

**Rapport final pour la revue de
l'apprentissage en temps réel sur la
réponse nutritionnelle en République
Démocratique du Congo**

25 février 2020

A propos de MQSUN+

MQSUN+ vise à offrir de l'assistance technique au Ministère du développement international (DFID) afin d'améliorer la qualité des programmes spécifiques et sensibles à la nutrition. Le projet est pourvu en ressources par un consortium de cinq organisations non-gouvernementales spécialisées dans le domaine de la nutrition. PATH dirige le consortium.

Le groupe s'engage à :

- Élargir la base de données sur les causes de la sous-nutrition.
- Améliorer les compétences et les capacités de soutien de renforcement des programmes spécifiques et sensibles à la nutrition.
- Fournir la meilleure orientation possible pour soutenir la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation du programme.
- Augmenter les innovations en matière de programmes nutritifs.
- Partager les connaissances pour transmettre les leçons apprises dans le DIFD et au-delà.

Les partenaires de MQSUN+

L'université Aga Khan (AKU)

DAI Global Health

Development Initiatives (DI)

NutritionWorks (NW)

PATH

Contact

PATH | 455 Massachusetts Avenue NW, Suite 1000 | Washington, DC 20001 | USA

Tél : +1(202) :822-0033

Fax : +1(202) :457-1466

A propos de cette publication

Ce rapport a été produit par PATH par l'intermédiaire du programme MQSUN+ pour résumer les conclusions de l'analyse d'apprentissage en temps réel au sujet de la réponse de nutrition dans la République Démocratique du Congo, demandée par DFID.

Ce document a été produit grâce au soutien de UK aid et du gouvernement britannique ; cependant, les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.



Table des matières

Abréviations :.....	v
Résumé analytique	1
Introduction	5
Vue d'ensemble	5
Méthodes.....	7
Objectifs.....	8
Apprentissage clé sur la prévention et le traitement de la malnutrition dans les situations d'urgence en RDC.....	9
1. Comprendre les facteurs principaux de la malnutrition aigüe.....	9
2. Informations pour apprécier, suivre et évaluer les crises de nutrition.....	12
3. Stratégies de réponse à la malnutrition aigüe.....	16
4. Suivi et évaluation des Interventions.....	24
5. Maximiser l'efficacité et l'efficacé des interventions	29
6. Acteurs, normes et directives.....	31
7. Capacité de résilience et durabilité des interventions	34
8. Nexus humanitaire-développement.....	36
9. Priorités de plaidoyer	37
10. Lacunes en connaissance et en données.....	39
Conclusion	40
Références	42
Annexe 1. Organismes participants.....	46
Annexe 2. Programme de consultation	47
Annexe 3. Programme de l'atelier.....	49
Annexe 4. Résumé des facteurs nutritionnels	51
Annexe 5. Résumé des approches innovantes.....	57
Annexe 6. Evaluation des directives du cluster nutritionnel	59
Commentaires généraux	59
Commentaires spécifiques.....	59

Liste des tableaux

Tableau 1. Questions spécifiques auxquelles l'exercice d'apprentissage en temps réel tente de répondre.	6
Tableau 2. Evaluation rapide des modèles de réponse d'urgence pour la nutrition En RDC.....	19
Tableau 3. Evaluation rapide des interventions nutritionnelles En RDC, basée sur le critère de l'OCDE.....	27
Tableau 4. Résumé de l'évaluation des stratégies nutritionnelles prévues qui développent la résilience en RDC (tiré des directives nutritionnelles).	34
Tableau 5. Priorités de plaidoyer d'un acteur cible.	38
Tableau 6. Liste des organismes participants.	46
Tableau 7. Phases et détails de la consultation.	47
Tableau 8. Programme de l'atelier en français.....	49
Tableau 9. Exemples d'indicateurs clé de santé et nutrition maternelle.....	53
Tableau 10. Exemples d'indicateurs clé de santé et nutrition infantile.....	54
Tableau 11. Indicateurs clés ANJE	55
Tableau 12. Résumé des approche innovantes	57
Tableau 13. Table des matières réexaminée avec suggestions en bleu.	63

Abréviations

ACF	Action contre la Faim
ALIMA	<i>Alliance for International Medical Action</i> (Alliance pour l'action médicale internationale)
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
ASPE	Aliment supplémentaire prêt à l'emploi
BCZS	Bureau central de la zone de santé
CAC	Cellule d'animation communautaire
CoDeSa	Comité de développement de l'aire de santé
COOPI	<i>Cooperazione Internazionale</i>
CPI	Comité permanent interorganisations
CPS	Consultation préscolaire
CQI	<i>Continuous Quality Improvement</i> (amélioration continue de qualité)
CS	Centre de santé
CU5	<i>Children Under 5 years old</i> (enfants de moins de 5 ans)
DFID	<i>UK Department for International Development</i> (ministère du développement international du Royaume-Uni)
DHIS2	<i>District Health Information System II</i> (Système d'information sanitaire de district II)
DPS	Division provinciale de la santé
EVD	<i>Ebola Virus Disease</i> (maladie virale Ebola)
FEFA	Femmes enceintes et femmes allaitantes
GMP	<i>Growth Monitoring and Promotion</i> (Surveillance et promotion de la croissance)
HDN	<i>Humanitarian-Development Nexus</i> (nexus humanitaire-développement)
HGR	Hôpital général de référence
HH	<i>Household</i> (ménage)
HSS	<i>Health Systems Strengthening</i> (renforcement des systèmes de santé)
IMA	<i>Interchurch Medical Assistance</i> (aide médicale interéglises)
IPC	<i>Integrated Phase Classification</i> (classement de phase intégrée)
IT	<i>Information Technology</i> (technologie informatique)
IYCF/ANJE	<i>Infant and Young Child Feeding</i> (alimentation des nourrissons et des jeunes enfants)
MA	Malnutrition aigüe
MAG	Malnutrition aigüe mondiale
MAM	Malnutrition aigüe modérée
M&E	<i>Monitoring and Evaluation</i> (suivi et évaluation)
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i> (étude de groupes à multiples indices)
MIRA	<i>Multisectoral Initial Rapid Assessment</i> (évaluation initiale rapide multisectorielle)
MOPH	<i>Ministry of Public Health</i> (ministère de santé publique)
MQSUN+	<i>Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus</i> (maximiser la qualité du renforcement de la nutrition)
NAC	Nutrition à assise communautaire
NNC	National Nutrition Cluster (<i>cluster national de nutrition</i>)
OCHA	<i>UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs</i> (bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations-Unies)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations-Unies
PAM	Programme alimentaire mondial

PB	Périmètre brachial
PCIMA	Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PDSS	Programme de développement du système de santé
PEC MAM	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
PEC MAS	Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
PRH	Plan de réponse humanitaire
PRONANUT	Programme national de nutrition
QI	<i>Quality Improvement</i> (amélioration qualitative)
RDC	République démocratique du Congo
ReCo	Relais communautaire
RAR	<i>Real-time Learning Review</i> (analyse d'apprentissage en temps réel)
SANRU	Santé Rurale
SMART	<i>Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions</i> (programme normalisé de suivi et d'évaluation des secours après la crise)
SNSAP	Surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce
SUN	<i>Scaling Up Nutrition movement</i> (mouvement de renforcement de la nutrition)
TOC	<i>Theory of Change</i> (théorie du changement)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNTI	Unité nutritionnelle thérapeutique intensive
USAID	<i>US Agency for International Development</i> (agence américaine de coopération internationale)
WASH	<i>Water, Sanitation and Hygiene</i> (eau, assainissement et hygiène)
ZS	<i>Zone de santé</i>

Résumé analytique

Le ministère Britannique du développement international (DFID) soutient des projets humanitaires et de développement de nutrition en République Démocratique du Congo (RDC), où les taux de malnutrition aigüe et chronique sont très élevés. Pour soutenir la réponse nutritionnelle dans les zones où les risques de morbidité et de mortalité sont les plus élevés, DFID RDC a demandé à Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) de conduire une revue sur l'apprentissage en temps réel pour identifier et aider les parties prenantes à tirer des enseignements de ce qui fonctionne bien et de ce qui doit être renforcé dans la prévention et le traitement de la malnutrition aigüe (MA). Ceci comprenait un apprentissage issu des pratiques actuelles, de la recherche et de l'innovation en RDC et dans d'autres contextes pertinents. En septembre et octobre 2019, l'équipe a analysé les documents et les données du projet et a mené une consultation des acteurs à distance et en personne. Les principales leçons, par zone d'enquête requise par DFID (**Tableau 1**), sont détaillées comme suit :

- **Les acteurs doivent mieux comprendre- afin d'agir- les principaux facteurs de la MA.** Les facteurs sont universels, mais dans un contexte spécifique, les interactions dynamiques entre les déterminants et les comportements peuvent renforcer ou équilibrer les effets, en agissant simultanément sur plusieurs niveaux et en rendant les voies de la nutrition difficile à éclaircir et à comprendre. Pour plus de clarté, il est important d'adopter une vue complète du continuum de soins, en mettant le couple mère-enfant au centre et en prenant en compte les besoins variés (et parfois en concurrence) de ce couple. Ceci permettrait des approches sur mesure pour répondre à la MA et améliorer la santé et la survie infantiles ; approches qui prennent en compte à la fois les problèmes liés à la santé (comme les infections, la santé mentale) et non-liés à la santé (comme les problèmes socio-économiques, culturels ou géographiques).
- **Un rendu plus ponctuel des informations pour analyser, suivre et évaluer les crises de nutrition est nécessaire.** Deux systèmes d'alerte s'inspirent de systèmes de surveillance nationaux multi-sectoriels et d'enquêtes de petits secteurs. Cependant, aucun n'est assez agile pour fournir une évaluation en temps réel ou pour provoquer une réponse rapide couvrant adéquatement les zones à plus haute priorité. Dans un contexte de faible accès et de faible utilisation des services de santé, être tributaire d'un système de surveillance qui dépend d'autres systèmes déficients en matière d'extraction de données est un obstacle considérable à une prise de décision adéquate (alerter, hiérarchiser ou contrôler la vulnérabilité). Néanmoins, des données en temps réel venant d'un système de surveillance étendu seraient préférables à des données tardives venant d'enquêtes de petits secteurs qui dépendent eux-mêmes d'alertes tardives et de ressources insuffisantes.
- **Les stratégies de réponse à la MA doivent mieux intégrer les activités de prévention/traitement et de développement/urgence.** Les programmes de développement qui soutiennent la prévention de la MA sont peu nombreux ou déficients, avec une absence notable de traitement. C'est pourquoi, des plans d'intervention d'urgence, la plupart desquels sont des activités à court-terme et autonomes, tentent de combler les lacunes. Des interventions de développement incluant un élément d'urgence nutritionnelle avec un financement temporaire d'urgence seraient davantage capables de s'appuyer sur les structures existantes et de les renforcer ; cependant, leur couverture géographique est limitée et ne peut pas couvrir tous les besoins.

- **Le Suivi et l'évaluation des interventions doivent être flexibles et centrés non seulement sur les activités prévues mais aussi sur les besoins changeants.** Le parcours linéaire du suivi des programmes compare le progrès et les résultats par rapport à ce qui est prévu, mais peut-être pas par rapport à ce qui est nécessaire. Ceci peut créer des ruptures de stock ou donner des résultats déroutants si les contextes ont changé à cause d'insécurité ou de mouvements de populations. De plus, cette approche n'est pas assez flexible pour s'adapter à un contexte qui change rapidement.
- **Maximiser l'efficacité et l'efficience des interventions exigera une approche d'apprentissage et d'adaptation.** Les stratégies de réponse d'urgence dépendent d'une orientation et de données mondiales mais font preuve d'une absence d'approche structurée et collective qui pourrait s'adapter à la réalité de la RDC et réfléchir sur la validité et la bonne mise en œuvre de l'action. Leur approche manque d'intégration de l'amélioration de la qualité, qui encouragerait une curiosité pour adapter les normes et des modalités pour entraîner les améliorations.
- **Les directives techniques devront peut-être évoluer davantage pour soutenir les acteurs dans l'exploitation de leur potentiel, leurs normes et leurs directives.** Les capacités de certains acteurs sont sous-estimées, inexploitées ou mal comprises. Les directives du cluster national de nutrition (NNC) sont un outil excellent pour assurer le respect des normes de base, coordonner les acteurs et les actions et adapter les stratégies au contexte et aux besoins d'urgence. Leur potentiel n'a pas encore été exploité et elles n'ont pas encore atteint tous ceux qui pourraient en profiter, mais une révision ultérieure répondrait à ces problèmes.
- **Une capacité de résilience¹ devra être développée pour une approche durable centrée sur la prévention de la MA tout en renforçant l'aptitude de gestion des traitements au besoin.** Plusieurs initiatives de développement ont montré leur capacité d'absorption en incluant des activités d'urgence qui développent des capacités de résilience, renforcent les services existants et répondent à des besoins nouvellement identifiés. Le contexte fragile de la RDC exige un renforcement des capacités de résilience des systèmes de santé et de communauté dans tous les programmes de développement, un plan de contingence pour combler la fracture au niveau des urgences, ainsi que l'inclusion d'une approche systémique pour renforcer de façon durable les services déficients ou mettre en place de nouveaux services au besoin.
- De même, **le nexus humanitaire-développement (HDN) doit être renforcé.** La redéfinition des stratégies de réponse en matière d'urgence suggère un modèle hybride, conçu comme une start-up en développement, avec une fenêtre d'opportunité pour inclure une approche de hausse subite adaptée nationalement pour répondre aux vulnérabilités principales dans les domaines de la santé et de la nutrition et pour développer des capacités de résilience afin d'absorber et de s'adapter aux chocs.
- **Le plaidoyer doit être mis en avant.** Le plaidoyer est une méthode insuffisamment exploitée pour surmonter les obstacles et attirer l'attention à de multiples niveaux. Le nouvel élan gouvernemental et nutritionnel offre des chances stratégiques. Des outils spécifiques aux pays peuvent être développés pour aider les efforts de plaidoyer nutritionnel qui soutiennent le HDN.

¹ La résilience a été définie de nombreuses façons mais est généralement perçue comme la capacité d'un système, d'une communauté ou d'un individu à résister, absorber, s'adapter et récupérer face à du stress et du changement (DFID 2011).

- **La priorité doit être donnée aux lacunes dans les connaissances et les données, les lacunes fondamentales doivent être adressées, et les leçons partagées.** Les essais et recherches en cours ou prévus sont des chances continues d'apprentissage, mais l'ensemble des personnes concernées n'y est pas toujours impliqué ou n'en est pas au courant. De plus, il n'y a pas de système pour hiérarchiser les questions de recherche fondamentales et aucune plateforme pour partager les données existantes et les leçons tirées de contextes spécifiques.

Les recommandations fondamentales pour les actions collaboratives des partenaires clé sont résumées ci-dessous :

1) Renforcer la direction technique et opérationnelle du Programme national de nutrition (PRONANUT) et ses partenaires :

- Renforcer les compétences de gouvernance et de gestion du PRONANUT en créant un environnement propice à l'apprentissage dans des contextes fragiles et qui changent rapidement.
- Equiper le PRONANUT pour accéder aux données et aux nouveaux apprentissages et les convertir en pratiques adaptées aux contextes afin d'en améliorer les directives, les systèmes et les structures et de piloter correctement et de soutenir ses partenaires (y-compris les organisations communautaires).

2) Renforcer la production de données nutritionnelles et les leçons tirées :

- Etablir une gestion (multisectorielle) de connaissances en matière de santé et de nutrition ainsi qu'une plateforme de discussion qui réunit les leçons tirées des données et les meilleures pratiques dans des environnements de développement et d'urgence et qui garantit le partage des connaissances entre toutes les parties prenantes.
- Renforcer les capacités de recherche des acteurs fondamentaux (comme PRONANUT et le milieu universitaire).
- Soutenir une collaboration dynamique entre les institutions académiques et de recherche réputées (des liens Sud-Sud et Nord-Sud entre les écoles de santé publiques et les universités) pour une gestion mutuelle des connaissances et des apprentissages.
- Soutenir la révision des programmes d'apprentissage dans le domaine de la nutrition, en incluant l'adaptation aux données et aux meilleures pratiques ; couvrir le développement des connaissances et des compétences pour ce qui est de l'évaluation des besoins ainsi que la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de nutrition dans l'enseignement supérieur.

3) Elargir les partenariats pour la nutrition :

- Garantir l'implication des acteurs fondamentaux (surtout ceux qui travaillent dans les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, le HDN et la production de données) dans les plateformes de discussions et de connaissances dans le domaine de la santé et de la nutrition, collaborer avec d'autres plateformes de gestion des connaissances selon le cas et faire en sorte d'inclure les besoins en urgence et en développement dans ces efforts.

4) Augmenter la capacité de plaidoyer nutritionnel :

- Renforcer la capacité des partenaires dans le domaine du plaidoyer nutritionnel et développer des programmes, des outils et des processus afin de mobiliser la volonté politique nécessaire du gouvernement et du parlement nouvellement élus pour adopter des projets de lois stipulant leur engagement au financement des programmes de nutrition.
- Plaidoyer pour élargir la réserve de nutritionnistes hautement qualifiés et positionner un nombre important de nutritionnistes de santé publique dans des ministères gouvernementaux et organisations clé afin d'opérer dans le cadre du mouvement pour le renforcement de la nutrition, couvrant à la fois les besoins en urgence et en développement.

En tirant des leçons de cet examen, les parties prenantes du contexte fragile de la RDC sont encouragées à mieux catalyser les opportunités et à ajuster les stratégies et les ressources afin d'améliorer les interventions d'urgence nutritionnelle basées sur un système robuste d'alerte qui réussit à mieux cibler les vulnérabilités. Les recommandations devront faire preuve de suivi au niveau de la faisabilité et de l'adaptation par des acteurs ayant une expertise contextuelle et technique adéquate. Les besoins nutritionnels immenses ignorés dans les milieux du développement et de l'urgence au sein de la RDC exigent un renforcement de la collaboration et des idées novatrices pour que les interventions d'urgences puissent prendre de l'avance et déclencher des changements en profondeur.

Introduction

Vue d'ensemble

La malnutrition en RDC est d'une ampleur immense, provoquée par des crises récurrentes d'insécurité, des déplacements de population et des épidémies, et davantage aggravée par des facteurs tels que les infections répétées et non-traitées, les pratiques inadéquates d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE), l'insécurité alimentaire, les faibles revenus, les faibles conditions de naissance, les infrastructures de santé sous-équipées, le faible niveau scolaire et le statut social peu élevé des femmes et les grossesses précoces. Une comparaison des données entre 2018 et 2013 suggère une légère amélioration des tendances chez les enfants de moins de 5 ans: la malnutrition aigüe globale (MAG) a diminué de 8 à 7 pour cent, et la malnutrition aigüe sévère (MAS), de 2,6 à 2 pour cent, tandis que le retard de croissance global s'est stabilisé aux alentours de 42 pour cent (Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité (MPSMRM et al. 2014). En 2013, 35 pour cent des enfants souffraient d'anémie (modérée et sévère) (Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité (MPSMRM et al. 2014). Récemment, 5 des 26 provinces ont dépassé les 10 pour cent de MAG, et 21 ont dépassé les 40 pour cent de retard de croissance, seuils de santé publique, indiquant une situation grave et critique (Institut national de la statistique (INS) et UNICEF 2019). A l'époque, le Plan de Réponse Humanitaire (PRH) estimait qu'en 2019, plus de 5,2 millions d'enfants de moins de 5ans seraient à risque de malnutrition aigüe (MA) et que 1,4 millions auraient besoin d'être traités pour MAS (OCHA 2018). De plus, les crises nutritionnelles ont augmenté ces dernières années, et les réponses d'urgence doivent se renforcer pour couvrir les besoins.

Bien qu'il y ait eu des investissements importants dans la prise en charge de la MA, ceux-ci n'ont pas encore été intégrés dans les services de santé de l'enfant de routine et ne couvrent qu'une partie du programme de développement sanitaire à long-terme. Au cours du premier trimestre de 2019, 366 000 enfants atteints de MAS et 349 000 enfants atteints de malnutrition aigüe modérée (MAM) ont été traités, avec une couverture estimée à 22 pour cent for la MAS et 17 pour cent pour la MAM (PRONANUT 2019a). La couverture et l'intensité des interventions multisectorielles efficaces pour prévenir l'émaciation et pour augmenter la résilience nutritionnelle sont limitées. Par conséquent, les réponses d'urgence comblent temporairement et de façon clairsemée, l'énorme écart entre les enfants MAS/MAM et la couverture de traitement. Elles ne sont pas censées améliorer la résilience nutritionnelle de la population ou le système de santé. Cette situation exige un réexamen de l'efficacité des approches afin de prévenir et de prendre en charge la malnutrition, dans les contextes d'urgence ainsi que de développement, et de prioriser les populations vulnérables.

Par l'intermédiaire de programmes d'investissements sensibles et spécifiques à la nutrition, le DFID soutient le gouvernement de la RDC et ses partenaires en s'employant à améliorer le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et des femmes allaitantes (FEFA) exposés à des chocs récurrents et des crises prolongées. C'est dans ce contexte que DFID RDC a demandé l'appui de MQSUN+ pour mener cette revue d'apprentissage en temps réel (RAR), qui vise à soutenir les parties prenantes clés dans le renforcement de la réponse nutritionnelle en identifiant et en tirant des leçons de ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et de ce qui pourrait être amélioré dans la prévention et la prise en charge de la MA. En apprenant ensemble et en

s'interrogeant sur les pratiques courantes, la recherche et l'innovation en RDC et les contextes similaires, les parties prenantes ont été invitées à « sortir des sentiers battus » pour explorer les complexités et les opportunités. Le **tableau 1** énumère les questions clé posées par DFID et couvertes par la RAR, ainsi que l'endroit où elles sont abordées dans ce rapport.²

Tableau 1. Questions spécifiques auxquelles l'exercice d'apprentissage en temps réel tente de répondre.

Questions d'analyse	Sections
1. Quelle est notre compréhension actuelle des facteurs principaux de la malnutrition aigüe en RDC ?	1. Comprendre les facteurs principaux de la malnutrition aigüe
2. En s'appuyant sur les données existantes, quelles stratégies d'intervention doivent être adoptées par les partenaires humanitaires pour mettre en place des activités de prévention, et en quoi cela diffère-t-il de la pratique courante ?	3. Stratégies de réponse à la malnutrition aigüe
3. Comment doit-on suivre de telles interventions afin d'évaluer leur résultat et leur impact sur la prévention de la malnutrition aigüe ?	4. Suivi et évaluation des Interventions
4. Dans quelle mesure est-ce que ces interventions peuvent provoquer des améliorations durables ? Que peut-on faire pour améliorer la résilience (individuelle / du ménage / du système) dans ce contexte, et quelles tranches d'âge doivent être prioritaires ?	7. Capacité de résilience et durabilité des interventions
5. Que peut-on apprendre de la recherche, des évaluations, des innovations et des pratiques émergentes en RDC et dans d'autres zones géographiques qui pourrait être pertinent dans l'effort de maximiser la rentabilité et l'efficacité du traitement de la malnutrition aigüe dans ce contexte ?	5. Maximiser la rentabilité et l'efficacité des interventions
6. Est-ce que les partenaires du cluster nutrition font ce qu'il faut pour traiter la malnutrition aigüe et au bon moment, en priorisant les bons groupes ? Est-ce que les directives techniques doivent évoluer compte-tenu de la situation nutritionnelle, de la capacité de réponse, des ressources disponibles et des dernières innovations et données ?	6. Acteurs, normes et directives
7. Est-ce que les informations nutritionnelles et les mécanismes de suivi actuels fournissent des données adéquates pour analyser la crise nutritionnelle, informer la priorisation et le timing des interventions et mesurer leur impact ?	2. Informations pour apprécier, suivre et évaluer les crises nutritionnelles
8. Quelles opportunités existent-ils de collaborer / de faire davantage des liens avec des interventions nutritionnelles et de santé (prévention et traitement) de développement ?	8. Liens entre humanitaire et -développement
9. Quelles sont les priorités de plaidoyer pour le gouvernement, les donateurs, les acteurs humanitaires et les partenaires de développement ?	9. Priorités de plaidoyer
10. Quelles sont les lacunes en matière d'analyse ou de recherche, et quelles sont les priorités pour une urgence efficace et efficiente en nutrition en RDC ?	10. Lacunes en connaissance et en données
11. Quel type de soutien technique ou de processus d'apprentissage en cours peut être utile à DFID aux partenaires opérationnels de nutrition et aux donateurs en RDC ?	Ceci sera couvert dans les termes de référence pour ce type de support.

² Les consultants soutiennent la terminologie qui évolue, mais ne l'ont pas utilisée, remplaçant « traitement » par « gestion » (dépistage, diagnostic et décision de traitement, traitement, rétablissement et suivi, prévention de rechute et réhabilitation) et « malnutrition aigüe » par « émaciation » et « œdème nutritionnel ».

Méthodes

Approche de la revue d'apprentissage rapide (RAR)

Un RAR est un exercice court et limité dans le temps, destiné à apporter une nouvelle perspective externe en temps voulu sur les opérations en cours. La méthode a un objectif qualitatif et de par sa nature ne fournit ni une analyse approfondie ni une évaluation complète. L'équipe de consultants facilitant le RAR, équilibrée du point de vue du genre, était composée de deux experts internationaux en nutrition.

