

Interventions de prévention et de traitement de la malnutrition dans les situations d'urgence

19 janvier 2024

Points clés

- La prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments dans les situations d'urgence est essentielle, au vu de leurs effets sur la santé, le bien-être et la survie globale des populations affectées.
- La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) est une approche normalisée efficace de traitement de la malnutrition en situation d'urgence.
- Les programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U) préviennent la malnutrition et sauvent des vies. Il est impératif de sensibiliser aux bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en cas de situation d'urgence nutritionnelle concernant des réfugiés, ainsi que de soutenir ces pratiques.
- Les populations vulnérables doivent bénéficier d'un régime alimentaire varié et d'apports en micronutriments suffisants. Détecter les carences en micronutriments et cibler les groupes les plus exposés à ce risque est essentiel pour améliorer la santé et le bien-être globaux des populations réfugiées.
- La collaboration entre les partenaires et le respect des normes et directives permettent une mise en œuvre efficace des interventions en matière de nutrition.

1. Aperçu

Dans les situations d'urgence, les interventions en matière de nutrition sont essentielles pour prendre en charge la malnutrition aiguë, prévenir les carences en micronutriments et promouvoir l'adoption de bonnes pratiques s'agissant de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le présent document décrit les principes et mesures critiques de lutte contre la malnutrition et de

promotion d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant pendant la phase initiale (et décisive) des situations d'urgence impliquant des réfugiés.

2. Pertinence pour les opérations d'urgence

Les interventions en matière de nutrition, notamment la PCMA, l'ANJE-U et la supplémentation en micronutriments sont des piliers des interventions d'urgence, en particulier dans les crises impliquant des réfugiés. Elles répondent directement aux besoins nutritionnels immédiats des populations vulnérables. La PCMA donne aux communautés les moyens de dépister et de traiter la malnutrition aiguë, tandis que l'ANJE-U promeut des pratiques saines en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que le soutien aux mères et aux donneurs de soins. La supplémentation en micronutriments prévient les carences et s'inscrit dans l'engagement du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) en faveur de la mobilisation communautaire, de la protection et de la prestation de services de santé essentiels.

3. Conseils principaux

Phase d'urgence

Prise en charge de la malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë est un problème de santé sévère caractérisé par une détérioration rapide de l'état nutritionnel. La malnutrition aiguë globale mesure la détérioration nutritionnelle récente chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Le HCR s'est donné pour objectif de contenir la prévalence de la malnutrition aiguë parmi la population réfugiée en dessous du seuil des 10 %. Pour ce faire, il doit garantir avec ses partenaires la disponibilité de programmes de traitement adaptés aux réfugiés atteints de malnutrition aiguë. Ces programmes doivent faciliter l'accès des réfugiés aux installations de la communauté d'accueil, garantir que leurs capacités soient en adéquation avec les besoins des réfugiés et mettre en place de nouvelles installations si nécessaire.

Mes programmes de traitement doivent suivre les principes de PCMA définis par l'Organisation mondiale de la Santé, le HCR et les directives nationales. La PCMA se concentre sur la détection des cas de malnutrition, le traitement et les soins de suivi. Le modèle comprend diverses composantes tenant compte de la sévérité de la malnutrition.

Principales mesures :

- Dépister systématiquement la malnutrition à l'aide de la mesure du périmètre brachial à mi-hauteur ou du calcul du poids pour taille (selon des seuils de classification validés). La sévérité de la malnutrition détermine l'urgence du traitement.
- Les programmes doivent mettre des services hospitaliers et ambulatoires à disposition pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère. Ils doivent collaborer avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour assurer la fourniture de produits thérapeutiques et un soutien en faveur du renforcement des capacités du personnel, comme indiqué dans le mémorandum d'accord mondial HCR/UNICEF. Les programmes doivent, dans la mesure du possible, exploiter et renforcer les capacités du système de

santé.

