

*Revue sur l'Etat des Connaissances*  
*No. 2*

**Programmes d'Alimentation  
Supplémentaire d'Urgence**

Jeremy Shoham

*Décembre 1994*

Cette revue a pour but de stimuler une discussion sur ce que l'on pourrait qualifier de "méthodes performantes" dans le domaine des programmes d'alimentation d'urgence. Vos observations sont par conséquent les bienvenues ainsi que toutes suggestions d'exemples illustrant des contextes et pratiques particulières. Veuillez envoyer vos observations au:

Humanitarian Practice Network  
Overseas Development Institute  
111 Westminster Bridge Road  
Londres SE1 7JD  
Royaume Uni

Email : <[hpn@odi.org.uk](mailto:hpn@odi.org.uk)>  
Site web : <[www.odihpn.org.uk](http://www.odihpn.org.uk)>

**ISBN:** 0-85003-220-2

© Overseas Development Institute, Londres, 1995.

Des photocopies de tout ou partie de la présente publication sont autorisés, dans la mesure où la source d'information est mentionnée. Toutefois, la documentation du réseau reproduite en grand nombre, doit être référée à l'ODI qui en détient les droits d'auteurs. Le coordinateur du Réseau "Aide d'Urgence et Réhabilitation" serait reconnaissant d'être informé de tout usage de la documentation du réseau aux fins de la formation, de la recherche ou aux fins de la conception, mise en application ou évaluation de programmes.

## **Revue sur l'Etat des Connaissances**

### **Programmes d'Alimentation Supplémentaire d'Urgence**

Jeremy SHOHAM, Assistant au Centre de Nutrition du *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, est l'auteur principal de l'étude. Trois autres spécialistes ayant différentes formations et expériences ont servi de "groupe d'analyse critique" pour la première ébauche de ce texte. Les membres de ce groupe comprennent : Fabienne Vautier, Infirmière-Nutritionniste de Médecins sans Frontières - Belgique, Helen Young, Consultante en matière de nutrition, et Dee O'Connell, Agent de Programme de Save the Children Fund pour l'Afrique de l'Est. Nous sommes très reconnaissants de leur soutien et des commentaires utiles apportés par le groupe d'analyse critique. John Borton, Coordinateur du Réseau et Margaret Cornell ont édité le texte. Nathalie Vegezzi a été responsable de la mise en page et de la production. La traduction a été assurée par Jean Lubbock.

# Programmes d'Alimentation Supplémentaire d'Urgence

Jeremy Shoham

## Table des Matières

### Page

1.	Objectifs et public ciblé	1
2.	Programmes d'alimentation supplémentaire d'urgence : principes et contexte	5
2.1	Quels sont les objectifs primaires des PAS d'urgence ?	5
2.2	L'expérience récente des PAS	5
2.3	Quelques principes nutritionnels de base pour les non-nutritionnistes	8
2.4	Quel est le rapport entre les PAS d'urgence et d'autres interventions d'urgence ?	16
2.5	Quelle est la priorité des PAS d'urgence par rapport à d'autres types d'intervention sectorielle ?	20
2.6	Lignes directrices actuelles en matière de conception et mise en oeuvre des PAS d'urgence	24
2.7	Pourquoi mettre l'accent sur les PAS d'urgence dans cette revue ?	28
3.	Introduire et supprimer les PAS d'urgence	31
3.1	La théorie des lignes directrices et la pratique des organisations d'aide	31
3.2	S'en tenir aux enquêtes anthropométriques ?	34
3.3	Est-il réellement possible de calculer le volume de nourriture auquel les ménages ont accès ?	36
3.4	Le rôle joué par les facteurs politiques et économiques dans la décision d'introduction/suppression d'un programme	37
3.5	L'équilibre nutritionnel des rations générales	38
3.6	Le seuil de déclenchement anthropométrique doit-il être propre aux différents sites ?	39
3.7	Maintenir des programmes lorsque les données indiquent le contraire	41
3.8	L'absence de rations générales suffisantes	41
3.9	Les conséquences de la mise en oeuvre des PAS d'urgence en l'absence de rations générales	

suffisantes 50

4.	La conception des programmes	53
4.1	Rations sèches à emporter ou alimentation sur place	53
4.2	Qui doit bénéficier des PAS ?	59
4.3	Où faut-il situer les centres d'alimentation pour les populations en dehors des camps ?	65
4.4	Exemples d'organisations gérant les programmes de rations générales conjointement avec les PAS	68
4.5	Bénéficiaires par centre d'alimentation/dotation en personnel	68
4.6	Les éléments sanitaires des PAS	72
5.	Le suivi et l'évaluation	77
5.1	Les indicateurs 'clefs' d'évaluation de programme	77
5.2	Autres indicateurs pouvant être contrôlés	80
5.3	Quelques principes généraux de collecte de données	84
6.	Les scénarios typiques	87
6.1	Les camps de réfugiés : les premiers stades de déplacement	87
6.2	Les camps de réfugiés : les populations stabilisées	90
6.3	Les camps pour les populations déplacées à l'intérieur de leur pays	93
6.4	Les populations rurales résidentes en dehors des camps	99
6.5	Les populations déplacées en dehors des camps	112
6.6	Le milieu urbain : populations résidentes	114
6.7	Le milieu urbain : populations déplacées	115

## Références

Encadré 1	Les résultats d'évaluations de PAS d'urgence dans le Sud de la Zambie et le Nord du Soudan	23
Encadré 2	Les PAS d'urgence pour les populations déplacées à Khartoum et les réfugiés mozambicains au Malawi	32
Encadré 3	L'évaluation de la ration générale à Kaboul, Afghanistan	35
Encadré 4	Les PAS d'urgence et la réduction des carences en micro-nutriments : les réfugiés bhoutanais au Népal	39

- Encadré 5 Lignes directrices propres aux sites de programmes :  
un exemple somalien 40
- Encadré 6 Les PAS d'urgence lors de la famine 1992  
en Somalie 42
- Encadré 7 Les carences en micro-nutriments 43
- Encadré 8 Mettre en oeuvre un programme de rations générales  
à côté d'un PAS existant : une expérience 48
- Encadré 9 Le ciblage vu par les bénéficiaires :  
Sud de la Zambie 52
- Encadré 10 Alimentation supplémentaire sur place à Djouba,  
Sud du Soudan 55
- Encadré 11 Les PAS sur place en Somalie 57
- Encadré 12 Taux de mortalité des enfants et des adultes  
en Somalie 61
- Encadré 13 Prévoir les conséquences de l'utilisation  
d'infrastructures déjà établies : Zambie, 1992 69
- Encadré 14 Le rapport personnel/bénéficiaires :  
exemples du Madagascar et du Soudan 70
- Encadré 15 L'absence de lignes directrices : entrave  
potentielle aux programmes - un exemple  
du Zimbabwe 72
- Encadré 18 Réduire la contagion en Somalie 81
- Encadré 19 Le suivi : outil pour ajuster la conception  
des programmes - un exemple irakien 82
- Encadré 20 Exemples de détérioration rapide de l'état nutritionnel  
de réfugiés récemment arrivés : Bangladesh et Ethiopie 88
- Encadré 21 L'enregistrement abusif et les conséquences pour  
les droits aux rations 92
- Encadré 22 Améliorer la couverture des PAS d'urgence :  
Khartoum, Soudan 95
- Encadré 23 Difficultés de l'alimentation sur place :  
Dondo, Angola 99
- Encadré 24 Les difficultés de suivre des PAS villageois :  
Province de Kosti, Soudan 103
- Encadré 25 Difficultés de suivi dans la Province de Kordofan,  
Soudan 104
- Encadré 26 Difficultés dans le suivi des PAS villageois :  
Sud du Zimbabwe 105
- Encadré 27 Changer de méthodes de mesure anthropométriques :  
Angola et Malawi 110
- Encadré 28 L'influence des taux d'assistance sur le suivi  
de la croissance : Sud de la Zambie 111
- Encadré 29 L'alimentation thérapeutique pour les adultes :  
Baidoa, Somalie 118

Annexe 1 Lignes directrices clefs pour les PAS d'urgence

Annexe 2 Critères déterminant la nécessité et les modalités de  
la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence en l'absence

de rations générales suffisantes

Annexe 3 Mise en oeuvre d'un PAS d'urgence sur place ou sous forme de rations sèches à emporter ?

Annexe 4 Identification et priorité des groupes cibles les plus appropriés aux PAS d'urgence

Sigles

## Programmes d'alimentation supplémentaire d'urgence

### 1. Objectifs et public ciblé

Cette étude a pour but de présenter un aperçu bref et accessible de ce que l'on pourrait qualifier de "méthodes performantes" dans la conception et mise en oeuvre de programmes d'alimentation supplémentaire (PAS) d'urgence. Elle vise essentiellement à informer les membres du personnel des ONG, de l'ONU et des bailleurs de fonds qui ne sont *pas spécialistes* de la nutrition et de l'alimentation d'urgence mais qui pourraient, dans le contexte d'une opération d'urgence future, avoir à prendre des décisions concernant les programmes d'alimentation. Cette étude pourrait également s'avérer utile pour les nutritionnistes qui n'ont pas une grande expérience des différentes situations d'urgence et qui ne sont pas familiers avec la série complexe de questions qu'il faut souvent examiner pour décider ou non de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence et de la conception éventuelle d'un tel programme.

Il ne s'agit donc un manuel technique. De tels manuels existent et sont faciles à obtenir (Annexe 1). Cette revue cherche cependant à compléter les manuels/lignes directrices existants en examinant une variété de scénarios d'urgence différents en vue de définir les meilleures formes d'intervention dans ces situations. Les lignes directrices doivent, par définition, se concentrer sur des aspects généraux plutôt que spécifiques et doivent, avant tout, être concises. Il en découle inévitablement l'impossibilité de prendre en compte de nombreux facteurs propres à des situations ou sites de programmes donnés. Ce n'est pas dire que l'expérience, la politique et la pratique des programmes d'alimentation supplémentaire menés par les organisations d'aide n'ont pas évolué à la lumière des différents scénarios d'urgence qui ont émergé pendant les 10 ou 15 dernières années, mais plutôt qu'il n'existe pas actuellement de revues qui reflètent **toute la complexité** des situations où des décisions s'imposent. De telles revues permettraient de compléter les lignes directrices existantes afin que les décisions puissent déboucher sur des interventions appropriées dans des situations différentes. Bien que de légères modifications aient été effectuées afin de tenir compte de la diversité des scénarios d'urgence actuels, les lignes directrices existantes mettent l'accent essentiellement sur les interventions touchant les réfugiés. Cette revue se penche donc sur les "méthodes performantes" dans une gamme plus large de scénarios qui reflètent les différentes situations auxquelles le personnel des organisations d'aide doivent souvent faire face de nos jours et dont les lignes directrices existantes ne font pas suffisamment état. Le Chapitre 6 présente sept scénarios qui sont divisés en catégories générales : populations dans des camps, en dehors des camps et en milieu urbain. L'impact potentiel du conflit sur la conception des PAS d'urgence et sur la capacité de les mettre en oeuvre est examiné par rapport à chaque catégorie générale.

Camps de réfugiés : les premiers stades de déplacement

Camps de réfugiés : populations stabilisées

Camps pour les populations déplacées à l'intérieur du pays

En dehors des camps : populations rurales résidentes

En dehors des camps : populations déplacées

Milieu urbain : populations résidentes

Milieu urbain : populations déplacées

Des informations supplémentaires figurent dans quatre annexes. L'Annexe 1 indique les principales lignes directrices disponibles, ainsi que des textes clefs pour les lecteurs qui désirent étudier la documentation sur les PAS d'urgence. Les Annexes 2, 3 et 4 présentent des listes de contrôle à utiliser lors de la mise en oeuvre de PAS d'urgence.

Cette revue cherche à présenter une vue d'ensemble accessible, qui facilitera la mise en contexte d'une grande partie des informations fournies par les lignes directrices techniques disponibles. Grâce à elle, les lecteurs réaliseront qu'il y a peu de règles absolues en matière de conception et de mise en oeuvre de PAS d'urgence. La règle la plus utile est probablement qu'une évaluation préalable complète des facteurs propres au site et à la situation concernés est essentielle.

L'une des difficultés principales que pose la préparation d'une revue telle que celle-ci consiste à identifier ce qui constitue effectivement une méthode performante dans le domaine de l'alimentation supplémentaire d'urgence. Notons parmi les éléments qui contribuent à aggraver la difficulté :

- . de nombreux aspects des programmes provoquent beaucoup de controverses, les opinions devant autant au milieu professionnel et à la philosophie organisationnelle qu'aux résultats de recherches empiriques
- . certains aspects des méthodes des PAS d'urgence s'inspirent d'hypothèses qui n'ont pas vraiment été mises à l'épreuve, mais qui continuent à avoir de l'emprise
- . des recherches s'imposent dans plusieurs domaines importants afin d'améliorer l'efficacité des PAS, mais les situations d'urgence se prêtent rarement à la conduite de recherches scientifiques
- . des facteurs politiques et institutionnels peuvent l'emporter sur les considérations techniques et déboucher sur des programmes dont la conception moins qu'optimale est reconnue
- . rares sont les organisations d'aide qui rédigent une documentation suffisante sur leurs expériences de la mise en oeuvre de PAS d'urgence et plus rares encore celles qui publient de telles informations, ce qui rend difficile un débat bien informé
- . des facteurs propres aux différents sites et populations font que l'interaction entre chaque population bénéficiaire et le PAS d'urgence connaît des variations importantes.



## **2. Programmes d'alimentation supplémentaire d'urgence : principes et contexte**

### **Introduction**

Ce chapitre se propose de décrire les principes et les critères de base de la conception des programmes d'alimentation supplémentaire d'urgence et de discuter du rôle et du contexte de tels programmes au sein des stratégies globales de réponse aux situations d'urgence. Il convient donc de présenter certains principes et pratiques nutritionnels fondamentaux, bien que les lecteurs soient invités à consulter d'autres sources plus riches en détails techniques. Ce chapitre présente également un aperçu historique des PAS.

### **2.1 Quels sont les objectifs primaires des PAS d'urgence ?**

Les PAS d'urgence se divisent en deux catégories, à savoir les programmes curatifs et préventifs. Les programmes curatifs ont pour objectif primaire de promouvoir la prise de poids parmi des sujets (généralement des enfants) atteints de malnutrition légère et modérée, réduisant ainsi les risques connexes de maladies et de mort. Les programmes préventifs visent à anticiper la détérioration de l'état nutritionnel des sujets les plus exposés à la malnutrition (on pense le plus souvent aux enfants) du fait d'une menace telle qu'un accès réduit à la nourriture ou des conditions sanitaires modifiées. Les deux types de programme visent à fournir un apport nutritionnel en plus de l'alimentation normale. Pour être efficaces, les rations supplémentaires doivent donc compléter plutôt que remplacer l'alimentation normale.

### **2.2 L'expérience récente des PAS**

Les PAS représentent depuis de nombreuses années un volet important des interventions nutritionnelles dans les pays en voie de développement. Traditionnellement, ces programmes sont liés à des programmes nationaux de santé et s'intègrent dans des programmes de santé maternelle et infantile (SMI) qui font partie du système de soins de santé primaire dans les pays en voie de développement.

Les programmes de SMI assurent une série de services dans le domaine de la santé et de la nutrition, y compris les soins prénatals et postnatals, l'immunisation, l'éducation et l'instruction en matière de nutrition et de santé, le suivi de la croissance des jeunes enfants (surtout ceux qui ont moins de cinq ans). Dans de nombreux pays, le système de suivi de la croissance accompagne l'alimentation supplémentaire d'enfants qui n'ont pas un taux de croissance convenable ou qui sont déjà malnutris.

Une étude qui fait autorité en matière de PAS en dehors des situations d'urgence dans les pays en voie de développement pendant les années 70<sup>1</sup> a pu constater qu'il est souvent impossible de démontrer que ces programmes aient eu un impact significatif sur la croissance des enfants concernés. Le rapport efficacité-prix de ces interventions avait également été mis en cause. L'impact apparemment limité de ces programmes s'expliquerait par le fait que :

---

<sup>1</sup> BEATON G (1993) *Nutritional Issues in Food Aid*. Documents de la 19ème Session ACC/SCN, avril 1993, pages 37-55. GHASSEMI H (1992) "Supplementary Feeding Programmes in Developing Countries : Lessons of the 1980s". Deuxième partie, Discussion et références, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* (1992), Vol. 1, pages 195-206.

les compléments alimentaires seraient partagés avec d'autres membres de la famille ou ils remplaceraient ce que l'enfant recevrait autrement chez lui

une grande partie du complément alimentaire a un impact sur l'activité physique et l'état de santé des enfants, par exemple leur immunité, qu'il est difficile de mesurer la quantité fournie était insuffisante par rapport aux pénuries alimentaires des ménages, ou le volet médical du programme ne répondait pas aux besoins.

Plusieurs études ultérieures ont également mis en doute l'efficacité de tels programmes dans des situations de développement et d'urgence<sup>2</sup>. De plus en plus de voix se sont élevées contre l'utilisation de ces types de programme pendant les années 80. L'argument typique était que ces programmes créaient une division au sein des ménages et transféraient la responsabilité de l'alimentation à une organisation de l'extérieur. Les programmes étaient également qualifiés de "condescendants" parce que l'organisation d'aide présumait que le ciblage à l'intérieur des ménages n'était pas bien assuré, c'est-à-dire que les plus nécessiteux n'avaient pas la priorité en matière de nourriture. Les organisations étaient effectivement accusées de dire "nous savons mieux que quiconque comment cibler les ressources alimentaires insuffisantes". Ces critiques ont été transformées en politique par au moins une organisation (CICR) qui a eu pour stratégie lors de ses opérations d'urgence de fournir une ration générale très importante qui assurerait automatiquement l'alimentation convenable de l'ensemble du ménage, rendant ainsi inutile l'alimentation supplémentaire de membres sélectionnés au sein du ménage<sup>3</sup>.

En dépit de ces débats, l'immense majorité des organisations d'aide ont continué à mettre en oeuvre des PAS d'urgence. Pendant les années 70 et au début des années 80, les programmes d'urgence étaient principalement consacrés au soutien des réfugiés dans des camps ; les lignes directrices issues en matière de PAS d'urgence étaient généralement inspirées de ces expériences là. En règle générale, ces programmes atteignaient souvent leurs objectifs à court terme, une forte proportion (plus de 80% dans la plupart des cas) des bénéficiaires précédemment malnutris reprenant suffisamment de poids pour être renvoyés.

Le nombre de réfugiés et de populations touchées par les situations d'urgence a augmenté, notamment après 1985. Le nombre d'organisations impliquées dans des opérations de secours a augmenté simultanément. Il s'agissait le plus souvent d'ONG internationales et autochtones qui faisaient des PAS un volet courant de leurs opérations d'urgence. Ces programmes étaient de plus en plus nombreux à cibler des populations en dehors des camps, que ce soit des populations résidentes ou déplacées à l'intérieur du pays, touchées par les conflits et l'insécurité alimentaire.

La conclusion de la présente revue, qui sera discutée au Chapitre 3, est que les programmes

---

<sup>2</sup> GODFREY N (1986) *Supplementary Feeding Programmes in Refugee Populations*. Evaluation and Planning Centre for Health Care, LSHTM.

<sup>3</sup> Il convient de noter, cependant, que le CICR se trouve dans une situation peu habituelle par rapport à la plupart des autres organisations de secours, dans le sens qu'il est en mesure d'obtenir suffisamment de vivres de la part des donateurs pour mettre en oeuvre des programmes d'alimentation générale d'urgence tout en ayant la capacité institutionnelle de les gérer.

d'aide d'urgence doivent démarrer à temps et chercher à minimiser la nécessité d'alimentation supplémentaire d'urgence, mais que les éléments politiques et institutionnels et la disponibilité de ressources s'associeront pour limiter l'efficacité de la réponse globale. Par conséquent, des PAS d'urgence continueront à occuper une place importante dans de nombreux programmes d'urgence. Non seulement ces programmes s'imposent dans de nombreuses situations d'urgence mais, s'ils sont mis en oeuvre convenablement, ils permettent également de réduire de façon significative la mortalité globale.

### **2.3 Quelques principes nutritionnels de base pour les non-nutritionnistes**

Les PAS rentrent dans le domaine des interventions nutritionnelles. Multidisciplinaire à l'extrême, la nutrition est un thème qui touche la médecine, l'hygiène du milieu, l'anthropologie et l'économie. Pour ceux qui ne connaissent pas bien le sujet, il serait peut-être utile de donner un aperçu des principes et pratiques nutritionnels de base qui ont trait à l'alimentation d'urgence.

*Cette section a donc pour but d'aider ceux qui n'ont pas de formation pertinente à comprendre quelques-uns des termes et principes nutritionnels élémentaires qui figurent plus tard dans le texte. Les nutritionnistes auront vraisemblablement intérêt à passer cette section et se rendre directement au point 2.4.*

#### **Les exigences nutritionnelles**

L'état nutritionnel d'une personne est fonction de la suffisance de sa consommation de calories et d'éléments nutritifs et de l'utilisation qu'elle en fait par rapport à ses besoins. A un moment donné, chaque personne a des exigences nutritionnelles particulières conditionnées par de nombreuses variables dont l'âge, le sexe, la température ambiante, les dimensions corporelles, la croissance, l'état de santé et l'activité physique. Lorsque les besoins énergétiques ou en éléments nutritifs ne sont pas satisfaits, l'effet sur l'état nutritionnel peut être défavorable, aboutissant à des retards de croissance, des pertes de poids et/ou des carences en micro-nutriments.

