



Commission
européenne



DG ECHO Politique thématique n° 4

Nutrition

Répondre à la sous-
nutrition en situation
d'urgence

Septembre 2013

*Aide
humanitaire et
protection civile*



Commission
européenne

DG ECHO - POLITIQUES THÉMATIQUES

- N°1:** Assistance alimentaire : de l'aide alimentaire à l'assistance alimentaire
- N°2:** Eau, assainissement et hygiène (WASH) : répondre au défi de besoins humanitaires en augmentation rapide
- N°3:** Espèces et bons d'achat : augmenter l'efficacité et l'efficacité dans tous les secteurs
- N°4:** Nutrition : répondre à la sous-nutrition en situation d'urgence
- N°5:** Réduction des risques de catastrophes : renforcer la résilience en réduisant les risques de catastrophes dans l'action humanitaire
- N°6:** Genre : adapter l'assistance à des besoins différents

Table des matières

Introduction	2
Résumé	3
1 Contexte	5
1.1 La mesure du problème	5
1.2 La sous-nutrition comme priorité mondiale croissante	6
1.3 La sous-nutrition en contexte de crises	7
2 Cadre de la nutrition en contexte d'urgence	10
2.1 Le cadre conceptuel de la sous-nutrition	10
2.2 Avancées récentes dans la prise en charge de la sous-nutrition en contexte de crises	12
2.3 Défis clés pour répondre à la sous-nutrition en contexte d'urgence	14
3 Objectifs, priorités et principes de l'assistance de la Commission en matière de nutrition d'urgence	16
3.1 Objectif principal	16
3.2 Objectifs spécifiques	16
3.3 Priorités stratégiques	17
3.4 Principes guidant l'assistance d'urgence de la Commission en matière de nutrition	17
4 Cadre opérationnel de l'assistance	19
4.1 Critères d'entrée et de sortie	19
4.2 Aspects complémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs de la Commission	20
5 Réponses opérationnelles	24
5.1 Santé et nutrition	24
5.2 Assistance alimentaire humanitaire et nutrition	31
5.3 Eau, assainissement et hygiène (WASH) et nutrition	33
6 Les préoccupations communes des acteurs humanitaires et du développement	36
6.1 La malnutrition chronique (retard de croissance) en urgence	36
6.2 VIH/SIDA	37
6.3 Cohérence, Coordination et Complémentarité	37
7 Annexes	42
7.1 Liste des acronymes	42
7.2 Note sur les termes techniques	43
7.3 Politiques et recommandations en appui à ce document de travail des services	45

Note sur la terminologie

Une **crise humanitaire** est un événement ou une série d'événements qui représente une menace critique pour la santé, la sûreté, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un autre grand groupe de personnes. Une crise humanitaire peut avoir des causes naturelles ou humaines, avoir un déclenchement rapide ou lent et être de durée courte ou prolongée.

Le terme **sous-nutrition** couvre les situations à court terme (aiguë) ou à long terme (chronique) et comprend plusieurs conditions physiologiques qui coexistent fréquemment: 1) l'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille) et l'œdème nutritionnel (une forme de malnutrition aiguë sévère), 2) le retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge, considéré comme un indicateur de malnutrition chronique), 3) le retard de croissance intra-utérin qui amène une insuffisance pondérale à la naissance, 4) les carences en micronutriments essentiels. Les causes de sous-nutrition sont multiples et contextuelles.

Dans son sens premier, le terme **malnutrition** renvoie à toutes formes de trouble physiologique causées par l'utilisation que le corps fait des nutriments, c'est-à-dire aussi bien la surnutrition que la sous-nutrition. Il a toutefois été utilisé par le passé comme synonyme de sous-nutrition, ce qui explique pourquoi certains acronymes communément utilisés emploient «malnutrition» plutôt que le terme plus correct de «sous-nutrition» (comme PCMA pour Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, MAG pour malnutrition aiguë globale, MAM pour malnutrition aiguë modérée et MAS pour malnutrition aiguë sévère).

(En annexe A, un glossaire fournit une description plus complète de tous les termes techniques utilisés dans ce document).

Introduction

En accord avec l'orientation du Consensus européen sur l'aide humanitaire et de manière à promouvoir les bonnes pratiques dans la mise en œuvre de l'assistance humanitaire nutritionnelle en situation d'urgence, ce document de travail des services (DTS) de la Commission vise à compléter la Communication de la Commission «Améliorer la nutrition maternelle et infantile dans le cadre de l'aide extérieure: un cadre stratégique de l'UE»¹ afin d'augmenter l'efficacité et l'efficience de l'assistance humanitaire. Ce document cherche en particulier à:

- Clarifier les objectifs, les priorités et les principes de l'assistance humanitaire de la Commission en matière de nutrition pour les personnes confrontées à des crises humanitaires;
- Identifier des sujets et des approches qui renforcent l'efficacité de l'assistance humanitaire en matière de nutrition lors de crises humanitaires tout en soulignant les liens nécessaires avec un appui à plus long terme;
- Contribuer à l'élaboration du cadre stratégique de l'UE sur la sous-nutrition dans les pays en développement.

La portée de ce document couvre le soutien déjà fourni par la Commission dans le but d'améliorer les résultats de son assistance humanitaire en matière de nutrition. Il englobe par conséquent les multiples secteurs qui contribuent collectivement à éviter un impact négatif sur la nutrition dans les situations de crises humanitaires, ce qui comprend notamment les réponses en lien avec la santé, l'assistance alimentaire humanitaire, l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Ce DTS constitue une étape importante dans le processus de développement de recommandations pour l'assistance humanitaire de la Commission en matière de nutrition. Il marque également un pas supplémentaire vers la définition d'un point de vue commun sur les principes et priorités qui soutiennent l'intégration d'objectifs nutritionnels à travers les secteurs de l'assistance humanitaire. Dans ce but, ce DTS explore: les sujets et tendances qui doivent être pris en compte (section 1), le cadre conceptuel et les défis clés (section 2), les objectifs, priorités et principes qui motivent l'assistance humanitaire en matière de nutrition (section 3), le cadre opérationnel de l'assistance, se concentrant sur les critères d'entrée et de sortie (section 4), les réponses opérationnelles (section 5) et les préoccupations communes (section 6). Ce DTS puise également dans les expériences pertinentes en matière d'assistance humanitaire spécialisée dans la nutrition, secteur qui connaît une évolution rapide. Tout au long de ce document, ces expériences sont présentées sous la forme d'études de cas opérationnelles de manière à offrir au lecteur des analyses techniques de valeur sur les questions de programmation, de mise en œuvre et de coordination.

1 - Améliorer la nutrition maternelle et infantile dans le cadre de l'aide extérieure: un cadre stratégique de l'UE, COM (2013) 141, Mars 2013.

Résumé

Plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans est imputable à la sous-nutrition au niveau mondial.

On estime à 52 millions (soit 8%) le nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'émaciation. 70% d'entre eux vivent en Asie.²

La sous-nutrition infantile rend les enfants plus sensibles aux maladies et empêche un développement cérébral optimal. Les dommages irréversibles causés par la sous-nutrition des individus ont des répercussions sur la productivité et la croissance économique d'une nation.

La sous-nutrition est une priorité mondiale croissante. En 2008, les séries publiées par le Lancet sur la sous-nutrition maternelle et infantile ont joué un rôle crucial en matière de sensibilisation internationale sur la sous-nutrition dans les pays en développement. Chaque année, la Commission européenne alloue plus de 100 millions d'euros à des actions d'assistance humanitaire explicitement dédiées à des objectifs nutritionnels spécifiques. L'allocation à des interventions de nutrition au sein de l'assistance humanitaire de la Commission a doublé entre 2008 et 2011.

La sous-nutrition et les décès liés à la sous-nutrition sont en grande partie évitables. Des interventions-clés en nutrition présentant un fort impact ont été clairement identifiées. Cependant, l'engagement, les capacités et les ressources pour la mise à l'échelle des interventions de lutte contre la sous-nutrition continuent de manquer. La malnutrition aiguë (émaciation) a seulement diminué de 11% depuis 1990.³

La sous-nutrition est le résultat de causes multiples immédiates, sous-jacentes et structurelles, provenant de différents secteurs: sécurité alimentaire, santé, eau et assainissement, soins et leur environnement sous-jacent. Traiter la sous-nutrition nécessite une approche multisectorielle ainsi qu'un cadre conjoint d'actions humanitaires et de développement.

Le présent document réaffirme l'engagement de la Commission pour répondre à la sous-nutrition dans les crises humanitaires et définit le cadre de ces interventions.

L'**objectif** de la Commission est de **réduire ou d'éviter la mortalité et la morbidité excessives⁴ dues à la sous-nutrition en situation humanitaire**. La politique humanitaire de l'UE s'attache également à répondre aux causes immé-

“ Plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans est imputable à la sous-nutrition au niveau mondial. ”

² et ³ - Joint UNICEF – WHO – The World Bank Child Malnutrition Database: Estimates for 2012 and Launch of Interactive Data Dashboards – 2012

⁴ - L'«excès» combine des mesures absolues en lien avec les seuils d'urgence définis par le Manuel LSPHERE, l'UNICEF et le Standing Committee on Nutrition (SCN) des Nations unies, et des mesures relatives en lien avec les seuils de référence propres à chaque contexte (voir la Communication sur l'assistance alimentaire humanitaire).

diates et sous-jacentes de la sous-nutrition.

En plus des principes humanitaires de neutralité, d'indépendance, d'impartialité et d'humanité, la Commission respecte une série de principes plus spécifiques déjà présentés dans sa Communication sur l'assistance humanitaire alimentaire.⁵

Les interventions en nutrition doivent :

- Répondre aux besoins des individus les plus vulnérables à la sous-nutrition : mères et enfants de moins de 5 ans ;
- Utiliser des méthodes et des outils qui ont démontré leur efficacité et leur rapport coût-efficacité ;
- Répondre à des risques humanitaires bien définis ainsi qu'à des besoins immédiats d'urgence ;
- Promouvoir une approche multisectorielle qui est essentielle pour s'attaquer aux causes de la sous-nutrition ;
- Promouvoir une approche conjointe humanitaire et de développement pour aider à renforcer la résilience.

“ *Les interventions en nutrition doivent [...] promouvoir une approche multisectorielle [...] (et) une approche conjointe humanitaire et de développement.* ”

En situation d'urgence, les interventions de la Commission visent plus particulièrement à :

- Réduire les niveaux de malnutrition aiguë modérée et sévère ainsi que les carences en micronutriments à des taux inférieurs aux seuils d'urgence grâce à des réponses humanitaires opportunes, efficaces et efficaces ;
- Prévenir les détériorations majeures de l'état nutritionnel qui menacent la vie en assurant un accès des populations affectées par les crises à une alimentation adaptée, saine et nutritive au moyen de réponses alimentaires et non alimentaires selon le contexte ;
- Réduire la vulnérabilité spécifique des nourrissons et des jeunes enfants lors de crises grâce à la promotion de soins infantiles adaptés, en accordant une attention particulière aux pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ;
- Réduire la vulnérabilité spécifique des femmes enceintes et allaitantes lors de crises grâce à un soutien adapté à la nutrition maternelle ;
- Répondre aux menaces visant l'état nutritionnel des populations affectées par les crises dues à un environnement sanitaire public inadapté en assurant un accès à des soins de santé appropriés, à une eau saine, à des systèmes d'assainissement et à des mesures d'hygiène.

D'autres domaines d'appui potentiel ont été identifiés comme clés pour atteindre les objectifs susnommés, à savoir : les systèmes d'information, des programmes de qualité, le renforcement des compétences, la recherche et le plaidoyer. Ces domaines ne constituent toutefois ni des points d'entrée ni des activités autonomes.

⁵ - [Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen concernant l'assistance alimentaire humanitaire COM \(2010\) 126](#)

1. Contexte

1.1 La mesure⁶ du problème

Les informations suivantes illustrent à quel point la sous-nutrition constitue en soi une crise majeure: mondiale et persistante par nature. La sous-nutrition tue chaque jour des milliers de personnes partout dans le monde, y compris dans de nombreux pays largement considérés comme stables et présentant une trajectoire de développement positive.

“ Environ 52 millions (soit 8%) des enfants de moins de cinq ans souffrent d'émaciation dans le monde. 70% d'entre eux se trouvent en Asie. Environ 165 millions (soit 26%) d'enfants souffrent d'un retard de croissance au niveau mondial. ”

- Bien que la sous-nutrition soit en grande partie évitable, elle constitue la cause sous-jacente de plus d'un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, ôtant chaque année la vie à environ trois millions d'enfants en bas âge et à plus de 100.000 femmes.
- Environ 52 millions (soit 8%) des enfants de moins de cinq ans souffrent d'émaciation dans le monde. 70% d'entre eux se trouvent en Asie. Environ 165 millions (soit 26%) d'enfants souffrent d'un retard de croissance au niveau mondial.⁷
- On estime que le retard de croissance, l'émaciation et le retard de croissance intra-utérin sont responsables de la perte de 21% d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY en anglais). Une étude portant sur l'exposition simultanée à ces facteurs en lien avec la nutrition a démontré que, cumulés, ils étaient responsables d'environ 11% de la charge de morbidité dans le monde.
- La sous-nutrition cause un développement physique et cognitif sous-optimal, ainsi qu'une plus faible résistance aux infections. Elle compromet la productivité des adultes, réduisant ainsi le potentiel économique des sociétés et perpétuant la pauvreté.
- Les carences en micronutriments, indispensables à la croissance et au développement des individus, affectent presque deux milliards de personnes dans le monde, y compris dans les pays développés.
- L'allaitement sous-optimal, en particulier l'allaitement non exclusif durant les six premiers mois de vie, est responsable de 1,4 million de décès et représente 10% de la charge de morbidité parmi les enfants de moins de cinq ans.
- Les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) pertinents (1, 4 et 5) sont toujours lents:

6 - Sauf mention contraire, les chiffres présentés dans cette section proviennent du premier numéro de la série Lancet: Black R.E. et al. (2008): *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*. Lancet 371, 243-260.

7 - Joint UNICEF - WHO - The World Bank Child Malnutrition Database: *Estimates for 2012 and Launch of Interactive Data Dashboards* (2012)

- L'OMD 1 « Eliminer l'extrême pauvreté et la faim » a réalisé certains progrès puisque la pauvreté extrême a diminué dans toutes les régions du monde même si quelques-unes ont connu plus de progrès que d'autres. La faim demeure un défi mondial. Les plus récentes estimations de la FAO en matière de sous-alimentation indiquent 850 millions de personnes souffrant de la faim dans le monde sur la période 2006-2008, soit 15,5 % de la population mondiale. Ce niveau constamment élevé de sous-alimentation reflète un manque de progrès en matière de réduction de la faim dans plusieurs régions du monde, y compris là où la pauvreté des revenus a diminué.
- Malgré la montée en puissance de l'OMD 4 « Réduire la mortalité infantile », ses progrès sont encore trop lents pour qu'il puisse atteindre sa cible : l'Afrique sub-saharienne et l'Océanie ont connu des réductions de la mortalité infantile de seulement 30 %, soit moins de la moitié de ce qui est requis par l'OMD. L'Asie du Sud connaît aussi du retard avec une baisse de 44 % du taux de mortalité infantile entre 1990 et 2010 qui est insuffisante pour atteindre une réduction des deux tiers d'ici 2015.
- L'OMD 5 « Améliorer la santé maternelle » a connu des progrès puisque la mortalité maternelle a presque diminué de moitié depuis 1990. Néanmoins, les niveaux actuels de mortalité maternelle sont encore loin de la cible fixée pour 2015. On estime à 287 000 le nombre de décès maternels à travers le monde pour l'année 2010, ce qui correspond à une baisse de 47 % par rapport au niveau de 1990. L'Afrique sub-saharienne (avec 56 % de ces décès) et l'Asie du Sud (29 %) représentent ensemble 85 % du total mondial en 2010, avec un nombre total de décès maternels de 245 000.⁸

« Ces dernières années, [...] des avancées considérables ont été réalisées en redonnant une impulsion à la lutte contre la sous-nutrition. »

1.2 La sous-nutrition comme priorité mondiale croissante

Ces dernières années, et notamment grâce à la prise en compte croissante de sa portée en termes de progrès liés aux OMD, des avancées considérables ont été réalisées en redonnant une impulsion à la lutte contre la sous-nutrition.

De ce fait, de nouvelles stratégies et initiatives contre la sous-nutrition dans les pays en développement sont en cours dans plusieurs Etats membres de l'UE.⁹

Toute l'attention requise doit également être accordée aux récentes publications¹⁰ qui indiquent les interventions ayant démontré le plus d'efficacité pour répondre à la

8 - Objectifs du Millénaire pour le développement, Nations unies (2012)

9 - Par exemple : 'The neglected crisis of undernutrition: DFID's Strategy'; La stratégie du gouvernement français: 'Nutrition dans les Pays en Développement — Document d'Orientation Stratégique'; Ireland's Hunger Envoy Report 2010; and Germany's strategy Rural Development and its Contribution to Food Security, 2011.