- Les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales nécessitent une stabilisation de l'état à l'hôpital, avec alimentation thérapeutique, traitement médical et surveillance. La transition vers les soins ambulatoires a lieu une fois l'état stabilisé.
- Les cas de malnutrition aiguë sévère qui ne nécessitent pas de soins hospitaliers bénéficient d'une prise en charge en ambulatoire comprenant la fourniture d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, des soins médicaux et des consultations de suivi régulières lors desquelles les aidants sont conseillés et soutenus et l'état contrôlé.
- Le traitement de la malnutrition aiguë modérée repose sur des services ambulatoires fournis en collaboration avec le Programme alimentaire mondial (PAM) de façon à garantir la fourniture d'aliments d'appoint conformément au mémorandum d'accord mondial HCR/PAM. Les programmes d'alimentation complémentaire fournissent des aliments déshydratés ou non, ou bien facilitent l'accès à une alimentation complémentaire saine.
- Établir des liens pérennes entre les différentes composantes des programmes de PCMA (mobilisation communautaire, communication, recherche active de cas, orientation, suivi, prise en charge hospitalière, traitement ambulatoire et alimentation complémentaire) et les services de santé et de prévention. Les programmes doivent impérativement informer les communautés au sujet de la malnutrition et les faire participer aux mesures d'amélioration des résultats nutritionnels.
- Le soutien nutritionnel en faveur de la prise en charge de la malnutrition doit systématiquement inclure les femmes enceintes et allaitantes et faire partie intégrante des services de soins et de traitement dont bénéficient les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida ou atteintes de tuberculose. Le soutien doit également être adapté à l'âge, au genre et au handicap.
- Il convient de mettre en place un cadre complet de suivi et d'évaluation afin de mesurer la PCMA, qui aborde la couverture, la qualité et les résultats du traitement. Le réexamen et l'analyse réguliers de ces éléments doivent permettre d'ajuster et d'améliorer les programmes.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U)

En situation d'urgence, les programmes d'ANJE-U contribuent à sauver la vie de nombreux nourrissons et jeunes enfants vulnérables et jouent un rôle essentiel dans la prévention de la malnutrition et des carences en micronutriments, même lorsque la malnutrition aiguë n'est pas une préoccupation générale.

Les programmes doivent adopter une approche globale du soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) qui protège, promeuve et soutienne l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois et allie alimentation complémentaire adéquate pour les enfants de plus de six mois et allaitement maternel continu. Les agents de sensibilisation communautaire et le personnel des centres de santé et de nutrition au sein des centres de transit et d'accueil et des zones d'installation de réfugiés doivent réagir rapidement lorsqu'ils apprennent que des nourrissons de moins de six mois ont des difficultés à se nourrir au sein ou à consommer les aliments de substitution. Il convient d'identifier les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas allaités et de les orienter d'urgence vers du personnel qualifié qui sera chargé d'évaluer leur état et de prendre les mesures qui s'imposent.

Le HCR et ses partenaires doivent faire en sorte que les réfugiés aient toujours accès à des services et installations d'aide à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux différents points de prestation de services.

Principales mesures :