Les besoins énergétiques individuels sont essentiellement déterminés par le taux de métabolisme basal (TMB) qui est la fonction de toutes les activités qui se déroulent dans le corps humain, par exemple la digestion, la production de chaleur, la fonction rénale, etc. Le TMB est normalement défini en termes de la quantité d'énergie (normalement mesurée en kilo-calories) nécessaire pour soutenir toutes les activités corporelles (métaboliques) lorsqu'un sujet est au repos et n'a pas consommé de repas pendant au moins 12 heures. Les TMB individuels peuvent varier énormément et sont en grande partie déterminés génétiquement, bien que de nombreux facteurs externes puissent avoir un effet temporaire, par exemple les stimulants.

L'énergie mise à part, le métabolisme humain a également besoin d'éléments nutritifs particuliers. A titre d'exemple, les protéines sont nécessaires à la croissance et à la réparation des tissus, tandis que les lipides sont nécessaires à l'absorption de certains éléments nutritifs et en tant que composants structurels des cellules. Les micro-nutriments, tels que les vitamines et les minéraux, sont également nécessaires à des activités cellulaires bien

spécifiques, telles que le transport des composés à l'intérieur des cellules. Un principe nutritionnel primordial est que le besoin d'un apport énergétique suffisant doit être satisfait avant que d'autres éléments nutritifs puissent être correctement utilisés par le corps humain. Ainsi, si l'apport énergétique est insuffisant, les protéines seront décomposées et utilisées comme source énergétique plutôt que pour la croissance ou la réparation des tissus. Les lipides sont deux fois plus denses en termes énergétiques que les protéines ou les glucides, ce qui fait que les aliments gras ont le rôle important de fournir suffisamment de calories à de jeunes enfants dont les petits estomacs empêchent la consommation de grands repas.

S'il faut que l'apport de calories et d'éléments nutritifs réponde aux besoins fondamentaux du métabolisme, d'autres besoins nutritionnels sont créés par la croissance et la grossesse, ainsi que par la lactation. Un mauvais état nutritionnel et différentes maladies créent également des exigences nutritionnelles supplémentaires puisque le besoin de rattraper les retards de croissance et d'un renouvellement métabolique plus important augmente. L'activité physique crée également des besoins nutritionnels supplémentaires. Elle représente toutefois une proportion bien moins importante des besoins énergétiques globaux que l'on aurait pu penser, généralement moins de 30%. Une basse température ambiante crée également des besoins supplémentaires. Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins alimentaires d'une population donnée, il faut compter 5% de besoins énergétiques en plus pour chaque 5°C qui tombe en dessous de la température minimum de 20°C, jusqu'à ce que des quantités suffisantes de carburant, des abris et des couvertures soient disponibles.

### **Quelles sont les conséquences quand l'apport nutritionnel ne répond pas aux besoins ?**

A travers la documentation sur le sujet, on distingue deux types de sous-alimentation : malnutrition protéino-énergétique (MPE) et carences en vitamines et minéraux.

Lorsque la consommation énergétique d'une personne ne permet pas de répondre à ses besoins, l'organisme commence à décomposer les réserves glucidiques et le tissu adipeux pour en faire la source énergétique primaire. Si le déficit nutritionnel s'aggrave, la protéine des tissus, par exemple le tissu musculaire, sera décomposée, et aura, dans le cas des enfants, un effet négatif sur la croissance. Les organes vitaux tels que le cerveau et les reins sont protégés jusqu'aux tous derniers stades d'une malnutrition aiguë.

Le MPE peut se manifester de différentes façons. Le marasme est la forme de MPE qui se manifeste chez un individu par un maigreur dramatique. Dans des cas graves, la peau semble pendre des os et les yeux deviennent creux, produisant une "tête de vieil homme" dans le cas des jeunes enfants. Le kwashiorkor est une autre forme de MPE, dont le symptôme le plus évident est l'oedème ou l'enflure provoqué par la présence de fluide dans les tissus. L'enflure commence d'habitude dans les membres inférieurs mais peut se produire dans tout le corps. Les cheveux se décolorent et peuvent tomber facilement. Il est fréquent que des sujets malnutris présentent les deux symptômes à la fois, c'est-à-dire qu'ils sont maigres mais ont les membres enflés. De tels sujets souffrent de kwashiorkor marasmique. Les symptômes de la malnutrition provoquée par des carences en vitamines ou en minéraux varient énormément en fonction de l'élément nutritif qui fait défaut (vitamine A, C ou fer, etc.).

### **Autres facteurs affectant l'état nutritionnel**

De nombreux non-nutritionnistes s'imaginent que l'état nutritionnel tient uniquement à la quantité et à la valeur nutritive des aliments consommés par la personne et que ceci à son tour tient à la sécurité alimentaire au niveau du ménage/de la communauté. Toutefois, l'état de santé des gens dans les pays en voie de développement représente un déterminant tout aussi important. Il existe une interaction évidente entre la nutrition et l'état de santé, un mauvais état nutritionnel réduisant la résistance à l'infection (compétence immunologique). L'on croyait auparavant que seule la malnutrition aiguë prédisposait les sujets aux maladies, mais des témoignages récents indiquent qu'une malnutrition légère ou modérée peut entraîner une prédisposition beaucoup plus importante aux maladies. Dès qu'un sujet tombe malade, le risque d'une détérioration nutritionnelle supplémentaire augmente puisque la maladie sera probablement accompagnée d'une perte d'appétit (anorexie) et d'une malabsorption de nutriments, comme dans le cas des infections gastro-intestinales. Les besoins en calories et nutriments spécifiques peuvent également augmenter puisque la fièvre stimule le métabolisme et les tissus et organes touchés doivent être réparés. L'interaction cyclique entre la nutrition et l'état de santé étant maintenant connue et acceptée, l'on reconnaît que les interventions sanitaires et médicales doivent accompagner les interventions nutritionnelles d'urgence afin que ces dernières soient efficaces. Il convient de noter que les jeunes enfants sont particulièrement susceptibles aux infections liées à la malnutrition. Ceci reflète plusieurs facteurs : les enfants ont des systèmes immunitaires moins développés (c'est-à-dire qu'ils ont acquis moins d'immunité) ; il est difficile d'assurer aux enfants un apport suffisant de nutriments si l'alimentation familiale a une faible densité énergétique ou manque de diversité. De plus, les enfants sont moins conscients des besoins d'hygiène personnelle.

Il est fréquent que le milieu sanitaire dans lequel de nombreux PAS d'urgence doivent fonctionner soit extrêmement déplorable, caractérisé par des taux élevés de maladies infectieuses telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, la rougeole, etc. Les populations des camps ou les populations résidentes touchées par l'insécurité alimentaire provoquée par la sécheresse se retrouvent souvent dans des conditions sanitaires extrêmement dangereuses : surpeuplement, absence d'eau propre et assainissement défectueux (latrines et évacuation des déchets). Dans de tels milieux, la morbidité peut augmenter rapidement, provoquant des crises sanitaires et nutritionnelles en dépit d'un approvisionnement suffisant en vivres.

A la lumière de la discussion précédente, il convient de considérer l'importance relative de la maladie et de l'insécurité alimentaire par rapport à l'état de nutrition dans chaque situation d'urgence. L'insécurité alimentaire sera déterminée par des facteurs tels que l'impact de la sécheresse ou du conflit sur la production et le commerce alimentaires, la disponibilité saisonnière et le prix des aliments, ainsi que les conséquences de la situation d'urgence pour les stratégies traditionnelles d'adaptation. En cas de déplacement, la sécurité alimentaire sera très probablement entamée. S'il est pratiquement impossible de quantifier exactement l'impact relatif de l'insécurité alimentaire ou de la morbidité sur l'état nutritionnel global, des informations telles que la fréquence des maladies, les taux de mortalité, les conditions d'assainissement et d'hygiène et la disponibilité d'eau permettront de décider si une réponse visant à protéger l'état nutritionnel en situation d'urgence doit se concentrer uniquement sur des interventions de sécurité alimentaire, ou bien s'accompagner d'interventions dans le domaine de la santé et de l'assainissement.

Un autre facteur dont le rôle de détermination de l'état nutritionnel est souvent passé sous

silence. Les pratiques d'alimentation des enfants en bas âge et les soins de santé fournis par les parents peuvent avoir un impact significatif sur l'état nutritionnel des enfants. Un problème typique se présente à l'âge du sevrage lorsque les enfants passent de l'allaitement au sein aux aliments solides. A ce stade, les parents ne préparent pas toujours des repas d'une densité énergétique suffisante pour les petits estomacs, ce qui fait que les enfants ne reçoivent pas suffisamment d'énergie. La nourriture peut également être contaminée par des bactéries si, par exemple, elle est laissée trop longtemps ou si les ustensiles avec lesquels la nourriture est servie sont sales, augmentant ainsi le risque de diarrhée chez les jeunes enfants. Les soins de santé pour les enfants malades peuvent laisser à désirer, comme lorsque la nourriture leur est refusée. Parmi les raisons qui expliquent l'insuffisance des soins fournis par les parents sont l'ignorance des pratiques saines, le manque de temps pour offrir à l'enfant plusieurs petits repas par jour et l'absence de ressources (eau, combustible ou argent) permettant de procurer des aliments produits dans de bonnes conditions d'hygiène ou suffisamment denses sur le plan énergétique. Dans des situations d'urgence, les réseaux étendus d'appui social peuvent s'effondrer, avec des conséquences néfastes pour la capacité des parents et des familles de s'occuper d'enfants en bas âge. Cela peut représenter un facteur important de malnutrition. Dans des cas extrêmes, on retrouve de nombreux enfants abandonnés ou devenus orphelins.

### **Comment mesure-t-on l'état nutritionnel ?**

La méthode principale pour évaluer l'état nutritionnel des enfants consiste à utiliser des techniques anthropométriques pour déterminer si la croissance et la prise de poids sont convenables. Les nutritionnistes utilisent plusieurs méthodes différentes, dont la plus courante consiste à peser un sujet d'une taille donnée et de comparer le résultat à des normes internationales de croissance basées sur le rapport poids/taille d'une population occidentale en bonne santé. Les normes les plus fréquemment utilisées sont les normes NCHS/CDC/OMS. Le rapport poids/taille reflète la prise de poids récente d'un enfant et indique justement s'il y a eu prise ou perte récente de poids.

Les normes internationales de croissance poids/taille ont été établies pour des enfants d'une taille allant jusqu'à 130 cm (ce qui est l'équivalent de la taille d'un enfant moyen de 9-10 ans). On dit d'un enfant dont le rapport poids/taille atteint de 70 à 80% de la normale qu'il souffre de malnutrition ou d'émaciation légère ou modérée, tandis qu'un enfant dont le rapport poids/taille est moins de 70% de la normale et/ou qui souffre d'œdème est atteint de malnutrition ou d'émaciation aiguë. Ces seuils de définition ont été adoptés suite aux expériences accumulées pendant les années 70, qui ont signalé un accroissement du risque de maladie et de mort au-dessous de 80% de la norme poids/taille et un accroissement considérable au-dessous de 70%. Néanmoins, des résultats plus récents suggèrent que le risque de maladie et de mort associé à l'émaciation dépend en large mesure de la zone concernée et tient à de nombreux facteurs dont le milieu sanitaire et la composition génétique de la population. Les seuils de risque ne sont donc pas rigides mais varient d'une situation à l'autre. En l'absence de seuils propres aux différentes zones, ces taux d'émaciation continuent à faire office de jalons pour les nutritionnistes cherchant à prévoir une augmentation sensible des risques. Par conséquent, les PAS qui visent à rétablir l'état nutritionnel de sujets souffrant de malnutrition légère et modérée utilisent traditionnellement un seuil de moins de 80% de la norme poids/taille pour décider à quel moment un individu pourrait tirer profit d'un PAS et devrait donc y être inscrit. Les enfants sont généralement renvoyés des PAS lorsqu'ils ont atteint un rapport poids/taille de plus de 85% et l'ont maintenu pendant plusieurs semaines.

Deux autres mesures de l'état nutritionnel couramment utilisées sont le rapport poids/âge et la circonférence du milieu du bras (CMB). Le rapport poids/âge donne une indication de petitesse (retard de croissance) ainsi que d'émaciation et peut donc refléter des épisodes passés de malnutrition qui ont entraîné le retard de croissance. Traité à part, le rapport poids/âge peut prêter à confusion quant à l'état nutritionnel actuel du sujet. Il est souvent difficile de déterminer l'âge exact sur le terrain (les parents ne se souviennent pas toujours précisément du mois de naissance de leur enfant). Par conséquent, il est déconseillé d'utiliser cet indicateur lors d'études nutritionnelles ou lorsque l'on décide si un sujet doit être inscrit ou non dans un PAS. Néanmoins, certains services de santé dans les pays en voie de développement continuent à utiliser le critère poids/âge afin d'identifier les enfants souffrant de malnutrition qu'il convient d'inscrire aux PAS faisant partie d'un programme de santé maternelle et infantile.

Mesurer la circonférence du milieu du bras (CMB) donne une indication de la masse musculaire. Rapidement obtenues grâce à un brassard, ces mesures n'exigent pas de disposer du matériel coûteux, tel que les balances et stadiomètres, nécessaires pour mesurer la taille. Néanmoins, les mesures CMB s'avérant souvent inexactes, elles sont généralement uniquement recommandées lorsqu'il s'agit de passer des populations au crible rapidement. Par conséquent, il est conseillé d'utiliser les mesures poids/taille dans la plupart des situations.

Les méthodes anthropométriques d'évaluation de l'état nutritionnel des adolescents, adultes et personnes âgées sont beaucoup moins développées que celles à l'intention des enfants. L'indice de masse corporelle (IMC) (poids divisé par taille au carré) est une mesure recommandée, bien que des expériences récentes suggèrent que certaines normes recommandées pour la comparaison des résultats ne sont pas généralement applicables. Les résultats des mesures IMC peuvent également être faussés par le dos voûté des personnes âgées ou les contractures des victimes de malnutrition aiguë (membres raidis en positions courbées par de longues périodes d'immobilité). A la lumière de ces difficultés, d'autres méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel des adultes et personnes âgées en situation d'urgence sont actuellement à l'étude.

Si toutes les systèmes de mesure ci-dessus indiquent des retards de croissance et pertes de poids chez les individus, résultant en grande partie d'un apport énergétique insuffisant, il existe de nombreux systèmes permettant d'évaluer également les carences en micro-nutriments qui peuvent provoquer des symptômes particuliers. A titre d'exemple, l'héméralopie et les cicatrices cornéennes sont associées à la carence en vitamine A et le scorbut à la carence en vitamine C. L'évaluation clinique des carences en micro-nutriments exige une certaine compétence et expérience diagnostique. Dans de nombreux cas, les carences ne produisent pas de symptômes cliniques déclarés, mais plutôt un état de carence "sous-clinique" qui a d'autres conséquences telles que la réduction de la résistance à l'infection. L'évaluation biochimique à partir d'échantillons sanguins et d'analyse en laboratoire peut permettre d'identifier des carences sous-cliniques et confirmer le diagnostic. Toutefois, de nombreuses situations d'urgence excluent l'utilisation de ce type d'analyse biochimique sur le terrain, bien que des techniques rapides, qui permettent de dépister les carences de certains micro-nutriments dans une goutte de sang, soient actuellement en voie de développement.

## **2.4 Quel est le rapport entre les PAS d'urgence et d'autres interventions d'urgence ?**

Compte tenu de la grande diversité des situations d'urgence, il est difficile de généraliser quant au rôle des PAS d'urgence par rapport à d'autres formes d'intervention d'urgence. Néanmoins, dans les situations où les populations dépendent entièrement de l'intervention de l'extérieur pour tous leurs besoins élémentaires, ce qui arrive souvent dans le cas de populations récemment déplacées, il existe un consensus général en matière de priorisation de l'assistance. La stratégie ici serait de veiller à ce que les besoins en eau potable, suivis de près par les besoins alimentaires généraux, soient satisfaits d'abord, tout en établissant rapidement des mesures de contrôle des maladies, telles que la vaccination contre la rougeole et en organisant des systèmes convenables d'assainissement. Fournir des abris et des articles non-alimentaires indispensables, tels que les récipients d'eau, les couvertures et les combustibles pour la cuisine, serait également prioritaire. En présence d'un nombre important de sujets souffrant de malnutrition aiguë, il faudrait probablement établir rapidement un système d'alimentation thérapeutique afin de minimiser la mortalité. Une fois ces formes de secours mises en place, un système d'alimentation supplémentaire d'urgence pourrait être alors envisagé. Toutefois, en réalité, ce type de priorisation n'est pas toujours assuré. Dans certains cas, ceci reflète une mauvaise coordination entre les différentes organisations d'aide ou bien une évaluation déplorable de besoins sectoriels importants. Dans d'autres situations, ce type de priorisation n'est pas indispensable, par exemple lorsque la situation d'urgence touche une population résidente qui dispose encore d'un accès raisonnable à l'eau, mais qui a épuisé ses stocks de vivres et sa capacité de s'approvisionner en vivres.

### **D'autres types de programme d'alimentation : les programmes d'alimentation générale et thérapeutique**

Tout événement tel que la sécheresse, la guerre ou les inondations qui influence l'accès à la nourriture affecte toutes les tranches d'âge. Dans de nombreuses situations, les stratégies de production, d'approvisionnement et d'adaptation des communautés touchées leur donnent un certain accès à la nourriture. En cas d'accès insuffisant, l'objectif de tout programme de distribution alimentaire doit être de compléter la nourriture disponible localement. Lorsqu'une communauté n'a pas d'accès à la nourriture ou seulement à des quantités négligeables, les organisations d'aide doivent éventuellement fournir la totalité des rations de base. Les programmes d'alimentation ciblant tous les groupes d'une population sont qualifiés de programmes de distribution alimentaire générale ou de rations générales. De tels programmes sont inévitablement plus importants que les PAS, toutes les tranches d'âge étant ciblées, et par conséquent sollicitent davantage la capacité d'enregistrement, de logistique et de suivi des organisations responsables. Toutes les organisations d'aide ne sont donc pas en mesure de mettre en oeuvre des programmes de rations générales d'urgence qui sont généralement entrepris par des organisations plus importantes ayant une expérience d'opérations logistiques de plus grande envergure.

Lorsque une population est en grande partie ou totalement dépendante de l'aide humanitaire, la communauté internationale d'aide d'urgence cherche dans la plupart des cas à fournir une ration générale comportant au moins trois produits (céréales, haricots, huile). Les quantités fournies par personne tiennent généralement compte d'un besoin hypothétique d'environ 2.000 calories par personne par jour pour une population moyenne. Ce niveau cible peut varier en fonction de plusieurs facteurs (voir plus bas).

Par contraste, les programmes d'alimentation thérapeutique, qui sont destinés à des victimes de malnutrition aiguë, se proposent de les "réhabiliter" et de promouvoir la prise de poids en fournissant une ration complète, combinée à des soins médicaux, grâce à une alimentation intensive et contrôlée. De tels programmes profitent à un nombre relativement réduit de bénéficiaires car le nombre de sujets souffrant de malnutrition légère et modérée dépasse largement celui des cas graves, même dans des situations d'extrême urgence. Il est rare de trouver plus de 10% de cas de malnutrition aiguë parmi les enfants de moins de cinq ans, tandis qu'il est courant de trouver 30% de cas de malnutrition légère ou modérée parmi les enfants de moins de cinq ans.

En règle générale, les programmes d'alimentation thérapeutique sont établis uniquement en présence d'un nombre important de sujets souffrant de malnutrition aiguë. Si les cas sont moins nombreux, il est courant que les organisations d'aide confient ces sujets à l'hôpital le plus proche où des soins spécialisés nécessaires peuvent être fournis, plutôt que d'établir un nouveau centre indépendant d'alimentation thérapeutique.

Les PAS d'urgence sont souvent liés aux programmes d'alimentation thérapeutique où, selon les critères habituels, sont pris en charge les enfants ayant un rapport poids/taille de moins de 70% de la normale ou qui ont des symptômes de kwashiorkor ou d'oedème. Les enfants sont renvoyés lorsqu'ils sont à nouveau en bonne santé, prennent progressivement du poids et ont un rapport poids/taille d'au moins 80% de la normale. Ils sont ensuite généralement confiés aux PAS qui continuent à surveiller leur alimentation.

Un personnel expérimenté et spécialisé est nécessaire pour la gestion d'un programme d'alimentation thérapeutique, du fait des soins médicaux et nutritionnels complexes qu'il implique, ce qui n'est pas toujours possible dans des situations d'urgence extrême. Le coût par bénéficiaire risque donc d'être sensiblement plus élevé que dans le cas d'un PAS. Par contre, il est fort probable que les programmes d'alimentation générale qui mobilisent et distribuent des quantités bien plus importantes de vivres soient relativement moins chers que les PAS, le coût par unité étant plus avantageux du à l'achat des vivres en gros. Malheureusement, l'information disponible sur les coûts relatifs de ces différents types de programme d'alimentation est inégale et il est impossible d'indiquer les coûts moyens par unité d'aliment livrée ou par bénéficiaire.

Un autre type de programme d'alimentation consiste à fournir des rations pour la famille toute entière, les soi-disant rations "familiales", uniquement à des familles ayant des enfants malnutris. De tels programmes, parfois qualifiés de programmes d'intervention nutritionnelle (PIN), sont mis en oeuvre lorsqu'il n'y a pas suffisamment de nourriture pour fournir une ration complète à toute une population donnée, en supposant que ce sont les familles ayant des enfants malnutris qui ont le plus besoin d'une ration générale. La "ration familiale", relativement plus large, fournie à travers un PIN encourage plus de parents à amener leurs enfants au centre de distribution où leur état peut être contrôlé. Par ailleurs, grâce à la "ration familiale", il est probable que l'enfant malnutri reçoive la totalité du complément alimentaire au lieu d'avoir à le partager avec d'autres membres de la famille ou d'avoir à le manger en remplacement d'un de ses repas.