Les participants à la revue ont été sélectionnés intentionnellement sur base de leur implication et de leur intérêt dans la lutte contre la MA en RDC, avec le souhait que leur implication stimulera l'appropriation et l'adoption des résultats de la revue. L'équipe a informé les participants de leurs rôles dans le RAR (en tenant compte de leur disponibilité et de leurs intérêts) et les a inclus dans les activités d'apprentissage. L'équipe a consulté 77 personnes (29 femmes) venant de 41 organismes partenaires. **L'annexe 1** présente la liste de ces organismes.

La revue a été faite en trois phases :

- **Lancement** : Des conversations avec les parties prenantes clé et un bref aperçu du contexte et des programmes actuels ont permis une compréhension de base des principaux facteurs de la MA (voir **Annexe 4**) et des approches de réponse en RDC.
- **Apprentissage collaboratif** : Des entretiens avec des informateurs clés (décideurs politiques, managers, employés de première ligne et bénéficiaires), ainsi que des visites sur le terrain pour observer la mise en oeuvre, ont permis d'obtenir plus d'informations sur l'efficacité des interventions, les défis et des enseignements tirés de la réponse. En outre, durant cette phase, un atelier participatif a été organisé sur la base de l'analyse initiale et des données probantes collectées, afin d'approfondir la compréhension commune et de formuler des recommandations.
- **Consolidation** : La dernière phase a permis consolider l'apprentissage collaboratif et les recommandations pour guider les prochaines étapes.

Dans les provinces de Kasaï et Kasaï Central, l'équipe a visité trois hopitaux généraux, neuf centres de santé et trois ménages. Elle a rencontré le personnel clé de deux Divisions provinciales de la santé, de trois bureaux centraux des zones de santé, de neuf aires de santé, des membres de groupes communautaires (Comité de développement de l'aire de santé ou CoDeSa, et Cellules d'animation communautaire ou CAC) et des agents de santé communautaire / Relais communautaires (ASC/ReCo) et des ménages avec des enfants MAS. **L'annexe 2** inclut l'itinéraire des visites, ainsi que les activités de consultation des parties prenantes effectuées avant et après.

Du 22 au 23 octobre 2019, l'équipe a animé un atelier avec les parties prenantes concernées pour développer le travail en cours pour renforcer la réponse nutritionnelle (voir **Annexe 3** pour les détails du programme). L'atelier a exploré la qualité de la stratégie de réponse nutritionnelle d'urgence par l'intermédiaire d'un apprentissage progressif, itératif, participatif et collaboratif des pratiques courantes et l'innovation afin d'examiner l'efficacité des stratégies de prévention et de traitement de la MA en RDC et d'identifier les leçons apprises pour influencer des changements. Parmi les participants, il y avait 47 représentants (dont 12 femmes) de 36 organismes partenaires ayant un intérêt dans le renforcement de la réponse dans la prévention et le traitement de la MA, y compris le

Programme national de nutrition (PRONANUT) ; le Cluster national de nutrition (NNC) ; les partenaires du cluster de nutrition ; le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) ; le Programme alimentaire mondial (PAM) ; l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID); la Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes ; la Banque mondiale ; et l'université de Kinshasa.

Considérations d'équité et de confidentialité des données

A toutes les étapes de la revue, l'équipe a invité les hommes et les femmes à participer à des entretiens et des ateliers et a fait en sorte d'introduire une discussion portant sur les disparités perçues entre les sexes ou les genres dans la prise en charge et la réponse à la MA. Les consultants ont veillé à ce que les personnes interrogées et les participants comprennent comment leurs informations personnelles étaient collectées et comment et pourquoi elles seraient utilisées, ainsi que la façon dont leur vie privée serait préservée.

Limites

En plus de la reconnaissance ci-dessus que le RAR n'était ni une analyse détaillée ni une évaluation complète, d'autres limites incluent les éléments suivants :

- L'analyse des résultats était la plupart du temps basée sur les perceptions et les connaissances tacites des participants, triangulées avec un apprentissage et des données probantes plus larges mais pas sur une revue systématique des données.
- Les visites sur le terrain n'ont pas inclus tous les modèles de réponse nutritionnelle d'urgence en place (comme le programme de réponse nutritionnelle rapide, le Pool d'urgence nutritionnelle du Congo, l'intervention menée par PRONANUT dans la province Ituri mise en place comme un service de routine pour les enfants). Les modèles ont été inclus dans les discussions, mais la revue peut avoir pu manquer un apprentissage intéressant.
- En raison de contraintes de transport, l'équipe n'a pas pu mener une préparation plus approfondie de l'atelier, et le programme de deux jours n'était pas suffisant comme souhaité pour un apprentissage et des discussions approfondies. Néanmoins, des partenaires clés nationaux et internationaux ont été informés à l'avance pour obtenir leur soutien efficace à la facilitation de l'atelier et ont trouvé les réunions utiles.
- Certaines parties prenantes n'ont pas été contactées pour mener l'enquête (comme l'Union européenne, les départements de santé de l'enfance du ministère de santé publique [MSP] et les institutions de recherche et de formation).

Objectifs

Ce rapport complète les rapports de démarrage (inception report) et d'atelier. Il consolide l'apprentissage général de l'exercice du RAR, en répondant aux questions clés posées par DFID et en fournissant des recommandations qui informent le soutien stratégique du DFID à la RDC. **Les annexes 5 et 6** incluent une liste actualisée des approches innovantes qui ont été identifiées et une évaluation des directives révisées du NNC. Un autre document à fournir est les termes de référence

d'une future assistance technique (TA) pour soutenir une approche renforcée de prévention et de traitement de la MA en RDC.

Apprentissage clé sur la prévention et le traitement de la malnutrition dans les situations d'urgence en RDC

Comme on l'a déjà vu, cet examen est structuré autour de questions clé au sujet de la réponse nutritionnelle en RDC (**Tableau 1**), résumées dans les sections suivantes : (1) comprendre les moteurs principaux de l'AM, (2) informations pour analyser, suivre et évaluer les crises de nutrition, (3) stratégies de réponses à la MA, (4) suivre et évaluer les interventions, (5) maximiser l'efficacité et l'efficacité des interventions, (6) acteurs, normes et directives, (7) capacité de résilience et durabilité des interventions, (8) nexus humanitaire-développement (HDN), (9) priorités de plaidoyer et (10) lacunes en connaissance et en données.

1. Comprendre les facteurs principaux de la malnutrition aigüe

Un RAR n'est pas un outil pour mener une analyse causale des déterminants de la MA, ni pour examiner de façon systématique les déterminants de santé et de nutrition tels que ceux identifiés dans les nombreuses études et enquêtes conduites en RDC. Cependant, une vue d'ensemble des facteurs principaux, établie par l'équipe des consultants au moment de la création, est disponible pour référence à l'**annexe 4**.

Les remarques basées sur les analyses causales rapides et les perceptions des parties prenantes collectées pendant les discussions et les visites sur le terrain ont été révélatrices. Les discussions des parties prenantes et des visites sur le terrain ont fréquemment cité comme causes de la malnutrition : la pauvreté, les familles nombreuses, les infections récurrentes et l'accès inadéquat aux soins de santé et l'insécurité alimentaire (y compris le manque d'accès et/ou la production d'aliments nutritifs, ainsi que de connaissances sur la façon de les préparer). Curieusement, l'insécurité alimentaire domine la réponse, évinçant souvent les interventions qui répondent à d'autres causes clés.

Diverses études ont pris ces problèmes en compte à différents moments. Récemment, une étude sur la résilience nutritionnelle dans la province de Kwango a décrit les déterminants du point de vue des systèmes dynamiques, dans lesquels de multiples facteurs contextuels et d'intervention interagissent entre eux et au niveau de l'individu, des ménages, de la communauté, des secteurs et de l'état. Les auteurs ont développé un cadre d'intervention qui encourage le renforcement du leadership dans les initiatives collectives ascendantes pour une amélioration de l'intérieur (PRONANUT, ACF, et Tufts 2019). Cette étude souligne également la robustesse du cadre de dénutrition de l'UNICEF (UNICEF 1990), trouvant de causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales similaires des résultats de la nutrition, dans de contextes de vulnérabilités et de

faible revenu comparables. En outre, elle a souligné « un fonctionnement social sous-optimal lié à un manque de gouvernance, un manque de confiance de la population en son propre potentiel et les relations entre les sexes qui accablent les femmes » sont des facteurs en interaction qui exigent des actions concrètes. Le cadre de l'étude place le ménage au centre, lié à la gestion collective des biens communs, et proposent des solutions adaptables qui tiennent compte des besoins et des attentes. Bien qu'à travers le Kwango et dans d'autres provinces, il existe des spécificités culturelles et de gouvernance, ce type d'approche pourrait être utile dans d'autres zones pour prendre en compte la myriade de facteurs et de formes de malnutrition. Le cadre pourrait être un outil utile pour créer un environnement propice au renforcement durable des systèmes de santé communautaires par les interventions de réponse d'urgence en développant une résilience individuelle, des ménages et du système et en encourageant un changement transformateur. Convertir les leçons et les outils de cette étude et des autres analyses en cours (**Annexe 5**) pourrait contribuer à améliorer les approches d'intervention.

La complexité du contexte et des déterminants interdépendants qui agissent simultanément sur de multiples niveaux souligne l'importance d'une perspective systémique sur la malnutrition, et le besoin d'une approche plus globale du problème de la malnutrition, combinant le continuum de soins et les soins centrés sur la personne. Les deux concepts mettent le bien-être du couple mère-enfant au centre, plutôt que la malnutrition, offrant un point de vue différent sur les causes et les besoins et permettant une approche plus intégrée de prestations de services. Une telle vue globale du continuum de soins de santé centré sur le couple mère-enfant stimulera l'identification et la prise en compte des besoins d'une priorité sanitaire perçue, y compris la (mal)nutrition, que le couple rencontre dans l'espace et le temps au cours d'une vie ; en d'autres termes, à travers :

- Les besoins biomédicaux, psychologiques, socioéconomiques et culturels (systèmes connectés).
- Les spécialités de soins et les niveaux de la pyramide de santé pour protéger, promouvoir, prévenir, dépister rapidement, prioriser et traiter selon la sévérité ou les complications (horizontalité du système de santé).
- Les différents niveaux du système de santé, des soins communautaires jusqu'à l'élaboration des politiques et la prise de décisions (verticalité du système de santé).
- Le cycle de vie, prenant en compte les besoins à des âges spécifiques et les services et soins correspondants au fil du temps (continuité [facteur temporel] des soins).

Actuellement, beaucoup d'acteurs de la nutrition définissent le concept du continuum de soins comme un lien entre les approches préventives et curatives pour assurer une nutrition optimale. Le concept élargi proposé ci-dessus, qui met le bien-être du couple mère-enfant au centre, peut aider à prioriser les besoins, identifier les causes principales de la sous-nutrition, respecter les choix et les préférences de la mère, répondre entièrement aux besoins de santé au fil du temps et chercher créativement des solutions disponibles et des ressources inexploitées. Par exemple, une mère avec un enfant malnutri peut avoir un autre enfant avec des priorités concurrentes ; la préparation des aliments nutritifs ou la recherche de soins de santé peuvent prendre du temps sur d'autres responsabilités ; une mère peut avoir des difficultés à créer des liens affectifs avec un enfant conçu par viol ; ou bien un stress post-traumatique ou un deuil peuvent empêcher la dispense de soins adéquats.

Les facteurs de la malnutrition, selon le cadre conceptuel, sont valables dans tous les contextes. Cependant, ce qui compte dans un contexte spécifique (et qui change constamment), est

l'interaction dynamique des déterminants, qui peut avoir des effets de renforcement ou d'équilibre et générer des résultats influençant le statut nutritionnel d'un individu et d'une population. La cause d'une pic d'urgence, ou de la vulnérabilité d'un seul enfant, est le produit de facteurs complexes qui interagissent, difficiles à comprendre et qui représentent bien plus que la somme (ou la liste) des déterminants. Le contexte de la RDC exige une approche dite de « contextes fragiles » qui brouille la fracture humanitaire-développement, renforce le triple nexus (y compris la paix) et rassemble les acteurs et les ressources pour soutenir les mêmes objectifs, en favorisant une approche basée sur les objectifs plutôt que sur les résultats (voir **section 8**).

Les individus (comme les bénéficiaires de soins, le personnel soignant, les personnes influentes) ou les groupes sont des acteurs sociaux qui font des choix et influencent les comportements (voir **section 6**). Les variations et les vulnérabilités contextuelles doivent donc être comprises en tant que résultats de l'interaction entre de facteurs de comportement, de chocs biomédicaux et environnementaux et de défaillances du système, comme le montrent les exemples (**encadré 1**) rencontrés lors des visites de terrain. Ces besoins complexes doivent être compris et traités, pas simplifiés.

Encadré 1. Complexités de la vie réelle de la prise en charge des soins de santé et de la nutrition de l'enfant.

Une mère a quatre enfants, dont un avec MAS et les autres en bonne santé. L'enfant avec MAS est né pendant une crise, durant laquelle le père est décédé et la famille a perdu ses moyens de subsistance, mettant la mère dans une situation désespérée.

Une mère à l'hôpital a trois enfants, dont une fille avec une MAS sévère et les autres en bonne santé. Pendant les 8 mois précédents, l'enfant avec MAS a subi de multiples épisodes infectieux, pour lesquels la mère a obtenu des soins de la part de plusieurs prestataires de santé. Cependant, le niveau de soins n'était pas forcément idéal et l'enfant a fini par arriver à l'hôpital avec un œdème sévère. Le programme de service MAS avait temporairement fermé (rupture de contrat), mais une petite quantité de lait thérapeutique était disponible, et la petite fille l'a reçu avidement et a commencé son rétablissement. Curieusement, des aliments thérapeutiques étaient disponibles dans un entrepôt à 100 m de l'hôpital mais n'avaient pas été mis à disposition parce que le contrat renouvelé n'avait pas encore été signé.

Dans les deux exemples, le système était un déterminant crucial dans la chaîne causale, le service reçu et le résultat de santé. La charge de la cause de l'échec n'a pas été produite par le système biomédical de l'enfant mais plutôt par une combinaison de fonctionnements inadéquats des systèmes de santé et socioéconomiques.

Recommandation 1: Améliorer la compréhension des facteurs de la MA

Convertir le cadre d'intervention nutritionnelle du Kwango en un outil de systèmes programmatiques et mener une étude de mise en œuvre pour tester leur effet sur l'amélioration de la capacité de résilience d'une population vulnérable. Tout d'abord, l'étude de mise en œuvre basée sur la théorie aiderait à développer, tester et affiner l'outil et explorer comment, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi il fonctionne (ou pas). Ensuite, l'outil affiné et les données produites permettraient le développement d'un modèle de simulation des dynamiques de systèmes (comme la modélisation à base d'agents et l'analyse des flux et stocks) pour compléter les modèles d'analyses statistiques, dont le développement pourrait être poursuivi afin de soutenir un apprentissage continu (ex « *serious games* » [jeux sérieux]). Le but de l'apprentissage serait d'améliorer la compréhension des facteurs de l'émaciation et du retard de croissance et leur relation avec la mortalité et d'offrir un outil pour soutenir l'apprentissage continu sur la résilience nutritionnelle, contribuant ainsi au renforcement des capacités locales de gouvernance.

Intégrer dans le [renforcement de système de santé \(RSS\)](#) des méthodes d'activités qui explorent les dynamiques complexes des déterminants de la malnutrition dans les zones prioritaires et utilisent une approche globale de continuum de soins basés sur des populations (qui favorise également un système de santé intégré) pour apprendre et comprendre comment personnaliser et (constamment) adapter les interventions par rapport à des contextes spécifiques fragiles/changeants. Ceci pourrait commencer par une étude de recherche sur la mise en œuvre intégrée des activités HSS prévues/en cours et pourrait couvrir différents aspects de différentes façons, en favorisant un apprentissage collaboratif et une gestion adaptative, par exemple :

- En mettant en pratique l'approche globale de continuum de soins basés sur le couple mère-enfant : les partenaires assistés par un expert en systèmes pourraient d'abord cartographier ce qu'il faut faire, de quelle façon et à quel niveau avec les ressources existantes et ensuite planifier comment intégrer de simples étapes clés dans les réunions en cours (d'apprentissage et de discussion) en utilisant, par exemple, un outil simplifié d'amélioration de qualité (QI) basé sur un cycle planifier-réaliser-vérifier-ajuster (la roue de Deming), une cartographie visuelle ou une image contexte. Ils pourraient ensuite surveiller les améliorations et consolider les apprentissages (voir l'approche d'amélioration continue de la qualité [CQI] dans les **sections 3 et 4**).
- En développant et en testant un modèle de simulation de la dynamique de systèmes avec des données produites par une surveillance du RSS qui fournit un apprentissage partiel dans des contextes complexes et changeants (voir la recommandation de Kwango ci-dessus).

2. Informations pour apprécier, suivre et évaluer les crises de nutrition

En RDC, plusieurs systèmes, méthodes et outils permettent d'apprécier, de suivre et d'évaluer périodiquement la vulnérabilité de la situation nutritionnelle et ses pics (poussées). En particulier, il existe deux systèmes d'alerte d'urgence spécifique à la nutrition qui sont un peu imbriqués. Le premier, la Surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP) de PRONANUT, qui existe depuis 2010, récolte des données mensuelles concernant six indicateurs³, y compris le dépistage et l'admission en traitement, depuis un ou deux sites sentinelles de consultations

³ Le « système d'alerte » SNSAP utilise les indicateurs clé suivants pour mesurer la sévérité des crises nutritionnelles : (i) la proportion d'enfants émaciés (périmètre brachial [PB] inférieur [$<$] 125 mm) est égale ou supérieure à [\geq] 20 pour cent, (ii) les nombres d'admissions MAS dans les centres de traitement montrent une hausse de 30 pour cent dans les 3 derniers mois, (iii) la proportion de femmes allaitantes avec un PB $<$ 230 mm est \geq 20 pour cent, (v) la proportion de CU5 avec un œdème nutritionnel est supérieure à ($>$) 5 pour cent et (vi) la proportion de faible poids à la naissance est \geq 10 pour cent. Les indicateurs sont triangulés avec des données sur les épidémies ; la production, les prix et la consommation de nourriture ; et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Une alerte est déclarée si quatre des indicateurs sur six et la moitié des indicateurs aggravants surpassent la limite établie basée sur les données des trois derniers mois.

préscolaires (CPS) dans des cliniques de la petite enfance d'une zone de santé. Le système d'alerte triangule les données mensuelles au niveau national avec les données provenant d'autres sources fiables, telles que le Système d'information de santé du district II (DHIS2). Ensuite, il vérifie la validité de l'alerte avec une enquête SMART [Surveillance et évaluation normalisées des secours et transitions], qui prend au minimum six semaines. Cependant, le système n'est pas robuste et ne peut pas couvrir toutes les alertes ; le mois précédent, seules 2 des 47 alertes ont été vérifiées par une enquête SMART, et en 2019 jusqu'au mois d'octobre, 7 des 24 enquêtes menées ont montré une prévalence d'émaciation (basée sur un PB < 125 mm) de moins de 10 pour cent et 3 d'entre elles une prévalence d'émaciation au-dessus de 15 pour cent. De plus, les zones de santé avec une hausse importante des enfants de moins de 5 ans MA peuvent être classées comme « à surveiller de près » si moins de quatre indicateurs dépassent le seuil, ce qui est courant. Par exemple, au deuxième trimestre de 2019, dix zones de santé avec une prévalence d'émaciation supérieure à 30 pour cent étaient classées « à surveiller de près », alors que d'après les normes internationales, une telle prévalence est généralement considérée comme étant « extrêmement grave » (Integrated Food Security Phase Classification Global Partners 2019). Trois exemples particulièrement surprenants parmi les dix zones de santé « à surveiller de près » étaient Bunkeya, avec une prévalence d'émaciation de 51 pour cent ; Saramabila, avec 46 pour cent ; et Kongolo, avec 45 pour cent (PRONANUT 2019b). En revanche, deux zones de santé classées en « alerte », ce qui leur permet potentiellement de recevoir davantage de soutien, avaient une prévalence d'émaciation de 17 pour cent (ce qui, d'après les normes internationales, représente un niveau « critique » mais qui reste bien en-dessous des niveaux des trois zones mentionnées ci-dessus). De plus, dans un contexte de faible accès et de faible utilisation des services de santé, la dépendance de SNSAP sur les données générées par un site de CPS faible peut représenter un obstacle majeur dans la représentativité et l'utilité des données pour la surveillance de la vulnérabilité ou le déclenchement d'alerte.

Le deuxième système d'alerte spécifique à la nutrition, le « système de priorisation » du cluster national de nutrition (NNC), a été établi en 2018, basé en partie sur la SNSAP, afin de répondre à la pénurie d'informations disponibles en temps réel pour suivre la situation nutritionnelle et mieux identifier les vulnérabilités. Ce système évalue les informations venant de sources fiables et obtenues dans les mois précédant l'analyse trimestrielle (ex enquêtes sur la nutrition et sur la mortalité telles que EDS, MICS, SMART ou IPC pour la situation d'insécurité alimentaire) afin de produire un score basé sur sept indicateurs clés.⁴ Le score classe les zones par ordre de priorités en trois catégories (élevée, moyenne et faible) et partage le classement dans un bulletin trimestriel. Par exemple, en octobre 2019, 161 des 519 zones de santé (20 provinces sur 26) ont été classées en priorité élevée. Ce classement informe les plans de réponse humanitaire (PRH) annuels et les actions de réponse coordonnée semestrielles des partenaires. Curieusement, cependant, selon une communication personnelle de I. Lezama, le 10 décembre 2019, les zones de santé classées comme « stables » assument les trois-quarts du fardeau de la MAS, suggérant que le système de priorisation n'est peut-être pas assez sensible pour identifier un besoin de réponse à une poussée de la MAS.

⁴ Le système de priorisation du NNC utilise les indicateurs clé suivants pour mesurer la sévérité des crises nutritionnelles : (i) prévalence de la MAG ; (ii) prévalence de la MAS ; (iii) information SNSAP ; (iv) classement du dernier IPC ; (v) déplacement de population résultant d'un conflit armé, de conflits communautaires ou de catastrophes naturelles ; (vi) épidémies de choléra, de rougeole et du virus Ebola ; et (vii) prévalence d'émaciation. Les zones de priorité 1 ont une MAG ≥ 15 pour cent et/ou une MAS ≥ 5 pour cent et une insécurité alimentaire en phase 4 de l'IPC. Veuillez noter que la prévalence de MAG et de MAS est basée sur des Z-scores de poids-pour-taille <-2 et <-3, respectivement, et sur la présence d'œdème nutritionnel.

Les deux systèmes existent en parallèle ; ils analysent des informations venant de mêmes sources mais aussi de sources différentes afin de fournir un classement à des moments différents avec des résultats de sévérité différents qui sont présentés dans leurs bulletins trimestriels respectifs. Aucun des deux n'est idéal pour identifier les crises nutritionnelles puisque leurs priorisations ne coïncident pas toujours. Les deux systèmes déclenchent une réponse décidée au niveau national qui peut prendre différentes formes, selon les facteurs identifiés comme ressources fondamentales et disponibles par le système respectif ; la longue procédure peut retarder la réponse de plusieurs mois.

Une plateforme communautaire alternative de données nutritionnelles numériques pourrait améliorer considérablement la qualité de la SNSAP. Ceci pourrait être obtenu en renforçant l'engagement des organisations et groupes communautaires déjà existants (ReCo, CAC, CoDeSa, les groupes de soutien des femmes) aux activités mensuelles de surveillance et de promotion de la croissance (SPC), dans la communauté et les établissements de santé dans le cadre de la CPS et de la Nutrition à assise communautaire (ou NAC, décrite ci-après). De plus, le SPC en combinant à la fois le PB pour détecter l'émaciation et le poids-pour-âge pour détecter l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, détectera les enfants souffrant à la fois d'émaciation et de retard de croissance (Briend, Khara, et Dolan 2015), qui sont à risque de mortalité (Schoenbuchner et al. 2019), et de promouvoir les actions précoces correctives de prévention et de traitement (ce qui représente la partie « promotion » cruciale du SPC).

Deux autres systèmes peuvent soutenir le système de surveillance nutritionnelle en fournissant des données fiables pour identifier les crises plus rapidement. L'un d'eux, le DHIS2, contiendra bientôt un module fonctionnel de nutrition. L'autre, le dispositif de surveillance hebdomadaire des Maladies à déclaration obligatoire, qui est utilisé dans d'autres pays à forte charge de malnutrition pour le suivi hebdomadaire de la sévérité de la charge morbide, pourrait inclure quelques indicateurs clés de la malnutrition en RDC. Les deux systèmes sont liés et sont susceptibles de suivre les pics de la poussée pendant un choc sensible à la nutrition lorsqu'une action immédiate est requise, telle qu'une épidémie de choléra, de rougeole ou du virus d'Ebola, ou un déplacement de population.