- Assurer la disponibilité d'infrastructures d'aide à l'allaitement maternel et à l'alimentation complémentaire en mettant en place des espaces adaptés aux nourrissons aux différents points de contact des centres d'accueil, au sein des établissements de soins de santé et communautaires. Ces espaces doivent permettre de déterminer l'état nutritionnel des nourrissons et jeunes enfants, promouvoir une alimentation adéquate, prodiguer des conseils, fournir un soutien psychosocial ou orienter vers une aide le cas échéant. Les programmes sont également tenus de communiquer des informations de façon à lutter contre les idées fausses identifiées concernant la capacité des femmes à allaiter en situation d'urgence.
- Transmettre des messages clairs encourageant une mise en place précoce de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et sa poursuite pour les nourrissons allaités au sein ou ayant une alimentation mixte. Les programmes doivent identifier les nourrissons, enfants et mères les plus exposés au risque de rencontrer des difficultés d'alimentation en cas de situation d'urgence, notamment les nourrissons présentant un poids insuffisant à la naissance, les enfants émaciés, les enfants handicapés, les nourrissons exposés au VIH, les nourrissons orphelins et les mères souffrant de malnutrition ou gravement malades. Il convient d'identifier les couples mère-enfant confrontés à des difficultés de mise en place opportune et de poursuite de l'allaitement maternel et de leur apporter une aide adéquate.
- Identifier de manière précoce les nourrissons qui dépendent exclusivement du lait maternel et contribuer à l'approvisionnement en préparations pour nourrissons durables et conformes au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (« Code »), ainsi qu'en matériel afin de permettre une préparation sûre des aliments, conformément aux directives générales du pays.
- Il faut promouvoir la distribution d'aliments complémentaires adaptés aux nourrissons et jeunes enfants de six à 23 mois ainsi que veiller à la disponibilité et à la poursuite d'un régime alimentaire nutritif pour les femmes enceintes et allaitantes.
- Malgré la ratification du [Code](#) par de nombreux pays, la quasi-totalité des situations d'urgence est le théâtre de dons indus de préparations en poudre et d'autres aliments pour nourrissons. Il a été observé que ces dons se substituaient à l'allaitement maternel en cas de crise. Il est nécessaire d'assurer la prévention et le contrôle en déterminant si les dons de substituts du lait maternel constituent un problème et en veillant à ce que les informations nécessaires à la conformité au Code soient transmises aux acteurs concernés. Le HCR ne soutient, n'accepte, ni ne distribue aucun produit commercial destiné aux nourrissons ou aux jeunes enfants, qu'il s'agisse de substituts du lait maternel (préparations pour nourrissons, autres types de laits, aliments complémentaires commerciaux) ou de matériel d'alimentation (biberons, tétines, tire-lait, etc.). Les produits de substitution du lait maternel nécessaires doivent être achetés par le HCR ou un partenaire désigné et distribués dans le cadre d'un ensemble de soins coordonnés, continus et fondés sur les besoins évalués. Ces processus doivent être conformes au Code, comme indiqué dans les [directives opérationnelles relatives à l'alimentation du nourrisson](#)

[et du jeune enfant dans les situations d'urgence.](#)

- Selon le cadre d'action multisectoriel de l'ANJE, tous les secteurs doivent tenir compte des besoins spécifiques des nourrissons, des jeunes enfants, des mères allaitantes et des prestataires de soins afin de faciliter l'accès aux services de base (abri, sécurité, aide alimentaire, promotion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, santé) et d'éviter que l'aide humanitaire ne compromette les pratiques d'ANJE sûres par des interventions inadaptées. La vidéo détaillant les liens avec les autres secteurs est disponible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=biQC7HXMkWA>.
- En collaboration avec les partenaires de nutrition, les programmes doivent envisager de publier une [déclaration commune](#) et une [procédure opérationnelle standard](#) pour contribuer à une action multisectorielle immédiate et coordonnée au service de l'ANJE au début de la situation d'urgence. Ces documents enjoignent les différents acteurs participant à la prise en charge de la crise impliquant des réfugiés à protéger, promouvoir et soutenir les bonnes pratiques en matière d'alimentation et de soins du nourrisson, du jeune enfant, de la mère et de la femme enceinte. Il convient en outre de souligner que cela est essentiel pour assurer la santé et la survie, la croissance et le développement maternels et infantiles ainsi que pour lutter contre la malnutrition.

Interventions axées sur la réduction des carences en micronutriments dans les situations d'urgence

Les situations d'urgence sont propices au développement et à l'aggravation de carences en micronutriments. Elles exposent les populations à de graves risques sanitaires, en particulier les groupes vulnérables tels que les enfants et les femmes. Le manque d'accès à une alimentation diversifiée et la faible diversité alimentaire jouent un rôle majeur à cet égard. Les enfants et les mères carencés en micronutriments sont plus vulnérables aux infections et aux maladies. Leur taux de mortalité est supérieur à la moyenne. Pour leur croissance, leur développement et leur survie, ces carences doivent être corrigées.