Les PIN ont le grand inconvénient de ne pouvoir être établis que dans des situations où la crise n'est pas très grave. Dans des situations aiguës, le nombre de familles ayant droit aux

rations augmente si rapidement que le programme est bientôt transformé en un programme d'alimentation générale pour toute la population. De plus, dans des situations d'urgence aiguës, ce type de ration "familiale" pousserait certaines familles à priver leurs enfants de nourriture afin qu'ils soient pris en charge par le programme. L'utilisation de critères anthropométriques/"scientifiques" pour sélectionner les familles bénéficiaires peut séduire les responsables gouvernementaux pour la santé et rejoindre les concepts occidentaux d'objectivité, mais peut susciter le ressentiment des communautés affectées dont la perception d'une famille "nécessiteuse" tient à d'autres considérations que la seule malnutrition des enfants. En effet, de nos jours il est généralement admis que l'état nutritionnel d'enfants individuels ne permet pas forcément de juger de la sécurité alimentaire et des besoins d'aide alimentaire relatifs d'un ménage et peut refléter d'autres facteurs tels que l'état de santé et les soins parentaux. Néanmoins, dans des situations où des organisations d'aide n'ont pas assez de ressources pour fournir une ration générale, elles sont éventuellement contraintes à mettre en oeuvre un PIN. Pour certaines communautés, utiliser la malnutrition infantile comme critère de sélection des familles peut être plus acceptable que d'autres méthodes telles que l'évaluation des ressources d'un ménage menée par l'organisation d'aide. Compte tenu du manque de ressources d'aide alimentaire et de la possibilité offerte par des rations plus importantes d'augmenter tant la participation aux PAS d'urgence que la couverture de ceux-ci, plusieurs organisations d'aide continuent à mettre en oeuvre des PIN ou des programmes de ce genre dans le cadre de leurs opérations de secours (voir Encadré 22).

## **2.5 Quelle est la priorité des PAS d'urgence par rapport à d'autres types d'intervention sectorielle ?**

Il est fréquent lors des opérations de secours que des organisations d'aide se retrouvent face à une population en détresse ayant toute une série de besoins sectoriels qu'elles ne sont pas en mesure, à cause de leur capacité limitée, de satisfaire et qu'elles sont contraintes à sélectionner et à se concentrer sur des interventions sectorielles particulières. A titre d'exemple, dans un contexte d'insécurité alimentaire provoquée par la sécheresse, il se peut que la population touchée ait le besoin urgent d'une ration générale, d'une alimentation supplémentaire et thérapeutique, d'un programme d'immunisation, de mesures de réhabilitation agricole et d'eau pour la boisson, la cuisine et l'hygiène. Il est inévitable que le choix d'un type d'intervention sera fortement influencé par la spécialisation, l'expérience et les ressources de l'organisation d'aide impliquée et par la coordination des différentes responsabilités sectorielles avec d'autres organisations. Malheureusement, à l'heure actuelle, la coordination peut être fortuite, les décisions des organisations étant basées plus sur des considérations de pression politique et de convenance plutôt que sur les avantages comparatifs. Par conséquent, certains types d'intervention peuvent être oubliés ou mis en oeuvre trop tard. Rétrospectivement, la priorité accordée à certains des programmes mis en oeuvre peut paraître injustifiable.

Comme indiqué préalablement, l'insécurité alimentaire provoquée par la sécheresse ne présente pas une situation comparable à celle de populations déplacées dans des camps où l'approvisionnement en eau propre peut être considéré comme une priorité par rapport à l'approvisionnement en vivres. Par ailleurs, les organisations d'aide savent généralement établir si les populations déplacées dans des camps ont accès à suffisamment d'eau par rapport à la norme OMS de 20 litres personne/jour.

Il n'existe pas de règles pour aider les organisations à décider de la priorité à accorder à différents types d'intervention sectorielle. La décision doit plutôt reposer sur la mise en balance des différents facteurs propres au contexte d'intervention. Afin d'illustrer ce processus et les facteurs éventuels en jeu, le reste de cette section se penche sur la question de la priorité aux interventions dans le secteur de l'eau plutôt qu'aux PAS d'urgence, dans le cas de populations résidentes exposées à l'insécurité alimentaire du fait de la sécheresse. L'accent est mis sur l'opposition eau/PAS dans ce contexte parce que l'expérience récente prouve qu'en cas d'insécurité alimentaire provoquée par la sécheresse, les interventions dans le domaine de l'eau sont souvent considérées moins prioritaires ou mises en oeuvre après les PAS d'urgence, ce qui dans certains cas peut s'avérer moins efficace. En effet, dans le cadre d'évaluations rétrospectives, des populations ont indiqué qu'elles auraient préféré voir accorder une plus grande priorité à l'approvisionnement en eau qui aurait été tout aussi important pour elles que l'approvisionnement en vivres supplémentaires.

### **L'impact d'une intervention dans le domaine de l'eau sur l'état nutritionnel d'une population résidente pourrait-il être plus grand que celui d'un PAS d'urgence ?**

L'impact d'un manque d'eau sur la nutrition et la sécurité alimentaire peut être considérable. Dans les cas extrêmes, les populations seront contraintes à se déplacer à des zones disposant d'un approvisionnement garanti en eau. Il est généralement reconnu que le déplacement des populations vers les sources d'eau peut entraîner un surpeuplement massif et une pollution des sources avec pour conséquence de graves problèmes de santé. Lorsque les populations ont la possibilité de se rendre à pied à des points d'eau, ces derniers se voient rapidement surexploités, entraînant des problèmes semblables de surpeuplement et les problèmes de santé qui en découlent. Il est fréquent que les populations, surtout les femmes, se déplacent sur de longues distances pour obtenir le peu d'eau disponible, consacrant de 6 à 8 heures par jour à cette corvée. Les conséquences pour les soins des enfants et leurs besoins énergétiques supplémentaires n'ont jamais été mesurées convenablement, mais sont sûrement considérables.

En cas de pénurie d'eau, la qualité de l'eau utilisée se détériore considérablement, les populations étant contraintes à puiser dans des sources jadis inutilisées. Ceci peut avoir des conséquences néfastes pour leur santé. L'eau de mauvaise qualité produit un accroissement significatif du risque de diarrhée et de dysenterie.

Bien qu'il n'ait jamais été mesuré, le coût, en terme de besoins énergétiques des enfants et de leur famille suite aux problèmes créés par les corvées d'eau (réduction des soins donnés aux enfants, problèmes de santé additionnels), est évident. Etant donné que les PAS d'urgence fournissent rarement plus de 10% des besoins énergétiques des ménages, il est probable que l'amélioration de l'accès à l'eau constitue une intervention plus rentable dans certaines situations, ne serait-ce que sur le plan nutritionnel. Si l'on tient également compte du fait que l'amélioration de l'approvisionnement en eau, grâce par exemple au creusement de puits ou à la réparation ou amélioration des pompes des forages, peut représenter une intervention de plus longue durée qu'un PAS, notamment si l'action permet de réduire la mortalité du bétail, les arguments en faveur de la priorisation de telles interventions sont d'autant plus persuasifs.

Les raisons du manque d'intérêt dans le passé pour les programmes dans le domaine de l'eau

se divisent en trois catégories principales :

**Encadré 1**

***Les résultats d'évaluations de PAS d'urgence dans le Sud de la Zambie et le Nord du Soudan***

Les évaluations des PAS d'urgence menées par des ONG dans le Sud de la Zambie en 1992 et dans la province de Kosti au Soudan en 1989, permirent de constater que les besoins en eau étaient urgents dans de nombreux villages, mais qu'il y eut un décalage de jusqu'à un an entre la mise en oeuvre du PAS d'urgence et celle d'un programme d'approvisionnement en eau. Dans les deux situations d'urgence, les femmes passaient la plupart de leur temps (minimum huit heures par jour) à recueillir et transporter une eau qui s'avérait souvent de mauvaise qualité. Les maladies liées à la pénurie d'eau (comme la dysenterie et la gale) furent endémiques et beaucoup de bétail périt. Dans chacun de ces deux cas, il aurait été possible de réhabiliter des points d'eau plus près de certains des villages touchés. En outre, l'initiative simple et peu coûteuse de fournir des charrettes pour le transport aurait eu un impact énorme sur la gestion du temps et la conservation de l'énergie des femmes. Des entretiens avec des bénéficiaires dans le Sud de la Zambie permirent d'établir que plus de 40% des enquêtés considéraient qu'une intervention dans le domaine de l'eau aurait été plus utile pour leur communauté qu'un PAS d'urgence.

1. Le manque d'information concernant les difficultés rencontrées pendant une pénurie d'eau et d'analyse des conséquences de cette pénurie sur la nutrition et la santé.
2. Le manque chez les organisations d'aide de personnel qualifié dans ce domaine et de ressources institutionnelles pour la mise en oeuvre d'un programme d'approvisionnement en eau.
3. Le fait que la planification et la mise en oeuvre de programmes d'approvisionnement en eau sont plus astreignantes sur le plan technique et administratif que la mise en place d'un PAS d'urgence.

Cette préférence pour les PAS d'urgence plutôt que les actions dans le domaine de l'eau pourrait également s'expliquer par le désir de l'organisation de passer par des structures communautaires au lieu de diriger ses ressources essentiellement par l'intermédiaire d'un service gouvernemental, comme dans le cas de la plupart des interventions dans le domaine de l'eau.

La discussion ci-dessus illustre l'importance de veiller à ne pas accorder trop de priorité à des PAS d'urgence plutôt qu'à d'autres formes d'intervention, surtout lorsqu'il est tout aussi urgent d'améliorer l'approvisionnement en eau des populations résidentes. Cette approche analytique pourrait servir de modèle pour évaluer la priorité relative des PAS d'urgence par rapport à d'autres types d'intervention sectorielle.

## **2.6 Lignes directrices actuelles en matière de conception et mise en oeuvre des PAS d'urgence**

Lorsqu'il s'agit de préparer et mettre en oeuvre des PAS d'urgence, le personnel des organisations d'aide prend souvent des décisions qui ne se conforment pas aux lignes

directrices existantes ou touchent à des situations qui ne sont pas couvertes par celles-ci, car elles sont souvent excessivement générales et ne représentent pas la totalité des situations auxquelles le personnel doit faire face. Par conséquent, afin d'établir ce qui constitue des "méthodes performantes", il est nécessaire de non seulement comprendre les recommandations des lignes directrices existantes, mais aussi d'identifier les circonstances et conditions dans lesquelles ces recommandations sont inappropriées ou inutiles. Cette section examine donc brièvement ce que les lignes directrices existantes (voir Annexe 1) recommandent au sujet des décisions à prendre quant à la politique et la programmation des PAS d'urgence.

### **Introduction, suppression et ciblage des PAS**

Les lignes directrices existantes recommandent toutes d'utiliser les résultats d'enquêtes nutritionnelles (anthropométriques) conjointement avec d'autres informations pour déterminer s'il est nécessaire d'introduire un PAS d'urgence. Des seuils sont donc définis: si 15 à 20% des enfants de moins de cinq ans souffrent de sous-alimentation, le PAS devra être ciblé à tous les groupes vulnérables de la population en question. Les lignes directrices préconisent également, pour déterminer la nécessité d'un PAS d'urgence, d'utiliser les informations concernant la ration générale fournie par les organisations d'aide et la quantité de vivres dont dispose la communauté bénéficiaire grâce aux stratégies de subsistance et d'adaptation. A titre d'exemple, dans le cas d'une ration générale de moins de 1.750 calories (moins de 85% des besoins minimaux), il est recommandé d'établir des PAS préventifs pour tous les groupes vulnérables<sup>4</sup>. Les lignes directrices préconisent également de tenir compte de l'augmentation des taux de mortalité par rapport à la norme pour la zone et la saison, ainsi que de l'existence d'épidémies (rougeole, shigellose).

Lorsqu'il s'agit de recommandations concernant la suppression progressive des programmes, les lignes directrices préconisent généralement l'utilisation d'indicateurs similaires : un PAS a atteint son objectif quand, par exemple, le taux de malnutrition est inférieur à 15% ou quand la ration générale et d'autres sources d'aliments fournissent plus de 1.750 calories par personne.

Nous reviendrons dans les chapitres suivants sur les différences entre la réalité sur le terrain et les recommandations des lignes directrices, les décisions concernant l'opportunité de démarrer ou d'arrêter un PAS et dans quelles conditions reposant souvent sur des critères tout à fait différents.

### **Qui bénéficie du complément d'alimentation ?**

Les lignes directrices existantes insistent généralement pour que les PAS curatifs ou préventifs ciblent essentiellement les groupes vulnérables. Ces derniers sont définis par des critères physiologiques (âge, sexe, état de santé). Par ordre de priorité, ces groupes, dont les besoins nutritionnels sont accrus, sont : les enfants de moins de cinq ans, jugés plus susceptibles à la malnutrition, et les femmes enceintes (dernier trimestre), ou qui allaitent (jusqu'à six mois après la naissance), Parmi les autres groupes cibles identifiés dans les lignes

---

<sup>4</sup> Il convient de noter que de telles recommandations vont à l'encontre des politiques et lignes directrices selon lesquelles les PAS, pour être efficaces, doivent compléter une ration générale suffisante, celle-ci devant être établie avant la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence.

directrices sont les personnes âgées, les cas sociaux, les jumeaux, les orphelins, les handicapés et les malades tels que les tuberculeux ou ceux qui se remettent de la rougeole. Ces "autres" groupes cibles étant généralement considérés comme moins prioritaires, leur inclusion dans les programmes d'alimentation supplémentaire est conseillée uniquement lorsqu'il reste suffisamment de ressources après la prise en charge des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ou qui allaitent.

En dépit des variations importantes d'une situation d'urgence à l'autre, il est courant de supposer que les enfants de moins de cinq ans représentent 20% de la population de n'importe quel pays en voie de développement, 3,4% représentant les femmes enceintes (dernier trimestre) ou qui allaitent. Aussi, sur une population de 20.000 ayant un taux de malnutrition de 15% chez les enfants de moins de cinq ans, 600 enfants et 680 femmes auraient droit à l'alimentation supplémentaire.

### **Repas sur place ou rations sèches à emporter?**

Les PAS revêtent généralement l'une des deux formes suivantes : soit le centre d'alimentation fournit aux bénéficiaires une ration supplémentaire cuite sur place quotidiennement, soit il leur fournit des rations sèches à emporter composées d'aliments secs, non-cuits, que les bénéficiaires viendront chercher à un point de distribution une fois par semaine, par quinzaine, voire par mois. Les lignes directrices existantes identifient pour les deux types de programmes les avantages et inconvénients propres aux différentes situations. Toutefois, les spécialistes dans ce domaine recommandent les rations sèches à emporter dans la plupart des cas.

Les lignes directrices existantes précisent également que le type d'aliments fournis dans le cadre des PAS doit convenir aux nourrissons prêts au sevrage et aux enfants de moins de cinq ans, c'est-à-dire qu'il doit être dense sur le plan énergétique, avoir une forte teneur en protéines et apporter les vitamines et minéraux indispensables. Les enfants malnutris ont besoin de nourriture supplémentaire pour rattraper leur retard de croissance et prendre du poids. La nourriture doit être non seulement dense sur le plan énergétique, mais également agréable au goût puisque les jeunes enfants, ayant de petits estomacs, ont peu d'appétit. On dit d'un aliment qu'il est dense sur le plan énergétique si plus de 20% de ses calories proviennent des lipides. Il est possible de préparer des boissons et de la bouillie apportant beaucoup d'énergie à partir d'aliments spécialement transformés ou mélangés, par exemple maïs-soja-lait, lait en poudre, farine et huile. L'ajout de sucre améliore le goût. Les aliments à emporter et à préparer à domicile donnés aux mères doivent être denses sur le plan énergétique. Pour ce faire, il suffit de préparer un mélange d'ingrédients secs tels que la farine de céréales, la farine de haricots, le lait en poudre, le mélange maïs-soja-lait et le sucre, auxquels l'organisation d'aide peut rajouter de l'huile.

Les lignes directrices existantes ne s'accordent pas sur le volume du complément d'alimentation distribué par bénéficiaires individuels, les recommandations allant de 400 à 800 calories. Certaines lignes directrices préconisent un complément plus important lorsque la ration générale n'atteint pas un certain niveau, une partie du complément remplaçant donc la ration générale. Dans le cas des aliments secs à emporter, les lignes directrices préconisent également l'augmentation de la ration (1.000-1.600 calories) puisqu'il est probable que d'autres membres de la famille partageront le complément d'alimentation.

En pratique, les rations fournies par les organisations varient énormément selon la disponibilité de ressources, les heures d'ouverture des centres d'alimentation et donc le nombre de distributions possibles, ainsi que selon la ration générale.

### **Données nécessaires pour le suivi des individus et des programmes**

Il est normal de collecter des informations pendant la mise en oeuvre de PAS d'urgence afin de suivre la croissance des individus et l'efficacité du programme global. Les lignes directrices conseillent aux programmes de maintenir un dossier contenant des informations élémentaires sur chaque personne prise en charge : numéro d'enregistrement, nom, âge, sexe, taille, poids, date de prise en charge. Les enfants doivent être pesés et mesurés régulièrement afin de déterminer si leur rapport poids/taille s'améliore à un rythme satisfaisant. Il est prévu que les enfants malnutris pris en charge par les PAS enregistrent une prise de poids quotidienne d'entre 5 et 10 grammes pour chaque kilo.

La plupart des lignes directrices recommandent d'établir une liste d'indicateurs fondamentaux afin de suivre et d'évaluer l'efficacité globale du programme, à savoir :

- . taux d'assistance/abandon : pourcentage d'enfants qui n'assistent pas régulièrement ou qui abandonnent le programme
- . taux de rétablissement : nombre d'enfants renvoyés en bon état pendant le mois précédent proportionnellement au nombre enregistré au début du mois en question
- . taux de mortalité
- . taux de couverture : proportion d'enfants admissibles qui participent au programme
- . taux d'amélioration : nombre d'enfants ayant pris du poids pendant le mois proportionnellement au nombre total enregistré au début du mois en question
- . durée moyenne du séjour : combien de temps l'enfant a mis pour atteindre le poids cible

Toutefois, très peu de lignes directrices établissent des niveaux cibles pour ces indicateurs.

### **Les soins médicaux**

Un minimum de soins médicaux est requis afin de rendre les PAS efficaces. Les lignes directrices préconisent donc que les soins de santé élémentaires tels la fourniture de médicaments de déparasitage et antipaludiques ; la thérapie de réhydratation orale ; la vaccination contre la rougeole ; la prophylaxie et le traitement de l'anémie (dans le cas des programmes d'alimentation sur place uniquement) et de l'avitaminose A soient assurés.

## **2.7 Pourquoi mettre l'accent sur les PAS d'urgence dans cette revue ?**

Si la nécessité de programmes d'alimentation thérapeutique et les moyens de les mettre en oeuvre suscitent peu de controverses **majeures**, la raison d'être et les modalités de mise en oeuvre de PAS d'urgence alimentent encore un débat vigoureux<sup>5</sup>. Cette revue analysera donc

<sup>5</sup> SHOHAM J (1995) *Towards a Revision of Emergency Supplementary Feeding Programme Practices*. Rapport commandé par la Coopération britannique (ODA), Centre for Human Nutrition, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

les différentes raisons de cette controverse et suggérera, dans la mesure du possible, des moyens éventuels de résoudre les problèmes. Elle abordera également les questions qui se posent du fait de l'évolution des types de situations d'urgence dans lesquelles ces programmes interviennent actuellement.

Il existe quatre séries principales de questions qui feront l'objet d'une considération plus approfondie dans les chapitres suivants, à savoir :

1. Quand et dans quelles circonstances faut-il introduire un PAS d'urgence et quand faut-il l'arrêter ? Il est important ici d'identifier quelles données peuvent être utilisées de façon réaliste pour décider de l'introduction d'un PAS. Il est également crucial d'établir si la mise en oeuvre d'un PAS est justifiée lorsque la ration générale est insuffisante et comment modifier les programmes pour tenir compte de cette insuffisance. Cette question revient à plusieurs reprises au cours de cette étude.
2. En quoi la conception d'un programme et le choix des groupes cibles doivent-ils refléter les différentes situations d'urgence ? Il existe depuis longtemps un débat quant aux avantages et inconvénients relatifs des PAS sur place par opposition aux rations sèches à emporter. Il convient d'élargir cette discussion afin de tenir compte des nombreux scénarios d'intervention où les bénéficiaires ne sont pas des réfugiés. La sélection et la priorisation des groupes cibles doivent également être ré-examinées à la lumière de l'expérience de PAS d'urgence acquise par les différentes organisations d'aide et de l'évolution des scénarios. La mise en question de certaines hypothèses n'est pas à exclure.
3. Quelles données faut-il collecter et analyser afin de suivre et d'évaluer les PAS d'urgence de façon adéquate ? Les lignes directrices préconisent uniquement l'utilisation d'une série d'indicateurs clefs pour décider de l'efficacité de PAS. Or il existe d'autres indicateurs à prendre en compte qui peuvent potentiellement avoir une incidence sur cette décision. Par ailleurs, il est possible que des approches et priorités différentes en matière de collecte de données conviennent à différents types de situations d'urgence.
4. Quelles ressources faut-il envisager lors de la planification et de la mise en oeuvre d'un programme ? Les moyens infrastructurels (routes, bâtiments, etc.) et ressources organisationnelles (personnel, expérience professionnelle, véhicules, etc.) peuvent conditionner la réussite des programmes, mais sont rarement reconnues comme des contraintes, ce jusqu'à ce qu'un programme se trouve en difficulté. De plus, il est fréquent que certaines organisations qui mettent en oeuvre des PAS d'urgence ne tiennent pas suffisamment compte du besoin et des moyens de fournir des ressources complémentaires en dehors des vivres, tels que l'eau et les soins médicaux.

Les trois chapitres suivants examinent de quelle façon les conditions sur le terrain, ainsi que les pratiques qui en découlent, révèlent les problèmes rencontrés lorsque les lignes directrices générales sont suivies et, parfois, le manque d'à-propos de celles-ci. Le cas échéant, des propositions visant à modifier les pratiques seront présentées.