10 - Par exemple : World Bank 2010: *Scaling up Nutrition. What will it Cost?* By S. Horton et al. and Save the Children 2009: *Hungry for Change. An eight-step, costed plan of action to tackle global child hunger.*

sous-nutrition. Une publication marquante de The Lancet datée de janvier 2008 (cinq articles connus sous le nom de 'série Lancet', comme indiqué plus haut) a tout particulièrement donné un nouvel élan au combat contre la sous-nutrition. Une grande part de cette dynamique est incarnée par le mouvement Scaling up Nutrition (SUN).¹¹ Cette initiative vise à construire un alignement multipartite et multisectoriel pour soutenir les stratégies au niveau national ainsi que les efforts pour répondre à la sous-nutrition.

Chaque année, la Commission alloue plus de 100 millions d'euros à des actions d'assistance humanitaire explicitement liées à des objectifs nutritionnels spécifiques. Ce financement soutient les interventions en contexte d'urgence mises en œuvre par les agences des Nations Unies, le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les organisations non gouvernementales internationales. En outre, la promotion de résultats plus efficaces en matière de nutrition dans tous les secteurs est de plus en plus reconnue comme une priorité centrale.

La Commission a adopté une Communication sur l'assistance humanitaire alimentaire qui traite des problèmes de sous-nutrition liés à une consommation alimentaire inadaptée. La Commission a également adopté deux autres Communications¹² (l'une sur la santé et l'autre sur la sécurité alimentaire) qui réclament des stratégies plus complètes pour lutter contre la sous-nutrition et renforcer le lien entre la santé et la sécurité alimentaire (à la fois passagère et chronique) afin d'entraîner des réponses plus efficaces.

De plus, un Document de référence de la Commission sur la réponse à apporter à la sous-nutrition dans le cadre de l'aide extérieure¹³ a été adopté, apportant des indications pratiques sur la manière dont les objectifs nutritionnels peuvent être pris en compte dans différents secteurs, domaines thématiques et modalités de financement.

Enfin, la Convention relative à l'assistance alimentaire¹⁴ qui vient récemment d'être renégociée reflète les aspects nutritionnels de l'assistance alimentaire et intègre la nutrition de façon effective dans ses principes et objectifs.

1.3 La sous-nutrition en contexte de crises

Les situations de crises, qu'elles soient aiguës ou prolongées, ont un impact sur divers facteurs capables d'augmenter le risque de sous-nutrition, de morbidité et de mortalité. Elles

11 - Voir *Scaling Up Nutrition*.

12 - *Le rôle de l'UE dans la santé mondiale (COM(2010)128)* et *Un cadre stratégique de l'UE pour aider les pays en développement à relever les défis liés à la sécurité alimentaire (COM(2010)127)*

13 - *Document de référence n°13: La lutte contre la sous-nutrition dans l'assistance extérieure*

14 - *Convention relative à l'assistance alimentaire (2012)*

Genre et vulnérabilité nutritionnelle durant les crises

- Lorsque l'approvisionnement en nourriture est insuffisant, les femmes et les filles sont plus enclines à réduire (volontairement ou sous l'effet d'une pression extérieure) leur apport alimentaire en faveur des autres membres du foyer, aggravant ainsi leur propre état nutritionnel.
- Les femmes peuvent rencontrer des contraintes pour accéder aux services humanitaires essentiels du fait de l'insécurité, de la discrimination culturelle et d'une mobilité réduite.
- Les femmes enceintes et allaitantes sont particulièrement exposées à la sous-nutrition en raison de leurs besoins physiologiques accrus.
- Tout en restant les principaux dispensateurs de soins des enfants et des autres personnes dépendantes, les femmes accomplissent des activités additionnelles durant les crises, en particulier là où les hommes chefs de famille sont absents. Cela amène souvent une perturbation des pratiques alimentaires et des soins apportés aux nourrissons et aux enfants en bas âge.
- Les hommes qui sont seuls chefs de famille peuvent être déplacés de leurs structures normales de soutien durant les crises s'ils ne savent pas cuisiner ou s'occuper des jeunes enfants, ce qui constitue un risque accru de sous-nutrition aiguë pour eux-mêmes et pour leurs enfants.



Bangladesh © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO/Pierre Prakash



Une mère soudanaise réfugiée attend avec son enfant malade à l'hôpital de campagne de MSF au Sud-Soudan. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO

peuvent notamment impliquer: la destruction à grande échelle des biens et des infrastructures, l'érosion des moyens d'existence et du pouvoir d'achat, un arrêt et une réduction de l'accès aux services essentiels dont les services de santé, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, le déplacement d'un grand nombre de personnes. Les urgences peuvent aussi perturber les systèmes sociaux et la qualité des pratiques de soins/d'alimentation. L'accès des ménages à l'alimentation peut être affecté négativement et les personnes peuvent se retrouver dans des installations surpeuplées où leur famille est divisée. Par conséquent, au niveau individuel, il existe souvent un risque accru de détérioration de la santé et de l'état nutritionnel qui entraîne une hausse de la probabilité de décès (voir Schéma 1 : Le cadre conceptuel).

En raison de leurs besoins accrus en nutriments pour leur croissance et leur développement, les jeunes enfants comme les femmes enceintes et allaitantes sont particulièrement vulnérables à la sous-nutrition d'un point de vue physiologique. Les jeunes enfants sont également exposés à un plus fort risque (par rapport aux autres groupes de

populations) de contracter des infections, ce qui peut encore augmenter leurs besoins en nutriments, gêner leur utilisation des nutriments et réduire leur appétit. Pour cette raison, les jeunes enfants connaissent souvent une détérioration nutritionnelle plus rapide en contexte de crise ainsi que des taux plus élevés de maladies et de mortalité liée à la sous-nutrition. Les enfants en bas âge sont par conséquent considérés comme un groupe cible prioritaire en matière d'assistance. De plus, les personnes âgées et handicapées, mais aussi les personnes vivant avec des maladies chroniques comme le VIH et le SIDA, peuvent également souffrir d'un appétit réduit, de difficultés pour mâcher et accéder à de la nourriture, ce qui augmente leur vulnérabilité nutritionnelle.

La question du genre joue aussi un rôle important pour déterminer la vulnérabilité individuelle en matière de sous-nutrition. Les femmes/filles et les hommes/garçons font face à des risques différents en ce qui concerne la détérioration de leur état nutritionnel durant des crises, ce qui est une conséquence à la fois de leurs besoins nutritionnels différents et d'une variété de facteurs socio-culturels en lien avec le genre :

- La sous-nutrition a des conséquences particulièrement graves pour les femmes puisque les femmes ayant connu un retard de croissance ont un risque plus élevé de complications durant l'accouchement; l'anémie (le plus répandu des problèmes nutritionnels qui affectent les filles et les femmes dans les pays en développement) est responsable d'une importante proportion de la mortalité maternelle.
- La malnutrition aiguë maternelle est associée à un retard de croissance intra-utérin et constitue un facteur de risque de santé pour le nouveau-né.
- La sous-nutrition a un cycle intergénérationnel car les mères adultes et adolescentes sous-nutries ont de plus fortes probabilités de donner naissance à des bébés ayant un poids faible à la naissance. De même, cela augmente le risque de sous-nutrition durant la petite enfance.

“ La sous-nutrition a des conséquences particulièrement graves pour les femmes puisque les femmes ayant connu un retard de croissance ont un risque plus élevé de complications durant l'accouchement ”

2. Cadre de la nutrition en contexte d'urgence

2.1 Le cadre conceptuel de la sous-nutrition

Il existe de nombreuses causes possibles à la sous-nutrition dont beaucoup ont un impact à la fois sur la sous-nutrition aiguë et chronique. Ces causes sont en général

« *La sous-nutrition doit par conséquent être comprise comme un défi multisectoriel nécessitant une compréhension claire des spécificités de chaque contexte d'intervention.* »

analysées à trois niveaux: immédiat, sous-jacent et fondamental. Ces trois niveaux sont basés sur le cadre conceptuel développé par l'UNICEF dans les années 90 qui est toujours considéré aujourd'hui comme un outil de référence (voir Schéma 1).

L'assistance humanitaire en nutrition que fournit la Commission vise prioritairement à prévenir et soulager à court terme les conséquences de la sous-nutrition maternelle et

infantile en répondant à leurs causes immédiates et sous-jacentes aux niveaux individuel et du ménage.

- Les **causes immédiates** sont à chercher au niveau individuel et ont deux dimensions: apport alimentaire et présence de maladies. Cette distinction souligne la limite du terme « faim » dans la désignation de la sous-nutrition puisque la faim peut ou non être une cause de malnutrition. Les interventions humanitaires de la Commission traitent les causes immédiates de la sous-nutrition en apportant un accès immédiat à l'alimentation (de manière à améliorer la prise alimentaire) et un accès gratuit aux services de santé essentiels à la survie.
- Les **causes sous-jacentes** opèrent aux niveaux du ménage et communautaire. Elles comprennent trois catégories: (i) la sécurité alimentaire des ménages, (ii) les soins pour les enfants et les femmes, (iii) l'environnement sanitaire et les services de santé. La pauvreté des revenus les affecte tous trois. L'insécurité alimentaire du ménage peut être atténuée par des mesures qui visent à augmenter durablement, au niveau des ménages, la disponibilité de l'alimentation, l'accessibilité (par exemple le pouvoir d'achat) et l'utilisation (par exemple, le fait de cuisiner). Des pratiques de soins inadaptées peuvent trouver une réponse à travers des mesures visant à assurer la nutrition maternelle et l'alimentation régulière et adaptée des nourrissons et des enfants en bas âge, de même que par la mise en place d'espaces sécurisés pour s'alimenter. Des environnements malsains peuvent être améliorés au moyen de mesures visant l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ainsi que par la mise en œuvre de services de santé accessibles et par des mesures de contrôle des maladies (par exemple, les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue rémanence, les interventions environnementales).

Schéma 1: Cadre conceptuel de la malnutrition montrant la relation entre la pauvreté, l'insécurité alimentaire et d'autres causes de malnutrition maternelle et infantile

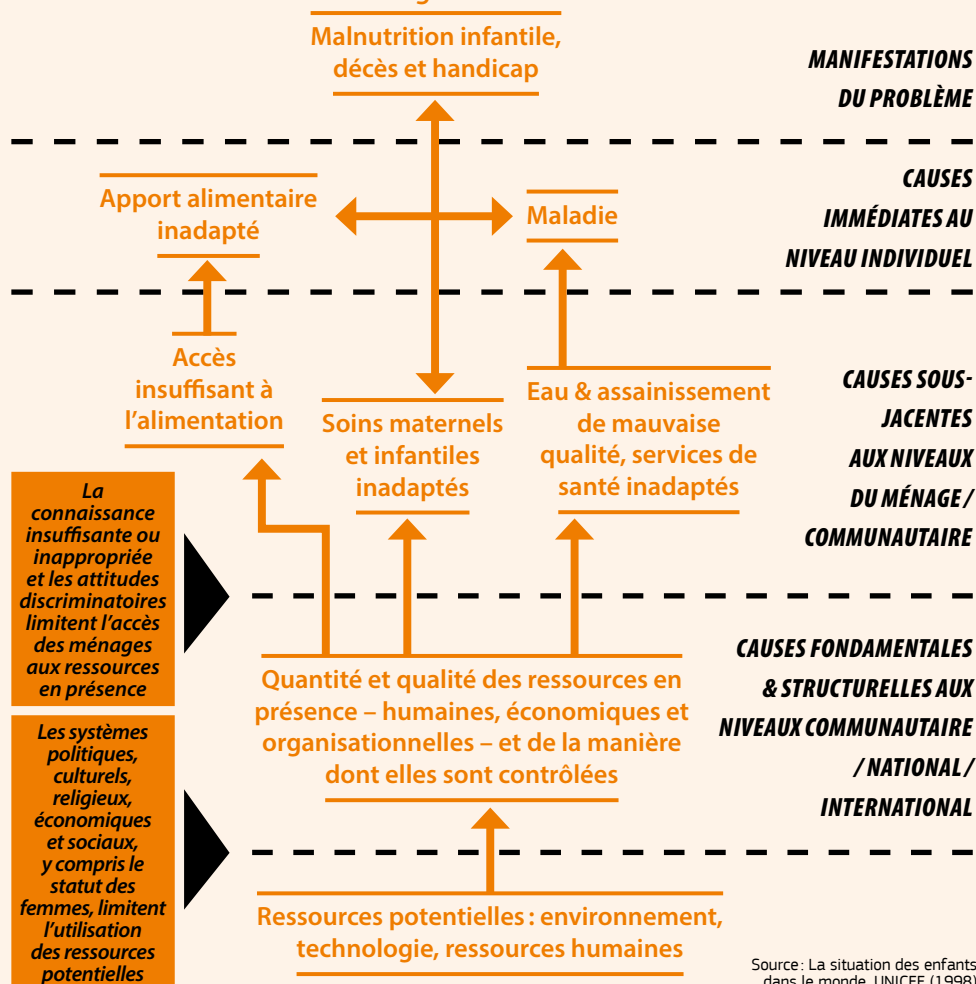


Schéma 2: Les causes sous-jacentes de la sous-nutrition (adapté de la Communication sur l'assistance alimentaire humanitaire)

Insécurité alimentaire des ménages

Manque d'accès sûr à de l'alimentation adaptée et saine tout au long de l'année via:

- la production alimentaire
- les achats/le troc
- les dons, autres sources
- la sûreté et la qualité de l'alimentation
- les transferts d'argent

Soins inadaptés

- Nutrition maternelle
- Soins maternels (charge de travail, déséquilibre entre les sexes, etc.)
- Soins infantiles
- Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge
- Habitudes alimentaires
- Préparation alimentaire
- Distribution de la nourriture à l'intérieur du ménage
- Capacité à s'occuper des individus dépendants

Environnement malsain et manque de services de santé

- Qualité et quantité de l'eau
- Hygiène et assainissement
- Accès (gratuit) et utilisation des services de santé

- Les **causes fondamentales** comprennent une variété de facteurs qui opèrent aux niveaux provincial, national et international depuis la disponibilité des ressources naturelles jusqu'aux environnements sociaux et économiques et aux contextes politiques.¹⁵ Les causes fondamentales qui sont liées aux systèmes politiques, culturels, religieux, économiques, éducatifs, démographiques et sociaux peuvent uniquement trouver une réponse à travers des stratégies de développement à long terme.

La sous-nutrition doit par conséquent être comprise comme un **défi multisectoriel** nécessitant une compréhension claire des spécificités de chaque contexte d'intervention.

2.2 Avancées récentes dans la prise en charge de la sous-nutrition en contexte de crises

D'importants progrès ont eu lieu ces dernières années :

- i) La publication des nouveaux standards de croissance OMS (2006), basés sur la croissance des enfants dans des conditions de nutrition et de santé optimales à partir d'un panel de pays, offre un meilleur outil pour diagnostiquer la sous-nutrition, ainsi que pour définir et identifier les risques et les besoins nutritionnels.

“ *L'émergence et l'expansion de la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA).* ”

(ii) L'émergence et l'expansion de la Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë (PCMA). Des informations précises sont à présent disponibles sur l'efficacité et l'efficacités renforcées d'une telle approche par rapport à des modèles qui proposent uniquement un traitement en centres. Cela est lié à une amélioration de l'identification des cas et de la mobilisation des communautés autour de situations de sous-nutrition ainsi qu'à une réduction des barrières pour accéder au traitement comme résultat de programmes mieux pourvus et mieux gérés. Cette approche utilise une nouvelle classification de la malnutrition aiguë sévère (MAS) qui classe les enfants comme souffrant de MAS avec ou sans complications, d'après les symptômes cliniques. Le dernier cas peut être traité en consultation externe avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) alors que les enfants présentant des complications médicales sont traités suivant des protocoles médicaux spécialisés via l'administration de lait thérapeutique au sein d'un centre ou d'une unité spécialisés.

- (iii) Une attention accrue à la qualité de l'alimentation contribue immanquablement à des améliorations nutritionnelles. L'adaptation du lait thérapeutique en ATPE/RUTF ainsi que le développement de formules améliorées d'aliments composés enrichis et d'aliments de compléments prêts à l'emploi (ACPE) jouent en ce sens un rôle clé. L'utilisation de ces produits a été élargie à d'autres domaines comme le traitement de la malnutrition aiguë modérée, la prévention de la sous-nutrition, la réhabilitation nutritionnelle de patients gravement malades, etc. De tels avantages constituent une opportunité pour le développement et l'adaptation de nouvelles stratégies d'intervention.