Les enquêtes sont des outils de surveillance utiles pour évaluer les situations nutritionnelles dans des zones définies et durant une période définie, fournissant une image instantanée de la situation. Lorsqu'elles sont répétées dans le temps, elles fournissent des données conjoncturelles qui permettent le suivi des changements dans la nutrition. Elles sont sensibles aux saisons et aux tendances. Comme il s'écoule plusieurs semaines entre le début (décision) et la fin (analyse), les résultats sont légèrement retardés et donc ne fournissent pas de données en temps réel. Il peut aussi être difficile de comprendre quand l'image instantanée a été prise par rapport au pic de la poussée. Comme les enquêtes coûtent cher, nécessitent des ressources importantes et ont une portée limitée, leur utilisation doit se faire seulement quand elle est adéquate. Les enquêtes menées sur de petites zones fournissent des résultats sur de petites zones ; les enquêtes menées sur des zones vastes fournissent des moyennes vastes qui masquent les variations des petites zones et peuvent donc laisser des endroits sensibles inaperçus. De plus, les enquêtes reflètent rarement le pourquoi et le comment des changements, qu'ils soient dus à des interventions ou à des changements dans les systèmes socioéconomiques, écologiques et politiques. Une description narrative basée sur une investigation qualitative est cruciale pour interpréter les résultats. Par exemple, une enquête nutritionnelle utilisant la méthodologie rapide ou classique SMART est utile pour évaluer la vulnérabilité d'une population au niveau de la zone ou du territoire, et une répétition d'enquêtes est utile pour suivre les tendances. Les enquêtes qui se penchent sur les connaissances, les attitudes et les pratiques sont utiles pour mieux comprendre quels comportements sont à

améliorer et peuvent révéler la façon de le faire. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) répétées et les enquêtes à grappes à indicateurs multiples, (MICS) fournissent des données précieuses aux niveaux national et provincial pour évaluer les changements dans le temps (bien qu'ils n'incluent pas les indicateurs de PB et d'œdème nutritionnel).

L'outil [Evaluation multisectorielle initiale rapide](#) (MIRA) du cluster du Comité permanent interorganisations (IASC) est un autre outil utile pour évaluer rapidement la sévérité d'une nouvelle crise, en prenant en compte les facteurs multisectoriels de vulnérabilité et en hiérarchisant la priorité des besoins et les zones affectées pour informer les décisions stratégiques (IASC Needs Assessment Task Force 2015). On peut y trouver un outil de dépistage PB, qui fournit une évaluation rapide de la sévérité de l'émaciation et peut être également utilisé séparément. En début 2019, le cluster national de nutrition a mis à jour l'outil de dépistage PB, mais les partenaires ont décidé de ne pas l'utiliser parce que le dépistage se fait généralement sur un échantillon non-représentatif d'une population, donc les résultats sont des chiffres absolus qui ne sont pas forcément reflétés dans la prévalence et extrapolés dans le groupe le plus large ; de plus, les résultats moins rigoureux n'intéressent pas autant les décideurs, et les données de dépistage sont souvent mal utilisées et mal interprétées. Cependant, la sécurité alimentaire ; la santé ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH/WASH) ; et les clusters de nutrition en RDC s'emploient à avoir un outil commun actualisé MIRA en 2020.

Recommandation 2 : Renforcer le système de surveillance nutritionnelle

Examiner l'efficacité du système d'alerte et de surveillance nutritionnelle pour identifier les changements dans la tendance et les points sensibles aux niveaux des zones de santé et des régions, prioriser les zones pour ce qui est de la réponse d'urgence (rapidité, coût, faisabilité) et explorer les moyens de renforcer le système. Cela peut être réalisé des façons suivantes :

- Renforcer la **SPC communautaire avec des indicateurs PB et des Z-scores poids-pour-âge pour une détection précoce du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans à risque élevé de mortalité**, ce qui comprend des activités de dépistage gérées par les mères et les ASCs/ReCo équipés des compétences et outils nécessaires (comme des balances, des rubans PB, des registres, des courbes de croissance infantile nationale, et du matériel de conseil adapté à la nutrition).
- Ajouter une méthode pour refléter les dynamiques du système afin de détecter les facteurs du changement dans le contexte socioéconomique, écologique et politique ou les stratégies de réponse d'urgence avec des disponibilités de ressources qui varient (Ex ; un graphique historique des comportements dans le temps pour collecter et cartographier des données clés permettant une interprétation meilleure et plus facile). Une telle méthode améliorerait la compréhension des facteurs, inciterait des mesures pour promouvoir une bonne nutrition, pour mieux prévenir et traiter la malnutrition et pour garantir une adaptation et un apprentissage collaboratif par un pilotage progressif dans des zones à charge élevée.
- Inclure un système d'audit interne pour la validité des données des sites sentinelles qui peut remplacer l'enquête SMART en tant qu'outil d'audit, qui est peut-être inadéquate pour cette mission.
- Décentraliser le soutien de la surveillance sentinelle aux niveaux des zones de santé et provinces afin d'en favoriser l'appropriation et de motiver la QI.
- Explorer l'utilisation des systèmes de rapport et d'analyses de données mobiles ou numériques, accessibles sur internet.
- Elargir la sensibilité de la surveillance en augmentant les sites sentinelles de deux à cinq par zone vulnérable.
- Continuer de poursuivre le développement d'un outil de cluster MIRA adapté au pays, avec ou sans outil de dépistage PB, et le conserver pour les alertes initiales dans le système de surveillance.
- Etablir une approche globale de santé et de nutrition pour les principales vulnérabilités (liée au système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire), la planification d'urgence et le renforcement des capacités de résilience (voir **sections 3 et 5**).
- Explorer la solidité (l'efficacité) du système de priorisation du cluster national de nutrition et décider comment fusionner les deux systèmes d'alerte en un seul.
- Assurer la collecte et l'analyse des données par les systèmes pour ce qui est des indicateurs clés (c'est-à-dire l'œdème nutritionnel, l'émaciation basée sur le PB et le poids-pour-taille, l'émaciation et le retard de croissance combinés, l'insuffisance pondérale, et les facteurs au-delà de la sécurité alimentaire) et décider quelles données sont collectées et à quel moment ; tous les systèmes d'information ne doivent pas couvrir tous les indicateurs. (Avec les nouveaux récits sur l'émaciation et le retard de croissance, l'œdème nutritionnel peut-être évincé)

3. Stratégies de réponse à la malnutrition aigüe

Le gouvernement, les donateurs, les Nations-Unies (ONU) et les partenaires d'urgence, coordonnés par le Bureau de l'ONU de coordination des affaires humanitaires (OCHA) et soutenus par l'approche de cluster du Comité Permanent Inter-organisationnel (IASC), développent conjointement le Plan de Réponse Humanitaire annuel basé sur l'aperçu des besoins humanitaires, qui classe les zones de santé prioritaires pour une réponse coordonnée. De plus, un des deux systèmes d'alerte, selon une décision mutuelle entre les PRONANUT national et provincial, peut aussi déclencher une réponse rapide et débloquer des ressources prépositionnées.

Les interventions nutritionnelles d'urgence peuvent différer du point de vue de leur stratégie, leur contenu et leur durée, selon les causes identifiées, les sources et la disponibilité des ressources, y compris les compétences. Les procédures du NNC encouragent une réponse coordonnée et établissent des normes pour assurer la qualité des interventions décrites dans les directives NNC de 2016 (DRC MOPH 2016c). Les directives proposent des paquets minimums d'interventions pour promouvoir des comportements sains, prévenir et traiter la malnutrition et améliorer le WASH, ainsi que pour mener une surveillance nutritionnelle. Le cas échéant, les actions sont soit alignées aux directives, soit elles s'y adaptent, comme les directives nationales pour la prise en charge de la MA (R DC MSP 2016d) ou bien elles décrivent les différentes procédures pour une réponse d'urgence spécifique. Les interventions sont censées renforcer et développer les services en cours ou mettre en place des services essentiels basés sur les besoins et renforcer la capacité de résilience. Des suggestions pour les directives NNC qui sont actuellement en cours de révision sont résumées dans l'**annexe 6**.

En RDC, les interventions d'urgence doivent souvent commencer par l'étape 0 (puisque'il n'existait pas de services semblables auparavant) ou par une base très faible (ex prendre le relais là où une intervention précédente avait terminé). Par exemple, des stratégies pour promouvoir une bonne nutrition et prévenir la malnutrition existent, mais leur mise en œuvre est limitée. Des efforts considérables depuis 2015 pour redynamiser la CPS et la NAC⁵ manquent de ressources et constituent une base faible sur laquelle développer toute forme de réponse d'urgence. Cependant, des actions nutritionnelles communautaires sont la clé pour parvenir à une nutrition promotionnelle, préventive et curative dans les contextes de développement et d'urgence. L'approvisionnement en sel iodé et la supplémentation semestrielle en vitamine A, ainsi que le déparasitage lors des journées de la santé de l'enfant, sont des programmes nationaux en place depuis longtemps avec une couverture acceptable et pourraient être imités. Cependant, la prise en charge de la MA n'a pas été intégrée dans les services de santé infantile de routine, et le soutien pour le développement des interventions a été piloté mais n'est pas encore solide. Dans la plupart des cas, l'UNICEF, le PAM et les organisations non-gouvernementales (ONG) ont fourni un soutien financier et technique et ont soutenu l'approvisionnement, la formation et la supervision. Cependant, cette situation devrait s'améliorer progressivement grâce à un soutien accru et au renforcement des interventions nutritionnelles et de santé (ex le soutien de DFID et un nouvel investissement substantiel de la Banque Mondiale dans six provinces en 2020, y compris la prise en charge de la MAS dans le contexte de développement). Il sera utile de comprendre comment leur couverture combinée se compare au besoin total.

Les stratégies de réponse dépendent de qui dirige ou a accès aux ressources. Par conséquent, c'est la provenance et la quantité des ressources plutôt que le besoin qui définit la conception, la durée, l'intensité et la globalité de la réponse. Sur base des enseignements tirés de cette RAR, une évaluation des modèles de réponse d'urgence pour la prévention et le traitement de la MA a été

⁵La NAC (qui se distingue du modèle d'évaluation nutritionnelle, de conseil et de soutien) est un modèle PRONANUT qui consiste en (1) ReCo, des volontaires communautaires qui fournissent un paquet de services de santé de base (promotion des comportements, y compris ANJE grâce aux visites HH et aux séances de groupe ; produits de base, y compris le zinc, les solutions orales de réhydratation et le paracétamol ; et le renvoi vers les services de santé et les filets de sécurité sociale) ; (2) les organisations communautaires, y compris la cellule d'animation (CAC) et le Comité de développement de l'aire de santé (CoDeSa), qui sélectionne et demande des comptes au ReCo ; (3) le système de santé, qui forme, gère et supervise le ReCo et communique ses données dans le système d'information sanitaire ; et (4) les OGN pour leur soutien initial (Mugabi 2017).

effectuée, y compris leur pertinence au contexte de la RDC (voir **tableau 2**). Certains modèles peuvent-avoir été omis ou n'ont pas été visités. Par exemple, au Tanganyika, le PAM a aidé à fusionner la prise en charge de la MAM avec une approche globale de prévention de la malnutrition, mais on ne sait pas vraiment si les cas de MAS sont aussi couverts. La prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA) en RDC n'est pas un service de la santé de l'enfant de routine mais plutôt une intervention d'urgence dans des points névralgiques déterminés où les ressources et les compétences des organismes partenaires sont disponibles. Le PRONANUT est en train d'intégrer la PCIMA dans les services de santé de routine d'une zone de santé de la province d'Ituri, mais le financement est incertain, et les tentatives précédentes en RDC se sont heurtées à des obstacles.

L'évaluation indique en gros que la plupart des interventions d'urgence sont centrées sur la prise en charge de la MA et comprennent des activités communautaires de prévention faibles. De plus, un grand nombre des interventions d'urgence pour prévenir et traiter la MA arrivent trop tard, sont trop courtes, ne couvrent pas tous les besoins et ne renforcent pas les structures existantes ni ne développent la résilience du système communautaire et sanitaire. En outre, au vu de leur courte durée, les interventions peuvent créer de fausses attentes, en motivant tout d'abord les parties prenantes puis en les démotivant ou en limitant la créativité locale, ou ont d'autres conséquences négatives. Le rôle de leader de PRONANUT n'a pas émergé clairement aux différents niveaux du système pour orienter la réponse d'urgence selon une vision.

Tableau 2. Evaluation rapide des modèles de réponse d'urgence pour la nutrition en RDC.

Avantage potentiel	Inconvénient potentiel	Pertinence
Réponse nutritionnelle rapide (approvisionnement & équipe prépositionnées) en tant qu'intervention temporaire autonome (comme ACF dans divers endroits tels que Kwango)		
<p>Les partenaires peuvent répondre à une « nouvelle » alerte d'urgence identifiée par le « système d'alerte ».</p> <p>Des contrats préétablis sont en place et une réponse peut être déclenchée rapidement par une alerte confirmée sans avoir besoin de l'approbation des donateurs ; l'équipe et les ressources pré-déployées sont mobilisées rapidement.</p> <p>La mobilité du mouvement vers une nouvelle zone est indépendante de la zone d'impact attribuée ou définie géographiquement à un organisme partenaire.</p>	<p>Le pré-déploiement d'une équipe et de ressources coûte très cher.</p> <p>Une intervention isolée autonome limite le changement.</p> <p>Les contrats à court-terme d'une portée limitée arrivent trop tard et finissent trop tôt ; la continuité n'est pas assurée.</p> <p>La période contractuelle ne correspond pas forcément au point culminant du besoin à cause du délai de la réponse d'alerte, malgré le pré-positionnement des ressources.⁶</p> <p>Les partenaires arrivent dans une zone qui leur est inconnue, peuvent venir avec des connaissances limitées du contexte et doivent développer (temporairement) des partenariats à partir de rien.</p> <p>Le transfert à la fin du contrat est irréaliste, et la sortie est extrêmement difficile.</p> <p>Les résultats, le rapport coût-efficacité et l'impact sont difficiles à évaluer.</p>	<p>Les ressources disponibles ne peuvent pas couvrir la demande de réponse aux alertes.</p> <p>La réponse ad hoc peut sauver des vies mais ne peut ni améliorer une situation ni développer des capacités, ni apporter des changements sur le long terme.</p> <p>Les activités de réponse peuvent conduire à des conséquences nuisibles imprévues. Par exemple, le soutien accru pendant une période limitée peut perturber les structures de santé des communautés et créer des attentes irréalistes ; bien que le besoin soit toujours urgent, le soutien peut s'arrêter de façon brutale.</p> <p>L'intervention est estimée apporter de bons résultats (la réponse rapide est positive), mais son rapport coût-efficacité et son coût de renoncement n'ont pas été explorés.</p>
La réponse nutritionnelle d'urgence (identifier d'une équipe et fournir des provisions) à titre d'intervention temporaire autonome (comme COOPI en Kasai et Kasai Central, Première urgence internationale en Kasai central)		
<p>Des ressources financières préétablies peuvent déployer rapidement des équipes de réponse.</p> <p>Les partenaires peuvent répondre à un besoin d'urgence identifié par le programme de réponse humanitaire ou « système de priorisation ».</p> <p>Les interventions sont prévues et font partie d'une stratégie plus large de réponse coordonnée.</p> <p>Les partenaires peuvent être sélectionnés en fonction de leurs</p>	<p>Le paquet d'intervention est prédéfini, empêchant les adaptations au contexte.</p> <p>Les contrats sont d'une nature stricte et permettent peu de flexibilité, comme ils sont définis par des cadres logiques et des lignes budgétaires rigides.</p> <p>Bien qu'il soit possible d'y remédier, la période contractuelle ne correspond peut-être pas au point culminant du besoin à cause du long délai de la réponse d'alerte (point important parce que la malnutrition aurait dû être abordée suffisamment tôt afin de développer la résilience individuelle), et la continuité n'est pas assurée.</p>	<p>Les ressources disponibles ne peuvent pas couvrir la demande de réponse aux alertes.</p> <p>La réponse limitée et isolée peut sauver des vies mais ne peut pas améliorer une situation, développer des capacités ou apporter un changement de longue durée.</p> <p>Des conséquences imprévues peuvent faire plus de tort que le bien apporté par la réponse (comme ci-dessus).</p> <p>L'intervention est estimée efficace et performante, mais cette hypothèse manque de preuve.</p>

⁶ Cet aspect (ainsi que les trois suivants) peut être très utile à titre d'exemple d'un défi posé par un tel modèle d'une façon générale, plutôt que spécifique, puisque le DFID et ACF ont un contrat couvrant un nombre déterminé d'interventions d'urgence, qui peuvent être déclenchées par une alerte confirmée sans attendre l'approbation du DFID.

Avantage potentiel	Inconvénient potentiel	Pertinence
<p>compétences et invités à couvrir de vastes zones.</p> <p>La présence ou présence passée géographique du partenaire dans la zone facilite la mise en place de l'intervention et son adaptation au contexte.</p> <p>La période d'intervention peut être de plus de 6 mois, les contrats peuvent être renouvelés, et la stratégie de sortie peut être prévue et s'appuyer sur les forces existantes.</p> <p>Des partenaires complémentaires peuvent mieux collaborer et apprendre les uns des autres.</p>	<p>Les équipes et les interventions sont mises en place et démantelées dans un laps de temps court, et l'insécurité du renouvellement de contrat décourage la recherche de solutions durables.</p> <p>L'absence géographique du partenaire dans la zone peut retarder la mise en place et l'adaptation au contexte.</p> <p>Les différents cycles de vie des programmes d'autres partenaires peuvent entraver la collaboration, encourager la duplication et augmenter le risque de préjudices.</p>	
<p>Réponse nutritionnelle d'urgence ajoutée à une « autre » intervention temporaire d'urgence (comme World Vision en Kasai Central)</p>		
<p>Les partenaires peuvent répondre à un besoin d'urgence identifié par le « système de priorisation » ou le « système d'alerte ».</p> <p>La période contractuelle peut mieux correspondre au point culminant, si les délais sont respectés.</p> <p>Grâce à la présence géographique de l'acteur, l'intervention peut commencer rapidement et peut facilement s'ajouter aux interventions en cours.</p>	<p>Le paquet d'intervention est prédéfini et permet peu d'adaptation au contexte ou de flexibilité.</p> <p>Les réponses aux alertes dans les zones où les partenaires sont présents peuvent être favorisées.</p> <p>Les partenaires peuvent être invités à assumer l'intervention sans en avoir les compétences adéquates.</p> <p>Les contrats sont d'une nature stricte et permettent peu de flexibilité, comme ils sont définis par des cadres logiques et des lignes budgétaires rigides.</p> <p>La période contractuelle ne correspond pas forcément au point culminant du besoin à cause du délai de la réponse d'alerte (comme ci-dessus), et la continuité n'est pas assurée.</p> <p>Les équipes et les interventions sont mises en place et démantelées dans un laps de temps court, et l'insécurité du renouvellement de contrat décourage la recherche ou l'investissement dans des solutions durables.</p> <p>Les différents cycles de vie des programmes peuvent entraver la collaboration, encourager la duplication et augmenter le risque de préjudices.</p>	<p>Les ressources disponibles ne peuvent pas couvrir la demande de réponse aux alertes.</p> <p>La réponse plus globale peut sauver des vies mais ne peut pas améliorer une situation ou apporter un changement de longue durée.</p> <p>Les conséquences imprévues ne sont pas prises en compte (comme ci-dessus).</p> <p>L'intervention est estimée efficace et performante, mais cette hypothèse manque de preuve.</p>

Avantage potentiel	Inconvénient potentiel	Pertinence
Réponse nutritionnelle d'urgence ajoutée à une intervention de développement en cours (comme IMA / santé rurale en Kasaï et Kasaï Central)		
<p>Les partenaires peuvent répondre à un besoin d'urgence identifié par le « système de priorisation » ou le « système d'alerte ».</p> <p>Grâce à la présence géographique de l'acteur, l'intervention peut commencer rapidement et peut facilement s'ajouter aux interventions en cours.</p> <p>Les interventions peuvent être prévues et s'appuyer sur une stratégie d'intervention coordonnée plus large avec une vision à long terme, si intégrées dans le système et le budget.</p> <p>Les partenaires connaissent le contexte et peuvent coordonner leurs activités avec une approche de santé publique (plus facile pour éviter la duplication et les préjudices ; les urgences ne supplantent pas les services essentiels).</p>	<p>L'intervention dans une zone dépend de la zone d'impact attribuée ou définie géographiquement d'un organisme partenaire.</p> <p>Les réponses aux alertes dans les zones où les partenaires sont présents peuvent être favorisées.</p> <p>Les partenaires peuvent être invités à assumer l'intervention sans en avoir les compétences adéquates.</p> <p>La période contractuelle peut mieux correspondre au laps de temps du point culminant, si les délais sont respectés ; mais avec cet exemple, le délai peut être très long (comme avec le deuxième et le troisième modèle ci-dessus).</p>	<p>C'est une situation souhaitable, qui fait le lien entre les urgences (les besoins au point culminant), une intervention de développement et une amélioration de la résilience.</p> <p>La présence à long terme d'un partenaire qui travaille avec les institutions locales et qui grâce à elles peut s'appuyer sur les capacités locales et les débloquent.</p> <p>PRONANUT pourrait soutenir cette réponse avec une évaluation/cartographie de la couverture géographique des interventions de développement qui incluent une réponse nutritionnelle ou seraient propices à un tel ajout.</p> <p>De plus, un plaidoyer peut être nécessaire pour convaincre les acteurs du développement qui n'intègrent pas suffisamment le traitement pour l'émaciation dans leurs programmes actuels.</p>
Une réponse nutritionnelle d'urgence mise en place à titre de service à l'enfance routinier (comme PRONANUT en Ituri, ou l'approche prévue par le nouveau programme de DFID, qui comprendra la nutrition, y compris un traitement de la MAS dès le départ)		
<p>La réponse s'appuie sur les compétences et les ressources disponibles, ce qui peut les rendre durables, si intégrées dans le système et les budgets.</p> <p>La période contractuelle peut correspondre au point culminant, mais cela dépend beaucoup de la force des individus plutôt que de l'institution.</p>	<p>La période d'intervention peut correspondre au point culminant, mais les ressources peuvent en limiter la qualité et la durée.</p> <p>La vitesse et la qualité dépendent de la force des individus plutôt que de l'institution.</p> <p>Il existe des exemples dans lesquels ce modèle n'a touché que quelques centres de santé faciles d'accès et dans lesquels les entités responsables se sont rendues compte de diversion et de problèmes dans la chaîne logistique, ils doivent donc être contrôlés soigneusement.</p>	<p>Cela semble être la situation la plus souhaitable, comme mettre en lien une urgence (une hausse subite) et une intervention de développement améliore la résilience ; cependant, il y a des mises en garde (voir à gauche).</p> <p>Travailler avec les institutions locales et grâce à elles peut s'appuyer sur les capacités locales et les débloquent.</p>

Abréviations : ACF, Action contre la Faim ; COOPI, *Cooperazione Internazionale* ; DFID, UK *Department for International Development* [Ministère du développement international du Royaume-Uni] ; IMA, *Interchurch Medical Assistance* [assistance médicale interéglises] ; MAS, Malnutrition aigüe sévère ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; RDC République Démocratique du Congo.

Il est difficile de répondre à la question de savoir ce qu'il faut améliorer et de quelle façon sans une évaluation qui explore les forces et les faiblesses dans différents contextes. Les besoins considérables non traités dans les cadres d'urgence et de développement en RDC requièrent un bond en avant et des idées novatrices en appliquant les connaissances nouvelles et locales. Certains détails des apprentissages se trouvent ci-dessous, après avoir pris en considération l'orientation globale.

Les interventions d'urgence comblent temporairement les lacunes (ou essaient) dans un système de santé faible. Elles oscillent entre les approches d'urgence et de développement, sans succès dans les deux. De nombreuses preuves suggèrent qu'elles pourraient avoir un impact sur la mortalité (Stewart et al. 2019) ; cependant, d'autres recherches, ainsi qu'une communication personnelle de P. Bahwere, le 1er décembre 2019, indiquent que les interventions nutritionnelles arrivent souvent trop tard pour répondre aux besoins physiopathologiques afin de prévenir la malnutrition durant une crise (Isanaka et al. 2009, 2010; Langendorf et al. 2014). Le contexte de la RDC, où le fardeau de la MAS est répartie dans de nombreuses poches au sein de zones stables mais aussi prioritaires, demande des interventions nutritionnelles d'urgence, adaptées afin de combler pleinement les lacunes dans les contextes d'urgence et de développement et de rapprocher les deux contextes en développant une capacité de résilience et des services durables. D'un autre côté, les interventions de développement doivent inclure et renforcer les services nutritionnels dans les approches de santé de routine, se préparer aux imprévus et renforcer les capacités de secours. En RDC, il y a de bons exemples de collaboration entre les interventions ou les partenaires de santé et de nutrition d'urgence et de développement, dans lesquels les ressources ne sont pas dupliquées et où le soutien et l'apprentissage fonctionnent dans les deux sens. Ces exemples doivent faire l'objet d'une promotion dans la mesure du possible.