Principales mesures :

- Évaluer la prévalence des carences en micronutriments et identifier les groupes les plus exposés : Les programmes de supplémentation en micronutriments doivent être conçus de manière stratégique sur la base d'une compréhension claire des facteurs favorisant les carences et des risques associés. Il est impératif d'identifier les principales causes des carences en micronutriments : accès insuffisant à des aliments riches en nutriments, manque de soins adéquats à destination des femmes et des enfants, services de soins de santé peu développés, environnements insalubres. L'évaluation doit notamment analyser le régime alimentaire au regard des apports nutritionnels conseillés, les pratiques alimentaires, les habitudes alimentaires culturelles et l'accès aux services de soins de santé.
- Garantir l'accès aux programmes d'alimentation, de nutrition et de santé : La prévention et la prise en charge des carences en micronutriments en situation d'urgence reposent en grande partie sur des interventions globales en matière d'alimentation, de nutrition et de santé. Il convient de veiller à ce que les rations alimentaires et/ou le régime alimentaire respectent les normes internationales relatives aux apports en micronutriments. Lorsque ces normes ne sont pas respectées, il devient nécessaire d'envisager la distribution

d'aliments supplémentaires enrichis en micronutriments, en particulier aux enfants et aux femmes ayant des besoins nutritionnels particulièrement importants. Lorsqu'ils identifient une carence, les programmes doivent fournir une supplémentation (campagnes de supplémentation en vitamine A à destination des enfants, supplémentation en fer et en folate pour les femmes enceintes et allaitantes, etc.) et un traitement adéquats.

- Renforcer les pratiques importantes de santé et de nutrition : Outre les interventions nutritionnelles, les programmes doivent assurer le respect de bonnes pratiques d'ANJE, de contrôle des maladies et des parasites, de gestion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, et d'accès aux services de soins de santé. Ces facteurs jouent un rôle majeur dans la prévention et la prise en charge des carences en micronutriments dans les situations d'urgence.

Principes généraux :

- Le HCR doit veiller à ce que les réfugiés bénéficient d'une aide alimentaire ou d'une aide en espèces suffisante, de programmes de traitement de la malnutrition aiguë et d'une aide à l'alimentation des nourrissons, soit par l'intégration des réfugiés dans les systèmes nationaux, soit, si cela échoue, par l'amélioration ou la création de tels services. Le cas échéant, il doit conclure des accords de partenariat de manière précoce afin que le ministère de la Santé ou les organisations non gouvernementales partenaires puissent rapidement mettre en œuvre les interventions en collaboration avec le PAM et l'UNICEF.
- Un nutritionniste expérimenté du HCR ou un agent de santé publique du HCR formé possédant des connaissances approfondies en matière de nutrition dans les situations d'urgence doit diriger l'intervention axée sur la nutrition en cas de sous-nutrition grave ou de problème général d'alimentation du nourrisson.
- Le HCR doit également veiller à ce que la situation nutritionnelle fasse l'objet d'un suivi et de rapports réguliers fondés sur le système d'information intégré sur la santé des réfugiés, afin que les partenaires puissent réagir rapidement si la situation évolue. L'équipe du système d'information intégré sur la santé des réfugiés se tient à prêtre à apporter son aide sur le terrain ou à distance. Contactez hqhis@unhcr.org pour plus d'informations.

Phase post-urgence

Faire passer la prise en charge de la malnutrition de la phase d'urgence à la phase de relèvement rapide et assurer la continuité des programmes d'ANJE-U et des interventions de supplémentation en micronutriments.

4. Normes

Indicateurs de performance

A : Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë

La norme ci-dessous s'applique aussi bien aux situations d'urgence qu'aux situations prolongées.

Indicateurs d'évaluation de l'efficacité de la PCMA (programmes d'alimentation thérapeutique et complémentaire) pour les enfants de moins de cinq ans vivant dans des camps de réfugiés.

Indicateurs	Programmes d'alimentation complémentaire ciblés (prise en charge de la malnutrition aiguë modérée)	Programmes d'alimentation thérapeutique (prise en charge de la malnutrition aiguë sévère)
Couverture	Milieu rural > 50 %	> 50 %
	Milieu urbain > 70 %	> 70 %
Camps et zones d'installation	> 90 %	> 90 %
Guérison**	> 75 %	> 75 %
Abandon***	< 15 %	< 15 %
Décès****	< 3 %	< 10 %

*Les programmes d'alimentation thérapeutique incluent des services pour patients hospitalisés comme en soins ambulatoires.

