

# Élaborer des programmes de nutrition en situations d'urgence

18 janvier 2024

## Points clés

- Dans les situations d'urgence où la malnutrition est une préoccupation, élaborer et mettre en œuvre des interventions en matière de nutrition afin d'améliorer la sécurité alimentaire immédiate, la santé et le bien-être nutritionnel des populations déplacées
- Tenez compte des divers déterminants de l'état nutritionnel, notamment les facteurs environnementaux, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH), l'accès aux services de santé, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et les abris en assurant une étroite collaboration entre les secteurs
- Concentrez-vous sur la stabilisation de la situation et la prévention ou la réduction de la prévalence de la malnutrition, en particulier parmi les groupes vulnérables tels que les femmes et les jeunes enfants
- En cas de situations d'urgence, prenez des mesures décisives pour garantir l'accès des populations à des aliments sûrs et nutritifs, lutter contre la malnutrition aiguë, lutter contre les carences en micronutriments et soutenir un allaitement maternel optimal ainsi qu'une alimentation complémentaire adéquate du nourrisson et du jeune enfant

## 1. Aperçu

La conception et la gestion de programmes de nutrition en situations d'urgence impliquent un éventail d'interventions de prévention et de prise en charge de la malnutrition parmi les populations déplacées. L'état nutritionnel d'une personne dépend de divers facteurs, notamment l'accès à des aliments sûrs et nutritifs, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH), aux services de santé publique et à un abri. Lorsqu'un de ces éléments fait défaut, le risque de malnutrition augmente. L'objectif global des interventions en matière de nutrition en situations d'urgence est de stabiliser la situation, de réduire la prévalence de la malnutrition à des niveaux

acceptables et d'améliorer les perspectives nutritionnelles, en particulier pour les groupes vulnérables tels que les femmes et les jeunes enfants. Pour y parvenir, les sous-secteurs de la nutrition œuvrent en étroite collaboration avec les secteurs de la santé publique, de l'EAH, du logement, de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance afin de traiter les causes immédiates et structurelles de la malnutrition tout en cherchant des solutions à long terme. Les principaux objectifs spécifiques à la nutrition sont l'accès à des aliments suffisamment nutritifs, la prise en charge de la malnutrition aiguë, la lutte contre les carences en micronutriments et le soutien à l'allaitement maternel et aux pratiques d'alimentation complémentaire adéquates.

## 2. Pertinence pour les opérations d'urgence

Les interventions de prévention et de traitement de la malnutrition dans les opérations d'urgence sont d'une importance capitale en raison de leurs conséquences directes sur la santé et le bien-être des populations déplacées, en particulier des groupes vulnérables comme les femmes et les jeunes enfants. En luttant contre la malnutrition, elles préviennent une détérioration potentiellement mortelle de l'état nutritionnel et améliorent l'intervention humanitaire globale. En mettant en œuvre des programmes nutritionnels complets en collaboration avec d'autres secteurs tels que la santé publique, l'EAH, les abris et la sécurité alimentaire, les opérations d'urgence adoptent une approche globale qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition. Cette approche intégrée stabilise la situation nutritionnelle pendant la crise et renforce de surcroît la résilience des communautés affectées pour une action plus efficace à long terme. En outre, le ciblage des besoins nutritionnels spécifiques des groupes vulnérables et la promotion de l'autonomie grâce à des pratiques d'alimentation complémentaire accélèrent le relèvement et contribuent considérablement aux mesures de contention de la crise.

## 3. Conseils principaux

### 1. Phase d'urgence

En plein afflux de réfugiés, il convient de mettre en œuvre un plan d'intervention nutritionnel global pour répondre aux besoins des populations vulnérables. Ce plan ébauche les principales mesures permettant de réaliser un dépistage rapide, d'estimer le nombre de personnes dans le besoin et de mener les interventions adéquates de lutte contre la malnutrition et d'amélioration de la situation nutritionnelle des réfugiés. L'obtention de résultats positifs suppose par ailleurs la coordination avec les partenaires concernés et un suivi régulier. Il convient enfin de tenir compte de certains risques et difficultés pour assurer l'efficacité et la pérennité du plan.

**Dépistage nutritionnel rapide :** Afin de garantir le bien-être des réfugiés, procédez dès leur arrivée à un premier dépistage nutritionnel rapide permettant d'identifier les personnes exposées à un risque immédiat. Dépistez systématiquement la malnutrition aiguë dans les centres de transit, les centres d'accueil et au sein des communautés afin de suivre la situation nutritionnelle et d'identifier les personnes nécessitant un traitement. Pour de plus amples

informations, consultez la [boîte à outils de santé publique du HCR pour la coordination sectorielle](#).