- (iv) La reconnaissance du fait que les enfants de moins de cinq ans constituent le groupe d'âge le plus vulnérable en termes de malnutrition aiguë. Bien que, dans le cadre humanitaire, l'accès à l'assistance nutritionnelle doive être garanti à tous les groupes d'âge vulnérables du point de vue nutritionnel, une attention particulière doit être apportée aux enfants de moins de cinq ans.
- (v) La compréhension du fait que la période entre la conception et l'âge de deux ans est cruciale pour définir le statut nutritionnel et l'état de santé futurs de l'individu. Cette période offre une fenêtre d'opportunité critique pendant laquelle l'impact des interventions pour améliorer la nutrition maternelle et infantile – y compris les mesures pour améliorer l'apport en micronutriments avant l'âge de deux ans – sur la survie, la croissance et le développement des jeunes enfants est maximisé.¹⁶
- (vi) Une attention particulière à l'égard des stratégies centrées sur la population pour prévenir la malnutrition modérée est combinée avec des interventions plus communes ciblant les individus. Cela va des distributions générales d'aliments complémentaires (fortifiés) jusqu'aux régimes de protection sociale, tels que les transferts monétaires. On constate par exemple de plus en plus l'intérêt de faire converger l'appui à la sécurité alimentaire et aux moyens d'existence des communautés et des ménages, avec les interventions de réhabilitation nutritionnelle. Dans le même temps, l'accès à des services médicaux gratuits a également démontré son fort impact sur la nutrition puisque la sécurité nutritionnelle n'est pas exclusivement liée à la sécurité alimentaire.
- (vii) La standardisation des méthodes d'enquête pour évaluer la prévalence de la sous-nutrition en contexte d'urgence, en particulier la méthodologie 'Suivi et évaluation standardisés des urgences et transitions' (SMART en anglais pour Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition), et des progrès vers de nouvelles techniques d'enquête pour évaluer la couverture des programmes (par exemple : SQUEAC).
- (viii) La reconnaissance de l'importance de la malnutrition aiguë dans des contextes qui ne relèvent pas de l'urgence ainsi que dans des zones présentant de façon persistante de forts niveaux de sous-nutrition à long terme ou durant les « périodes de soudure saisonnières » et, par conséquent, le besoin d'intégrer la prévention et le traitement de la sous-nutrition dans les systèmes nationaux de sécurité alimentaire et de santé ainsi que dans les plans de développement trans-sectoriels.
- (ix) Un consensus sur l'importance des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en contexte d'urgence de manière à sauver des vies ainsi qu'à améliorer la santé et le développement des enfants. Cela com-

“ La reconnaissance du fait que les enfants de moins de cinq ans constituent le groupe d'âge le plus vulnérable en termes de malnutrition aiguë. ”

16 - Toutefois, cette compréhension a servi à souligner les opportunités de renforcement des synergies avec des efforts à plus long terme entrepris par la Commission dans le but de prévenir la sous-nutrition, cela en mettant en évidence le besoin crucial d'intervenir à la fois pour sauver des vies et pour éviter des résultats défavorables pour cette tranche d'âge. Cette compréhension a également renforcé l'attention sur les potentielles données probantes liées aux défis spécifiques qui peuvent être associés au fait d'assurer un accès à l'assistance nutritionnelle pour les enfants de moins de deux ans.

prend des mesures d'évaluation du contexte, l'intégration de l'allaitement et l'appui ANJE en urgences dans d'autres services à destination des mères, des nourrissons et des enfants en bas âge, ainsi que la distribution d'une alimentation convenant aux nourrissons et aux jeunes enfants. Bien que la promotion de l'allaitement soit une priorité, dans certaines situations humanitaires, il est préférable de soutenir la consommation de lait maternisé. L'importance de prévenir et d'éviter les dons de substituts au lait maternel, de bouteilles, de tétines et d'autres produits laitiers en contexte d'urgence est également reconnue.

- (x) Il existe plusieurs domaines clés où des progrès ont été réalisés qui, s'ils ne sont pas « nouveaux », ont une incidence sur la manière dont la sous-nutrition devrait être gérée dans les contextes de crises. Cela comprend : une meilleure compréhension des causes à multiples facettes de la sous-nutrition, l'identification des liens entre VIH, tuberculose et nutrition/sous-nutrition, l'identification des bénéfices d'une approche multisectorielle et d'une compréhension renforcée de l'importance de la lutte contre les carences en micronutriments dans la prise en charge de la sous-nutrition et dans l'amélioration des conditions de santé.

2.3 Défis clés pour répondre à la sous-nutrition en contexte d'urgence

La liste suivante présente les défis clés à relever pour répondre à la sous-nutrition en contexte d'urgence :

- **Une bonne coordination** qui nécessite un leadership efficace et la mise en place de mécanismes facilitant le consensus pour une stratégie adaptée et contextuelle. Une telle stratégie doit être capable d'assurer des compétences multisectorielles et un engagement envers des objectifs de nutrition clairement identifiés.
- **Une analyse précise des causes de sous-nutrition et une interprétation des informations** provenant de multiples secteurs, y compris des indicateurs désagrégés par sexe et âge en matière de sécurité alimentaire et/ou nutritionnelle pour contribuer à des réponses opportunes et adaptées. Les défis comprennent l'absence de mécanismes de suivi réguliers et fiables de l'état nutritionnel, en particulier dans des zones où, même si la malnutrition aiguë sévère (MAS) demeure une préoccupation persistante ou récurrente, elle n'est pas suffisamment reconnue ou traitée par les gouvernements ou les partenaires de développement concernés.
- Disponibilité de **ressources humaines** qualifiées (pénurie de ressources humaines) et **capacités** renforcées pour répondre aux urgences nutritionnelles (préparation à l'urgence).
- **Promotion et mise à l'échelle des interventions efficaces** comme les approches communautaires pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë tout en assurant une attention et des ressources adaptées pour d'autres solutions de réponses sectorielles cruciales.
- **Promotion d'une gestion de qualité** de l'assistance humanitaire en matière de nutrition grâce à une prise de décision et une mise en œuvre basée sur des données factuelles. Cela demande des approches trans-sectorielles, une collecte et une

analyse des données désagrégées par sexe et âge, des innovations dans la conception de programmes (y compris, par exemple, en adaptant des pratiques locales efficaces), une bonne gestion, une bonne documentation et un investissement dans la recherche pour combler les lacunes en matière de données.

- Assurer une **approche attentive au genre** pour le diagnostic des besoins et la programmation nutritionnelle, en particulier dans les domaines de la consultation et de la participation communautaire, de la sensibilisation et de l'éducation à la nutrition.
- Contribuer aux efforts visant à **générer des éléments probants** de manière à évaluer l'impact des interventions; développement et diffusion de nouvelles méthodes d'enquête plus faciles à mettre en œuvre dans des contextes difficiles; outils de diagnostic pour analyser les carences en micronutriments sans avoir besoin d'analyses sophistiquées en laboratoire; traitement de la malnutrition aiguë du nourrisson en contexte d'urgence.
- **Mesurer l'impact** par rapport à la réduction et la prévention de la sous-nutrition et de la mortalité en contexte d'urgence et tirer les leçons pour nourrir les réponses futures. L'absence de mécanismes standardisés de rapportage en matière de performance des programmes (y compris la couverture des programmes) est une contrainte importante au niveau du suivi de l'impact.
- Tirer profit des opportunités et des ressources que l'assistance humanitaire peut fournir pour **renforcer les compétences nationales** en matière de prévention et de prise en charge de la sous-nutrition tout en s'attachant, dans le même temps, à assurer une planification stratégique à long terme et un investissement dans le renforcement des compétences.
- **Assurer un soutien à long terme et continu aux acteurs de développement** pour lutter contre la sous-nutrition avant, pendant et après une urgence.
- **Développer une approche holistique et intégrée de la sous-nutrition.**
- **Assurer la disponibilité des capacités appropriées à la coordination sectorielle et/ou multisectorielle pour répondre aux besoins à la fois existants et à venir.**



Centre de santé au Burundi. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO/ Martin Karimi

“ Mesurer l'impact par rapport à la réduction et la prévention de la sous-nutrition et de la mortalité en contexte d'urgence et tirer les leçons pour nourrir les réponses futures. ”

Ces défis seront davantage développés dans les sections ci-dessous. De même, les expériences émergentes portant sur la manière de répondre au mieux à ces défis seront présentées pour définir la feuille de route.

3. Objectifs, priorités et principes de l'assistance de la Commission en matière de nutrition d'urgence

Etant donné tous ces récents progrès et défis, en s'appuyant sur toutes les politiques existantes, la Commission identifie les objectifs, priorités et principes suivants pour son travail en matière de nutrition d'urgence.

3.1 Objectif principal

“ *L'objectif principal est de réduire et éviter une mortalité et une morbidité excessives causées par la sous-nutrition en contexte humanitaire.* ”

L'objectif principal est de réduire et éviter une mortalité et une morbidité excessives causées par la sous-nutrition en contexte humanitaire.

3.2 Objectifs spécifiques

L'objectif principal doit être atteint au moyen des objectifs spécifiques suivants :

- Réduire les niveaux de malnutrition aiguë modérée et sévère à des taux inférieurs au seuil d'urgence et prévenir/corriger les carences en micronutriments au moyen de réponses humanitaires opportunes, efficaces et efficaces.
- Prévenir une détérioration significative de l'état nutritionnel qui menace la survie en assurant la disponibilité, l'accès et la consommation d'une alimentation adaptée, saine et nutritive tout en protégeant les moyens d'existence et en promouvant les conditions de restauration de l'autonomie.
- Réduire les risques qui pèsent sur l'état nutritionnel des populations affectées par les crises dues à un environnement de santé publique inadapté en assurant un accès à des soins de santé appropriés, à une eau saine, à des systèmes d'assainissement et à des mesures d'hygiène.
- Réduire la vulnérabilité spécifique des nourrissons et des jeunes enfants lors de

crises grâce à la promotion de soins infantiles appropriés, en accordant une attention particulière aux pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

- Réduire la vulnérabilité nutritionnelle des femmes allaitantes et enceintes/en âge de procréer.¹⁷
- Réduire la vulnérabilité nutritionnelle des groupes les plus affectés (comme les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes séropositives, les enfants de plus de cinq ans, les adolescents).
- Renforcer les capacités du système de l'aide humanitaire internationale pour augmenter l'efficacité et l'efficacités de la mise en œuvre de l'assistance humanitaire en matière de nutrition.

3.3 Priorités stratégiques

En ce qui concerne les populations affectées par des urgences, la priorité doit se porter sur la sous-nutrition aiguë (modérée et sévère) qui est associée à un plus fort risque de mortalité et de morbidité.

En conformité avec les objectifs mentionnés ci-dessus, la Commission répond à la sous-nutrition et à ses causes lors de situations d'urgence en finançant des interventions qui satisfont les priorités stratégiques suivantes :

- Des interventions de traitement de la MAM et de la MAS;
- Des interventions via les secteurs de la nutrition, de la santé et de l'assistance alimentaire qui luttent contre les **causes immédiates** de la sous-nutrition (apport alimentaire inadéquat et maladie);
- Des interventions via les secteurs de la nutrition, de la santé, de l'assistance alimentaire et WASH (eau, assainissement et hygiène) qui luttent contre les **causes sous-jacentes** de la sous-nutrition (insécurité alimentaire, pratiques de soins inadéquates, accès inadéquat aux soins de santé et santé environnementale);
- L'intégration des interventions de nutrition au sein d'une stratégie de résilience globale en coordination avec les partenaires de développement.

Fananehana : forage de puits utilisant la technique de lançage rapide. © Union européenne, 2006 - photo de EC/ECHO/Medair/Odile Meylan



Inondations au Pakistan. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO

17 - Note: Tout au long de ce document, lorsqu'il est fait référence à des femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'à leur vulnérabilité nutritionnelle physiologique, il est entendu que ces éléments recourent largement la vulnérabilité des « femmes en âge de procréer » et des adolescentes et que de telles considérations peuvent avoir d'importantes implications opérationnelles.

3.4 Principes guidant l'assistance d'urgence de la Commission en matière de nutrition

En plus des objectifs mentionnés plus haut, les principes suivants soutiennent les interventions de la Commission en matière de nutrition dans les situations humanitaires :

- i) Les interventions de nutrition visant à traiter et prévenir la sous-nutrition sont basées sur des besoins individuels. L'état nutritionnel individuel est évalué au moyen de méthodes, de mesures et de seuils standards. Les interventions préventives et les interventions indirectes sur les causes de sous-nutrition sont basées sur un diagnostic des besoins approprié, utilisant des indicateurs standards comme la prévalence de la MAG et de la MAS, l'accès à l'alimentation et l'accès aux soins de santé de base.
- ii) Le choix de l'/des intervention(s) et de l'/des instrument(s) les plus appropriés doit être basé sur des éléments probants : l'évaluation des besoins, l'analyse causale de la malnutrition, l'analyse du contexte et l'analyse de la réponse. La conception de toute réponse doit réaliser des comparaisons avec des activités et modalités alternatives concernant le ratio coût/efficacité d'atteinte des besoins identifiés. Les interventions doivent être régulièrement revues en fonction des dynamiques locales et des changements de situation.
- iii) Les interventions de nutrition répondent à des risques humanitaires bien définis. Elles ciblent des individus particulièrement vulnérables du point de vue de la mortalité et de la morbidité liées à la sous-nutrition : les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques.
- iv) Comprendre les causes de la sous-nutrition et d'un environnement favorable est crucial pour identifier la combinaison appropriée des activités répondant à la sous-nutrition et ses causes. Les causes de la sous-nutrition sont souvent multiples. Adopter une approche multisectorielle et coordonner les actions humanitaires et de développement sont par conséquent deux éléments essentiels.
- v) La Commission cherche à systématiquement prendre en compte les aspects relatifs au genre dans ses évaluations nutritionnelles humanitaires. Elle tient également compte des implications de ses interventions nutritionnelles d'urgence en matière de genre, reconnaît l'importance du genre dans les pratiques de soins et d'alimentation, mais aussi au niveau des moyens d'existence, de l'utilisation et de l'allocation des aliments dans le ménage ainsi que de l'utilisation des ressources de l'assistance alimentaire par les bénéficiaires.
- vi) L'assistance nutritionnelle respecte les principes du Lien Urgence-Réhabilitation-Développement (LRRD en anglais). Lorsque cela est possible et approprié, la Commission travaille avec ses partenaires du développement pour maximiser la durabilité des interventions en promouvant leur intégration dans les cadres et plans politiques nationaux (par exemple : politiques de santé, plans de réponse d'urgence, protocoles nationaux pour le traitement de la malnutrition, etc.).
- vii) La Commission s'attache à ne pas créer d'effets négatifs du fait de son assistance humanitaire en matière de nutrition. Cela est particulièrement important en ce qui concerne la sûreté des innovations et l'utilisation de produits nutritionnels

spécialisés. La Commission s'assure toujours que tous les éléments probants ont été pleinement pris en compte et que l'intérêt supérieur des bénéficiaires reste central.

“ La Commission promeut les pratiques efficaces et efficaces au niveau de la prise en charge de la sous-nutrition. ”

- viii) La Commission promeut les pratiques efficaces et efficaces au niveau de la prise en charge de la sous-nutrition. Les soins apportés, la qualité des produits alimentaires utilisés et la fiabilité de l'information¹⁸ qui guident la conception des programmes respectent les standards internationaux du projet SPHERE et de l'OMS ou encore les orientations du Global Nutrition Cluster.

18 - Par exemple, de forts taux de létalité liés à la malnutrition aiguë sévère (MAS) ont été attribués à une gestion inappropriée des cas et à des connaissances insuffisantes du personnel médical. Une mise en œuvre plus large des lignes directrices de l'OMS via de la formation en interne et leur intégration dans les programmes d'études de médecine et d'infirmier est la clé pour réduire de façon substantielle les taux de létalité liée à la MAS. Collins S. et al. *Management of severe acute malnutrition in children*. *The Lancet*, Vol. 368 (9551), page 1992-2000, 2 December 2006.

4. Cadre opérationnel de l'assistance

Critères d'entrée pour les opérations

- La Commission peut déclencher un appui nutritionnel quand les taux d'urgence de mortalité ou de malnutrition aiguë (taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans $>2/10.000/\text{jour}$, taux de MAG $>15\%$ et taux de MAG $>10\%$ avec des facteurs aggravants) ont été atteints ou dépassés, ou sont anticipés sur la base de prévisions solides. Une telle "anticipation" doit se baser sur des indicateurs d'alerte qui montrent une détérioration critique de la sécurité alimentaire et/ou de l'environnement de santé qui, si l'on n'y répond pas, va venir menacer les vies humaines sur une période correspondant au mandat humanitaire de la Commission.
- Parce qu'elle reconnaît qu'une crise alimentaire se déclenche parfois en nécessitant une réaction anticipée par rapport à la dégradation de la situation nutritionnelle, la Commission n'attend pas nécessairement que les taux de malnutrition aiguë augmentent pour mettre en œuvre l'assistance alimentaire humanitaire et le support nutritionnel. La Commission répond lorsque les risques pour la survie des populations sont clairement définis.
- En se demandant si elle doit répondre et comment répondre à une crise donnée, la Commission accorde une attention particulière aux avantages et inconvénients comparatifs des instruments humanitaires à sa disposition. Cela demande: une analyse attentive des besoins existants et des causes de la crise, une prise en compte du type de réponse le plus approprié pour ces besoins et ne causant pas d'effets négatifs, ainsi qu'un examen précis des mécanismes alternatifs d'assistance qui sont disponibles.
- A cet égard, l'assistance humanitaire de la Commission ne répond pas en général à des niveaux élevés et persistents de sous-nutrition (que ce soit le retard de croissance, l'émaciation et/ou les carences en micronutriments) sauf là où la non-intervention crée un risque humanitaire imminent d'une échelle et d'une sévérité importantes et là où des acteurs plus appropriés sont dans l'incapacité d'agir ou s'y refusent et ne peuvent pas en être convaincus; enfin, là où en dépit de ses désavantages comparatifs, un impact positif peut être attendu dans les limites de temps de l'intervention de la Commission. Dans de tels cas, la mise en œuvre de l'assistance humanitaire nutritionnelle est anticipée par du plaidoyer, du dialogue et une coordination appropriée avec les acteurs de développement pertinents.