Les « paquets » d'intervention de base passent à côté des opportunités d'explorer et d'utiliser les ressources communautaires existantes. Les communautés sont des entités créatives, et les initiatives locales ont apporté des changements progressifs ou comblé les lacunes des contrats avec des ressources disponibles au niveau local. Par exemple, dans une zone de santé, le système communautaire local (y compris la CAC, le CoDeSa et les dirigeants communautaires), conjointement avec le partenaire ONG, avaient identifié des opportunités locales de soutenir les ménages vulnérables pour accéder aux aliments nutritifs et continuer à adopter des comportements sains pendant les quatre à six mois de rupture de contrat. Dans un autre exemple, le système de soutien communautaire a aidé l'adulte responsable à accéder à des aliments riches en nutriments dans un potager pour le rétablissement d'un enfant souffrant de MAS. Quand les programmes d'urgence se terminent, les communautés et les ménages continuent de chercher des solutions à leurs problèmes et s'en sortiraient mieux si le soutien communautaire de leurs pairs s'appuyait sur les apprentissages et les compétences acquises.

Recommandation 3 : Améliorer les stratégies de réponse à la MA

Rendre les paquets de réponse globale plus fluides (en s'appuyant sur / renforçant davantage les structures existantes et les systèmes qui s'alignent / circulent dans une approche de développement) et plus flexibles (permettant des adaptations au contexte et au QI grâce à l'adaptation des directives NNC, permettant des changements dans les plans d'action décrits dans les cadres logiques, telle que l'utilisation du cycle planifier-réaliser-vérifier-adapter, et renforçant l'expertise des exécutants).

Au vu de la charge élevée du faible poids de naissance et du retard de croissance précoces, explorer la faisabilité de l'introduction de [l'approche de la Prise en charge des mères et nourrissons à risque \(MAMI\)](#) (Kerac et al. 2015), avec son outil de détection précoce et de prise en charge de la MA chez les nourrissons de moins de 6 mois (souvent faiblement couverts) avec un retard de croissance en soins primaires (ambulatoires) ou secondaires (hospitalisation).

Promouvoir l'utilisation d'une approche CQI des services de santé et de nutrition infantiles (application pratique du cycle **planifier-réaliser-vérifier-adapter** pour identifier les points critiques, proposer un changement, tester et vérifier les améliorations pour apprendre ensemble et augmenter l'appropriation et la motivation) grâce à des outils simples, pratiques, dont des exemples et des applications existent, tels que [l'outil COPE](#)⁷ (EngenderHealth 2003) et le [manuel CQI du ministère de la santé de l'Ouganda](#) (Ministry of Health of Uganda 2015).

Concevoir les interventions nutritionnelles d'urgence comme des interventions hybrides qui établissent (si absents) ou renforcent (si faibles) les services de santé essentiels. Utiliser deux points d'entrée pour la conception hybride dans les zones très vulnérables : (1) Dans un contexte de développement, renforcer le système et anticiper les imprévus selon une [approche d'urgence](#) pour les principales vulnérabilités de santé et de nutrition, ce qui déclenche un soutien accru lorsque le besoin dépasse la capacité (lien avec l'urgence) au-delà de la MAS. (2) Dans un contexte d'urgence, utiliser une approche de résilience qui développe les capacités et prépare la durabilité des services au besoin (lien avec le développement).

Développer et mettre à disposition un arbre décisionnel adapté au pays représentant les actions concernant la nutrition pour la prévention et le traitement de la MA avec des options (y compris des informations sur les preuves de l'impact, du rapport coût-efficacité et de la complexité), selon les variations de contextes et de ressources (et quand il manque un paquet global ou que la continuité ne peut pas être assurée), en stimulant une créativité pour trouver des solutions locales et en débloquent les capacités communautaires (ce qui aide la flexibilité) ; ajouté aux directives NNC. A titre de ressources, voir [l'outil de décision MAM du cluster mondial de nutrition](#) (Global Nutrition Cluster MAM Task Force 2017).

Cartographier la couverture géographique des interventions de développement de nutrition multisectorielle, explorer la façon dont leur couverture coïncide avec les interventions et les besoins d'urgence et décider des prochaines étapes pour couvrir les populations particulièrement vulnérables et à risque dans un contexte fragile.

⁷ COPE (client orienté, prestation efficace) est une marque déposée de EngenderHealth.

Les partenaires en RDC et dans le monde entier sont en train d'explorer de façon approfondie des voies, d'acquérir des connaissances et des preuves, pour améliorer les interventions nutritionnelles afin de réduire la prévalence de l'émaciation et de la prendre en charge : en mieux ciblant, par exemple, les populations vulnérables, en détectant plus tôt le retard de croissance ou celles exposées à un risque élevé de mortalité en combinant émaciation et retard de croissance, en simplifiant et en optimisant les protocoles de traitement, en réduisant les coûts des produits thérapeutiques, en garantissant le renforcement et la mise à l'échelle de services durables et de bonne qualité et en facilitant la participation des ReCo dans le traitement. L'implication des partenaires de la RDC dans cette quête est encourageante et ouvre la voie à des changements positifs.

4. Suivi et évaluation des Interventions

Les interventions nutritionnelles d'urgence ont été conçues comme des programmes basés sur les résultats, avec leurs activités et leur système de suivi et d'évaluation (M&E) décrits dans des cadres logiques comme un cheminement linéaire.⁸ Le cadre est un très bon outil de planification, ou théorie de l'action, qui explique quelles actions apporteront le changement attendu. Les progrès et les réalisations sont suivis en comparant les résultats avec ce qui était prévu. Cependant, cette façon habituelle de procéder présente des limitations pour les contextes qui changent rapidement, tels qu'en RDC, où les plans d'aujourd'hui ne sont pas toujours les plus adéquats ou les plus pertinents demain, ce qui restreint une gestion d'adaptation pour accomplir le changement voulu.

Le système M&E des interventions nutritionnelles d'urgence en RDC opère à des niveaux différents : l'organisme donateur ; le NNC à titre de groupe de partenaires ; l'organisme partenaire individuel ; le PRONANUT, système nutritionnel aux niveaux national, provincial et de zone de santé ; et le DHIS2 et le système nutritionnel au niveau de zone de santé et au niveau des centres de santé. Les systèmes sont présumés être compatibles et liés, mais ils ne se communiquent pas électroniquement entre eux. Dans la pratique, cela peut être compliqué puisque les objectifs, les systèmes de collecte, d'analyse et de compte-rendu des données varient et la transmission d'informations sur papier est courante, ce qui entraîne une saisie manuelle multiple des données, et donc augmente fortement le risque d'erreur et le niveau d'effort.

Information pour la planification

Le paquet d'intervention, informé par le « système de priorisation [ou] d'alerte », recommande le type de ressources à planifier et pour quelles activités (un paquet minimum de prévention et de traitement multi/sectoriels), pour quel public (CU5 et FEFA), pour combien de temps (ordinairement 6 à 12 mois) et dans quel endroit (zones de santé avec la plus haute priorité). Le paquet d'intervention et sa durée sont convenus dans le contrat, et les détails sont précisés dans le cadre logique.

Pour la planification des interventions préventives, la population cible des FEFA et des mères/personnes responsables des CU5 et le nombre de leaders communautaires, groupes et ASC/

⁸ Le cadre logique illustre quelles ressources (intrants) permettent des activités (actions) pour produire des extrants (résultats) qui influencent les changements dans les populations cibles (effets), qui ensuite, conjointement avec d'autres interventions, contribuent à un changement voulu de la condition de la population (impact).

ReCo sont dérivés des projections des zones de santé. Pour la planification des interventions curatives, la population cible (le nombre estimé d'enfants que l'on anticipe avoir une MA durant la période d'intervention) est calculée en faisant la somme des cas prévalents estimés (le nombre de cas au début de la période) et des cas incidents (le nombre de cas susceptibles de développer la maladie durant la période définie). Accomplir cette étape correctement est crucial pour faire en sorte que les ressources soient en place et pour préparer les activités.

Calculer le nombre de cas de MA chez les CU5 a été un obstacle difficile à cause des nombreuses inconnues (comme la prévalence inconnue en l'absence d'étude récente, la fréquence inconnue et instable, les changements de population pendant la période concernée). Une étude nutritionnelle peut donner un aperçu de la situation actuelle (cas prévalents) mais ne dit pas grand-chose sur la situation à venir, à moins qu'une analyse plus approfondie du contexte puisse révéler les risques et les vulnérabilités et détecter les tendances. Au niveau mondial, le facteur de conversion (1,6) ou le facteur de correction (2,6) de l'incidence annuelle permet l'estimation théorique d'un nombre de cas annuels et cette pratique est normalisée dans les pays.⁹ Le fondement pour supposer que la durée d'une maladie est la même et que les chiffres de prévalence et de population sont stables est faible, et de ce fait des approximations incorrectes du nombre de cas peuvent provoquer une mauvaise planification spécifique au pays. Dans certains pays, ceci a conduit à de fréquentes ruptures de stock, ce qui entraîne des interruptions de traitement, une méfiance envers les soins de santé et une démotivation des soignants. Une étude récente menée par l'UNICEF et réalisée par l'université de Harvard (rapport à venir) suggère qu'un facteur de conversion de 5 est plus adapté à la RDC. Les partenaires de la RDC attendent une ligne directrice opérationnelle mondiale, qui pourrait être retardée par des inquiétudes au sujet de la hausse des besoins en ressources pour couvrir le nombre encore plus important de cas. L'**annexe 6** explique et offre des observations supplémentaires sur le passage de la prévalence à l'incidence pour calculer le nombre de cas annuels.

Information pour suivre le progrès

En 2001, lors de la mise en place de l'approche de prise en charge communautaire de la MA et par souci de produire des preuves, les acteurs mondiaux ont développé un système de suivi mensuel élargi. Le même système élaboré est toujours en place dans la plupart des pays, pourtant en RDC il semble avoir perdu de sa force. Par exemple, des feuilles de calcul ont perdu leurs tableaux croisés dynamiques et l'analyse automatique des indicateurs clés et des tendances au fil du temps, ce qui donne un retour instantané d'information sur la performance des acteurs de santé à différents niveaux. Le système mensuel autonome de rapport est partagé électroniquement mais n'est pas numérisé d'où une duplication à plusieurs niveaux (c'est-à-dire une multiplication des rapports par le ministère de la santé publique et les partenaires établissent des rapports parallèles pour les donateurs). La base de données de la PCIMA est consolidée au niveau national par l'UNICEF et le PRONANUT mais pas partagée ; les résultats sont communiqués dans les bulletins trimestriels de la SNSAP et du NNC. Les données sont fusionnées et analysées au niveau national uniquement, privant les niveaux inférieurs de la possibilité de les utiliser pour adapter la formation, la supervision de soutien ou d'autres approches de CQI. Aucune mesure n'a été entreprise pour les rendre plus

⁹ Il a été constaté que la durée d'une maladie de MA non traitée dans des conditions stables au sein d'une cohorte passée était de 7,5 mois. Le facteur de conversion de 1,6 (divisant 12 mois par 7,5 mois), lorsque multiplié par l'effectif de la population, évalue les cas incidents annuels à partir de la prévalence. Le facteur de correction de 2,6 (en ajoutant 1 à 1,6), lorsque multiplié par l'effectif de la population, évalue les nombres annuels de cas en ajoutant les cas prévalents au début de l'année aux cas incidents annuels.

faciles à utiliser (comme inclure l'analyse dans une feuille de calcul, passer à un outil de compte-rendu mobile ou électronique en utilisant des smartphones ou des tablettes et en ayant accès à l'internet).

Pour des interventions préventives, le système de suivi est beaucoup plus léger et moins développé et a un système de suivi mensuel plus simple en place. L'équipe des consultants n'a pas pu vérifier l'étendue de ce qui est géré et/ou piloté par les partenaires et comment l'appropriation et la responsabilité sont partagées avec la communauté. Encore une fois, si les difficultés de mise en place (telles que les pratiques courantes, ainsi que le manque d'accès à l'électricité et/ou à l'internet dans certains centres) peuvent être surmontées, un compte-rendu mobile ou électronique pourrait simplifier les procédures et augmenter l'accès aux informations pour le QI. Le nouveau module de nutrition du DHIS2 peut résoudre les problèmes ci-dessus, mais si ce n'est pas le cas, il faudra trouver d'autres moyens de les traiter. De plus, la version renforcée du DHIS2 pourrait aider à réunir les différentes structures parallèles de supervision et de gestion de soutien qui reproduisent les efforts des différents services par différents acteurs de santé qui couvrent les mêmes professionnels de santé et volontaires dans les mêmes structures de santé, et à rationaliser l'utilisation des ressources. En outre, s'il est bien conçu et numérisé, le DHIS2 peut suivre et comparer les comportements parmi une multitude d'indicateurs qui devraient améliorer notre compréhension de l'interaction entre les incidences de l'émaciation et du retard de croissance.

Le suivi des données est censé être utilisé pour vérifier si elles progressent comme prévu pour que des actions puissent être entreprises en temps voulu afin de répondre aux défaillances. Cela suppose que ce qui est prévu au stade de la conception reste inchangé durant le cycle de vie du projet ou que le contexte dans lequel les interventions ont lieu demeure le même. C'est rarement le cas, surtout dans des contextes tels que ceux en RDC. Premièrement, les urgences sont caractérisées par des situations rapidement changeantes dans lesquelles les populations se déplacent et de nombreux acteurs interviennent, et deuxièmement, les interventions elles-mêmes interagissent et changent le contexte (ce qui est le but intrinsèque de toute intervention). Autrement dit, à cause du changement possible des contextes et des besoins, le suivi peut indiquer un progrès mais ne révèle pas l'état réel des besoins. Il peut aussi produire des attentes qui ne correspondent pas à la réalité. Comparer les résultats d'une activité en cours avec l'activité prévue, mais pas les activités nécessaires et leur portée, peut indiquer un progrès correct mais périmé. Par exemple, traiter 90 des cas prévus sur 100 fait bon effet mais n'est pas très impressionnant s'il y a 300 cas dans la communauté. De plus, comparer le progrès à partir d'un point de départ ayant de telles faiblesses n'encourage pas la création d'un environnement de CQI, et la couverture des contacts (la proportion des cas de MAS identifiés accédant au traitement), le traitement efficace (la qualité du traitement ou la proportion des cas de MAS hospitalisés étant guéris) ou la couverture efficace (la proportion de cas de MAS dans la communauté étant guéris), pour n'en citer que quelques-uns, sont des indicateurs plus utiles pour comprendre la performance et le progrès efficace. Un système de surveillance efficace pourrait augmenter l'efficacité du programme par rapport au besoin (plutôt qu'au plan), stimuler une gestion d'adaptation et minimiser le besoin d'études de couverture nécessitant des ressources considérables.

Ajouter une Théorie du changement (TOC) à la théorie de l'action, comme indiqué dans le cadre logique, ouvre la porte à un apprentissage collaboratif constructif et à une gestion d'adaptation qui cherche à comprendre le comment et le pourquoi de l'interaction entre les étapes ainsi qu'à trouver des solutions dans des contextes changeants. Redéfinir régulièrement la TOC dans un cycle « planifier-développer-vérifier-adapter » complète les discussions sur le progrès (reposant sur le cadre logique) et encourage les adaptations aux nouveaux apprentissages pour améliorer la qualité.

L'approche de CQI est une mise en œuvre pratique de la TOC qui sélectionne des changements progressifs en utilisant les ressources existantes, teste et suit l'amélioration et encourage des discussions mensuelles sur le progrès. De telles activités de CQI réunissent les apprentissages et créent un environnement motivant d'innovation et de qualité. Cependant, l'approche de CQI exige un aspect pédagogique et de surveillance pour permettre aux équipes de mener des discussions, qui peuvent faire partie de la supervision de soutien, et de travailler ensemble pour identifier les problèmes, développer la TOC et les indicateurs et tester le changement et les actions. Certains partenaires en RDC ont mentionné le lien faible entre l'information et l'action, une défaillance qui pourrait être résolue par le CQI. Il existe des outils pratiques de CQI, qui dans l'idéal doivent couvrir tous les services sur la plateforme désignée de prestation des services et ne pas s'adresser uniquement à la nutrition : par exemple, [l'outil COPE](#) (EngenderHealth 2003) et le [manuel de CQI du ministère de la santé de l'Ouganda](#) (Ministry of Health of Uganda 2015). Il est important de souligner que, si l'un de ces outils est choisi, il faudra clairement indiquer cette prise de choix à l'avance pour éviter leur déploiement parallèle par de multiples partenaires.

Informations pour évaluer l'impact

Les évaluations de l'impact des interventions nutritionnelles mesurent le niveau de progrès d'une intervention par rapport au changement obtenu dans la population (comme la réduction de la mortalité et de la morbidité). Elles représentent des outils d'apprentissage importants pour comprendre ce qui a fonctionné ou ce qui a changé. Elles approfondissent rarement la cause et l'effet pour explorer ce qui a fonctionné (comment, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi) afin de mieux comprendre le changement (ouvrir la boîte noire des liens de cause à effet). Les problèmes méthodologiques peuvent rendre difficile l'évaluation de l'impact pour les interventions d'urgence, comme l'amélioration n'est pas forcément liée aux activités entreprises ou que le calcul des moyennes masque les améliorations pour certaines populations dans des circonstances déterminées. Il n'y a souvent pas de point de départ, et de multiples facteurs peuvent entraîner un changement qui réside en-dehors du programme ou de la vision de l'étude, ce qui demande des études conçues spécialement qui sont chères et longues.

D'habitude, les évaluations des interventions d'urgence s'appuient sur les critères d'évaluation du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (Beck 2006). Cependant, ces critères sont moins utiles pour évaluer l'impact des interventions nutritionnelles dans leur ensemble, où différents critères peuvent être explorés (comme le degré de succès des résultats envisagés, de couverture du besoin et d'adaptation au contexte changeant). Le **tableau 3** fournit une évaluation rapide des interventions nutritionnelles en RDC. Néanmoins, les objectifs fondamentaux de l'évaluation sont de partager les pratiques prometteuses et d'apprendre à ne pas causer de préjudice et pour la réponse d'urgence de « reconstruire en mieux ».

Tableau 3. Evaluation rapide des interventions nutritionnelles en RDC, basée sur les critères de l'OCDE.

Critère	Evaluation	Justification
Pertinence et adéquation	Insuffisant	Les besoins du pays sont priorités, mais les demandes ne sont pas couvertes. La PCIMA n'est pas un service de santé infantile de routine mais une intervention d'urgence dans des zones sensibles sélectionnées où les ressources et les compétences sont disponibles.
Efficiences	Très insuffisant	Les ressources sont insuffisantes pour couvrir les besoins du pays, et les interventions sont façonnées selon les ressources disponibles.

Critère	Evaluation	Justification
		La stratégie la moins chère n'est pas sélectionnée pour atteindre les résultats nécessaires, et les autres approches ne sont pas bien étudiées.
Efficacité	Très insuffisant	Les paquets d'intervention peuvent présenter des progrès et sauver des vies en comparaison avec ce qui était prévu mais pas forcément en comparaison avec ce qui était requis (comme quand les objectifs de MAS sont inexacts au départ, ou, plus probablement, quand les besoins et les vulnérabilités changent rapidement dans un contexte fragile).
Equité	Insuffisant	La plupart des zones et des populations vulnérables (groupes ethniques, personnes déplacées, réfugiés) ou les catégories de population (garçons, filles, FEFA, handicapés et personnes âgées) sont détectées, mais leurs besoins ne sont pas forcément couverts parce que les ressources sont limitées ou les interventions sont mises en place dans des contextes qui changent rapidement où les besoins évoluent. De plus, les systèmes d'alerte ne sont pas robustes et des vulnérabilités peuvent avoir été omises : par exemple, les personnes vivant avec des handicaps n'ont peut-être pas été considérées (voir section 2).
Coordination	Insuffisant	Les partenaires du cluster de nutrition coordonnent les actions, mais les acteurs de santé de développement et d'urgence sont souvent négligés.
Rapidité	Très insuffisant	Il y a de nombreux retards entre l'alerte ou la priorisation et la réponse, et aucun suivi en temps réel n'existe (approche de hausse subite).
Impact/ Conséquences	Insuffisant	Aucun mécanisme n'est en place pour explorer si l'intervention a fait une différence dans la vie des bénéficiaires, a produit un progrès, ou a résulté dans des améliorations (reconstruire en mieux).
Connexité	Insuffisant	Les interventions d'urgence à titre de paquet de base ne sont pas suffisamment adaptées aux initiatives existantes ou pour être transmises de façon réaliste dans une optique long terme.
Couverture	Insuffisant	Certaines populations dont la vie est menacée sont atteintes et d'autres pas du tout.
Durabilité	Très insuffisant	Les projets n'apportent presque certainement aucun changement durable une fois terminés ou peuvent avoir créé des espoirs et des attentes qui n'ont pas été satisfaits, malgré les opportunités.

Barème : « suffisant » (vert), « insuffisant » (orange) et « très insuffisant » (rouge).

Abréviations : FEFA, Femmes enceintes et femmes allaitantes ; MAS, Malnutrition aigüe sévère ; OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques ; PCIMA, Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe ; RDC République Démocratique du Congo.

Recommandation 4 : Améliorer le suivi et l'évaluation des interventions

Rationaliser les systèmes de suivi d'urgence : par exemple, en renforçant le système de surveillance grâce à l'exploration des opportunités dans le module nutritionnel du DHIS2 et/ou l'exploration de l'utilisation des comptes-rendus mobiles ou électroniques pour simplifier les procédures et augmenter l'accès à des informations de bonne qualité pour une prise de décision rapide afin d'améliorer les interventions (voir **section 2**).

Encourager les partenaires à intégrer une étude de mise en œuvre au sein de nouveaux projets et de ceux en cours conçue pour mieux comprendre ce qui fonctionne, et comment, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi— afin d'expliquer le lien de causalité entre l'action et le résultat (voir **sections 3 et 10**).

Explorer le potentiel d'une approche de CQI simplifiée et normalisée qui prend en compte les vulnérabilités fondamentales d'une façon globale au niveau de la plateforme de service correspondante et qui pilote les améliorations d'essai (esprit critique de l'intérieur, faire le lien entre l'information et l'action). Mettre à l'essai l'approche de CQI pour en apprendre sa faisabilité et son efficacité. Garantir des responsabilités

claires de déploiement pour éviter la formation des mêmes professionnels de la santé par des ONG multiples (voir **sections 3 et 10**).

*Promouvoir l'utilisation du facteur de conversion de l'incidence annuelle nouvellement proposé, qui est soutenu par les dernières recherches, et utiliser le terme de « facteur de conversion » au lieu de « facteur de correction » pour éviter les erreurs quand utilisé pour les périodes de moins/de plus d'une année (voir la discussion sur l'estimation du nombre de cas dans l'**annexe 6**).*

5. Maximiser l'efficience et l'efficacité des interventions

Maximiser l'efficience des interventions

Les ressources pour une réponse adéquate comme les stipulent les paquets minima d'intervention dans les directives du NNC ne peuvent pas répondre aux besoins généraux du pays. Les systèmes d'alerte et de priorisation, lorsque disponibles, identifient les zones de santé sensibles qui sont les plus dans le besoin et précisent la zone géographique pour la réponse. Cependant, comme mentionné ci-dessus, le ciblage peut ne pas être aussi robuste que prévu, et les interventions sont souvent définies par la disponibilité des ressources et des compétences des partenaires et le degré de préparation plutôt que le besoin (voir **section 3**). La méthode de prise de décision peut donner une fausse impression d'efficacité : par exemple, les zones de santé affectées par la malnutrition ne sont pas forcément classées comme zones prioritaires à cause de l'effet modérateur d'autres indicateurs (voir **section 2**) et de l'utilité (certaines zones de santé dans le besoin peuvent recevoir un soutien et d'autres non). De plus, le système encourage les partenaires à surveiller le progrès et à évaluer les résultats à partir de ce qui est prévu et non à partir de ce qui est requis (voir **section 4**). Il décourage également les initiatives pour débloquer les ressources locales ou explorer de meilleures façons de travailler, ou il force les exécutants à adopter un style moins flexible et moins critique.

Les directives du NNC sont un outil utile pour offrir une orientation opérationnelle et des normes et pour encourager de bonnes pratiques avec un but d'efficience (prendre de bonnes décisions) et d'efficacité (les prendre d'une bonne façon). Elles reposent sur une orientation et des preuves à l'échelle mondiale et suggèrent souvent plus d'actions qu'il n'est nécessaire pour le contexte de la RDC ou pour garantir la qualité (elles proposent par exemple des études de mi-trimestre et de fin de trimestre pour toutes les interventions afin d'évaluer la situation et la couverture nutritionnelle). Cependant, les procédures opérationnelles doivent pouvoir être applicables au contexte, sensibles aux ressources et moins normatives. Les interventions ne sont pas des recettes choisies dans un livre de cuisine, parce que les contextes qui changent rapidement peuvent entraver l'accès aux ingrédients nécessaires et paralyser les activités. Les normes mondiales doivent peut-être s'adapter aux contextes de la RDC avec une sensibilité maximum aux ressources locales pour s'assurer que les interventions basées sur les résultats portent sur les besoins évolutifs et l'objectif de collaboration. La révision des lignes directrices offre une chance d'améliorer la performance. Des suggestions pour les améliorations sont fournies dans l'**annexe 6**.