**Coordination avec les secteurs et partenaires concernés :** Pour faciliter l'adoption d'une approche coordonnée et maximiser l'efficacité des interventions, mettez en place une coordination solide entre les sous-secteurs de la santé publique, notamment les programmes de santé générale, de santé reproductive, de santé mentale, de soutien psychosocial et de nutrition afin de garantir une couverture efficace de l'ensemble des besoins. La collaboration avec les secteurs de l'éducation, de l'EAH, des abris et de la protection est également indispensable. Facilitez l'orientation et le suivi individuel à des fins de continuité des soins.

**Estimation du nombre de personnes dans le besoin :** Pour évaluer avec précision l'ampleur de l'assistance nutritionnelle requise, recueillez les données pertinentes auprès de la section de l'enregistrement ou de ProGres du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Ensuite, déterminez les pourcentages parmi les groupes cibles : enfants âgés de zéro à six mois, enfants âgés de six à 23 mois, enfants âgés de zéro à 59 mois, femmes enceintes et allaitantes. En l'absence de données ventilées concernant les enfants âgés de zéro à 59 mois, partez du principe que ce groupe représente 20 % de la population. Présumez que, parmi les enfants âgés de zéro à 59 mois, 10 % sont âgés de zéro à six mois et que 30 % sont âgés de six à 23 mois. Supposez que les femmes enceintes ou allaitantes représentent 7 % de la population et les femmes enceintes 4 %.

**Estimation du nombre de personnes ayant besoin d'une assistance nutritionnelle :** Pour déterminer l'ampleur de l'assistance nutritionnelle requise, appuyez-vous sur la prévalence de la malnutrition aiguë globale et les seuils normalisés, et estimez le nombre de personnes dans le besoin à l'aide de données historiques. Afin d'orienter la prise de décision, concentrez-vous sur les situations concernant les réfugiés classées comme moyennement à extrêmement préoccupantes en matière de malnutrition, d'allaitement maternel et de consommation alimentaire. Référez-vous aux catégories de sévérité figurant dans l'annexe des normes et indicateurs.

Estimation de la **prévalence de la malnutrition aiguë globale** pour un plan d'intervention de 12 mois : Pour réunir les conditions d'une réponse durable, procurez-vous les estimations de prévalence de la malnutrition aiguë globale à partir d'enquêtes nutritionnelles fiables telles que les enquêtes nutritionnelles normalisées élargies, le suivi et l'évaluation normalisés des secours et des transitions ou les enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Si les évaluations rapides ne permettent d'obtenir que des données de périmètre brachial à mi-hauteur (PBMH), assimilez la prévalence de la malnutrition à la proportion d'enfants dont le PBMH est inférieur à 12,5 cm (malnutrition PBMH). Sur la base de la prévalence et des estimations d'incidence, calculez le nombre de personnes à inclure dans le plan d'intervention de 12 mois. Si aucune donnée d'incidence n'est disponible au début d'une situation d'urgence, appliquez un facteur de correction d'incidence de 2,6 pour la malnutrition aiguë sévère comme modérée. Calculez des estimations d'incidence spécifiques à l'aide des données longitudinales des programmes lorsque ceux-ci sont mis en œuvre depuis six à 12 mois et que des conditions hétérogènes sont attendues. Pour plus d'informations, consultez la section consacrée aux normes et indicateurs.

**Interventions essentielles en matière de nutrition :** Pour que tous les réfugiés puissent se

nourrir correctement, donnez-leur accès à des aliments sûrs et suffisamment nutritifs au moyen d'une aide en nature ou en espèces. Distribuez des repas secs prêts à manger (par exemple des biscuits à haute valeur énergétique) et de l'eau dans les 72 heures suivant leur arrivée aux points de contrôle aux frontières, des repas chauds dans les centres de transit ou d'accueil et une ration générale lorsqu'il est possible de préparer les aliments au niveau des ménages. Proposez des aliments complémentaires ciblés indiqués pour les groupes ayant des besoins nutritionnels particuliers, tels que les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes souffrant de maladies chroniques (virus de l'immunodéficience humaine, tuberculose, etc.). Ces interventions peuvent prendre la forme d'une distribution d'aliments complémentaires généraux ou d'espèces. Promouvez des pratiques d'allaitement maternel optimales et une alimentation complémentaire adéquate du nourrisson et du jeune enfant. Selon le contexte, des initiatives de réduction des carences en micronutriments telles que la supplémentation en vitamine A chez l'enfant, la supplémentation en fer et en folate chez la femme enceinte et allaitante et la vermifugation doivent également être envisagées.

