

CONSEILS SUR LES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES du Plan de réponse humanitaire



SOMMAIRE

Introduction et observations générales	4
Coordination de cluster	8
Redevabilité envers les populations affectées (AAP) – pour tous les projets	12
Dépistage nutritionnel référencement des cas	17
Prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère	22
Prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère	29
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) dans les programmes nutritionnels supplémentaires sélectifs	35
Prévention de la malnutrition aiguë modérée – Programmes d'alimentation complémentaire de couverture	42
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-U)	47
Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées	54
Programmes de transferts monétaires pour prévenir la malnutrition	60
Supplémentation en de micronutriments multiples	65
Supplémentation en fer ou en fer/acide folique	69
Supplémentation en vitamine A	73
Déparasitage	77
Supplémentation en zinc pour la prise en charge de la diarrhée	80
Supplémentation en iode et iodation du sel	83
Supplémentation en calcium	86
Soutien et soins nutritionnels apportés aux enfants infectés par le VIH	89
Enquête nutritionnelle	93
Surveillance nutritionnelle	97
Évaluation directe de la couverture du programme	100
Annexes	104
Glossaire	110



INTRODUCTION ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Ce guide a été élaboré par le Cluster Nutrition Global pour aider les clusters nutrition nationaux et leurs partenaires à préparer leurs plans de réponse humanitaire (PRH). Il fournit des conseils aux clusters nutrition afin de faciliter la planification d'une réponse collective et la mise en place d'interventions nutritionnelles en situation d'urgence par les partenaires du cluster. Ces conseils pour le PRH peuvent également être utilisés par d'autres clusters pour guider l'intégration d'interventions sensibles à la nutrition dans leurs plans sectoriels respectifs.

Remarque importante : le présent document a pour objectif d'indiquer aux coordonnateurs des clusters nutrition ou aux partenaires quel type d'intervention est pertinent dans quel contexte. Il convient donc d'effectuer une

4 analyse approfondie de la situation du pays avant d'élaborer le plan de réponse humanitaire. Une fois les objectifs sectoriels spécifiques et le type d'intervention d'urgence approuvés par les membres du cluster nutrition, les conseils pour le PRH doivent servir d'exemple pour présenter de façon structurée les objectifs, les indicateurs et le cadre de suivi.

Pour chaque intervention nutritionnelle en situation d'urgence, il est recommandé de fournir les informations suivantes :

OBJECTIF

Ce que le cluster nutrition, en tant que collectif, ou les partenaires du cluster dans leurs projets respectifs, entendent réaliser. L'objectif du PRH décrit dans ce guide peut servir d'objectif global au cluster nutrition, mais peut également être adapté aux projets/programmes spécifiques de chaque organisme partenaire.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES POSSIBLES DU PROGRAMME

Objectifs pouvant être utilisés pour les projets des partenaires à titre individuel. La réalisation de ces objectifs spécifiques au niveau des partenaires contribuera à la réalisation de l'objectif global du cluster nutrition.

GROUPES CIBLES À INCLURE

Ce sont les groupes de bénéficiaires susceptibles d'être ciblés par des interventions nutritionnelles spécifiques. Les enfants âgés de 0 à 23 mois, de 0 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes, etc. sont parmi les groupes de bénéficiaires généralement ciblés par le cluster nutrition dans ses interventions. La sélection des groupes cibles doit s'appuyer sur l'analyse de la situation nutritionnelle et d'autres informations pertinentes.

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Il s'agit d'une note d'ordre général sur le calcul du nombre de cas pour chaque groupe d'interventions, avec des liens vers des conseils plus détaillés lorsqu'il existe d'autres sources d'information ou orientations. Les informations obtenues dans cette section peuvent être recoupées avec les directives ou les recommandations nationales existantes sur le calcul du nombre de cas.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

Présentez certaines des activités qui peuvent figurer dans le projet. Il est capital de décrire précisément les activités dans les fiches de projet ou dans le plan de réponse collectif du cluster. Pensez à intégrer systématiquement les activités de nutrition aux activités des clusters sécurité alimentaire, santé, WASH ou autres. Dans vos discussions avec ces clusters, assurez-vous que leur plan de réponse prévoit des interventions sensibles à la nutrition.

Les conseils pour le PRH peuvent également servir d'outils de plaidoyer pour faciliter les discussions autour de l'intégration d'indicateurs nutritionnels pertinents dans d'autres PRH sectoriels, comme l'alimentation complémentaire dans la sécurité alimentaire, les conseils sur l'allaitement dans la santé ou l'hygiène et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les programmes WASH.

INDICATEURS PROPOSÉS

Il s'agit des indicateurs recommandés pour le suivi (tant de la situation que de l'intervention) et l'établissement de rapports sur la réalisation des objectifs fixés par le plan de réponse humanitaire et sur les projets menés par les partenaires du cluster. La majeure partie des indicateurs utilisés dans le présent document proviennent du registre des indicateurs humanitaires (<http://www.humanitarianresponse.info/applications/ir>) mis au point par les clusters globaux, dont le GNC, et leur utilisation est recommandée aux partenaires des clusters, y compris les bailleurs de fonds et les autres partenaires de mise en œuvre.

Le choix des indicateurs doit se faire en fonction de l'intervention planifiée. La capacité à en assurer le suivi doit également être garantie. Le PRH doit privilégier les indicateurs de produits et de résultats par rapport aux indicateurs de processus.

Les indicateurs doivent suivre le modèle « SMART » (spécifiques, mesurables, accessibles, réalistes et limités dans le temps).

Pour chaque indicateur, il convient de préciser le type et l'unité de mesure et de fournir une courte description avec un lien permettant d'obtenir plus d'informations.

TYPE D'INDICATEUR

Permet de préciser s'il s'agit d'un indicateur de référence, de processus, de produit et/ou de résultat.

- Les indicateurs de référence mesurent la situation actuelle. Ils peuvent se chevaucher avec des indicateurs de résultats (par exemple, la malnutrition aiguë globale peut être un indicateur de référence, mais aussi un indicateur de résultat).
- Les indicateurs de processus évaluent la manière

dont la fourniture de biens et/ou de services est effectuée (par exemple, la proportion de cas de malnutrition aiguë sévère bénéficiant d'une prise en charge ayant reçu des visites à domicile). Ces indicateurs peuvent être utilisés pour le suivi des projets afin d'évaluer la qualité du service fourni, mais ils n'ont pas besoin d'être inclus dans le plan de réponse humanitaire (PRH), puisque les indicateurs du PRH doivent principalement porter sur les résultats et produits clés que le cluster essaie d'atteindre.

- Les indicateurs de produit mesurent la fourniture de biens et/ou de services auprès d'une population ou de groupes cibles. Ces indicateurs sont généralement utilisés au niveau des projets (par exemple, le nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère qui sont nouvellement admis pour recevoir un traitement).
- Les indicateurs de résultat sont les effets à court et moyen terme des produits d'une intervention. Ce sont ces indicateurs que l'on trouve habituellement dans les PRH. Certains indicateurs de résultat peuvent également être utilisés au niveau des projets (par exemple, la proportion de cas de malnutrition aiguë sévère repris en charge) et associés à d'autres indicateurs de résultat du PRH (par exemple, la malnutrition aiguë globale). Ils figurent dans le registre des indicateurs humanitaires, regroupés dans la catégorie « indicateurs de résultat ».

UNITÉ DE MESURE

Indique le niveau de mesure des informations (individuel, ménage, communauté et établissement). L'unité de mesure doit donc être prise en compte dans les cas suivants :

- Si un indicateur est mesuré au niveau de l'établissement, un système de suivi et de rapportage doit être mis en place dans chaque établissement pour collecter ces données.
- Si un indicateur est mesuré au niveau individuel, des ménages ou des communautés, il est généralement nécessaire d'établir un système d'enregistrement distinct et de conduire une enquête/évaluation pour collecter ces données.
- Dans les deux cas, des fonds suffisants doivent être alloués à la collecte des données pour les indicateurs sélectionnés à la fois au niveau du cluster et au niveau des projets.

En plus des indicateurs pour chacun des domaines d'intervention nutritionnelle, le registre des indicateurs humanitaires comprend d'autres indicateurs utiles dont l'inclusion¹ doit être envisagée à la fois dans le PRH et dans les projets individuels, s'il y a lieu.

¹. Pour chaque domaine d'interventions, incluez quelques recommandations générales sur les éléments à prendre en compte lors de la préparation du budget.

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Processus	Établissement	Nombre de retours reçues (y compris les plaintes) auxquelles il a été donné suite
Processus	Communauté	Nombre de produits d'information, d'éducation et de communication (IEC) diffusés auprès de la population affectée par les canaux de communication convenus
Processus	Établissement	Nombre de personnes consultées (ventilées par sexe/âge) avant la conception d'un programme/projet [ou pendant la mise en œuvre du programme/projet].
Processus	Communauté	<u>Discussion de groupe</u> Proportion de programmes de nutrition prévoyant des discussions en groupes séparément pour les filles, les femmes, les garçons et les hommes affectés pendant les phases d'analyse des besoins, de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation
Processus	Établissement	<u>Consultation par sexe au sujet de l'efficacité de l'intervention</u> – Proportion de partenaires organisant régulièrement des consultations par sexe (hommes et femmes séparés) pour discuter de l'efficacité de l'intervention par rapport aux besoins nutritionnels spécifiques de la population touchée et pour régler les problèmes d'accès aux services nutritionnels.
Produit	Individuel	<u>Satisfaction quant à l'accès aux services</u> – Proportion de la population cible, ventilée par sexe, satisfaite de l'accès aux services
Produit	Individuel	<u>Connaissance des bonnes pratiques en matière de nutrition/d'ANJE</u> – Proportion de la population cible, ventilée par sexe, ayant une meilleure connaissance des bonnes pratiques de nutrition/d'ANJE
Processus	Établissement	<u>Hommes participant aux programmes de nutrition</u> – Proportion d'hommes participant aux programmes d'éducation à la nutrition

CONSEILS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE LA PRÉPARATION D'UN BUDGET

Incluez quelques recommandations générales sur les éléments à prendre en compte lors de la préparation du budget d'un projet par domaine d'intervention. En règle générale, il faut toujours prendre en compte le coût des fournitures, des ressources humaines (personnel), du renforcement/développement des capacités, le coût administrative, du suivi et de l'évaluation et des activités de sensibilisation (ex. : coûts de communication).

Les conseils pour le PRH sont présentés par domaine d'intervention nutritionnelle en situation d'urgence, tels que la coordination d'un cluster, la redevabilité envers les populations affectées, le dépistage nutritionnel et le référencement au niveau communautaire, la prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère dans les centres de stabilisation, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le cadre de programmes de prise en charge thérapeutique ambulatoire, la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée par le biais de programmes nutritionnels supplémentaires sélectifs, la prévention de la malnutrition aiguë

modérée grâce à des programme d'alimentation complémentaire de couverture, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U), la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les personnes âgées, les programmes de transferts monétaires, la supplémentation en micronutriments multiples, la supplémentation en fer ou en fer/acide folique, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, la supplémentation en zinc pour le traitement de la diarrhée, la supplémentation en iode, la supplémentation en calcium, le soutien et les soins nutritionnels apportés aux enfants, aux femmes enceintes et allaitantes et autres adultes infectés par le VIH, les enquêtes nutritionnelles, la surveillance nutritionnelle et l'évaluation de la couverture du programme.



COORDINATION DU CLUSTER

OBJECTIF

Garantir une réponse nutritionnelle prévisible, opportune et efficace dans les situations d'urgence.

Les actions qui relèvent de la coordination du cluster peuvent avoir les objectifs spécifiques suivants :

- Créer une plateforme pour soutenir la prestation de services conformes au plan de réponse stratégique et aux priorités stratégiques ; mettre au point des mécanismes visant à éviter la duplication des prestations des services. Guider le coordonnateur humanitaire et/ou l'équipe humanitaire pays dans la prise de décisions stratégiques en préparant des évaluations de besoins et des analyses de lacunes (émergents); en identifiant et en remédiant aux lacunes, obstacles, duplications et questions transversales ; et en établissant des priorités sur la base des résultats des analyses.
- Planifier et mettre en œuvre une stratégie en élaborant des plans sectoriels et en définissant des objectifs et des indicateurs qui soutiennent directement la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs stratégiques de la réponse ; en appliquant et en respectant les standards et lignes directrices communes ; en clarifiant les exigences de financement ; en aidant à définir les priorités et les contributions du cluster à l'ensemble des propositions de financement humanitaire identifié par le coordonnateur humanitaire.
- Suivre et évaluer la performance en effectuant un suivi et en établissant des rapports sur les activités et les besoins ; en mesurant les progrès réalisés par rapport à la stratégie du cluster et l'obtention des résultats définis ; et en suggérant

des mesures correctives, le cas échéant.

- Renforcer les capacités nationales de préparation de la réponse aux urgences et de planification de contingence.
- Identifier les préoccupations qui sous-tendent les messages et les actions du coordonnateur humanitaire et de l'équipe humanitaire pays et mener des activités de plaidoyer au nom du cluster, des membres du cluster et des populations affectées.

GROUPES À INCLURE

Les partenaires, notamment le gouvernement, les ONG locales et internationales, les agences des Nations Unies et les observateurs (Mouvement de la Croix-Rouge, organisations de la société civile, monde universitaire, etc.)

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Recruter un coordonnateur du cluster nutrition, un gestionnaire de l'information nutritionnelle et d'autres membres de l'équipe de coordination
- Soutenir le cluster dans la réalisation de ses fonctions centrales

CONSEIL : Pour plus d'informations, voir le Module de référence pour la coordination sectorielle au niveau national de l'IASC, révisé en juillet 2015. Facilitez le processus de suivi de la performance de la coordination du cluster (CCPM, de l'anglais « Cluster Coordination Performance Monitoring ») et assurez le suivi du plan d'action de CCPM.

- Appuyer l'élaboration de la stratégie de réponse du cluster
- Assurer les activités de suivi et d'établissement de rapports sur la réalisation des objectifs, y compris les rapports collectifs,
- Mener des activités de gestion de l'information pour éclairer la prise de décisions (site internet du cluster, rapports, mises à jour, bulletins d'information),
- Organiser et animer des réunions de coordination régulières ,
- Coordonner la préparation des sections pertinentes dans les appels aux projets, le plan de réponse humanitaire, les rapports de situation de l'OCHA et d'autres agences, les mises à jour des bailleurs et dans d'autres documents pertinents
- Coordonner le Fonds humanitaire commun (CHF) et la répartition des autres mécanismes de financement communs
- Coordonner les activités de renforcement des capacités du cluster
- Coordonner les activités relatives à l'évaluation des besoins, la prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA), l' ANJE-U et à la supplémentation en micronutriments
- Coordonner les activités de préparation de la réponse aux urgences et de planification de contingence., de réduction des risques de catastrophes et de renforcement de la résilience
- Garantir la Redevabilité envers les populations affectées dans les interventions de nutrition en situation d'urgence

INDICATEURS PROPOSÉS

Remarque : Actuellement, le registre des indicateurs humanitaires ne contient pas d'indicateurs relatifs à la coordination, mais vous trouverez des indicateurs de résultats dans l'enquête de suivi de la performance de la coordination du cluster (CCPM).

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Communauté	Nombre de membres de l'équipe de coordination embauchés en temps opportun (pour la coordination nationale et infranationale) (Remarque : ne figure pas dans le Registre des indicateurs humanitaires – RIH)
Processus	Communauté	Existence de termes de référence pour le cluster (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Proportion de recommandations de suivi de la performance du cluster adoptées dans les délais définis (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Proportion de points d'action inscrits dans les procès-verbaux de réunion mis en œuvre en temps opportun (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Proportion de partenaires qui ont soumis leurs rapports en temps opportun au cours des X derniers mois (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Standards de bulletins du cluster publiés (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Nombre de centres de coordination infranationaux établis (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Communauté	Normes programmatiques établies et préconisées (Remarque : ne figure pas dans le RIH)

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

Remarque : Les conseils sur le budget présentés ci-après concernent exclusivement la coordination. Tout soutien technique apporté au collectif (par exemple, le recours à un expert pour former l'ensemble des partenaires du cluster aux enquêtes SMART) passera par l'équipe technique d'intervention rapide (Technical Rapid Response Team - TRRT), l'agence chef de file dans le pays ou les partenaires du cluster au niveau national – et n'est donc pas inclus ici.

FRAIS DE FOURNITURES

Matériel pour faciliter le travail des coordonnateurs des clusters nutrition et des gestionnaires de l'information, tels que des ordinateurs, des logiciels et outils de gestion de l'information, des fournitures de bureau, etc.

FRAIS DE PERSONNEL

Comptez au moins un coordonnateur de cluster, un gestionnaire de l'information et un assistant administratif à mi-temps (en cas d'urgence à petite échelle, vous pouvez envisager des doubles casquettes). En cas d'urgence de grande ampleur, pensez à ajouter des coordinateurs de clusters et des gestionnaires de l'information infranationaux, un coordonnateur de cluster adjoint, un co-leader du cluster, un assistant de saisie des données, un développeur de bases de données, etc.

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation (de rappel) du personnel à la coordination des clusters et à la gestion de l'information et autres.

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et les ressources administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster.

Bureau, transport, soutien pour l'organisation de réunions, d'ateliers et de formations pour les partenaires du cluster et de groupes de travail.

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Frais de déplacement sur le terrain
- Frais liés à la coordination infranationale



REDEVABILITÉ ENVERS LES POPULATIONS AFFECTÉES – POUR TOUS LES PROJETS

OBJECTIF

Garantir la redevabilité envers les femmes, les hommes, les filles et les garçons touchés, y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et les autres groupes vulnérables, tout au long de la programmation nutritionnelle et à toutes les étapes du cycle du projet.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Veiller à ce que les documents programmatiques intègrent les engagements² en matière de redevabilité et guident la mise en œuvre de programmes nutritionnels de qualité, appropriés, opportuns et coordonnés, qui préviennent l'exploitation et les abus sexuels (PEAS) et qui intègrent les questions essentielles pour les personnes, notamment l'âge, le sexe, la diversité, le handicap, la protection et la communication avec les communautés.
- Fournir des informations adaptées, pertinentes et au bon moment, qui tiennent compte des besoins et préférences exprimés en matière d'information, selon l'âge, le sexe et le groupe vulnérable.
- Instaurer des canaux et des dispositifs de communication à double sens qui permettent et facilitent les retours d'information et les plaintes, et qui offrent des voies de recours pour les traiter.
- Intégrer des moyens qui permettent aux bénéficiaires des programmes de nutrition et aux autres parties prenantes de prendre part aux décisions les concernant (de la consultation à la participation active), y compris des systèmes de représentation équitables et transparents.
- Intégrer la redevabilité envers les populations affectées et la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS) dans la conception, le suivi et l'évaluation des programmes, garantissant un apprentissage permanent.
Voir : Les engagements de l'IASC en matière de redevabilité envers les populations affectées et La Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité

2. Ref: IASC Commitments on Accountability to Affected Populations and The Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability

GROUPE À INCLURE

Femmes, hommes, garçons et filles, y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables, ciblés ou affectés par les programmes de nutrition et leur personnel

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

100 % de la cible du programme/projet

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS²

- Consulter les femmes, les hommes, les filles et les garçons ciblés, y compris les personnes âgées et les personnes handicapées, pour analyser leurs besoins, notamment en ce qui concerne l'information et la communication, leurs préférences et leurs sources privilégiées
- Évaluer les systèmes de participation et de représentation communautaire existants pour s'assurer qu'ils sont équitables, réellement représentatifs et redevables, et veillent à ce que tous les segments des communautés aient leur mot à dire
- Instaurer des canaux clairs permettant aux participants aux programmes de nutrition de déposer des plaintes et de recevoir une réponse en temps opportun
- Vérifier que tous les acteurs de la nutrition connaissent les Codes de conduite qui régissent dans leurs organisations et interdisent toute exploitation et abus sexuels à l'encontre des personnes recevant une assistance
- Garantir la collecte et l'utilisation de données ventilées par sexe et par âge en respectant les tranches d'âge recommandées

CONSEIL : Dans la mesure du possible, les données ventilées par sexe et par âge doivent être décomposées en décennies et surtout éviter de regrouper toutes les tranches d'âge adulte ensemble car cela rend les personnes âgées invisibles.

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Processus	Individuel	Proportion de femmes, d'hommes, de filles et de garçons assistés et couverts par l'évaluation – y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables – satisfaits de l'adaptation des programmes de nutrition à leurs besoins et à leur culture spécifiques
Processus	Individuel	Proportion de femmes, d'hommes, de filles et de garçons assistés et couverts par l'évaluation – y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables – informés sur le programme (population cible, type d'aide fournie, mécanismes de retours et/ou de plainte) / satisfaits de la quantité d'information reçue sur les programmes de nutrition
Processus	Établissement	Proportion d'évaluations nutritionnelles qui comportent des questions permettant d'analyser les besoins d'information et de communication, ainsi que les modes d'information privilégiés/préférés des femmes, des hommes, des filles et des garçons assistés et couverts par l'évaluation – y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables
Processus	Individuel	Proportion de femmes, d'hommes, de filles et de garçons assistés et couverts par l'étude – y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables – informés / satisfaits des systèmes mis en place pour représenter leurs intérêts
Processus	Individuel	Proportion de femmes, d'hommes, de filles et de garçons assistés et couverts par l'étude – y compris les personnes âgées, les personnes handicapées et autres groupes vulnérables – informés sur les mécanismes de plaintes concernant tout aspect des programmes de nutrition / considérant que les mécanismes de plainte sont efficaces, confidentiels, accessibles et sûrs
Produit	Établissement	Proportion de plans de projets du cluster nutrition saisis dans le système de projets en ligne (OPS) qui comportent des références à l'âge, au genre, au handicap et à la diversité
Produit	Établissement	Proportion d'évaluations nutritionnelles réalisées avec la participation conjointe d'au moins trois acteurs de la nutrition issus de différentes agences
Produit	Établissement	Nombre de formations organisées sur le Code de conduite / Proportion du personnel ayant participé aux formations sur le Code de conduite
Produit	Établissement	Proportion de projets de nutrition qui sont reliés à un mécanisme de plainte formel (faisant partie d'un système commun plus large ou d'un dispositif spécifiquement développé pour le programme)

Pour plus d'indicateurs, consultez le document « Exemple d'indicateurs de la redevabilité envers les populations affectées par rapport aux engagements de l'IASC pour le cluster nutrition » [en anglais].