Critères de sortie pour les opérations

- La Commission envisage le retrait progressif de son assistance nutritionnelle humanitaire lorsque les indicateurs de malnutrition aiguë et de mortalité associée sont stabilisés sous les niveaux d'urgence ou doivent l'être dans un avenir prévisible, indépendamment du soutien humanitaire de la Commission.
- Là où des acteurs non humanitaires (par exemple, l'Etat ou les acteurs de développement) sont en mesure de répondre aux besoins nutritionnels des populations en danger, ou lorsque les besoins humanitaires de la population sont pleinement couverts par d'autres bailleurs et acteurs humanitaires, la Commission envisage également le retrait progressif de son assistance nutritionnelle humanitaire ou la mise en place d'un processus de transition, réduisant par conséquent le niveau de risque humanitaire associé au retrait.
- La Commission évalue constamment ses stratégies humanitaires de sortie sur la base de ses avantages comparatifs par rapport aux autres acteurs. La Commission cherche à éviter de dissuader l'engagement d'autres acteurs en retardant sa propre sortie. Elle recommande plutôt que d'autres acteurs plus appropriés au sein du spectre urgence-développement répondent en fonction du contexte et des besoins spécifiques.
- La Commission envisage également de se retirer des opérations d'assistance nutritionnelle humanitaire lorsque ses principes fondamentaux ne peuvent être respectés, en particulier si le risque d'impacts négatifs liés au fait de rester engagé est supérieur aux bénéfices potentiels.

4.1 Critères d'entrée et de sortie

En conformité avec la Communication sur l'assistance alimentaire humanitaire de la Commission, la Commission suit les critères d'entrée et de sortie pour les opérations présentées ci-contre, étant toujours soucieuse de son engagement à soutenir une transition appropriée via le LRRD (Lien Urgence-Réhabilitation-Développement).

4.2 Aspects complémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs de la Commission

Le mandat humanitaire de la Commission, ses capacités et ses priorités lui donnent un avantage comparatif spécifique pour répondre aux défis de la sous-nutrition en contexte de crise mentionnés ci-dessus. La Commission reconnaît toutefois que, de manière à atteindre les bénéfices maximum en termes d'amélioration de la nutrition, il est également nécessaire de relever deux défis persistants dans le contexte d'urgences :

- i) La production d'informations fiables pour guider la prise de décision, avec une attention particulière accordée aux analyses de situation et de réponse, attentives aux inégalités de genre et d'âge ; et
- ii) Le renforcement des capacités pour une mise en œuvre efficiente et efficace de l'assistance humanitaire nutritionnelle.

Ces deux domaines sont par conséquent inclus ici de manière à assurer la réalisation des objectifs de la Commission. Ils ne sont toutefois pas inclus en tant que domaines autonomes ou points d'entrée pour une réponse.

4.2.1 Systèmes d'information

Là où ils existent, les systèmes d'information relatifs à la santé, la nutrition et la sécurité alimentaire collectent de façon régulière des informations en lien avec la nutrition (dont des données anthropométriques) qui peuvent (i) être utilisées dans des prises de décision sur les politiques et/ou (ii) guider des stratégies et (iii) permettre le suivi des interventions.

De tels systèmes d'information demandent un soutien à long terme avec une appropriation nationale ou régionale ainsi qu'une prise en compte attentive des questions économiques et environnementales. Il est par conséquent impératif que tout soutien humanitaire dans ce domaine soit cohérent avec une stratégie à plus long terme de la Commission et/ou d'autres bailleurs et systèmes nationaux.

Les activités étroitement liées de l'analyse de situation (dont l'analyse causale nutritionnelle) et de l'analyse de la réponse sont cruciales pour assurer l'efficacité globale d'une intervention.

« Là où ils existent, les systèmes d'information relatifs à la santé, la nutrition et la sécurité alimentaire collectent de façon régulière des informations en lien avec la nutrition qui peuvent être utilisées dans des prises de décision sur les politiques et/ou guider des stratégies et permettre le suivi des interventions. »

L'importance de l'analyse des questions de genre dans la planification de l'assistance humanitaire nutritionnelle

L'engagement pour renforcer une approche attentive au genre est inscrite dans le Consensus européen sur l'aide humanitaire qui souligne l'importance de: (i) prendre en compte les problématiques liées au genre, (ii) intégrer des stratégies de protection contre la violence sexuelle et sexiste, et (iii) promouvoir la participation active des femmes dans l'assistance humanitaire.

Justification: Les situations de crise, quelque soit leur cause, ne sont pas neutres du point de vue du genre. Les femmes, les filles, les garçons et les hommes font face à différents risques de détérioration de leur état nutritionnel. Ces différentes vulnérabilités sont à la fois liées à leurs besoins nutritionnels dissemblables et à des facteurs socio-culturels relatifs au genre.¹⁹

*Pourquoi le genre et l'âge comptent:*²⁰ Les actions insensibles au genre sont moins efficaces parce qu'elles négligent la diversité des besoins, des capacités et des mécanismes de survie des différents

groupes de bénéficiaires. Les bons programmes de nutrition doivent tenir dûment compte des questions de genre à toutes les étapes du cycle de projet. Il faut en particulier être attentif au fait que l'on assure une prise en compte du genre dans l'analyse de situation et l'analyse de la réponse. L'expérience montre que les mauvaises pratiques d'alimentation des enfants, le manque d'accès aux services de santé, l'insécurité économique et des moyens d'existence, les pratiques culturelles et l'inégalité de genre tendent plus largement à être intégrés de façon inadéquate dans les analyses de vulnérabilité et la programmation stratégique au niveau national. Une analyse de genre est réalisée pour mieux comprendre la division des rôles, les responsabilités, les contraintes et l'accès aux ressources, la mobilité, les vulnérabilités spécifiques, les besoins et les risques rencontrés par les femmes, les filles, les garçons et les hommes, dont la violence sexuelle et sexiste.

La Commission reconnaît l'intérêt d'adopter une approche sensible à la nutrition dans les diagnostics, l'analyse des problèmes et de la réponse, ainsi que dans le suivi et l'évaluation de tous les projets multisectoriels.

La Commission facilite l'intégration des données nutritionnelles dans d'autres systèmes d'information et d'autres projets comme le projet IPC (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire),²¹ tout en continuant à soutenir l'approche de l'économie des ménages (HEA) liée à l'analyse « Coût de l'alimentation » (Cost of Diet).²²

Enfin, les analyses de genre doivent être intégrées dans toute analyse de situation et de réponse de même qu'il est crucial d'assurer que les capacités spécifiques sont en place pour atteindre ce but.

Pour maximiser la qualité et l'efficacité des interventions liées à la nutrition, la Commission souligne l'intérêt d'utiliser la totalité du cycle de gestion de projet: diagnostic des besoins, analyse de la réponse, planification (identification du programme), examen des dossiers, financement, mise en œuvre, suivi et évaluation.²³

La Commission, en particulier dans les pays enclins à des crises, accorde une attention particulière à la collecte de données nutritionnelles de qualité et promeut la mise en œuvre de diagnostics nutritionnels selon des méthodologies

19 - D'après *Nutrition: Gender Marker Tip Sheet*.

20 - D'après Feinstein International Center, Tufts University, *Sex and Age Matter. Improving Humanitarian Response in Emergencies*, D. Mazurana et al., 2011.

21 - *Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire*.

22 - Save the Children, *The Household Economy Approach. A guide for programme planners and policy-makers*, P. Holzmann et al., 2008. Save the Children, *The Cost of the Diet*, 2009.

23 - DG ECHO (2005) *Manual Project Cycle Management*. Brussels

standardisées.²⁴ De tels diagnostics peuvent inclure des données autres qu'anthropométriques qui aideront à identifier les causes probables de la sous-nutrition (notamment en lien avec la santé, la sécurité alimentaire et l'environnement).²⁵

4.2.2 Renforcement des capacités

Dans le contexte de forte pression des crises humanitaires, l'impératif de répondre rapidement et de façon professionnelle exige la présence de capacités pour ce faire. Dans le même temps, le domaine de la nutrition progresse très rapidement, exerçant une pression supplémentaire sur le personnel pour connaître les dernières découvertes probantes qui puissent alimenter la conception des réponses humanitaires en matière de nutrition. La Commission reconnaît les défis et les coûts d'opportunité associés au fossé qui se creuse entre savoir théorique et capacité opérationnelle, elle cherchera donc à prioriser ses efforts pour réduire ce fossé.

De manière à maximiser l'efficacité de l'assistance nutritionnelle, la Commission reconnaît le besoin d'investir dans le soutien d'institutions et dans le développement des capacités des parties prenantes clés qui sont impliquées dans la prise en charge de la malnutrition aiguë en contexte de crise. Tout en répondant aux besoins humanitaires, il est possible de développer des politiques, des systèmes et des qualifications compatibles à la fois avec les contextes d'urgence et de développement. Le soutien de la Commission vise à améliorer les capacités locales et nationales pour prendre en charge la sous-nutrition en contexte d'urgence et faire face aux pics saisonniers ainsi qu'à renforcer la résilience pour affronter les chocs existants et à venir.

Là où cela est possible et approprié, la Commission travaille dans le cadre de ses opérations humanitaires à améliorer simultanément les compétences nationales dans les domaines de : i) la surveillance nutritionnelle, ii) les enquêtes nutritionnelles, iii) le suivi des données de santé, de sécurité alimentaire et de nutrition, iv) les études et diagnostics de causalité transversale et v) l'amélioration de la capacité de mise en œuvre des activités nutritionnelles. De tels investissements doivent être coordonnés avec d'autres instruments de l'aide de la Commission pour assurer la continuité au moment de la clôture de l'intervention humanitaire (voir section 6.3 sur la cohérence, la coordination et la complémentarité).

4.2.3 Intégration au sein des systèmes nationaux

Un défi central de l'assistance humanitaire nutritionnelle réside dans le besoin d'un engagement au moment opportun et d'une intervention rapide tout en assurant que les standards minimums de qualité sont constamment maintenus. L'expérience montre que, dans la mesure du possible, ce défi peut être satisfait de façon optimale grâce à des mesures de préparation efficaces dans le cadre d'une approche intégrée de « renforcement du système ». Bien que les crises humanitaires n'aient pas lieu dans un terrain vide, l'impératif humanitaire qui vise à fournir une réponse immédiate permettant de sauver des vies implique fréquemment la mise en place de nouveaux mécanismes de mise en œuvre qui amènent à négliger les systèmes locaux pré-existants (pas seulement dans le secteur de la santé mais aussi au sein d'autres institutions locales et de structures communautaires pertinentes).

24 - Comme SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions)

25 - Voir: [Emergency Nutrition Assessment: Guidelines for field workers](#). Save the Children, November 2004.

Là où cela est approprié, la Commission encourage par conséquent l'intégration des programmes nutritionnels au sein du contexte plus large des systèmes nationaux (y compris des dispositions pour l'adaptation des protocoles nationaux en ce qui concerne les réponses d'urgence). Cela souligne aussi le besoin d'un diagnostic minutieux des capacités et des ressources nationales avant l'intervention ainsi qu'un engagement pour renforcer l'appropriation et les capacités du gouvernement là où cela favorise l'atteinte des objectifs de l'assistance humanitaire.

“ La Commission reconnaît que la malnutrition aiguë et chronique ainsi que les carences en micronutriments sont très répandues et coexistent souvent, à des degrés divers, dans de nombreux contextes stables. ”

4.2.4 Plaidoyer

La Commission reconnaît que la malnutrition aiguë et chronique ainsi que les carences en micronutriments sont très répandues et coexistent souvent, à des degrés divers, dans de nombreux contextes stables. Etant donné les conséquences d'un problème aussi lourd et persistant que la sous-nutrition sur

la mortalité des nourrissons et des enfants, le développement des enfants et les perspectives de croissance économiques à plus long terme, la Commission insiste sur le fait que toutes les formes de sous-nutrition soient résolument placées au centre de l'agenda de développement.

Les actions de plaidoyer et de sensibilisation auprès du public sont essentielles pour assurer de meilleures politiques ainsi que le développement d'actions appropriées pour répondre à la sous-nutrition. Les cibles clés de ce processus sont les autorités gouvernementales nationales, la société civile et les partenaires du développement. Un soin particulier est apporté à ce que les initiatives améliorent la compréhension des mesures requises en vue d'atteindre les OMD relatifs à la réduction de la faim ainsi qu'à la réduction de la mortalité infantile et maternelle.

Bien que la Commission ait un mandat spécifique et un avantage comparatif en matière d'action humanitaire par rapport à certains acteurs locaux, l'impératif humanitaire de sauver des vies et de réduire les taux de malnutrition aiguë doit être rempli, lorsque cela est possible, d'une manière qui ne sape pas les capacités locales ou ne néglige pas les politiques nationales. Les capacités locales en matière de prise en charge quotidienne du problème persistant de la malnutrition aiguë et en matière de gestion des crises à venir devraient par conséquent être soutenues et renforcées lorsque cela est possible.

4.2.5 Recherche

Avec une hausse de la sensibilisation à la causalité multisectorielle en matière de sous-nutrition et une augmentation des choix programmatiques pour répondre à ce phénomène, la collecte d'éléments probants récents sur l'efficacité et l'efficacé de différentes formes d'assistance s'avère aujourd'hui plus essentielle que jamais.

La Commission reconnaît le besoin de contribuer au corpus d'éléments probants à propos de l'efficacité et de l'efficacé des diverses interventions visant à répondre à la sous-nutrition en prenant en compte la diversité des contextes (urbain, pastoral, agricole, aiguë/chronique, situations de déplacement, etc.) et

les besoins de groupes de population spécifiques (femmes/hommes, différents groupes d'âge, personnes handicapées, groupes ethniques et socio-culturels, groupes distincts du point de vue économique). La Commission continue par conséquent à soutenir la recherche opérationnelle en matière de nutrition dans les conditions suivantes :

- La recherche n'est pas un point d'entrée pour une opération : les opérations doivent être justifiées par les besoins humanitaires et non par la recherche.
- Le contexte doit permettre que la recherche soit conduite de façon efficace : le lieu de la recherche doit être accessible et stable durant toute la période de recherche de manière à assurer des résultats adéquats de qualité.
- Les partenaires doivent avoir en cours des opérations de qualité dans le domaine de projet concerné et posséder l'expertise technique nécessaire pour conduire toute proposition de recherche.
- La recherche des partenaires doit respecter les standards de recherche internationaux, y compris la validation des protocoles de recherche par un comité scientifique international et, si possible national, grâce à l'implication adéquate des autorités locales et des communautés.
- Une documentation et une diffusion transparentes des résultats de recherche doivent être assurées à tout moment.

Marché dans le district de Kati (Mali). © Union européenne, 2006 - photo de EC/ECHO/Anouk Delafortrie



Myanmar : besoins humanitaires urgents dans l'Etat de Rakhine. © Union européenne, 2013 - photo de EC/ECHO/Mathias Eick

5. Réponses opérationnelles

Niger, village de Tolkobey. © Union européenne, 2012
- photo de EC/ECHO



La Commission soutient les stratégies nutritionnelles globales qui permettent de sauver des vies et de répondre à la sous-nutrition au-delà des seuils d'urgence. Cela comprend les interventions qui ont démontré leur efficacité et leur efficacité en luttant aussi bien contre la malnutrition aiguë modérée et sévère que contre les carences spécifiques en micronutriments.

D'autres programmes sont requis pour répondre aux causes immédiates et sous-jacentes de la sous-nutrition (voir le cadre conceptuel), ce qui aide également à créer les bases et l'environnement favorables nécessaires à la pérennisation des gains nutritionnels au fil du temps. Cela comprend les interventions qui ont démontré leur efficacité en répondant aux causes sous-jacentes de la sous-nutrition comme l'amélioration de l'accès à l'eau potable et l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages grâce à des interventions basées sur l'agriculture et le bétail.