### **3. Introduire et supprimer les PAS d'urgence**

#### **Introduction**

Ce chapitre examine les critères exprimés dans les lignes directrices qui décident de la mise en oeuvre ou de l'arrêt d'un PAS d'urgence. Ces critères sont évalués dans le contexte de différentes circonstances sur le terrain. L'accent est mis sur la justification et le rôle de PAS d'urgence lorsque les rations générales sont insuffisantes.

#### **3.1 La théorie des lignes directrices et la pratique des organisations d'aide**

Comme discuté au Chapitre 2, les lignes directrices ont tendance à souligner l'importance de seuils de déclenchement anthropométriques et d'informations concernant la disponibilité de rations générales en tant que critères pour l'introduction de PAS d'urgence. Un taux élevé d'émaciation justifie ainsi un PAS d'urgence, puisque de tels programmes permettent de relancer la prise de poids chez des enfants souffrant de malnutrition légère et modérée. De la même façon, la disponibilité d'une ration générale insuffisante, par exemple de moins de 1.750 calories par personne, justifie l'introduction de PAS préventifs pour tous les groupes vulnérables, jugés plus susceptibles à la malnutrition à cause des pénuries alimentaires au niveau des ménages. Des risques graves pour la santé publique, tels que le surpeuplement et le manque d'assainissement, ainsi que des taux élevés de maladies contagieuses telles que la shigellose, sont autant de facteurs qui, selon les lignes directrices, doivent être pris en compte pour déterminer la nécessité de PAS curatifs ou préventifs.

En réalité, hormis la situation des camps de réfugiés fermés, la mise en oeuvre ou l'arrêt de PAS d'urgence sont souvent décidés sur la base d'informations bien moins précises. Dans de nombreux cas, les organisations d'aide mettent en place des PAS

## **Encadré 2**

### ***Les PAS d'urgence pour les populations déplacées à Khartoum et les réfugiés mozambicains au Malawi***

Depuis le milieu des années 80, la sécheresse au Soudan Occidental et la guerre civile dans le Sud du pays ont contraint plus de 2 millions de personnes à s'installer à Khartoum à la recherche de nourriture, de sécurité et d'emploi. La plupart des gens se sont installés dans des bidonvilles surpeuplés vivant dans des huttes en carton ou dans des camps dépourvus d'assainissement et d'eau propre. S'agissant de personnes déplacées plutôt que de réfugiés, l'attention qui leur a été accordée par les organisations internationales d'aide a été limitée. Les organisations internationales et locales qui elles sont intervenues auprès de cette population déplacée ont vu leurs efforts entravés par un gouvernement qui a vivement découragé une réinstallation permanente.

La sécurité alimentaire de cette population dépend essentiellement de facteurs saisonniers tels que les augmentations de prix et les possibilités d'emploi. Il n'est pas surprenant que ces facteurs saisonniers se reflètent dans l'état nutritionnel. A certaines époques de l'année, les taux de malnutrition sont assez faibles, disons moins de 10%, tandis qu'à d'autres époques ce taux peut dépasser 25%. En partie à cause de la prévisibilité de ces variations saisonnières, les organisations de secours ont choisi de maintenir des PAS d'urgence même en présence d'un faible taux de malnutrition, afin d'éviter d'avoir à surmonter les problèmes administratifs et logistiques de relancer un PAS lorsque le taux de malnutrition augmente à nouveau.

De grosses pluies et inondations au mois d'août 1988 ont bouleversé les programmes sanitaires dans une grande partie de ces bidonvilles et ont nécessité la mise en place de services curatifs d'urgence. Une ONG autochtone a pu établir, au fil du temps, un programme d'alimentation supplémentaire d'urgence à 8 sites, desservant environ 200.000 personnes.

d'urgence parce que l'état nutritionnel d'une population semble se détériorer à cause d'une menace quelconque sur la sécurité alimentaire et parce qu'elles sont pratiquement convaincues que des seuils de crise/déclenchement de malnutrition seront atteints en l'absence d'intervention sous une forme ou une autre.

### **Encadré 2 (suite)**

Une ONG malawienne, intervenant dans la zone de Dedza au Malawi touchée par un afflux rapide de plus de 100.000 réfugiés mozambicains en janvier 1988, adopta une politique semblable de maintien des PAS d'urgence afin de prévenir les crises, et ce, en dépit d'un faible taux de malnutrition.

Cette organisation avait parmi ses objectifs principaux de renforcer les infrastructures gouvernementales existantes, notamment au sein du Ministère de la Santé, qui assurait des services de santé primaire aux Mozambicains et aux autochtones dans les zones d'installation de réfugiés. Suite à de nombreuses indications d'un niveau accru de malnutrition, l'organisation créa cinq centres d'alimentation au courant de 1989 dans des zones où la fréquence de la malnutrition semblait être particulièrement importante.

En accord avec la politique d'autopromotion au Malawi, les chefs politiques et les comités villageois de santé furent impliqués dans le programme d'alimentation dès le début afin d'assurer un niveau élevé de participation communautaire. Initialement, chaque centre s'occupa d'environ 300 enfants.

Néanmoins, en dépit du fait que les enquêtes nutritionnelles menées au milieu de 1989 et en 1990 ne constatèrent qu'un taux d'émaciation de 3%, l'ONG responsable maintint le PAS d'urgence sous prétexte qu'un nouvel afflux de réfugiés pouvait se produire à tout moment.

Dans d'autres cas, une mauvaise récolte sert de justification, même en l'absence d'indications d'une détérioration sur le plan nutritionnel, simplement parce que l'on redoute l'apparition de stress nutritionnel au fil des mois. Dans un autre scénario typique, des ressources organisationnelles insuffisantes ou l'insécurité empêchent de mener une enquête quelconque, mais il est évident, peut-être à cause du nombre de cas de malnutrition qui se présentent au centre de santé, que la malnutrition représente un problème qui s'empire. Par ailleurs, de plus en plus d'organisations, pour justifier la mise en oeuvre de PAS d'urgence, affirment que la composition de la ration générale est souvent tellement déséquilibrée (uniquement des céréales) que ceux qui sont prédisposés aux carences ont besoin d'aliments riches en micro-nutriments.

De la même façon, les décisions quant à l'ouverture/fermeture de centres d'alimentation doivent être prises à partir de données subjectives plutôt que de données quantitatives "concrètes" collectées au moyen d'enquêtes, qu'il est parfois impossible de se procurer. Ces décisions peuvent être parfois prises à partir de facteurs politiques et institutionnels. De ce fait, certaines organisations d'aide ferment leur programme suite à une récolte relativement bonne, même en présence de taux d'émaciation élevés, parfois plus élevés qu'au début du programme. Par contraste, d'autres organisations décident souvent de maintenir un programme, même lorsque les données anthropométriques font état d'un taux de malnutrition très faible, s'ils jugent que les menaces pour la sécurité alimentaire ont un caractère saisonnier. Par ailleurs, compte tenu de la difficulté d'obtenir l'autorisation initiale, les organisations hésitent à fermer un programme qu'il serait nécessaire de réintroduire dans un futur proche.

Ces pratiques sur le terrain peuvent souvent se justifier, malgré le fait que les lignes directrices ne les abordent pas en profondeur. Il est par conséquent acceptable ici d'apporter quelques remarques générales quant aux facteurs dont il faut tenir compte lors de la décision

de l'introduction ou suppression d'un PAS d'urgence.

### **3.2 S'en tenir aux enquêtes anthropométriques ?**

Les décisions en matière de mise en oeuvre et de fermeture de programmes ne passent pas obligatoirement par les résultats d'enquêtes anthropométriques. D'autres informations, intuitives mais s'avérant souvent correctes, telles que l'envergure de la perte de récoltes et la rapidité de la détérioration sur le plan nutritionnel d'une population, sont souvent jugées plus valables. En réalité, il est fréquent de prendre à contresens les données anthropométriques lors qu'il s'agit d'identifier la nécessité et l'urgence de la mise en place d'un PAS. A titre d'exemple, des maladies endémiques peuvent provoquer un taux élevé de malnutrition (émaciation) dans des situations de disponibilité alimentaire raisonnable, tandis qu'un taux élevé de mortalité infantile, ou l'exode de familles plus vulnérables avant une enquête, peut déboucher sur un faible taux de malnutrition parmi les enfants de moins de cinq ans restés sur place, en dépit d'un besoin urgent d'alimentation supplémentaire. Il convient donc toujours de relativiser les données anthropométriques et avec les autres informations disponibles.

Par ailleurs, dans de nombreuses situations, les enquêtes anthropométriques ont un coût prohibitif, en termes de ressources financières ou humaines, ou ne sont tout simplement pas faisables sur le plan logistique. A titre d'exemple, dans des zones de conflit ou de siège, mener des enquêtes peut s'avérer pratiquement impossible. Dans ces cas, les organisations auront à se baser sur le nombre accru de cas de malnutrition ou de carence en micro-nutriments constatés aux centres de santé. Lorsque des enquêtes sont impossibles, il est prudent de se renseigner auprès des centres de santé quant au nombre normal de cas d'émaciation et de carence en micro-nutriments, afin de disposer d'une base de comparaison pour l'avenir. L'idéal serait d'y procéder avant qu'une situation d'urgence ne se présente, en guise d'anticipation de sinistres.

Dans l'ensemble, il est beaucoup plus facile de mener des enquêtes anthropométriques dans des camps où les distances sont limitées et où on pourra compter sur des données démographiques relativement exactes pour le prélèvement d'échantillons. Dans le cas d'une situation d'urgence se produisant en zone rurale et ne provoquant pas de déplacement de la population, ou d'une situation d'insécurité, de telles enquêtes risquent de poser beaucoup de problèmes et de ne pas être entièrement justifiées.

En dernière analyse, lorsqu'il s'agit de juger de la valeur potentielle d'une enquête anthropométrique pour décider de l'introduction d'un PAS d'urgence, il faudra éventuellement mettre en balance les considérations ci-dessus et les autres rôles que de telles enquêtes peuvent jouer. Les données sur le taux de malnutrition n'indiquent pas simplement le **besoin** de PAS d'urgence, mais permettent également de calculer le tonnage de nourriture qu'il conviendra d'assurer et le nombre de centres d'alimentation qu'il faudra prévoir, compte tenu de la prévalence de malnutrition. Les données des enquêtes anthropométriques peuvent également permettre d'estimer la couverture du programme (c'est-à-dire si le PAS atteint la plupart de ceux qui ont droit à l'alimentation) et la nécessité d'un programme d'alimentation thérapeutique en cas de malnutrition aiguë généralisée.

### **3.3 Est-il réellement possible de calculer le volume de nourriture auquel les ménages ont accès ?**

Dans la plupart de situations, il est extrêmement difficile de quantifier les calories apportées par la nourriture à la disposition des ménages. Même dans des situations de camps fermés où les réfugiés sont censés ne pas prendre des emplois locaux, des micro-économies surgissent à mesure que les populations déplacées trouvent les moyens de compléter leur ration générale. La plupart des camps ne sont pas fermés et les populations développent très rapidement des stratégies d'adaptation. Parmi les moyens de compléter la ration sont les jardins potagers, le petit commerce, l'échange de rations, l'obtention de cartes de rationnement supplémentaires, etc. C'est souvent l'insuffisance des rations générales fournies par la communauté internationale d'aide qui incite les populations des camps à trouver des stratégies alternatives d'adaptation. Il est fréquent que les rations offertes ne comportent que des céréales, des légumineuses et de l'huile, ce qui fait que certains micro-nutriments clefs font défaut. Par ailleurs, compte tenu des problèmes d'enregistrement et d'approvisionnement, ces rations apportent souvent moins de calories que les besoins minimum. Dans les situations hors camps, les stratégies d'adaptation des populations sont souvent encore plus diversifiées.

En conséquence, les lignes directrices qui établissent des apports énergétiques par tête d'habitant comme seuils de déclenchement de PAS d'urgence ne sont guère réalistes, car il est très difficile de quantifier les ressources à la disposition des populations bénéficiaires. Des actions de quantification ont été tentées dans certaines situations d'urgence, notamment par OXFAM dans les Collines de la Mer Rouge et par SCF à Darfur, au Soudan, pendant les années 80. Néanmoins, de telles initiatives exigent un investissement important de ressources dans les enquêtes et l'analyse, ce qui dépasse souvent les moyens des organisations d'aide ou qui n'est pas jugé prioritaire lorsqu'il est crucial d'agir rapidement. Par ailleurs, avec toute la bonne volonté du monde, les résultats sont souvent loin d'être exacts. Plus typiquement, une organisation d'aide se limitera à évaluer les besoins qui lui permettront de définir si la ration offerte à la communauté doit être complète ou partielle (par exemple la moitié).

L'évaluation de la disponibilité de rations générales aura généralement un aspect plus qualitatif, comportant par exemple l'évaluation rapide du nombre de repas consommés par jour, des variations du régime alimentaire, des heures passées à chercher des produits de cueillette, ainsi que l'analyse des prix du marché et leurs conséquences pour les acquis sociaux et la quantité de nourriture qu'il est possible d'obtenir à partir d'un revenu donné ou d'un échange de biens tels que le bétail. En dehors des camps, une organisation d'aide devra disposer de connaissances précédentes de la zone et de sa population afin d'avoir une idée, d'un côté, des stratégies d'adaptation possibles de cette population et, de l'autre de quelles stratégies indiquent une détérioration rapide d'une situation et de la nécessité consécutive de PAS préventifs. Les organisations intervenant dans des zones exposées aux sinistres doivent accumuler ses connaissances avant qu'une situation d'urgence ne se produise.

### **3.4 Le rôle joué par les facteurs politiques et économiques dans la décision d'introduction/suppression d'un programme**

Les décisions en matière de mise en oeuvre et de fermeture doivent également tenir compte des tensions d'ordre politique et économiques qui peuvent constituer un obstacle lorsqu'il

#### **Encadré 4**

##### ***Les PAS d'urgence et la réduction des carences en micro-nutriments : les réfugiés bhoutanais au Népal***

ce

Le risque d'une carence en micro-nutriments servit récemment de justification partielle à un PAS modifié à l'intention des 85.000 réfugiés bhoutanais au Népal. Bien que cette population ait connu un taux de malnutrition très faible pendant plusieurs années, sa dépendance presque complète sur la ration générale à base de riz avait entraîné de fortes carences en micro-nutriments. A un certain moment, l'on constata plus de 12.000 cas de bérubéri, ainsi que des cas de scorbut, pellagre, stomatite angulaire et goitre. Par conséquent, une évaluation mi-1994 recommanda d'élargir le PAS existant, qui ne ciblait alors que les enfants malnutris qui étaient adressés au programme, afin de toucher tous les enfants de moins de cinq ans. Cette recommandation était en partie basée sur les carences en micro-nutriments récemment constatées.

s'agit d'atteindre les zones les plus nécessiteuses. Dans certaines situations, il peut s'avérer impossible de résister aux directives du gouvernement local ou national quant au moment d'ouverture d'un centre d'alimentation et à l'emplacement de celui-ci. Un autre cas de figure concerne l'impossibilité de modifier les décisions initiales de ciblage motivées par des enquêtes, même si une nouvelle récolte a pu changer la géographie des besoins, puisque l'organisation d'aide n'a pas la capacité de mener une nouvelle évaluation ou a déjà mobilisé les ressources existantes et ne peut élargir le programme. La densité de population (pourquoi ouvrir un centre qui ne touchera qu'une population réduite ?), l'infrastructure existante et l'accès routier (si l'organisation d'aide ne peut pas se rendre facilement au centre d'alimentation, la supervision en souffrira) peuvent également être des considérations importantes, tout comme la capacité de la communauté de soutenir le programme grâce à la fourniture de carburant et d'ustensiles, ainsi que la priorité accordée par l'organisation d'aide au soutien des services de santé existants et donc au ciblage, à travers les centres médicaux, plutôt que les villages ou un centre d'alimentation hâtivement mis en place.

### **3.5 L'équilibre nutritionnel des rations générales**

Au lieu d'utiliser le nombre de calories apportées par la ration générale comme critère lors d'une décision d'ouverture d'un PAS, il faudra peut-être considérer utiliser la teneur en éléments nutritifs ou l'apport équilibré de ceux-ci. Cette possibilité n'est que rarement abordée dans les lignes directrices, qui n'insistent pas là-dessus même lorsqu'elles en font mention. Or, si pour justifier la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence on affirme que les rations générales dont l'apport énergétique est en-dessous d'un certain niveau exposent des groupes particuliers au risque, nécessitant des actions préventives, pourquoi ne pas adopter le même raisonnement lorsqu'il s'agit de la teneur en micro-nutriments des rations générales ?

L'idéal serait que toute insuffisance de la teneur en micro-nutriments de l'alimentation soit compensée en rajoutant à la ration générale un produit riche en micro-nutriments, par exemple des légumes, des aliments mélangés enrichis, ou un mélange de micro-nutriments. Néanmoins, la réalité sur le terrain est que des grosses quantités d'un produit riche en micro-nutriments suffisantes pour une ration générale sont rarement disponibles, ou bien qu'il est impossible de mobiliser la technologie pour l'enrichissement d'une ration générale dans un

délai convenable lors d'une situation d'urgence. Il semble logique dans un tel cas d'essayer de cibler, au travers d'un PAS d'urgence, les groupes qui sont particulièrement exposés sur le plan physiologique à un certain type de carence en micro-nutriments et de leur fournir les aliments riches en micro-nutriments dont ils ont besoin.

De la même façon, les rations générales disponibles dans certaines situations se limitent à une céréale accompagnée de petites quantités d'autres produits tels que les haricots et l'huile. Compte tenu du besoin des jeunes enfants en aliments denses sur le plan énergétique et au goût agréable, essayer de concentrer ces petites quantités d'haricots et d'huile sur les enfants grâce à une forme de PAS peut se justifier.

### 3.6 Le seuil de déclenchement anthropométrique doit-il être propre aux différents sites ?

#### **Encadré 5**

##### ***Lignes directrices propres aux sites de programmes : un exemple somalien***

Des lignes directrices sur le ciblage des PAS d'urgence, produites récemment en Somalie, recommandent de tenir compte aussi bien du type de population que de l'époque de l'année lors de l'interprétation des résultats des enquêtes nutritionnelles. D'après ces lignes directrices, une fois que la décision de mettre en oeuvre un PAS d'urgence pour les personnes déplacées dans des camps a été prise, un taux d'émaciation de 20% implique un PAS préventif pour tous les enfants de moins de cinq ans, un taux de 10-20% justifie la concentration du PAS sur les malnutris seulement, tandis qu'un taux de moins de 10% exclut toute forme de PAS. Ces lignes directrices suggèrent des critères différents pour la population rurale, affirmant que le cibler uniquement les malnutris est trop difficile, car il est impossible de peser et de mesurer tous les enfants dans un district. Par ailleurs, l'élément saisonnier doit être pris en compte. Un taux de 15% d'émaciation après la récolte est beaucoup plus grave que pendant la période précédent récolte. Par conséquent, en présence d'un taux de malnutrition anormalement élevé pour l'époque de l'année et s'il existe d'autres risques pour la santé, il convient d'envisager un PAS d'urgence pour tous les enfants de moins de cinq ans.

Les lignes directrices fixent le seuil de déclenchement d'un PAS d'urgence à un taux de malnutrition d'environ 15-20%. Toutefois, il faut se demander si cela convient à toutes les situations. Dans des pays où les taux d'émaciation sont généralement très faibles, il est justifié d'établir un seuil de déclenchement plus bas. L'inverse peut également se produire : dans certaines zones du Nord du Soudan, le taux d'émaciation pendant une année normale peut dépasser 20%. Le même raisonnement peut s'appliquer au caractère saisonnier de la malnutrition, les seuils de déclenchement étant établis en fonction des variations saisonnières normales. Les seuils de déclenchement doivent donc tenir compte des caractéristiques spécifiques du pays et de la population. Par ailleurs, comme discuté dans la Section 3.1, les seuils de déclenchement anthropométrique doivent toujours être interprétés dans leur contexte et donc conjointement avec d'autres données.

### 3.7 Maintenir des programmes lorsque les données indiquent le contraire

S'il est évident qu'une grande souplesse s'impose lorsqu'il s'agit de décider de l'introduction d'un PAS, la même souplesse est de mise lorsqu'il s'agit de décider de la fermeture d'un programme. A titre d'exemple, s'il s'est avéré extrêmement difficile et/ou coûteux d'amorcer un programme, il est prudent de le maintenir même si la disponibilité alimentaire et les données nutritionnelles indiquent que la situation d'urgence n'existe plus. Ceci s'applique surtout à des situations où une nouvelle menace pour la sécurité alimentaire risque de se présenter à court terme, par exemple dans une zone d'installation de réfugiés ou lorsque d'importantes augmentations saisonnières des prix se produisent couramment.

### 3.8 L'absence de rations générales suffisantes

Comme indiqué plus haut dans cette revue, il existe dans les lignes directrices une contradiction non résolue quant au moment où il faut mettre en oeuvre un PAS d'urgence et quant à la théorie d'introduction d'un PAS lorsque la ration générale est insuffisante.

#### **Encadré 6**

##### ***Les PAS d'urgence lors de la famine 1992 en Somalie***

Au plus fort de la crise alimentaire pendant la guerre civile récente en Somalie (mi-1992), plusieurs ONG introduisirent de PAS d'urgence et d'alimentation thérapeutique. La famine fut l'une des plus meurtrières jamais connues (faisant plus de 60 morts/10.000/jour) et les programmes de secours fonctionnaient dans un cadre d'insécurité extrême. Les armes étaient partout en évidence et des accrochages réguliers eurent lieu entre les différents clans en guerre.