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE PERSONNEL

Il n'est pas nécessaire de dédier des coûts de personnel à cette intervention, mais les partenaires du cluster et le coordonnateur du cluster nutrition doivent s'assurer qu'ils ont intégré la redevabilité envers les populations affectées dans les fiches de poste/termes de référence de leur personnel

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation (de recyclage) du personnel à la redevabilité envers les populations affectées

FRAIS ADMINISTRATIFS

Non requis

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

Veillez à ce que les ressources humaines et les ressources administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps opportun.

FRAIS LOGISTIQUES

Pensez visites conjointes sur le terrain avec des partenaires du cluster et de l'équipe de coordination du cluster nutrition et à l'organisation logistique de cette visite.

AUTRES COÛTS

Une grande partie des coûts peut être intégrée dans les coûts des partenaires du cluster ainsi que dans les coûts concernant l'équipe de coordination du cluster nutrition.



DÉPISTAGE NUTRITIONNEL ET REFERENCEMENT DES CAS

OBJECTIF

Détecter les groupes cibles souffrant de malnutrition aiguë (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées) parmi la population ciblée et assurer un référencement précoce des cas vers les programmes de nutrition appropriés.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier la population d'une communauté présentant un risque accru de malnutrition en mettant en place un programme de dépistage nutritionnel de masse.
- Soutenir un programme continu de dépistage nutritionnel.
- Assurer l'adoption et l'utilisation de protocoles standardisés pour les programmes communautaires de dépistage nutritionnel.
- Renforcer les capacités des partenaires / professionnels de santé / agents de santé communautaires en matière de dépistage.
- Mobiliser les communautés et les sensibiliser au dépistage de la malnutrition et aux services de prise en charge de la MAS ou de la MAM existants.

GROUPES À INCLURE

- Tous les enfants de moins de cinq ans
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes âgées (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)

CONSEIL : Vous pouvez effectuer un dépistage à grande échelle de la malnutrition aiguë chez les enfants si vous disposez avec assez d'installations/programmes pour référer des enfants identifiés malnutris vers un traitement/une prise en charge. Un système de référencement vers la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modérée doit être mis en place avant de lancer une campagne de dépistage à grande échelle

17

ESTIMATION DU NOMBRE D'ENFANTS À DÉPISTER DANS LA POPULATION

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement ou les enquêtes nutritionnelles, ajustées au taux de croissance de la population si nécessaire pour estimer votre cible – 100 % des enfants doivent être ciblés pour le dépistage.

Exemple : Si la dernière enquête démographique et de santé réalisée en 2012 dans un district X a recensé 100 000 personnes, que le taux de croissance démographique est de 1,02 par an (2 %), et que la proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois s'élève à 15,3 %, alors le nombre d'enfants devant être dépistés en 2015 est : $100\,000 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,02 \times 0,153 = 16\,236$ (la croissance démographique de 1,02 est multipliée par 3 puisque trois années se sont écoulées entre 2015 et la dernière étude en 2012).

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Dépistage et référencement

CONSEIL : Le dépistage et le référencement doivent systématiquement faire partie de l'ensemble des activités de nutrition et, si possible, n'hésitez pas intégrer/liier le dépistage aux activités des autres secteurs, par exemple pendant les campagnes de supplémentation en vitamine A et de vaccination, pendant les journées de promotion de la santé, pendant les campagnes WASH, la distribution générale de nourriture, etc.

- Mobilisation et sensibilisation communautaire
- Adaptation et diffusion des protocoles et des guidances
- Renforcement des capacités du personnel sur les méthodes de dépistage nutritionnel, l'interprétation des données et le suivi
- Évaluation et suivi

CONSEIL : Travaillez en étroite collaboration avec les autorités locales pour recueillir des informations sur les zones qui seront ciblées par les dépistages, car cela renforcera la participation et le soutien de la communauté pendant la mise en œuvre et le suivi de l'activité.

CONSEIL : Lors de la planification des activités de dépistage, veillez-vous assurer à la disponibilité et la promotion des services vers lesquels les bénéficiaires peuvent être référés. Le dépistage en soi n'aura aucun effet sur l'amélioration de la situation nutritionnelle s'il n'est pas suivi d'un référencement et d'une prise en charge des enfants malnutris dans les programmes de nutrition au niveau des établissements de santé ou au niveau communautaire. Cependant, des évaluations rapides à la base du périmètre brachial sont parfois réalisées pour déterminer si ces services sont nécessaires ou non.

CONSEIL : Le cas échéant, prenez en considération les facteurs qui peuvent freiner le processus de référencement (les frais de déplacement, par exemple), assurez-vous de disposer d'une solution permettant d'augmenter le nombre de personnes référés et incluez-la dans votre évaluation des coûts.

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Établissement	Dépistage des enfants – Nombre d'enfants dépistés pour la malnutrition aiguë au niveau communautaire
Produit Processus	Établissement	Cas de MAS référés – Nombre de cas ayant la malnutrition aiguë sévère référés vers des soins hospitaliers ou des soins thérapeutiques ambulatoires
Produit Processus	Établissement	Cas de MAM référés – Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée orientés vers une prise en charge
Produit Processus	Établissement	Cas de MAS admis – Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère correctement référés et admis pour une prise en charge des soins thérapeutique hospitalière ou ambulatoire
Produit Processus	Établissement	Cas de MAS admis – Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée correctement référés et admis pour une prise en charge de la malnutrition aiguë modéré

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

Les équipes de dépistage doivent être équipées d'un minimum de fournitures requises, notamment :

- Du matériel anthropométrique (rubans métriques PB pour les enfants et les adultes)
- Des fournitures pour le référencement et le suivi des cas (formulaires d'enregistrement, fournitures de bureau, guidances, etc.)

FRAIS DE PERSONNEL

Agent de santé communautaire ou personnel des établissements de santé – pensez aux besoins d'encouragements pour le superviseur

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation du personnel en dépistage et référencement, y compris des formations de rappel si besoin

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster

Assurez le transport des équipes de dépistage, le stockage des fournitures et évitez les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité

FRAIS PROMOTIONNELS

Coût de conception et d'impression des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène)



PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

OBJECTIF

22

Réduire le risque d'excès de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir un service de prise en charge thérapeutique hospitalière de X garçons et X filles de moins de 5 ans atteints de MAS et présentant des complications
- Améliorer l'accès et l'utilisation des services thérapeutiques hospitaliers existants
- Améliorer et maintenir l'accès et l'utilisation de services thérapeutiques hospitaliers nouvellement créés
- Assurer l'adoption et l'utilisation de protocoles standardisés pour la prise en charge de la MAS en milieu hospitalier
- Renforcer les systèmes de référencement depuis et vers tous les services de la prise en charge de la malnutrition aiguë : hôpital, centre de santé et communauté
- Renforcer la capacité du gouvernement et des partenaires à fournir des services appropriés dans les centres de stabilisation

GROUPES À INCLURE

- Tous les nourrissons de moins de 6 mois atteints de MAS
- Enfants âgés de 6 à 59 mois présentant des œdèmes bilatéraux graves (++, +++) ou une malnutrition aiguë sévère avec des complications médicales
- Pour les activités autour du changement de comportement : Les accompagnants qui bénéficient des activités de communication pour le développement (au changement de comportement) menées au niveau de l'établissement de santé

CONSEIL : Pour faciliter la planification, prévoyez dans vos estimations une personne accompagnante par enfant (l'enfant qui a été admis pour une prise en charge de la MAS).

Remarque : Les personnes âgées peuvent également bénéficier d'une prise en charge hospitalière

lorsqu'elles souffrent de malnutrition aiguë sévère et de complications médicales. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées » de ce document.

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

- Nombre total de cas de MAS = cas existants + nouveaux cas

Cas existants = prévalence de la MAS x nombre de filles et de garçons âgés de 6 à 59 mois. Les données désagrégées peuvent provenir d'un recensement récent ou d'une enquête nutritionnelle.

Nouveaux cas = prévalence de la MAS x nombre de filles et de garçons âgés de 6 à 59 mois x 1,6. Le taux d'incidence recommandé se situe généralement à 1,6.

- Ou bien, nombre total de cas de MAS = prévalence de la MAS x population du groupe d'âge ciblé x 2,6

CONSEIL : Si le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) est connu, mais pas le taux de prévalence de la MAS, vous pouvez utiliser l'estimation moyenne selon laquelle 20 % de patients MAG souffrent de MAS.

- Lorsque vous avez le nombre total de bénéficiaires ciblés pour un traitement de la MAS, calculez le nombre d'enfants qui auront besoin d'une prise en charge de la MAS en milieu hospitalier (centres de stabilisation).
- En moyenne, 5 à 20 % des enfants atteints de MAS devraient être orientés vers une prise en charge en milieu hospitalier. Cette proportion varie selon le statut du programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Au début d'un programme de PCMA, on peut s'attendre à ce qu'un grand nombre de cas compliqués soient orientés vers un centre de stabilisation. La proportion sera donc élevée et peut se situer autour de 15 à 20 %. Lorsque le programme de PCMA est efficace, cette proportion diminue au fil du temps pour s'établir à 5-10 %.
- Appliquez le taux de couverture du programme pour obtenir le nombre total de bénéficiaires ciblés pour une prise en charge de la MAS dans les centres de stabilisation.

CONSEIL : Selon les Standards SPHERE, la couverture doit être supérieure à 50 % dans les zones rurales, supérieure à 70 % dans les zones urbaines et supérieure à 90 % dans les camps.

- Exemple de calcul : Nous voulons estimer le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAS avec des complications médicales qui seront ciblées par un programme de nutrition en situation d'urgence et admises dans un centre de stabilisation.
- Le recensement de l'année dernière indique que le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois s'élève à 86 000. La prévalence de la MAS est de 1,8 %. Nous avons défini qu'en moyenne 10 % des cas diagnostiqués de MAS devraient être orientés vers un centre de stabilisation. Le programme sera déployé en zone rurale, nous avons donc convenu d'appliquer un taux de couverture de 50 %.
- Nombre total de cas de MAS chez les filles âgées de 6 à 59 mois = $86\,000 \times 1,8\% \times 2,6 = 4\,025$
- Nombre de filles âgées de 6 à 59 mois qui auront besoin d'une prise en charge hospitalière = $4\,025 \times 10\% = 403$
- Nombre de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAS ciblées et ayant besoin d'une prise en charge hospitalière dans un centre de stabilisation selon la couverture prévisionnelle du programme = $403 \times 50\% = 202$

Voir également :

« Comment estimer le nombre de cas de MAS et/ou de MAM chez les enfants de 6 à 59 mois sur une période donnée ? » (Fiche en anglais réalisée par CMAM Forum) et « Estimation indirecte de la charge potentielle et du nombre de cas cible », un guide élaboré par l'UNICEF pour ses bureaux de pays [en anglais] : https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/pro_sam_annex_d_d5_october_3_2012.pdf

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Formation du personnel et du gouvernement sur le protocole de PCMA.
- La prise en charge de la MAS doit être suivie d'une période de soutien continu, généralement fourni par les programmes de prise en charge de la MAM. La planification du traitement de la MAS et de la MAM doit être faite de façon à promouvoir un continuum de soins pour la malnutrition aiguë.
- Fourniture de matériel (laits thérapeutiques F75/F100, Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, médicaments pour le traitement systématique, formulaires et registres, matériel anthropométrique, etc.)

CONSEIL : Lorsque vous calculez vos coûts d'approvisionnement, mettez-vous en relation avec les agences d'approvisionnement en nutrition (en règle générale, l'UNICEF).

- Avec le soutien du cluster WASH, veillez à

ce que divers services soient assurés, tels que la réhabilitation des installations d'eau et d'assainissement, y compris pour le lavage des mains et l'élimination sans risque des déchets, l'achat et la distribution de kits d'hygiène, etc.

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH pour faciliter la planification et la mise en œuvre des activités.

CONSEIL : Mettez-vous en relation avec d'autres secteurs (clusters santé, cluster sécurité alimentaire) pour lutter contre les autres causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition aiguë que le cluster nutrition ne peut pas traiter directement.

- Les activités de communication pour le changement du comportement et sensibles à la prévention de la malnutrition ainsi qu'à la promotion de l'hygiène, au développement de la petite enfance et à la lutte contre le VIH/Sida et la tuberculose doivent être prioritaires.

CONSEIL : Prévoyez du personnel, du temps et un lieu spécifique pour organiser des activités de changement de comportement dans le centre de santé (par exemple : x séances pendant y jours/semaine).

- Le référencement vers les services de dépistage du VIH et le suivi du respect du traitement des patients séropositifs doivent être prioritaires (pour plus d'information, voir la section « Soutien et soins nutritionnels apportés aux enfants infectés par le VIH » du présent document).
- Référencement vers le dépistage de la tuberculose et suivi du respect du traitement des patients atteints de la tuberculose admis dans le programme de nutrition
- Adaptation/impression d'outils et de guides
- Évaluation et suivi

INDICATEURS PROPOSÉS

24

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Résultat Référence	Individuel	Malnutrition aiguë sévère (MAS) – Taux de prévalence (%) de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois (ventilée par sexe) en se basant sur la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou d'un z-score poids-pour-taille inférieur à -3 écarts-types de la moyenne de la population de référence (OMS 2006)
Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les nourrissons de 0 à 5 mois – Taux de prévalence (%) de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons de moins de 6 mois (ventilée par sexe) en se basant sur la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou d'un z-score poids-pour-taille inférieur à -3 écarts-types de la moyenne de la population standard (OMS 2006)
Produit	Établissement	Nouvelles admissions de cas de MAS – Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère nouvellement admis pour une prise en charge
Résultat	Individuel	Couverture de la prise en charge de la MAS – Proportion de cas de malnutrition aiguë sévère en cours de traitement
Résultat	Établissement	Cas de MAS sortants de la prise en charge et s'étant rétablis – Standards minimum SPHERE ≥ 75 % (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère s'étant rétablis)
Produit	Établissement	Cas de MAS sortants de la prise en charge et ayant abandonné – Standards minimum SPHERE ≤ 15 % (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ayant abandonné)

Processus	Établissement	Cas de MAS sortants de la prise en charge et étant décédés – Standards minimum SPHERE $\leq 10\%$ (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère étant décédés pendant le traitement)
Processus	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et non rétablis (non-répondants) – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ne s'étant pas rétablis
Produit	Établissement	Gain de poids moyen des cas de MAS – Gain de poids moyen des cas de malnutrition aiguë sévère en cours de traitement
Produit	Établissement	Durée moyenne de séjour des cas de MAS –Durée moyenne de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
Produit	Individuel	Accès aux services de prise en charge de la MAS – Proportion de la population cible atteinte de malnutrition aiguë sévère vivant à moins d'un jour de marche aller-retour du centre de prise en charge de la MAS – Norme SPHERE $>90\%$
Produit	Individuel	Connaissance des bonnes pratiques en matière de nutrition/d'ANJE – Nombre d'accompagnants, ventilées par sexe, ayant participé à des séances de sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière de nutrition/d'ANJE
Produit	Individuel	Orientation – Proportion d'enfants ayant été admis en centre de stabilisation, stabilisés et référés vers des soins thérapeutiques ambulatoires pour finir leur prise en charge de la MAS
Produit	Établissement	Qualité WASH des programmes thérapeutiques ambulatoires – Proportion de centres de santé offrant des services de prise en charge hospitalière de la MAS et disposant de produits et d'équipements appropriés pour le traitement de l'eau
Produit	Établissement	Couverture des installations sanitaires – Nombre d'utilisateurs moyen par toilettes en état de fonctionnement
Processus	Établissement	Proportion de partenaires du cluster nutrition respectant le protocole de la PCMA

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

L'établissement hospitalier doit disposer du matériel et des équipements nécessaires à la prise en charge de la malnutrition sévère ou à un centre de stabilisation, ce qui inclut les éléments suivants :

- Fournitures thérapeutiques (Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, Laits thérapeutiques F75/F100)
- Si les protocoles nationaux font référence à l'utilisation d'autres produits thérapeutiques préparés localement, veillez à acheter localement les fournitures recommandées (par exemple : lait en poudre, huile, sucre, CMV).

CONSEIL : Si vous utilisez des ingrédients produits localement, pensez à toujours prévoir un budget pour acheter des minéraux/vitamines complexes à préparer et à ajouter à l'ingrédient local.

- ReSoMal pour le traitement de la déshydratation chez les personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère
- Traitement systématique et autres médicaments essentiels
- Matériel anthropométrique (rubans métriques de PB, produits médicaux, pèse-personnes, toises)
- Produits d'hygiène (gants, serpillière, etc.), y compris du savon
- Autres fournitures (telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide)
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'enregistrement)
- Matériel de cuisine (kit thérapeutique et ustensiles pour l'espace cuisine des accompagnants)
- Un laboratoire doit être accessible sur place ou dans un centre de santé voisin (via un processus de référencement)
- Nourriture pour les accompagnants
- Lits supplémentaires (si le besoin est identifié)

FRAIS DE PERSONNEL

Comptez, en moyenne, un médecin à temps partiel, trois infirmières et un nutritionniste. Le nombre de professionnels de santé peut varier en fonction du nombre d'admissions. Il faut compter au minimum un assistant nutrition pour 10 patients hospitalisés.

Les estimations du nombre de professionnels de santé doivent tenir compte de la nécessité de garantir une assistance 24 heures sur 24 par du personnel soignant

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Au niveau des hôpitaux, des districts et des régions, le projet doit inclure le coût du soutien apporté au personnel du ministère de la Santé : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.

Assurez-vous d'inclure le coût de l'embauche de personnel supplémentaire pour faire face à l'augmentation de la charge de travail. Prévoyez une stratégie de transition avec les coûts associés à la transition.

FRAIS ADMINISTRATIFS**FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION****FRAIS LOGISTIQUES**

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le bon déroulement du programme, le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster.

Veillez à inclure le coût du transport et du stockage des fournitures et évitez les ruptures de stock.

Prévoyez les frais liés au référencement et/ou au transport si les personnes qui s'occupent des enfants ne sont pas en mesure de les conduire à l'hôpital ou si les enfants doivent être référés vers des services extérieurs au centre.

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Les coûts liés à la garantie d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être pris en compte par le cluster WASH

FRAIS PROMOTIONNELS

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des accompagnants.



PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE

OBJECTIF

Réduire le risque d'excès de mortalité et de morbidité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Cette approche vise à maximiser la couverture et l'accès de la population à la prise en charge des enfants atteints de MAS sans complications médicales, en offrant un accès facile au traitement par le biais de services ambulatoires, plus proches du domicile.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir des services de prise en charge communautaire à X garçons et X filles de moins de 5 ans atteints de MAS sans complications
- Garantir l'accès à des programmes de prise en charge communautaire de la MAS
- Soutenir la mise en place de nouveaux programmes de prise en charge communautaire de la MAS
- Assurer l'adoption et l'utilisation de protocoles standardisés pour la prise en charge ambulatoire de la MAS
- Renforcer les systèmes de référencement et de renvoi depuis et vers les programmes thérapeutiques ambulatoires
- Renforcer la capacité du gouvernement et des partenaires à fournir des services de soins thérapeutiques ambulatoires appropriés

GROUPES À INCLURE

- Enfants âgés de 6 à 59 mois atteints de MAS sans complications médicales
- Pour les activités autour du changement de comportement : les accompagnants qui bénéficient des activités de communication pour le développement menées au niveau communautaire

Remarque : Les personnes âgées souffrant de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales peuvent également être ciblées pour bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Pour plus d'informations, reportez-vous à la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées » de ce document.

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

- Nombre total de cas de MAS = cas existants + nouveaux cas
- Cas existants = prévalence de la MAS x nombre de filles et de garçons âgés de 6 à 59 mois. Les données désagrégées peuvent provenir d'un recensement récent ou d'une enquête nutritionnelle.
- Nouveaux cas = prévalence de la MAS x nombre de filles et de garçons âgés de 6 à 59 mois x 1,6. Le taux d'incidence recommandé se situe généralement à 1,6.
- Ou bien, nombre total de cas de MAS = prévalence de la MAS x population du groupe d'âge ciblé x 2,6

CONSEIL : Si le taux de malnutrition aiguë sévère (MAS) est inconnu, vous pouvez utiliser l'estimation moyenne selon laquelle 20 % de patients MAG souffrent de MAS.

- Lorsque vous avez le nombre total de bénéficiaires ciblés pour une prise en charge de la MAS, calculez le nombre d'enfants qui seront pris en charge dans le cadre d'un programme thérapeutique ambulatoire
- En moyenne, 80 à 90 % des enfants atteints de MAS devraient être admis dans un programme thérapeutique ambulatoire
- Appliquez le taux de couverture du programme pour obtenir le nombre total de bénéficiaires ciblés pour une prise en charge de la MAS dans le cadre d'un programme thérapeutique ambulatoire

CONSEIL : Selon les Standards SPHERE, la couverture doit être supérieure à 50 % dans les zones rurales, supérieure à 70 % dans les zones urbaines et supérieure à 90 % dans les camps.

- Exemple de calcul : Nous voulons estimer le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAS sans complications médicales qui seront ciblées par un programme de nutrition en situation d'urgence et admises dans un programme thérapeutique ambulatoire.

Le recensement de l'année dernière indique que le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois s'élève à 86 000. La prévalence de la MAS est de 1,8 %. Nous avons défini qu'en moyenne 90 % des cas diagnostiqués de MAS seront admis dans un programme thérapeutique ambulatoire (contre 10 % admis en centre de stabilisation, voir la section précédente). Le programme sera déployé en zone rurale, nous avons donc convenu d'appliquer un taux de couverture de 50 %.