Etude de cas opérationnelle - Niger: «Coût de l'alimentation» (Cost of Diet) – un outil d'analyse pour informer les interventions nutritionnelles

En mai 2011, Save the Children UK (SC UK) a mené un «diagnostic Cost of the Diet (CoD)» dans la région de Zinder au sud du Niger. Son but était de mieux comprendre les causes économiques sous-jacentes de la malnutrition. L'outil d'analyse CoD développé par SC UK avec le soutien de la Commission est conçu pour calculer le coût de l'alimentation la plus économique permettant de satisfaire les besoins nutritionnels des familles tout en contenant exclusivement de la nourriture disponible au niveau local. Le CoD combine des données sur les prix, la consommation et la disponibilité des aliments avec des informations issues d'entretiens avec des membres de foyers sur leurs habitudes alimentaires et leurs modes de vie. Il peut être utilisé pour évaluer la proportion des ménages d'une zone qui ne sont pas en mesure de s'offrir une alimentation nutritive de même que la différence existant entre les revenus habituels et la quantité d'argent nécessaire pour satisfaire les besoins d'un ménage.

A Zinder, de l'alimentation nutritive est disponible au mar-

ché. L'analyse CoD a cependant découvert que, durant la période de soudure, le coût minimum de l'alimentation dépasse largement les niveaux de revenus des ménages pauvres. En identifiant l'ampleur de ce fossé lié aux revenus, SC UK et d'autres partenaires ont pu concevoir une programmation sur mesure (par exemple via des transferts monétaires ou des bons d'achats).

Leçon apprise: Il n'existe pas de réponse standard à une situation spécifique de sous-nutrition lors d'une urgence donnée. En fonction de la situation économique et sociale d'un ménage, du fonctionnement du marché, des actifs propres aux moyens d'existence et du niveau de résilience, les interventions humanitaires nutritionnelles peuvent varier. L'outil CoD peut être très utile pour comprendre les difficultés des ménages affectés par une crise au niveau de l'accès aux aliments nutritifs et, en particulier, pour promouvoir les pratiques IYCF destinées aux enfants de plus de six mois qui utilisent des aliments complémentaires appropriés disponibles dans les marchés locaux.

5.1 Santé et nutrition

5.1.1 Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère

Lorsque cela est indiqué par un diagnostic des besoins et non couvert par les programmes de santé en cours, il peut être nécessaire d'intervenir de façon spécifique dans la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère des plus vulnérables (en général, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes).

Les stratégies pour prendre en charge la malnutrition aiguë en contexte de crise doivent être étroitement liées aux efforts de promotion de la sécurité nutritionnelle pour l'ensemble de la population affectée par l'urgence.

Le choix de l'intervention dépend de la prévalence de la malnutrition aiguë (modérée et sévère), des facteurs aggravants, du contexte local et de la dynamique de la crise (en particulier en termes d'accès aux groupes affectés). La Commission souligne la pertinence de :

- La détection précoce de la malnutrition aiguë au niveau communautaire et la recherche active des cas de malnutrition grâce à la mobilisation communautaire ;
- La prise en charge ambulatoire pour les individus souffrant de MAS sans complications médicales. Le nombre de cas de MAS sans complications est estimé à 80-90% du nombre de cas total de MAS ;

“ Les stratégies pour prendre en charge la malnutrition aiguë en contexte de crise doivent être étroitement liées aux efforts de promotion de la sécurité nutritionnelle pour l'ensemble de la population affectée par l'urgence. ”

Burundi. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO



Etude de cas opérationnelle - Ethiopie: Renforcer les capacités du Ministère de la Santé pour une réponse humanitaire plus efficace et une résilience améliorée

L'Ethiopie a l'un des taux de mortalité les plus élevés au monde pour les enfants de moins de cinq ans et est vulnérable de façon chronique aux crises alimentaires et nutritionnelles.

En 2003-2004, une vaste crise alimentaire et nutritionnelle a souligné les faibles capacités des centres nutritionnels thérapeutiques existants pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère. Cette situation a incité le Ministère de la Santé (MoH) à commencer à travailler avec des partenaires pour passer à l'échelle supérieure au niveau des services qui traitent de la nutrition dans le pays. L'ONG internationale Concern Worldwide a lancé un programme de soutien au MoH afin de mettre en place des services adéquats permettant de traiter un grand nombre d'enfants atteints de MAS durant les périodes «normales». Cette intervention comprenait le renforcement des capacités de manière à permettre à ces services de rapidement augmenter leur dimensionnement en période de crise. Le projet visait à réduire les retards dans la mise en place des nouveaux programmes thérapeutiques en réponse aux crises.

Le programme a fourni un kit de «soutien minimal» au MoH, composé de formations, d'une supervision conjointe, de visites de partage d'expériences, d'ateliers et d'aide à la mobilisation communautaire. De plus, un appui a été fourni pour l'incorporation de la PCMA dans la stratégie nutritionnelle nationale et ses lignes directrices.

En 2008, une hausse dramatique de la prévalence de MAS a été enregistrée dans deux régions d'Ethiopie, principalement en raison des effets de la sécheresse. Dans de nombreux districts, le nombre de cas a submergé les capacités de traitement. Le MoH a pris la décision de décentraliser les services de PCMA vers les postes de soins de santé primaires en embauchant des agents de vulga-

risation sanitaire. Cela a pu être rapidement réalisé en mobilisant un certain nombre d'agences (UNICEF, OMS et ONG). Les résultats ont été frappants:

- En 4 mois, 455 postes de santé (50% des districts) installés dans les deux régions affectées géraient les programmes thérapeutiques ambulatoires, couvrant ainsi 27.000 enfants atteints de MAS. Les résultats²⁶ respectaient les standards Sphere. Cela a provoqué une accélération des principaux efforts consentis pour augmenter le dimensionnement des activités PCMA dans d'autres régions.
- Le passage à pleine échelle des activités PCMA a permis un accès accru aux informations relatives aux admissions pour les cas de MAS dans des proportions considérables au niveau national. Les données de suivi du programme ont augmenté la capacité des acteurs humanitaires à répondre à temps aux hausses de la prévalence MAS, leur évitant de devoir se fier aux résultats à plus long terme des enquêtes nutritionnelles. En mars/avril 2011, les données en matière de PCMA indiquaient une hausse de 90% du nombre d'admissions, ce qui a amené l'UNICEF et les partenaires opérationnels à déclencher une réponse humanitaire utilisant les fonds de contingence/réserve alors que les discussions pour un soutien complémentaire étaient toujours en cours.

Leçon apprise: Ce cas met en évidence les gains associés à une «approche systématique» où les interventions de nutrition en situation d'urgence se basent sur les capacités existantes. Cette approche est seulement possible en présence d'un mécanisme de financement qui promeut les liens entre interventions humanitaires et de développement.

- La prise en charge hospitalière des individus souffrant de MAS avec des complications médicales (estimées à 10-20% du nombre de cas total de MAS). Cela peut inclure les centres de nutrition thérapeutique, les hôpitaux ou les centres de stabilisation; l'identification appropriée des complications médicales et l'accès aux (premiers) soins appropriés; et le suivi approprié après référencement et après guérison, en particulier dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (dans les centres de stabilisation et via des programmes ambulatoires);
- Les programmes d'alimentation complémentaire qui traitent les personnes atteintes de malnutrition aiguë modérée;
- L'accès concomitant à des soins de santé gratuits.

La Commission salue les progrès réalisés ces dernières années via l'introduction et la mise à l'échelle des approches PCMA. La Commission reconnaît en particulier la valeur des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi qui ont fait partie intégrante du succès de cette approche. La PCMA vise à fournir un traitement efficace pour tous les enfants atteints de malnutrition aiguë modérée ou sévère en décentralisant le traitement au plus près de ceux qui en ont besoin, évitant le besoin de longs séjours en milieu hospitalier et stimulant l'engagement de la population cible autour de la malnutrition aiguë. Les barrières pour accéder au traitement sont réduites et un diagnostic précoce de l'état nutritionnel est plus souvent réalisé. Un diagnostic précoce de la malnutrition aiguë combiné à un traitement efficace au niveau communautaire peut largement réduire les taux de létalité et augmenter la couverture de la population affectée.

Le poids de la sous-nutrition en situation d'urgence est ressenti par rapport au nombre de personnes affectées (un plus grand nombre d'enfants présente une malnutrition aiguë modérée) et en termes de mortalité (le risque est plus grand pour ceux qui présentent une malnutrition aiguë sévère). Par conséquent, la prise en charge de la malnutrition aiguë doit prendre en compte les stratégies relatives au MAM parallèlement à celles relatives au MAS de manière à faire preuve de cohérence et permettre des progrès dans la durée. Une approche multi-sectorielle est absolument cruciale pour répondre à la malnutrition aiguë modérée, par exemple via une assistance alimentaire humanitaire mais aussi via un accès amélioré aux soins de santé, à l'assainissement et à l'eau potable.

“ *Le poids de la sous-nutrition en situation d'urgence est ressenti par rapport au nombre de personnes affectées [...] et en termes de mortalité.* ”

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence (ANJE en urgence)

Dans le contexte de l'assistance humanitaire nutritionnelle, l'ANJE en urgence renvoie à une gamme d'interventions dans les domaines de la nutrition et des soins qui renforcent la survie et améliorent la croissance infantiles. Cela comprend le soutien approprié et basé sur des éléments probants pour l'allaitement (exclusif) et les conseils sur le sujet, les interventions d'alimentation d'urgence, de remplacement par du lait maternisé lorsque nécessaire, ou d'aliments complémentaires enrichis en nutriments pour les enfants de plus de six mois ainsi que le soutien pour l'amélioration des pratiques de soins, du développement de l'enfant et de la protection de l'enfant. En termes plus généraux, l'ANJE couvre la nutrition maternelle et infantile, y compris la prise en charge de la malnutrition aiguë des nourrissons. Une attention spéciale doit être portée à toutes les pratiques culturelles relatives à l'allaitement et à l'alimentation qui seraient susceptibles de discriminer les filles.

La Commission cherche à respecter les conditions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et autres Résolutions pertinentes de l'OMS (et demande à ses partenaires de respecter les mêmes standards). Les dons inappropriés en nature (comme les laits maternisés pour nourrisson, les laits en poudre ou encore les biberons et les tétines) sont découragés par la Commission en accord avec les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Etude de cas opérationnelle - Myanmar: L'expérience d'une jeune mère durant le cyclone 2008 et les inondations qui ont suivi

La mère de Jasmine approchait de la fin de sa grossesse au moment où a frappé le cyclone. Elle et ses quatre garçons ont été atteints par l'orage alors qu'ils étaient à plusieurs jours de marche de leur village. Elle a cherché refuge dans un monastère où elle a rencontré une femme qui avait trois enfants, tous âgés de plus de huit ans. Lorsqu'ils ont tous été évacués du monastère par la force, la mère de Jasmine savait qu'elle était trop proche d'accoucher pour faire le trajet retour jusqu'à son village avec ses garçons. Elle est alors restée avec la famille qu'elle avait rencontrée au monastère. Lorsque Jasmine est née, elle pesait 2,5 kg. Sa mère a décidé qu'elle ne pourrait pas s'occuper d'elle et l'a donc laissée à la famille avec laquelle elle était restée. Six mois plus tard, Jasmine pesait 2,3 kg.

Les conseillers en matière d'allaitement ont soutenu la mère adoptive de Jasmine pour qu'elle la réalait pendant environ 10 jours. On lui recommanda de mettre Jasmine au sein aussi souvent qu'elle le pouvait durant la journée (au moins toutes les deux heures) et de lui permettre d'avoir un accès au sein illimité durant la nuit (toute la famille dormait sur une seule natte sous la seule moustiquaire de la maison). La mère adoptive avait également été informée de la manière dont préparer le

lait maternisé en poudre et l'alimentation à la tasse. On lui avait dit de donner assez de lait maternisé à Jasmine pour la rassasier (environ 6 à 7 fois par jour) et de boire ce qui restait ou de le donner à l'un de ses garçons. Lorsque Jasmine a été observée en train de téter, il était évident qu'elle tirait bien le lait de façon efficace depuis le sein (bonne recherche du mamelon suivi de longues sucions lentes, de grands déglutissements, d'une expression relâchée, les mains de plus en plus ouvertes au cours du repas, et l'air endormi à la fin de la tétée). Ses selles indiquaient également qu'elle prenait une quantité suffisante de lait maternel. A partir de ce moment-là, on dit à la mère adoptive de Jasmine de réduire le nombre de fois où elle lui donnait du lait maternisé durant la journée. Moins de deux semaines plus tard, la mère adoptive de Jasmine arrêta complètement de lui donner du lait maternisé.

Jasmine est à présent exclusivement nourrie au sein, elle a regagné et même dépassé son poids de naissance.

Leçon apprise: cet exemple démontre l'importance de prioriser les IYCF-E. Grâce à des experts et à un soutien spécifique, il est possible d'éviter la dégradation de la situation nutritionnelle des nourrissons vulnérables dans la mesure où une alimentation thérapeutique est requise.

Lors d'une crise humanitaire, d'autres influences moins reconnues sur les pratiques ANJE doivent trouver une réponse appropriée, parmi lesquelles la sécurité, l'intimité et l'abri des mères. Les composantes psychosociales de la nutrition (y compris les dimensions psychologiques, émotionnelles et sociales de la santé et du bien-être d'un enfant et d'une mère) sont d'une importance cruciale car elles peuvent avoir un impact considérable sur l'état nutritionnel. La nutrition a des liens extrêmement étroits avec les pratiques de soins et l'état nutritionnel d'un enfant est souvent déterminé aussi bien par les pratiques alimentaires, l'environnement domestique et l'attention reçue par les principaux dispensateurs de soins que par l'alimentation consommée. Les faits indiquent aussi que l'intégration de la stimulation psychosociale pour les mères et les enfants dans les programmes de traitement de la sous-nutrition peut améliorer la santé et le développement des enfants à long terme.²⁷

La récente étude sur la prise en charge de la malnutrition aiguë des nourrissons (MAMI en anglais, pour Management of acute Malnutrition in Infants)²⁸ confirme qu'une forte prévalence de l'émaciation des nourrissons de moins de 6 mois est un problème de santé publique nécessitant une réponse humanitaire. Il existe un besoin urgent d'améliorer notre connaissance pour diagnostiquer la malnutrition

27 - Nahar; B., Hamadani, J.D., Ahmed, T., Tofail, F.; Rahman, A.; Huda; S.N.; et al (2008): Effects of psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in a nutrition unit in Bangladesh. *European Journal of clinical nutrition*; September 2008.

28 - *Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project* commissioned by the Global Nutrition Cluster; Summary Report. ENN; October 2009.

aiguë de ce groupe d'âge, améliorer la compréhension des causes et conséquences ainsi que les interventions qui visent à la traiter. De façon plus spécifique, il importe d'explorer les modalités, les coûts et l'impact de l'intégration du soutien ANJE aux programmes PCMA de même que les interventions qui répondent à la malnutrition aiguë des nourrissons demandent à être mises à jour par de l'innovation, de la recherche et des éléments tirés des leçons apprises.

La malnutrition aiguë des adolescents et des adultes

Bien que la prise en charge de la malnutrition aiguë des enfants de moins de cinq ans se soit considérablement améliorée durant la dernière décennie, on constate toujours des manques dans les éléments probants à propos du traitement de la malnutrition aiguë des adolescents et des adultes. L'expérience montre que les besoins nutritionnels spécifiques des adolescents et des adultes nécessitent des stratégies de secours adaptées au-delà de l'assistance alimentaire. Il est par conséquent impératif que les adolescents et les adultes dénutris aient accès à un traitement et un soutien appropriés.

Les femmes et les adolescentes peuvent être particulièrement vulnérables en raison de leurs rôles de production, de reproduction et social.²⁹ La sous-nutrition des femmes contribue aux décès maternels et est directement liée à l'affaiblissement de l'état nutritionnel et au retard de croissance des enfants. La sous-nutrition maternelle est aussi liée au faible poids de naissance qui, à son tour, aboutit à une morbidité et une mortalité plus élevées ainsi qu'à des handicaps à long terme et des maladies chroniques. Par conséquent, la Commission encourage une attention systématique aux interventions qui répondent à la sous-nutrition des femmes en âge de procréer, en particulier durant la grossesse et la période de lactation dans le cadre de tous les contextes humanitaires, et suit étroitement la qualité du travail de ses partenaires qui a un impact spécifique sur ce groupe.

« L'expérience montre que les besoins nutritionnels spécifiques des adolescents et des adultes nécessitent des stratégies de secours adaptées au-delà de l'assistance alimentaire. »

La Commission assure également que les besoins spéciaux des autres groupes spécifiques au sein des bénéficiaires (par exemple, les personnes handicapées, âgées, malades chroniques) sont pris en compte dans la conception des réponses nutritionnelles humanitaires.

5.1.2 Prise en charge des carences en micronutriments

La Commission reconnaît les éléments probants croissants qui ont été collectés ces dernières années au niveau mondial en lien avec les carences en micro-nutriments et leur impact spécifique sur la morbidité, la mortalité et le développement cognitif des enfants. Plus de 10 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont attribués aux carences en vitamine 1, zinc, fer et iode.³⁰ Sur la base du diagnostic des besoins, la Commission soutient par conséquent les stratégies nutritionnelles à la fois pour traiter et prévenir les carences en micro-nutriments durant les urgences. La combinaison des choix de réponse adoptés dépend du niveau et de la sévérité du problème :

29 - Les femmes sont les premiers dispensateurs de soin pour les enfants et les principaux preneurs de décision en ce qui concerne la consommation alimentaire de leurs enfants. L'éducation et le statut des femmes dans une société sont directement liés à l'état nutritionnel des enfants dont elles s'occupent.