Des rations générales (riz et haricots) furent distribuées dans des villages et des villes importantes à travers des cuisines roulantes desservant 1.000-1.500 personnes chacune, mais ne furent jamais suffisantes. Compte tenu de la valeur élevée des produits alimentaires, les cuisines furent pillées sans cesse et durent souvent être fermées. A chaque fermeture, le nombre de personnes assistant aux programmes d'alimentation supplémentaire et thérapeutique augmenta sensiblement. Par ailleurs, à cause des embuscades régulières tendues aux convois alimentaires par des factions armées, les cuisines furent fréquemment à court de vivres. C'était apparemment la mêlée générale dans les cuisines, accusées d'être mal gérées, seuls les plus forts réussissant à obtenir un repas régulier. Les jeunes, les personnes âgées et les malades furent donc souvent privés de repas. La ration générale étant insuffisante, les organisations d'aide se voyaient dans l'impossibilité de renvoyer les bénéficiaires rétablis des PAS. Par conséquent, le nombre de bénéficiaires aux centres d'alimentation augmenta rapidement, certaines ONG responsables de plus de 3.000 personnes dans un seul centre. La supervision de l'alimentation et le suivi des programmes, comme leur efficacité, en souffrirent énormément.

Deux raisons principales sont fréquemment avancées pour expliquer pourquoi la mise en oeuvre de PAS d'urgence n'est pas prudente en l'absence de rations générales suffisantes.

Premièrement, le complément d'alimentation sera probablement détourné sur d'autres membres de la famille dont la ration générale est également insuffisante et, deuxièmement, l'apport supplémentaire ne permettra pas de rétablir l'état nutritionnel ni d'empêcher sa détérioration chez les groupes qui ont des besoins nutritionnels en sus d'une ration générale suffisante. Parmi les autres objections souvent citées est le fait que de tels programmes peuvent alléger les pressions sur les organisations et les donateurs responsables de la fourniture de rations générales suffisantes, avec pour conséquence de retarder un approvisionnement correct. Par ailleurs, en l'absence d'une ration générale suffisante, on hésitera dans des situations d'urgence extrême à renvoyer des bénéficiaires d'un PAS, leur nombre augmentant donc rapidement hors de toute proportion.

#### **Encadré 7**

##### ***Les carences en micro-nutriments***

Les rations mal équilibrées fournies par la communauté internationale d'aide ont inmanquablement déclenché des carences généralisées de micro-nutriments parmi les populations de réfugiés dépendantes de l'aide alimentaire. Pendant les années 1980, des réfugiés en Somalie, en Ethiopie, au Kenya et au Soudan ont vu le scorbut se déclarer à plusieurs reprises à cause du manque de vitamine C, tandis que des réfugiés mozambicains en Afrique Australe ont souffert de la pellagre à cause de la carence en vitamine B3.

Ce ne sont pas uniquement les réfugiés qui sont exposés à cette carence en micro-nutriments. A Gode dans la région de l'Ogaden en Ethiopie, des cas de scorbut et d'avitaminose A continuent à être signalés régulièrement parmi les rapatriés et les personnes déplacées à l'intérieur du pays, dont le nombre s'élève à peut-être 100.000 et qui dépendent de l'aide alimentaire depuis plusieurs années. A compter de septembre 1992, la situation est caractérisée par des distributions alimentaires générales extrêmement irrégulières qui fournissent moins que le quart des besoins alimentaires de cette population déplacée.

En réalité, la force des recommandations formulées dans les lignes directrices varie énormément à ce sujet. Une certaine directive prétend que "l'alimentation sélective (thérapeutique et supplémentaire) figure en bas de la liste de priorités et doit être entreprise uniquement dans des situations mortellement graves après avoir établi l'accès à une ration générale suffisante..."<sup>6</sup>. D'autres préconisent des PAS pour tous les groupes vulnérables à titre de mesure préventive lorsque les rations générales sont insuffisantes, le rétablissement d'un approvisionnement suffisant en vivres étant toutefois prioritaire et les PAS préventifs ne devant être mis en oeuvre que pendant une courte période<sup>7</sup>.

Définir et mesurer la suffisance de la ration générale n'est pas aussi facile que les lignes directrices voudraient nous faire croire. Nous savons que les besoins énergétiques sont de l'ordre de 2.000 calories par jour et par personne pour une population moyenne, mais la

<sup>6</sup> Oxfam 1992

<sup>7</sup> RITMEIJER K et VAN DER KAM (1993) *Guidelines on Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Médecins sans Frontières - Hollande et HCR (1982) "United Nations High Commissioner for Refugees Handbook for Emergencies", Genève.

structure démographique, l'état de santé et de nutrition de ces populations, les exigences de travail, les températures, etc. entraînent des variations importantes. Lorsque l'on dispose de suffisamment d'information concernant les variables ci-dessus, il est possible de calculer les besoins énergétiques. Il est évident que ce type de calcul est beaucoup plus facile à réaliser dans un camp que dans le cas d'une population qui réside encore dans des villages dispersés. Néanmoins, après avoir calculé les besoins énergétiques, il est encore plus difficile d'évaluer ce que la population bénéficiaire prévue peut obtenir d'elle-même, grâce aux ressources locales, à la vente de biens ou à l'échange de rations données. Il ne faut pas oublier non plus la difficulté d'évaluer d'un côté la suffisance en micro-nutriments de la ration générale, étant donné que les populations bénéficiaires peuvent échanger des rations et chercher des produits de cueillette et, de l'autre, à quel point ce facteur doit influencer la décision quant à la mise en oeuvre éventuelle d'un PAS d'urgence. Dans la pratique, les rations générales données fournissent rarement assez de micro-nutriments pour une population entièrement dépendante de l'aide alimentaire. En effet, la planification des rations générales vise rarement à assurer une ration tout à fait équilibrée et prévoit généralement des céréales, des légumineuses et de l'huile. Heureusement, la plupart des populations en situation d'urgence ne sont pas entièrement dépendantes de rations données, mais lorsqu'elles le sont, les conséquences de rations pauvres en micro-nutriments peuvent être tragiques.

### **L'insuffisance des rations générales - un problème constant et courant ?**

Compte tenu des difficultés méthodologiques immenses d'évaluer la suffisance de la ration générale, peut-être faut-il considérer la suffisance sous l'angle de la livraison réelle à la population bénéficiaire de la ration planifiée, c'est-à-dire la ration jugée nécessaire lors de l'évaluation des besoins d'urgence menée par la communauté internationale d'aide (en reconnaissant la probabilité d'imprécision). Dans la pratique, l'expérience des 10-15 dernières années montre que les quantités de rations générales distribuées sont souvent largement inférieures à celles planifiées par les organisations d'aide. Les raisons sont extrêmement diverses et changent avec le temps, reflétant l'évolution constante des situations d'urgence et de la capacité internationale de secours.

En résumé :

1. De plus en plus de crises alimentaires sont précipitées par les guerres civiles et l'insécurité qui, en créant des conditions de siège, empêchent une activité agricole normale et interdisent l'accès d'organisations de l'extérieur.
2. Il n'y a pas assez d'argent pour :
  - . assurer les achats locaux ou régionaux de vivres pendant les premiers stades d'une situation d'urgence aiguë avant l'arrivée des vivres des pays donateurs ou
  - . couvrir les frais logistiques des programmes, surtout lorsque ceux-ci sont exceptionnellement élevés, comme dans le cas de pays enclavés ou lorsqu'il faut établir des ponts aériens coûteux dans des zones coupées par l'insécurité.
3. La disponibilité locale ou régionale limitée de certains produits tels que les aliments mélangés, l'huile et les haricots.

4. L'habitude qu'ont certains donateurs de vouloir diriger l'aide alimentaire, au lieu de donner au PAM carte blanche pour affecter les vivres selon les besoins perçus. Le processus de ratification par les donateurs qui en résulte peut retarder l'envoi, l'acheminement et l'arrivée au point de distribution primaire.
5. L'absence de capacité organisationnelle pour assurer un enregistrement adéquat dans les camps de réfugiés et l'enregistrement excessif qui s'ensuit. S'il continue, celui-ci entraîne la perte progressive de l'appui et des ressources fournies par les donateurs. En cas de retard de l'enregistrement initial, des distributions inéquitables de vivres font que les groupes marginalisés ne reçoivent pas suffisamment de rations.
6. L'absence d'un système de standardisation et de priorisation des critères de besoin pour déclencher une réponse urgente de la part des donateurs. Certains pays/régions se voient ainsi affecter d'immenses ressources internationales afin de prévenir les sinistres, ou pour des raisons plus politiques, limitant donc la disponibilité de ressources pour faire face à des situations plus graves se produisant ailleurs.

Compte tenu de l'accroissement constant du nombre de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays qui dépendent dans une certaine mesure de l'aide alimentaire, et compte tenu du fait que, d'après certaines estimations, le nombre de réfugiés peut doubler en six ans à peine, une amélioration sensible de la fourniture de rations générales en situation d'urgence semble peu probable à court terme. Il faudrait pour cela opérer un changement radical au niveau des pays donateurs afin d'assurer, d'un côté, l'affectation de davantage de ressources et, de l'autre, un système d'aide alimentaire axé sur les besoins plutôt que sur les excédents. Par conséquent, le personnel des ONG risque de se retrouver de plus en plus souvent dans des situations qu'il est incapable de maîtriser et où l'approvisionnement planifié en rations générales n'est pas respecté. Dans une telle situation, la question reste posée : quel doit être le comportement de telles organisations et des bailleurs de fonds éventuels lorsqu'il s'agit de mettre en oeuvre des PAS d'urgence ? Pour faire face à cet énigme, il faut tout d'abord identifier les justifications éventuelles pour la mise en place de PAS en l'absence de rations générales suffisantes et étudier ensuite les moyens d'aborder, grâce à la conception des programmes, certains des problèmes que pose la mise en oeuvre de ce type de programme.

### **Justifications éventuelles pour la mise en oeuvre de PAS d'urgence en l'absence de rations générales suffisantes**

Tout en reconnaissant qu'il faut en premier lieu assurer une ration générale suffisante, ceci dépasse souvent les compétences de la plupart des organisations d'aide dans les conditions réelles du terrain. Dans un tel cas, la mise en oeuvre de PAS d'urgence dans un contexte de rations générales insuffisantes pourrait s'inspirer d'une combinaison des justifications suivantes (voir Annexe 2) :

1. Les organisations et leur personnel ont l'impression qu'ils doivent agir lors d'une situation très urgente et considèrent que leurs importance, expérience et ressources leur permettent uniquement ce type d'activité limitée. De nombreuses organisations s'occupent d'activités de développement au moment où une crise survient. Elles seront incapables d'organiser une distribution de rations générales et auront une capacité

limitée pour assurer la fourniture d'une ration générale suffisante par d'autres organisations, tels que l'ONU ou les ONG importantes. Elles auront le choix de poursuivre leurs activités de développement, qui deviendront de plus en plus inefficaces lors d'une crise aiguë, ou quitter les lieux. Cette dernière option ne serait pas retenue par la plupart des organisations humanitaires.

2. Le programme offre une solution intérimaire permettant de réduire la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans, en maintenant le poids de sujets malnutris à un niveau qui les expose au minimum de risque de maladies ou de mort jusqu'à ce qu'un meilleur approvisionnement en rations générales soit assuré.
3. Le programme est préventif et cible des groupes qu'une alimentation de base insuffisante expose à un risque accru sur le plan nutritionnel, en supposant qu'un approvisionnement suffisant en rations générales sera assuré à terme.
4. L'organisation voit dans le programme une activité bien en vue pouvant être exploitée sur le plan publicitaire pour générer des fonds et contenter les bailleurs de fonds. Cette activité touche généralement les enfants malnutris, ce qui a un impact immédiat et unique sur le plan émotionnel pouvant être exploité grâce aux médias et servir d'excuse pour faire venir des dignitaires ou des représentants des bailleurs de fonds.

#### **Encadré 8**

##### ***Mettre en oeuvre un programme de rations générales à côté d'un PAS existant : une expérience***

Une ONG responsable de PAS dans les camps de personnes déplacées autour de Khartoum reçut suffisamment de dons de nourriture pour distribuer une ration générale de sorgho, de haricots et d'huile sur une période de cinq mois. Néanmoins, avec plus de 2.800 bénéficiaires, le programme devint vite difficile à gérer et gêna les activités du PAS. Les assistants de nutrition durent consacrer beaucoup de temps à ce programme aux dépens d'autres activités du PAS, par exemple les visites à domicile et l'éducation nutritionnelle. Ceci fut dû en partie à des problèmes de transport et de stockage se produisant constamment au niveau du programme de rations générales qui furent longs à résoudre. Il y eut également des conflits fréquents quant au ciblage lors de chaque distribution. Par ailleurs, à cause du nombre croissant de bénéficiaires, les haricots et l'huile furent épuisés avant le sorgho. L'organisation choisit en conséquence d'arrêter la ration générale qu'elle considérait moins urgente que le PAS.

5. Le PAS permet d'assurer une présence sur le terrain et de s'en servir pour contrôler la suffisance des rations générales. Il peut également fournir des données pour faire pression en faveur d'un meilleur approvisionnement en rations générales ; par exemple, le nombre de cas de malnutrition témoigne d'une situation instable.
6. Le nombre de sujets souffrant de malnutrition aiguë étant important, il convient de mettre en place un service d'alimentation thérapeutique dès que possible, quelle que soit la composition de la ration générale, afin d'éviter une augmentation de la mortalité. Etant donné que l'alimentation thérapeutique comporte un volet PAS pour ceux qui sont en train de se rétablir mais souffrent encore de malnutrition légère ou

modérée, il sera prudent en termes économiques d'utiliser l'infrastructure déjà établie pour l'alimentation supplémentaire de ceux qui n'ont pas été touchés par le programme d'alimentation thérapeutique.

7. Etant donné que les PAS bénéficient d'une infrastructure permettant de rendre compte assez facilement des distributions alimentaires, les donateurs et les organisations d'aide peuvent préférer de tels programmes lorsque l'absence de personnel de terrain et de ressources rend impossible le suivi correct d'un programme de distribution de rations générales.
8. Les organisations intervenant essentiellement dans le secteur médical lors d'une situation d'urgence auront intérêt à mettre en oeuvre des PAS à travers l'infrastructure sanitaire, afin que l'intervention médicale soit efficace. Il serait impensable de ne pas tenir compte de l'alimentation d'un malade si la malnutrition sous-jacente était une cause ou un facteur d'aggravation de sa maladie.

### **3.9 Les conséquences de la mise en oeuvre des PAS d'urgence en l'absence de rations générales suffisantes**

Après avoir justifié un tel programme, tout en reconnaissant qu'il sera mis en oeuvre dans des conditions moins qu'idéales, il convient d'améliorer la conception et l'efficacité du programme (voir Annexe 2) en tenant compte des éléments suivants.

1. Ce type de programme peut entraîner des difficultés de ciblage à l'intérieur des ménages, c'est-à-dire qu'une ration sèche à emporter peut être partagée avec d'autres membres de la famille, alors que dans le cas d'un programme d'alimentation sur place, le bénéficiaire pourrait se voir refuser un repas chez lui parce qu'il a déjà mangé (substitution de repas).

Par conséquent, influencer le processus de ciblage à l'intérieur du ménage constitue l'une des principales justifications de ce type de programme. Il est donc d'une importance capitale de suivre l'impact du programme sur les bénéficiaires prévus, afin d'évaluer son efficacité et de déterminer si le volume et le type de ration supplémentaire et la conception même du PAS conviennent aux circonstances. En même temps, la conception de PAS dans de telles conditions doit prendre en considération, et respecter, les choix des ménages quant aux modalités de participation et aux bénéficiaires de la nourriture supplémentaire. Tout élément de coercition dans un tel programme doit être exclu. Si les vivres sont essentiellement partagés ou utilisés pour remplacer des repas, en dépit des efforts de persuasion et "d'éducation", il faut respecter ce choix. L'expérience des PAS en dehors des situations d'urgence montre qu'il existe des facteurs socio-économiques/culturels qui prévalent sur le ciblage des besoins physiologiques, comme par exemple, détourner les vivres au profit des hommes et personnes économiquement actives. Par ailleurs, l'insuffisance énergétique de la ration générale de la population dans son ensemble et la quantité du complément d'alimentation conditionnent l'impact des PAS sur les bénéficiaires et leur prise de poids. Lorsqu'il s'agit de calculer la ration supplémentaire, il faut donc tenir compte de l'importance de la ration générale.

Il est évident que les organisations d'aide, avant d'introduire le programme, consacrent une partie de leurs ressources à justifier la nécessité de ce type de ciblage. Elles doivent également évaluer l'adhésion des bénéficiaires éventuels à ce ciblage au moyen d'entretiens. Le niveau d'acceptation de ce type de programme peut être conditionné par des phénomènes propres au pays ou au groupe de population : il se peut que le ciblage à l'intérieur des ménages soit contraire aux habitudes culturelles, ou bien que des raisons économiques importantes entament l'efficacité d'une telle intervention. Lorsqu'une proportion considérable des bénéficiaires prévus expriment leur opposition, les intervenants doivent être prêts à envisager une autre forme de programme d'alimentation.

2. Augmenter la quantité de la ration supplémentaire peut réduire l'impact négatif que peuvent avoir le partage et la substitution et permettre aux sujets ciblés de recevoir un complément suffisant. De nombreuses organisations adoptent cette méthode et fournissent un complément d'alimentation largement supérieur aux 400-1.600 calories normales. Néanmoins, des risques et des critiques légitimes s'associent à ce type de stratégie : dans des situations de pénurie alimentaire grave, les parents peuvent se sentir contraints à priver les enfants de nourriture afin d'accéder eux-mêmes à la ration supplémentaire agrandie ; lorsque de nombreux enfants ont droit à la ration et que celle-ci a connu une augmentation importante, les organisations d'aide auront à consacrer des ressources considérables à la logistique et au suivi ; concentrer une ration importante sur des familles à cause de l'état nutritionnel d'un enfant peut entraîner une différenciation injuste des besoins alimentaires des ménages, puisque l'état nutritionnel d'un enfant est conditionné aussi bien par son état de santé et les soins parentaux que par la sécurité alimentaire du ménage.
3. Lorsque la crise est aiguë et la ration générale est insuffisante, les PAS peuvent être inondés de cas, car le personnel hésite à renvoyer les enfants qui, une fois renvoyés, ne recevront qu'une ration insuffisante et qui devront éventuellement être repris en charge. Afin que les organisations d'aide puissent gérer de tels programmes, ces derniers exigent un maximum de rationalisation : fournir des rations sèches au lieu d'assurer l'alimentation sur place, ne collecter que les données indispensables, afin d'être maîtrisables en termes de ressources organisationnelles.

#### **Encadré 9**

##### ***Le ciblage vu par les bénéficiaires : Sud de la Zambie***

Suite à un PAS d'urgence mis en oeuvre conjointement avec une ration générale insuffisante (maïs seulement), dans le district de Choma dans le Sud de la Zambie, 40% des ménages bénéficiaires interrogés lors d'une enquête se sont opposés l'idée d'un PAS fournissant de l'huile et des haricots uniquement aux enfants. Ce PAS d'urgence, mis en oeuvre à travers plus de 70 centres de santé et cliniques en réponse à la sécheresse de 1991-2, avait distribué un complément de protéines de haute valeur énergétique, produit sur place, ainsi que des quantités de haricots et d'huile. Les haricots et l'huile ne faisaient pas partie de la ration générale, parce que les quantités disponibles étaient jugées insuffisantes. De nombreux bénéficiaires du PAS ont reconnu que tous les membres du ménage avaient partagé l'huile et les haricots distribués par les centres de santé.

4. Il est important de bien choisir les aliments, car le type de nourriture peut améliorer le ciblage au niveau des ménages et permettre de respecter les objectifs du PAS. A titre d'exemple, les mélanges de produits préparés avant la distribution ont un goût et une texture plus agréable pour les enfants que pour les adultes. Le choix des produits du PAS doit également tenir compte de l'équilibre de la ration générale et des carences en micro-nutriments courantes dans la zone. Dans le cas d'une ration générale à base de blé pouvant entraîner des carences en fer, il convient d'envisager des aliments supplémentaires riches en fer, par exemple mélange maïs-soja-lait.



## **4. La conception des programmes**

### **Introduction**

De nombreux aspects de la conception des PAS d'urgence suscitent encore des controverses et ne sont pas abordés convenablement par les lignes directrices existantes. Par ailleurs, au niveau du terrain, il est souvent apparent que la conception du programme ne s'adapte pas aux conditions locales. Ceci limite l'impact global et les difficultés prévisibles se reproduisent à un rythme frustrant. Ce chapitre aborde quelques-uns des aspects les plus importants de la conception des programmes.

### **4.1 Rations sèches à emporter ou alimentation sur place**

Le débat quant à l'efficacité relative de ces deux types de programme dure depuis longtemps et risque de continuer pendant des années encore. Les avantages et inconvénients respectifs des deux types ont été énoncés dans de nombreuses lignes directrices. Un consensus se dégage progressivement parmi les professionnels et les lignes directrices acceptent généralement que les rations sèches à emporter constituent la solution de choix dans la plupart des situations, l'alimentation sur place devant être réservée à des circonstances particulières.

Parmi les raisons principales du choix des rations sèches à emporter sont : de tels programmes demandent généralement une utilisation moins intensive des ressources de l'organisation d'aide ; le risque de transmission de maladies parmi les bénéficiaires est moins important ; le coût pour les mères et autres accompagnateurs n'est pas si élevé, puisque leur présence quotidienne au centre n'est pas exigée ; la couverture des enfants de moins de deux ans est plus complète, car des enfants jeunes et souvent malades n'ont pas à être transportés au centre d'alimentation tous les jours ; de tels programmes sont plus accessibles aux populations dispersées. L'option d'alimentation sur place peut se justifier dans les cas suivants : lorsque le combustible et les ustensiles de cuisine ne sont pas à la disposition des bénéficiaires, par exemple dans le cas d'une population récemment déplacée ; lorsque les centres d'alimentation sont faciles d'accès, par exemple dans un petit camp ou dans le cas d'un service villageois ; et lorsque l'insécurité présente un risque pour ceux qui emportent des rations sèches d'un centre d'alimentation.