Nombre total de cas de MAS chez les filles âgées de 6 à 59 mois = $86\,000 \times 1,8\% \times 2,6 = 4\,025$

Nombre de filles âgées de 6 à 59 mois qui seront admises dans un programme thérapeutique ambulatoire : $4\,025 \times 90\% = 3\,623$

Nombre de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAS ciblées et admises dans un programme thérapeutique ambulatoire selon la couverture prévisionnelle du programme = $3\,623 \times 50\% = 1\,812$

Voir également :

« Comment estimer le nombre de cas de MAS et/ ou de MAM chez les enfants de 6 à 59 mois sur une période donnée ? » (Fiche en anglais réalisée par CMAM Forum) et « Estimation indirecte de la charge potentielle et du nombre de cas cible », un guide élaboré par l'UNICEF pour ses bureaux de pays [en anglais] : https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/pro_sam_annex_d_d5_october_3_2012.pdf

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Formation du personnel des centres de santé sur le protocole de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

CONSEIL : Renforcez ou créez des liens entre la communauté et les autorités en ce qui concerne la mobilisation, le partage d'informations et les référencement. Très souvent, les programmes oublient de créer des liens entre les agents de santé communautaires, les autorités locales et le personnel des centres de santé.

CONSEIL : Assurez-vous de prévoir des activités spécifiques pour impliquer les autorités et les communautés locales dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes.

CONSEIL : Si le programme prévoit d'embaucher du personnel spécifique pour aider le personnel du ministère de la Santé à gérer une charge de travail importante, veillez à prévoir une stratégie de sortie, un plan de transfert et des activités de renforcement des capacités dès le début du programme et incluez les coûts associés au transfert des services.

CONSEIL : La prise en charge de la MAS doit être suivie d'une période de soutien continu, généralement fourni par les programmes de prise en charge de la MAM. La planification de la prise en charge de la MAS et de la MAM doit être faite de façon à promouvoir un continuum de soins pour la malnutrition aiguë.

CONSEIL : Assurez-vous que votre programme prévoit également des activités de prévention de la malnutrition aiguë.

- Fourniture de matériel (Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, médicaments pour le traitement systématique, formulaires et registres, matériel anthropométrique, etc.)
- Adaptation/impression d'outils et de guides
- Faciliter/établir la recherche active de cas, le référencement et le suivi (voir la section ci-dessus sur le dépistage). Activités de communication pour le développement (changement de comportement) autour de la prévention de la malnutrition, de la promotion de l'hygiène, du développement de la petite enfance et de la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose

CONSEIL : Prévoyez du personnel, du temps et un lieu spécifique pour organiser des activités de changement de comportement dans le centre de santé (par exemple : x séances pendant y jours/semaine).

- Orientation vers le dépistage du VIH et suivi du respect du traitement des patients séropositifs identifiés (voir la section « Soutien et soins nutritionnels apportés aux enfants infectés par le VIH » du présent document)
- Référencement vers le dépistage de la tuberculose et suivi de l'observance du traitement des patients positifs identifiés
- Avec le soutien du cluster WASH, assurez la réhabilitation des installations d'eau et d'assainissement, y compris pour le lavage des mains et l'élimination sans risque des déchets, l'achat et la distribution de kits d'hygiène, etc.

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH

CONSEIL : Mettez-vous en relation avec les autres clusters qui luttent contre les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition (clusters santé et sécurité alimentaire)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë sévère (MAS) – Malnutrition aiguë sévère (MAS) – Taux de prévalence (%) de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (ventilée par sexe) en se basant sur la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou d'un z-score poids-pour-taille inférieur à -3 écarts-types de la moyenne de la population de référence (OMS 2006)
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë sévère basée sur le périmètre brachial et la présence d'œdèmes – Taux de prévalence (%) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (ventilés par sexe) avec un périmètre brachial de moins de 115 mm et/ou ayant des œdèmes bilatérales
Produit	Établissement	Nouvelles admissions de cas de MAS – Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère nouvellement admis pour une prise en charge
Résultat	Individuel	Couverture de la prise en charge de la MAS – Proportion de cas de malnutrition aiguë sévère en cours de traitement
Résultat	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et s'étant rétablis – Standard SPHERE ≥ 75 % (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère s'étant rétablis)
Produit	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et ayant abandonné – Standard SPHERE ≤ 15 % (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ayant abandonné)
Processus	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et étant décédés – Standard SPHERE ≤ 10 % (proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère étant décédés pendant le traitement)
Processus	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et non rétablis – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ne s'étant pas rétablis au moment de la sortie
Produit	Établissement	Gain de poids moyen des cas de MAS – Gain de poids moyen des cas de malnutrition aiguë sévère en cours de traitement
Produit	Établissement	Durée moyenne de la prise en charge des cas de MAS – Durée moyenne du traitement de la MAS pour les patients admis dans un programme thérapeutique ambulatoire, de leur admission à leur sortie guéris
Processus	Établissement	Suivi des cas de MAS – Proportion de cas de MAS en cours de traitement et ayant besoin d'un suivi qui reçoivent des visites à domicile
Produit	Individuel	Accès aux services de prise en charge de la MAS – Proportion de la population cible atteinte de malnutrition aiguë sévère vivant à moins d'un jour de marche aller-retour du centre de prise en charge de la MAS – Norme SPHERE >90 %
Produit	Individuel	Connaissance des bonnes pratiques en matière de nutrition/ d' ANJE – Proportion de la population cible, ventilée par sexe, ayant une connaissance améliorée des bonnes pratiques de nutrition/d'ANJE à la fin du projet
Produit	Établissement	Qualité de l'eau au sein du programme thérapeutique ambulatoire – Proportion de centres de santé fournissant des services de soins thérapeutiques ambulatoires et disposant de produits et d'équipements appropriés pour le traitement de l'eau
Produit	Établissement	Accès aux services d'assainissement – Nombre moyen d'utilisateurs par toilette en état de fonctionnement et par programme thérapeutique ambulatoire
Processus	Établissement	Proportion de partenaires du cluster nutrition respectant le protocole de la PCMA

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

L'établissement doit disposer des fournitures nécessaires à un traitement complet de la malnutrition sévère, notamment :

- Fournitures thérapeutiques (Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi - ATPE)

CONSEIL : En moyenne, une prise en charge complète pour un enfant atteint de MAS représente environ 10 à 15 kg d'ATPE sur une période de 6 à 8 semaines, soit environ un carton d'ATPE (150 sachets).

- Ingrédients produits localement : si les protocoles nationaux recommandent l'utilisation d'autres produits thérapeutiques préparés localement, veillez à acheter ces produits.

CONSEIL : Si vous utilisez des ingrédients produits localement, pensez à toujours prévoir un budget pour acheter des minéraux/vitamines complexes à préparer et à ajouter à l'ingrédient local.

- Matériel anthropométrique (rubans métriques PB, produits médicaux, pèse-personnes, toises)
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'enregistrement)

FRAIS DE PERSONNEL

Le nombre de professionnels requis peut varier en fonction du nombre d'admissions et des personnes qui mènent les activités communautaires du programme. La recherche de cas au niveau communautaire peut être effectuée par une personne dédiée ou ce rôle peut être confié à d'autres secteurs, par exemple un agent de santé communautaire, des agents de sensibilisation du secteur WASH, selon le contexte.

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Le projet doit inclure un soutien au renforcement des capacités du personnel du ministère de la Santé au niveau des districts et des régions : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.

33

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et les ressources administratives disponibles permettent de faciliter le suivi, les supervisions, l'évaluation et l'établissement de rapports au siège, aux bailleurs et au cluster. Vous pouvez également prévoir une enquête de couverture – Pour plus d'information, reportez-vous à la section « Évaluation de la couverture du programme » du présent document.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Les coûts liés à la garantie d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être pris en compte par le cluster WASH

FRAIS PROMOTIONNELS

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE (MAM) DANS LES PROGRAMMES DE NUTRITION SUPPLEMENTAIRE SÉLECTIFS

OBJECTIF

35

Réduire le risque de mortalité et de morbidité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées, les adultes malades chroniques, etc. qui souffrent de malnutrition aiguë modérée.

Empêcher les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë modérée de basculer dans la malnutrition aiguë sévère.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir des services de prise en charge à X garçons et X filles de moins de 5 ans et à X femmes enceintes et allaitantes atteints de malnutrition aiguë modérée
- Réhabiliter les garçons et les filles âgés de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes avec des nourrissons de moins de 6 mois, les femmes enceintes et allaitantes séropositives (femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH/Sida – traitement nutritionnel couplé à la thérapie antirétrovirale) et les personnes âgées souffrant de malnutrition aiguë modérée

- Soutenir l'adoption et l'utilisation de protocoles standardisés pour les programmes de nutrition supplémentaire ciblés
- Renforcer la capacité du gouvernement et des partenaires à mettre en œuvre des programmes de nutrition supplémentaire sélectifs appropriés

Remarques : Les programmes de nutrition supplémentaire sélectifs et généralisés sont plus efficaces lorsque, dans les populations frappées d'insécurité alimentaire, la sécurité alimentaire des ménages est soutenue par une distribution alimentaire générale ou par des transferts monétaires.

Pour une plus grande efficacité de ces programmes, il est également important de prévoir des interventions

sensibles à la nutrition dans d'autres secteurs, comme WASH et la santé

GROUPES À INCLURE

- Les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë modérée
- Les femmes enceintes et allaitantes avec des nourrissons âgés de 0 à 5 mois, souffrant de malnutrition aiguë (sévère et modérée)
- Les femmes enceintes et allaitantes séropositives souffrant de malnutrition aiguë sévère, modérée et légère
- Les personnes âgées souffrant de malnutrition modérée (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)
- Autres groupes d'âge/sexe, si besoin

CONSEIL : Consultez la publication *Malnutrition aiguë modérée : Un outil décisionnel pour les situations d'urgence*, 2017 [en anglais]

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

- Appliquez le taux de prévalence de la MAM de la zone d'intervention aux données désagrégées du dernier recensement et multipliez par le taux d'incidence.

CONSEIL : Si le taux de malnutrition aiguë modérée (MAM) est inconnu, vous pouvez utiliser l'estimation moyenne selon laquelle 80 % de patients MAG souffrent de MAM.

- Appliquez le taux de couverture du programme

CONSEIL : Selon les Standards SPHERE, la couverture doit être supérieure à 50 % dans les zones rurales, supérieure à 70 % dans les zones urbaines et supérieure à 90 % dans les camps.

- Exemple de calcul : Nous voulons estimer le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAM qui seront ciblées et admises dans un programme de nutrition supplémentaire sélectif.

Le recensement de l'année dernière indique que le nombre total de filles âgées de 6 à 59 mois s'élève à 86 000. La prévalence de la MAM est de 6,7 %. Le programme sera déployé en zone rurale, nous avons donc convenu d'appliquer un taux de couverture de 50 %.

Nombre total de cas de MAM chez les filles âgées de 6 à 59 mois = $86\,000 \times 6,7\% \times 2,6 = 14\,981$

Nombre de filles âgées de 6 à 59 mois atteintes de MAM ciblées et admises dans un programme de nutrition supplémentaire selon la couverture prévisionnelle du programme = $14\,981 \times 50\% = 7\,491$

Voir également :

« Comment estimer le nombre de cas de MAS et/ou de MAM chez les enfants de 6 à 59 mois sur une période donnée ? » (Fiche en anglais réalisée par CMAM Forum) et « Comment estimer le nombre de cas chez les femmes enceintes et allaitantes 6 mois après l'accouchement sur une période donnée ? » (Fiche en anglais réalisée par CMAM Forum)

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Mise en place et maintien des programmes de lutte contre la MAM

CONSEIL : Renforcez ou créez des liens entre la communauté et les autorités en ce qui concerne la mobilisation, le partage d'informations et les référencement. Très souvent, les programmes oublient de créer des liens entre les agents de santé communautaires, les autorités locales et le personnel des centres de santé.

CONSEIL : Assurez-vous de prévoir des activités spécifiques pour impliquer les autorités et les communautés locales dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes.

CONSEIL : Si le programme prévoit d'embaucher du personnel spécifique pour aider le personnel du Ministère de la Santé à gérer une charge de travail importante, veillez à prévoir une stratégie de sortie, un plan de transfert et des activités de renforcement des capacités dès le début du programme et incluez les coûts associés au transfert des services.

CONSEIL : Assurez le continuum de soins pour les patients envoyés par les autres programmes de nutrition.

CONSEIL : Assurez-vous que votre programme prévoit également des activités de prévention de la malnutrition aiguë.

- Adaptation et diffusion des guides et des protocoles
- Renforcement des capacités du personnel et des communautés
- Fourniture de rations à emporter lors des distributions régulières de produits nutritionnels spécialisés : Veuillez noter que les rations sont à préparer à domicile lorsqu'elles se composent de farines enrichies, d'huile et de sucre ; et

qu'elles sont consommées directement quand les Aliments de supplément prêts à l'emploi (ASPE) ou les farines enrichies améliorées (par ex. SuperCereal Plus) sont distribuées. Suivi du programme sur le terrain et établissement de rapports

- Programmes de dépistage nutritionnel (pour plus d'information, voir ci-dessus la section sur le dépistage nutritionnel rapide et le référencement).

CONSEIL : Pour organiser un dépistage nutritionnel, vous devez disposer : d'un système de référencement adéquat, d'un centre de nutrition à proximité et de personnel disponible pour effectuer le dépistage. Si vous n'avez pas de plan pour référer les enfants diagnostiqués comme souffrant de MAM, il est préférable de reporter le dépistage.

CONSEIL : Mettez-vous en relation avec les autres secteurs qui luttent contre les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition pour garantir que des interventions sensibles à la nutrition sont planifiées et exécutées (clusters santé, WASH et sécurité alimentaire). Exemple : Le cluster sécurité alimentaire doit s'occuper d'apporter soutien aux ménages sous la forme de transferts monétaires ou alimentaires dans les zones frappées par l'insécurité alimentaire (via une distribution alimentaire générale, par exemple).

- Construction des zones de dépistage, zone d'attente et de distribution alimentaire.
- Communication pour le développement, activités sur le changement de comportement pour la prévention de la malnutrition, de la promotion de l'hygiène, du développement de la petite enfance et de la lutte contre le VIH/Sida et la tuberculose

CONSEIL : Prévoyez du personnel, du temps et un lieu spécifique pour organiser des activités de changement de comportement au sein de la communauté ou dans le centre de santé (par exemple : x séances pendant y jours/semaine).

- Référencement vers le dépistage du VIH et suivi du respect du traitement pour les patients séropositifs identifiés (voir la section « Soutien et soins nutritionnels apportés aux enfants infectés par le VIH » du présent document)
- Référencement vers le dépistage de la tuberculose et suivi du respect du traitement des patients positifs identifiés
- Avec le soutien du cluster WASH, mettez en œuvre les activités suivantes : la réhabilitation des installations d'eau et d'assainissement, y compris pour le lavage des mains et l'élimination sans risque des déchets, l'achat et la distribution de kits d'hygiène, etc.

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë modérée (MAM) – Taux de prévalence (%) de la malnutrition aiguë modérée chez les enfants de 6 à 59 mois (ventilés par sexe) en se basant sur la présence d'un z-score poids-pour-taille inférieur à -2 et égal ou supérieur à -3 écarts-types de la moyenne de la population de référence (OMS 2006)
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë modérée (MAM) chez les nourrissons de 0 à 5 mois – Taux de prévalence (%) de la malnutrition aiguë modérée chez les enfants de moins de 6 mois (ventilés par sexe) en se basant sur la présence d'un z-score poids-pour-taille inférieur à -2 et égal ou supérieur à -3 écarts-types de la moyenne de la population de référence (OMS 2006)
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë modérée basée sur le périmètre brachial – Taux de prévalence (%) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (ventilés par sexe) avec un PB inférieur à 125 mm, mais égal ou supérieur à 115 mm
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et allaitantes – Taux de prévalence (%) chez les femmes enceintes et allaitantes avec un périmètre brachial de moins de 210-230 mm (Remarque : les seuils utilisés varient de pays en pays en fonction des ressources disponibles) ou ayant un œdème bilatéral
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et allaitantes séropositives – Taux de prévalence (%) chez les femmes enceintes et allaitantes séropositives avec un périmètre brachial de moins de 210 mm ou ayant un œdème bilatéral
Référence, Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë chez les personnes âgées – Taux de prévalence (%) chez les personnes âgées avec un périmètre brachial de moins de 210 mm ou ayant un œdème bilatéral
Produit	Établissement	Nouvelles admissions pour MAM – Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée nouvellement admis pour une prise en charge
Résultat	Individuel	Couverture du traitement de la MAM – Proportion de cas de malnutrition aiguë modérée en cours de traitement
Résultat	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et s'étant rétablis – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée s'étant rétablis. Standard minimum SPHERE ≥ 75 %
Produit	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et ayant abandonné – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ayant abandonné. Standard minimum SPHERE ≤ 15 %
Processus	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et décédés – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée étant décédés pendant le traitement. Standard minimum SPHERE ≤ 3 %
Processus	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et non rétablis – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ne s'étant pas rétablis
Processus	Établissement	Suivi des cas de MAM – Proportion de cas problématiques de malnutrition aiguë modérée en cours de traitement et ayant besoin d'un suivi qui reçoivent des visites à domicile

Produit	Individuel	Accès aux services de prise en charge de la MAM – Proportion de la population cible atteinte de malnutrition aiguë modérée vivant à moins d'un jour de marche aller-retour du centre de prise en charge de la MAM. Standards SPHERE > 90%
Produit	Individuel	Connaissance des bonnes pratiques en matière de nutrition/d'ANJE – Proportion de la population cible, ventilée par sexe, ayant une connaissance améliorée des bonnes pratiques de nutrition/d'ANJE à la fin du projet
Produit	Établissement	Proportion de centres de santé disposant de produits et d'équipements appropriés pour le traitement de l'eau
Produit	Établissement	Accès aux services d'assainissement : Proportion de centres de santé disposant de produits et d'équipements appropriés pour le traitement de l'eau
Processus	Établissement	Proportion de partenaires du cluster nutrition respectant le protocole de la PCMA

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

L'établissement doit disposer des fournitures nécessaires à un traitement complet de la malnutrition modérée, notamment

- Produits alimentaires de base

CONSEIL : Pour tous les enfants âgés de 6 à 59 mois : Farines enrichies améliorées (par ex. Supercereal + ou CSB++/WSB++) ou Aliments prêts à l'emploi (par ex. Supplément nutritionnel à base Lipidique Large Quantité (LNS-LQ) comme Plumpy'Sup). Pour les adultes malnutris (femmes enceintes et allaitantes, femmes enceintes et allaitantes séropositives, personnes âgées, etc.) : Aliments composés enrichis (Supercereal ou CSB/WSB).

- Ingrédients produits localement : si les protocoles nationaux recommandent l'utilisation d'autres produits thérapeutiques préparés localement, veillez à acheter ces produits.

CONSEIL : Si vous utilisez des ingrédients produits localement, pensez à toujours prévoir un budget pour acheter des minéraux/vitamines complexes à préparer et à ajouter à l'ingrédient local.

- Fournitures pour le traitement systématique et autres médicaments et compléments essentiels, comprimés vermifuges
- Articles non alimentaires (couvertures, savon, ustensiles de cuisine, combustibles) – kits OXFAM

CONSEIL : Rapprochez-vous des clusters concernés (cluster des articles non alimentaires, s'il existe)

- Matériel anthropométrique (rubans métriques de PB, produits médicaux, balances, toise de mesure)
- Produits d'hygiène, y compris du savon
- Des fournitures pour le référencement et le suivi des cas (formulaires d'inscription, fournitures de bureau)

FRAIS DE PERSONNEL

Le nombre de professionnels requis peut varier en fonction du nombre d'admissions et des personnes qui mènent les activités au niveau communautaire. La recherche de cas au niveau communautaire peut être effectuée par une personne dédiée ou ce rôle peut être confié à d'autres secteurs, par exemple un agent de santé communautaire, des agents de sensibilisation du secteur WASH, selon le contexte.

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Le projet doit inclure un soutien au renforcement des capacités du personnel du Ministère de la Santé au niveau des districts et des régions : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent de faciliter le suivi, les visites de supervision, l'évaluation et l'établissement de rapports au siège, aux bailleurs et au cluster. Vous pouvez également prévoir une enquête de couverture – Pour plus d'information, reportez-vous à la section « Évaluation de la couverture du programme » du présent document.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

40

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Les coûts liés à la garantie d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être pris en compte par le cluster WASH

FRAIS PROMOTIONNELS

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des accompagnants.



PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE – PROGRAMMES DE NUTRITION SUPPLEMENTAIRE DE COUVERTURE (BSFP)

42

OBJECTIF

Améliorer l'état nutritionnel des bénéficiaires en réduisant ou en prévenant la malnutrition aiguë.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Prévenir la détérioration de l'état nutritionnel ainsi que la mortalité et la morbidité associées chez X garçons et X filles de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes ou les personnes âgées (grâce à des programmes supplémentaires de couverture et à d'autres activités promotionnelles telles que l'ANJE ou la promotion à l'hygiène)
- Assurer l'adoption et l'utilisation de protocoles standardisés pour les programmes supplémentaires de couverture

Remarques : Les programmes de nutrition supplémentaires sélectifs et de couverture sont plus efficaces lorsque, dans les populations frappées

d'insécurité alimentaire, la sécurité alimentaire des ménages est soutenue par une distribution alimentaire générale ou par des transferts monétaires.

Pour une plus grande efficacité de ces programmes d'alimentation complémentaire, il est également important de prévoir des interventions sensibles à la nutrition dans d'autres secteurs, comme WASH et la santé.

GROUPES À INCLURE

Groupes de population à risque (par ex. tous les enfants âgés de 6 à 23 mois, de 6 à 36 mois ou de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes âgées) vivant dans une zone géographique donnée (communauté, camp, district, etc.), quel que soit leur état nutritionnel.