**Suivi de la situation nutritionnelle :** Pour suivre les progrès et répondre aux besoins émergents, mettez en place un suivi régulier de l'état nutritionnel et de l'efficacité des interventions afin de détecter toute évolution. Menez des évaluations de suivi afin de mesurer les effets des interventions et de corriger les stratégies si nécessaire. Pour des interventions coordonnées, assurez la collaboration avec d'autres secteurs et parties prenantes : collecte de données intégrées, surveillance commune, analyse et commentaires.

Risques associés :

- Le manque de ressources ou de personnel qualifié réduit l'efficacité des interventions nutritionnelles. Il nuit notamment à l'efficacité du dépistage de la malnutrition et aggrave ainsi le risque de maladie et de décès.
- Le manque de communication et de collaboration entre les partenaires peut entraîner une fragmentation des services et fragiliser les interventions nutritionnelles.
- Le recours à des données incomplètes ou inexactes peut conduire à une sous-estimation ou à une surestimation du nombre de personnes dans le besoin, et compromettre ainsi la pertinence de l'allocation des ressources.
- Le recours à des données historiques uniquement ne permet pas de tenir compte de l'évolution des conditions ou de l'apparition de nouvelles difficultés nutritionnelles.
- Le manque d'accès à des données d'enquête détaillées réduit la précision des estimations de prévalence.
- Les perturbations de la chaîne d'approvisionnement et les problèmes logistiques ralentissent la livraison des produits alimentaires et nutritionnels.
- Un suivi incohérent ou une collecte de données insuffisantes entrave la capacité à suivre les progrès et à identifier les problèmes de nutrition émergents.

## **Phase post-urgence**

À mesure que l'intensité de la situation d'urgence diminue et que la phase suivante approche, collaborez avec les partenaires de développement et les autorités locales pour assurer une transition fluide et mettre en place des solutions nutritionnelles durables en faveur de la population affectée, lorsque c'est possible.

## Liste récapitulative pour l'élaboration de programmes de nutrition en situations d'urgence

- Effectuez un dépistage nutritionnel rapide parmi les nouveaux arrivants et assurez un dépistage systématique.
- Recueillez des données sur les groupes cibles ayant besoin d'aide.
- Estimez le nombre de personnes dans le besoin en fonction de la prévalence de la malnutrition aiguë globale, de la situation en matière de sécurité alimentaire et des problèmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant identifiés.
- Garantissez l'accès à des aliments sûrs et suffisamment nutritifs grâce à une aide en nature ou en espèces.
- Garantissez l'accès à des aliments complémentaires et des suppléments en micronutriments aux groupes vulnérables ayant des besoins nutritionnels particuliers.
- Promouvez un allaitement maternel optimal et une alimentation complémentaire adéquate.
- Coordonnez-vous avec les partenaires concernés et utilisez les outils essentiels de planification.
- Suivez l'évolution de la situation nutritionnelle et adaptez les interventions le cas échéant.

## 4. Normes

Échelle de sévérité	Faible	Modérée	Élevée	Très élevée	Extrêmement élevée
	Acceptable /minimale	Alerte/stress	Grave/sévère	Très grave/très sévère	Extrêmement grave/extrêmement sévère
Prévalence de la malnutrition aiguë globale basée sur un score z du poids pour taille inférieur à -2 ou la présence d'un œdème bilatéral chez l'enfant de zéro à 59 mois	< 5 %	5,0 % à 9,9 %	10,0 % à 14,9 %	15,0 % à 29,9 %	≥ 30 %
Prévalence de la malnutrition aiguë globale sur la base du PBMH < 125 mm ou présence d'un œdème bilatéral chez les enfants âgés de six à 59 mois	< 5 %	5 % à 9,9 %		10 % à 14,9 %	≥ 15 %
Prévalence de la malnutrition aiguë globale sur la base du PBMH < 210/230 mm chez la femme enceinte ou allaitante	< 12,6 %	12,6 % à 19,9 %	20 % à 24,9 %	25 % à 34,9 %	> 35 %
Prévalence du retard de croissance basée sur un score z de la taille pour âge inférieur à -2 chez l'enfant de moins de cinq ans	< 2,5 %	2,5 % à 9,9 %	10,0 % à 19,9 %	20,0 % à 29,9 %	≥ 30 %
Prévalence de l'anémie (hémoglobine < 11 g/dL) chez l'enfant de six à 59 mois	< 5 %	5,0 % à 19,9 %	20,0 % à 39,9 %	≥ 40 %	
Prévalence de l'anémie (hémoglobine < 11 g/dL) chez la femme	< 5 %	5,0 % à 19,9 %	20,0 % à 39,9 %	≥ 40 %	
Allaitement maternel exclusif avant six mois	> 70 %	50 % à 70 %	30 % à 49,9 %	11 % à 29,9 %	< 11 %
Enfants âgés de zéro à cinq mois qui ne sont pas allaités au sein et qui ont accès à des substituts du lait maternel ainsi qu'à un soutien en la matière, conformément au Code et aux normes et recommandations des orientations opérationnelles relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	> 60 %	40 % à 60 %	20 % à 39,9 %	10 % à 19 %	< 10 %
Score de consommation alimentaire	Acceptable et stable	Acceptable, mais légèrement inférieur au score typique	Tout juste acceptable	Faible	Faible