30 - Voir tableau 6 dans : Black, R.E. et al, for the *Maternal and Child Undernutrition Study Group*, *Lancet* 2008; 371: 243

- L'approvisionnement en aliments frais en complément d'une ration alimentaire générale (par exemple au moyen de bons d'achats pour aliments frais);
- L'approvisionnement en produits alimentaires enrichis³¹ comme les céréales enrichies, le CSB+/++ (mélange maïs-soja), les suppléments nutritionnels à base de lipides, les sels iodés et/ou poudres ou pépites pour l'enrichissement des aliments à domicile dans la ration générale;
- Une attention particulière apportée à la qualité de l'alimentation complémentaire pour les enfants de moins de deux ans;
- La distribution de compléments en micronutriments³² soit sous forme de micro-nutriment individuel (par exemple, la vitamine A pour les enfants, l'acide folique/fer pour les femmes enceintes) soit comme compléments au niveau de la population³³ dans le cas de carences répandues en micronutriments spécifiques comme le scorbut (carence en vitamine C), la pellagre (carence en niacine) et le béribéri (carences en vitamine B et en thiamine);
- L'intégration de micronutriments dans la prévention et le traitement de certaines maladies. Le zinc s'est révélé efficace dans la prise en charge des maladies diarrhéiques (prévention des futurs épisodes et réduction de la durée des épisodes en cours) qui, à leur tour, ont de sérieuses conséquences nutritionnelles;
- La distribution de vitamine A, parallèlement à des vaccinations contre la rougeole par exemple, peut aider à protéger les enfants d'une infection. Par conséquent, la Commission soutient les interventions qui visent à intégrer le zinc et la vitamine A dans la mise en œuvre de leurs services de soins de santé (par exemple via la mise à disposition de zinc avec des sels de réhydratation orale à faible osmolarité).

5.1.3 Prévention de la sous-nutrition liée à des maladies

La sous-nutrition peut être causée et aggravée par les maladies, par conséquent le fait de soutenir un accès gratuit aux soins de santé et de promouvoir un environnement sain est une composante essentielle de la prévention et du traitement de la malnutrition aiguë.

La synergie entre la sous-nutrition, les carences en micronutriments et diverses maladies infectieuses et parasitaires est bien connue (y compris les maladies diarrhéiques, le VIH/SIDA, la tuberculose, la leishmaniose, l'infection helminthique intestinale, les infections respiratoires, la malaria et la rougeole). La sous-nutrition et les carences en micronutriments facilitent les infections et certaines d'entre elles peuvent aboutir, de façon directe ou indirecte, au développement de la sous-nutrition et des carences en micronutriments. Toutefois, dans la structure actuelle des programmes nutritionnels, l'importance des maladies sous-jacentes est souvent laissée de côté.

Tout en luttant contre la sous-nutrition en contexte d'urgence, la Commission cherche à fournir des soins de santé d'urgence adéquats en prenant en compte les besoins spécifiques des enfants de moins de cinq ans et de leurs mères ainsi que des femmes enceintes. Ces interventions peuvent comprendre :

³¹ - OMS et FAO, *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments (2006) et Recommandations sur l'enrichissement des farines de blé et de maïs : déclaration de consensus provisoire (2009)*.

³² - Voir OMS (2006).

³³ - Voir OMS-PAM-UNICEF, *Joint Statement on Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency, 2007*.

- Le vermifugeage comme un volet des programmes de santé infantile,
- La prévention et le traitement des maladies diarrhéiques,³⁴
- La prévention et le traitement précoce de la rougeole et de la malaria.³⁵

L'accès à des soins de santé primaires (de base) doit être garanti aux personnes les plus vulnérables à la sous-nutrition. Selon la position de la Commission sur le coût des soins³⁶ en situation humanitaire, les soins de santé doivent être gratuits sur leur lieu de réalisation de manière à assurer, autant que possible, que l'accès aux soins est garanti à tous les bénéficiaires potentiels.

La Commission cherche à assurer un approvisionnement (prenant en compte la qualité et la sûreté du produit) et un stockage appropriés des intrants médicaux et nutritionnels nécessaires pour prévenir la sous-nutrition liée à une maladie. Le repositionnement régional des ressources essentielles ou le soutien aux stocks nationaux de préparation aux urgences peut faciliter les réponses opportunes s'ils sont gérés et soutenus de façon appropriée par des systèmes d'information fiables.

« L'accès à des soins de santé primaires (de base) doit être garanti aux personnes les plus vulnérables à la sous-nutrition. »

5.2 Assistance alimentaire humanitaire et nutrition

Les choix de réponse doivent être motivés par le contexte et peuvent comprendre :

Assistance alimentaire générale :

- Distribution sans condition d'espèces ou de bons d'achats (exprimés en produits/services ou en valeur monétaire) distribués de façon générale ;
- Distribution de denrées alimentaires gratuites de façon générale (distributions alimentaires générales), incluant des aliments fortifiés appropriés aux jeunes enfants.

Assistance alimentaire ciblée :

L'assistance alimentaire ciblée vise à atteindre **les ménages souffrant le plus d'insécurité alimentaire** (indépendamment de la distribution alimentaire générale qui peut être en cours). Ces interventions doivent être basées sur une analyse de l'économie des ménages (HEA en anglais) :

- Distribution ciblée sans condition d'argent ou de bons d'achats (exprimés en produits/services ou en valeur monétaire) ;
- Distribution ciblée d'aliments gratuits (distributions alimentaires ciblées) ;
- Distribution d'aliments, d'argent ou de bons d'achats de façon ciblée et/ou auto-ci-

34 - Voir OMS-UNICEF, *Déclaration conjointe sur la prise en charge clinique de la diarrhée aiguë*, 2004.

35 - Voir *Conclusions and recommendations of the WHO Consultation on prevention and control of iron deficiency in infants and young children in malaria-endemic areas* (2006, en cours de révision).

36 - DG ECHO *position paper on user fees for Primary Health services in Humanitarian crises*, April 2009. « En contexte d'urgence, la DG ECHO promouvra l'accès aux soins de santé pour tous et en particulier pour les plus pauvres et ceux dans le plus grand besoin de même qu'elle découragera ses partenaires à appliquer des systèmes de paiement par les bénéficiaires. Si aucune source alternative de revenus n'est garantie pour le paiement des salaires ou des coûts récurrents ou pour le réapprovisionnement en médicaments et en fournitures médicales, la DG ECHO doit faire un choix bien informé et envisager de couvrir le manque de financement. Tout choix doit être basé sur la prise en compte du contexte politique et national ainsi que sur les possibles conséquences de la cessation du paiement par les bénéficiaires. »

Etude de cas opérationnelle - Niger: Le rôle des transferts monétaires dans la réduction de la sous-nutrition des ménages extrêmement pauvres

En 2008, Save the Children UK (SC UK) a mené un programme de filet de protection sociale dans le district de Tessaoua situé dans la région de la Maradi au Niger. En collaboration avec les autorités locales et avec le financement de la Commission, SC UK a aidé 1500 ménages parmi les plus pauvres afin de réduire le fossé entre le coût de l'alimentation à acheter et les revenus durant la période de soudure.

Les bénéficiaires étaient identifiés sur la base d'une analyse de l'économie des ménages (HEA) et d'un classement par niveaux de richesse. Une attention particulière a été accordée aux ménages comprenant des veuves, des personnes handicapées, des mères et des dispensateurs de soins à des enfants de moins de cinq ans. Tous les bénéficiaires vivaient dans des zones de grande insécurité alimentaire. Dans chaque famille, une femme recevait une aide directe en espèces répartie en trois distributions égales suivant sa participation aux sessions de sensibilisation à la nutrition et à la santé publique.

SC UK a suivi 100 ménages trois fois : avant le projet, un mois après la première distribution d'espèces (au pic de la période de soudure) et un mois après la distribution finale. Les résultats ont montré que les transferts d'espèces ont permis aux ménages les plus pauvres de satisfaire leurs besoins alimentaires minimum tout en bénéficiant d'une

alimentation plus diversifiée. L'injection d'espèces dans la communauté a stimulé le petit commerce et augmenté les niveaux de revenus locaux car les personnes recevant le transfert ont travaillé leurs propres terres plutôt qu'à se disputer les travaux d'ouvriers agricoles.

On a pu constater une amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Ce phénomène n'a toutefois pas perduré au fil du temps. Une explication pourrait être que les transferts monétaires aux familles avec des enfants en bas âge pourraient être plus efficaces s'ils étaient accompagnés de compléments en micronutriments et de mesures de prévention des maladies car l'argent liquide seul pourrait bien ne pas traiter la complexité de l'insécurité nutritionnelle. Néanmoins, les familles étaient mieux en mesure de satisfaire leurs besoins énergétiques et moins susceptibles de solliciter des crédits ou des hypothèques durant la période de soudure si elles recevaient des transferts d'argent.

Leçons apprises: Les transferts monétaires ont potentiellement un impact positif sur la stimulation des marchés locaux et la diversité alimentaire. Ils doivent cependant être accompagnés par des interventions spécifiques en nutrition/santé pour traiter la complexité de la sécurité nutritionnelle avec une attention particulière pour les enfants de moins de cinq ans.



Bangladesh - novembre 2012. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO/WFP/Rein Skullerud



Vendeuse de poissons montrant des coupons d'achat © Union européenne, 2011 - photo de EC/ECHO/Said Penda Mbombo

blée en échange du temps ou du travail d'un bénéficiaire (par exemple, argent contre travail, vivres contre travail, vivres contre formation, vivres contre actifs);

La distribution générale d'aliments complémentaires cible **les individus les plus vulnérables nutritionnellement** (en particulier les jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes). Ces interventions doivent être réalisées sur la base d'informations solides issues de la surveillance nutritionnelle.

Les interventions sur la sécurité alimentaire et les moyens d'existence sont potentiellement des instruments efficaces³⁷ pour la prévention de la sous-nutrition (comme souligné dans le cadre conceptuel).

Là où l'analyse de la réponse est réalisée de façon appropriée, les éléments probants existant indiquent que les transferts monétaires peuvent avoir un impact positif sur les apports alimentaires et doivent par conséquent être considérés comme un outil clé dans la prise en charge de la sous-nutrition. Toutefois, comme c'est également le cas avec l'assistance alimentaire en

37 - Bhutta Z. et al. (2008): *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Maternal and Child Undernutrition Study Group. *The Lancet* 371 (9610) p417-440.

Etude cas opérationnelle - Somalie: Un programme de transfert monétaire et de bons d'achats alimentaires en situation d'urgence

La sécheresse de 2011 dans la Corne de l'Afrique a eu un impact très important sur les populations vulnérables de Somalie qui étaient déjà très affectées par une guerre de longue durée. Le 20 juillet, pour la première fois en près de 30 ans, les Nations unies ont officiellement déclaré la présence d'une situation de famine dans deux régions de la partie sud du pays (IPC Phase 5). Les enfants somaliens ont continué à être pris dans des crises de malnutrition chroniques et récurrentes avec une MAG moyenne toujours très en-dessous du seuil d'urgence au niveau national. Pour répondre aux besoins urgents des populations les plus vulnérables, l'UNICEF – avec le soutien de la Commission – a lancé le plus vaste programme de transferts monétaires/bons d'achats de son histoire en contexte d'urgence:

- Le programme a ciblé 360 000 personnes (60 000 ménages), les bénéficiaires directs étant les enfants gravement dénutris de moins de cinq ans et les familles affectées par la sécheresse dans le sud de la Somalie.
- L'objectif était de réduire (au moins) en-dessous du seuil d'urgence la mortalité excessive causée par les carences nutritionnelles.
- L'intervention était basée sur la mise à disposition de produits nutritionnels et la distribution d'argent/bons d'achats. L'UNICEF a réalisé 6 tournées de distribution pour une valeur totale de 60 millions \$, chaque tournée mensuelle correspondant à 58 \$ en bons d'achats et 100 \$ en espèces pour chaque ménage.

Etant donné les fonds importants dédiés aux transferts monétaires et aux bons d'achats ainsi que la nouveauté des interventions de transfert monétaire, l'attente en termes de résultats était très élevée:

Après trois distributions d'espèces, les premiers signes de récupération de la résilience peuvent être vus et l'amélioration du pouvoir d'achat des ménages très pauvres ciblés a permis une hausse des achats d'aliments, de bétail et des investissements dans une petite entreprise.

L'impact nutritionnel positif de l'intervention était évident: le nombre de repas par jour a augmenté (de 1 à 2 pour les adultes et de 1 à 3 pour les enfants) et la diversité alimentaire s'est également améliorée. De plus, entre octobre 2011 et février 2012, la prévalence de MAS a baissé de 12% à 8%.

Leçon apprise: Globalement, les programmes de transferts monétaires à grande échelle peuvent être des réussites.

- Un suivi collaboratif à grande échelle peut également être réalisé dans des environnements complexes affectés par un conflit.
- Des marchés qui fonctionnent de façon efficace et le système Hawala (Western Union local) ont été des facteurs clés pour permettre l'impact rapide de l'intervention.
- Un suivi commun a amélioré la programmation et l'évaluation de l'impact global.

nature, l'évaluation de l'impact exact de ces transferts sur les changements de l'état nutritionnel demeure un défi.³⁸

La Commission s'est engagée à combler ce manque via: (i) la promotion de l'intégration systématique des objectifs et des indicateurs nutritionnels pertinents dans les opérations d'assistance alimentaire humanitaire qu'elle soutient (y compris les systèmes d'information relatifs à la sécurité alimentaire) et (ii) la prise en compte de la recherche opérationnelle qui contribue à la collecte d'éléments probants permettant une comparaison entre différents produits et stratégies. Dans le cas (i), cela peut être atteint par exemple grâce à des mesures anthropométriques ou des indices de diversité alimentaire et des niveaux de consommation alimentaire.

Là où répondre à la sous-nutrition est un objectif important des



Une femme bénéficiaire d'aides humanitaires en Colombie. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO/I.Coello

38 - Bailey, S et Hedlun, K. (2012): *The impact of cash transfers on nutrition in emergency and transitional contexts.*

interventions de sécurité alimentaire, la Commission commence à intervenir dans les zones où la prévalence de la malnutrition aiguë est la plus élevée.

En ce qui concerne la prise en charge du MAM, le besoin d'éléments probants démontrant l'avantage comparatif des produits nutritionnels spécialisés (dont l'ASPE et les aliments composés enrichis) demeure une priorité. Toutefois, les aliments complémentaires – comme leur nom l'indique – sont en général censés compléter une alimentation existante (quand celle-ci est déficiente en quantité et/ou en qualité) et, par conséquent, une analyse de la réponse précise est nécessaire pour justifier ce choix de réponse spécifique. La Commission reconnaît l'efficacité potentielle que les produits alimentaires enrichis et/ou riches en nutriments peuvent avoir sur le traitement et la prévention de la malnutrition aiguë. Cependant, la Commission soutient l'utilisation de produits nutritionnels spécialisés seulement là où des conditions spécifiques sont jugées appropriées et à la condition qu'un suivi étroit de leur efficacité et de leur impact soit mis en place.³⁹

En outre, il est avéré que l'alimentation complémentaire ne doit en aucun cas concurrencer l'allaitement au sein ou le compromettre (pour les enfants de 6 à 23 mois même s'ils ne sont plus allaités de façon exclusive). Par conséquent, il est important que l'alimentation complémentaire soit accompagnée de mesures visant à promouvoir et suivre le prolongement de l'allaitement.

5.3 Eau, assainissement et hygiène (WASH) et nutrition

Les facteurs environnementaux peuvent grandement contribuer à l'occurrence et à la gravité de la sous-nutrition. Le manque d'eau potable, la mauvaise qualité de l'assainissement et des pratiques d'hygiène inadaptées contribuent tous à la propagation des maladies infectieuses. Ces éléments sont ainsi directement liés à un ralentissement de la croissance, à une baisse de l'immunité et à une augmentation de la morbidité et de la mortalité.⁴⁰ La Commission promeut par conséquent l'intégration d'objectifs spécifiques à la nutrition dans les réponses humanitaires WASH en contexte de crise là où la sous-nutrition est une préoccupation humanitaire majeure.

Dans ces contextes, la Commission soutient les interventions d'assainissement de base et de changements des comportements qui sont considérées comme essentielles pour la création d'un environnement sain.⁴¹ Cela comprend :

- Les interventions d'approvisionnement en eau qui visent à assurer l'approvisionnement d'une eau propre et saine en quantité suffisante et en un court laps de temps.
- Les interventions d'assainissement qui se concentrent sur l'évacuation immédiate et sûre des excréments. La priorité est donnée à la protection des sources d'eau potable de toute contamination possible, en particulier via les excréments humains et animaux.
- La promotion de l'hygiène qui se concentre sur les actions immédiates ayant le plus fort potentiel de réduction des risques et des propagations d'épidémies sanitaires (en particulier le lavage des mains).