Or, en dépit de ce consensus qui émerge, plusieurs études récentes de programmes d'urgence indiquent que la plupart des PAS d'urgence prévoient encore une alimentation sur place. Les raisons évoquées par le personnel des organisations pour justifier le choix d'un tel programme sont variées et, très souvent, ne sont pas convenablement pris en compte par les lignes directrices. Quelques-unes de ces justifications ont une certaine validité, tandis que d'autres sont basées sur des hypothèses plus discutables.

### **Pourquoi le personnel des organisations d'aide a-t-il tendance à choisir l'alimentation sur place plutôt que les rations sèches à emporter ?**

Les justifications suivantes sont couramment exprimées :

Servir des repas sur place garantit la consommation du complément d'alimentation par le groupe cible prévu. Ce raisonnement reflète la perception/la crainte du personnel que les rations sèches seront consommées par des hommes économiquement actifs ou vendues pour acheter des produits non essentiels tels que l'alcool.

L'alimentation sur place exige une ration moins importante que les rations sèches à emporter qui seront partagées par d'autres enfants, car il est impensable que la mère donne de la nourriture à un enfant seulement.

Les lignes directrices du Ministère de la santé dans certains pays préconisent l'alimentation sur place, tandis que dans d'autres pays ou régions il existe une histoire récente ou une tradition de ce type de programme d'urgence, qui peut donc être mis en place plus facilement et plus rapidement qu'un nouveau type de programme.

Les contacts plus réguliers et intensifs entre le personnel des organisations et les bénéficiaires que suppose l'alimentation sur place peuvent faciliter les initiatives de développement communautaire et d'atténuation de sinistres.

D'autres raisons expliquent le choix de l'alimentation sur place, mais sont rarement exprimées explicitement par les organisations d'aide. Par exemple :

#### **Encadré 10**

##### ***Alimentation supplémentaire sur place à Djouba, Sud du Soudan***

En 1991, il y avait 38 centres d'alimentation dans la ville de Djouba, assiégée depuis 1988. Vingt centres se trouvaient dans des camps de personnes déplacées, les autres desservant la population résidente. Pendant les deux dernières années, la sécurité alimentaire à Djouba et aux alentours avait détérioré progressivement du fait de l'accès réduit aux sources alternatives de nourriture (à part celle offerte par les organisations d'aide). Il y avait plus de 20.000 bénéficiaires de PAS en 1991, y compris tous les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou qui allaitaient et presque toutes les personnes âgées. Une grande partie des organisations d'aide avaient choisi de mettre en oeuvre des programmes d'alimentation sur place pour faire suite à un programme précédent de rations générales sous forme d'aliments préparés. Ce genre de programme fut le résultat des interruptions de l'approvisionnement d'urgence fin 1988 nécessitant la mise en place d'une forme d'alimentation ciblant uniquement les plus vulnérables afin de ne pas épuiser les stocks. Cette tradition de fourniture d'aliments préparés, acceptée et escomptée par la communauté bénéficiaire, fut donc étendue au programme d'alimentation supplémentaire sur place.

Dans les situations où de nombreux enfants souffrent de malnutrition aiguë et où les services d'alimentation thérapeutique sont établis par des organisations spécialistes de ce type d'intervention, l'infrastructure permettant d'assurer un volet d'alimentation supplémentaire sur place sera en grande partie présente : centre d'alimentation/santé, personnel formé, magasin, réseaux logistiques, approvisionnement en eau. Par ailleurs, lors d'une crise aiguë, le nombre de cas d'émaciation importante peut surcharger les services d'alimentation thérapeutique qui devront référer de nombreux cas au PAS. Dans une telle situation, la fourniture d'aliments préparés se prête

beaucoup plus facilement au suivi intensif nécessaire.

Il est plus facile d'assurer certains types de soins de santé quotidiennement que d'attendre que les malades viennent chercher, une fois par semaine ou par quinzaine, une ration sèche à emporter.

Les programmes d'alimentation sur place sont parfois perçus comme activité plus en vue qui attirera davantage de ressources du public et des gouvernements donateurs que les rations sèches à emporter. Les gouvernements d'accueil peuvent également préférer un programme visible de ce genre afin de rassurer leur propre public que des mesures sont prises.

### A quel point ces justifications sont-elles valables ?

En plus des avantages et inconvénients généralement énoncés dans les lignes directrices, il faut également tenir compte des points ci-dessus lorsqu'il s'agit de décider du type de programme à choisir. Exception faite des deux premières justifications (abordées ci-dessous), toutes peuvent être valables dans des situations données (voir Annexe 3).

Les témoignages disponibles ne corroborent pas tout à fait l'affirmation que l'alimentation sur place permet aux sujets ciblés de bénéficier d'un complément net plus important que les rations sèches à emporter. La famille d'un enfant qui reçoit un complément au centre d'alimentation peut considérer cette ration comme un repas et plus la pénurie alimentaire sévit au sein du foyer, plus la possibilité de substitution de repas est réelle. Cet effet de remplacement n'est que rarement considéré par le personnel des organisations, mais a souvent été constaté dans le cadre de PAS en dehors des situations d'urgence.

Pour des raisons semblables, la thèse selon laquelle des quantités de nourriture plus importantes sont nécessaires en cas de rations

sèches à emporter ne tient pas debout, surtout si l'on considère que les personnes emportant les rations consommeront une partie du repas sur place et que, si les repas sont étalés sur plusieurs heures, il faudra leur offrir une ration supplémentaire. Les autres justifications sont plus valables, mais doivent quand même être étudiées de près. A titre d'exemple, les lignes directrices du Ministère de la santé peuvent préconiser l'alimentation sur place, mais il ne faut

#### Encadré 11

##### *Les PAS sur place en Somalie*

Au plus fort de la famine dans le Sud de la Somalie en 1992, une ONG responsable de 6 programmes d'alimentation thérapeutique et de 12 PAS à Mogadishu vit son service d'alimentation thérapeutique complètement débordé par des cas de malnutrition aiguë. Le PAS sur place prit donc en charge de nombreux individus afin de pouvoir les suivre de près et leur donner davantage de soutien que ne l'aurait permis un PAS fournissant des rations sèches à emporter. Par ailleurs, des PAS à partir de rations sèches à emporter n'étaient pas possibles dans de nombreuses régions de Somalie à cette époque à cause du niveau élevé d'insécurité.

pas que l'organisation d'aide adhère aveuglément à la politique gouvernementale si la viabilité d'un tel programme est douteuse ou si la motivation sous-tendant la politique gouvernementale semble tenir davantage aux facteurs politiques qu'à un souci d'efficacité. Il se peut que les lignes directrices se référant à un gouvernement/pays spécifique aient été rédigées il y a plusieurs années et ne tiennent donc pas compte :

1. des changements infrastructurels à l'intérieur du pays qui rendraient plus difficile l'alimentation sur place, ou
2. du grand nombre d'expériences récentes qui révèlent les problèmes que posent de tels programmes.

De la même façon, il convient d'examiner de près la thèse selon laquelle l'alimentation sur place facilite les soins de santé ou les activités de développement. Quels sont précisément les soins médicaux qui ne peuvent être intégrés aux programmes de rations sèches à emporter ? Il est probable que les vaccinations et la plupart des médicaments peuvent être gérées dans le cadre d'un programme de rations à emporter et que le facteur limitant principal est en fait la compétence professionnelle du personnel.

#### **La nécessité de consulter les bénéficiaires**

Si, après avoir considéré tous les facteurs, le personnel de l'organisation continue à favoriser l'établissement d'un programme d'alimentation sur place, il est indispensable de mener une forme d'évaluation rapide. Il faut demander aux mères et aux personnes qui prennent en charge les bénéficiaires du programme (a) si le coût de la participation à l'alimentation sur place est trop important et risque d'affecter leur participation et (b) quel type de programme leur convient le plus. Dans la pratique, de telles enquêtes sont rarement menées, avec des conséquences parfois désastreuses. Par ailleurs, il est probable que les conflits créés lorsque la personne ayant la charge primaire d'un bénéficiaire du programme doit se présenter au centre d'alimentation tous les jours seront aggravés en période de crise alimentaire, car il faudra consacrer de plus en plus de temps à d'autres tâches, telles que la recherche de produits de cueillette et de carburant, le petit commerce et la corvée de l'eau (voir Annexe 3).

#### **Pourquoi ne pas intégrer rations sèches à emporter et alimentation sur place dans un seul programme ?**

Lorsque l'incertitude persiste quant au type de programme à mettre en oeuvre, il convient d'envisager une troisième option politique : mener les deux types de programme simultanément. Quelques programmes récents ont commencé à mettre en place des systèmes d'alimentation sur place pour ceux qui se trouvent près d'un centre d'alimentation et de rations sèches pour ceux qui habitent plus loin. Ce concept pourrait être élargi afin de donner le choix aux bénéficiaires. Le volet sur place pourrait ainsi offrir tous les avantages propres à ce type de programme (traitement plus efficace de certaines conditions médicales, suivi étroit des cas à haut risque, encouragement des initiatives communautaires, possibilité d'exploitation médiatique et donc possibilité d'attirer des fonds, réduction du risque de vente du complément d'alimentation par d'autres membres de la famille), tandis que ces familles pour lesquelles ces programmes prennent trop de temps pourraient continuer à participer grâce à la ration sèche à emporter.

Etant donné que la phase de démarrage de l'alimentation sur place est généralement (mais pas toujours) plus longue (organisation des communautés, obtention des ustensiles, etc.), le PAS d'urgence pourrait commencer par un système de rations sèches à emporter et introduire progressivement l'alimentation sur place, le cas échéant. Cette approche à deux niveaux n'entraînerait donc pas de retard. Dès que les deux programmes auront été mis en place, une simple analyse des données permettra de comparer l'efficacité en termes de taux de croissance, abandon, durée de la période de rétablissement, etc. Si les résultats d'un type d'alimentation sont significativement meilleurs, quelle qu'en soit la raison (complément net plus important, meilleure supervision), les bénéficiaires pourront être encouragés à changer de système (voir Annexe 3).

#### **4.2 Qui doit bénéficier des PAS ?**

Comme déjà noté (section 2.6), les PAS curatifs et préventifs ciblent traditionnellement des groupes vulnérables définis sur le plan physiologique. Dans la pratique, il s'agit d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes ou qui allaitent. Même si les lignes directrices reconnaissent le besoin éventuel de toucher d'autres groupes cibles, ceux-ci doivent quand même être considérés moins prioritaires et ne doivent être inclus au PAS que si les ressources financières le permettent. Parmi ces "autres" groupes cibles sont les personnes âgées, les cas sociaux, les jumeaux et les orphelins, les handicapés et les personnes souffrant de la tuberculose, de la rougeole, etc. Il y a apparemment peu de cohérence parmi les organisations d'aide sur le terrain en ce qui concerne la priorisation des groupes cibles dans le cadre de PAS d'urgence, hormis la priorité accordée aux enfants de moins de cinq ans. Par le passé, certaines organisations ont privilégié les tuberculeux plutôt que les femmes enceintes et qui allaitent, tandis que d'autres ont ciblé les personnes âgées ou les enfants malnutris âgés de 6 mois à 14 ans, d'autres encore donnant priorité aux enfants en école primaire sur les personnes âgées nécessiteuses (voir section 2.6).

Il se peut que cette absence d'une approche standardisée d'évaluation de la vulnérabilité relative "d'autres" groupes cibles dans le cadre des PAS reflète le fait que, par le passé, de nombreuses organisations, par exemple UNICEF et SAF, ont concentré leurs politiques et ressources essentiellement sur les enfants. Par ailleurs, les méthodologies pour mesurer l'état nutritionnel d'autres groupes cibles, tels que les adolescents, adultes et personnes âgées, sont moins développées.

Etant donné que les PAS d'urgence ont pour objectif primaire de réhabiliter les enfants souffrant de malnutrition légère et modérée dans le cas des programmes curatifs, et de protéger les groupes les plus exposés à la malnutrition et à ses conséquences dans le cas de programmes préventifs, il existe une différence d'opinion (si ce n'est pour prioriser les enfants de moins de cinq ans) quant à la priorité à accorder à "d'autres" groupes cibles. Ceci reflète sans doute le fait qu'il existe peu de données exposant et comparant les problèmes de nutrition rencontrés par différents groupes d'une population lors d'une crise alimentaire. Les organisations d'aide ont rarement du temps à consacrer aux recherches lors des situations d'urgence, ce qui explique en partie cette absence de données, et même dans des camps, il est très difficile d'obtenir des données précises sur la mortalité et la morbidité et ce pour différentes raisons : mobilité de la population, hésitation à divulguer des informations, contraintes logistiques, données démographiques imprécises. Des sur-estimations et des sous-

estimations peuvent donc facilement se produire.

**Quels sont les indices dont nous disposons pour identifier ceux pour qui un manque de nourriture pose le plus de risque ?**

La plupart des données fiables sur la mortalité sont collectées dans des camps. Toutefois, elles ne sont pas représentatives de toutes les autres situations d'insécurité alimentaire en ce qui concerne la morbidité, la disponibilité d'eau et d'assainissement ou de pressions sur les conditions des adultes et des responsables d'enfants. Néanmoins, il est possible de tirer certaines conclusions des données disponibles au sujet de la vulnérabilité lors des famines/crises alimentaires.

1. Les taux de mortalité absolus les plus élevés concernent généralement des bébés de moins de 12 mois, tandis que les augmentations relatives lors des situations d'urgence touchent plutôt les enfants âgés de 1 à 12 ans.
2. Le risque de mortalité parmi les enfants malnutris de moins de cinq ans augmente significativement chez ceux qui ont un rapport poids/taille de 75-85% de la normale.
3. Dans des situations de famine, les enfants de 6 à 29 mois présentent un taux de malnutrition significativement plus élevé que ceux âgés de 30 à 60 mois.

**Encadré 12**

***Taux de mortalité des enfants et des adultes en Somalie***

A Baidoa en Somalie pendant 1992, les victimes les plus nombreuses furent des enfants. Néanmoins, dès le mois de septembre, il y avait à peu près le même nombre de morts chez les enfants que chez les adultes et, dès le mois d'octobre et pendant le mois de novembre, les adultes étaient largement plus nombreux que les enfants à mourir. Cette mortalité élevée chez les adultes reflète en partie le fait que de nombreux enfants étaient déjà morts, mais aussi le fait que les centres d'alimentation des enfants fonctionnaient efficacement, tandis que ceux à l'intention des adultes furent fréquemment fermés à cause des pillages.

4. Il existe des données très limitées sur le rapport entre la malnutrition (normalement calculée à partir de l'indice de masse corporelle) chez les adultes/adolescents et le risque de mortalité. La plupart des données disponibles ne concernent pas les situations d'urgence. Néanmoins, elles montrent que le risque de morbidité et de mortalité associé aux différents indices de masse corporelle varient selon les endroits et le type corporel de la population. Elles montrent également une capacité réduite de travail chez les adultes ayant un faible indice de masse corporelle.
5. Certaines données collectées moins rigoureusement ont indiqué une forte mortalité chez les personnes âgées lors de certains types de famines, par exemple dans les collines de la Mer Rouge au Soudan pendant la famine de 1984, ainsi que chez les adultes en général.

**Remarques sur la vulnérabilité**

A partir des connaissances actuelles, voici quelques remarques concernant la vulnérabilité et la sélection des groupes cibles des PAS d'urgence.

Il existe insuffisamment de données pour permettre de comparer la vulnérabilité à la malnutrition en termes de mortalité chez les groupes cibles "non-prioritaires". L'inclusion dans les programmes aurait été jusqu'ici décidée à partir d'une perception intuitive de la vulnérabilité relative, inspirée souvent de connaissances locales et de l'importance des groupes cibles potentiels par rapport à la disponibilité de ressources.

Les sujets malnutris âgés de plus de cinq ans sont de toute évidence exposés à un risque accru de maladie et de mort, bien que le degré de malnutrition qui crée ce risque varie probablement selon la population et le milieu et n'a pas été clairement défini par des recherches. Par conséquent, donner la priorité en matière d'alimentation supplémentaire à un enfant malnutri de moins de cinq ans plutôt qu'à un sujet malnutri âgé de plus de cinq ans courant le même risque n'est pas toujours justifié.

Aucune donnée collectée lors des crises alimentaires et ne concernant pas des réfugiés ne fait état d'une augmentation plus importante de la mortalité chez les bébés ou les mères que, par exemple, que chez les personnes âgées ou les tuberculeux. Si l'hypothèse qui sous-tend la priorisation des femmes enceintes/qui allaitent est que la grossesse et la lactation créent physiologiquement des besoins nutritionnels plus importants qui nécessitent la fourniture d'un complément d'alimentation, il convient de questionner si ce besoin peut être plus grand que celui d'un tuberculeux dont les exigences nutritionnelles sont élevées ou des personnes âgées qui ont plus de mal à accéder aux rations de base ou à utiliser d'autres stratégies d'adaptation que des personnes plus robustes peuvent mettre en oeuvre.

La réduction prouvée de la capacité de travail réduite chez les adultes malnutris permet de mettre en question l'efficacité d'un programme d'alimentation supplémentaire qui cible les membres moins productifs des ménages. Lors de nombreuses crises alimentaires (notamment celles qui ne touchent pas les réfugiés), il est évident que la charge de travail des adultes augmente, puisqu'il leur faut avoir accès à des combustibles, de l'eau et des pâturages de plus en plus lointains, trouver des produits de cueillette et s'efforcer de gagner un revenu grâce au petit commerce et à d'autres activités de moins en moins rentables (faible rendement de la main d'oeuvre). Ces activités doivent être sauvegardées si l'on souhaite protéger les personnes à charge. Les PAS d'urgence pourraient donc, dans une perspective à plus long terme, considérer que la meilleure protection de la nutrition et de l'état de santé des jeunes enfants consiste à permettre au ménage de décider de la distribution de la nourriture au sein du foyer, même s'il s'agit de privilégier l'adulte productif sur le plan économique.

### **La nécessité d'une identification plus souple des bénéficiaires du complément alimentaire**

Une grande partie de la discussion ci-dessus signale le besoin d'une grande souplesse lors de l'identification des groupes cibles des PAS et de la prise en compte de nombreux facteurs avant de passer au choix définitif, notamment par rapport à "d'autres" groupes cibles, c'est-à-

dire des sujets de plus de cinq ans (voir Annexe 4).

Parmi les facteurs à prendre en compte :

dans certaines situations, les adultes peuvent être tout aussi ou plus susceptibles à la malnutrition mortellement grave, par exemple en présence d'une forte insécurité et quand la nourriture pour adultes est plus intéressante à piller que la nourriture pour enfants, ou dans le cas d'une zone depuis longtemps assiégée où de nombreux enfants provenant des familles les plus vulnérables sont déjà morts ;

il convient de modifier le choix de groupes cibles lorsque la ration générale manque de certains micro-nutriments qui exposent des groupes particuliers à un risque accru de carences : le scorbut et la pellagre touchent surtout les groupes plus âgés tandis que l'anémie touche essentiellement les enfants et les femmes enceintes et qui allaitent ;

il faut également tenir compte des maladies lors des décisions de ciblage, comme par exemple lorsque la tuberculose est répandue (ce qui arrive souvent dans les camps) ou si des gens d'une zone où le paludisme n'est pas endémique se retrouvent dans une zone où elle est endémique, ou dans le cas d'une épidémie de shigellose. La décision doit être influencée non seulement par la nécessité de compléter l'alimentation de groupes cibles particuliers (dont la maladie compromet l'état nutritionnel), mais aussi par le besoin de fournir des soins médicaux de base, plus faciles à assurer par l'intermédiaire d'un PAS. Ce dernier point n'a pas l'intention de préconiser le traitement routinier de maladies complexes telles que la shigellose, la broncho-pneumonie dans les centres d'alimentation supplémentaire. Il cherche plutôt à montrer que, lorsque les services de santé sont faibles ou absents, par exemple à cause de l'insécurité, les centres d'alimentation récemment établis peuvent servir d'infrastructure pour canaliser certains soins médicaux ;

l'infrastructure et les ressources des organisations peuvent également influencer le choix du groupe cible. A titre d'exemple, lorsqu'il est impossible de contrôler la prise de poids des femmes pendant toute la période de leur grossesse et que les ressources disponibles ne suffisent pas non plus au ciblage de toutes les femmes pendant le dernier trimestre de leur grossesse, il convient d'identifier alors des groupes cibles encore plus restreints ;

lorsque la charge de travail des adultes, cruciale pour la survie des ménages, a connu une augmentation considérable (ce qui risque de toucher surtout les femmes), les programmes auront peut-être intérêt à voir d'un oeil moins critique le partage des aliments supplémentaires avec les adultes.

#### **4.3 Où faut-il situer les centres d'alimentation pour les populations en dehors des camps ?**

Lors de la planification d'un PAS d'urgence pour des populations non-déplacées, il est très important de décider si le PAS devrait intervenir au travers des cliniques/centre de santé existants au niveau villageois ou à un niveau intermédiaire, par exemple auprès d'un centre

d'alimentation desservant un nombre important de villages dans la circonscription. Il paraît évident de baser de telles décisions essentiellement sur les ressources dont dispose l'organisation, car elles risquent d'être très sollicitées lors des premiers stades d'un programme villageois, par exemple à cause du besoin de former du personnel villageois et créer des réseaux complexes de logistique et de suivi. De la même façon, des programmes qui fonctionnent à travers de nombreux centres de santé couvrant une zone géographique importante, ou même dans une zone urbaine relativement petite mais ayant une forte densité de population, créeront des difficultés importantes sur le plan de la logistique et de la gestion pour les organisations d'aide. Or, ces dernières ne semblent pas toujours anticiper le type de difficultés que le choix d'infrastructure peut créer et, par ailleurs, ne tirent pas parti des avantages offerts par certains types d'infrastructure.