CONSEIL : Dans un certain nombre de situations d'urgence où les taux de prévalence de la MAG sont très élevés et/ou les ressources sont limitées, le cluster peut décider par consensus des seuils à appliquer. Si les ressources sont limitées, il est possible de cibler uniquement les enfants âgés de 6 à 23 mois et les femmes enceintes et allaitantes, en mettant l'accent sur les 1 000 premiers jours de vie.

CONSEIL : Consultez la publication *Malnutrition aiguë modérée : Un outil décisionnel pour les situations d'urgence*, 2017 [en anglais]

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

- Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire, et appliquez le taux de couverture du projet.
- Si aucune donnée n'est disponible, vous pouvez estimer que les enfants de 6 à 23 mois représentent 6 % de la population totale et les femmes enceintes et allaitantes 5 % de la population totale.
- Si les ressources sont disponibles et que tous les enfants âgés de 6 à 59 mois peuvent être ciblés, vous pouvez estimer que ce groupe de population représente 15 à 20 % de la population totale.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Fourniture de rations sèches à emporter lors des distributions régulières d'aliments : rations préparées à domicile (pour les rations de farines enrichies) ou consommées telles quelles (quand les Suppléments nutritionnels à base Lipidique (LNS) sont distribués)

CONSEIL : Prévoyez de faciliter l'accès des groupes cibles, notamment en prévoyant des zones séparées pour la distribution et le dépistage. Pour définir les zones d'attente, tenez compte des conditions météorologiques.

Fourniture de nourriture sur place (les rations alimentaires peuvent être distribuées sous forme sèche à emporter à domicile ou sous forme cuisinées à consommer sur place. La plupart des programmes de nutrition supplémentaire, en particulier les

programmes de couverture, distribuent des rations sèches, car c'est une intervention facile et qui nécessite moins de ressources. La fourniture de repas sur place est cependant justifiée en cas d'extrême pénurie de nourriture au sein des ménages, de bois de chauffage, d'eau et d'ustensiles de cuisine ou encore lorsque la situation sécuritaire ne permet pas aux bénéficiaires de ramener des rations alimentaires à domicile)

CONSEIL : Au niveau de la distribution des rations, n'oubliez pas de prendre en compte le suivi post-distribution et la sensibilisation des communautés et des bénéficiaires et la préparation des rations.

CONSEIL : Prévoyez de faciliter l'accès des groupes cibles, notamment en prévoyant des zones séparées pour la distribution et le dépistage.

- Adaptation et diffusion des protocoles et des guides
 - Renforcement des capacités du personnel
- Dépistage nutritionnel et référencement (pour plus d'information, voir ci-dessus la section sur le dépistage nutritionnel rapide et le référencement)

CONSEIL : Le dépistage doit être limité au référencement vers le traitement/ la prise en charge des cas

CONSEIL : Pour organiser un dépistage nutritionnel, vous devez disposer : d'un système de référencement adéquat, d'un centre de nutrition à proximité et de personnel disponible pour effectuer le dépistage.

CONSEIL : Si vous n'avez pas de plan pour référer les patients diagnostiqués comme souffrant de malnutrition, il est préférable de reporter le dépistage pour le planifier correctement.

- Communication pour le développement et activités sur le changement de comportement pour la prévention de la malnutrition, la promotion de l'hygiène, du développement de la petite enfance et de la lutte contre le VIH/Sida et la tuberculose

CONSEIL : prévoyez du personnel, du temps et un lieu spécifique pour organiser des activités liées au changement de comportement au sein de la communauté ou dans le centre de santé (par exemple : x séances pendant y jours/semaine).

- Avec le soutien du cluster WASH, vous pouvez mettre en œuvre les activités suivantes : la réhabilitation des installations d'eau et d'assainissement, y compris pour le lavage des mains et l'élimination sans risque des déchets, l'achat et la distribution de kits d'hygiène, etc. Selon le contexte, les partenaires de la nutrition mettront en œuvre ces activités directement avec le soutien du cluster WASH [ou] le cluster WASH coordonnera la mise en œuvre de ces activités par les partenaires WASH au sein des programmes de nutrition.

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH à ce sujet

CONSEIL : Mettez-vous en relation avec les autres secteurs qui luttent contre les causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition. Rapprochez-vous des clusters santé et sécurité alimentaire (pour apporter aux ménages des transferts monétaires ou aide alimentaire dans les zones frappées par l'insécurité alimentaire, sous la responsabilité du cluster sécurité alimentaire par exemple).

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Individuel	Couverture des programmes de nutrition supplémentaire de couverture – Proportion de la population cible admissible inscrite au BSFP
Produit	Individuel	Couverture du BSFP – Proportion de la population cible participant à un nombre adéquat de distributions
Produit	Établissement	Dépistage des enfants – Nombre d'enfants (ventilés par sexe/âge) soumis au dépistage de la malnutrition aiguë lors des distributions

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

L'établissement doit disposer d'un minimum de fournitures requises, notamment :

- Produits alimentaires de base recommandés pour les enfants de 6 à 59 mois, c'est-à-dire : farines enrichies et améliorées (par ex., SuperCereal Plus, CSB ++ ou WSB ++) ou aliments prêts à l'emploi par ex. Supplément nutritionnel à base Lipidique Quantité Moyenne (LNS-MQ) tels que Plumpy'Doz ; pour les femmes enceintes et allaitantes et les autres adultes : Farines enrichies améliorées (SuperCereal Plus, CSB ++ ou WSB ++)

CONSEIL : Voir L'outil décisionnel MAM, annexe C [en anglais] : https://www.nutritioncluster.net/resource/MAM_in_Emergencies

- Ingrédients produits localement : si les protocoles nationaux recommandent l'utilisation d'autres produits thérapeutiques préparés localement, veillez à acheter ces produits.

CONSEIL : Si vous utilisez des ingrédients produits localement, pensez à toujours prévoir un budget pour acheter des minéraux/vitamines complexes à préparer et à ajouter à l'ingrédient local.

- Matériel anthropométrique (rubans métriques de PB)
- Matériel pour le référencement et le suivi des dossiers (formulaires d'inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Le projet doit inclure un soutien au renforcement des capacités du personnel du ministère de la Santé au niveau des districts et des régions : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.

45

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent de faciliter le suivi, les visites de supervision, l'évaluation et l'établissement de rapports au siège, aux bailleurs et au cluster. Vous pouvez également prévoir une enquête de couverture – Pour plus d'information, reportez-vous à la section « Évaluation de la couverture du programme » du présent document.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité
- Les coûts liés à la garantie d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être pris en compte par le cluster WASH

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des accompagnants.



ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT DANS LES SITUATIONS D'URGENCE (ANJE-U)

OBJECTIF

Réduire le risque de mortalité excessive et de morbidité chez les nourrissons et les enfants âgés de 0 à 23 mois.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Protéger, promouvoir et soutenir des pratiques d'alimentation sûres et appropriées (recommandées) pour les nourrissons et les jeunes enfants de 0 à 23 mois, qu'ils soient allaités ou non, pendant les situations d'urgence
- Maintenir le taux d'allaitement maternel exclusif à x % (taux avant la situation d'urgence)
- Promouvoir les meilleures pratiques sur l'ANJE auprès des personnes qui prennent soin des enfants

GROUPES À INCLURE

- Tous les enfants âgés de 0 à 23 mois (ventilés par sexe)
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes qui prennent soin des enfants de moins de 2 ans

CONSEIL : Tous les enfants de moins de deux ans doivent bénéficier de la protection, de la promotion et du soutien des pratiques d'ANJE optimales, en particulier les nourrissons et les jeunes enfants confrontés à des circonstances exceptionnellement difficiles, comme les populations touchées par le VIH, les orphelins, les nourrissons ayant eu un petit poids à la naissance, les nourrissons non allaités et ceux qui souffrent de malnutrition aiguë sévère.

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

- Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles.

CONSEIL : Si aucune donnée n'est disponible, partez de l'estimation selon laquelle les enfants de 0 à 23 mois représentent environ 6 % de la population totale.

- Appliquez le taux de couverture du projet.
- Exemple de calcul : Nous voulons estimer le nombre total d'enfants âgés de 0 à 23 mois qui peuvent bénéficier d'un programme d'ANJE-U.

Le recensement de l'année dernière indique que le nombre total d'enfants âgés de 0 à 59 mois s'élève à 195 000. Le programme sera déployé en zone rurale, nous avons donc

convenu d'appliquer un taux de couverture de 50 %.

Nombre total d'enfants âgés de 0 à 23 mois =
 $195\,000 \times 6\% = 11\,700$

Enfants de 0 à 23 mois ciblés pour un programme d'ANJE-U selon la couverture prévisionnelle du programme = $11\,700 \times 50\% = 5\,850$

Voir également : « Comment estimer le nombre de cas chez les femmes enceintes et allaitantes 6 mois après l'accouchement sur une période donnée ? » (Fiche en anglais réalisée par CMAM Forum disponible ici : <https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2020-03/2.6%20HO%20Caseload%20PLVV.pdf>)

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Vérifiez que le pays dispose d'une politique ou guides sur l'ANJE-U. Si c'est le cas, prévoyez une révision et une adaptation au nouveau contexte et diffusez-les à toutes les parties prenantes
- S'il n'existe pas de politique ou de directives sur l'ANJE-U, élaborez une déclaration commune sur l'ANJE-U et diffusez-la auprès de toutes les parties prenantes (notez que le coût de cette activité dépendra en grande partie des canaux de plaidoyer et de communication que vous utiliserez, par exemple, la radio, la télévision, la communication publique ou interpersonnelle)
- Vérifiez que le pays dispose d'une loi sur l'application du Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel.
- S'il n'existe pas de loi sur la commercialisation des substituts du lait maternel, diffusez le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code), contrôlez son application et plaidez pour son adaptation dans les lois nationales
- Des mesures doivent être prises pour gérer de façon appropriée les substituts du lait maternel non sollicités
- Soutien à l'adaptation des politiques, protocoles et guidances nationales en matière d'ANJE, y compris en lien avec le VIH, leur conformité aux normes internationales, s'il y a lieu
- Évaluation des pratiques d'ANJE et, si possible, des connaissances, des croyances et des attitudes, avec la participation des agents de santé et d'autres prestataires de services clés
- Évaluation des nourrissons non allaités et garantie d'un soutien suffisant, conformément aux Orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence
- Suivi des interventions
 - Renforcement des capacités du personnel concerné, si nécessaire. Il peut s'agir du personnel impliqué dans les activités liées à la santé et à la nutrition ainsi que dans les activités WASH, la protection de l'enfance et d'autres activités qui concernent les enfants de moins de 2 ans et les personnes prennent soin d'eux. Par exemple, les agents communautaires doivent avoir les compétences requises pour fournir des conseils individuels et collectifs, créer des groupes de soutien, mettre en place des formations sur l'évaluation du lien mère/enfant et apporter un soutien approprié. Les mères qui ont du mal à allaiter doivent pouvoir bénéficier d'un soutien qualifié (généralement fourni par des professionnels de la santé). Les messages clés sur l'ANJE peuvent être intégrés dans les missions du personnel d'autres secteurs (WASH, santé, protection de l'enfance, etc.)
- Intégration de l'ANJE dans d'autres programmes de nutrition et dans les programmes d'autres clusters. Par exemple, la fortification des aliments à domicile (micronutriments multiples en poudre) doit s'accompagner de conseils sur les aliments de complément adaptés aux enfants de plus de 6 mois
- Mettez-vous en relation avec le cluster santé pour garantir des services adéquats aux femmes enceintes : supplémentation en fer et en acide folique, conseils sur l'alimentation pendant la grossesse, dépistage et orientation vers une prise en charge de la malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes, prévention et prise en charge du paludisme.

CONSEIL : Vous pouvez intégrer les conseils concernant l'ANJE dans les services de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), les actions de promotion de l'hygiène, la protection de l'enfance, les journées nationales de la santé (promotion de l'ANJE, brefs messages radiodiffusés), etc.

- Mise à disposition de coins/tentes « sûrs et propices » à l'alimentation des nourrissons, si nécessaire/possible en collaboration avec le secteur de la protection de l'enfance
- Vérifiez s'il existe une stratégie de communication autour de l'ANJE et quels sont les activités et supports utilisés. Si possible, appliquez ces activités et ces supports aux situations d'urgence
- Si nécessaire, élaborez une stratégie de communication au changement du comportement, y compris la création de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) autour de l'ANJE, leur mise à l'essai sur le terrain et leur diffusion, ainsi que la conduite de campagnes d'IEC.

INDICATEURS PROPOSÉS

Remarques : Les indicateurs doivent être sélectionnés à partir de la liste exhaustive ci-dessous en fonction des besoins et de la conception du programme.

Notez que les 11 premiers indicateurs de référence/résultats sont les indicateurs de l'UNICEF et de l'OMS, tels que mesurés lors des enquêtes. Ces indicateurs ne peuvent pas être mesurés systématiquement.

TYPE	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Individuel	Mise au sein précoce – Proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois qui ont été allaités dans l'heure suivant la naissance
Référence, Résultat	Individuel	Allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois – Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement au sein
Référence, Résultat	Individuel	Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an et de 2 ans – Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois et de 20 à 23 mois allaités au sein
Référence, Résultat	Individuel	Enfants ayant été allaités au sein – Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont déjà été allaités
Référence, Résultat	Individuel	Allaitement au sein prédominant avant l'âge de 6 mois – Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont principalement allaités au sein
Référence, Résultat	Individuel	Alimentation au biberon – Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui sont nourris au biberon
Référence, Résultat	Individuel	Non allaités – Proportion de nourrissons âgés de 0 à 6 mois, de 0 à 12 mois et d'enfants 12 à 24 mois qui ne sont pas allaités
Référence, Résultat	Individuel	Fréquence minimale des repas pour les enfants âgés de 24 à 59 mois – Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois qui mangent au moins 3 repas par jour
Référence, Résultat	Individuel	Diversité alimentaire minimale pour les enfants âgés de 24 à 59 mois – Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois qui consomment des aliments de 4 groupes d'aliments ou plus
Référence, Résultat	Individuel	Minimum alimentaire acceptable – Proportion d'enfants âgés de 6 à 8 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous au cours de la journée et la nuit précédentes
Référence, Résultat	Individuel	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous – Proportion d'enfants âgés de 6 à 8 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous au cours de la journée précédente
Produit	Établissement	Nombre d'coins d'allaitement mis en place et fonctionnels
Produit	Individuel	Accès aux coins d'allaitement maternel protégés – Proportion de mères qui allaitent des enfants âgés de 0 à 2 ans ayant accès aux coins d'allaitement protégés
Processus	Établissement	Inclusion du soutien à l'allaitement – Proportion de programmes proposant un soutien aux mères allaitantes en tant que composante spécifique du programme

Résultat	Établissement	Proportion de mères ayant effectué une re-lactation – Proportion de mères ayant réussi une re-lactation parmi les mères qui n’allaitent pas.
Processus	Individuel	Nourrissons ayant accès aux substituts du lait maternel (SLM) et au soutien connexe – Proportion de nourrissons non-allaités de moins de 6 mois ayant accès aux SLM appropriés et au accompagnement adéquat
Processus	Établissement	Identification des cas pour un soutien avec SLM – Proportion de programmes/centres où l’utilisation des SLM est convenablement implémentée, basée sur une évaluation qualifiée et en respectant les critères acceptés
Processus	Établissement	Formation à la préparation des SLM – Proportion de programmes incluant une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM à l’intention des personnes qui prennent soin des enfants
Processus	Établissement	Suivi des bénéficiaires de SLM – Proportion de programmes où l’on effectue le suivi des bénéficiaires de SLM, tant au point de distribution qu’au niveau des ménages
Processus	Établissement	Langue des étiquettes des SLM – Proportion de programmes où les SLM sont étiquetés dans la bonne langue
Processus	Établissement	Durée de conservation des SLM – Proportion de programmes où la durée de conservation des SLM distribués DÉPASSE les six mois
Processus	Établissement	Approvisionnement des SLM accompagné avec une assurance/contrôle qualité – Proportion de programmes où il EXISTE un approvisionnement avec une assurance/contrôle qualité des SLM
Processus	Établissement	Cas admis consommant des SLM – Proportion d’enfants qui consommaient déjà des SLM au moment de leur admission dans le programme
Processus	Individuel	Nourrissons ayant besoin de SLM – Proportion d’enfants admis dans le programme ayant besoin de SLM
Référence, Résultat	Individuel	Nombre de distributions de laits infantiles, en poudre ou liquide, à la population touchée – Distribution validée laits infantiles, en poudre ou liquide, à la population touchée
Référence, Résultat	Individuel	Distribution inappropriée de laits infantiles, en poudre ou liquide, aux enfants âgés de 0 à 2 ans – Distribution non-validée de laits infantiles, en poudre ou liquide, aux enfants âgés de 0 à 2 ans
Processus	Établissement	Distribution de biberons ou de tétines – Proportion de programmes au sein desquels des biberons ou des tétines sont utilisés et/ou distribués en tant qu’ustensiles d’alimentation
Processus	Établissement	Distribution de SLM – Proportion de programmes au sein desquels des SLM sont distribués dans le cadre de la distribution d’aide alimentaire
Processus	Communauté	Violations du Code – Nombre de violations du Code répertoriées
Produit	Établissement ou communauté	Donations interceptés – Nombre de dons de SLM, d’aliments de complément, de biberons ou de tétines interceptés
Produit	Établissement ou communauté	Donations n’ont pas été interceptés – Nombre de dons de SLM, d’aliments complémentaires, de biberons ou de tétines qui n’ont pas été interceptés

Processus	Établissement	Étiquetage des SLM conforme au Code – Proportion de programmes au sein desquels les étiquettes des SLM NE RESPECTENT PAS les exigences d'étiquetage du Code
Produit	Individuel	Soutien de l'ANJE – Proportion de personnes prenant soin des enfants ayant bénéficié d'un soutien qualifié en matière d'ANJE
Produit	Individuel	Orphelins et enfants non accompagnés bénéficiant de services d'ANJE-U – Nombre d'orphelins et de nourrissons et d'enfants non accompagnés de 0 à 23 mois bénéficiant de soins et de soutien nutritionnel
Produit	Établissement	Transferts monétaires pour l'ANJE – Nombre de programmes de transferts monétaires ciblant les familles avec enfants de moins de 2 ans, ayant un objectif d'ANJE
Produit	Établissement	Transferts monétaires pour les nourrissons – Nombre de programmes de transferts monétaires ciblant les familles avec nourrissons de moins de 6 mois, ayant un objectif lié à l'allaitement maternel
Produit	Établissement	Suivi des violations du Code – Proportion de violations du Code signalées ayant fait l'objet d'un suivi
Produit	Individuel	Connaissance des bonnes pratiques en matière de nutrition/d'ANJE – Proportion de la population cible, ventilée par sexe, ayant une connaissance améliorée des bonnes pratiques de nutrition/d'ANJE à la fin du projet
Processus	Communauté	Politique d'ANJE – Existence d'une politique relative à l'ANJE au niveau du pays et/ou de l'agence, reflétant les Orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence – indicateur unique
Processus	Communauté	Organisme de coordination de l'ANJE – Désignation d'un organisme de coordination principal en matière d'ANJE
Processus	Communauté	Organisme responsable des dons – Désignation d'un organisme chargé de gérer les dons de SLM, de produits laitiers, de biberons et de tétines
Référence, Produit	Communauté	Capacités en matière d'ANJE-U – Proportion de zones en situation d'urgence comptant un nombre suffisant de conseillers en ANJE qualifiés et/ou de groupes de soutien fonctionnels
Processus	Établissement	ANJE dans un contexte de VIH – Proportion de programmes respectant la politique nationale sur le VIH

Remarque : la liste ci-dessus ne comprend pas les indicateurs relatifs à la distribution d'aliments complémentaires ou la supplémentation. Reportez-vous aux sections sur les programmes de nutrition supplémentaire sélectifs et de couverture et sur la supplémentation en micronutriments pour sélectionner les indicateurs pertinents.

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

L'établissement doit disposer d'un minimum de fournitures requises, notamment :

- Articles non alimentaires (tentes, couvertures, articles d'hygiène, ustensiles de cuisine, combustibles)
Produits alimentaires de base (aliments de complément), dont le stockage est sécurisé ou qui font l'objet de mesures de contrôle qualité
- Substituts du lait maternel (SLM, uniquement en conformité avec le Code sur les substituts du lait maternel)

CONSEIL : Rapprochez-vous des clusters concernés pour les produits non-alimentaires.

- Matériel anthropométrique (rubans métriques de PB, produits médicaux, balances, pèse-bébés, toises)
- Matériel pour le référencement et le suivi des cas (formulaire d'enregistrement)

FRAIS DE PERSONNEL

- Un grand nombre de conseillers communautaires
- Incitations en espèces ou en nature, si nécessaire

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Le projet doit inclure un soutien au renforcement des capacités du personnel du Ministère de la Santé au niveau des districts et des régions : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.

52

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Les coûts liés à la garantie d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être pris en compte par le cluster WASH

FRAIS PROMOTIONNELS

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à l'attention des accompagnants.



PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

OBJECTIF

Évaluer, prévenir et prendre en charge la malnutrition chez les personnes âgées

54

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques

suivants :

- Évaluer l'état nutritionnel des personnes âgées
- Prévenir la malnutrition modérée et sévère chez les personnes âgées en les ciblant dans des programmes de nutrition supplémentaire de couverture
- Traiter la malnutrition modérée et sévère chez les personnes âgées en les ciblant dans des programmes de nutrition supplémentaire et thérapeutique par le biais de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)
- Prévenir les carences en micronutriments chez les personnes âgées en leur assurant une diversité alimentaire ou en complétant leur ration alimentaire

GROUPES À INCLURE

D'après la définition des Nations Unies, les personnes âgées sont les personnes de 60 ans et plus. Toutefois, vous pouvez adapter cette définition en fonction du contexte : dans certains pays (par exemple, en Afrique subsaharienne), la vieillesse est davantage un concept social ou culturel (par exemple, prendre sa retraite, avoir

des cheveux blancs...) et il est alors pertinent de cibler les personnes dès qu'elles atteignent l'âge de 50 ou 55 ans. Certains pays ont leur propre définition.