Maximiser l'efficacité des interventions

Un examen objectif du contexte de la RDC indique que plusieurs activités pourraient être améliorées :

- Les ressources et les systèmes de réponse restreints produisent des interventions qui ne répondent pas forcément à temps, ne satisfont pas tous les besoins (trop peu trop tard) et ne sont peut-être pas efficaces.
- Les services de santé infantile de routine ont des capacités limitées pour offrir des activités de l'ANJE adéquates et ne fournissent pas de traitement de la MA, même quand la charge est élevée.
- Les soins de santé primaires communautaires, y compris les services nutritionnels, reposent sur les ASC/ ReCo qui sont soutenus par le système de santé officiel, mais n'en font pas partie, et, en l'absence de soutien des ONG, ont une capacité et une motivation limitées, ainsi qu'une supervision de soutien de faible qualité, en comparaison avec des programmes de santé communautaires concurrents qui offrent des incitations (comme les journées de santé de l'enfant ou les campagnes de vaccination).
- Le financement humanitaire est utilisé pour combler les écarts dans les interventions de développement, avec des méthodes et des modèles qui ne sont adaptés ni au développement ni aux urgences. De même, les interventions humanitaires sont assorties de paquets prédéfinis qui ne prennent pas en compte (de façon adéquate) des dynamiques des systèmes de santé et communautaires.
- Le paquet de réponse ne s'appuie ni ne s'intègre à un paquet de développement, là où les stratégies d'entrée ainsi que de sortie passent à côté d'opportunités et peuvent avoir des conséquences négatives involontaires (mais elles ne sont pas étudiées et donc restent inconnues).
- Les normes et les méthodes d'urgence sont fondées sur des preuves mondiales et donc peuvent manquer de couvrir les contextes de la RDC. Par exemple, les aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) sont utilisés pour le traitement de la MAM, et personne n'a suggéré utiliser les ASPE pour traiter la MAM quand il n'y avait pas d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), malgré leur composition similaire. Néanmoins, il y eut un accord pour utiliser les ATPE pour traiter la MAM dans l'essai Optima, et dans ce cas la similarité de leur composition et de leur utilisation a été acceptée. Les raisons du manque d'orientation mondiale pour traiter la MAS avec les ASPE en l'absence d'ATPE peuvent être que (1) il est rare que les ASPE soient disponibles pour la MAM mais que les ATPE ne soient pas disponibles pour la MAS, et (2) il est évident que les cas de MAS entrent dans la même catégorie générale de MA, à titre de stade plus avancé de la MAM. En parallèle à cette observation inhabituelle, il est encourageant de voir que de multiples essais (en cours ou en phase de préparation) cherchent des évidences pour des solutions adaptées au contexte, et il faut espérer qu'ils seront adoptés ou adaptés dans des interventions plus vastes.

Compte tenu de ce qui précède, la RDC est à la croisée des chemins, et nécessite des approches de réexamen stratégique et technique pour prévenir et traiter la MA dans des contextes d'urgence et de développement. Ce processus est amorcé par le gouvernement, les donateurs et les partenaires d'urgence et de développement, mais aura besoin d'une approche collaborative et structurée renforcée parmi les acteurs afin d'aller de l'avant, en s'appuyant sur l'expérience, l'innovation et les données issues des contextes locaux et autres. L'élan de construction du triple nexus humanitaire-développement-paix peut accélérer les efforts de renforcement des systèmes de capacité en ce qui concerne la résilience pour parvenir à une durabilité. Cependant, la tâche colossale demande de l'ambition tout en demeurant réaliste dans le contexte. La convergence du programme de santé et

de nutrition du DFID et du Programme de développement du système de santé ou PDSS soutenu par la banque mondiale propose de nouvelles perspectives pour changer le paradigme. Les innovations et apprentissages actuels en cours pourraient être maximisés si un environnement était créé dans lequel le leadership rassemble les partenaires pour réfléchir, et oser. Un apprentissage amélioré issu de la mise en pratique d'une approche de TOC pourrait renforcer (de bas en haut et de l'intérieur) la qualité des interventions et leur efficacité.

Le paradigme humanitaire pour la prévention et le traitement de la MA devrait veiller à ce que les interventions d'urgence se connectent avec les interventions de développement et les renforcent ou les démarrent (si faibles ou absentes) pour qu'elles puissent ensuite être liées en préparant les imprévus et en développant la capacité de résilience du système de santé. Ce n'est qu'à ce moment que les interventions d'urgence peuvent se focaliser sur des interventions rapides vitales plutôt que d'essayer de combler les lacunes du développement en parsemant des réponses inefficaces (« saupoudrage »). Les interventions d'urgence pourraient aussi profiter d'une perspective systémique pour éviter d'avoir des interventions d'urgence spécifiques, comme la réponse à l' «EVD», et d'éliminer les services essentiels et de leur permettre à la place d'utiliser cet élan pour mettre en place ou développer des services essentiels (et donc de reconstruire en mieux).

Recommandation 5 : Améliorer l'efficacité et l'efficacé des interventions

*Concevoir les interventions nutritionnelles d'urgence comme des interventions hybrides qui établissent (si absentes) ou renforcent (si faibles) les services de santé et de nutrition essentiels (voir **section 3**).*

*Veiller à ce que toutes les réponses d'intervention incluent des activités de renforcement du système de santé (comme les fonctions d'actions de renforcement du système de santé) ainsi que des structures existantes pour que les activités clé puissent faire une transition vers les services essentiels et éviter le « démarrage et arrêt » dans les zones très vulnérables (voir **section 3**).*

Veiller à ce que les interventions d'urgence soient adaptées au besoin sanitaire et nutritionnel global, et pas seulement au besoin nutritionnel (c'est-à-dire savoir quels services essentiels sont en place ou devraient l'être, les renforcer en échafaudant une approche qui s'appuie sur ce qui existe [ne pas porter de préjudice] et explorer les moyens de débloquent les ressources locales, de soutenir les initiatives locales et d'utiliser le partenariat entre le public et le privé pour accroître les acteurs et les activités).

Développer des études de mise en œuvre portant sur les interventions pour explorer ce qui fonctionne (et comment, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi) et tirer des leçons des opportunités manquées ou des conséquences involontaires pour faire passer l'efficacité d'une perspective d'intervention à une perspective systémique qui fournira un apprentissage plus utile.

6. Acteurs, normes et directives

Acteurs

Les questions « Est-ce que les partenaires du cluster nutrition font ce qu'il faut et au bon moment, en priorisant les bons groupes ? Qu'est-ce qui fonctionne bien et doit être augmenté ? Qu'est-ce qui est moins efficace ? » ont été adressées ci-dessus. Mais pour enrichir la discussion, l'implication des acteurs nutritionnels dans une réponse efficace (comme les partenaires du NNC et d'autres parties prenantes) doit être prise en compte.

L'exercice d'analyse de la partie prenante pendant l'atelier, qui fait une liste des parties prenantes par niveau d'implication, rôles et niveau d'intérêt et d'influence, a montré que les acteurs à titre d'institutions, d'organismes ou d'individus ne sont pas considérés comme une ressource, et leur

potentiel est inexploité. Certains acteurs sont ignorés (comme les institutions académiques, de recherche et d'enseignement), sous-utilisés (comme les groupes communautaires, les guérisseurs traditionnels) ou sous-estimés (comme la fonction du NNC avec les partenaires qui pourraient collaborer et réaliser un changement), et certains acteurs pourraient être plus impliqués ou apporter une contribution plus importante.

Les interventions d'urgence ont lieu dans un environnement social complexe, où les acteurs de santé et de nutrition, par choix ou par influence, consciemment ou inconsciemment, interagissent avec des fonctions systémiques et provoquent ou empêchent le changement (Deconinck 2017). Un leadership fort à plusieurs niveaux (c'est-à-dire national, provincial, de zone de santé, des centres de santé et de la communauté) pourrait étendre l'implication et les capacités des acteurs, établir un lien adéquat avec d'autres secteurs et chercher des partenariats entre le privé et le public pour renforcer davantage les capacités locales. Déjà, des ONG nationales ont trouvé des moyens d'accéder à des financements d'urgence disponibles et d'étendre leurs capacités et leur implication. Ce type d'implication peut aussi être très utile pour des initiatives de développement indispensables et sous-financées. Un leadership de qualité pourrait garantir le maintien des acquis du travail sur les urgences pour développer les capacités de résilience et évoluer vers un changement durable et en profondeur. Les interventions peuvent sous-estimer le tissu social du contexte dans lequel elles sont mises en place et passer à côté des forces du « logiciel » du système (les idées, les intérêts, les relations, le pouvoir, les valeurs et les normes qui se combinent avec le matériel du système), ainsi que les fonds, les informations, l'infrastructure, les provisions, la structure d'organisation et le personnel de santé, qui peuvent tous améliorer la performance des systèmes (Sheikh et al. 2011).

Normes et directives

Le protocole national de la MA est un outil utile pour garantir la qualité des modèles de soins dans les établissements (DRC MOPH 2016d). Certaines de ses qualités sont, par exemple, l'explication détaillée des processus biomédicaux de la maladie et les étapes de soins, avec un conseil spécialisé sur le traitement des complications. Les annexes offrent des tableaux de référence pratiques, par exemple concernant la supervision de soutien. Les défauts du document sont dans sa vision de la prise en charge de la MA comme un acte médical autonome reliant, mais n'intégrant pas complètement, la prise en charge de la MAM et de la MAS simple avec les soins de santé primaires dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies infantiles (WHO 2014) et n'intégrant pas complètement la prise en charge de la MAS grave dans les soins de santé secondaires des soins pédiatriques hospitaliers (World Health Organization 2013). L'Unité nutritionnelle supplémentaire pour la MAM, l'Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire pour la MAS simple et l'Unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI) pour la MAS grave sont décrites comme des unités séparées gérées par des systèmes parallèles, ce qui n'est que partiellement vrai. D'autres opportunités manquées incluent une absence d'orientation au sujet des besoins en équipement et en provisions et un manque d'outils de travail pour une prise de décision et une mise en place faciles même quand le matériel essentiel est absent (quoi, comment et pourquoi). Puisque le protocole est écrit comme un manuel de formation, ses descriptions sont longues et s'écartent parfois de l'élément fondamental ou donnent des conseils contradictoires, ce qui peut entraîner de la confusion. Le protocole garantit la prise en charge normalisée de la MA et une qualité adéquate mais pas son organisation ou sa mise en place dans des situations d'urgence.

Dans des situations d'urgence, par définition et selon le besoin, les services existants devraient être soit renforcés et augmentés soit adaptés pour couvrir les besoins d'urgence, sans éliminer les

autres services essentiels. En RDC, cette approche de la prise en charge de la MA est ambiguë, parce qu'en général, les services sont soit absents soit très faibles. Il serait donc mal venu que les interventions d'urgence essaient de combler les lacunes, parce que les systèmes existants ne sont pas assez solides pour être développés au départ ou pour être transmis à la fin des projets. D'autres directives nationales ont été développées pour fournir une orientation opérationnelle pour les réponses d'urgence à titre d'interventions autonomes ; certaines d'entre elles combler les lacunes des guides de développement (par exemple, la stratégie WASH-in-Nut (WiN) (DRC WASH Cluster 2015); les directives du NNC (DRC MOPH 2016c); l'ANJE dans les directives opérationnelles d'urgence (DRC MOPH 2018); l'ANJE dans le manuel d'orientation du contexte de la maladie à virus Ebola (PRONANUT 2018); et les directives de réponse rapide pour les mouvements de population (UNICEF 2018)). Des outils utiles pour améliorer la portée et l'intégration des interventions nutritionnelles et de santé au niveau communautaire incluent le livret de l'ANJE (PRONANUT 2013), le manuel d'orientation de consultation préscolaire (DRC MOPH 2015), les documents de Nutrition à assise communautaire (NAC) (DRC MOPH 2016b) et le manuel et cadre stratégique des approches de santé communautaires (World Food Programme 2016; DRC MOPH 2016a).

Dans leur état actuel, les directives du NNC traitent des normes, en se reposant sur un mélange de preuves génériques et nationales et promeuvent des approches innovatrices compétentes et efficaces. Leur ton normatif comble une lacune de façon légitime mais limite aussi l'esprit critique pour s'adapter à des contextes qui sont complexes et qui peuvent changer rapidement. Elles peuvent donner aux acteurs un faux sentiment de sécurité, en les rassurant qu'ils « font ce qu'il faut » et qu'ils « offrent un bon rapport qualité-prix » tout en occultant le contexte qui change rapidement, ou bien qu'ils « font ce qu'il faut pour les besoins changeants ». Afin d'éviter le carcan sans risque mais autoritaire par lequel les normes de réponse d'urgence peuvent porter préjudice, un environnement d'apprentissage plus flexible et collaboratif devrait être créé pour permettre une gestion adaptative avec une perspective systémique. Celui-ci permettrait d'affronter plutôt que d'éviter les complexités et les conséquences des interactions et aborderait les besoins multisectoriels sans écarter les services essentiels. Une telle approche encouragerait également la créativité lorsque les ressources sont insuffisantes, encouragerait les acteurs à demander du soutien ainsi qu'à en offrir et, en tant que tel, contribuerait à la création d'un environnement sain ascendant à la recherche de solutions. Cette attitude de recherche de problèmes et ce dynamisme de résolution des problèmes encouragera les acteurs à gérer et utiliser les capacités existantes, à tirer des leçons, etc... Le PRONANUT pourrait être alerté et équipé afin de relier, suivre et fournir ce soutien, en lui permettant de trouver un juste milieu, de rester à l'écoute et d'encourager plutôt qu'étouffer l'innovation.

Recommandation 6 : Améliorer l'implication et l'orientation des acteurs

Explorer les moyens d'étendre les partenariats et de développer les capacités pour un apprentissage collaboratif qui renforcera les capacités locales (peut-être cachées) et mettra en valeur le potentiel des « capacités des personnes » grâce à, dans un premier lieu, l'identification, l'inclusion et l'implication des acteurs manquants dans tous les rassemblements formels et informels concernant la nutrition.

Réviser en profondeur les directives du NNC et les autres systèmes du NNC pour veiller à ce que le NNC et ses partenaires puissent adapter de façon flexible la capacité de réponse et la disponibilité des ressources à une situation nutritionnelle changeante en :

1. Combinant une théorie d'action (cadre logique) avec une TOC qui teste et vérifie les hypothèses pour le CQI en appliquant le cycle planifier-développer-suivre-adapter (voir **section 4** et **annexe 6**).
2. Partageant les directives avec tous les acteurs impliqués dans les services de santé et de nutrition, y compris les acteurs de santé et de nutrition venant de gouvernement provincial et de la zone de santé et les professionnels de santé qui gèrent les établissements de santé, et les interventions au niveau communautaire.

Examiner si le protocole national de la PCIMA doit être mis à jour pour supprimer les incohérences et/ou développer un livret opérationnel simplifié ou des outils de travail pour chaque unité (des plateformes nutritionnelles de prévention au niveau communautaire [la NAC et le CPS, l'Unité nutritionnelle supplémentaire, l'Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire et l'UNTI] qui pourraient corriger les incohérences et faciliter une mise en place de qualité tout en attendant l'orientation mondiale sur le protocole simplifié prévue pour 2021/22).

7. Capacité de résilience et durabilité des interventions

Améliorer la résilience

Comme mentionné plus haut, la résilience est définie de diverses façons, avec des significations différentes selon les niveaux (individuel, des ménages et systémique), mais les messages essentiels sont « la capacité à faire face à un stress et des perturbations externes suite à un changement social, politique et environnemental » (FAO, IFAD, et PAM 2015) ou « la capacité des pays, des communautés et des ménages à gérer le changement, en maintenant ou en modifiant les conditions de vie face à des chocs ou des tensions sans compromettre leurs perspectives à long terme » (DFID 2011). La dernière définition prend en compte les pays, les communautés et les ménages comme acteurs clé dans la réalisation des actions pour rebondir face aux chocs. Le **tableau 4** résume la façon dont les stratégies nutritionnelles de la RDC développent la résilience nutritionnelle des communautés, des ménages et des individus mais pas celle du système de santé.

Tableau 4. Résumé de l'évaluation des stratégies nutritionnelles prévues qui développent la résilience en RDC (tiré des directives nutritionnelles).

Objectif	Stratégie	Résultat attendu	Exemples d'améliorations
Communautés	Renforcer le leadership communautaire. Renforcer les capacités des volontaires communautaires et des organismes concernant l'ANJE, le jardinage communautaire et autre génération de revenus.	Promotion assurée de la nutrition ainsi que de la prévention et la prise en charge des enfants mal nourris. Garantie de recherche, de disponibilité et d'utilisation de nourriture et de recettes	Résilience communautaire élargie au-delà des groupes de soutien ANJE. Programme de formation actif et agressif mis en place pour des compétences efficaces de conseil en nutrition. Un nombre plus consistant garanti de volontaires

Objectif	Stratégie	Résultat attendu	Exemples d'améliorations
	Etablir des coopératives maternelles pour améliorer les aliments de complément.	locales accessibles et de bonne qualité. Capacité développée pour faire face aux crises, y compris l'utilisation des recettes locales améliorées.	communautaires par zone de santé.
Ménages	Impliquer les étudiants et les parents dans l'apprentissage de la nutrition et des aliments nutritifs. Equiper les personnes responsables de bandes PB. Soutenir les familles les plus vulnérables avec des activités génératrices de revenus et/ou des transferts d'argent.	Dépistage constant garanti des enfants mal nourris avec une couverture de traitement croissante. Meilleure connaissance des groupes vulnérables et de leurs comportements.	Activités de capacité de résilience garanties pour couvrir une GMP communautaire plus robuste, en association avec un développement bien conçu des compétences de conseil.
Individus	Fournir l'accès à des aliments nutritifs. Fournir l'accès aux soins pour la prévention, les infections réduites et autres traitements.	Renforcer la résilience (biomédicale) individuelle.	Accès garanti aux soins et aux services et amélioration des comportements. Environnement plus sain (comme BabyWASH).

Abréviations : GMP, *Growth Monitoring and Promotion* [surveillance et promotion de la croissance] ; ANJE, *Infant and Young Child Feeding* [alimentation des nourrissons et des jeunes enfants] ; PB Périmètre brachial ; RDC, République Démocratique du Congo ; WASH, *water, sanitation and hygiene* [eau, assainissement et hygiène].

Améliorer la durabilité

Le degré auquel les interventions peuvent provoquer des améliorations durables dépend de leurs caractéristiques et de leur potentiel d'apporter un changement de longue durée au sein des systèmes de santé et communautaires. Les types d'intervention prises en compte et leur potentiel de provoquer de telles améliorations sont :

- **Les interventions temporaires autonomes** (c'est-à-dire la réponse nutritionnelle rapide et les réponses nutritionnelles d'urgence) Ces interventions sont censées sauver des vies mais ont une connaissance limitée du contexte, développent (temporairement) des partenariats à partir de rien, dépendent des programmes de partenaires avec des cycles de vie différents, risquent de causer duplication et préjudice et ont peu d'effets à long terme.
- **Réponse nutritionnelle d'urgence ajoutée à d'autres interventions temporaires d'urgence.** Ce type d'intervention a l'avantage de commencer rapidement et d'intégrer les interventions en cours mais ne peut pas apporter de changements importants de longue durée.
- **Réponse nutritionnelle d'urgence ajoutée à une intervention de développement en cours.** Une telle intervention a la capacité de relier les urgences aux interventions de développement et est donc mieux placée pour apporter des améliorations durables.
- **Réponse nutritionnelle d'urgence mise en place à titre de service routinier de l'enfance.** Ce type d'intervention établit des relations de travail solides avec les institutions locales, ce qui peut ouvrir la voie à l'exploitation des ressources et des capacités locales.

En plus des considérations ci-dessus, la sélection d'un nombre limité de ReCo pour travailler sur des interventions temporaires indique un manque de compréhension du contexte, une ignorance des conséquences négatives possibles, et passe à côté d'opportunités d'acquisition de développement durable. Limiter le nombre de ReCo (à 10 par zone de santé par exemple), quelle que soit la réserve de ReCo existants, peut paraître raisonnable pour ce qui est de la disponibilité de financement des partenaires mais sur le moyen et long terme peut faire faussement penser qu'ils ne sont pas nécessaires. De plus, cela contredit l'approche « Maman-Périmètre brachial » ou PB et peut être contreproductif, réduisant la motivation pour réaliser les tâches escomptées et perturbant l'harmonie et la cohésion parmi les membres de l'équipe du ReCo. Cependant, les modèles d'intervention de développement à petite et grande échelle qui mettent l'accent sur le renforcement des structures communautaires et de leurs membres ont ouvert la voie au renforcement de la durabilité. Ces stratégies incluent les jardins familiaux ou communaux dans le cadre de la NAC et des stratégies de sécurité alimentaire (conjointement à d'autres activités de prévention basées sur le système de santé), soutenus par des ONG locales avec un choix d'animateurs communautaires et de coaches de ReCo.

Recommandation 7 : Améliorer la résilience communautaire et des ménages ainsi que la durabilité

Cartographier les différentes approches en RDC qui améliorent la capacité de résilience (y compris la nutrition multisectorielle, les systèmes de santé et de nutrition ainsi que communautaires et des ménages) et rechercher ce qui fonctionne (et comment, pour qui, dans quelles circonstances et pourquoi) ; identifier les expériences pertinentes au sein de la RDC et dans les autres endroits qui pourraient informer les approches de résilience en RDC ; et identifier les activités de développement de la résilience à recommander. Le cadre de résilience de Kruk (Kruk et al. 2015) est un outil utile pour explorer plus en profondeur les systèmes de résilience (voir les recommandations dans les **sections 3 à 6** portant sur le renforcement de la résilience des systèmes, comme l'application de la TOC, la hausse subite et les outils de CQI).

Explorer les façons de renforcer le système communautaire en recherchant comment il surmonte les obstacles et en identifiant les moyens de motiver de façon durable et de former les ReCo et les organismes.

Étendre la disponibilité et l'utilisation des bandes PB et des matériaux de conseil adaptés dans la communauté afin de renforcer les capacités communautaires à prendre en charge la prévention et le traitement de la MA (créant une appropriation et une obligation de rendre des comptes), en recherchant des moyens de renforcer les ReCo, en impliquant les mères (mères PB) et en tirant profit des déviants positifs.

8. Nexus humanitaire-développement

Dans la lutte contre la malnutrition, la focalisation sur la MA (ou l'émaciation et l'œdème nutritionnel) était la priorité pour la réponse humanitaire, tandis que la malnutrition chronique (ou le retard de croissance) était la priorité pour les réponses de développement. Des études récentes ont montré que l'émaciation contribue au retard de croissance, et à cause du lien inextricable de la condition cumulée avec la mortalité, la fracture est en train d'être comblée (Schoenbuchner et al. 2019; Khara et al. 2017). Le besoin de renforcer les liens entre les programmes humanitaires et de développement est au premier plan depuis le sommet humanitaire mondial de 2016. La [nouvelle façon de travailler](#) est devenue le cadre de référence (OCHA 2017) qui, en RDC, a été encore élargi par la consolidation de la paix pour former un triple nexus.

Etant donné la nature prolongée et les facteurs structurels de la crise humanitaire de la RDC, il serait logique de fixer un objectif de création et de maintien d'un environnement propice pour que les modèles opérationnels humanitaires et de développement puissent se compléter. Ceci a été clairement envisagé dans le PRH de 2017-2019, qui favorise un perfectionnement de la complémentarité et des synergies opérationnelles avec le développement (OCHA 2018). De plus, le PRH a prévu un groupe de travail pour des solutions durables qui rassemble les acteurs humanitaires, de développement et gouvernementaux afin de trouver des solutions durables pour les personnes déplacées et les rapatriés. Jusqu'à présent, un obstacle majeur est l'absence d'une réserve commune de ressources au sein d'une approche systémique et d'indicateurs pour suivre le progrès conjointement.

Des opportunités pour renforcer le programme du nexus humanitaire-développement (et la consolidation de la paix) pourrait comprendre : (1) des modèles de réponse nutritionnelle d'urgence mis en place à titre de services infantiles routiniers ; (2) des stratégies du [document de synthèse de DIFD sur la nutrition mondiale](#), qui soutient le HSS (DFID 2017) ; et (3) le projet multisectoriel de nutrition et santé de l'enfant financé par la banque mondiale (PDSS), qui est axé sur la réduction de la prévalence des retards de croissance et les avancées importantes dans de multiples secteurs de développement. Le principal objectif du PDSS (améliorer l'utilisation des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition pour les enfants de moins de 2 ans et les FEFA et *répondre à une crise ou urgence éligible*) formulé dans une série de projets couvrant les 12 à 15 prochaines années, est une fenêtre d'opportunités pour élargir et faire avancer la discussion HDN. Inclure la réponse d'urgence dans les projets de développement et d'organisme communautaire peut créer des opportunités d'apprentissage à travers les projets de développement et humanitaires. Le défi sera de promouvoir le statut du secteur de la nutrition au sein du système gouvernemental pour qu'il devienne un « influenceur » ou un « meneur » et de développer les compétences et les capacités de bonne gouvernance et de leadership de PRONANUT pour faire avancer le HDN. Le mouvement pour le renforcement de la nutrition (SUN) en RDC devrait aussi pouvoir être à la hauteur de ce défi.

Recommandation 8 : Améliorer le HDN

*Explorer la faisabilité et le rapport coût-efficacité de l'intervention hybride proposée concernant la nutrition d'urgence pour qu'elle fonctionne en tandem avec les programmes de développement où que possible, y compris l'approche de hausse subite pour les vulnérabilités fondamentales en matière de santé et de nutrition, la préparation aux imprévus, et le développement de la résilience (voir **section 3**).*

Adapter le paradigme HDN pour prévenir et traiter la MA en apprenant des exemples nationaux et d'autres pays portant d'un lourd fardeau de malnutrition, de chocs réguliers et prolongés, et ayant une large population avec des vulnérabilités multiples et un système de santé faible (comme le Niger, le Soudan, le Pakistan).