S'il est vrai qu'en général ils peuvent créer beaucoup de problèmes (voir Chapitre 6), les programmes villageois peuvent justifier la mise en oeuvre d'un PAS au niveau des villages. Les justifications suivantes pourraient faire contrepoids aux problèmes potentiels :

- si la crise alimentaire touche uniquement certains villages dans une zone géographique donnée, il convient de cibler seulement les villages vraiment nécessaires, en partie afin d'économiser des ressources peu abondantes et en partie pour éviter de fournir trop de nourriture et entamer ainsi la motivation de travailler

- afin de renforcer les initiatives communautaires et intégrer au programme d'alimentation d'autres activités communautaires, telles que l'éducation nutritionnelle, la vulgarisation agricole, etc.

- afin de réduire la nécessité pour l'organisation d'aide de gérer et surveiller le programme, les communautés assumant la responsabilité de préparer et d'emmagasiner eux-mêmes les aliments, d'identifier les bénéficiaires, etc.

- afin d'encourager le processus habilitant d'élaboration de projets au niveau communautaire, qui peut être considéré comme une fin en soi.

La préférence peut être donnée à l'intervention par l'intermédiaire de l'infrastructure de santé existante pour d'autres raisons :

- afin de tirer profit de l'infrastructure existante et du personnel du Ministère de la Santé déjà présent. Par ailleurs, les centres de santé sont généralement situés dans les zones de plus forte densité démographique

- les systèmes de ciblage villageois peuvent dépasser les moyens d'une organisation en termes de collecte et d'analyse de données

- afin d'être plus à même d'apporter les soins médicaux associés aux PAS d'urgence, tels que les doses prophylactiques de vitamine A, et de faire face aux problèmes médicaux provoqués par la sécheresse

- le suivi de la croissance est plus facile à assurer dans les centres de santé que dans les villages

les activités du programme peuvent être réintégrées dans les activités courantes de santé maternelle et infantile après la fermeture de celui-ci

l'insécurité peut exclure une intervention villageoise.

Néanmoins, il convient de prévoir également les inconvénients éventuels d'une intervention à travers les centres de santé, dont :

la couverture sera moins complète que dans le cas d'un programme villageois (en supposant que tous les villages nécessaires dans une zone donnée sont touchés), car les distances à parcourir seront largement plus importantes pour de nombreux bénéficiaires potentiels et pourront présenter beaucoup de problèmes lorsqu'il faut porter des enfants jeunes ou malades.

il sera difficile de donner suite aux cas d'abandon

la charge de travail supplémentaire pour le personnel du Ministère de la santé peut réduire l'efficacité des soins médicaux et créer des tensions entre le personnel d'une organisation d'aide et les agents de santé gouvernementaux

il faudra peut-être suivre les pratiques des programmes d'alimentation existants, lorsque l'intervention est réalisée à travers des programmes de santé maternelle et infantile, par exemple en se basant sur le rapport poids/âge plutôt que le rapport poids/taille.

L'expérience nous a montré que, très souvent, les avantages et inconvénients d'utiliser différents types d'infrastructure ne sont pas entièrement pris en compte avant de prendre une décision, ce qui fait que les problèmes se reproduisent à un rythme frustrant et les avantages potentiels ne sont pas correctement exploités.

#### **4.4 Exemples d'organisations gérant les programmes de rations générales conjointement avec les PAS**

Les organisations doivent parfois à décider s'il convient de se charger de la mise en oeuvre de programmes de rations générales conjointement avec les programmes d'alimentation supplémentaire et thérapeutique. L'expérience montre que les exigences opérationnelles de la mise en oeuvre des deux types de programme peuvent réduire les chances d'une bonne mise en oeuvre de l'un et de l'autre. Les pressions exercées pour que la ration générale soit mise en place d'abord peuvent retarder significativement l'établissement du PAS, puisqu'il faut élaborer des systèmes de distribution et de logistique, organiser le stockage et l'emmagasinage et établir un suivi serré. La mise en oeuvre d'un programme efficace de rations générales peut également créer des problèmes pour le PAS : les camionneurs hésitent à transporter des quantités de nourriture relativement petites; certaines communautés ayant pris l'habitude d'une ration générale pour tout le monde peuvent s'opposer à un PAS ciblé. Une fois de plus, une grande prévoyance s'impose avant qu'une organisation décide de prendre en charge deux programmes.

**Encadré 13**

***Prévoir les conséquences de l'utilisation  
d'infrastructures déjà établies : Zambie, 1992***

Lors de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence par l'intermédiaire de centres de santé déjà établis dans le Sud de la Zambie, en réponse à la sécheresse de 1991/2, l'ONG concernée rencontra de nombreuses difficultés qu'elle aurait pu mieux prévoir. La pratique du programme de santé maternelle et infantile de suivre le rapport poids/âge ayant été maintenue, tous les enfants ayant un rapport poids/âge de moins de 80% de la normale eurent droit au PAS. De ce fait, quelques-uns des enfants de plus de deux ans n'auraient pas vraiment tiré profit de l'alimentation supplémentaire, puisque bien que fragiles ils ne souffraient plus de malnutrition. Par ailleurs, la charge de travail supplémentaire que supposait pour le personnel médical existant l'attribution et la justification de la nourriture nuit à leur capacité d'apporter des soins médicaux.

**4.5 Bénéficiaires par centre d'alimentation/dotation en personnel**

L'expérience montre que des problèmes peuvent surgir lorsque le rapport personnel/bénéficiaires est faible et les centres d'alimentation sont surchargés et ce pour différentes raisons : insuffisance de personnel local disponible ayant la formation appropriée, ou manque d'espace dû parfois aux les difficultés administratives/politiques créées par l'ouverture de nouveaux centres. Le personnel d'organisations internationales n'est pas toujours présent en nombre suffisant pour assurer l'encadrement, vu que le manque de sécurité dans une zone provoque une réduction de leur nombre au minimum en prévision d'un besoin subit d'évacuation.

Un manque de personnel entraînera une mauvaise supervision de l'alimentation et du suivi des cas d'abandon, ainsi que des procédures d'évaluation défectueuses, tandis que le surpeuplement des centres favorisera l'infection et un manque de bien-être. Dans les deux cas, le résultat final est une performance insuffisante du programme et une désillusion concomitante chez les personnes ayant la charge des bénéficiaires devant la lenteur des progrès, ainsi qu'un moral bas chez le personnel.

#### Encadré 14

##### **Le rapport personnel/bénéficiaires : exemples du Madagascar et du Soudan**

En 1992, lors de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence dans la province de Tulear dans le Sud du Madagascar, en réponse à deux ans de sécheresse, l'ONG concernée constata des taux d'amélioration de poids fort différents d'un centre d'alimentation à l'autre. Il s'avéra que les six centres d'alimentation ayant la plus mauvaise performance furent ceux dont le rapport personnel/bénéficiaires était le plus faible. En 1989, lors de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence dans des camps autour de la ville de Kosti dans la province du Sud du Nil Blanc, au Soudan, à l'intention d'habitants du Sud déplacés et d'autochtones fuyant la sécheresse, une autre ONG constata que le surpeuplement des centres d'alimentation entamait la capacité de supervision et l'efficacité globale du programme. Ces ONG réagirent en changeant les critères d'admissibilité pour que seuls les enfants ayant un rapport poids/taille de moins de 75% de la normale purent bénéficier de l'alimentation. Le nombre de bénéficiaires devint rapidement plus maniable.

Il est important de fixer des objectifs en matière de rapport personnel/bénéficiaires et de nombre de bénéficiaires par centre pour l'alimentation sur place. Une comparaison des performances entre les différents centres permet d'identifier ceux qui n'ont pas assez de personnel. Lorsque ces objectifs ne sont pas atteints, d'autres possibilités peuvent être examinées : passer de l'alimentation sur place aux rations sèches à emporter ou se concentrer sur les plus malnutris (ceux, par exemple, qui ont un rapport poids/taille de moins de 75% de la normale) ou trouver de nouveaux sites.

Le nombre cible de bénéficiaires par centre que suggèrent les lignes directrices varie de 250 à 500. Néanmoins, lors de crises aiguës, il sera impossible de limiter le nombre. Il est difficile de définir un rapport optimal personnel/bénéficiaires, qui variera selon la conception du programme (rythme d'alimentation) et les compétences des populations bénéficiaires.

De toute façon, la présence d'au moins trois catégories de personnel s'impose :

un **médecin/infirmière principale/nutritionniste expatrié ou national** pour encadrer et suivre le programme ;

**personnel du centre d'alimentation** pour cuisiner, superviser les distributions alimentaires, surveiller les stocks et le centre lui-même et aider à assurer l'approvisionnement en eau et en combustible ;

**agents de santé** pour assister dans des centres, trouver les enfants malnutris, donner suite aux cas d'abandon, assurer la liaison avec les services de santé et participer aux enquêtes.

Les PAS de grande envergure peuvent également avoir besoin d'un expert en logistique.

#### **Connaître ses propres limites et savoir demander un soutien supplémentaire**

De nombreux PAS d'urgence récents ont connu des problèmes de personnel, dont :

personnel international de terrain inexpérimenté ne bénéficiant pas d'un encadrement technique de la part du siège

personnel local mal formé avec des conséquences négatives sur l'enregistrement, le suivi de la croissance et les modalités de renvoi

manque de personnel ayant des responsabilités sectorielles précises, spécialistes devant assumer des responsabilités empiétant sur leur propre domaine de compétence (infirmières et nutritionnistes se chargeant de la planification logistique), ou manque de personnel chargé de la manipulation des données, entraînant une formation insuffisante du personnel local à la collecte et à l'exploitation des données, avec des conséquences néfastes pour le suivi et l'évaluation.

Les enseignements à tirer de ces expériences sont : la nécessité de bien calculer la dotation en personnel au stade de conception du programme et d'envisager des modifications du programme lorsque la dotation en personnel risque de représenter une contrainte. De nombreuses ONG et institutions de l'ONU ont énormément du mal à recruter du personnel expatrié ayant les compétences et l'expérience nécessaires. Un certain réalisme s'impose donc lors de la décision sur le type de programme et les contraintes de personnel doivent toujours être prises en compte au stade de la planification du programme.

#### **4.6 Les éléments sanitaires des PAS**

Le Chapitre 2 a déjà indiqué que les lignes directrices en matière d'alimentation supplémentaire d'urgence préconisent d'intégrer certains soins médicaux de base dans le programme, comme par exemple les médicaments de déparasitage, prophylaxie antipaludique, etc. Néanmoins, l'expérience montre que, dans la pratique, les services de santé de base sont souvent insuffisants, ce qui reflète plusieurs facteurs :

1. l'absence d'une infrastructure sanitaire et de personnel formé au niveau des centres d'alimentation pour fournir des soins de santé
2. du fait de l'envergure de la crise et du manque de ressources organisationnelles, il est très difficile d'assurer des soins de santé pour une population importante ayant une forte prévalence de maladie.

#### **Encadré 15**

##### ***L'absence de lignes directrices :***

##### ***entrave potentielle aux programmes - Exemple du Zimbabwe***

Une organisation chargée de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence dans plus de 1.600 villages, suite à la sécheresse de 1991/92 au Zimbabwe, dû patienter plusieurs mois avant de pouvoir fournir des doses prophylactiques de vitamine A dans le cadre du PAS. Les lignes directrices du Ministère de la santé concernant les procédures d'attribution n'avaient pas été mises au point. Compte tenu des effets potentiellement toxiques de doses excessives de vitamine A, notamment pour les femmes enceintes, il est indispensable de respecter les consignes appropriées et d'assurer le suivi régulier des programmes.

Plus spécifiquement, l'impossibilité pour les organisations d'assurer des soins médicaux

suffisamment découle souvent :

- du manque de médicaments et de la formation insuffisante du personnel à l'attribution de médicaments

- du nombre insuffisant de tests de dépistage de maladies assurés par du personnel compétent et de l'absence d'une politique concernant les tests de dépistage de problèmes médicaux sous-jacents ou la consultation de centres médicaux lorsque des enfants ne prennent pas de poids

- de l'absence de lignes directrices du Ministère de santé et des organisations concernant certains traitements médicaux et du non-respect des lignes directrices génériques existantes.

### **Quelles sont les leçons à tirer de ces expériences ?**

Certaines leçons doivent être tirées de ces expériences répétées, mais il est surtout important de les mettre en pratique sur le terrain afin de permettre aux futurs programmes d'apporter les soins médicaux complémentaires requis. Les points suivants sont à considérer:

- Afin d'avoir un impact significatif sur l'état nutritionnel, il faut que les PAS à l'intention des enfants malnutris apportent un minimum de soins de santé. Les PAS dépourvus d'apports sanitaires complémentaires ne sauraient constituer une utilisation efficace de ressources.

- Le choix d'infrastructure et de personnel, par exemple centre de santé ou programme villageois, déterminera quel type d'apport dans le domaine de la santé peut être facilement assuré. A titre d'exemple, il est impossible, dans la plupart des cas, d'assurer la vaccination contre la rougeole par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires au niveau villageois. Par ailleurs, il faut évaluer régulièrement l'utilisation de médicaments et le traitement offert par le personnel des centres d'alimentation.

On pourrait avancer qu'il convient de tenir compte de la capacité de mise en oeuvre d'activités médicales complémentaires lors du choix d'infrastructure et du type de programme, c'est-à-dire alimentation sur place ou rations sèches à emporter. Un programme d'alimentation sur place est plus à même qu'un programme hebdomadaire de rations sèches à emporter de lutter contre les carences en fer, tandis que la vaccination contre la rougeole ou les doses prophylactiques de vitamine A sont plus faciles à assurer par l'intermédiaire de cliniques existantes. Il faut donc étudier l'envergure et le type de problèmes de santé dans une zone avant de mettre en place un PAS d'urgence. A cet effet, il faudra peut-être se baser sur une analyse épidémiologique réalisée à partir de techniques d'évaluation rapide, dont les résultats pourraient influencer sur le choix d'infrastructure et la conception du programme.

Les organisations chargées de PAS d'urgence doivent se procurer un stock de médicaments de base, tout aussi important que l'apport de nourriture. Par ailleurs, lors des sécheresses, certaines maladies, telles que la dysenterie et la gale, deviendront plus courantes et il faudra prévoir d'avance l'approvisionnement en médicaments. Lorsque des programmes d'alimentation fonctionnent à travers l'infrastructure existante de santé, il convient également de tirer parti de l'augmentation probable de bénéficiaire se rendant aux centres pour planifier des interventions complémentaires dans le domaine de la santé. De tels programmes constituent l'occasion idéale d'augmenter le taux de vaccination. Il est donc essentiel de prévoir un approvisionnement accru en vaccins auprès d'autorités et d'organismes compétents tels que le Ministère de la santé et UNICEF.

**Encadré 16**

***L'utilisation de médicaments  
et le traitement par le personnel  
des centres d'alimentation***

Lors de la crise de 1992 à Mogadishu, Somalie, l'une des organisations d'aide souligna que le personnel local des centres de PAS utilisait souvent plusieurs médicaments alors qu'un seul aurait été suffisant et que de nombreux traitements restaient inachevés, puisque le personnel local arrêta la médication dès que les symptômes commençaient à disparaître. L'organisation recommanda alors de mettre en place des procédures convenables d'évaluation de l'utilisation de médicaments.

Lorsque les PAS d'urgence utilisent les infrastructures existantes, la charge de travail supplémentaire que suppose la gestion du programme d'alimentation et la collecte des données appropriées peut porter atteinte aux soins de santé assurés par le personnel local. Il faut revoir régulièrement la situation et, le cas échéant, prévoir un ou plusieurs homologues afin de parer à cette éventualité.

Les organisations qui n'ont pas la capacité, institutionnelle et sur le terrain, d'assurer des soins médicaux complémentaires de base doivent se mettre en rapport avec des organismes compétents avant la mise en oeuvre du programme.



## 5. Le suivi et l'évaluation

### Introduction

Il est très facile de se laisser entraîner dans la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence et perdre de vue les objectifs primaires du programme. Les exigences opérationnelles de ce type de programme peuvent être immenses, des problèmes pratiques surgissant sans arrêt. La collecte des données peut donc être rapidement perçue comme tâche secondaire à n'entreprendre que si le temps et les ressources le permettent vraiment. Or, en l'absence d'un suivi et d'une évaluation suffisants, il est bien possible que des défauts de conception et de pratique ne soient pas pris en compte et que des programmes tout à fait inefficaces passent inaperçus. De plus, il n'est pas rare que des organisations mettent en place des systèmes de collecte de données et se désintéressent ensuite de l'analyse et de l'interprétation des résultats.

### 5.1 Les indicateurs 'clefs' d'évaluation de programme

La plupart des lignes directrices recommandent la prise en compte des indicateurs clefs suivants : taux d'assistance/abandon, taux de rétablissement, taux de mortalité, taux d'amélioration, durée moyenne du séjour et couverture de la population éligible au programme (voir Chapitre 2).

Les taux faibles d'assistance ou taux élevés d'abandon peuvent témoigner de plusieurs types de problèmes. Le plus courant concerne probablement la difficulté de participer au programme. Dans certaines situations, les mères auront du mal à se présenter tous les jours pour l'alimentation sur place, si cela entre en conflit avec d'autres tâches qu'elles ont à accomplir à l'intérieur ou à l'extérieur du ménage. Si ces conflits surviennent surtout dans le cas de l'alimentation quotidienne sur place, ils ne sont pas forcément absents dans le cas de distributions hebdomadaires de rations sèches à emporter, notamment lorsque la distribution dure toute la journée et tombe en même temps qu'une activité importante telle que la collecte d'une ration générale pour la famille.

Une faible assistance au programme/un taux élevé d'abandon peuvent être causés par la mobilité de la population, notamment lors des premiers stades d'une situation d'urgence. Pour de nombreuses familles, l'endroit/la ville d'implantation du centre d'alimentation peut représenter un point de transit pour se remettre des effets du voyage. En présence d'une population fluctuante, les cas d'abandon vont inévitablement se multiplier.

Un manque d'assiduité peut également s'expliquer par plusieurs autres facteurs : taux élevé de maladie, les enfants n'assistant pas tant qu'ils ne sont pas rétablis (ceci peut refléter la difficulté de porter les enfants malades jusqu'à un centre d'alimentation et, dans certains cas, une préférence pour les guérisseurs traditionnels) ; l'aversion pour la nourriture fournie ; le mécontentement devant le manque de progrès de l'enfant dû à l'inefficacité et mauvaise planification du programme d'alimentation. Finalement, l'insécurité, qui limite les déplacements des gens, est l'un des facteurs de plus en plus courant qui explique le manque d'assiduité.

Le taux de rétablissement, le taux d'amélioration, la durée moyenne du séjour et le taux de

mortalité sont autant d'indicateurs de la capacité du programme à compléter la ration générale, traiter les problèmes médicaux de base et faire reprendre du poids à des enfants malnutris. Les trois premiers indicateurs peuvent être interprétés en partant du principe qu'un enfant souffrant de malnutrition modérée doit prendre entre 5 et 10g/kg et, à ce rythme, doit atteindre la cible de 85% du rapport poids/taille au bout d'un mois ou six semaines, l'enfant pouvant être renvoyé au bout de deux mois ou deux mois et demi. Parmi les lignes directrices actuellement disponibles, on rencontre qu'un seul exemple de cibles établis pour ces séries d'indicateurs<sup>8</sup>. L'objectif recherché est un taux de rétablissement de plus de 70%, un taux de mortalité de moins de 3%, plus de 75% de cas d'amélioration et une durée de séjour de moins de 60 jours. De nombreux problèmes peuvent empêcher les programmes d'atteindre ces cibles, tels que des rations générales insuffisantes, une distribution inégale de nourriture au sein de la famille, des maladies, un suivi médical insuffisant, une organisation et une supervision mal assurées du programme d'alimentation, comme par exemple la ration offerte est trop petite ou la recette est incorrecte.

Déterminer le niveau de couverture permet de voir si le programme touche la plupart des sujets qu'il devrait toucher. La méthode courante consiste à mener une enquête nutritionnelle ou à utiliser les résultats d'une enquête récente et puis, à partir de la prévalence de la malnutrition et d'estimations de l'importance de la population cible, c'est-à-dire le plus souvent les enfants de moins de cinq ans, à déterminer quel pourcentage des enfants malnutris au sein de la population cible sont inscrits au PAS. Calculer la couverture peut présenter plusieurs difficultés. Dans certaines situations, les enquêtes peuvent s'avérer impossibles, à cause, par exemple, de l'insécurité ou du manque de ressources des organisation d'aide qui ne les considèrent pas comme priorité. Par ailleurs, les données démographiques ne sont pas toujours fiables, notamment en cas d'importants mouvements de population suivant une crise. Il se peut également que quelques-uns des enfants inscrits au PAS et recensés comme ayant un rapport poids/taille de moins de 80% de la moyenne aient plus de cinq ans ou un rapport poids/taille de plus de 80% d'un pesage à l'autre. Un moyen de contourner ce

#### **Encadré 17**

##### ***Taux d'assiduité/abandon en Angola et au Malawi***

Une ONG intervenant dans les villes assiégées de Huambo et Bie en Angola mit en oeuvre en 1990-91 des PAS d'urgence par l'intermédiaire de quelques centres de santé. Compte tenu d'une pénurie de mélange maïs-soja-lait à la fin de 1990, il fallut y substituer du riz/lait, ce qui à son tour provoqua immédiatement une baisse importante du taux d'assistance. Lors de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence dans la zone d'accueil de réfugiés de Dedza au Malawi en 1989-90, l'ONG concernée constata une très faible assistance pendant les premiers stades du programme (moins de 30% dans certains centres). Une enquête ultérieure permit de constater que le taux élevé d'abandon s'expliquait dans une certaine mesure par le fait que les mères n'étaient pas satisfaites de la lenteur du rétablissement des enfants. L'ONG responsable reconnut que ce problème était dû en partie à une mauvaise planification et une supervision insuffisante du programme.