****Guérison**. Pourcentage d'enfants ayant satisfait aux critères de sortie définis par le programme.

*****Abandon**. Pourcentage d'enfants du programme absents pendant trois semaines ou deux pesées consécutives, ou répondant aux critères d'abandon des protocoles en vigueur dans le pays. Les abandons peuvent être confirmés ou non.

******Décès**. Pourcentage de décès, toutes causes confondues, d'enfants inscrits au programme.

Les indicateurs ci-dessus doivent être obtenus à partir du rapport sur le [Système intégré d'information sur la santé des réfugiés](#) du HCR, qui permet de produire des rapports mensuels sur les programmes d'alimentation thérapeutiques et les programmes d'alimentation d'appoint.

Couverture. On mène généralement une enquête de couverture. Dans les situations d'urgence, on peut estimer la couverture en calculant le pourcentage de personnes éligibles inscrites aux programmes (nombre de personnes éligibles inscrites / nombre de personnes éligibles dans la population cible). Cette estimation peut avoir lieu dans le cadre d'une [enquête nutritionnelle normalisée élargie](#).

B : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Indicateurs ANJE	Cible du HCR
Mise en place précoce de l'allaitement maternel	≥ 85 %
Allaitement maternel exclusif avant six mois	≥ 75 %
Poursuite de l'allaitement maternel à un an	≥ 90 %
Poursuite de l'allaitement maternel à deux ans	≥ 60 %
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	> 60 %
<i>Les indicateurs ci-dessus peuvent être obtenus à partir de l'enquête nutritionnelle normalisée élargie.</i>	
Les mères allaitantes ont accès à des conseillers qualifiés	Oui/non
Les aidants ont rapidement accès à des aliments complémentaires sûrs et adaptés aux enfants âgés de six à 23 mois, y compris d'un point de vue nutritionnel	Oui/non
Aucune infraction au Code, ou traitement dans les meilleurs délais de toute infraction au Code ayant trait à des dons de substituts du lait maternel, de produits laitiers liquides, de biberons et de tétines.	Oui/non
Les aidants ont accès à des stocks de substituts du lait maternel adéquats et conformes au Code, ainsi qu'à l'aide associée pour les nourrissons qui ont besoin d'une alimentation artificielle.	Oui/non

C : Interventions axées sur la réduction des carences en micronutriments

Indicateurs de l'adéquation de l'apport en micronutriments	Cible
Supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois (6-59 mois)	> 90 %
Prévalence de l'anémie parmi les enfants âgés de six à 59 mois et les femmes âgées de 15 à 49 ans	< 20 %
Couverture de la vermifugation au cours des six derniers mois (12-59 mois)	≥ 75 %
Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer (6-23 mois)	> 60 %

Les indicateurs ci-dessus peuvent être obtenus à partir de l'[enquête nutritionnelle normalisée élargie](#).

5. Politiques et lignes directrices

Annexes

[WFP, Food and Nutrition Handbook, 2018](#)

[\(French\) UNHCR, Infant and young child feeding practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breastmilk Substitutes \(BMS\) in Refugee Situations for children 0-23 months, 2015](#)

[\(French\) UNHCR, Infant and Young Child Feeding in refugee Situations: A multi-Sectoral Framework for Action, 2018](#)

[UNHCR Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to Reduce Micronutrient Deficiencies and Malnutrition in refugee Populations, 2011](#)

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

6. Liens

[PAM, Manuel de l'alimentation et de la nutrition, 2018](#) [HCR, Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : Procédur...](#) [HCR, UNHCR Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to R...](#) [Le manuel Sphère - Sécurité alimentaire et nutrition](#)

7. Contacts principaux

Section de la santé publique du HCR, Division de la résilience et des solutions : hqphn@unhcr.org