CONSEIL : S'il n'existe pas de définition nationale des personnes âgées, veuillez utiliser la définition des Nations Unies (≥ 60 ans).

Pour les activités de PCMA :

- Personnes âgées souffrant de MAS (périmètre brachial < 185 mm et/ou ayant un œdème bilatéral)
- Personnes âgées souffrant de MAM (185 mm $<$ périmètre brachial < 210 mm)

Pour toutes les autres activités de nutrition :

- Toutes les personnes âgées

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Dans le cadre d'un dépistage rapide en mesurant le périmètre brachial :

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement pour déterminer la proportion de personnes âgées dans la zone d'intervention. Ajustez avec le taux de croissance démographique si nécessaire. 100 % des personnes âgées couvertes par l'estimation doivent être ciblées pour le dépistage.

Dans le cadre d'une enquête nutritionnelle :

Utilisez la méthode d'évaluation rapide pour les personnes âgées (RAM-OP). Voir : <http://www.helppage.org/what-we-do/emergencies/ramop-rapid-assessment-method-for-older-people/> – taille de l'échantillon : 192 personnes

Pour les programmes de nutrition supplémentaire de couverture ou les programmes de supplémentation en micronutriments :

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement pour déterminer la proportion de personnes âgées dans la zone d'intervention. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire, et appliquez le taux de couverture du projet.

CONSEIL : Dans certaines situations, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus est assez faible (moins de 5 % au Soudan du Sud, par exemple) ou très élevée (environ deux tiers des personnes déplacées en Ukraine ont 60 ans et plus). En fonction du contexte, de vos ressources et des besoins, vous pouvez décider de cibler les personnes âgées à partir de 50, 55, 60 ou 65 ans. Vous pouvez donc adapter la tranche d'âge en fonction de la proportion de personnes âgées dans la population.

Pour le traitement de la malnutrition aiguë modérée ou sévère (MAM ou MAS) :

Appliquez le taux de prévalence de MAM ou MAS de la zone d'intervention aux données désagrégées du dernier recensement ou de l'enquête nutritionnelle, et multipliez par le taux d'incidence.

CONSEIL : Si aucune donnée nutritionnelle n'est disponible pour les personnes âgées, vous pouvez utiliser les données relatives aux enfants de moins de cinq ans. Dans les situations critiques, les taux de MAG seront similaires.

CONSEIL : Si le taux de MAS est inconnu, vous pouvez utiliser l'estimation courante selon laquelle 20 % de patients MAG souffrent habituellement de MAS.

En moyenne, on s'attend à ce que 30 à 40 % des personnes âgées souffrant de MAS présentent des complications médicales nécessitant leur orientation vers une prise en charge hospitalière.

CONSEIL : La prévalence de l'œdème bilatéral est un bon indicateur de la proportion de personnes âgées souffrant de complications médicales et nécessitant un bilan de santé.

Appliquez le taux de couverture du programme en fonction des capacités et des ressources

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

1. Effectuer un dépistage rapide en mesurant le périmètre brachial (PB) pour détecter la malnutrition aiguë chez les personnes âgées et orienter les cas vers les programmes de nutrition appropriés

2. Réaliser une enquête nutritionnelle (RAM-OP) pour mesurer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les personnes âgées

3. Assurer l'inclusion des personnes âgées dans les programmes sélectifs de nutrition supplémentaire:

a) Fournir une ration supplémentaire de couverture aux personnes âgées dans des zones géographiques sélectionnées où la ration alimentaire générale n'est pas suffisante ou inadaptée : compléter la ration alimentaire générale par un panier alimentaire mensuel contenant les macro- et micronutriments manquants à toutes les personnes âgées dans les zones sélectionnées.

et/ou

b) Mettre en place un programme de nutrition supplémentaire pour les personnes âgées souffrant de malnutrition modérée ($185 \text{ mm} \leq \text{PB} < 210 \text{ mm}$) dans les zones marquées par une forte prévalence de la malnutrition :

- Former les agents de santé communautaire à identifier les personnes âgées souffrant de malnutrition modérée par la dépistages actifs des cas au niveau communautaire (dépistage par la prise du PB)
- Fournir des rations supplémentaires régulières comprenant des produits riches en nutriments (par exemple CSB++, aliments de base + huile + sucre ou des Aliments de supplément prêts à l'emploi) et des micronutriments en poudre si nécessaire
- Organiser le suivi des cas, y compris le suivi communautaire

4. Dans les zones marquées par une forte préva-

lence de la malnutrition, il importe de lutter contre la malnutrition aiguë sévère chez les personnes âgées en intégrant des éléments de prise en charge supplémentaire et thérapeutique des personnes âgées dans les programmes PCMA existants :

- a)** Identifier les partenaires (ONGI et agences des Nations Unies) disposés à inclure les personnes âgées dans leur PCMA en cours

- b)** Former les agents de santé communautaires au dépistage actif (par la mesure du PB) des cas de malnutrition modérée et sévère chez les personnes âgées et à leur référencement vers les services appropriés

- c)** Former des professionnels de santé et des agents communautaires supplémentaires pour prendre en charge les personnes âgées souffrant de malnutrition sévère dans des établissements/centres de stabilisation (pour celles qui présentent des complications médicales) et en ambulatoire au sein des communautés (pour celles qui ne présentent pas de complications médicales)

d) Fournir des aliments thérapeutiques pour traiter les personnes âgées qui souffrent de malnutrition sévère (Lait thérapeutiques F75/F100, Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi) ; et fournir farines enrichies pour traiter celles qui souffrent de malnutrition modérée (par exemple CSB++, Aliments de supplément prêts à l'emploi) et des micronutriments en poudre si nécessaire

e) Organiser le traitement médical et le suivi des personnes âgées souffrant de complications médicales : fournir le traitement approprié ou proposer référencement vers les établissements de santé secondaires, en veillant à ce que les personnes âgées isolées soient accompagnées d'un aidant dans le cadre de ce référencement

Intégrer les personnes âgées dans les activités de supplémentation en micronutriments : distribution de fer, de vitamine A, d'iode, de micronutriments en poudre, déparasitage, etc.

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence Résultat	Individuel	Malnutrition aiguë chez les personnes âgées – TLa prévalence (%) des personnes âgées avec un périmètre brachial de moins de 210 mm et/ou ayant un œdème bilatéral
Produit	Individuel	Nombre de personnes âgées dépistées – Nombre total de personnes âgées dépistées en mesurant le PB, nombre total de cas de MAM, nombre total de cas de MAS
Produit	Établissement	Nouvelles admissions pour MAS – Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère nouvellement admis pour un traitement
Produit	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et s'étant rétablis – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère s'étant rétablis
Produit	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et ayant abandonné – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ayant abandonné
Processus	Établissement	Cas de MAS sortis de la prise en charge et étant décédés – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë sévère étant décédés pendant le traitement
Produit	Établissement	Nouvelles admissions pour MAM – Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée nouvellement admis pour un traitement
Produit	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et s'étant rétablis – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et s'étant rétablis

Produit	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et ayant abandonné – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ayant abandonné
Produit	Établissement	Cas de MAM sortis de la prise en charge et étant décédés – Proportion de sortants d'une prise en charge de la malnutrition aiguë modérée étant décédés pendant le traitement
Produit	Individuel	Couverture des programmes supplémentaires de couverture – Proportion de bénéficiaires ciblés qui sont inscrits au programme
Produit	Individuel	Couverture de micronutriments multiples – Proportion des personnes âgées ayant reçu de la poudre/des capsules de micronutriments multiples
Produit	Individuel	Couverture en supplémentation en fer et en acide folique – Proportion de personnes âgées ayant de la supplémentation en fer et en acide folique
Produit	Individuel	Couverture de supplémentation en iode – Proportion de personnes âgées ayant reçu de la supplémentation en iode
Produit	Individuel	Couverture en vitamine A chez les personnes âgées – Proportion de personnes âgées ayant reçu de la vitamine A au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel	Couverture de déparasitage chez les personnes âgées – Proportion de personnes âgées ayant reçu un traitement de déparasitage au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel	Connaissance (approfondie) des micronutriments – Proportion des personnes âgées qui connaît les éléments clés des messages nutritionnels sur la disponibilité, l'utilisation et les avantages des suppléments en micronutriments ou sur les produits supplémentaires enrichis ou les aliments riches en micronutriments
Produit	Communauté	Satisfaction quant à l'accès aux services – Proportion des personnes âgées satisfaites de l'accès aux services à la fin du projet, ventilée par sexe

Document de référence [en anglais] : Interventions nutritionnelles pour les personnes âgées dans les situations d'urgence, HelpAge International, Londres (2013).

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET :

FRAIS DE FOURNITURES

Selon le type de prise en charge (hospitalisation, programme supplémentaire ou thérapeutique), les fournitures minimales requises sont les suivantes :

- Produits nutritionnels supplémentaires (CSB++, Unimix, SuperCereal, Aliments de supplément prêts à l'emploi, biscuits énergétiques, etc.)
- Fournitures thérapeutiques (Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, Lait thérapeutiques F75/F100)

Ingrédients produits localement pour fournir aux personnes âgées des aliments nutritifs et culturellement acceptables

CONSEIL : Si vous utilisez des ingrédients produits localement, pensez à toujours prévoir un budget pour acheter des minéraux/vitamines complexes à préparer et à ajouter à l'ingrédient local.

- ReSoMal pour le traitement de la déshydratation chez les personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère
- Traitement systématique et autres médicaments essentiels : antipaludiques, anthelminthiques, antibiotiques, fer, vitamine A et, dans le cadre d'une hospitalisation, médicaments pour les maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension
- Matériel anthropométrique (rubans métriques de PB pour adulte, produits médicaux, balances pour adultes)
- Produits d'hygiène, y compris le savon et couches pour adultes
- Autres fournitures, telles que les couvertures et les moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Matériel pour le référencement et le suivi des cas (formulaires d'enregistrement)
- Matériel de cuisine (kit thérapeutique)
- Un laboratoire doit être accessible sur place ou dans un centre de santé à proximité (pour le référencement au services laboratoires)

FRAIS DE PERSONNEL

RAM-OP : Prévoir des équipes d'enquête adéquates
 Prise en charge hospitalière :
 Comptez, en moyenne, un médecin à temps partiel, trois infirmières, un nutritionniste et une à deux aides-soignantes
 Programme nutritionnel supplémentaire :
 Agents de santé communautaires formés
 1 infirmière pour superviser
 Programme d'alimentation complémentaire :
 1 infirmière, agents de santé communautaires formés

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES-CAPACITÉS

Il est probable que le personnel de santé à tous les niveaux (communauté, établissement de santé primaires et hôpital) n'a aucune connaissance en matière de diagnostic et de prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées.
 Au niveau des hôpitaux, le projet doit prévoir un soutien au personnel du Ministère de la Santé au niveau des districts et des régions : formations, fournitures, collecte de données, dispositif de coordination, appui des clusters infranationaux, etc.
 Si nécessaire, embauchez du personnel supplémentaire pour faire face à l'augmentation de la charge de travail. Prévoyez une stratégie de transition avec les coûts associés à la transition. Prévoyez également un budget formation pour le personnel des ONG (formations aux niveaux national, régional et des districts).

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

RAM-OP : prévoyez le transport des équipes d'enquête (voiture, combustible, coûts de communication, etc.)

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS



PROGRAMMES DE TRANSFERTS MONÉTAIRES POUR PRÉVENIR LA MALNUTRITION

OBJECTIF

Améliorer l'état nutritionnel des bénéficiaires cibles (ménages).

Les transferts monétaires peuvent être utilisés pour accéder aux produits alimentaires sur le marché.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques

suivants :

- Renforcer le pouvoir d'achat direct des X ménages et femmes les plus vulnérables pour couvrir leurs besoins essentiels, y compris les besoins nutritionnels et en faveur de leurs enfants
- Donner accès à un panier alimentaire adéquat sur le plan nutritionnel
- Améliorer les pratiques d'alimentation complémentaire en veillant à ce que les enfants âgés de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation complémentaire appropriée
- Promouvoir, protéger et soutenir des bonnes pratiques d'ANJE en ciblant les familles avec des enfants âgés de 0 à 23 mois

Remarques :

- S'il n'est pas facile d'analyser les effets directs

des programmes de transferts monétaires sur la nutrition, il est important de les surveiller.

- La coordination intercluster est fortement recommandée lors de la planification et/ou du développement d'un projet de transfert monétaire. Les leçons tirées des expériences passées montrent que **« les gens ne divisent pas leurs besoins en secteurs ou en clusters » : il est nécessaire d'avoir moins d'interventions et à plus grande échelle pour compléter l'aide en nature.**

GROUPES À INCLURE

Des critères de ciblage précis doivent être établis au niveau national en ce qui concerne les initiatives de transferts monétaires. Les critères de ciblage doivent se fonder sur des critères de vulnérabilité et pas sur la base de leur état nutritionnel = cibler la population à risque.

Une couverture générale peut être une option lorsqu'il est trop difficile de cibler un groupe de bénéficiaires en particulier.

Selon les critères de ciblage, les groupes peuvent être les suivants :

- Familles avec enfants de 0 à 59 mois
- Familles avec enfants de 0 à 23 mois
- Femmes enceintes

Familles avec enfants traités dans le cadre d'un programme de prise en charge de la MAM ou de la MAS (dans ce cas, les transferts monétaires peuvent faire partie d'un soutien très spécifique, dont l'objectif est de couvrir le transport ou la nourriture des membres du ménage restés à la maison en cas d'hospitalisation).

CONSEIL : Les transferts monétaires doivent s'accompagner d'une bonne stratégie de communication pour garantir un changement de comportement à moyen et long terme et la réalisation des objectifs. Il existe plusieurs bons exemples où les messages de communication au changement de comportement ont bénéficié à une population plus large que les bénéficiaires des transferts monétaires eux-mêmes, par exemple lorsque des sessions ouvertes à tous étaient organisées autour du point de paiement.

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Utilisez le pourcentage de population en fonction des groupes ciblés (le pourcentage de population ayant un certain niveau de revenu, par exemple). Appliquez le taux de couverture du projet.

Notez que, s'il d'une crise de réfugiés, il est probable qu'il y ait différentes sources de données.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation du marché (par exemple : nécessité d'évaluer la disponibilité d'aliments complémentaires enrichis adaptés aux enfants de 6 à 23 mois, etc.)
- Évaluation de vulnérabilité
- Analyse pour identifier le mécanisme de distribution
- Développement du suivi et évaluation
- Évaluation des risques et définition des mesures d'atténuation
- Distribution de transferts monétaires aux bénéficiaires/ménages ciblés
- En coordination avec le gouvernement, élaboration de normes nationales pour la distribution d'espèces en cas d'urgence et coordination avec des programmes de transferts monétaires (par exemple, dans les termes de référence du groupe de travail sur les transferts monétaires)
- Mise en place d'un groupe de travail ad hoc sur les transferts monétaires pour faciliter la coordination en la matière
- Communication et promotion

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Établissement	Transferts monétaires pour l'ANJE – Nombre de programmes de transferts monétaires ciblant les familles avec enfants de moins de 2 ans, ayant un objectif d'ANJE
Produit	Établissement	Transferts monétaires pour les nourrissons – Nombre de programmes de transferts monétaires ciblant les familles avec nourrissons de moins de 6 mois, ayant pour objectif de promouvoir l'allaitement maternel
Produit	Établissement	Nombre de bénéficiaires recevant des transferts monétaires en % de ce qui était prévu
Produit	Établissement	Valeur des transferts monétaires reçus par un ménage bénéficiaire (et sa proportion par rapport au panier alimentaire)
Produit	Établissement	Valeur totale des transferts monétaires distribués pour la nourriture et les besoins essentiels, en % de ce qui était prévu
Processus	Établissement	Fréquence des transferts monétaires versés au ménage bénéficiaire (nombre de mois)
Produit	Communauté	Proportion des ménages ayant les enfants âgés de 0 à 23 mois avec un régime alimentaire minimum acceptable
Produit	Communauté	Proportion de ménages ayant accès à un panier alimentaire approprié sur le plan nutritionnel

Pour plus d'indicateurs, voir le [Manuel sur les transferts de type monétaires du PAM](#), p. 29

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût des transferts monétaires
- Coût support associé aux transferts monétaires
- Coût support associé aux des activités du programme
- Frais d'impression des coupons/des virements bancaires
- Matériel pour le référencement et le suivi des bénéficiaires (formulaires enregistrement)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster. Analyse de l'impact des programmes basés sur une assistance monétaire (peut nécessiter l'intervention d'un expert, car l'évaluation n'est pas facile, mais elle est indispensable)

Variet selon le type de transactions

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité
- Mise en place d'un mécanisme de recours et de plaintes

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire, les bonnes pratiques d'ANJE, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances de changement de comportement à destination des personnes accompagnants.



SUPPLÉMENTATION EN MICRONUTRIMENTS MULTIPLES

OBJECTIF

Réduire le risque de morbidité aiguë et de mortalité dues aux carences en micronutriments pendant une situation d'urgence.

65

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Améliorer le bilan ferrique et réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 23 mois, les femmes enceintes et les personnes âgées
- Réduire le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, d'anémie maternelle et de carence en fer
- Promouvoir la fortification des aliments à domicile avec des micronutriments en poudre chez X enfants âgés de 6 à 23 mois
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes âgées (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue

GROUPES À INCLURE

- Les enfants âgés de 6 à 23 mois (ventilés par sexe)

CONSEIL : Dans les situations d'urgence et si les ressources le permettent, n'hésitez pas à inclure les enfants âgés de 6 à 36 mois ou de 6 à 59 mois

CONSEIL : En règle générale, les micronutriments en poudre sont plutôt destinés aux enfants et les micronutriments en comprimés aux femmes enceintes et allaitantes

CONSEIL : Dans les zones où la prévalence de la MAG est élevée, n'oubliez pas de soustraire les enfants atteints de MAG qui reçoivent des suppléments nutritionnels et des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ainsi que les enfants couverts par un programme de nutrition supplémentaire de couverture, qui leur offre déjà des micronutriments

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation de l'état nutritionnel de la population, y compris la prévalence de l'anémie
- Distribution de micronutriments en poudre/comprimés

CONSEIL : Vous pouvez également envisager la mise en œuvre d'autres activités comme la fourniture de LNS-MQ ou le déparasitage. Notez que si des LNS-MQ ou autres sont fournis, il n'est pas nécessaire de fournir des micronutriments en poudre, car cela reviendrait à doubler l'apport en micronutriments pour le patient.

CONSEIL : Dans les zones où le paludisme est endémique, la distribution de micronutriments en poudre doit se faire conjointement à la prévention et à la prise en charge du paludisme..

- Stratégie de changement de comportement pour promouvoir la connaissance d'un produit, sa bonne utilisation et les pratiques d'hygiène pour la préparation des aliments.

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH à ce sujet

CONSEIL : Incluez les enfants âgés de 6 mois et plus et encouragez la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois tout en introduisant en temps opportun une alimentation complémentaire appropriée et de qualité.

- Intégration de la supplémentation en micronutriments en poudre et des micronutriments multiples dans les politiques et stratégies nationales

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de micronutriments multiples – Proportion de la population cible ayant reçu des micronutriments multiples en poudre/comprimés
Produit	Individuel	Connaissance (approfondie) des micronutriments – Proportion de la population cible qui connaît les éléments clés des messages nutritionnels fournis sur la disponibilité, l'utilisation et les avantages des suppléments en micronutriments ou sur les aliments complémentaires/enrichis ou riches en micronutriments

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Micronutriments multiples en poudre (pour les enfants) ou en comprimés (pour les femmes)

CONSEIL : Comptez un minimum de 6 mois avec 60 sachets/enfant pendant 6 mois [ou] 90 sachets/enfant pendant 6 mois [ou] 120 sachets/enfant pendant 6 mois.

- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaire d'inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



SUPPLÉMENTATION EN FER OU EN FER/ACIDE FOLIQUE

OBJECTIF

Améliorer le bilan ferrique et réduire la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 23 mois

Réduire le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, la prévalence de l'anémie maternelle et de la carence en fer

Améliorer le bilan ferrique et réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques

suivants :

- Étendre la couverture de la supplémentation en fer chez les enfants âgés de 6 à 23 mois de X % à Y % (garçons et filles)
- Fournir une supplémentation en fer et en acide folique aux X femmes en âge de procréer
- Fournir une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique à X femmes pendant la grossesse

GROUPES À INCLURE

- Les enfants de 6 à 23 mois

CONSEIL : Dans les situations d'urgence et si les ressources le permettent, n'hésitez pas à inclure les enfants âgés de 6 à 36 mois ou de 6 à 59 mois

- Les femmes en âge de procréer dans les populations où la prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes est égale ou supérieure à 20 %
- Les femmes enceintes
- Les personnes âgées (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue

CONSEIL : Dans les zones où la prévalence de la MAG est élevée, n’oubliez pas de soustraire les enfants atteints de MAG qui reçoivent des suppléments nutritionnels et des aliments thérapeutiques prêts à l’emploi qui contiennent déjà des micronutriments

EXEMPLES D’ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation de l’état nutritionnel de la population, y compris la prévalence de l’anémie.
- Supplémentation en fer ou en fer/acide folique
 - Stratégie de changement de comportement pour promouvoir la connaissance d’un produit, sa bonne utilisation et les pratiques d’hygiène pour la préparation des aliments.