Veiller à ce que les groupes de travail techniques disposent d'une structure à long terme qui couvrent les urgences (l'alerte et la réponse qui s'appuient sur les services et structures existants et qui sont associées au changement durable) dans le cadre d'une stratégie de développement (qui inclut se préparer pour les imprévus et développer les capacités de résilience) ; inclure les partenaires adéquats et se faire mener et gérer par le MOPH/PRONANUT (développer un programme de transition, d'absorption ou de fusion du NNC et des groupes de travail techniques).

9. Priorités de plaidoyer

La RDC se trouve à un croisement intéressant de diminution des financements pour la réponse d'urgence et de possibilité d'engagement financier à long terme pour réduire le retard de croissance.

Comme exposé ci-dessus, le HDN, élargi en triple nexus pour inclure la consolidation de paix, entre en jeu. Les obstacles restants incluent les besoins croissants, la faible couverture, les systèmes de santé et communautaires faibles et une faiblesse de gouvernance et de leadership pour planifier, gérer et coordonner les programmes afin de réduire la prévalence et l'incidence de toutes les formes de malnutrition. Pour les surmonter, les parties prenantes clés, y compris le gouvernement, la communauté de donateurs, les acteurs humanitaires et de développement et autres, doivent être engagés grâce à un plaidoyer bien conçu (voir **tableau 5**). Le but est de (1) faire accepter et soutenir les actions nutritionnelles multisectorielles dans des contextes fragiles, (2) mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise en place des programmes nécessaires et (3) susciter une prise de conscience pour un soutien technique et financier continu et sur une plus longue durée.

Bien que l'on soit conscient du fardeau dommageable de la sous-nutrition en RDC, il serait bénéfique d'avoir un processus de plaidoyer nutritionnel qui cible le leadership du nouveau gouvernement, y compris le nouveau parlement. Des outils de plaidoyer nutritionnel spécifiques au pays sont utiles pour faciliter la discussion et pour créer un engagement politique et social pour la nutrition plus étendu au sein d'un pays. Par exemple, [Profils](#) (FANTA III 2018) est un outil de plaidoyer nutritionnel basé une feuille de calcul qui détermine (1) les conséquences si la malnutrition ne s'améliore pas ou ne change pas sur une période définie et (2) les bénéfices d'une nutrition améliorée sur la même durée, y compris le nombre de vies sauvées, de handicaps évités, les gains en capital humain et les gains en productivité économique. [Les modèles de simulation informatique](#), développés par une modélisation à base d'agents ou par une analyse de stocks et de flux, peuvent stimuler des changements sur la durée et tester des scénarios grâce à des variables changeantes (Bishai et al. 2014).

Tableau 5. Priorités de plaidoyer d'un acteur cible.

Objectif	Priorité
Gouvernement de la RDC avec soutien de partenaire	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les compétences techniques et de leadership de PRONANUT afin de mieux coordonner les partenaires donateurs, humanitaires et de développement, ainsi que d'élargir les partenariats à d'autres groupes disponibles (comme les organismes professionnels, les institutions académiques, de recherche et de formation). • Etablir une entité nutritionnelle multisectorielle, si elle n'existe pas déjà, ayant un siège dans le bureau du premier ministre, avec des rôles et des responsabilités d'inclure les actions et les acteurs qui se coordonnent. • Aider le PRONANUT à diriger le développement d'une application de plaidoyer national pour cibler le gouvernement nouvellement élu et les nouveaux membres du parlement. • Adopter des lignes budgétaires permanentes afin de soutenir les programmes de nutrition nationaux pour les activités spécifiques ainsi que sensibles à la nutrition. • Augmenter la réserve de nutritionnistes hautement qualifiés (avec un master ou un doctorat) pour stimuler les capacités techniques et gestionnaires aux niveaux national et provincial. • Etendre la capacité technique de la SNSAP pour en faire un système de surveillance utile et robuste, évitant les systèmes qui font double emploi. • Prévoir la transition et l'absorption (ou la fusion le cas échéant) des groupes de travail techniques relatifs au développement et à la nutrition d'urgence. • Etablir une plateforme de discussion au sujet de la nutrition et de la santé de l'enfant dirigée par le MOPH pour mener et regrouper les partenaires humanitaires et de développement avec la gestion du savoir pour un apprentissage collectif continu, qui se connecte avec la plateforme multisectorielle. • Soutenir le NNC pour créer un environnement normatif qui oriente les partenaires et les actions d'urgence vers une réponse flexible, adaptée au contexte et basée sur des preuves et de bonnes pratiques.

	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir le NNC pour collaborer avec d'autres clusters et partenaires d'urgence et de développement pour une réponse globale coordonnée qui cible les groupes et les besoins les plus vulnérables, quelle que soit la division au niveau de leurs mandats et responsabilités.
Communauté de donateurs avec soutien de partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter le financement pour le HDN afin de garantir une meilleure complémentarité entre la réponse humanitaire et les programmes de développement ; aider les interventions nutritionnelles d'urgence à préparer le maintien des services et aider les interventions de développement à inclure la planification d'urgence (approche de hausse subite) et le développement de la résilience (voir section 3) ; et établir un soutien à long terme et des cycles de financement pour casser le cercle vicieux de la malnutrition en RDC. Fournir un soutien financier destiné à l'expertise afin d'établir un groupe de conseil technique pour la santé de l'enfant et la nutrition avec des tâches spécifiques (comme lutter contre le fardeau émaciation-retard de croissance, renforcer le système de surveillance, adapter l'approche CQI, adapter l'approche de hausse subite, renforcer le leadership local) pour un apprentissage collaboratif issu de preuves et de pratiques (voir section 10).

Abréviations : CQI, *continuous quality improvement* [amélioration de la qualité continue] ; HDN, *humanitarian-development nexus* [nexus humanitaire-développement] ; MOPH, *Ministry of Public Health* [ministère de la santé publique] ; NNC, *National Nutrition Cluster* [cluster national de nutrition] ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; RDC, République Démocratique du Congo ; SNSAP, Surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce.

10. Lacunes en connaissance et en données

L'apprentissage et l'innovation en cours consistent actuellement en une mosaïque de questions au coup par coup présentant différentes priorités, ressources, opinions, écoles de pensée et entités de recherche impliquées, menées par des chercheurs à l'intérieur et à l'extérieur de la RDC. De plus, les institutions académiques et de recherche peuvent avoir différents systèmes d'apprentissage, intentions ou ressources qui ne collaborent pas forcément avec les interventions en cours. C'est là une occasion manquée, à ajouter aux nombreuses lacunes en matière de recherche.

Etant donné le temps imparti, il était impossible pour l'équipe de faire une analyse globale des lacunes en connaissance et en données. Il est difficile de comprendre ce qu'il se passe et où, et les chercheurs en activité ne sont pas tous connus ou ne collaborent pas tous avec les acteurs clés en RDC. L'**annexe 5** est un modeste résumé des initiatives d'innovation et d'apprentissage en cours et prévues. L'équipe de recherche en nutrition existante au PRONANUT (avec son équipe de plus de 30 salariés) a peut-être un système de gestion du savoir en place et/ou un apprentissage sur lequel s'appuyer. La mosaïque du savoir exige un leadership renforcé pour fournir un cadre afin de coordonner les besoins et les actions en matière de recherche et de stimuler un apprentissage collaboratif.

Recommandation 9 : Coordonner la recherche pour élargir la gestion du savoir

Etablir une plateforme de gestion du savoir concernant la santé de l'enfant et la nutrition avec un groupe de conseil stratégique technique de PRONANUT (y compris d'autres acteurs de santé gouvernementaux, le milieu universitaire, les donateurs et les partenaires) ayant des liens établis avec les pôles techniques mondiaux (comme *Core Group*, *Emergency Nutrition Network*, les groupes techniques du cluster de nutrition mondiale, *International Lipid-Based Nutrient Supplements Project*, *No Wasted Lives*, *Society for Implementation Science in Nutrition*) afin de fournir un système permanent de soutien et de formation technique couvrant les contextes d'urgence et de développement. Veiller à ce que la plateforme de gestion du savoir aide à prioriser les questions de recherche clé qui ont besoin d'être abordées/répondues à partir du besoin, des preuves existantes, des essais en cours, etc...

Promouvoir une « *journée scientifique* » annuelle (prévue au mois de novembre) concernant les interventions nutritionnelles d'urgence et de développement pour fournir des mises à jour sur les dernières données.

Explorer la faisabilité et l'efficacité (par rapport au coût) d'une intervention hybride d'urgence qui prépare le maintien des services là où ils sont insuffisants, qui renforce les services existants, qui inclut une approche adaptée de hausse subite pour des vulnérabilités sanitaires et nutritionnelles clé, qui se prépare aux imprévus et qui développe la résilience des communautés, des services de santé au niveau communautaire et au niveau des établissements et la résilience des systèmes de santé de zone.

Conclusion

Le RAR, à titre d'exercice court mais intense concernant l'apprentissage des pratiques et des innovations de parties prenantes clés, a fourni de précieuses leçons. On peut les résumer comme suit :

- Les interventions nutritionnelles d'urgence ont du mal à combler la lacune du développement et, à cause de systèmes contractuels et d'alerte peu performants, sont mises en place trop tard, avec des approches et des outils qui ne conviennent ni au but ni au contexte en évolution rapide. Cependant, il existe de solides exemples d'initiatives prometteuses en RDC qui opèrent dans le cadre d'activités de développement bien conçues, impliquent des organisations communautaires qui sont assez flexibles pour absorber les chocs et qui valorisent les fondations de base du développement.
- Les interventions nutritionnelles d'urgence sont censées s'appuyer sur les structures et initiatives existantes et veiller à « ne pas porter préjudice ». Cependant, la réalité montre que la nutrition est difficile à intégrer dans les fondations fragiles des soins de santé infantile ou des soins essentiels de routine. Ceci est particulièrement évident au niveau de la mise en place, où aucun cadre n'est assez solide pour en assumer la responsabilité. Même une stratégie d'intervention d'urgence en réponse rapide qui est bien conçue et qui fournit des soins essentiels concernant les mouvements de population ou les épidémies ne couvre pas la nutrition.
- En tirant des leçons de cet examen, les parties prenantes du contexte fragile de la RDC sont encouragées à mieux catalyser les opportunités et à ajuster les stratégies et les ressources afin d'améliorer les interventions d'urgence nutritionnelle, basées sur un système robuste d'alerte qui réussit à mieux cibler les vulnérabilités. Les recommandations devront faire preuve de vérification au niveau de la faisabilité et de l'adaptation par des acteurs ayant une expertise

contextuelle et technique adéquate. Les besoins nutritionnels immenses ignorés dans les milieux du développement et de l'urgence au sein de la RDC exigent un renforcement de la collaboration et des idées novatrices pour que les interventions d'urgence puissent faire un bond en avant et déclencher un changement transformateur.

Références

- Adoho, Franck M., and Djeneba Doumbia. 2018. *Informal Sector Heterogeneity and Income Inequality: Evidence from the Democratic Republic of Congo*. Policy Research Working Papers. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-8328>.
- Beck, T. 2006. *Evaluating Humanitarian Action Using the OECD-DAC Criteria An ALNAP Guide For Sierra*. www.alnap.org.
- Bishai, David, Ligia Paina, Qingfeng Li, David H Peters, and Adnan A Hyder. 2014. “Advancing the Application of Systems Thinking in Health: Why Cure Crowds out Prevention.” *Health Research Policy and Systems* 12 (1): 28. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-28>.
- Briend, André, Tanya Khara, and Carmel Dolan. 2015. “Wasting and Stunting—Similarities and Differences: Policy and Programmatic Implications.” *Food and Nutrition Bulletin* 36 (1).
- CONCERN Worldwide. 2016. “Global CMAM Surge Approach: Operational Guide.”
- Deconinck, Hedwig. 2017. “Understanding Pathways of Integrating Severe Acute Malnutrition Interventions into National Health Systems in Low-Income Countries: Applying Systems Thinking to Study the Complexity of Health Systems.” <http://docplayer.net/62590606-Deconinck-hedwig-document-type-these-dissertation.html>.
- DFID. 2011. “Defining Disaster Resilience: A DFID Approach Paper.” https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/186874/defining-disaster-resilience-approach-paper.pdf.
- . 2017. “Saving Lives, Investing in Future Generations and Building Prosperity – the UK’ s Global Nutrition Position Paper.” https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/652122/nutrition-paper-2017a.pdf.
- DRC MOPH. 2015. “Consultation Préscolaire (CPS) Manuel d’orientation.”
- . 2016a. “Cadre Stratégique Pour La Participation Communautaire en RDC.”
- . 2016b. “La Mise En Œuvre de La Nutrition à Assise Communautaire.”
- . 2016c. “Nutrition Cluster Emergency Guidelines.”
- . 2016d. “Protocole Nationale, Prise En Charge de La Malnutrition Aiguë.”
- . 2018. “Alimentation Du Nourrisson et Du Jeune Enfant Dans Les Situation d’ Urgence (ANJE-U): Note d’Orientations Opérationnelles.”
- DRC WASH Cluster. 2015. “Stratégie WASH in NUT en RDC (WiN).”
- EngenderHealth. 2003. “COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services.” www.engenderhealth.org.
- FANTA III. 2018. “Manual for Country-Level Nutrition Advocacy Using PROFILES and Nutrition Costing.”
- FAO, IFAD, et PAM. 2015. “The State of Food Insecurity in the World 2015 Meeting the 2015

- International Hunger Targets: Taking Stock of Uneven Progress.” www.fao.org/publications.
- Global Nutrition Cluster MAM Task Force. 2017. “Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies.” <http://nutritioncluster.net/?get=002086%7C2014/07/MAM-Decision-Tool-final-June-2014-corrected.pdf>.
- Human Rights Watch. 2019. “World Report 2019: Democratic Republic of Congo.” 2019. <https://www.hrw.org/world-report/2019/country-chapters/democratic-republic-congo>.
- IASC Needs Assessment Task Force. 2015. “Multi-Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool.” https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf.
- Institut National de la Statistique (INS) and UNICEF. 2019. “Enquête En Grappes à Indicateurs Multiples En République Démocratique de Congo (MICS-RDC 2017/2018), Rapport Final.”
- Integrated Food Security Phase Classification (IPC). 2019. “Democratic Republic of the Congo (DRC): Acute Food Insecurity Situation July - December 2019.” 2019. <http://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1152131/>.
- Integrated Food Security Phase Classification Global Partners. 2019. “Integrated Food Security Phase Classification Technical Manual Version 3.0: Evidence and Standards for Better Food Security and Nutrition Decisions.” http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/manual/IPC_Technical_Manual_3_Final.pdf.
- Isanaka, Sheila, Nohelly Nombela, Ali Djibo, Marie Poupard, Dominique Van Beckhoven, Valérie Gaboulaud, Philippe J. Guerin, and Rebecca F. Grais. 2009. “Effect of Preventive Supplementation With Ready-to-Use Therapeutic Food on the Nutritional Status, Mortality, and Morbidity of Children Aged 6 to 60 Months in Niger.” *JAMA* 301 (3): 277. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.1018>.
- Isanaka, Sheila, Thomas Roederer, Ali Djibo, Francisco J. Luquero, Nohelly Nombela, Philippe J. Guerin, and Rebecca F. Grais. 2010. “Reducing Wasting in Young Children With Preventive Supplementation: A Cohort Study in Niger.” *PEDIATRICS* 126 (2): e442–50. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2814>.
- Kakietek, Jakub Jan. 2019. “Project Information Document-DRC Multisectoral Nutrition and Health Project - P16876.” Washington DC.: World Bank Group. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/03/25/000001843_20110329141118/Rendered/PDF/P1217550PIDOap1or0InfoShop0March25.pdf.
- Kerac, Marko, Martha Mwangome, Marie McGrath, Rukhsana Haider, and James A. Berkley. 2015. “Management of Acute Malnutrition in Infants Aged under 6 Months (MAMI): Current Issues and Future Directions in Policy and Research.” *Food and Nutrition Bulletin* 36 (March): S30–34. <https://doi.org/10.1177/15648265150361S105>.
- Khara, Tanya, Martha Mwangome, Moses Ngari, and Carmel Dolan. 2017. “Children Concurrently Wasted and Stunted: A Meta-Analysis of Prevalence Data of Children 6-59 Months from 84 Countries.” *Maternal & Child Nutrition*, September, e12516. <https://doi.org/10.1111/mcn.12516>.
- Kruk, Margaret E, Michael Myers, Tornorlah Varpilah, and Bernice T Dahn. 2015. “What Is a Resilient Health System? Lessons from Ebola.” *Www.TheLancet.Com*. Vol. 385.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).

Langendorf, Céline, Thomas Roederer, Saskia de Pee, Denise Brown, Stéphane Doyon, Abdoul-Aziz Mamaty, Lynda W.-M. Touré, Mahamane L. Manzo, and Rebecca F. Grais. 2014. "Preventing Acute Malnutrition among Young Children in Crises: A Prospective Intervention Study in Niger." Edited by Zulfiqar A. Bhutta. *PLoS Medicine* 11 (9): e1001714.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001714>.

Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de La Santé Publique (MSP), and ICF International. 2014. "Enquête Démographique et de Santé En République Démocratique Du Congo 2013-2014." Rockville, Maryland, USA: MPSMRM, MSP et ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>.

Ministry of Health of Uganda. 2015. "Quality Improvement Methods: A Manual for Health Workers in Uganda." http://www.health.go.ug/sites/default/files/QI_Manual_April_15_0.pdf.

Mugabi, Josses. 2017. "Project Information Document-Integrated Safeguards Data Sheet - Lilongwe Water and Sanitation Project - P163794 - Sequence No : 00." Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/772611510199652447/pdf/Project-Information-Document-Integrated-Safeguards-Data-Sheet-Lilongwe-Water-and-Sanitation-Project-P163794-Sequence-No-00.pdf>.

OCHA. 2017. "New Way of Working." 2017.

https://www.agendaforhumanity.org/sites/default/files/20170228_NWoW_13_high_res.pdf.

—. 2018. "2017 - 2019 Plan de Réponse Humanitaire MISE À JOUR POUR 2019 RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO."

—. 2019. "About OCHA DRC." 2019. <https://www.unocha.org/democratic-republic-congo-drc/about-ocha-drc>.

Onis, Mercedes de, Elaine Borghi, Mary Arimond, Patrick Webb, Trevor Croft, Kuntal Saha, Luz Maria De-Regil, et al. 2018. "Prevalence Thresholds for Wasting, Overweight and Stunting in Children under 5 Years." *Public Health Nutrition*, 1–5. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002434>.

Programme National de Nutrition (PRONAUT) République Démocratique du Congo Ministère de la Santé Publique. 2018. "Enquetes Nutritionnelles Territoriales, Territoires de Demba-Dimbelenge (Kasai Central), Kamiki (Kasai Oriental), Tshikapa/Kamonia et Mwaka (Kasai)." https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/ra_pport_preliminaire_cinq_enquetes_territorialles_smart_espace_kasai_f.pdf.

PRONANUT. 2013. "Alimentation Du Nourrisson Et Du Jeune Enfant."

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-73976-7.00004-1>.

—. 2018. "Manuel d'Orientation Sur La Promotion, La Protection et Le Soutien a l'Alimentation Du Nourrisson et Du Jeune Enfant Dans La Communauté, Dans Le Contexte de l'Epidémie de Maladie à Virus Ebola."

—. 2019a. "Lutte Contre La Malnutrition en RDC, Presentation October 2019."

—. 2019b. "Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) Bulletin Number 36, April-June 2019."

<https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/democratic-republic->

congo/document/bulletin-snsap-2nd-trimestre-2019.

- PRONANUT, ACF, and Tufts. 2019. "Programme d' Urgence Nutritionnelle RDC: Etude de Faisabilité En Appui à La Résilience Nutritionnelle Au Kwango."
- Schoenbuchner, Simon M, Carmel Dolan, Martha Mwangome, Andrew Hall, Stephanie A Richard, Jonathan C Wells, Tanya Khara, Bakary Sonko, Andrew M Prentice, and Sophie E Moore. 2019. "The Relationship between Wasting and Stunting: A Retrospective Cohort Analysis of Longitudinal Data in Gambian Children from 1976 to 2016." *The American Journal of Clinical Nutrition* 110 (2): 498–507. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy326>.
- Sheikh, Kabir, Lucy Gilson, Irene Akua Agyepong, Kara Hanson, Freddie Ssengooba, and Sara Bennett. 2011. "Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions." *PLoS Medicine* 8 (8): e1001073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001073>.
- Stewart, Christine P, K Ryan Wessells, Charles D Arnold, Lieven Huybregts, Per Ashorn, Elodie Becquey, Jean H Humphrey, and Kathryn G Dewey. 2019. "Lipid-Based Nutrient Supplements and All-Cause Mortality in Children 6–24 Months of Age: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *The American Journal of Clinical Nutrition*, November. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz262>.
- UNDP. 2019. *Human Development Report 2019*. New York, NY, USA: UNDP. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>.
- UNICEF. n.d. "DRC Humanitarian Situation Report." Accessed June 14, 2019. https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_DRC_Humanitarian_Situation_Report_Dec_2018.pdf.
- . 1990. "Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries." New York, NY. <http://repository.forcedmigration.org/pdf/?pid=fmo:3066>.
- . 2018. "Programme de Réponse Rapide Aux Mouvements de Population: Guide d'orientation Pour Les Partenaires de Mise En Oeuvre."
- . 2019. "Democratic Republic of the Congo, Humanitarian Action for Children, 2019 Appeal." www.unicef.org/appeals/drc.
- WHO. 2014. "IMCI Chart Booklet."
- World Bank International Finance Corporation Multilateral Investment Guarantee Agency. 2018. *The Republic of Congo Systematic Country Diagnostic. Systematic Country Diagnostic*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/30223>.
- World Food Programme. 2016. "Country Programme Tajikistan 200812 (2016-2020)." Rome.
- World Health Organization. 2013. *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses*. WHO. 2nd ed. Geneva PP - Geneva: World Health Organization. www.who.int/maternal_child_adolescent/en.

Annexe 1. Organismes participants

Tableau 6. Liste des organismes participants.

Organisme
Action contre la Faim
Adventist Development and Relief Agency (ADRA)
AGAPE
Alliance pour l'Action Médicale Internationale (ALIMA : <i>Alliance for International Medical Action</i>)
Ambassade de Norvège
Caritas Congo
Cause rurale
Cluster de nutrition (NNC) du CPI
COJDE
Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP)
Cooperazione Internazionale (COOPI)
Croix-rouge RDC
Cruz Roja Española
Department for International Development (DFID), UK
Division provinciale de la santé DPS de Kasai
DPS de Kasai Centrale
European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO)
Femmes solidaires (FESO)
Fondation livre de vie (FONLIV)
Hôpital pédiatrique de référence Kalembe Lembe
Interchurch Medical Assistance - World Health (IMA)
International Medical Corps (IMC)
Médecins d'Afrique (MDA)
Média pour le développement communautaire (MEDEC)
Medical and Global Nutrition Aid (MAGNA)
POP Security RDC
Première urgence internationale
Programme alimentaire mondial PAM
Programme national de nutrition (PRONANUT) nationale
Programme national de nutrition (PRONANUT) provinciale de Kasai
Programme national de nutrition (PRONANUT) provinciale de Kasai Central
Projet Moringa
Save the Children
Social Development Centre (SDC)
Soins de santé primaires en milieu rural (SANRU)
Solidarité pour le développement (SOLDEV)
US Agency for International Development (agence des Etats-Unis pour le développement international) USAID
Union communautaire pour l'appui au développement (UCAD)
UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Université de Kinshasa
Université de Bergen, Norvège
Programme de développement du système de santé de la banque mondiale (<i>World Bank PDSS</i>)
World Vision International (WVI)

Annexe 2. Programme de consultation

Tableau 7. Phases et détails de la consultation.