³⁹ - Suivi basé sur les standards minimum (par exemple SPHERE ou les protocoles nationaux); *Minimum Reporting Package*.

⁴⁰ - Les *Lancet Series* classent les interventions d'hygiène et de lavage des mains parmi les principales mesures qui réduisent le risque de diarrhée. Les dimensions relatives à l'hygiène et au lavage des mains dans la préparation alimentaire sont une partie importante de la composante « soin des enfants » des programmes de nutrition, en particulier dans les zones où l'eau et l'assainissement sont de médiocre qualité. Voir UNICEF *Guidelines on hand washing and hygiene*.

⁴¹ - OMS et FAO, *Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments* (2006).



Est du Tchad : journée mondiale de l'enfance.
© Union européenne,
2011 - photo de EC/ECHO/
UNHCR, Frédéric Noy

Si possible, ces actions sont conçues et mises en œuvre en coordination avec tous les acteurs pertinents, y compris les chefs et/ou les représentants communautaires, et en accord avec les autorités locales/nationales.

Une participation à part égale des hommes et des femmes dans la planification, la prise de décision et la gestion locale des opérations WASH d'urgence aide à assurer que l'ensemble de la population obtient un accès sûr et facile aux services WASH et que cet accès à ces services n'a pas un impact négatif sur l'état nutritionnel des groupes vulnérables, en particulier les femmes et les enfants. Il existe d'importantes problématiques liées au genre à prendre en compte en matière de WASH pour prévenir des conséquences pouvant être néfastes au bien-être des femmes (et des enfants). Une telle conception attentive au genre et à la nutrition soutient, par exemple, la réduction de la charge de travail et du temps de collecte de l'eau pour les femmes, ainsi que l'amélioration de la protection des femmes et des jeunes filles via une conception appropriée des installations WASH dans les camps de réfugiés ou de déplacés.

Les mesures spécifiques de renforcement du lien entre les interventions WASH et de nutrition, et l'amélioration des résultats de nutrition comprennent :

- La promotion d'un kit WASH minimum dans les équipements de santé (y compris les cliniques mobiles) pour améliorer l'environnement sanitaire;
- Un accès garanti à l'eau pour les plus pauvres en les exonérant de paiement ou en ayant recours à des transferts monétaires pour couvrir les coûts associés au niveau minimum de consommation;⁴²

“ Il existe d'importantes problématiques liées au genre à prendre en compte en matière de WASH pour prévenir des conséquences pouvant être néfastes au bien-être des femmes (et des enfants). ”



Inondations au Pakistan. © Union européenne, 2012
- photo de EC/ECHO/Malini Morzarria

- La construction de latrines doit éviter les risques de contamination en assurant une distance adaptée par rapport aux lieux de préparation des repas, aux points d'eau, aux lieux de stockage des ustensiles, etc. Les latrines doivent être correctement construites (par exemple, avec une dalle de béton) pour prévenir les infections parasitaires.
- L'intégration de la sensibilisation à la nutrition dans les stratégies de promotion à l'hygiène;
- L'analyse de l'importance des sources d'eau pour les moyens d'existence et l'économie des ménages avant les interventions de manière à mettre en place les services d'approvisionnement en eau potable et d'éviter les tensions entre les priorités potentiellement concurrentes des différents groupes;
- La prise en compte des opérations humanitaires WASH comme une opportunité pour d'éventuels transferts monétaires ou alimentaires conditionnels via l'engagement de bénéficiaires dans la construction de leurs propres services WASH.

6. Les préoccupations communes des acteurs humanitaires et du développement

S'il est important que les forts niveaux pré-existants de malnutrition chronique soient pris en compte dans la conception de toute réponse d'urgence, cela ne peut en général garantir seul le déclenchement des mécanismes humanitaires de mise en œuvre de l'assistance nutritionnelle. Dans les contextes caractérisés soit par de la malnutrition chronique (retard de croissance) soit par des taux constamment élevés de malnutrition aiguë (émaciation), ou par les deux, une approche à plus long terme est nécessaire pour assurer des modalités de financement prévisibles et une coopération étroite avec les autorités gouvernementales nationales.

Il est essentiel de comprendre que de tels contextes sont principalement le résultat de graves facteurs structurels situés en dehors du périmètre de l'assistance humanitaire. Toutefois, il est aussi crucial que tous les acteurs impliqués reconnaissent que les niveaux élevés de sous-nutrition constante impliquent un risque accru de morbidité et de mortalité, et que le poids de la sous-nutrition associé au sous-développement est encore plus grand que celui associé à des crises de courte durée.

La section qui suit aborde les aspects des crises nutritionnelles les mieux traités grâce à la combinaison des interventions des acteurs humanitaires et du développement.

6.1 La malnutrition chronique (retard de croissance) en urgence

Bien qu'il soit admis que des niveaux élevés de retard de croissance puissent amener un risque accru de morbidité et de mortalité, le retard de croissance est l'effet d'un

Burma / Myanmar : état de Wa. © Union européenne, 2012 - photo de EC/ECHO/Evangelos Petratos



déficit nutritionnel prolongé et d'un problème de développement. Or, ce n'est pas en répondant seulement à ses effets que le phénomène peut être endigué. S'opposer au retard de croissance nécessite une approche à long terme avec des modalités de financement prévisibles et une étroite coopération avec les autorités gouvernementales nationales.

De ce point de vue, l'aide humanitaire en matière de nutrition n'offre pas d'avantage comparatif. Par conséquent, la Commission n'a pas recours en principe à l'aide humanitaire pour répondre à la malnutrition chronique et préconise plutôt que d'autres instruments/acteurs y répondent.

Bien que cela ne justifie pas une réponse d'urgence, la pré-existence de hauts niveaux de malnutrition chronique est prise en compte dans la conception des réponses puisqu'ils peuvent indiquer la vulnérabilité d'une population donnée.

“ La Commission insiste sur le besoin de maximiser [...] et d'éviter l'isolement des efforts au sein de la réponse humanitaire ”

6.2 VIH/SIDA

L'infection par le VIH peut causer des carences nutritionnelles sous la forme d'une diminution de l'apport, d'une augmentation des besoins métaboliques et d'une dégradation de l'utilisation des nutriments. Un mauvais état nutritionnel peut accélérer la progression vers une maladie liée au SIDA,

entraver l'utilisation et la réponse de la thérapie antirétrovirale et exacerber l'impact socio-économique du virus. Cela peut en outre avoir de plus larges impacts puisque l'infection par le VIH réduit la productivité économique et, par conséquent, la sécurité alimentaire.

La Commission reconnaît l'impact positif qu'une nutrition et une alimentation adéquates peuvent avoir sur la réponse au VIH et au SIDA.⁴³ Les enfants infectés par le VIH demandent une attention particulière pour sécuriser leurs besoins additionnels en matière de croissance et de développement conformément aux lignes directrices de l'OMS.⁴⁴

Conformément à ses lignes directrices sur le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA⁴⁵ dans les situations humanitaires, la Commission envisage d'augmenter son soutien en matière de nutrition pour les personnes affectées par le VIH/SIDA (au moyen d'interventions adaptées ou via des compléments alimentaires couplés à un traitement rétro-viral) lorsque des crises nutritionnelles ou alimentaires se produisent dans des zones avec une forte prévalence du VIH/SIDA. Cependant, le point d'entrée pour l'aide humanitaire en matière de nutrition doit être la menace ou la présence d'une crise alimentaire ou nutritionnelle et non la prévalence d'une maladie chronique avec des implications nutritionnelles.

43 - *La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée en session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (2001) et la Déclaration politique sur le VIH/SIDA (2006) reconnaissent que la sécurité alimentaire et la nutrition sont interconnectées avec le VIH. L'article 28 de la Déclaration politique est en particulier décidé à « intégrer le soutien alimentaire et nutritionnel » aux réponses au VIH « afin que tous les êtres humains aient, à tout moment, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active, comme éléments d'une riposte globale au VIH/SIDA ».*

44 - *OMS 2009. Guidelines for an integrated approach to nutritional care of HIV-infected children (6 month-14 years).*

45 - *DG ECHO HIV Guidelines, adopté le 8 Octobre 2008*

Le lien entre le VIH/SIDA et la nutrition

Le VIH peut exacerber les effets des crises humanitaires. En outre, le fait d'être déplacé d'un environnement stable de même que l'insécurité alimentaire et la pauvreté peuvent augmenter la vulnérabilité au VIH. Les catastrophes humanitaires se produisent souvent dans des zones de forte prévalence du VIH. Lors d'urgences, les accès aux aliments de base, aux services de santé ainsi qu'à l'eau et à l'assainissement sont réduits. Ces facteurs représentent des problèmes particuliers pour les personnes qui vivent avec le VIH et ont donc des besoins nutritionnels spécifiques. Les personnes vivant avec le VIH (même celles sans symptômes) ont des besoins énergétiques accrus si bien que l'accès à la nourriture est particulièrement important pour elles. En contexte d'urgence, les services de santé essentiels ainsi que les services de soutien et de traitement du VIH sont souvent interrompus. Les

traitements antirétroviraux, les programmes de soins à domicile, les programmes de soutien nutritionnel et de soins palliatifs sont par conséquent à même d'être perturbés. L'état de santé des personnes vivant avec le VIH peut se détériorer rapidement dans ces conditions, causant un poids supplémentaire sur les services d'urgence déjà saturés. Comme les inégalités de genre peuvent également être exacerbées lors d'urgences, la probabilité est forte que de telles inégalités donnent lieu à une augmentation disproportionnée de la vulnérabilité des femmes au VIH par rapport au reste de la population. De plus, les urgences ont souvent pour effet de séparer les familles et de mettre à mal les systèmes de soutien social pour les individus qui se retrouvent en dehors des structures familiales traditionnelles, ce qui peut avoir un impact particulier sur les personnes atteintes du VIH.

Les activités importantes à soutenir

1. L'intégration du VIH dans tous les aspects des soins d'urgence: prévention, éducation, santé, services de base, planification et gestion;
2. Soutien alimentaire ciblé;
3. Santé et alimentation des mères et des enfants;
4. Traitement et soins relatifs au VIH;
5. Traitement de la malnutrition aiguë sévère;
6. Soutien à des réseaux, y compris soutien aux moyens de subsistance et soins à domicile;
7. Hygiène alimentaire, assainissement, eau, abri;
8. Protection

Recommandations spécifiques pour la santé et l'alimentation des mères et des enfants

- L'allaitement exclusif durant les six premiers mois doit être recommandé pour tous les nourrissons indépendamment de l'exposition au VIH (note: les conditions minimum pour une alimentation au lait maternisé sûre en ce qui concerne les bébés nés de mères séropositives ne sont habituellement pas applicables en situations de crise).
 - Des tests de dépistage du VIH doivent être réalisés au sein des services de santé maternelle afin d'identifier les femmes séropositives. Les femmes séropositives doivent recevoir un ARV (traitement antirétroviral) durant la grossesse et l'accouchement afin de réduire la probabilité de transmission du virus à leurs enfants.
 - Les femmes séropositives doivent être encouragées à poursuivre l'allaitement durant 12 mois parallèlement à l'introduction d'aliments complémentaires. Lorsque les femmes allaitantes sont séropositives, elles doivent comme leurs enfants recevoir un ARV pendant la durée de l'allaitement plus une semaine après l'arrêt de l'allaitement.
- Parce que ces femmes et ces enfants encourent des risques accrus en matière de malnutrition, ils doivent être régulièrement examinés au niveau de leur croissance, de leur état nutritionnel et de leur maladie.

6.3 Cohérence, Coordination et Complémentarité

6.3.1 Etre plus efficace dans la coordination de l'aide humanitaire et du développement: les marches à suivre vers la résilience

“ La Commission s'assure que, dans la mesure du possible, les besoins nutritionnels à court et plus long terme sont traités d'une manière intégrée et articulée qui évite les lacunes et la duplication dans l'assistance tout en assurant la continuité et en maximisant la durabilité. ”

Conformément au nouveau cadre politique sur la résilience et à la Communication de la Commission sur la résilience,⁴⁶ la Commission insiste sur le besoin de maximiser un soutien durable, inter-sectoriel et multi-acteurs à la nutrition sur un plus long terme et d'éviter l'isolement des efforts au sein de la réponse humanitaire dans le but de renforcer la résilience des communautés les plus vulnérables.

Tout en respectant les différences de principes et d'objectifs, cela doit en particulier comprendre une analyse et une planification

46 - Commission européenne, Communication sur [L'approche de l'UE sur la résilience: tirer les leçons des crises de sécurité alimentaire](#), COM(2012) 586 final.

Etude de cas opérationnelle - Pakistan: Une programmation conjointe humanitaire-développement en situation de catastrophe naturelle

Les grandes inondations qui ont frappé le Pakistan en 2010 ont mis en lumière la grave situation de sous-nutrition qui était déjà prévalente dans le pays, à la fois aux niveaux chronique et aiguë.

Dans ce contexte, la plupart des réponses humanitaires internationales étaient en général concentrées sur le traitement de la malnutrition aiguë au moyen de réponses basées sur l'alimentation avec une attention limitée aux investissements à plus long terme qui sont nécessaires pour prévenir une telle dégradation. Le soutien à la sécurité alimentaire, aux moyens d'existence et à l'agriculture n'était pas explicitement lié à la lutte contre la sous-nutrition.

La DG ECHO et la Délégation de l'Union européenne au Pakistan ont reconnu le besoin de porter une attention plus explicite à la conception des programmes dans le but de mieux répondre à la malnutrition.

Du "coté humanitaire", les interventions de la Commission en matière de nutrition et d'assistance alimentaire sont basées sur une large combinaison d'activités répondant aux causes probables de la sous-nutrition dans les zones inondées du Pakistan. Cela comprend:

- le soutien au programme PCMA via l'UNICEF et les ONG

- le soutien au PAM pour des distributions alimentaires et des transferts monétaires à large échelle (la plupart conditionnés à des programmes de travail)

- des programmes de sécurité alimentaire flexibles conçus en fonction du contexte local via une plateforme de 6 ONG internationales

Du "coté du développement", les interventions suivantes sont soutenues par le Programme Thématique de Sécurité Alimentaire (FSTP en anglais pour Food Security Thematic Programme)

- Les transferts monétaires conditionnés pour les communautés affectées par les inondations
- La protection intégrée qui offre aux femmes et à leurs enfants un lieu sûr où participer à des discussions en lien avec la nutrition et les soins à apporter aux enfants
- Le suivi de la malnutrition infantile aiguë et de l'alimentation des femmes

Défis: Cette expérience en cours montre que des échanges systématiques, documentés et structurés entre acteurs humanitaires et du développement sont nécessaires pour traiter les causes immédiates, sous-jacentes et basiques de sous-nutrition.

conjointes avec les partenaires de développement de manière à augmenter les synergies.⁴⁷

La Commission s'assure que, dans la mesure du possible, les besoins nutritionnels à court et plus long terme sont traités d'une manière intégrée et articulée qui évite les lacunes et la duplication dans l'assistance tout en assurant la continuité et en maximisant la durabilité. Pour ce faire, une coordination étroite est promue avec d'autres bailleurs internationaux et acteurs nationaux. Par exemple, le travail qui est actuellement en cours dans les initiatives internationales et régionales comme le SUN (Scale Up Nutrition en anglais) peut présenter d'importantes opportunités pour une planification conjointe plus efficace. Cependant, pour que les interventions soient plus efficaces, chaque situation nationale doit être analysée individuellement



Assistance humanitaire aux communautés déplacées et hôtes à Mopti, Mali central. © Union européenne, 2013 - photo de EC/ECHO/Anouk Delafortrie

47 - Pour exemple, voir *Humanitarian Development Framework – a joint methodology between DG ECHO and DEVCO, 2012*.

Etude de cas opérationnelle - Mali: Programmation conjointe de nutrition entre acteurs humanitaires et du développement

La séparation entre l'urgence et le développement peut créer des défis dans la conception de réponses appropriées à tout contexte donné. Au Mali, par exemple, une distinction claire entre les interventions d'urgence et de développement n'est pas toujours possible pour plusieurs raisons:

- Les crises nutritionnelles déclenchées par un choc (par exemple, les hausses des prix alimentaires ou les sécheresses) sont à la fois le résultat d'une pauvreté chronique et d'une vulnérabilité installées. Le même choc dans un contexte moins pauvre/vulnérable pourrait ne pas mener à une crise (ou à des crises d'une magnitude similaire).
- Etant donné leur fréquence, les situations de crise deviennent «chroniques» et un élément régulier du paysage malien.
- Les niveaux ordinaires d'émaciation au Mali, en dehors des conditions de crise, tendent à être au-dessus des seuils d'urgence communément acceptés.

Au Mali, il est absolument capital qu'un ensemble de mesures soit mis en œuvre pour répondre de façon globale à la situation en place. De telles mesures doivent inclure la lutte contre la pauvreté, l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité parallèlement à des actions spécifiques de prévention et de traitement de la sous-nutrition. Un tel ensemble de mesures a été déployé via la combinaison de l'aide humanitaire et au développement de l'Union européenne:

- L'aide humanitaire européenne finance le traitement de la malnutrition aiguë, la mise à disposition d'informations relatives à la nutrition et le plaidoyer, demandant au gouvernement et aux acteurs de développement d'accorder une priorité

plus importante à la nutrition.