Source :

[https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2021-06/NC\\_Directives%20pour%20une%20analyse%20des%20besoins%20humanitaires%20en%20matiere%20de%20nutrition\\_V2\\_1.pdf](https://www.nutritioncluster.net/sites/nutritioncluster.com/files/2021-06/NC_Directives%20pour%20une%20analyse%20des%20besoins%20humanitaires%20en%20matiere%20de%20nutrition_V2_1.pdf)

#### Formule clé pour estimer le nombre de personnes ayant besoin d'une assistance nutritionnelle

**Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère parmi les enfants de moins de cinq ans (avec et sans complications médicales)** Nombre d'enfants âgés de six à 59 mois atteints de malnutrition aiguë sévère et ayant besoin d'un traitement (centres de stabilisation et traitements ambulatoires) = prévalence de la malnutrition aiguë sévère x nombre d'enfants de six à 59 mois x K (facteur d'incidence de la malnutrition aiguë sévère)

**Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée parmi les enfants de moins de cinq ans** Nombre d'enfants de six à 59 mois atteints de malnutrition aiguë modérée dans le besoin = prévalence de la malnutrition aiguë modérée x nombre d'enfants de six à 59 mois x K (facteur d'incidence de la malnutrition aiguë modérée)

**Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère parmi les femmes (sans complications médicales)** Nombre de femmes enceintes et allaitantes atteintes de malnutrition aiguë sévère dans le besoin = prévalence de la malnutrition aiguë sévère x nombre de femmes enceintes et allaitantes

**Nombre de cas de malnutrition aiguë modérée parmi les femmes enceintes et allaitantes** Nombre de femmes enceintes et allaitantes atteintes de malnutrition aiguë modérée dans le besoin = prévalence de la malnutrition aiguë modérée x nombre de femmes enceintes et allaitantes

**Nombre d'enfants âgés de zéro à cinq mois bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif en situations d'urgence** Nombre d'enfants de zéro à cinq mois ayant besoin d'une aide en matière d'allaitement maternel exclusif = population totale x pourcentage d'enfants de zéro à cinq mois x (1 - proportion d'enfants bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif)

**Nombre de femmes enceintes et allaitantes ayant besoin de conseils et de soutien en matière d'alimentation** Nombre de femmes enceintes et allaitantes ayant bénéficié de conseils individuels au sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) = population totale x pourcentage de femmes enceintes et allaitantes x pourcentage de femmes enceintes et allaitantes ayant bénéficié de conseils individuels au sujet de l'ANJE

**Nombre d'enfants ayant besoin d'une aide en matière de supplémentation en prévention de la malnutrition** Nombre d'enfants âgés de six à 23 mois ayant besoin d'un programme d'alimentation supplémentaire généralisée ou de suppléments nutritionnels enrichis = nombre d'enfants âgés de six à 23 mois x couverture attendue des programmes d'alimentation supplémentaire généralisée et des suppléments nutritionnels enrichis

**Femmes enceintes et allaitantes ayant besoin d'une aide en matière de supplémentation en prévention de la malnutrition** Nombre de femmes enceintes et allaitantes atteintes de malnutrition aiguë modérée ayant besoin d'un programme d'alimentation supplémentaire généralisée ou de biscuits à haute valeur énergétique = population de femmes enceintes et allaitantes x couverture attendue des programmes d'alimentation supplémentaire généralisée et des biscuits à haute valeur énergétique

**Pregnant and lactating women in need of supplemental food support to prevent malnutrition** Number of MAM PLW in need of BSFP or High Energy Biscuits (HEB) = population of PLW x Expected coverage for BSFP or HEB

## Annexes

[\(French\) Global Nutrition cluster/UNICEF/USAID, Nutrition humanitarian needs analysis guidance, 2018](#)

[UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, Food and nutrition needs in emergencies, 2004](#)

[\(French\) The Sphere Handbook, 2018](#)

## 5. Liens

[NutVal.Net Organisation mondiale de la santé, Food and nutrition needs in emergencies \(Bes... « Harmonised Training Package \(HTP\): Resource material for training and learnin... Le manuel Sphère - Sécurité alimentaire et nutrition](#)

## 6. Contacts principaux

Section de la santé publique du HCR, Division de la résilience et des solutions : [hqphn@unhcr.org](mailto:hqphn@unhcr.org)