Phase de conception	Téléconférences
Mercredi 18/09	Cluster national de nutrition (<i>National Nutrition Cluster</i>)
Jeudi 19/09	Action contre la Faim (ACF) PAM
Lundi 23/09	<i>USAID Food for Peace (FFP)</i>
Mercredi 25/09	European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (ECHO) Aide médicale interéglises (<i>Interchurch Medical Assistance</i>)
Vendredi 25/09	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Phase dans le pays	Kinshasa, réunions
Lundi 30/09	Transport
Mardi 1/10	DFID ECHO Aide médicale interéglises (<i>Interchurch Medical Assistance</i>)
Mercredi 2/10	Réunion mensuelle du partenaire de cluster national de nutrition Alliance pour l'Action Médicale Internationale (<i>Alliance for International Medical Action, ALIMA</i>)
Jeudi 3/10	UNICEF DFID
Vendredi 4/10	Première urgence Cruz Roja Española ACF
Samedi 5/10	Réunion de travail
Dimanche 6/10	Réunion de travail
Lundi 7/10	PRONANUT DFID Santé
Mardi 9/10	Embassade de Norvège USAID FFP - USAID OFDA DFID COOPI PAM
Phase dans le pays	Tshikapa, Kasai Province, réunions et visite sur le terrain
Mercredi 9/10	Transport de Kinshasa à Tshikapa Réunion du cluster de nutrition de Tshikapa, introduction de la mission aux partenaires et organisation des visites de terrain
Jeudi 10/10	Adventist Development and Relief Agency (ADRA), équipe de visite du terrain Bureau central de la zone de santé (BCZS) de Nyanga Hôpital général de référence (HGR) de Nyanga, Zone de santé (ZS) Nyanga Centre de santé (CS) de Kabola
Vendredi 11/10	Division provinciale de la santé (DPS) de la province Kasai SANRU/PRODEK CS de référence Bel'Air, ZdS Tshikapa
Samedi 12/10	DPS PRONANUT Première urgence BCZS Kanzala HGR Kanzala UNTI
Dimanche 13/10	Réunion de travail
Phase dans le pays	Kananga, Province de Kasai Central, réunions et visite sur le terrain
Lundi 14/10	Transport de Tshikapa à Kananga DPS de la province de Kasai Centrale IMA
Mardi 15/10	IMA, équipe de visite du terrain ZdS Lukona CS Mamilabi, Malumba Tresor (IT), PRODEK Bijoux (Animatrice), président CoDeSa, ReCo ; Visite ménage 1 Visite ménage 2 CS St Martyr
Mercredi 16/10	World Vision International (WVI)

	Maman avec enfant 24 mois avec MAS DPS de Kasai Central
Jeudi 17/10	COOPI Territoire Kazumba BCZS Ndeksha HGR UNTI CS Ndeksha
Vendredi 18/10	COOPI CS Kaka
Samedi 19/10	PRONANUT (téléconférence) Réunion de travail
Dimanche 20/10	DFID (téléconférence) Réunion de travail
Phase dans le pays	Kinshasa, réunions, atelier et visite de terrain
Lundi 21/09	Transport de Kananga à Kinshasa et réunion de travail
Mardi 22/10 et mercredi 23/10	Atelier
Jeudi 24/10	Banque mondiale PRONANUT SNSAP et SUN Visite hôpital pédiatrique de référence Kalembe Lembe
Vendredi 25/10	Débriefing de DFID conclusions préliminaires (téléconférence) Débriefing de PATH logistique de l'atelier

Abréviations : CoDeSa, Comité de développement de l'aire de santé ; COOPI, *Cooperazione Internazionale* ; DFID, *UK Department for International Development* ; DPS, Division provinciale de la santé ; IMA, *Interchurch Medical Assistance* ; IT, *information technology* ; PAM, Programme alimentaire mondial ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; ReCo, relais communautaire ; SANRU, Santé Rurale ; SNSAP, Surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce ; UNTI, Unité nutritionnelle thérapeutique intensive ; USAID, *US Agency for International Development*.

Annexe 3. Programme de l'atelier

Tableau 8. Programme de l'atelier en français

Mardi, le 22 octobre, 2019	
9:30	Ouverture Introduction, Agenda, Déroulement de l'atelier
10:00	Session 1. Stratégies nationales de réponses humanitaires de nutrition a) Stratégies de réponses humanitaires pour la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë en fonction des besoins de la RDC : Présentation PRONANUT (20 min) b) Théorie de changement (40 min), et c) Analyse des parties prenantes : Travaux de groupes et présentations (30 min) Tâches/Questions : 1. Développer la théorie de changement qui reflète les besoins et les approches actuelles en matière de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë, qui reflètent les hypothèses implicites des mécanismes qui déclenchent le changement à court et à long terme (Utiliser la phrase « si..., alors... parce que... » pour identifier les hypothèses implicites et explicites, à court et à long terme.) (a) 2. Identifier les parties prenantes Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) (c) 3. Remplir le tableau et cartographier les acteurs sur la grille d'intérêts / d'influence (c) 4. Qu'est-ce que cette analyse vous dit ? Quelles parties prenantes devraient être soutenues, sensibilisées ou plus impliquées ? (c)
11:00	Pause-café
11:30	Session 1. Stratégies nationales de réponses humanitaires de nutrition (suite)
13:30	Déjeuner
14:30	Session 2. Lignes directrices de nutrition en urgence a) Lignes directrices de Cluster Nutrition : Cluster Nutrition, en plénière (20 min) b) Comment les lignes directrices facilitent la réponse selon la théorie de changement ? Travaux de groupes et présentations (40 min) Tâches/Questions : 1. A partir de (avec l'aide de) la théorie de changement développée, discutez les points forts et les points faibles, et les points manquants des lignes directrices pour qu'elles facilitent la mise en œuvre de la malnutrition en urgence de qualité, adaptée aux besoins du contexte d'urgence complexe et changeant.
15:30	Session 3. Déterminants de la malnutrition a) Déterminants de la malnutrition, le cas de Kwango (20 min) : Présentation PRONANUT (30 min) b) Déterminants de la malnutrition aiguë qui mènent à la situation d'urgence en RDC : Travaux de groupes et présentations (60 min) Tâches/Questions : 1. Cartographier les déterminants de la malnutrition aiguë (et du retard de croissance ?) autour de « Infection » et « apport alimentaire » directs (construire une carte mentale). 2. Quels sont les déterminants clés à prendre en compte en cas d'urgence ?
17:00	Synthèse et clôture de la journée
Mercredi, le 23 octobre, 2019	
08:30	Récapitulation jour 1, Introduction jour 2
09:30	Session 4. Résumé des constats suite échanges et visite de terrain a) Aperçu sur les résultats des échanges avec les partenaires et des visites de terrains : Consultants, en plénière (20 min) b) Travaux de groupes et présentations (55 min) Tâches/Questions :

	<p>Est-ce que ces constats sont conformes à vos attentes ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels éléments voulez-vous y ajouter ? 2. Quels éléments voudriez-vous reformulés ou éliminés ?
10:45	Pause-café
11:15	<p>Session 5. Discussion de concepts clés Travaux de groupes et présentations (1 h 15 min)</p> <p>Concepts clés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nexus humanitaire-développement (HDN) 2. Résilience du système de santé 3. Leadership et gouvernance 4. Continuum des soins versus soins centrés sur le couple mère et enfant 5. Approche intégrée : <i>Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant</i> versus PCIMA 6. ANJE versus ANJE-U <p>Tâches/Questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expliquez ce que vous comprenez sous ce concept clé. 2. Clarifiez le sens de ces concepts pour la mise en œuvre de la malnutrition en urgences.
13:00	Déjeuner
14:00	<p>Session 6. Comment et pourquoi certains aspects clés marchent (ou ne marchent pas) Travaux de groupes et présentations (1 h 30 min)</p> <p>Aspects clés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Système de décision Alerte-Réponse 2. Stratégie de sortie liée au développement (HDN) 3. Rôle de la communauté 4. Que faire quand il n'y a pas de <i>Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée</i> (PEC MAM) + <i>Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère</i> (PEC MAS) ? 5. Quand il y a PEC MAS mais pas PEC MAM ? 6. Quand il y a PEC MAM mais pas PEC MAMS ? <p>Tâches/Questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expliquez comment ces aspects clés marchent (ou pas) (focus sur le processus) ? 2. Quels domaines de ces aspects doivent être améliorés, et comment ?
15 :30	<p>Session 7. Les pratiques prometteuses et innovations</p> <p>a) Aperçu sur les résultats des échanges avec les partenaires et des visites de terrains (suite) : Consultants, en plénière (10 min)</p> <p>b) Travaux de groupes et présentations (35 min)</p> <p>Tâches/Questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifiez la liste des pratiques prometteuses ou innovantes qui sont en cours, planifiées ou recommandées, et complétez. 2. Selon vous (et en sachant que les ressources sont limitées), quelles évidences clés manquent, ne sont pas encore adressées (maximum trois) ?
16:00	<p>Session 8. Affinement de la théorie de changement et Recommandations Travaux de groupes et présentations (1 h 15 min)</p> <p>Tâches/Questions :</p> <p>En se basant sur les discussions et tenant compte de la théorie du changement,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faites la synthèse sur les discussions des deux jours et tenant compte de la théorie du changement. 2. Quelles recommandations pourriez-vous faire pour améliorer les stratégies de lutte contre la malnutrition aigüe et les autres formes de malnutrition ? Identifier maximum 5.
17:15	Évaluation de l'atelier
17:30	Synthèses des travaux et clôture

Abréviations : ANJE(-U), alimentation du nourrisson et du jeune enfant (en situation d'urgence) ; MAM, malnutrition aigüe modérée ; PEC MAM, Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée ; PEC MAS, Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; PCIMA, Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe ; RDC, République Démocratique du Congo.

Annexe 4. Résumé des facteurs nutritionnels

Bien que l'analyse d'apprentissage en temps réel (RAR) se concentre sur l'apprentissage collaboratif, les consultants, dans le rapport initial, ont préparé une vue d'ensemble des facteurs clé entraînant un niveau continuellement élevé de malnutrition aigüe (MA) dans la République Démocratique du Congo (RDC).

Cette analyse tente de décrire le contexte et les facteurs qui contribuent au statut nutritionnel précaire des femmes et des enfants en RDC, avec un focus sur la MA. Elle se fonde sur des données issues d'études diverses qui fournissent des moyennes nationales. Mais dans un pays si vaste et si divers (avec de longues distances, une complexité ethnique et sociale et des divergences parmi les régions, les districts et même les villages) ces chiffres peuvent être trompeurs et masquer des poches de vulnérabilité sévère ou extrême ou de populations exclues. La malnutrition et les épidémies n'affectent pas toutes les zones du pays de la même façon, et les populations vulnérables ne sont pas toutes ciblées pour une aide humanitaire ou n'ont pas toutes accès à une aide au développement. Cet aperçu devrait être lu dans cette optique.

L'instabilité politique, la pauvreté, l'insécurité, les épidémies et les déplacements

La RDC est l'un des pays les moins développés au monde, avec un index de développement humain au 179^{ème} rang sur 189 pays en 2017 (UNDP 2019). En 2017, 73 pour cent de la population était estimée vivre dans la pauvreté (Kakietek 2019). La situation humanitaire est alarmante. Plus de 130 000 congolais ont fui vers les pays voisins en 2018 (Human Rights Watch 2019), et des vagues régulières de rapatriés, de personnes déplacées à l'intérieur et de réfugiés de pays limitrophes se sont réinstallés au cours des dernières décennies. Des difficultés économiques et presque trois décennies de conflit et d'instabilité ont déplacé environ 4,5 millions de personnes (Human Rights Watch 2019), ce qui affecte l'agriculture, appauvrit le bétail et réduit l'accès aux marchés. Près de 5,4 millions de personnes ont été victimes de violation des droits humains à la suite de violences armées et intercommunales. De plus, la pauvreté, une forte densité de population, une gouvernance faible et une faible capacité institutionnelle sont répandues.

Des épidémies, y compris l'EVD et le choléra, affectent des dizaines de milliers de personnes chaque année. L'épidémie EVD en cours est l'une des plus grandes urgences mondiales en termes de conséquences humanitaires possibles. En parallèle, plus de 30 000 cas suspects de choléra ont été reportés en 2018 avec 966 décès, un niveau de létalité anormalement élevé de 3,2 pour cent (OCHA 2019).

Les mouvements de population, l'insécurité alimentaire et les épidémies ont contribué à un haut niveau de prévalence de la MA. Environ 5,2 millions d'enfants souffrent de MA (dont 1,4 millions ont une MAS), et 2,9 millions de personnes en insécurité alimentaire urgente étaient estimées avoir besoin d'aide en 2019 (OCHA 2018). Une détérioration générale est observée principalement dans les provinces de Kasais, Nord-Kivu, Sud-Kivu et Tanganyika.

Sécurité alimentaire, accès et utilisation

La productivité agricole en RDC est l'une des plus faibles de l'Afrique subsaharienne (Adoho and Doumbia 2018). Environ 70 pour cent de la population active est occupée par l'agriculture,

principalement pour survivre, mais seulement un huitième des terres arables du pays est cultivé. L'incertitude politique, les conflits chroniques, l'exploitation minière illégale, les déplacements et la hausse des températures et le changement des rythmes des précipitations ont réduit l'accès à la terre pour la cultiver et ont abouti à de mauvaises récoltes, à une augmentation de mortalité du bétail et ont menacé la pêche. Presque 70 pour cent ménages dans le quintile de revenu le plus faible vivent dans une insécurité alimentaire chronique, notamment les ménages urbains et péri-urbains. Entre juillet et décembre 2019, 25 pour cent des presque 60 millions d'habitants de la RDC était dans une crise d'insécurité alimentaire (Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2019).

L'insécurité politique, les faibles revenus et le pouvoir d'achat limitent l'accès à la nourriture, et le manque de connaissance et d'autres barrières limitent les régimes alimentaires bénéfiques. Selon le ministère de l'agriculture, la consommation quotidienne moyenne en 2009 en RDC était de 1836 kcal, bien moins que les besoins journaliers minimaux de 2500 kcal (Kakietek 2019). La plupart de l'énergie vient des aliments de base, et la consommation d'aliments d'origine animale est limitée. Même quand une nourriture nutritive est disponible, elle n'est pas forcément abordable, préparée et stockée sans risque, ni distribuée de façon équitable parmi les membres du ménage ou donnée aux enfants pour satisfaire leurs besoins nutritionnels.

Politique de santé

En l'an 2000, le ministère de santé publique a adopté une politique de nutrition nationale et a créé le Programme national de nutrition (PRONANUT), mais le programme manque de ressources et de capacités techniques adéquates. En 2013, la deuxième mesure de nutrition nationale a visé à réduire de 50 pour cent le retard de croissance chez les enfants de 0 à 23 mois d'ici à 2023 et a reconnu le besoin de réponse multisectorielle à la malnutrition maternelle et infantile. La même année, la RDC a rejoint le mouvement de renforcement de la nutrition (SUN). En 2015, la plateforme du mécanisme de financement mondial en soutien à chaque femme chaque enfant a réuni les ministères de la santé et autres ministères sectoriels, la société civile et les partenaires de développement pour développer un dossier d'investissement concernant une santé et une nutrition reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente qui priorise les interventions du programme national de développement stratégique 2016-2020 dans 14 provinces. Les priorités incluent la couverture et la qualité des interventions nutritionnelles et la réduction du retard de croissance. Le programme national de développement stratégique 2016-2020 favorise l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions nutritionnelles et la réduction du retard de croissance. La politique nationale de nutrition a été rendue opérationnelle par le programme national multisectoriel stratégique de nutrition en 2017.

Le programme national de réponse commune à l'épidémie Ebola sous le leadership du ministère de santé public inclut une stratégie commune de nutrition et d'aide alimentaire avec des directives concernant la stratégie nationale nutritionnelle et alimentaire pour la réponse à l'EVD, le protocole de soins nutritionnels pour le centre de traitement Ebola et l'alimentation communautaire des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) qui doivent encore être validées.

Santé et nutrition maternelle

Les femmes en RDC rencontrent beaucoup de problèmes relatifs à la pauvreté, l'instabilité économique, l'insécurité et la violence. Un pourcentage élevé de femmes (50 pour cent) subit des

violences physiques ou sexuelles. Le mariage précoce (l'âge médian du mariage étant de 18,7 pour les femmes), qui conduit souvent à des grossesses précoces, et l'espacement réduit des naissances (27 pour cent des femmes) augmentent le risque d'accouchements qui tournent mal, ce qui met les nourrissons en danger de croissance insuffisante. La mortalité maternelle est parmi les plus élevées au monde, et seules 17 pour cent des femmes ont leur première visite prénatale durant le premier trimestre, seulement 48 pour cent reçoivent quatre visites prénatales, et 52 pour cent des femmes ne reçoivent pas de soins postnatals. Seulement 5 pour cent des femmes enceintes reçoivent des compléments de fer pendant au moins 90 jours, et 38 pour cent des femmes sont anémiées (quoique ce dernier pourcentage puisse être relatif à la malaria, une des trois causes principales de décès chez les femmes enceintes, et à d'autres infections). La prévalence déclarée du HIV chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,6 pour cent globalement (comparé à 0,6 pour cent chez les hommes) mais de 7,9 pour cent chez les veuves (68 pour cent des adultes n'avaient pas été testés). Beaucoup d'établissements de santé manquent d'interventions de prévention de transmission de mère à enfant. Les femmes subissent le double fardeau de la malnutrition, avec des pourcentages presque égaux de maigreur (14 pour cent) et de surpoids/obésité (16 pour cent). Les infections répétées et non traitées et les accouchements qui tournent mal résultent d'un accès inadéquat aux services de santé maternelle clé (35 pour cent de décès chez les femmes étaient relatifs à la maternité), ainsi qu'une faible disponibilité et diversité de nourriture, des faibles revenus, des faibles niveaux d'éducation et un faible statut social (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014). Les guérisseurs traditionnels restent la source privilégiée d'informations en ce qui concerne certaines maladies infantiles et l'insuffisance de lait maternel. Les indicateurs de mauvaise qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène compromettent la santé et la nutrition des femmes et des enfants. Un total de 10 pour cent de la population n'a pas accès à de l'eau potable, et 12 pour cent n'ont aucun services d'assainissement de base (Institut National de la Statistique (INS) and UNICEF 2019). Le **tableau 9** illustre des exemples clé d'indicateurs concernant la nutrition maternelle.

Tableau 9. Exemples d'indicateurs clé de santé et nutrition maternelle.

Indicateur	Valeur
Adolescentes (15 à 19 ans) qui sont maigres	21%
Femmes (15 à 49 ans) qui sont maigres	14%
Femmes (15 à 49 ans) qui sont anémiées	38%
Femmes déclarant des intervalles < 24 mois entre naissances	27%
Femmes recevant les quatre visites prénatales requises	48%
Femmes ayant leur première visite prénatale durant le premier trimestre de grossesse.	17%
Femmes recevant un complément de micronutriments pendant la grossesse	59%
Femmes enceintes recevant un complément de fer pendant au moins 90 jours	5%
Femmes ne recevant aucun soin postnatal	52%
Femmes croyant que les hommes ont le droit de battre les femmes	75%
Femmes déclarant avoir été blessées dans les 12 derniers mois suite à des violences physiques ou sexuelles	50%

Source : (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014).

Santé et nutrition infantile

En RDC, un enfant sur dix meurt avant son cinquième anniversaire. Seulement 6 pour cent des nouveau-nés dans les zones rurales et 12 pour cent dans les zones urbaines reçoivent des soins postnatals dans les deux premiers jours après la naissance (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014). Le serrage retardé du cordon ombilical n'est pas pratiqué. Les taux de vaccination sont très bas, couvrant seulement 35 pour cent

des enfants entre 12 et 23 mois (Institut National de la Statistique (INS) et UNICEF 2019), tout comme le traitement de la diarrhée à l'aide de solution de réhydratation et d'apport de zinc. La malaria et les infections des voies respiratoires inférieures provoquent la plupart des décès infantiles, ainsi que la diarrhée, les infections parasitaires, la schistosomiase, la TB et le VIH. Les taux élevés d'anémie sont probablement aggravés par ces infections. L'EVD affecte plus les jeunes enfants que les autres lors des épidémies, ce qui peut indiquer une faiblesse dans leur système immunitaire. Un mauvais assainissement et une mauvaise hygiène contribuent à la propagation d'un dysfonctionnement entérique dû à l'environnement chez les enfants, qui peut avoir des effets permanents sur leur santé. Le système éducatif a une faible couverture et est de mauvaise qualité, avec 3,5 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas scolarisés et seulement 67 pour cent des enfants commençant l'école primaire à l'âge de six ans qui la terminent à l'âge de douze ans (Kakietek 2019). Les enfants font face à des recrutements forcés par des groupes armés, des abus sexuels et la perte de leurs parents (9 pour cent des enfants entre 0 et 17 ans sont orphelins) (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014).

Les niveaux de malnutrition, qui sont les repères clé de la pauvreté et de la vulnérabilité, sont alarmants, et se manifestent dans les niveaux extrêmement élevés de l'émaciation (7 pour cent, ou « moyen » selon les seuils de prévalence de L'Organisation mondiale de la santé, OMS) et du retard de croissance (42 pour cent, ou « très haut » selon les seuils de prévalence de l'OMS) (de Onis et al. 2018 ; Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014). La RDC est au troisième rang des pays qui ont le plus d'enfants avec un retard de croissance dans l'Afrique subsaharienne après le Nigéria et l'Ethiopie (Kakietek 2019). La communauté humanitaire a évalué que, en 2019, plus de 4 millions d'enfants présentaient un risque de retard de croissance (UNICEF 2019). En 2018, on évaluait à 17 pour cent le nombre d'enfants avec une MAS et 25 pour cent le nombre d'enfants avec une MA modérée qui recevaient un traitement (UNICEF n.d.). Les études SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions* [programme normalisé de suivi et d'évaluation des secours après la crise]) dans les Kasais en 2018 montraient une prévalence générale de la MA de 10 à 15 pour cent et une prévalence de MAS de 1,5 à 5 pour cent (Programme National de Nutrition (PRONAUT) République Démocratique du Congo Ministère de la Santé Publique 2018). Le besoin de se concentrer sur la réponse nutritionnelle lors des crises humanitaires a détourné l'attention de la prévention, ainsi que de l'identification et du traitement précoces de la MA.

Les zones les plus touchées par la MA sont la grande région de Kasai et les provinces Est du Nord-Kivu, le Sud-Kivu et Tanganyika. Bien que le Nord-Kivu ne soit pas une zone prioritaire en ce qui concerne la réduction de la MA, on y trouve le niveau le plus élevé de retard de croissance du pays et la province a été affectée par une prévalence astronomique d'EVD chez les jeunes enfants, de recrutements forcés d'enfants, d'attaques armées sur des civils et d'autres indices très mauvais dans bien d'autres domaines. Le **tableau 10** illustre des indicateurs clé concernant la nutrition infantile.

Tableau 10. Exemples d'indicateurs clé de santé et nutrition infantile.

Indicateur	Valeur
Enfants qui meurent avant l'âge de 5 ans	10%
Enfants de 0 à 59 mois qui sont en sous-poids (niveau bas de poids-pour-l'âge)	23%
Enfants de 6 à 23 mois avec une diversité alimentaire adéquate	20%
Enfants de 6 à 59 mois qui sont anémiés	60%
Enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu un complément de vitamine A dans les 6 derniers mois	70%

Indicateur	Valeur
Enfants de 6 à 59 mois qui habitaient dans un ménage avec du sel iodé	92%
Enfants souffrant de diarrhée qui ont reçu une solution orale de réhydratation ou une solution faite maison	42%
Enfants ayant testé positifs pour la malaria avec le test de diagnostic rapide	31%
Enfants ayant testé positifs pour la malaria et en cours de traitement à l'aide de médicaments antipaludiques	29%

Source : (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014)

Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Les pratiques de l'ANJE qui contribuent à la malnutrition en RDC incluent un faible taux d'allaitement exclusif et un arrêt précoce de l'allaitement, ainsi qu'un régime alimentaire de mauvaise qualité et de trop faible quantité. L'alimentation complémentaire des enfants de 6 à 23 mois est inadéquate en termes de qualité, de diversité et de fréquence. Les interventions de conseil de l'ANJE ont une portée et une couverture faibles. Le **tableau 11** illustre les indicateurs clés ANJE.

Tableau 11. Indicateurs clés ANJE

Indicateur	Valeur
Nourrissons allaités moins d'une heure après la naissance	52%
Nourrissons allaités exclusivement jusqu'à 6 mois	48%
Nourrissons de 4 à 5 mois allaités exclusivement	22%
Nourrissons recevant des aliments avant le lait maternel	11%
Enfants de 6 à 23 mois recevant un régime alimentaire acceptable minimum (consommant plus de 4 groupes alimentaires, plus le nombre minimum de tétées recommandées)	8%
Enfants de 6 à 23 mois recevant plus de 4 groupes alimentaires	20%
Enfants de 6 à 23 mois avec une fréquence alimentaire adéquate	35%

Source : (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al. 2014).

Capacité du système de santé

L'intensification des actions basées sur des preuves pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles est limitée par une gouvernance et des capacités de gestion faibles à tous les niveaux, une coordination et des partenariats réduits entre les différents secteurs, une utilisation inefficace des ressources internationales et nationales, des coûts de gestion disproportionnés, des salaires de professionnels de la santé non payés, un financement limité, une mauvaise qualité et une mauvaise disponibilité des données, une disponibilité et une qualité faibles des services de santé, une gestion restreinte de la chaîne logistique gouvernementale et des approvisionnements limités avec de nombreuses instances de duplication, une faiblesse pour ce qui est de la couverture et de la synergie des interventions relatives à la nutrition maternelle avec des programmes et des services fragmentés.

Les dépenses de santé en RDC représentent seulement 10 pour cent de la moyenne pour l'Afrique subsaharienne (World Bank International Finance Corporation Multilateral Investment Guarantee Agency 2018). Des infrastructures sous développées, des services de mauvaise qualité et des barrières financières contribuent à une faible utilisation des services de santé. Les salaires des professionnels de santé demeurent impayés, et les cliniques de santé sont abandonnées en faveur de services gratuits quand ces derniers deviennent soudainement disponibles dans les communautés. Les prestataires dépendent de paiements directs par les patients, ce qui exclut les pauvres, qui ne peuvent pas payer pour accéder aux soins et par conséquent évitent le recours aux

soins. La corruption est endémique à tous les niveaux de gouvernement et dans tous les secteurs de l'économie.