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH à ce sujet

CONSEIL : Envisagez également d’inclure l’allaitement après l’âge de 6 mois avec une alimentation complémentaire correcte ; encouragez la poursuite de l’allaitement maternel au-delà de 6 mois tout en introduisant une alimentation complémentaire appropriée

CONSEIL : Dans les zones où le paludisme est endémique – nécessité de déployer des stratégies de lutte contre le paludisme

- Diffusion d’informations et de messages de plaidoyer auprès des médecins et des professionnels de santé
- Intégration de la supplémentation en fer/acide folique dans les politiques nationales de soins prénataux
- Garantir la disponibilité de fer et d’acide folique en quantités suffisantes (éviter les ruptures de stock)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D’INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Individuel	Couverture de la supplémentation en micronutriments multiples – Proportion d’enfants de moins de cinq ans avec une concentration d’hémoglobine (Hb) < 11 g/dL. Proportion de femmes en âge de procréer avec une concentration de Hb < 12 g/dL
Produit	Individuel ou établissement	Taux de couverture de supplémentation en fer chez les enfants – Proportion d’enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en micronutriments contenant suffisamment de fer

Produit	Individuel ou établissement	Supplémentation en acide folique et en fer chez les femmes enceintes – Proportion de femmes enceintes ayant reçu une supplémentation quotidienne en acide folique et en fer au cours des 6 derniers mois / pendant la grossesse
Produit	Individuel ou établissement	Couverture en supplémentation en fer et en acide folique chez les adolescentes – Proportion d'adolescentes ayant reçu une supplémentation en micronutriments contenant suffisamment de fer
Produit	Individuel	Couverture en supplémentation en fer et en acide folique chez les personnes âgées – Proportion de personnes âgées ayant reçu des micronutriments qui contiennent suffisamment de fer
Produit	Individuel	Connaissance (approfondie) des micronutriments – Proportion de la population cible qui connaît les éléments clés des messages nutritionnels fournis sur la disponibilité, l'utilisation et les avantages des suppléments en micronutriments ou sur les aliments enrichis ou les aliments riches en micronutriments

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût de la supplémentation en fer ou en fer/acide folique
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'inscription)

71

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

OBJECTIF

Réduire le risque de mortalité et de morbidité chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Prévenir la cécité nocturne chez les femmes enceintes vivant dans des zones présentant un grave problème de santé publique

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Étendre la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de X % à Y % (garçons et filles)
- Étendre la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les femmes enceintes de X % à Y % dans les contextes où la carence en vitamine A pose un problème grave de santé publique (si la prévalence de la cécité nocturne est de 5 % ou plus chez les femmes enceintes ou de 5 % ou plus chez les enfants âgés de 24 à 59 mois).

GROUPES À INCLURE

- Les enfants âgés de 6 à 59 mois, ventilés en 2 groupes d'âge (6-11 mois et 12-59 mois), dans les populations où la prévalence de la cécité nocturne est de 1 % ou plus chez les enfants de 24 à 59 mois ou lorsque la prévalence de la carence en vitamine A est de 20 % ou plus chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois
- Les femmes enceintes dans les populations où la prévalence de la cécité nocturne est de 5 % ou plus chez les femmes enceintes ou les enfants âgés de 24 à 59 mois

- Enfants atteints de la rougeole
- Enfants souffrant de MAS (voir le protocole existant au niveau national ou international concernant l'administration de la vitamine A pendant la prise en charge de la malnutrition aiguë)
- Les personnes âgées peuvent également être couvertes par la distribution en vitamine A (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation de l'état nutritionnel de la population, y compris la carence en vitamine A
- Supplémentation en vitamine A (capsules) par l'intermédiaire d'un centre de santé fixe ou de campagnes de supplémentation nationales/ infranationales

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster santé, car la distribution de vitamine A a souvent lieu pendant les campagnes de vaccination ou pendant les Journées de la santé de l'enfant.

- Supplémentation en vitamine A chez les enfants atteints de la rougeole

CONSEIL : Mettez-vous en lien avec le cluster santé, car cela fait partie du protocole de la prise en charge de la rougeole

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Individuel	Taux de prévalence de la carence en vitamine A – (1) Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'une carence subclinique en vitamine A ; (2) Proportion de femmes en âge de procréer souffrant d'une carence clinique en vitamine A
Produit	Individuel ou établissement	Couverture en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 11 mois – Proportion d'enfants de 6 à 11 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 12 à 59 mois – Proportion d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les femmes enceintes – Proportion de femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de la fourniture en vitamine A chez les personnes âgées – Proportion de personnes âgées ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût des capsules de vitamine A
CONSEIL : Pour les femmes enceintes, prévoyez au moins 12 semaines de supplémentation jusqu'à l'accouchement
- Coût des cartes de santé pour les enfants qui n'en ont pas
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'inscription, feuilles de pointage)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



DÉPARASITAGE

OBJECTIF

Réduire la morbidité infantile causée la schistosomiase et les helminthes transmis par le sol

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Étendre la couverture du déparasitage chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents, les femmes enceintes et les personnes âgées de X % à Y %
- Fournir aux enfants d'âge scolaire non-inscrits ou non scolarisés un traitement anthelminthique et une éducation à la santé.
- Étendre la couverture du déparasitage chez les enfants d'âge préscolaire (6 à 59 mois) de X % à Y %
- Réduire de 80 % de la prévalence du schistosome et des helminthes transmis par le sol

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Mobilisation de la communauté
- Activités de formation pour les enseignants, les professionnels de santé, le personnel chargé du développement de la petite enfance, etc.
- Administration biannuelle d'anthelminthiques à tous les enfants scolarisés
- Activités d'éducation à la santé et de promotion de l'hygiène axées sur les infections helminthiques transmises par le sol à tous les enfants scolarisés

77

GROUPES À INCLURE

- Les enfants d'âge scolaire
- Les enfants âgés de 6 à 59 mois
- Les filles et les garçons adolescents
- Les femmes enceintes
- Les personnes âgées (pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue (tenez également compte de la proportion d'enfants scolarisés et planifiez vos activités et votre charge de travail en conséquence)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les enfants – Proportion d’enfants âgés de 12 à 59 mois ayant reçu un médicament de déparasitage au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les adolescents – Proportion d’adolescents, filles et garçons, ayant reçu un médicament de déparasitage au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les femmes enceintes – Proportion des mères d’enfants de 0 à 59 mois ayant pris des médicaments de déparasitage au cours de la dernière grossesse
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les personnes âgées – Proportion de personnes âgées ayant reçu un traitement de déparasitage au cours des 6 derniers mois

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L’ÉLABORATION DU BUDGET

Une étude récente (Montresor et al., 2010) a estimé que le coût moyen se situait entre 0,03 USD (lorsque seuls les helminthes transmis par le sol sont pris en compte) et 0,13 USD (lorsque la schistosomiase est également couverte) par enfant.

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût des comprimés de déparasitage
- Coût des cartes de santé pour les enfants qui n’en ont pas
- Matériel pour l’orientation et le suivi des dossiers (formulaires d’inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d’assurer le suivi, l’évaluation et l’établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Transport et stockage appropriés de toutes les fournitures, éviter les ruptures de stock et transport des équipes

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : rapprochez-vous du cluster santé pour l’éducation à la santé et du cluster WASH pour la promotion de l’hygiène, pour voir si certains coûts pourraient être partagés.

Coûts de conception des supports d’information et de communication (sur le déparasitage, la santé, l’éducation à la nutrition et la promotion de l’hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d’organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



SUPPLÉMENTATION EN ZINC POUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE

OBJECTIF

Réduire la mortalité liée à la diarrhée et la gravité des épisodes de diarrhée

Étendre la couverture de la supplémentation en zinc pour le traitement de la diarrhée de X % à Y %.

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

GROUPES À INCLURE

Enfants de 6 à 59 mois souffrant de diarrhée

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquer la prévalence et l'incidence de la diarrhée sur la base des données de l'OMS et de la couverture du programme prévue.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Distribution de sachets de zinc associés aux sels de réhydratation orale
- Stratégie de changement de comportement pour promouvoir la connaissance d'un produit, sa bonne utilisation et les pratiques d'hygiène pour la préparation des aliments

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster WASH à ce sujet

CONSEIL : Envisagez également d'inclure l'allaitement après l'âge de 6 mois et la promotion d'une alimentation complémentaire appropriée

- Renforcer les capacités des relais communautaires d'utiliser le zinc pour traiter la diarrhée
- Diffusion d'informations et de messages de plaidoyer auprès des médecins et des professionnels de santé
- Intégration de l'utilisation du zinc dans les protocoles nationaux de traitement de la diarrhée
- Garantir la disponibilité de zinc en quantités suffisantes (éviter les ruptures de stock)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Produit, Résultat	Individuel	Utilisation du zinc pour la prise en charge de la diarrhée – Proportion d'enfants souffrant de diarrhée, mais pas de MAS, traités à l'aide de zinc ou recevant des suppléments de zinc

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût du zinc et des sels de réhydratation orale

CONSEIL : Comptez 10 à 14 jours de supplémentation en zinc par épisode de diarrhée

- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

81

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Transport et stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur la diarrhée, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



SUPPLÉMENTATION EN IODE ET IODATION DU SEL

OBJECTIF

Réduire la prévalence des problèmes dus à la carence en iode

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir une supplémentation en iode à X femmes enceintes et allaitantes
- Fournir des aliments complémentaires enrichis en iode à X enfants âgés de 6 à 23 mois
- Fournir du sel iodé à X ménages
- Veiller à ce qu'au moins 90 % des ménages aient accès à du sel iodé en quantité suffisante, conformément aux Standards minimum SPHERE.
- Promouvoir l'enrichissement des aliments à domicile avec des micronutriments en poudre chez les enfants de 6 à 23 mois (l'iode étant l'un des 15 nutriments présents dans les micronutriments en poudre)

GROUPES À INCLURE

- Les enfants âgés de 6 à 23 mois pour une supplémentation en iode dans les pays où la consommation de sel iodé est inférieure à 20 %
- Les femmes enceintes et allaitantes pour une supplémentation en iode dans les pays où la consommation de sel iodé est inférieure à 20 %

CONSEIL : Dans les cas où il est difficile d'atteindre les femmes enceintes, il est conseillé d'offrir une supplémentation à toutes les femmes en âge de procréer.

- Tous les ménages pour une distribution de sel iodé dans les pays où la consommation de sel iodé est égale ou supérieure à 20 %.
- Les personnes âgées

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation de l'état nutritionnel de la population par rapport à l'iode
- Distribution de suppléments en iode
- Iodation et distribution du sel iodé
- Renforcement des capacités de l'industrie du sel pour la production de sel iodé
- Stratégie de changement de comportement pour promouvoir la connaissance d'un produit et sa bonne utilisation
- Diffusion d'informations et de messages de plaidoyer auprès des médecins et des professionnels de santé
- Intégration de l'utilisation de la supplémentation en iode dans les politiques nationales
- Garantir la disponibilité de suppléments en iode/sel iodé en quantités suffisantes (éviter les ruptures de stock)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Référence, Résultat	Communauté	Taux de prévalence de la carence en iode – Concentration moyenne d'iode dans l'urine (µg/L) chez les enfants âgés de 6 à 12 ans
Référence, Produit	Ménages	Consommation de sel iodé – Consommation de sel iodé – Proportion de ménages ayant utilisé du sel iodé au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel	Connaissance (approfondie) des micronutriments – Proportion de la population cible qui connaît les éléments clés des messages nutritionnels fournis sur la disponibilité, l'utilisation et les avantages des suppléments en micronutriments ou sur les aliments complémentaires enrichis ou riches en micronutriments

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût de la supplémentation en iode ou du sel iodé
- Micronutriments en poudre
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaires d'inscription)

84

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : Rapprochez-vous des clusters sécurité alimentaire, moyens de subsistance ou santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.

ଶ୍ରୀ (B.D.O) / ଜି. ପ୍ରଜ୍ଞା

୧୨।



SUPPLÉMENTATION EN CALCIUM

OBJECTIF

Réduire le risque de développer des problèmes d'hypertension pendant la grossesse

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Étendre la couverture de la supplémentation en calcium chez les femmes enceintes de X % à Y %.

86

GROUPES À INCLURE

- Les femmes enceintes dans les régions où l'apport en calcium alimentaire est faible

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Appuyez-vous sur les données démographiques du dernier recensement et les enquêtes sur la nutrition. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquez la couverture du programme prévue

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Distribution de suppléments en calcium
- Stratégie de changement de comportement pour promouvoir la connaissance d'un produit et sa bonne utilisation
- Diffusion d'informations et de messages de plaidoyer auprès des médecins et des professionnels de santé
- Intégration de la supplémentation en calcium dans les politiques nationales
- Garantir la disponibilité de suppléments en calcium en quantités suffisantes (éviter les ruptures de stock)

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Individuel	Supplémentation en calcium destinée aux femmes enceintes – Proportion de femmes enceintes ayant reçu des suppléments de calcium au cours de leur dernière grossesse

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût de la supplémentation en calcium

CONSEIL : Prévoyez trois comprimés trois fois par jour jusqu'à l'accouchement

- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaire d'inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

87

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

Transport et stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : Rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



SOUTIEN ET SOINS NUTRITIONNELS APPORTÉS AUX ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH

OBJECTIF

Identifier et assurer la croissance et le développement appropriés des enfants, ainsi que des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, ainsi que leur traitement et suivi

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Évaluer, catégoriser et fournir un soutien nutritionnel aux enfants âgés de 6 mois à 14 ans et aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH
- Identifier les enfants et les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et les référer vers une prise en charge
- Maintenir les enfants et les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH dans le parcours de soin

GROUPES À INCLURE

- Les enfants séropositifs âgés de 6 mois à 14 ans (ventilés par sexe/âge : filles et garçons, 6 mois à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 14 ans)
- Les femmes enceintes et allaitantes

MODE DE CALCUL DU NOMBRE DE CAS ATTENDUS

Enfants et femmes enceintes et allaitantes infectés par le VIH ayant besoin d'un soutien et de soins nutritionnels : Appuyez-vous sur les données

démographiques du dernier recensement et les enquêtes nutritionnelles. Ajustez avec le taux de croissance démographique, si nécessaire. Appliquer la prévalence du VIH sur la base des données d'ONUSIDA et de la couverture du programme prévue.

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Évaluation des besoins nutritionnels des enfants et des femmes enceintes et allaitantes et définition d'un plan de soins nutritionnels
- Fourniture de tests de dépistage du VIH pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants confrontés à des problèmes de développement (y compris les enfants et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë sévère qui ne connaissent pas leur statut)
- Référencement des enfants et des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH vers une prise en charge et fourniture d'un appui à l'adhérence thérapeutique
- Amélioration des conseils et du soutien en matière d'allaitement maternel (voir la section sur l'ANJE), y compris l'allaitement maternel exclusif pour les enfants de moins de 6 mois
- Mise en œuvre et suivi du plan de soins

nutritionnels pour les enfants et les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH

- Distribution d'aliments de complément destinés aux enfants de plus de 6 mois et aux femmes enceintes et allaitantes

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Communauté	Proportion d'enfants âgés de 6 mois à 14 ans séropositifs ayant reçu un soutien et des soins nutritionnels (Remarque : ne figure pas dans le RIH), ventilés par sexe/âge : filles et garçons, 6 mois à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 14 ans
Produit	Communauté	Proportion de femmes enceintes et allaitantes séropositives ayant reçu un soutien et des soins nutritionnels
Produit	Individuel	Nombre d'enfants rencontrant des problèmes de développement qui sont soumis à un test de dépistage du VIH Nombre d'enfants souffrant de MAS qui sont soumis à un test de dépistage du VIH
Produit	Individuel	Nombre de femmes enceintes et allaitantes rencontrant des problèmes de développement qui sont soumises à un test de dépistage du VIH [ou] Nombre de femmes enceintes et allaitantes souffrant de MAG qui sont soumises à un test de dépistage du VIH
Processus	Établissement	ANJE dans un contexte de VIH – Proportion de programmes respectant la politique nationale sur le VIH

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Coût des aliments complémentaires
- Matériel pour l'orientation et le suivi des dossiers (formulaire d'inscription)

FRAIS DE PERSONNEL

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, la supervision, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

- Selon les fournitures utilisées, vous devez assurer le transport et le stockage appropriés de toutes les fournitures et éviter les ruptures de stock
- Chaîne du froid pour les prélèvements

AUTRES COÛTS

FRAIS PROMOTIONNELS

- Frais de sécurité

CONSEIL : rapprochez-vous du cluster santé pour voir si certains coûts pourraient être partagés et si la supplémentation en micronutriments peut faire partie des interventions de santé.

Coûts de conception des supports d'information et de communication (sur les micronutriments, la santé, l'éducation à la nutrition et la promotion de l'hygiène), de formation du personnel sur les activités de communication et de promotion et d'organisation de séances sur le changement de comportement à destination des personnes prodiguant les soins.



ENQUÊTE NUTRITIONNELLE

OBJECTIF

Évaluer l'état nutritionnel de la population cible dans une région définie

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Déterminer la prévalence de la malnutrition (émaciation, retard de croissance) chez les garçons et les filles âgées de 6 à 59 mois et/ou chez les adultes
- Évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (d'ANJE) chez les garçons et les filles âgées de 0 à 23 mois
- Évaluer la prévalence de l'anémie chez les garçons et les filles âgées de 6 à 59 mois et chez les femmes non enceintes en âge de procréer (15 à 49 ans)
- Déterminer les taux de mortalité rétrospective brute et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans au cours d'un période de rappel (pas plus de 3 mois)
- Déterminer la couverture des interventions en matière de santé et de services WASH (par exemple, vaccinations contre la rougeole, supplémentation en vitamine A et vaccin oral contre la polio, accès à des services d'eau et d'assainissement adéquats) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois
- Déterminer l'incidence des maladies courantes (diarrhée, rougeole et infections respiratoires aiguës) parmi la population étudiée, au cours des deux dernières semaines avant l'enquête.
- Identifier les principaux problèmes de sécurité alimentaire qui affectent la population
- Déterminer les causes possibles de la malnutrition au sein de la population étudiée

- Recommander une série d'interventions les plus susceptibles d'être efficaces pour améliorer l'état nutritionnel

GROUPES À INCLURE

- Les enfants de moins de cinq ans (ventilés par âge et sexe)
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes âgées (en mettant en œuvre une enquête nutritionnelle spécifique appelée RAM-OP, pour plus d'information, voir la section « Prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées »)
- Autres groupes vulnérables

Comment identifier la population à inclure dans l'enquête :

Méthode SMART : www.smartmethodology.org

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Adaptation du protocole d'enquête
- Préparation des documents de travail, rédaction des termes de référence, définition du champ d'application et des indicateurs avec toutes les parties prenantes

CONSEIL : L'enquête doit être planifiée à des moments précis de l'année et répétée à la même période chaque année avec la même méthodologie.

- Coût du consultant/nutritionniste
- Achat de matériel anthropométrique et autres équipements requis pour l'enquête
- Équipes d'enquête (recrutement et salaire)
- Formation des équipes d'enquête
- Travail sur le terrain et collecte des données
- Nettoyage et analyse des données, rédaction du rapport
- Coût de dissémination si un lancement officiel du rapport d'enquête est prévu

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Établissement	Validation et diffusion du rapport (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Respect des délais du rapport d'enquête conformément à la proposition du projet (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Nombre d'enquêtes réalisées conformément à la proposition du projet (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Nombre d'employés, d'enquêteurs, d'équipes d'enquête formés (Remarque : ne figure pas dans le RIH)

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Matériel anthropométrique (toises, pèse-personnes)
- Autres fournitures (prélèvements sanguins, papeterie, registres, questionnaires, etc.)
- Ordinateurs et logiciel pour l'analyse des données
- Smartphones ou tablettes pour la collecte mobile des données

FRAIS DE PERSONNEL

Responsable logistique, équipes d'enquête, superviseurs d'équipe, responsable d'enquête, traducteur

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation de l'équipe d'enquête et des superviseurs d'équipe

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, la supervision, l'évaluation et l'établissement de rapports en temps voulu au siège, aux donateurs et au cluster.

- Transport et logistique pour les équipes d'enquête et les superviseurs
- Sensibilisation des dirigeants communautaires
- Chaîne du froid pour les prélèvements

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Adaptation et diffusion des lignes directrices et des outils

FRAIS PROMOTIONNELS

Coût d'impression et de diffusion des rapports
Coût de partage des informations (réunions, bulletins, présentation, en ligne, etc.)



SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE

OBJECTIF

Suivre l'état de santé et de nutrition, les habitudes de consommation alimentaire et les connaissances en nutrition de la population

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Fournir une analyse pertinente de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des moyens de subsistance pour les interventions d'urgence au bon moment
- Mieux comprendre les possibilités de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, aiguë et chronique, et les moyens de subsistance, en améliorant l'analyse sectorielle et la recherche appliquée sur les causes sous-jacentes
- Poursuivre l'organisation, le développement et l'intégration des informations dans un système de base de données intégré, et les rendre accessibles grâce à des systèmes d'information contrôlés
- Renforcer les capacités techniques des institutions et des partenaires dans les domaines de la sécurité alimentaire, des moyens de subsistance et de l'analyse, l'évaluation et le suivi de la nutrition

GROUPES À INCLURE

- Les enfants de moins de cinq ans (ventilés)
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes âgées
- Autres groupes vulnérables

Comment calculer le nombre de personnes à couvrir dans l'enquête :

Méthode SMART : www.smartmethodology.org

97

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Adaptation de la méthodologie
- Préparation des documents de travail, rédaction des termes de référence, définition du champ d'application et des indicateurs avec toutes les parties prenantes
- Achat de matériel anthropométrique et autres équipements requis
- Renforcement des capacités du personnel concerné dans les « sites sentinelles »/sites de surveillance nutritionnelle
- Analyse hebdomadaire/mensuelle des données
- Intégration de la surveillance nutritionnelle dans le système gouvernemental de gestion de l'information sanitaire

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Établissement	Statistiques trimestrielles, mensuelles et/ou hebdomadaires sur les tendances de la malnutrition, ventilées par zone géographique, âge et sexe (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Nombre et pourcentage de centres de santé qui envoient leurs rapports d'activités à temps (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Nombre de sites de surveillance qui soumettent régulièrement des rapports (Remarque : ne figure pas dans le RIH)
Processus	Établissement	Nombre de personnel et d'enquêteurs formés (Remarque : ne figure pas dans le RIH)

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Matériel anthropométrique (toises, balances, rubans métriques PB, etc.)
- Autres fournitures (papeterie, registres, questionnaires, etc.)
- Ordinateurs et logiciel pour l'analyse des données
- Smartphones ou tablettes pour la collecte mobile des données

FRAIS DE PERSONNEL

Responsables projet, superviseurs

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation du personnel chargé de la surveillance

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, la supervision, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster.

