantes et dans la mesure du possible les femmes enceintes). Les programmes d'assistance alimentaire associés viseront la protection des groupes vulnérables en insécurité alimentaire sévère. Ils seront en principe limités à la période de soudure et aux zones présentant des prévalences de malnutrition aigüe très élevées (seuil précis à définir par les groupes de travail nutrition des pays concernés tenant compte des recommandations du Global Nutrition Cluster).

⁹ L'entrée en vigueur du nouveau règlement financier de la CE comprend la levée du plafond de 100.000 EUR pour les transferts monétaires non conditionnés (mise en application le 1/1/2013)

¹⁰ Voir <http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf>

3.2.2. Projets pilotes

Des projets pilotes liés à la prévention de la malnutrition et/ou à l'augmentation de la résilience seront considérés. Ces actions, parfois novatrices, seront limitées en volume et en nombre par pays. Elles visent à démontrer leur impact dans la réduction des prévalences de la malnutrition et dans l'augmentation de la résilience des populations les plus vulnérables afin que les pays concernés et les acteurs de développement puissent les intégrer dans leur planification. Ainsi, une attention particulière devra être portée à la durabilité de ces projets et à la possibilité de les passer à l'échelle (facilité de mise en œuvre, bon rapport coût-efficacité, etc). La coordination, la cohérence et la complémentarité des projets pilotes avec les actions de développement dans la zone d'intervention seront étudiées.

Ainsi, l'accord ou l'implication, y compris financière, des autorités nationales, au niveau central ou périphérique est souhaitable. Le projet indiquera quel sera le niveau de participation des autorités du pays concerné.

De plus, la possibilité de reproduire ces projets pilotes à large échelle devra être un élément important dans la définition des projets.

Intégrée à ces projets, l'analyse de l'impact au niveau nutritionnel et/ou de l'augmentation de la résilience devra être clairement démontrée dans la proposition, avec, la mise en place d'un système de suivi et évaluation rigoureux et reconnu. Les résultats obtenus seront partagés, publiés et largement diffusés pour démontrer leur intérêt et renforcer le volet plaidoyer.

Dans le cadre du renouvellement d'un projet, la nouvelle proposition indiquera les résultats déjà atteints et devra documenter les avancées encore attendues. Les projets ne montrant pas un impact positif et/ou dont le passage au niveau national n'est pas envisageable ne seront pas renouvelés.

Ces projets pilotes pourront concerner les secteurs suivants :

- **Amélioration de l'accès aux soins/exemption des frais médicaux** : Les projets reposant sur des mesures d'exemption des frais médicaux ont déjà montré une hausse de la fréquentation des centres de santé. Ces projets doivent encore établir leur impact sur le plan nutritionnel.
- **Accès aux produits enrichis** : La stratégie reconnaît l'intérêt, tout au long de l'année, d'une amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de compléments nutritionnels spécifiques aux enfants de moins de deux ans et aux femmes enceintes et allaitantes. Les ressources du Plan Sahel ne permettent pas de développer des programmes d'envergure dans ce domaine. Des projets pilotes montreront l'impact de l'accessibilité à ces compléments dans une stratégie de réduction durable de la malnutrition pour les autorités et les acteurs de développement. Ces projets montreront également l'intérêt d'actions complémentaires (par ex. transferts monétaires + compléments alimentaires).

- **Eau Hygiène et Assainissement (EHA) :** Le lien entre la malnutrition et un accès réduit à l'eau et l'assainissement pourra être analysé au travers de projets pilotes pertinents. Ces analyses pourront être construites sur la base de projet EHA existants et mis en œuvre par les acteurs de développement dans les zones à fortes prévalence.
- **Planning familial :** Si le planning familial ne rentre pas spécifiquement dans la stratégie du HIP Sahel 2013, des actions de promotion de l'espacement des naissances pourront être soutenues dans l'optique d'améliorer la santé maternelle et infantile et de prévenir la malnutrition infantile. Ces actions ne seront pas soutenues de manière isolées.
- **Réduction de la pauvreté extrême :** La réinsertion des plus pauvres dans un système productif viable est un enjeu majeur pour construire la résilience des populations face aux chocs. Les projets pilotes visant cet objectif (par exemple en combinant filets sociaux et activités productives) ainsi que les activités d'analyse de la pauvreté extrême et des leviers permettant aux plus pauvres de faire face aux chocs seront considérés.
- **Les paquets multisectoriels :** Les causes de la malnutrition aiguë sont multisectorielles. Les études d'impact de projets combinant plusieurs activités complémentaires sur le niveau nutritionnel seront considérées si elles offrent des options viables, efficaces et pouvant être répliquées à large échelle.

Concernant les activités visant à prévenir la malnutrition, une attention particulière sera portée aux ménages pauvres et très pauvres. L'analyse de l'économie et des moyens d'existence des ménages permettra de choisir les modalités et les types d'intervention adaptées pour lever des barrières potentielles d'accès aux services sociaux de base et à l'alimentation, en tenant compte des besoins et capacités spécifiques des différentes catégories de populations ciblées (accès gratuits aux soins, transferts monétaires, etc.)

3.2.3. Plaidoyer en vue de renforcer le lien avec les acteurs de développement

La stratégie liée au HIP Sahel 2013 prévoit un important volet de plaidoyer afin que la malnutrition et l'augmentation de la résilience des populations les plus vulnérables constituent des axes prioritaires des politiques nationales et que leur soutien soit assuré par les acteurs de développement.

Le plaidoyer doit intervenir à partir de constats faits sur les capacités nationales à mettre en œuvre la prise en charge de la malnutrition (intégration, approvisionnement...) mais aussi sur l'intérêt et la valorisation des actions de prévention (impact, mise à échelle...) et enfin sur les options possibles pour augmenter la résilience des populations les plus vulnérables (amélioration de l'accès aux services sociaux de base, transferts sociaux, actions de développement pro-pauvres, etc.).

Les partenaires de la DG-ECHO ont un rôle important à jouer dans ce plaidoyer. Les projets pilotes financés dans la cadre de la stratégie 2013 pourront y contribuer, aussi doivent-ils s'inscrire dans une stratégie de plaidoyer prédéfinie. Par ailleurs, de nombreux travaux de recherche existent en Afrique de l'Ouest et dans d'autres régions qui pourront alimenter le plaidoyer pour la réduction de la malnutrition et l'une augmentation de la résilience des populations vulnérables. Des travaux de capitalisation sur les thèmes développés ci-dessus, ainsi que des activités de communication pourront être considérés s'ils font partie d'une stratégie de plaidoyer prédéfinie. Cette stratégie de plaidoyer sera discutée préalablement au projet afin d'en assurer la cohérence avec le plaidoyer effectué par d'autres acteurs.

La programmation du 11^{ème} FED amorcée dans le dernier semestre de 2012 va continuer en 2013. Dans tous les pays du Sahel, les stratégies de coopération devraient intégrer un volet Sécurité alimentaire/ Agriculture durable et/ou résilience des populations vulnérables et dans une certaine mesure elles devraient inclure la prévention de la malnutrition. Sur la base des résultats positifs de leurs projets, les partenaires sont encouragés à rencontrer les autorités nationales et les personnes des Délégations de l'Union Européenne concernées par leurs interventions.