Le pays n'avait que 0,09 médecins pour 1000 habitants en 2018 (Kakietek 2019), alors que la recommandation de l'OMS est de 1 pour 1000 habitants. Les directions de santé provinciale manquent d'équipement informatique, de budgets de voitures et carburant et de compétences managériales et techniques. Les équipes de gestion de santé au niveau du district peuvent représenter des programmes de partenaires différents avec des ressources qui se chevauchent et aucune coordination fonctionnelle de formation et de supervision. De nombreuses zones de santé manquent de compétences et de ressources. De plus, PRONANUT est en sous-effectif comparé à d'autres programmes verticaux, avec une faible capacité technique et managériale et un manque de ressources pour la surveillance, la gestion et la supervision au niveau de la prestation des services.

Le **District Health Information System II** [Système d'information sanitaire de district II] collecte les données de santé de routine dans les établissements de santé mais ne fait pas de rapport sur la nutrition. Certains efforts ont été faits pour l'élargir afin qu'il couvre les indicateurs nutritionnels. L'identification des poches de malnutrition dépend des partenaires.

Les infrastructures de santé sont limitées, ont un personnel insuffisant, et sont mal entretenues, surtout dans les zones rurales, tandis que le besoin de services a augmenté à cause des hausses de population. Néanmoins, à cause des paiements directs pour les services ou les médicaments et de la mauvaise qualité, il y a une faible utilisation des services de santé publique, et la confiance de la communauté dans les services publics s'est détériorée.

En RDC, il n'existe pas de plateforme coordonnée pour une mise à disposition et une mobilisation concernant **un service sanitaire et nutritionnel au niveau communautaire**. Bien que des politiques et des directives aient été développées, les services de santé communautaires n'ont été déployés qu'à petite échelle, en grande partie par les donateurs et leurs partenaires opérationnels. Les professionnels de santé communautaire / les relais communautaires désignés par leurs communautés sont autorisés à offrir des services nutritionnels de base aux femmes enceintes et femmes allaitantes et aux enfants de moins de 5 ans, mais la stratégie a couvert seulement un tiers des zones de santé, en grande partie grâce aux programmes des donateurs, et manque de normalisation et de coordination. En 2018, presque 60 organismes ont soutenu les activités nutritionnelles au niveau communautaire, 16 ont offert des conseils ANJE, et 58 ont fourni des interventions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; mais la couverture des interventions nutritionnelles de base (telles que les compléments en fer et en acide folique, l'apport de zinc à des fins thérapeutiques et la prise en charge de la MAS) étaient limitées. Les professionnels de santé communautaire orientent et accompagnent souvent les familles vers les établissements de santé mais fournissent rarement des conseils nutritionnels. Les comités de santé jouent le rôle de mécanismes pour que les citoyens interagissent avec les autorités et les prestataires de services de soins de santé, mais ils n'ont pas été efficaces, surtout dans les régions avec un grand nombre de déplacés internes et des flambées de conflits sporadiques.

Annexe 5. Résumé des approches innovantes

Tableau 12. Résumé des approche innovantes,

Sujet	Endroit	Statut	Organisme responsable
En cours			
OPTIMA : protocole de traitement simplifié pour le continuum de soins de la MAM/MAS (plus une étude prévue d'analyse coût-efficacité avec l'université de Harvard) (prise en charge de la SAM/MAM)	Kamwasha, Kasai	Commencé le 22 juillet, 6 mois de phase d'inclusion, 6 mois de suivi	ALIMA
Impact de l'approche d'intervention avec des recettes locales (prise en charge de la MAS/MAM)	Kasai	Prévu avec l'université de Tulane	Aide médicale interéglises
Nouveau programme stratégique pour les opérations de PAM 2012-2024, y compris les approches sensibles à la nutrition (prévention)	Au niveau national	Commencé en 2019	PAM et partenaires
Études pilotes incorporant l'ANJE dans le cadre des urgences avec une distribution générale de nourriture ; un dépistage et un renvoi chez le médecin précoces pour ce qui est de la malnutrition aigüe ; un transfert en espèces ; WASH et/ou une amélioration de la diversité alimentaire chez les femmes (prévention)	Kananga	6 mois	PAM, PRONANUT, CSP, WV
Etude de recettes locales avec le Groupe d'appui et d'accompagnement pour un développement durable / université de Kinshasa (recettes)	Kananga, Kasai Central		UNICEF
Coût d'une analyse de régime alimentaire concernant l'accès à des aliments locaux riches en nutriments (recettes)	Tanganyika, Kasai Central	En cours	PAM, PRONANUT
Projet commun de résilience sensible à la nutrition		2019	PAM et partenaires
SCOPE : gestion numérisée des bénéficiaires pour ce qui est des transferts en espèces intégrés à la nutrition (utilisation de tablettes avec le kit Open Data pour le suivi du processus) (enregistrement)	Kasai, Kasai Central, Ituri, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Tanganyika	2019-2020	PAM
SCOPE CODA : système communautaire de gestion de l'information pour la MAM et la MAS (Enregistrement)(Résultats)	Tshikapa, Kasai	2019-2020	PAM, PRONANUT, COOPI
Hospitaliser les nourrissons ayant un poids faible à la naissance afin de renforcer l'allaitement (prévention)	Kananga, Kasai Central	En cours	COOPI
Développement du curriculum et formation des formateurs (développement de capacité)		Commencé en 2017	
Recommandé et prévu			
Développer des protocoles de recherche, tester d'autres recettes d'ATPE, comme le mélange Zeinata (maïs, chenilles, soja, algues, huile de palme, sucre et sel), le lait de cacahuètes, le mélange de spiruline (spiruline, maïs, huile, sucre) et le super mwamba (cacahuètes, feuilles de moringa, miel, graines d'amarante), et, selon les conclusions,		Recommandé durant l'atelier d'avril 2019	Save the Children

Sujet	Endroit	Statut	Organisme responsable
développer des directives concernant l'utilisation de recettes locales (Recettes)			
Tester d'autres recettes d'ATPE		2020 ; Recommandé durant l'atelier de septembre 2019	PAM
Améliorer le ciblage de la malnutrition aigüe avec des approches/outils adaptés (dépistage/diagnostic précoce)			PAM
Promouvoir le traitement de la MAM dans la communauté afin d'accroître la couverture (traitement MAS/MAM)			PAM
Utiliser le PB pour la MAM (dépistage/diagnostic précoce)			PAM
Journée scientifique pour rassembler des données locales sur l'efficacité et l'efficacité des produits nutritionnels préparés à partir d'ingrédients disponibles localement (gestion des connaissances)		Prévu pour novembre 2019	PAM, PRONANUT
Etude de durabilité de 24 mois suivant l'intervention (prise en charge de la MAS/MAM)		En attente	Cruz Roja
Récemment terminé			
Mères périmètre brachial : utilisé par les mères PB pour évaluer et suivre la malnutrition aigüe dans les ménages (dépistage/diagnostic précoce)	Divers	2018-2019	ALIMA, COOPI
Etude de faisabilité concernant le soutien de la résilience nutritionnelle dans la province de Kwango, avec l'université de Tufts (analyse causale)	Kwango	2018-2019	ACF
Examen de l'insécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle pour informer la nouvelle stratégie nationale du PAM (analyse causale)		2018-2019	PAM, gouvernement

Abréviations : ACF, Action contre la Faim ; ASPE, Aliment supplémentaire prêt à l'emploi ; ALIMA, *Alliance for International Medical Action* [Alliance pour l'action médicale internationale] ; ATPE, aliment thérapeutique prêt à l'emploi ; COOPI, *Cooperazione Internazionale* ; ANJE, *infant and young child feeding* [alimentation des nourrissons et des jeunes enfants] ; MAM, malnutrition aigüe modérée ; MAS, Malnutrition aigüe sévère ; PAM, Programme alimentaire mondial ; PB, Périmètre brachial ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Annexe 6. Evaluation des directives du cluster nutritionnel

Les directives du cluster national de nutrition ont été examinées grâce à un processus de collaboration avec les partenaires du cluster pour garantir le consentement des parties prenantes clé. Ci-dessous, un résumé des changements suggérés est recommandé à l'équipe chargée de l'examen pour finaliser le document. Le document contenant un suivi des changements peut aussi être utile et sera partagé séparément.

Commentaires généraux

Les directives ont été développées à titre de document normatif, avec des consignes fréquentes et claires. Cependant, il y a des exemples où ces dernières sont soit trop autoritaires soit trop contraignantes ou pas adaptées au contexte de la République Démocratique du Congo (RDC). Il existe également une opportunité de garantir une cohérence dans la présentation des sujets, ce qui peut aider à fournir une vision claire du niveau d'importance de chacun. De plus, il serait indiqué de procéder à un examen judicieux pour supprimer ou inclure des éléments spécifiques dans le corps principal du document plutôt que dans les annexes. En outre, cet examen a permis de constater que des éléments clé essentiels en sont absents, ce qui devrait être reconsidéré, s'ils ont été exclus délibérément.

Il est important d'alerter les lecteurs des directives qu'une bonne compréhension du contexte, avec les ressources, les structures et les systèmes existants, est cruciale pour adapter les interventions d'urgence. Toute stratégie ou activité planifiée devrait s'appuyer dessus et les renforcer plutôt que de les discréditer. C'est pourquoi il est important que les utilisateurs soient habilités à adapter la mise en place des directives à des contextes qui évoluent en permanence. Par exemple, les nombreux « paquets » décrits dans les directives devraient être fluides plutôt que statiques, et le paquet final d'activités offertes devrait être un mélange d'activités existantes et de celles récemment ajoutées qui contribuent ensemble à une approche globale.

Pour que les communautés soient des partenaires complètement informés et engagés, et pour que les ressources communautaires soient utilisées de la meilleure façon possible, des projets de soutien communautaires planifiés devraient comprendre un paquet technique spécifique et complet pour renforcer la capacité communautaire. Renforcer la capacité, prendre le temps de négocier efficacement et sérieusement avec les représentants communautaires et garantir leur participation dans les projets d'urgence devraient faire partie de chaque conception et planification d'intervention, y compris une expertise spécifique et d'autres ressources.

Commentaires spécifiques

Contenu à ajouter

Le contenu suivant devrait être ajouté :

- Ajouter le traitement de la malnutrition aigüe chez les nourrissons de 0 à 5 mois ; se référer au protocole national et rechercher si l'outil (simplifié) de « prise en charge des mères et nourrissons à risque » (MAMI) pourrait être appliqué (voir recommandation).
- Se référer à l'annexe du protocole national concernant les recettes locales de nourritures thérapeutiques et les moyens d'accéder au mélange de vitamines et de minéraux combinés (CMV) pour garantir la norme de l'OMS.
- Expliquer le rôle du système alerte-réponse.
- Examiner les normes de formation des volontaires communautaires (relais communautaires) : davantage de flexibilité est nécessaire pour garantir un plus grand nombre de volontaires formés, puisque l'on compte énormément sur eux pour entreprendre la prévention de la malnutrition.
- Inclure et rappeler le besoin d'identifier et de travailler avec un assortiment divers de structures communautaires (comme les groupes de femmes, les organismes de prêts et d'épargne, les groupes religieux). Les groupes de soutien communautaire ne sont pas suffisants pour garantir la durabilité de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi que les interventions de malnutrition aigüe modérée (MAM) et de malnutrition aigüe sévère (MAS).
- Inclure un arbre décisionnel avec des options réalistes pour le choix entre la prévention et le traitement de la malnutrition aigüe et le traitement de la MAM, conformément à [Malnutrition aigüe modérée : Un outil décisionnel pour les urgences](#) (Global Nutrition Cluster MAM Task Force 2017).
- Inclure une explication de l'utilisation du facteur annuel de conversion (2,6) pour évaluer le nombre de cas en RDC. Il est dommage de ne pas avoir accepté celui proposé récemment (5) par l'étude de Harvard, qui aurait entraîné une meilleure planification (des ressources plus réalistes) et une amélioration de la qualité (réduction des ruptures de stocks, suivi du progrès plus réaliste et meilleur signalement de la faiblesse de couverture efficace). Il est aussi étrange de parler de « facteur de correction » quand il s'agit de convertir l'incidence annuelle (inconnue) à partir de la prévalence (connue) et d'utiliser 2,6 comme facteur annuel de conversion au lieu de 1,6 (qui donne aussi $1+1,6=2,6$ à l'addition cas prévalents plus cas annuels incidents), ce qui peut conduire à des incohérences quand utilisé sur des périodes plus courtes (voir encadré 2). Il serait aussi important de :
 - Expliquer comment le facteur 2,6 est produit, suggérer (1) comprendre la signification de 2,6 et l'utiliser correctement et (2) comprendre (dans un avenir où le facteur sera adapté à la RDC) pourquoi il change et, de nouveau, comment l'utiliser.
 - Veuillez noter que l'application du facteur de « correction » 2,6 est mal utilisée et donne des résultats différents de l'utilisation du facteur de « conversion » 1,6, au cas où la durée n'est pas de 12 mois. Par exemple, $(2,6/12) \times 6 = 1,29$ n'est pas semblable à $1 + (1,6/12) \times 6 = 1,79$, qui est correct.

Encadré 2. Evaluer le nombre de cas de MAS et de MAM

Si : Prévalence = incidence x durée moyenne de maladie non traitée
 7,5 mois est la durée de la MAS non traitée (meilleure estimation à ce jour)
 Il n'y a aucun changement de prévalence et d'effectif de population durant la période

Alors : incidence annuelle = prévalence x 12 mois/durée moyenne de la maladie
 360 jours / 225 jours (ou 7,5 mois) = 1,6

Alors : Pour évaluer le nombre de cas escomptés en un an pour une population donnée, il faut ajouter le nombre de cas prévalents au début des activités (ou, 1 x prévalence x taille de la population) au nombre de cas incidents pendant la période (ou, 1,6 x prévalence x taille de la population), ou

$(1 \times \text{prévalence} \times \text{taille de la population}) + (1,6 \times \text{prévalence} \times \text{taille de la population})$
 = 2,6 x prévalence x taille de la population

Remarque : Si la période est de moins de 12 mois, le facteur de conversion d'incidence 1,6 sera divisé par 12 et multiplié par le nombre de mois, et le calcul présume que la prévalence ainsi que la taille de la population sont stables (ce qui n'est pas le cas).

Par exemple, pour 6 mois, le nombre estimé de cas de MAS (ou de MAM) sera calculé comme suit :
 $(1 \times \text{prévalence} \times \text{taille de la population}) + ([1,6/12 \times 6] \times \text{prévalence} \times \text{taille de la population})$, =
 $(1 + [1,6/12] \times 6) \times \text{prévalence} \times \text{taille de la population}$

Contenu à développer

Le contenu suivant devrait être développé :

- Améliorer et harmoniser la discussion au sujet des stratégies de sortie, du nexus humanitaire-développement, du rétablissement précoce et de la résilience.
- Fournir plus de détails en ce qui concerne le contenu technique de la formation : les curricula et la durée des formations devraient être étroitement liés aux directives.
- Expliquer l'utilisation du « système de priorisation ». Celui qui est décrit est utilisé par le cluster de nutrition (pour la présentation annuelle des besoins humanitaires et du plan de réponse humanitaire), qui détecte/contrôle la vulnérabilité mais pas les points culminants (secours), comme les retards sont énormes (examen trimestriel, à partir de données datant de six mois ou plus).
- Utiliser un système alerte-réponse / sites-sentinelles « amélioré, simplifié, renforcé » relatif à la Surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP) qui ne devrait pas faire l'objet d'une nouvelle vérification par une étude nutritionnelle SMART (*Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions* [programme normalisé de suivi et d'évaluation des secours après la crise]), qui pourrait être plus puissante tout en respectant la décision nationale de réponse et en suivant une logique de décentralisation et de responsabilité accrue.
- Veiller à ce que tous les indicateurs proposés aient des moyens de vérification réalistes qui sont bien expliqués (comme la mortalité infantile > 2/10 000/jour ne peut être mesurée que dans des études spéciales). Un exemple d'indicateur indirect serait une augmentation de la mortalité infantile enregistrée dans l'établissement de santé / l'hôpital (biaisé) ou un système de surveillance renforcé (SNSAP) avec des volontaires communautaires qui contrôlent les décès infantiles dans leurs communautés.

Structure

Ce qui suit sont des suggestions concernant la structure :

- Réarranger les sections ou les chapitres ou les paragraphes dans une logique d'exécution et mettre certains d'entre eux dans des annexes ; placer les sujets identiques/similaires ensemble et séparer les sujets différents. Certains articles devraient être placés dans les annexes, et certaines des annexes devraient être intégrées dans un chapitre.
- Maintenir la cohérence des concepts et les listes d'activités. Par exemple, le document fait la liste des éléments de réponse nutritionnelle dans divers endroits ou bien les décrit selon différents points de vue de façons quelque peu différentes ou moins complètes, ce qui peut être déroutant. Il serait judicieux de décider de ce qui est listé, quand et où de la même façon logique (commencer par les informations, les priorités, puis la promotion/prévention, le traitement, etc..).

Termes employés et ton

Ce qui suit sont des suggestions concernant les termes employés et le ton :

- Remplacer les noms de marque par le nom générique des produits (ATPE, ASPE, LNS).
- Rendre le texte plus concis et éliminer les répétitions, si possible. Veiller à ce que la première utilisation des abréviations soit expliquée mais ne pas utiliser la forme plurielle des abréviations en français. De plus, rester cohérent dans l'utilisation des mots et des acronymes en choisissant et en utilisant toujours le même terme (comme faire le choix entre « structures de santé », « formation de santé » ou « structures de santé »).

Tableau 13. Table des matières réexaminée avec suggestions en bleu.

Section	Suggestion
Acronymes	
I. Introduction : Importance des lignes directrices du cluster nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le texte du premier chapitre à titre d'introduction aux directives. Préciser qui est l'utilisateur auquel le document est destiné et envisager une large diffusion, y compris, par exemple, le Bureau central de la zone de santé. Adapter la liste des axes d'urgence (à titre d'exemple) mais consulter le commentaire et harmoniser dans le document.
II. Rôle et fonction du cluster nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Déplacer l'annexe 1 en entier ici. Reformater le tableau ; utiliser la première colonne en tant que sous-titres. Puisque le tableau a été complété à nouveau, vérifier s'il est acceptable (par exemple, la stratégie et le rôle du groupe de conseil stratégique ; les partenariats élargis, impliquer dans les évaluation rapides multisectorielles et les décisions ; et le soutien technique par les groupes de travail mené par PRONANUT, couvrant l'urgence et la nutrition ; pour ce qui est du premier, s'appuyer sur ce qui existe et pour le dernier, se préparer aux imprévus et développer la résilience ; vérifier s'il manque autre chose).
III. Priorités et seuils d'intervention du cluster nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Suggestions élargies fournies, y compris fusionner les éléments de priorité issus des autres chapitres ici et corriger par souci de cohérence.
IV. Le paquet minimal d'action requis par le cluster nutrition	<ul style="list-style-type: none"> Réarranger le chapitre pour obtenir un flux logique et décider d'ajouter les sujets supplémentaires proposés (par exemple : <ol style="list-style-type: none"> A. Participation à la coordination des activités B. Renforcement des capacités du système communautaire <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilisation de la communauté 2. Mobilisation de la communauté - Organisation et coordination des groupes C. Renforcement, organisation et appui à la promotion de la nutrition et la prévention de la malnutrition <ol style="list-style-type: none"> 1. ANJE-U <ul style="list-style-type: none"> Expliquer le chevauchement de la prévention de la malnutrition et le traitement de MAM. Inclure un arbre décisionnel réaliste avec des options réalistes et veiller à ce que l'absence d'approvisionnement n'interrompt pas les activités. 2. Alimentation de couverture 3. Système de changement social et de comportement D. Renforcement, organisation et appui au traitement de la malnutrition <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimation du nombre de personnes dans le besoin et le ciblage 2. Planification des activités de prise en charge dans les structures de santé 3. Système de dépistage communautaire actif et dépistage de routine aux structures de santé <ul style="list-style-type: none"> Ajouter. 4. Système de référence et de contre-référence <ul style="list-style-type: none"> Ajouter. 5. Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois 6. Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les cas spéciaux 7. Prise en charge de la malnutrition modérée chez les enfants de 6 à 59 mois <ul style="list-style-type: none"> Inclure un arbre décisionnel avec des options réalistes (voir ci-dessus). 8. Prise en charge de la malnutrition modérée chez les enfants de 6 à 59 mois 9. Prise en charge de la malnutrition aigüe nourrisson de 0 à 5 mois <ul style="list-style-type: none"> Ajouter. 10. Soutien psychosocial du couple mère-enfant

Section	Suggestion
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter. 11. <i>Stimulation sensorielle et soutien émotionnel/affectif de l'enfant malnutri [à ajouter]</i> 12. <i>Système de visites à domicile</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter. E. <i>Renforcement des capacités</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Supervision formative</i> 2. <i>Formation</i> 3. <i>Système d'intrants et matériels</i> F. <i>Renforcement du système d'information nutritionnelle</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Evaluation initiale : système de sites sentinelles, Multisectoral Initial Rapid Assessment</i> 2. <i>Système de suivi et de rapportage</i> 3. <i>Système d'alerte</i> 4. <i>Organisation des enquêtes SMART et de couverture</i> 5. <i>Évaluation</i> 6. <i>Recherches</i> G. <i>L'approche multisectorielle</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer dans le cadre d'un paquet minimum ou d'un chapitre distinct. ▪ Simplifier le texte existant et les titres (sélectionner par exemple ce qui est clé et essentiel pour inclure « dans l'idéal » ou prendre en compte). ▪ Déplacer peut-être les Objectifs dans le Pourquoi, et simplifier davantage le texte.
<p>V. La multisectorialité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrée dans le paquet minimum ci-dessus.
<p>VI. Les thèmes transversaux</p>	<p>A. Résilience</p> <p>A. <i>La résilience : la résilience du système de santé, communautaire, du ménage, et individuelle</i></p> <p>B. <i>Liens entre l'urgence et le développement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fusionner éventuellement avec Résilience et/ou Stratégie de sortie. <p>C. <i>Genre</i></p> <p>D. <i>VIH/SIDA</i></p> <p>E. <i>Relèvement précoce</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fusionner éventuellement avec Stratégie de sortie. <p>F. <i>Environnement</i></p> <p>G. <i>Redevabilité</i></p>
<p>VII. Stratégies de sorties</p>	<p>A. <i>Intégration et passation des activités</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à fournir d'autres options, y compris celle de préparer l'ATPE/ASPE, une nourriture complémentaire de bonne qualité avec des recettes locales. <p>B. <i>Stock d'intrants</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Être exhaustif : ajouter bandes PB, laits thérapeutiques, ATPE, ASPE, LNS, etc... <p>C. <i>Outil et matériels</i></p>
<p>IIIIV. Paquet minimum d'activités des projets selon la durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer ici ; ajouté au chapitre IV
<p>IX. Coût standard des activités de nutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer ici et aborder dans l'annexe 2.

Section	Suggestion
X. Plaidoyer en faveur de la nutrition	
XI. Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer ici ; ajouté au chapitre IV.
Priorisation	<ul style="list-style-type: none"> • Supprimer ici ; ajouté ci-dessus au chapitre III.
Annexe 1 : Recommandations techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Précédemment chapitre III A. Calcul du nombre de bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter ANJE-U, ainsi que les Femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA) et les cas spéciaux. B. Respect du protocole de prise en charge PCIMA C. Couverture du projet D. Multisectorialité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supprimer ici et fusionner ci-dessus. E. Quantité d'intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigüe chez un enfant <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter ANJE-U, ainsi que FEFA et les cas spéciaux. F. Normes pour la formation G. Normes pour les relais communautaires H. Supervision I. Suivi et évaluation J. Surveillance nutritionnelle K. ONG de mise en œuvre
Annexe 2 : Coût standard des activités de nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacer le chapitre X ici. • Ajouter « Méthode de calcul coût unitaire » pour ANJE-U et FEFA.
Annexe 3 : Protocole PCIMA 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Fusionner annexes 3-7 en une seule avec des liens hypertexte renvoyant à tous les manuels clé. • Ajouter des liens hypertexte renvoyant à des plateformes cruciales d'information, tels que le cluster national de nutrition de la RDC, le cluster de nutrition mondiale et autres. • Ajouter « Manuel des procédures des structures et approches communautaires, 2016 » et « Cadre stratégique de la participation Communautaire en RDC, 2016 », de la Direction de développement des soins de santé primaires du Ministère de la santé.
Annexe 4 : NAC	
Annexe 5 : CPS	
Annexe 6 : Stratégie WASH in Nut	
Annexe 7 : Manuel d'orientation ANJE-U	
Annexe 8 : Priorisation du cluster	<ul style="list-style-type: none"> • Etant vide, supprimer et éventuellement aborder tout dans le chapitre III.

Abréviations : ANJE-U, alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence ; ATPE/ASPE, Aliment thérapeutique/supplémentaire prêt à l'emploi ; CPS, consultation préscolaire ; MAM, Malnutrition aigüe modérée ; NAC, Nutrition à assise communautaire ; PB, Périmètre brachial ; PCIMA, Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe ; PRONANUT, Programme national de nutrition ; RDC, République démocratique du Congo ; SMART, *Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions* [programme normalisé de suivi et d'évaluation des secours après la crise] ; WASH, *water, sanitation and hygiene* [eau, assainissement et hygiène].