Transport et logistique pour les équipes d'enquête et les superviseurs

AUTRES COÛTS

- Adaptation et diffusion du protocole et des outils

FRAIS PROMOTIONNELS

Coût d'impression et de diffusion des rapports
Coût de partage des informations (réunions, bulletins, présentation, en ligne, etc.)



ÉVALUATION DIRECTE DE LA COUVERTURE DU PROGRAMME

OBJECTIF

Évaluer la proportion de bénéficiaires éligibles inscrits au programme

Le programme peut comprendre les objectifs spécifiques suivants :

- Classer et estimer la couverture des programmes de nutrition (ANJE, micronutriments, PCMA, etc.) dans X districts
- Évaluer la couverture des programmes de nutrition (ANJE, micronutriments, PCMA, etc.) pour les enfants de 6 à 59 mois
- Identifier et référer les enfants souffrant de malnutrition aiguë non couverts par le programme PCMA
- Identifier les obstacles à l'accès aux services

GROUPES À INCLURE

- Les enfants de moins de cinq ans (ventilés)
- Les femmes enceintes et allaitantes
- Les personnes âgées
- Autres groupes vulnérables

Comment calculer le nombre de personnes à couvrir dans l'enquête :

Réseau de surveillance de la couverture <http://www.coverage-monitoring.org/>

Comment calculer le taux de couverture indirecte :

Pour le traitement de la MAS, voir le document d'orientation du programme de l'UNICEF pour la prise en charge de la MAS [en anglais], p. 70f. <http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/2.3%20Nutrition/FINAL%20Edited%20Formatted%20SAM%20PRO%20English.pdf>

EXEMPLES D'ACTIVITÉS ET CONSEILS

- Collecte de données quantitatives : programme en cours et données collectées sur certains zones d'intervention par le biais des rapports de routine, des registres des établissements de santé, des registres médicaux des districts.

CONSEIL : Exemples de méthodes d'enquête de couverture : SQUEAC, SLEAC, autres

- Renforcement des capacités du personnel
- Collecte de données qualitatives : informateurs clés au niveau de la communauté, des bénéficiaires et des professionnels de santé.
- Missions sur le terrain
- Analyse régulière des données et estimation de la couverture (estimation indirecte à l'aide de données de routine ; estimation directe à partir d'une enquête)
- Utilisation des données analysées pour éclairer les programmes de nutrition actuels

INDICATEURS PROPOSÉS

TYPE D'INDICATEUR	UNITÉ DE MESURE	INDICATEUR
Produit	Individuel	Couverture du traitement de la MAS – Proportion de cas de malnutrition aiguë sévère en cours de traitement
Produit	Individuel	Couverture du traitement de la MAM – Proportion de cas de malnutrition aiguë modérée en cours de traitement
Produit	Individuel	Couverture des programmes de nutrition supplémentaire de couverture – Proportion de bénéficiaires éligibles et inscrits au programme sur le total de la population éligible
Produit	Individuel	Couverture des messages/conseils en matière d'ANJE – Proportion de bénéficiaires cibles bénéficiant de messages/conseils en matière d'ANJE
Produit	Individuel	Taux de couverture de supplémentation en fer chez les enfants – Proportion d'enfants de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en fer adéquate
Produit	Individuel	Couverture en supplémentation en fer et en acide folique chez les adolescentes – Proportion d'adolescentes ayant reçu une supplémentation en fer adéquate
Produit	Individuel	Couverture de la supplémentation en iode pour les femmes – Proportion de femmes en âge de procréer ayant reçu des suppléments d'iode
Produit	Individuel	Couverture de micronutriments multiples – Proportion de la population éligible ayant reçu des micronutriments multiples en poudre/capsules
Produit	Individuel	Couverture de la fourniture en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois – Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel	Couverture de supplémentation en zinc prophylactique chez les enfants – Proportion d'enfants ayant reçu des suppléments de zinc prophylactiques conformément aux protocoles nationaux
Produit	Individuel	Supplémentation en calcium destinée aux femmes enceintes – Proportion de femmes enceintes ayant reçu des suppléments de calcium au cours de leur dernière grossesse
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les enfants – Proportion d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant reçu un médicament de déparasitage au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les adolescentes – Proportion d'adolescentes ayant reçu un médicament de déparasitage au cours des 6 derniers mois
Produit	Individuel ou établissement	Couverture de déparasitage chez les femmes enceintes – Proportion des mères d'enfants de 0 à 59 mois ayant pris des médicaments de déparasitage au cours de la dernière grossesse

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉLABORATION DU BUDGET

FRAIS DE FOURNITURES

- Matériel anthropométrique (toises, balances)
- Autres fournitures (prélèvements sanguins, papeterie, registres, questionnaires, etc.)
- Ordinateurs et logiciel pour l'analyse des données
- Smartphones ou tablettes pour la collecte mobile des données

FRAIS DE PERSONNEL

- Équipes d'enquête
- Superviseurs d'équipe
- Responsable d'enquête
- Gestion des données

FRAIS DE RENFORCEMENT/DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Formation de l'équipe d'enquête, du collecteur des données, du personnel de gestion de l'information et des superviseurs d'équipe

FRAIS ADMINISTRATIFS

FRAIS DE SUIVI ET ÉVALUATION

FRAIS LOGISTIQUES

Veillez à ce que les ressources humaines et administratives disponibles permettent d'assurer le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports à temps au siège, aux bailleurs et au cluster.

Transport et logistique pour les équipes d'enquête et les superviseurs

AUTRES COÛTS

- Frais de sécurité
- Adaptation et diffusion protocoles et des outils

FRAIS PROMOTIONNELS

Coût d'impression et de diffusion des rapports Coût de partage des informations (réunions, bulletins, présentation, en ligne, etc.)

ANNEXES

APERÇU DES PROGRAMMES DE NUTRITION DANS LES SITUATIONS D'URGENCE :

Dans les situations d'urgence, le type de malnutrition qui nous inquiète le plus est la malnutrition aiguë. La malnutrition aiguë est provoquée par une réduction (soudaine et) drastique de la consommation de nourriture et/ou une maladie, souvent aggravées par des pratiques inadaptées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, entraînant une perte de poids importante (avec de graves conséquences pour la santé). On distingue deux niveaux de classification de la malnutrition aiguë : sévère et modérée. La malnutrition aiguë est une préoccupation majeure, car les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont 9 fois plus à risque de mourir que les enfants ne souffrant pas de malnutrition aiguë.

La malnutrition aiguë (également appelée « l'émaciation »)

- Au niveau individuel, la malnutrition aiguë se définit par des mesures anthropométriques, des signes cliniques visibles d'émaciation et/ou d'œdèmes bilatéraux.
 - Chez les nourrissons de moins de 6 mois, elle est évaluée à l'aide de signes visibles d'émaciation et d'œdèmes bilatéraux. Certains critères sociaux tels que l'absence de la mère ou l'insuffisance de l'allaitement au sein peuvent indiquer un risque nutritionnel.
 - Chez les enfants de 6 à 59 mois, la malnutrition aiguë est évaluée à l'aide du rapport poids/taille, le périmètre brachial (PB) et les signes d'œdème bilatéral.
 - Chez les adultes, la sous-nutrition est évaluée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) (ajusté ou non par l'indice Cormic) ou du PB, en plus des signes cliniques. Le PB est l'indice nutritionnel privilégié pendant la grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.
- Le degré de malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est déterminé en comparant leur rapport poids/taille à ce qu'il devrait être (selon, par exemple, les normes de croissance de l'OMS de 2006) ou en constatant la présence d'œdèmes bilatéraux. Cette comparaison s'appuie sur les Z-scores (également appelé « écarts types » ou ET) et la classification distingue la malnutrition aiguë sévère (MAS), la malnutrition aiguë modérée (MAM) et l'absence de malnutrition.
- Le degré de malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et allaitantes repose sur un seuil spécifique de la mesure du PB, bien que ce seuil varie d'un contexte à l'autre.
- Les personnes qui souffrent de malnutrition aiguë, en particulier sévère, peuvent reprendre du poids, mais les effets peuvent être permanents lorsque la malnutrition survient pendant l'enfance. Le développement mental et la croissance sont affectés, et il existe un risque accru de maladie et de moindre productivité plus tard dans la vie.
- Au niveau de la population : Le taux de malnutrition aiguë (globale) de la population (MAG) est calculé en additionnant le pourcentage estimé d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui sont classés dans la catégorie MAS et le pourcentage estimé d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui sont classés dans la catégorie de la malnutrition aiguë modérée (MAM). (Notez que le terme « global » ici n'a pas de signification géographique). Le pourcentage de MAG à un instant T doit être analysé avec prudence, car il reflète la situation à un moment donné. L'analyse de la sévérité de la situation est renforcée par une mise en perspective de ce pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition aiguë avec les données et tendances enregistrées précédemment et par l'appréhension d'autres facteurs aggravants. Par ailleurs, la traduction du taux/de la prévalence de la malnutrition aiguë en nombre d'enfants malnutris s'appuie sur l'estimation de la population totale des enfants – le nombre réel d'enfants affectés peut donc être différent.
- Lorsque la prévalence de la malnutrition aiguë (sévère + modérée) dépasse 15 % des enfants âgés de 6 à 59 mois dans une population donnée, l'OMS qualifie la prévalence de « très élevée ». En situations d'urgence, lorsqu'elle se situe entre 10 et 14 % avec des facteurs aggravants, la situation peut être qualifiée nécessitant une réponse nutritionnelle également.

Carences en micronutriments

- Les carences en micronutriments sont également définies comme une forme de malnutrition. En dehors des périodes de crise, les carences en micronutriments, comme la carence en fer (anémie), la carence en vitamine A et bien d'autres, sont très répandues, en particulier chez les jeunes enfants et les femmes. En cas d'urgence, la situation ne fait qu'empirer, c'est pourquoi il est très important de combler ces carences.

PRÉSENTATION DES INTERVENTIONS COURANTES EN FAVEUR DE LA NUTRITION EN SITUATION D'URGENCE

Il existe plusieurs types d'interventions en matière de nutrition et d'alimentation, à savoir :

Distribution alimentaire générale ou distribution de rations alimentaires

- Ce type d'intervention s'adresse à l'ensemble de la population. Une ration est censée fournir le minimum d'énergie et de protéines requis de 2.100 kcal par personne et par jour. Cela constitue une base pour améliorer la sécurité alimentaire à court terme. Le PAM est chargé de fournir les rations qui sont généralement distribuées par les partenaires de mise en œuvre.

Distribution des produits de supplémentation nutritionnelle

- Cette intervention vise à augmenter les apports en énergie, en protéines et en micronutriments de la population vulnérable – en pratique, principalement les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. Les produits de supplémentation nutritionnelle consistent souvent en un mélange d'aliments (céréales et de légumineuses, parfois de lait en poudre, et de micronutriments). Le Programme alimentaire mondial (PAM) est chargé de fournir les produits supplémentaires qui sont généralement distribués par les partenaires du cluster nutrition. Lorsque le PAM ne peut pas les fournir, c'est l'UNICEF qui s'en occupe en dernier ressort, en tant qu'agence chef de file.

Il existe deux types de programmes de nutrition supplémentaire :

- Les programmes de nutrition supplémentaire de couverture : Lorsque la situation est très critique (avec un pourcentage de MAG très élevé), les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans sont souvent ciblés pour recevoir une supplémentation nutritionnelle, quel que soit leur état nutritionnel. Dans les situations où il est impossible de cuisiner (pénurie de bois de chauffage ou d'ustensiles de cuisine), les programmes distribuent des aliments prêts à consommer (par ex. des biscuits énergétiques) ou, à court terme, des repas cuisinés (« ration supplémentaire cuisinée»). En règle générale, le PAM est chargé de fournir ces rations ainsi qu'une assistance technique. Si ce n'est pas le cas, l'UNICEF doit s'en occuper. Dans les camps, c'est le Haut-Commissariat des Nations Unies

pour les Réfugiés (HCR) qui est responsable de la distribution de ces rations.

- La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) par les programmes de nutrition supplémentaire sélectifs : Les personnes sont admises dans ces programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée en fonction de leur état nutritionnel. Il s'agit également de veiller qu'elles ne deviennent pas des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS). Ces programmes fournissent des produits nutritionnels prêts à consommer sous formes de pâtes, comme des Aliments de suppléments prêts à l'emploi – ASPE (Plumpy'Sup), ou des Farines mélangées enrichies (SuperCereal PLUS). Tous les besoins en nutriments sont couverts par ces aliments. Un traitement médical systématique fait également partie du protocole. Le PAM est chargé de fournir cette aide alimentaire. Si ce n'est pas le cas, l'UNICEF doit s'en occuper. Dans les camps, cela relève de la responsabilité du HCR.

Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) par les programmes prise en charge thérapeutique en milieu hospitalier ou en ambulatoire

- La MAS est une affection qui met en danger la vie des personnes qui en souffrent et qu'il convient de traiter. Le traitement consiste en un ensemble d'interventions médicales et nutritionnelles. Les enfants présentant des complications médicales sont d'abord pris en charge dans un centre de stabilisation (souvent dans un établissement de santé) avec un suivi médical et une surveillance rapprochée, tandis que les enfants sans complications médicales peuvent être traités efficacement à domicile, en ambulatoire au sein de la communauté. Le traitement fourni comprend des Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE). Tous les besoins en nutriments sont couverts par ces produits. L'UNICEF est responsable de la fourniture des produits thérapeutiques et de la mise en œuvre du programme (qui est implémenté par des partenaires – des ONG). Dans les camps, ces programmes relèvent de la responsabilité du HCR.

Interventions autour des micronutriments

- Les interventions décrites ci-dessus fournissent une quantité importante de micronutriments à ceux qui en ont le plus besoin, et beaucoup d'entre elles incluent une supplémentation systématique dans le cadre des protocoles de prise en charge individuels. Cependant, des apports supplémentaires de micronutriments sont nécessaires :
 - Supplémentation en vitamine A pour tous les enfants âgés de 6 à 59 mois – une intervention vitale. La vitamine A

réduit le risque de mortalité et constitue une intervention prioritaire à mener parallèlement à la campagne de vaccination contre la rougeole.

- Supplémentation en micronutriments pour les enfants et les mères au niveau des établissements de santé et de la communauté, y compris la vitamine A, le zinc, le fer-folate et les micronutriments multiples
- Aliments enrichis : il est essentiel de veiller à ce que tous les aliments fournis soient enrichis (huile enrichie en vitamine A, farines mélangées enrichies, biscuits, sel iodé, etc.)

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

- La protection, la promotion et le soutien des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont très importants, car ces pratiques sont extrêmement affectées dans les situations d'urgence.
- Aider les accompagnants et les professionnels de santé à préserver des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment :
 - Mise au sein précoce (dans l'heure suivant la naissance)
 - Promotion de la poursuite de l'allaitement entre 6 mois et 24 mois, et au-delà
 - Introduction en temps opportun d'une alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois
- Créer des coins d'allaitement protégés pour que les femmes puissent allaiter et recevoir des conseils
- Le cas échéant, fournir des Formules infantiles prêtes à l'emploi pour les nourrissons qui ont perdu leur mère, avec une supervision et des conseils appropriés
- Rédiger une déclaration conjointe sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Soutenir la politique de mise en œuvre et de suivi du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM)

Éducation à la nutrition, en lien avec les secteurs WASH et de la santé

- Information et formation des personnes qui prennent soin des enfants, mobilisation et sensibilisation communautaire
- Développement de campagnes de sensibilisation qui apportent des informations et une communication sur le changement de comportement en matière d'hygiène, de santé et de nutrition

Évaluation, surveillance nutritionnelle/gestion et suivi de l'information

- Contribution aux évaluations rapides multisectorielles
- Soutien à la mise en œuvre des enquêtes nutritionnelles
- Fourniture de matériel
- Création/renforcement des systèmes de surveillance nutritionnelle et de suivi des programmes
- Analyse mensuelle des tendances statistiques de tous les centres nutritionnelles des partenaires du cluster

Zone d'intervention et activités types :

- Programme de nutrition thérapeutique
- Fourniture de produits thérapeutiques (Plumpy'Nut, Lait thérapeutique F75/F100, ReSoMal, etc.)
- Fourniture de matériel (kits pour les centres de nutrition thérapeutique, toises, balances, rubans métriques de mesure du PB, registres, etc.)
- Fourniture de médicaments (amoxicilline, antipaludiques, vitamine A, vermifuges, acide folique, sels de réhydratation orale spéciaux (ReSoMal))
- Création de centres nutritionnels au sein des établissements de santé pour la prise en charge communautaire des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère
- Formation du personnel pour une prise en charge efficace de la malnutrition aiguë, en ambulatoire comme en milieu hospitalier dans les « centres de stabilisation »

Programmes de nutrition supplémentaire sélectifs

- Fourniture de produits de supplémentation (farines enrichies, CSB, WSB, Plumpy'Sup), si le PAM n'est pas en mesure de le faire
- Fourniture de traitements médicaux systématiques, de matériel, etc.
- Création de sites de nutrition supplémentaire
- Formation du personnel du gouvernement et des ONG à la gestion des intrants/produits supplémentaires et à la prise en charge individuelle

Programmes de nutrition supplémentaire de couverture

- Fourniture des produits de supplémentation
- Formation des professionnels de santé et du personnel des ONG qui travaillent sur le dépistage des cas malnutris
- Distribution des produits de supplémentation

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

- Soutien aux personnes qui prennent soin des enfants et aux professionnels de santé pour préserver des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
 - Mise au sein précoce (dans l'heure suivant la naissance)
 - Promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois
 - Promotion de la poursuite de l'allaitement entre 6 mois et 24 mois, et au-delà
 - Introduction en temps opportun d'une alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois
- Création des coins d'allaitement maternel protégés pour que les femmes puissent allaiter et recevoir des conseils
- Le cas échéant, fourniture de Formules infantiles prêtes à l'emploi pour les nourrissons qui ont perdu leur mère, avec une supervision et des conseils appropriés
- Rédaction d'une déclaration conjointe sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Soutien à la politique de mise en œuvre et de suivi du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM)

Programme de prévention et de lutte contre les carences en micronutriments

- Fourniture de vitamine A, de zinc et de micronutriments en poudre
- Distribution de vitamine A, de zinc et de micronutriments en poudre par le biais des campagnes gouvernementales et des ONG et par les suppléments de routine
- Formation des professionnels de la santé

Éducation à la nutrition en lien avec les secteurs WASH et de la santé

- Information et formation des personnes qui prennent soin des enfants, mobilisation et sensibilisation communautaire
- Développement de campagnes de sensibilisation qui apportent des informations et une communication sur le changement de comportement en matière d'hygiène, de santé et de nutrition

Évaluation, surveillance nutritionnelle/gestion et suivi de l'information

- Contribution aux évaluations rapides multisectorielles

- Soutien à la mise en œuvre des enquêtes nutritionnelles
- Fourniture de matériel
- Création/renforcement des systèmes de surveillance nutritionnelle et de suivi des programmes
- Analyse mensuelle des tendances statistiques de tous les centres nutritionnelles des partenaires du cluster

Questions à suivre

Au plus fort de la phase d'urgence

- Il est indispensable de conduire une évaluation pour connaître précisément la situation nutritionnelle et déterminer les besoins correspondants
- Capacité des ONG, des Nations Unies et du gouvernement à mettre en œuvre des programmes sur le terrain
- Couverture des programmes nutritionnels
- Disponibilité des produits nutritionnels, y compris les aliments, les médicaments et le matériel
- Capacité à suivre la situation nutritionnelle, de sécurité alimentaire et de santé
- Assurer la sécurité alimentaire, y compris la disponibilité et l'adéquation des rations générales (notamment le sel iodé et les céréales enrichies) de la population touchée
- Garantir la disponibilité des services de santé, d'eau et d'assainissement – facteur déterminant pour savoir si la situation va se détériorer ou pas

Pendant la phase de réhabilitation

- Réparation et construction de centres de réhabilitation nutritionnelle pour la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition sévère avec complications
- S'appuyer sur les capacités locales, y compris les pratiques communautaires, pour garantir la fourniture d'un ensemble complet de services nutritionnels
- Formation du personnel gouvernemental à la prise en charge de la malnutrition aiguë
- Élaboration de directives pour la PCMA, suivi de leur respect et enquêtes nutritionnelles
- Élaboration d'un plan global de réponse nutritionnelle
- Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle
- Soutien aux moyens de subsistance tels que les programmes « argent contre travail », les coupons alimentaires

GLOSSAIRE

Agents fortifiants

Vitamines et minéraux ajoutés aux aliments enrichis.

Aliments de Suppléments prêts à l'emploi

Produits spécialisés destinés à la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Présentés sous forme de pâtes, de crèmes à tartiner ou de biscuits, ils sont prêts à être consommés sans risque de contamination par des bactéries.

Aliments de Suppléments prêts à l'emploi

Produits spécialisés destinés à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Il s'agit d'une version solide du F100, avec la même composition en macronutriments et micronutriments, plus du fer. Présentés sous forme de pâtes, de crèmes à tartiner ou de biscuits, ils sont prêts à être consommés sans risque de contamination par des bactéries.