- L'aide européenne au développement finance l'UNICEF pour:
 - Continuer de soutenir l'information nutritionnelle et le traitement de la malnutrition aiguë;
 - Renforcer le travail de prévention au moyen, par exemple, d'une campagne en faveur de l'allaitement réalisée par le gouvernement/l'UNICEF;
 - Elargir le travail de plaidoyer (par exemple via une série d'événements médiatiques nationaux et internationaux) afin d'augmenter la sensibilisation au problème nutritionnel existant et de mobiliser les acteurs pour le traiter (par exemple aux niveaux central et décentralisé du gouvernement, parmi des réseaux communautaires); et
 - Renforcer le dispositif institutionnel et l'environnement stratégique qui régit la nutrition dans le pays.

Ces liens pratiques entre les interventions humanitaires et de développement ont été rendus possibles par la coordination de l'aide européenne au développement dans le secteur de la santé et l'assistance humanitaire nutritionnelle.

Leçon apprise: Une coordination efficace de l'aide humanitaire et du développement ne se limite pas à une complémentarité technique mais nécessite un fort engagement politique en faveur de priorités stratégiques à long terme dans le domaine de la nutrition.

Dans ce but, la Commission est impliquée de façon active dans l'initiative AGIR (Alliance Globale pour la Résilience) au Sahel.

et les interventions doivent être conçues selon les besoins et les avantages comparatifs des acteurs disponibles.

La Commission fait tout ce qui est en son pouvoir pour opérationnaliser les engagements et les principes exposés dans le Consensus européen sur l'aide humanitaire de 2007⁴⁸ et la Communication de la Commission sur la résilience. Son attention se porte en particulier sur l'articulation entre ses différents instruments d'aide et sur le fait d'assurer une prise en compte appropriée des sujets liés à la nutrition dans les politiques de développement et la planification, accordant un intérêt spécial aux documents de stratégie des pays concernés.

Par conséquent, la Commission fait tout ce qui est en son pouvoir pour atteindre une meilleure cohérence et une meilleure complémentarité entre interventions humanitaires et de développement. Dans cette perspective, et en prenant en compte l'approche holistique nécessaire à la lutte contre la malnutrition aiguë, la Commission encourage, lorsque cela est possible, l'adoption d'une politique solide et la promotion d'un dialogue au niveau des programmes entre les acteurs de l'urgence et du développement directement ou indirectement impliqués dans le domaine de la nutrition.

Les mesures de préparation jouent un rôle vital pour assurer la connectivité entre les domaines du développement et de l'action humanitaire. Des pistes de travail efficaces doivent insister sur la formation, le renforcement des compétences, la sensibilisation, la mise en place ou l'amélioration de systèmes locaux d'alerte précoce et de plans de contingence car toutes sont particulièrement pertinentes en matière d'assistance nutritionnelle.

6.3.2 Gouvernance mondiale et coordination de la nutrition en contexte d'urgence

Une coordination efficace est cruciale pour une prise en charge réussie de la sous-nutrition en contexte d'urgence. Pour cela, la Commission soutient le travail du Cluster Nutrition Global⁴⁹ (dont l'UNICEF est l'agence chef de file), du Cluster Sécurité alimentaire et du Cluster Santé.

La Commission plaide pour la cohérence et soutient l'amélioration de la coordination à travers l'ensemble des secteurs pertinents et via l'engagement de tous les acteurs internationaux impliqués dans des activités nutritionnelles en contexte d'urgence.

De plus, la coordination et la coopération demandent à aller au-delà des contextes opérationnels de manière à assurer une cohérence dans les éléments probants scientifiques qui renseignent les politiques et la pratique. Pour cette raison, la Commission communique avec d'autres mécanismes internationaux concernés par la nutrition comme le Standing Committee on Nutrition des Nations unies (UNSCN), SUN et le Nutrition Guidance Expert Advisory Group de l'OMS (NUGAG), ainsi que le Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CFS en anglais).

48 - *Consensus européen sur l'aide humanitaire, 2007: Section 2.4, Article 22; Section 3.4, Article 53; Section 5; Annexe.*

49 - *Global Nutrition Cluster.*

7. Annexes

7.1 Liste des acronymes

ACPE	Aliments complémentaires prêts à l'emploi (RUSF en anglais)
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARV	Traitement antirétroviral
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF en anglais)
CFS	Committee on World Food Security (Comité de la sécurité alimentaire mondiale)
CoD	Cost of Diet (Coût de l'alimentation)
CSB (+/++)	Corn-Soy Blend (+/++ renvoie à la somme du mélange en micronutriments / mélange en micronutriments et lait écrémé en poudre – qui remplace le CSB de base)
DALY	Disability adjusted life years (en français AVCI pour Années de vie corrigées de l'incapacité)
DFID	Department for International Development – British Aid (Bureau de l'aide au développement international de l'État britannique)
DG ECHO	Direction Générale pour l'aide humanitaire et la protection civile
Fe	Fer
FSTP	Food Security Thematic Programme (Programme Thématique de Sécurité Alimentaire)
HEA	Household Economy Analysis (analyse de l'économie des ménages)
IASC	Inter-agency Standing Committee (Comité permanent interorganisations)
IMC	Indice de masse corporelle
IPC	Integrated Phase Classification (Cadre intégré de classification de la sécurité Alimentaire)
LRRD	Linking Relief Rehabilitation and Development (lien Urgence Réhabilitation Développement)
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAMI	Management of acute Malnutrition in Infants (prise en charge de la malnutrition aiguë des nourrissons)
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MoH	Ministry of Health (Ministère de la Santé)
MUAC	Circonférence de la partie supérieure du bras
NUGAG	Nutrition Guidance Expert Advisory Group
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial des Nations unies
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
SC UK	Save the Children (Royaume-Uni)
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Evaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture)
SUN	Scaling up Nutrition (initiative/mouvement)
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNSCN	United Nation Standing Committee on Nutrition (Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (eau, assainissement et hygiène)

7.2 Note sur les termes techniques

La **nutrition** est la science qui étudie la manière dont les nutriments et autres substances contenues dans l'alimentation agissent et interagissent en lien avec la santé. La **sécurité nutritionnelle**⁵⁰ englobe une bonne santé, un environnement sain, de bonnes pratiques de soins et une sécurité alimentaire au niveau du foyer (voir Schéma 1).

La **sécurité alimentaire** existe lorsque les personnes, à tout moment, ont physiquement et économiquement accès à de la nourriture saine et nutritive en quantité suffisante pour satisfaire leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires dans le cadre d'une vie active et saine.⁵¹ Une famille (ou un pays) peut être en situation de sécurité alimentaire tout en comprenant des individus en situation d'insécurité nutritionnelle. La sécurité alimentaire est par conséquent une condition nécessaire mais pas suffisante pour la sécurité nutritionnelle. La **faim** est un résultat de l'insécurité alimentaire là où l'apport alimentaire, au niveau de la population, tombe en-dessous des besoins minimum (dont la moyenne est en général de 2.100 kcal/personne/jour).

L'**état nutritionnel** est la condition physiologique d'une personne résultant de l'équilibre entre les besoins en nutriments, l'alimentation et la capacité du corps à utiliser ces nutriments. L'**anthropométrie** est la mesure du corps humain utilisée comme un indicateur d'état nutritionnel (comme dans le cadre d'enquêtes nutritionnelles).

La **malnutrition** est un état physique lié à l'utilisation que le corps fait des nutriments. Il existe deux formes de malnutrition : la sous-nutrition et la surnutrition. Ce document traite seulement de la **sous-nutrition** car c'est cette forme de malnutrition qui constitue une préoccupation de santé publique dans les contextes d'urgence.

Une **urgence** ou une **crise humanitaire** est un événement ou une série d'événements qui représente une menace critique pour la santé, la sûreté, la sécurité ou le bien-être d'un groupe important de population. La Commission définit une urgence en se basant sur une combinaison de seuils absolus (comme ceux de Sphere ou de l'OMS) et d'indicateurs relatifs fixés à partir d'une norme contextuelle. Une crise est déclenchée par un risque qui peut être d'origine naturelle ou humaine, avec un déclenchement lent ou rapide et une durée brève ou prolongée.

La **sous-nutrition** comprend : 1) le retard de croissance intra-utérin qui amène une insuffisance pondérale à la naissance, 2) le retard de croissance, 3) l'émaciation et l'œdème nutritionnel, 4) les carences en micronutriments essentiels. Les causes de la sous-nutrition sont multiples et contextuelles.

La sous-nutrition peut être de court terme (aiguë) ou de long terme (chronique). La **malnutrition aiguë** des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une émaciation (poids trop faible par rapport à la taille) et/ou un œdème nutritionnel. L'**émaciation (marasme)** est un état résultant d'une perte de poids rapide ou d'une incapacité à prendre du poids durant une courte période de temps. La malnutrition aiguë peut être modérée ou sévère. Pris ensemble, ces éléments

50 - Gross, R. et al. (1998) in *Community Nutrition: Definition and Approaches. Encyclopaedia of Human Nutrition*. Ed. by Sadler, M., Strain S. and Caballero B. London.

51 - *Sommet Mondial de l'alimentation, 1996.*

constituent le taux total (ou « global ») de malnutrition aiguë (MAG). La malnutrition aiguë modérée (MAM) est définie par une émaciation > -3 et < -2 Z-scores⁵² de la valeur médiane poids-pour-taille de la population référence ; la malnutrition aiguë sévère (MAS) est < -3 Z-scores et/ou caractérisée par la présence d'un œdème nutritionnel (œdème bilatéral). Un œdème nutritionnel peut masquer une émaciation et, par conséquent, la valeur poids-pour-taille peut ne pas être observée. Une alternative rapide pour évaluer la malnutrition aiguë des enfants ainsi que des femmes enceintes et allaitantes consiste à mesurer la circonférence de la partie supérieure du bras (MUAC en anglais).

La prise en charge de la malnutrition aiguë peut impliquer l'utilisation de **produits nutritionnels** spécialisés⁵³ conçus pour compléter l'alimentation avec des micronutriments spécifiques, de l'énergie/des protéines ou les deux. Ces aliments sont en général destinés à une consommation domestique et sont distribués sous forme de rations complètes, de distributions générales (aux groupes à risque) ou de programmes ciblant les individus dénutris de façon aiguë.

La **malnutrition chronique** aboutit à un **retard de croissance**, c'est-à-dire une taille trop faible par rapport à l'âge (défini comme < -2 Z-scores de la valeur médiane taille-pour-âge selon les standards de croissance de l'OMS pour les enfants). La plus longue période pendant laquelle le rapport taille-âge est affecté en fait un meilleur indicateur pour les carences nutritionnelles prolongées. La mesure du retard de croissance est plus utile pour la planification à long terme que pour les urgences.

Les **carences en micronutriments** sont une forme de sous-nutrition liée aux vitamines et aux minéraux. Les carences en fer, iode, vitamine A et zinc sont parmi les 10 principales causes de décès par maladie dans les pays en développement.⁵⁴ Parmi les autres carences plus spécifiques aux urgences, on compte celles en thiamine (B1), riboflavine (B2), niacine (B3) et vitamine C.

L'insuffisance pondérale des enfants est un indicateur non spécifique de sous-nutrition puisqu'il inclut les enfants présentant un poids trop faible pour leur taille (émaciation) ou une taille trop faible pour leur âge (retard de croissance). Il est défini comme < -2 Z-scores de la valeur médiane du rapport poids-âge des standards de croissance de l'OMS. Les courbes de croissance basées sur le rapport poids-âge sont utilisées pour **suivre la croissance** dans les centres de santé. En contexte d'urgence, le rapport poids-âge peut être utilisé pour indiquer la présence d'un problème si aucune autre donnée en matière de malnutrition aiguë n'est disponible.

La **sous-nutrition** des adultes est en général évaluée en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC)⁵⁵ ou la circonférence de la partie supérieure du bras (MUAC en anglais). La sous-nutrition des mères enceintes et allaitantes est identifiée via le MUAC et des signes cliniques (prise de poids insuffisante pendant la grossesse). Chez les femmes, une petite taille due à un retard de croissance

52 - Le score-Z (ou écart-type standard) est l'écart qui sépare la valeur d'un individu par rapport à la valeur médiane de la population référence, divisé par l'écart standard de la référence.

53 - Les termes d'aliments prêts-à-l'emploi (RUF en anglais) et d'aliments thérapeutiques prêts-à-l'emploi (RUTF en anglais) sont souvent utilisés.

54 - Black R. et al. (2008): *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*. *Lancet* 371, 243-260.

55 - Poids divisé par la taille au carré (kg/m²) Seuil d'urgence du MAG $> 1.5\%$;

passé (taille inférieure à 145 cm chez les femmes âgées de 15 à 49 ans) peut aboutir à des accouchements difficiles.

La sous-nutrition et la mortalité sont des indicateurs tardifs d'une crise. Il est impératif que les informations sur la santé, la sécurité alimentaire, l'assainissement et l'hygiène soient utilisées pour interpréter les estimations de sous-nutrition. Les **seuils** définis par l'OMS⁵⁶ pour guider une telle interprétation varient et doivent être utilisés avec précaution et de façon spécifique pour chaque contexte (de même, les seuils de prévalence de la malnutrition aiguë modérée et sévère des enfants de moins de cinq ans sont sujets à des ajustements en fonction des standards de croissances révisés par l'OMS en 2006). Une analyse des tendances peut révéler une aggravation de la situation même si les seuils n'ont pas été franchis. Néanmoins, les définitions de l'OMS fournissent un point de départ intéressant pour évaluer la sévérité d'une crise.

7.3 Politiques et recommandations en appui à ce document de travail des services

Ce document s'appuie sur de nombreuses politiques, normes et lignes directrices internes et externes. Celles-ci sont ici listées de manière à ce que le présent document puisse être lu et compris en contexte.

Interne

La base légale du mandat humanitaire de l'UE est définie dans le **Règlement humanitaire** (juin 1996).⁵⁷ Conformément à ce cadre, les interventions nutritionnelles en contexte de crise sont mises en œuvre pour satisfaire les besoins humanitaires mais comprennent un soutien à la prévention ou à la mitigation des catastrophes naturelles ainsi qu'au relèvement post-urgence à court terme.

Ce document de position intègre les principes, objectifs et standards fondamentaux pour l'action humanitaire de l'UE qui sont présentés dans le **Consensus européen sur l'aide humanitaire** (2008).⁵⁸

La **Communication de la Commission sur l'assistance alimentaire humanitaire et son document de travail des services**⁵⁹ fournit un cadre pour assurer une consommation alimentaire adéquate qui est nécessaire à la sécurité nutritionnelle.

La **Communication de la Commission sur le rôle de l'UE en santé globale et son document de travail des services**.⁶⁰

La **Communication de la Commission sur un cadre stratégique de l'UE pour la sécurité alimentaire dans les pays en développement**.⁶¹

⁵⁶ - Seuil d'urgence de la mortalité >2/10.000/jour (OMS).

⁵⁷ - Règlement (CE) n° 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire JO L 163 du 2.7.1996, p. 1-6 (ES, DA, DE, EL, EN, FR, IT, NL, PT, FI, SV)

⁵⁸ - Consensus européen sur l'aide humanitaire, 2007 JO L C25/01, 30.1.2008

⁵⁹ - European Commission, *Communication on Humanitarian Food Assistance* (COM(2010) 126), March 2010.

⁶⁰ - European Commission, *Communication on The EU Role in Global Health* (COM(2010) 128), March 2010.

⁶¹ - European Commission, *Communication on The EU policy framework to assist developing countries in addressing food security challenges* (COM(2010) 127), March 2010.

Les besoins nutritionnels de groupes spécifiques vulnérables sont traités dans **DG ECHO HIV Guidelines** (octobre 2008) et dans le **Document de travail des services de la Commission sur Les enfants dans les situations d'urgence et de crise** (2008) et

La **Communication de la Commission sur la réduction des risques de catastrophes** (2009) identifie le renforcement des capacités dans les contextes enclins aux catastrophes naturelles comme un objectif approprié durant une réponse humanitaire.

Externe

Le projet Sphere. La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire. 2011.

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, OMS, 1977.

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies, OMS, 2004.

Food and Nutrition Needs in Emergencies, UNHCR/UNICEF/PAM /OMS, 2004.

Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project Review. Projet commandité par le IASC Global Nutrition Cluster. Summary Report, ENN, October 2009.

Guidelines on **Infant and Young Child Feeding in Emergencies.** IFE Core Group, février 2007.

Community Based Management of Severe Acute Malnutrition. Déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Programme alimentaire mondial (PAM), du Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition (SCN) et de l'UNICEF. Mai 2007.

Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency. Déclaration conjointe de l'OMS, du PAM et de l'UNICEF. 2007.

WHO Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. 2009.

**Page internet
ECHO**



<http://www.facebook.com/ec.humanitarian.aid>

https://twitter.com/eu_echo

<https://twitter.com/kgeorgievaeu>