Alimentation artificielle

Alimentation des jeunes nourrissons avec un substitut du lait maternel

Alimentation complémentaire

Alimentation solide ou semi-solide adaptée à l'âge, adéquate et sûre, en plus du lait maternel ou d'un substitut du lait maternel. Cette alimentation est introduite progressivement lorsque le lait maternel ou les préparations pour nourrissons seuls ne suffisent plus à répondre aux besoins nutritionnels d'un nourrisson, et que d'autres aliments et liquides sont donc nécessaires en plus du lait maternel ou des formules infantiles. L'âge ciblé pour l'alimentation complémentaire s'étend généralement de 6 à 23 mois.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Terme utilisé pour désigner l'alimentation des nourrissons (âgés de moins de 12 mois) et des jeunes enfants (âgés de 12 à 23 mois). Ce programme est axé sur la promotion et la protection de l'allaitement maternel et de l'allaitement exclusif, l'introduction en temps utile d'une alimentation complémentaire et la poursuite de l'allaitement maternel. Les questions de politique et de législation relatives aux préparations pour nourrissons et aux substituts du lait maternel sont également abordées dans ce programme.

Alimentation du nourrisson en situation d'urgence

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence vise à protéger et à soutenir une alimentation optimale du nourrisson et du jeune

enfant pour les enfants de moins de deux ans dans les situations d'urgence. Il s'agit notamment de protéger et de soutenir la mise au sein précoce, l'allaitement maternel exclusif et continu, de réduire les risques liés à l'alimentation artificielle pour les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein et d'assurer une alimentation complémentaire appropriée, opportune et sûre. Les nourrissons qui ne sont pas allaités et qui sont particulièrement exposés dans les situations d'urgence ont également besoin de protection et de soutien.

Aliments enrichis

Aliments auxquels ont été ajoutés des agents fortifiants.

Aliments mélangés

Mélange précuit enrichi de céréales et d'autres ingrédients, tels que des légumineuses, du lait écrémé en poudre et de l'huile végétale. Parmi les aliments mélangés figurent le mélange WSB (farine de blé et soja), le mélange CSB (farine de maïs et soja) .

Alimentation scolaire

Fourniture de repas ou de collations aux enfants scolarisés pour améliorer la nutrition et promouvoir l'éducation.

Alimentation scolaire d'urgence

Nourriture fournie soit sous forme de repas cuisinés ou de suppléments à consommer à l'école, soit sous forme de ration à emporter à la maison, afin d'améliorer la fréquentation et les résultats scolaires et de lutter contre la faim.

Allaitement maternel exclusif

Le nourrisson ne reçoit que du lait maternel et aucun autre liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception de gouttes ou de sirops composés de vitamines, de suppléments minéraux ou de médicaments.

Allaitement par une nourrice

Allaitement par une femme qui n'est pas la mère de l'enfant.

Anémie

causée par une carence en fer, folate ou vitamine B12, l'anémie est difficile à diagnostiquer avec précision à partir des signes cliniques qui comprennent la pâleur, la fatigue, les maux de tête et l'essoufflement.

Anthropométrie

Mesures corporelles utilisées pour évaluer l'état nutritionnel (anthropométrique) d'un individu.

Apport journalier recommandé (AJR)

Niveau d'apport nutritionnel quotidien moyen suffisant pour répondre aux besoins en nutriments de la quasi-totalité (environ 98 %) des individus en bonne santé.

Approche publique de la nutrition

Approche globale des problèmes nutritionnels qui reconnaît que l'état nutritionnel est influencé par un ensemble complexe de facteurs.

Béribéri

Causé par une carence en thiamine, il existe de nombreux syndromes cliniquement reconnaissables, dont le béribéri humide, le béribéri sec et le béribéri infantile.

Besoins nutritionnels

Quantité d'énergie, de protéines, de lipides et de micronutriments dont un individu a besoin pour vivre en bonne santé.

BP5

Biscuit à haute teneur énergétique destiné à être utilisé dans la première phase des opérations de secours en cas de catastrophe.

BP100

Barre de blé et d'avoine enrichie en nutriments destinée à être utilisée dans la phase de réhabilitation et de traitement des enfants et des adultes souffrant de malnutrition aiguë sévère. Elle est particulièrement utile dans les environnements contaminés et lorsque aucun centre de nutrition thérapeutique ne peut être mis en place.

Cécité nocturne

Incapacité à bien voir dans l'obscurité ou dans une pièce sombre. Il s'agit d'un signe précoce de carence en vitamine A.

Centre de stabilisation

Établissement de soins hospitaliers établi pour la prise en charge de la MAS avec complications.

Code

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981.

Code international

Le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981.

Colostrum

Premier lait jaune et épais sécrété par les seins au cours des dernières semaines de grossesse et des deux ou trois premiers jours après l'accouchement, jusqu'à ce que l'allaitement soit établi. Le colostrum a une très forte teneur en protéines et en anticorps.

Crétinisme sévère

Handicap mental et physique qui survient chez les enfants de femmes souffrant d'une grave carence en iode au cours du premier trimestre de la grossesse.

Ciblage

Limiter la couverture de l'intervention aux personnes identifiées comme étant les plus vulnérables.

Déficiences en vitamine B2

État clinique résultant d'une carence en riboflavine (vitamine B2), caractérisé par la présence d'une stomatite vésiculeuse.

Dépistage nutritionnel

Effectué pour détecter et sélectionner les enfants souffrant de malnutrition dans une population donnée.

Distribution alimentaire de couverture

Alimentation de l'ensemble d'une population affectée, sans cibler de groupes de population spécifiques.

Distribution alimentaire générale ou ration alimentaire générale

Distribution gratuite d'une combinaison de produits alimentaires de base à une population touchée par une situation d'urgence.

Enrichissement des aliments

Adjonction de micronutriments à un aliment, pendant ou après la transformation, portant la teneur en micronutriments à un niveau supérieur aux quantités présentes dans le produit alimentaire d'origine.

Enquête nutritionnelles

Enquête destinée à évaluer la sévérité et la magnitude de la malnutrition.

État nutritionnel

État de la croissance ou statut en micronutriments d'un individu.

Évaluation nutritionnelle rapide

Évaluation effectuée rapidement afin de déterminer s'il existe un problème majeur de nutrition et d'identifier les besoins immédiats. Le dépistage des personnes à inclure dans des programmes nutritionnels sélectifs est également une forme d'évaluation rapide de la nutrition.

Émaciation Voir « malnutrition aiguë ».

Rapport poids/âge

F75 et F100

Voir « lait thérapeutique ». Le F75 est un lait thérapeutique « de stabilisation », à utiliser pendant la phase initiale de la prise en charge nutritionnelle, en commençant dès que possible et en poursuivant pendant 2 à 7 jours, jusqu'à ce que l'enfant soit stabilisé. Le F100 est utilisé en phase de « rattrapage » pour reconstruire les tissus émaciés. Le F100 contient davantage de calories et de protéines. Tous deux se présentent sous la forme d'une poudre sèche.

Faible/petit poids à la naissance

Poids de naissance inférieur à 2,5 kg.

Fortification

Réintroduction ou restitution dans le produit final des micronutriments perdus ou détruits pendant la transformation des aliments (par exemple, la farine de blé est enrichie en vitamine B1, en niacine et en fer).

Goitre

Gonflement de la glande thyroïde dans le cou, causé par une carence en iode.

Indice de masse corporelle (IMC)

Chez les adultes, la malnutrition aiguë se mesure à l'aide de l'indice de masse corporelle.

Indice de mesure de l'insuffisance pondérale.

Rapport poids/taillle Indice de mesure de la malnutrition aiguë ou émaciation.

Indice nutritionnel

Obtenu en mettant en relation la mesure corporelle d'un individu avec la valeur attendue d'un individu de la même taille (ou du même âge) dans une population de référence. Le rapport poids/taillle est l'indice nutritionnel le plus couramment utilisé pour refléter la malnutrition aiguë (émaciation) dans les évaluations nutritionnelles en situation d'urgence.

Interdits alimentaires

Aliments qui ne doivent pas être consommés pour des raisons culturelles ou religieuses.

Insuffisance pondérale

Émaciation ou retard de croissance, ou une combinaison des deux, mesurés par l'indice nutritionnel poids/âge.

Kwashiorkor

Forme clinique de la malnutrition associée à un défaut de croissance (chez les enfants) et caractérisée par la présence d'un œdème (gonflement) et la perte de l'appétit.

Lait animal transformé à domicile

Substitut de lait maternel pour les nourrissons jusqu'à 6 mois, préparé à domicile à partir de lait animal frais ou transformé, dilué avec de l'eau et auquel on ajoute du sucre et des micronutriments.

Lait de suite

Laits spécialement conçus pour les nourrissons de six mois et plus.

Lait Infantile prêt à l'emploi

Type de substitut de lait maternel équilibré sur le plan nutritionnel et prêt à l'emploi pour les nourrissons qui, pour une raison quelconque, n'ont pas la possibilité d'être allaités au sein.

Lait thérapeutique (voir F100 et F75)

Produits à base de lait développés pour répondre aux besoins en énergie, en macro- et micronutriments des personnes souffrant de malnutrition sévère et pour favoriser l'équilibre métabolique (F75) et la prise de poids (F100).

Macronutriments

Lipides, protéines et glucides nécessaires à tout un ensemble de fonctions et de processus corporels.

Malnutrition

Terme générique couramment utilisé comme synonyme de dénutrition, mais techniquement, il désigne également la surnutrition. Une personne souffre de malnutrition si son régime alimentaire ne lui fournit pas les nutriments nécessaires à sa croissance et au bon fonctionnement du corps ou si elle est incapable d'utiliser pleinement les aliments qu'elle consomme en raison d'une maladie (sous-nutrition). On parle également de malnutrition si cette personne consomme trop de calories (suralimentation).

Malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë, également appelée émaciation, est un signe de « maigreur » et survient à la suite d'une perte de poids rapide et récente ou d'une incapacité à prendre du poids. Chez les enfants, elle se mesure à l'aide de l'indice poids/taille et le périmètre brachial. Chez les adultes, elle se mesure par l'indice de masse corporelle ou le périmètre brachial. Une personne peut être modérément émaciée ou sévèrement émaciée.

Malnutrition aiguë sévère (MAS)

Résultat d'une carence récente (à court terme) en protéines, en énergie, en minéraux et en vitamines, qui entraîne une perte de graisses corporelles et de tissus musculaires. La malnutrition aiguë se manifeste par une émaciation (faible poids par rapport à la taille) et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux (c'est-à-dire une rétention d'eau dans les tissus corporels). Elle est définie par un rapport poids/taille de -3 écarts types par rapport à la médiane poids/taille de la population de référence, un périmètre brachial (PB) inférieur à 115 mm, une maigreur sévère visible, ou la présence d'un œdème nutritionnel.

Malnutrition aiguë globale (MAG)

Malnutrition aiguë modérée et sévère, mesurée par un indice poids/taille inférieur à -2 Z-scores ou inférieur à 80 % de la médiane, plus la présence d'œdèmes bilatéraux.

Malnutrition aiguë modérée (MAM)

Est définie par un rapport poids/taille compris entre -2 et -3 écarts types par rapport à la médiane poids/taille de la population de référence.

Malnutrition chronique

La malnutrition chronique, également appelée retard de croissance, est un signe de « petite taille » et se développe sur une longue période. Chez les enfants comme chez les adultes, elle se mesure à l'aide de l'indice âge/taille.

Malnutrition en micronutriments

Existence d'un état nutritionnel sous-optimal dû à un manque d'apport, d'absorption ou d'utilisation d'une ou de plusieurs vitamines ou minéraux. Un apport excessif de certains micronutriments peut également entraîner des effets indésirables.

Marasme

Forme clinique de malnutrition associée à un défaut de croissance (chez les enfants) et caractérisée par une forte perte de poids corporel ou une émaciation sévère.

Mélange farine de blé et soja

Type de farine mélangé

Mélange maïs soja (CSB)

Type d'aliment mélangé.

Micronutriments

Vitamines et minéraux essentiels dont l'organisme a besoin tout au long du cycle de vie en infimes quantités.

Nourriture de remplacement

Alimentation des nourrissons qui ne reçoivent pas de lait maternel par d'autres méthodes.

Nourriture « hydratée »

Aide alimentaire fournie sous la forme d'une ration cuisinée à consommer sur place.

Nourriture « sèche »

Nourriture fournie sous forme de rations sèches, à emporter à domicile.

bésité

Une personne est obèse lorsque son indice de masse corporelle (poids/taille²) est supérieur à 30.

Œdème

Accumulation excessive de liquide extracellulaire dans les tissus. L'œdème bilatéral (rétention de liquide des deux côtés du corps) est un signe clinique de malnutrition aiguë sévère – et est appelé œdème nutritionnel.

Pâte thérapeutique

Terme générique désignant les produits à base de lipides utilisés pour traiter la malnutrition aiguë sévère.

Pellagre

Causée par une carence en niacine, la pellagre affecte la peau, le tube gastrointestinal et le système nerveux. Elle est parfois appelée maladie des 3D : dermatose, diarrhée et démence.

Périmètre brachial (PB)

Le périmètre brachial est mesuré sur le bras gauche tendu (chez les droitiers), à mi-hauteur entre le haut de l'épaule (acromium) et la pointe du coude (olécrane). Il sert à mesurer la malnutrition aiguë ou l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois. Le ruban métrique de mesure du PB est un bandeau en plastique, gradué en centimètres. Un PB < 115 mm indique que l'enfant souffre de malnutrition sévère ; un PB < 125 et ≥ 115 mm indique que l'enfant souffre de malnutrition modérée.

Phase de réhabilitation

Troisième phase de la prise en charge d'une MAS avec complications ou prise en charge initiale d'une MAS sans complications, qui a pour but de favoriser une prise de poids rapide et de retrouver des forces grâce à l'apport régulier d'aliments à haute densité nutritionnelle et énergétique (F100 ou Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi).

Phase de stabilisation

Phase initiale de la prise en charge hospitalière de la MAS avec complications, dont l'objectif est de stabiliser et de rééquilibrer le métabolisme du patient à l'aide d'aliments spéciaux (F75) et d'un traitement médical. Cette phase permet une surveillance rapprochée du patient et un traitement urgent en cas de complications. Elle est également connue sous le nom de phase I ou phase initiale.

Phase de transition

Deuxième phase de la prise en charge hospitalière de la MAS avec complications, dont le but est d'adapter progressivement les grandes quantités d'aliments et de nutriments qui seront proposées pendant la phase de réhabilitation (ambulatoire ou hospitalière), et de surveiller le patient.

Plumpy'Nut

Aliment thérapeutique prêt à l'emploi très répandu. Il s'agit d'une pâte à base d'arachide, riche en protéines et en énergie, dont le goût est légèrement plus sucré que celui du beurre de cacahuètes. Plumpy'Nut ne nécessite ni eau pour sa préparation ni réfrigération et peut se conserver pendant 2 ans – il est donc facile à utiliser pour traiter la malnutrition aiguë sévère dans des conditions difficiles. Ce produit est distribué sous contrôle médical, principalement aux parents d'enfants

souffrant de malnutrition, lorsque l'état nutritionnel des enfants a été évalué par un médecin ou un nutritionniste. Voir « pâte thérapeutique ».

Population de référence

Également appelée « normes de croissance » et fondée sur des enquêtes menées auprès d'enfants en bonne santé, dont les mesures constituent une référence internationale pour déterminer le statut anthropométrique d'un individu.

Poudre en Micronutriments Multiples

Se présentent dans un petit sachet à saupoudrer sur les aliments. Proposé aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes enceintes et allaitantes dans un contexte d'insécurité alimentaire.

Pourcentage de la médiane

Statut anthropométrique d'un individu exprimé en pourcentage de la valeur attendue (ou médiane) pour la population de référence.

Préparations pour nourrissons

Substitut de lait maternel dont la formule industrielle est conforme aux normes applicables du Codex Alimentarius.

Matériel destiné à l'alimentation des nourrissons Biberons, tétines, seringues et tasses pour bébés avec ou sans couvercle et/ou bec verseur.

Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)

Cette approche vise à maximiser la couverture et l'accès de la population à la prise en charge de la malnutrition aiguë en offrant un accès facile au traitement par le biais de services ambulatoires, plus proches du domicile.

Prise en charge hospitalière

Les patients souffrant de malnutrition sévère avec complications sont pris en charge en milieu hospitalier avant de poursuivre le traitement en ambulatoire. Autres termes : Phase I, unité de nutrition thérapeutique, centre de nutrition thérapeutique ou centre de stabilisation.

Programme thérapeutique ambulatoire

Soins ambulatoires pour le traitement/la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, qui associent un traitement dans l'établissement de santé, un suivi à domicile et un service de réhabilitation communautaire.

Programme nutritionnelle thérapeutique

Programme qui admet et traite les personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) au niveau des établissements de santé ou en ambulatoire.

Programmes de nutrition sélectifs

Programmes nutrition supplémentaire ou thérapeutique.

Rachitisme

Caused par une carence en vitamine D, le rachitisme affecte le développement osseux, entraînant dans sa forme la plus grave une déformation des jambes.

Ration

La ration (ou le panier alimentaire) se compose généralement d'une variété de produits alimentaires de base (céréales, huile et légumineuses) et, éventuellement, d'autres aliments appelés « aliments complémentaires » (viande ou poisson, légumes et fruits, mélanges de céréales enrichis, sucre, condiments) qui améliorent les apports nutritifs et l'appétibilité.

Ration de base adéquate

Une ration adéquate répond aux besoins minimaux de la population en énergie, protéines, lipides et micronutriments pour une activité physique légère. Elle est équilibrée et diversifiée sur le plan nutritionnel, culturellement acceptable, propre à la consommation humaine et facile à digérer pour les enfants et les autres groupes vulnérables concernés.

Re-lactation

Lactation (allaitement) induite chez une personne qui a déjà allaité.

Repas prêts à consommer

Type de ration d'urgence qui est un aliment complet équilibré sur le plan nutritionnel et prêt à être consommé. Ils se présentent généralement sous deux formes : sous forme de barres compressées et emballées sous vide ou sous forme de comprimés.

ReSoMal – Réhydratation

Solution pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Retard de croissance Voir « malnutrition chronique ».

Programme de nutrition supplémentaire Il existe deux types de programmes de nutrition supplémentaire. Les programmes de nutrition supplémentaire de couverture distribuent un supplément alimentaire à tous les membres d'un groupe à risque donné, qu'ils soient ou non atteints de MAM. Les programmes de nutrition supplémentaire sélectifs fournissent un soutien nutritionnel aux personnes souffrant de MAM. Pour être efficaces, les programmes sélectifs doivent toujours être mis en œuvre lorsque les réserves alimentaires sont suffisantes ou qu'il existe une ration générale adéquate, tandis que les programmes de couverture sont souvent déployés lorsque la distribution alimentaire générale en faveur des ménages n'a pas encore été établie ou est insuffisante pour le niveau de sécurité alimentaire de la population. La ration supplémentaire est censée s'ajouter à la ration générale et non s'y substituer.

Saisonnalité

Variation saisonnière de divers facteurs, tels que les maladies, les différentes sources d'alimentation, le cycle agricole, qui affectent l'état nutritionnel.

Scorbut

Caused par une carence en vitamine C, ses symptômes les plus courants sont le gonflement et le saignement des gencives, ainsi que la lenteur de la cicatrisation ou la réouverture d'anciennes plaies.

Sécurité alimentaire

Accès de tous, à tout moment, à une alimentation suffisante, sûre et nutritive, indispensable à une vie saine et active.

Sites sentinelles

Sites communautaires ou lieux de prestation de services expressément sélectionnés pour détecter des changements dans le contexte ou un indicateur de résultat du programme. Les communautés ou les zones sont expressément sélectionnées pour un certain nombre de raisons, comme la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire en période de stress. Les sites sentinelles peuvent être des centres de santé, des villages ou des districts.

Soins thérapeutiques

Alimentation et traitement médical destinés à réhabiliter les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Soins à domicile

Programmes de prise en charge des malades chroniques par l'accompagnement des personnes malades à domicile.

Suivi et promotion de la croissance

La croissance (rapport poids/âge) d'un enfant est mesurée à intervalles réguliers et les résultats sont reportés sur un graphique intitulé « courbe de croissance ».

Sous-nutrition

Un apport insuffisant en énergie, en protéines ou en micronutriments, qui entraîne à son tour une carence nutritionnelle.

Supplémentation

Apport de nutriments par le biais d'un aliment ou sous forme de comprimé, de capsule, de sirop ou de poudre.

Substituts du lait maternel (SLM)

Tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

Surveillance nutritionnelle

Collecte régulière d'informations sur la nutrition qui servent à éclairer les décisions sur les mesures ou les politiques en la matière.

Statut anthropométrique

Statut de croissance d'un individu par rapport aux valeurs de référence de la population.

Stomatite angulaire

Signe de carence en riboflavine caractérisé par une inflammation des coins de la bouche.

Système d'alerte précoce

Système d'information conçu pour surveiller les indicateurs susceptibles de prédire ou d'avertir de l'imminence de pénuries alimentaires ou de famines.

Taches de Bitot

Signe clinique d'une carence en vitamine A, caractérisé par une sécheresse accompagnée d'accumulations mousseuses sur la conjonctive, qui apparaissent souvent près du bord externe de l'iris.

Technique de supplémentation par succion

Technique utilisée pour induire la lactation en fournissant du lait thérapeutique au nourrisson pendant qu'il tète, grâce à un tube fixé au mamelon de la mère. La tétée stimule la production de lait maternel, qui finit par remplacer le lait thérapeutique.

Troubles dus aux carences en micronutriments

En cas de graves carences en micronutriments, dues à un apport alimentaire insuffisant et/ou à une absorption insuffisante et/ou à une utilisation sous-optimale des vitamines ou des minéraux, des signes et symptômes cliniques spécifiques peuvent apparaître. Les maladies nutritionnelles classiques, telles que le scorbut, le béribéri et la pellagre, sont de bons exemples de ce type de maladie.

Troubles dus à la carence en iode

Ensemble d'anomalies, dont le goitre et le crétinisme.

Vulnérabilité

Caractéristiques d'une personne ou d'un groupe en ce qui concerne la capacité à anticiper, à faire face, à résister et à se remettre des effets d'une catastrophe naturelle (ou d'origine humaine).

Xérophtalmie

Causée par une carence en vitamine A, la xérophtalmie se traduit par une série d'affections oculaires, dont la cécité nocturne, les taches de Bitot et l'ulcération de la cornée.