<sup>8</sup> MSF (1995) *Nutrition Guidelines*. Coordonné par M. J. MICHELET, K. RITMEIJER, S. VAN

problème consiste à calculer la couverture à partir du pourcentage d'enfants malnutris identifiés lors de l'enquête nutritionnelle qui sont inscrits au PAS. La seule ligne directrice qui préconise de fixer des cibles suggère qu'une couverture de 50% dans le cas de populations rurales et de 75% dans le cas de populations urbaines/en camps serait satisfaisante. Dans la pratique, le niveau de couverture atteint par les PAS d'urgence varie énormément à cause de nombreux facteurs tels que la présence d'agents de santé communautaires pouvant encourager la participation dans leur circonscription, l'infrastructure et les distances à parcourir jusqu'au centre, l'importance du complément d'alimentation et la suffisance de la ration générale.

## **5.2 Autres indicateurs pouvant être contrôlés**

Ils existent bien d'autres indicateurs éventuellement utiles qui peuvent être contrôlés, mais dont les lignes directrices ne tiennent pas compte. Dans certaines situations, les types de données disponibles aux programmes ne conviennent pas tout à fait à la prise de décisions en matière de conception et de mise en oeuvre, mais, utilisées conjointement avec d'autres données, elles permettent faciliter la prise de ces décisions. Tout en reconnaissant que la collecte de données doit être secondaire à la mise en oeuvre d'un programme, surtout lorsque des vies sont en danger immédiat, il existe quand même des circonstances dans lesquelles des informations supplémentaires ou mieux utilisées peuvent améliorer la performance des programmes et ainsi sauver davantage de vies.

Les taux de reprise en charge peuvent fournir beaucoup de données quant à la suffisance de la ration générale à laquelle les bénéficiaires renvoyés du PAS ont droit. S'il est normal de reprendre quelques cas à cause de mauvaises pratiques d'alimentation à domicile ou de rechutes, un taux élevé pourrait témoigner d'une ration générale insuffisante et mettre en question toute l'efficacité du PAS. Très peu d'organisations d'aide incitent vraiment à la collection de ces données, ce qui reflète en partie qu'il est difficile de collecter des données exactes, à cause du fait que les mères hésitent à avouer que leurs enfants ont déjà participé au programme, ou bien qu'un système d'inscription ne permet pas au personnel des centres d'alimentation de repérer facilement ceux qui ont déjà bénéficié du programme.

Les taux de contagion peuvent indiquer si les centres d'alimentation sont surchargés et si un niveau élevé de maladies rend nulle la valeur du PAS. Evidemment, mesurer les taux de contagion n'est jamais une science exacte, puisque des enfants peuvent incuber une maladie avant de s'inscrire ou attraper une infection en dehors du programme. Néanmoins, l'expérience devrait permettre de déterminer si le programme d'alimentation contribue sensiblement au taux élevé d'infection et s'il convient d'entreprendre quelques actions réparatrices, par exemple établir de nouveaux sites pour réduire le surpeuplement ou isoler les cas de maladies particulièrement contagieuses.

**Encadré 18**

***Réduire la contagion en Somalie***

En 1992, à Baidoa en Somalie, une organisation essaya de réduire la propagation d'une contagion dans des centres d'alimentation thérapeutique surchargés. Au plus fort de la crise, l'espace fit prime, puisque les centres d'alimentation thérapeutique acceptaient plus de 15-20 cas par jour et l'insécurité et le manque de personnel empêchaient l'ouverture de nouveaux centres. En vue de réduire la contagion, l'ONG isola les cas de dysenterie et de coqueluche des autres bénéficiaires. Néanmoins, elle était incapable d'isoler les cas d'infection respiratoire aiguë, la prévalence étant trop forte. Une évaluation ultérieure conclut que la contagion avait pu être réduite d'au moins 50% grâce à l'isolement des malades infectieux, même s'il s'était avéré impossible de mesurer exactement le taux de contagion.

La répartition des bénéficiaires selon l'âge peut indiquer si certains groupes bénéficient moins du programme que d'autres. D'après la documentation sur les PAS en dehors des situations d'urgence, ce phénomène touche surtout les enfants de 6 à 24 mois, et s'explique par la difficulté de les transporter sur de longues distances jusqu'aux centres d'alimentation et le taux de morbidité plus élevé au sein de cette tranche d'âge. Puisque les enfants de cet âge ont tendance à souffrir du taux d'émaciation le plus élevé lors des famines, il est important de déterminer pourquoi cette tendance a lieu et si les causes en sont logistiques ou médicale, en quel cas une modification du programme et de l'infrastructure pourrait s'avérer nécessaire. Les données concernant la prise de poids et la durée moyenne du séjour, devraient être également divisées par tranche d'âge des enfants, afin de pouvoir déterminer quelles tranches répondent le moins bien au programme. Même au sein d'une tranche d'enfants de moins de cinq ans, les prévisions quant à la prise de poids diffèrent entièrement. Aussi, on suppose que les enfants de moins de six mois vont prendre 180 g par semaine, contre 40 g pour les enfants de plus de deux ans.

**Encadré 19**

***Le suivi : outil pour ajuster la conception des programmes - un exemple irakien***

En septembre 1991, une organisation médicale intervenant dans le Sud de l'Irak introduit un PAS par l'intermédiaire de cinq centres de santé existants, à l'intention de la population déplacée et rapatriée. Si les enquêtes nutritionnelles ne firent pas apparaître clairement le besoin d'un programme, la poursuite du déclin économique dans le pays fut source de privation pour de nombreuses familles. Une analyse des données des centres d'alimentation constata de bons résultats globaux en ce qui concerne le poids, exception faite des enfants de moins de six mois. Ceci fut imputé à l'aggravation de la situation économique qui fit que beaucoup de familles ne pouvaient pas se permettre l'achat de lait en poudre dont de nombreuses mères dépendaient. L'organisation conclut que le PAS ne s'était pas vraiment adapté à cette tranche d'âge et que la meilleure politique pour les bébés de moins de six mois consistait à fournir une ration aux femmes allaitant venant aux centres et à les encourager à nourrir leur bébés exclusivement au sein.

Le nombre d'enfants par centre représente un paramètre facile à suivre pouvant indiquer le risque de contagion et les besoins de surveillance, surtout si l'espace disponible et le nombre de personnel sont également assimilés à ce paramètre. Plusieurs lignes directrices préconisent un nombre de bénéficiaires inférieur à 250

dans le cadre d'un programme d'alimentation sur place et entre 150 et 200 par jour dans le cas d'un programme de rations sèches à emporter. Dans la pratique, ces limites sont souvent dépassées.

Bien qu'étant des résultats bien réels de l'alimentation supplémentaire d'urgence, l'augmentation de l'activité physique et la réduction de la morbidité sont pratiquement impossibles à quantifier, notamment lors des situations d'urgence. Néanmoins, si l'on considère que jusqu'aux deux tiers du complément d'alimentation peuvent servir à augmenter l'activité physique et à améliorer la compétence immunologique, plutôt qu'à fabriquer du tissu corporel, il est évident que l'évaluation qualitative des modifications de l'activité physique, de la morbidité et du taux de rétablissement permet d'avoir une idée de l'utilité du PAS.

Qu'ils fonctionnent à travers des structures de santé existantes ou d'infrastructures nouvellement créées, la plupart des PAS cherchent à apporter certains soins médicaux dans le cadre du programme d'alimentation. En effet, en l'absence d'un minimum de soins médicaux, ce type de programme d'alimentation peut s'avérer complètement inefficace (voir Chapitre 4). Evidemment, il est plus facile de prévoir un volet médical en présence de personnel compétent, par exemple lorsque le programme d'alimentation se déroule dans un centre de santé existant. Prévoir un PAS à partir d'une clinique ou d'un centre rural de santé peut également se justifier si cela permet d'améliorer le taux d'immunisation et de soigner les maladies provoqués par la sécheresse, telles que la gale et la dysenterie. Lorsqu'un programme se fixe de tels objectifs, il convient de compiler des données et d'évaluer dans quelle mesure ils ont été atteints.

Etant donné qu'il est rare que les organisations cherchent à mesurer la rentabilité des PAS d'urgence, il est impossible de comparer le rendement ou le résultat avec d'autres types d'interventions. Or, elles s'exposent ainsi au risque de continuer à mettre en oeuvre des programmes très chers sans songer à les réorienter. Par ailleurs, une plus grande expérience de l'évaluation du rapport efficacité-prix peut faciliter le choix du type de programme avant le début de l'intervention. S'il est très difficile de mesurer exactement le coût et l'efficacité, puisqu'il faut tenir compte d'autant de variables "non-mesurables", telles que le coût pour le responsable du bénéficiaire et les résultats non-anthropométriques, certaines statistiques sont relativement faciles à obtenir, par exemple le coût financier du programme, le nombre de personnel expatrié et de véhicules, la quantité de calories distribuées et le nombre d'enfants rétablis.

### **5.3 Quelques principes généraux de collecte de données**

Quelques observations générales s'imposent en ce qui concerne le rôle des données dans le suivi et l'évaluation des PAS d'urgence.

1. Comme nous l'avons indiqué, une seule ligne directrice actuelle indique le niveau à atteindre par les différents indicateurs (six indicateurs clefs). C'est sans doute en partie à cause de cela que de nombreuses organisations collectent couramment des données sur cette série d'indicateurs clefs, mais ne les interprètent pas dans leurs rapports de

terrain. L'idéal serait d'utiliser ces données pour comparer l'efficacité des différents centres d'alimentation au sein du même programme, ainsi que pour évaluer l'efficacité globale de l'ensemble du programme. Néanmoins, il va sans dire que les niveaux cibles doivent tenir compte du contexte de la situation d'urgence. A titre d'exemple, des rations générales insuffisantes vont inévitablement avoir un impact négatif sur les taux d'amélioration et de rétablissement, tandis que le taux d'abandon dans le cas de communautés rurales dispersées sera probablement plus élevé que dans le cas de camps. Une certaine flexibilité s'impose donc en matière de cibles. Il est également important d'examiner les données des différentes situations d'urgence, à la fois dans les cas de programmes "performants" et de programmes "inefficaces", pour établir des cibles réalistes et acceptables pour chaque indicateur spécifique dans des types de programmes différents.

2. L'importance de la collecte de données à des fins d'évaluation varie en fonction de la situation. A titre d'exemple, si la ration générale est de toute évidence insuffisante mais les PAS sont quand même mis en oeuvre, il est plus important d'évaluer le PAS afin de déterminer son impact nutritionnel sur le groupe cible prévu. S'il n'en a pas, et si d'autres volets du PAS tels que les soins médicaux sont négligeables, il sera éventuellement plus rentable de distribuer la nourriture supplémentaire à travers la ration générale, même si la nourriture supplémentaire n'est disponible qu'en faibles quantités. Aussi, lorsque les rations générales sont insuffisantes, il convient d'affecter des ressources supplémentaires à la collecte et à l'analyse des données à des fins d'évaluation. Par ailleurs, dans une telle situation, il est encore plus important d'étudier le taux de reprise en charge.

Par contraste, au plus fort d'une crise, lorsque les ressources d'une organisation sont être excessivement sollicitées, elle aura probablement intérêt à limiter la collecte/l'évaluation des données et à privilégier les aspects d'évaluation plus critiques. Elle peut ainsi différer le suivi du taux d'assistance/abandon et de la couverture jusqu'à ce que le suivi de la croissance soit correctement assuré. Certains types de collecte et d'analyse de données peuvent être menés seulement périodiquement. Par exemple, la prise de poids moyenne au centre d'alimentation peut être calculée rétrospectivement à partir d'un échantillon réduit tous les trois mois.

3. Compte tenu du conflit qui survient souvent entre la collecte de données et le besoin de mettre le programme en oeuvre, il est préférable dans certaines situations d'attribuer la collecte de donnée à une personne désignée. Cette personne doit être professionnellement compétente dans le domaine de la nutrition/l'épidémiologie. Un élément clef dans la description des tâches est d'éviter d'augmenter la charge de travail déjà importante du personnel chargé du PAS. Cette personne peut être chargée de former le personnel local à la collecte, aux techniques de compilation et d'analyse de données appropriées, de prioriser la collecte de données, de mener des enquêtes périodiques, de réexaminer et analyser les données constamment, de recommander des modifications du programme le cas échéant et de mener des recherches. Il est d'autant plus logique d'employer un responsable de données si l'alimentation supplémentaire constitue l'intervention principale de l'organisation.

## 6. Les scénarios typiques

### Introduction

Ce chapitre présente sept scénarios correspondant à la plupart des situations types nécessitant la mise en place d'un PAS d'urgence par le personnel des organisations d'aide. Plusieurs points pratiques propres à chaque scénario (mais pas exclusifs) sont soulignés. Les scénarios se divisent en trois catégories générales : populations dans des camps, populations rurales, populations urbaines. L'hypothèse du conflit est étudiée dans les trois cas car son impact profond sur la conception et la mise en oeuvre des programmes est indéniable. Chacune des trois rubriques analysent comment les programmes peuvent être affectés par les situations de conflit et comment ils sont modifiés en conséquent.

Cette approche a pour avantage principal de pouvoir communiquer des informations d'une façon plus accessible aux non-spécialistes que ne le permettrait une approche plus générale. Elle présente toutefois des inconvénients. Premièrement, quelques scénarios typiques ne sauraient couvrir tous les types possibles de situations sur le terrain. Deuxièmement, les scénarios typiques ne s'excluent pas forcément l'un l'autre. Néanmoins, il est à espérer que les lecteurs trouveront des informations applicables à leur propre situation qui leur permettront de prendre part aux discussions concernant la conception et la mise en oeuvre de PAS d'urgence.

### 6.1 Les camps de réfugiés : les premiers stades de déplacement

#### **Encadré 20**

#### ***Exemples de détérioration rapide de l'état nutritionnel de réfugiés récemment arrivés : Bangladesh et Ethiopie***

Il existe de nombreux exemples de réfugiés dont l'état nutritionnel était relativement satisfaisant à l'arrivée mais qui se sont retrouvés sous peu au bord de la famine. Des exemples récents et bien documentés proviennent de Cox's Bazaar au Bangladesh qui accueille environ 250.000 réfugiés de l'état indien de Mynamar et Rhakine entre la fin de 1991 et le mois de juin 1992. 15 camps avaient été installés dans le district de Cox's Bazaar, zone prédisposée aux sinistres où les inondations se produisent régulièrement et les cyclones périodiquement. Dans un délai bref (six mois), les réfugiés connurent une crise sur le plan de la nutrition et de la santé, provoquée en partie par l'apport insuffisant d'aide alimentaire internationale et en partie par les mauvaises conditions sanitaires dans les camps. Dès le mois de juin 1992, le taux de malnutrition dépassa 25% dans plusieurs camps et les cas d'avitaminose A et B2 furent nombreux.

Un autre exemple bien documenté d'une population, arrivée en relativement bon santé mais victime d'une détérioration rapide, provient du camp de réfugiés de Hartisheik dans le Sud-Est de l'Ethiopie en 1989. Plus de 100.000 réfugiés somaliens d'une couche relativement aisée de la société en Somalie du Nord connurent un taux de malnutrition dépassant 30% après plusieurs mois dans les camps. Le taux moyen de malnutrition à l'arrivée était seulement de 8%.

Les premiers stades d'une crise, lorsqu'un nombre important de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays se rendent dans un camp à la recherche d'aide, sont généralement les plus difficiles pour les organisations d'aide. Ces migrants arrivent souvent, mais pas toujours, dans un état affaibli et l'envergure du problème dépasse les moyens de la communauté internationale. La situation des victimes se dégrade souvent avant de s'améliorer. Lors des premiers stades d'une telle crise, la mise en place d'un système de rations générales peut tarder plusieurs semaines. Par ailleurs, les conditions dans les camps peuvent être difficiles : surpeuplement, assainissement mal assuré, disponibilité limitée d'eau, absence d'infrastructure de soins médicaux et pénurie de médicaments. Il est parfois nécessaire dans une telle situation de prendre des décisions rapides quant à la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence qui ne se conforme pas aux différents aspects des lignes directrices actuelles. Ainsi, si les ressources disponibles le permettent, il sera peut être recommandé d'établir un PAS préventif ciblant tous les enfants de moins de cinq ans. L'établissement précoce d'un PAS en l'absence de rations générales suffisantes peut également se justifier en raison du fait que les données concernant le nombre de sujets pris ou repris en charge par le programme et le progrès des bénéficiaires du programme permettent de faire pression pour qu'une ration générale suffisante soit fournie de toute urgence (voir Annexe 2).

Par ailleurs, il est parfois nécessaire d'établir des programmes lorsqu'il existe des difficultés graves sur le plan de l'eau et de l'assainissement, même si globalement la quantité de nourriture est satisfaisante. Les conséquences de mauvaises conditions d'hygiène, plutôt que de l'absence de nourriture, pour l'état nutritionnel lors des premiers stades d'une crise de réfugiés se sont récemment manifestées en Tanzanie et au Zaïre. Le choléra et la dysenterie ont frappé démesurément des réfugiés rwandais entraînant des taux élevés de malnutrition et de mortalité. D'après certaines estimations, le taux de mortalité maximum provoqué par l'épidémie au Zaïre aurait été de 100 à 180 fois la normale, taux le plus élevé jamais constaté lors des premiers stades d'une crise de réfugiés.

Dans certains cas, il est nécessaire de renoncer aux méthodes habituelles de collecte de données à l'intention du suivi et de la évaluation, à cause de l'absence de matériel de pesage et de personnel formé. La collecte de données peut être abordée progressivement, en privilégiant les informations plus critiques : par exemple, en premier lieu donner priorité au pesage et suivi de sujets atteints de malnutrition aiguë bénéficiant de l'alimentation thérapeutique et plus tard du PAS, et à un stade ultérieur entreprendre la compilation de données concernant l'assistance et la couverture.

Dans certaines situations, il convient de choisir initialement un programme d'alimentation sur place. A titre d'exemple, lorsque le taux d'immunisation contre la rougeole est faible, ou lorsqu'il y a une fréquence importante (épidémique) de maladies à cause du manque d'assainissement ou de la menace d'épidémies et lorsque le camp dispose de peu d'infrastructures de soins médicaux primaires et n'a donc pas de services mobiles, un PAS sur place peut constituer le meilleur moyen d'aborder rapidement les problèmes ou risques pour la santé. Dans un tel cas, il faut évidemment isoler les sujets atteints de maladies infectieuses, telles que la rougeole, dans des unités spéciales, éloignées des enfants pris en charge par le PAS qui n'ont pas contracté la maladie. Par ailleurs, s'il existe un nombre élevé de sujets atteints de malnutrition aiguë en l'absence de moyens suffisants pour assurer l'alimentation thérapeutique, les programmes d'alimentation sur place peuvent servir de "réservoirs" pour les plus malnutris qui pourront ainsi bénéficier d'un suivi plus étroit. Néanmoins, il faut

mettre en balance ces avantages et le risque accru de contagion que présentent les programmes d'alimentation sur place, ce qui sera déterminé à son tour par le niveau de surpeuplement des centres d'alimentation, les pratiques hygiéniques et le niveau d'aération (voir Annexe 3).

Lors des premiers stades d'une situation d'urgence aiguë dans un camp de réfugiés ou de personnes déplacées, il est parfois nécessaire d'élargir le groupe cible au-delà des enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou qui allaitent. Lorsque la population a été en déplacement depuis longtemps et a reçu peu d'aide, ou est en train de fuir une situation de longue durée d'insécurité alimentaire à cause de la sécheresse ou du conflit, de nombreux groupes différents risquent d'être touchés par la malnutrition. Les personnes âgées et infirmes en transit sont particulièrement vulnérables, mais les adolescents et les adultes peuvent figurer parmi les principaux groupes de sujets malnutris, notamment si de nombreux enfants en bas âge et personnes âgées sont déjà morts.

Les épidémies peuvent également conditionner le choix des groupes cibles. Des accès de maladies telles que la shigellose (une forme de dysenterie), que favorisent les camps surpeuplés et mal planifiés, peuvent rapidement provoquer la malnutrition chez toutes les tranches d'âge, mais surtout les jeunes et les personnes âgées. Le taux de mortalité peut vite augmenter, les sujets dont l'immunité est entamée par la malnutrition succombant aux infections opportunistes. Certaines organisations ont récemment établi des PAS d'urgence pour tous les sujets atteints de shigellose (voir Annexe 4).

## **6.2 Les camps de réfugiés : les populations stabilisées**

On peut dire d'une situation qu'elle s'est stabilisée lorsque l'afflux principal de réfugiés a eu lieu et le stade aigu de la crise est fini, un minimum de services de base étant fournis, accompagnés de faibles taux de malnutrition, de morbidité et de mortalité. Le Programme Alimentaire Mondial et le HCR font une distinction entre les crises aiguës de réfugiés durant moins d'un an et des crises prolongées durant plus d'un an. Des camps de réfugiés stabilisés ou bien établis représentent probablement le scénario le plus simple de mise en place d'un PAS d'urgence. En effet, les lignes directrices concernant les PAS d'urgence sont généralement rédigées en pensant à la situation des camps de réfugiés bien établis. Un camp bien organisé sera disposé en secteurs discrets et aura une infrastructure de soins de santé primaire gérée à partir de centres de santé et d'agents de santé communautaires recrutés parmi la population réfugiée. L'enregistrement de tous les ménages permettra de connaître la densité de la population dans chaque secteur du camp et les rations générales fournies par la communauté internationale d'aide correspondront au nombre de réfugiés. Dans une telle situation, une grande partie des méthodes préconisées par les lignes directrices existantes concernant les PAS d'urgence sont réalisables. En particulier, les distances relativement courtes que suppose la traversée du camp et le recensement à peu près exact permettront de mener facilement des enquêtes nutritionnelles régulières, servant à évaluer le besoin d'un PAS d'urgence, par exemple si le taux de malnutrition atteint un seuil de déclenchement et d'autres données concernant la sécurité alimentaire le justifient. Les résultats des études nutritionnelles permettront également de dépister les cas de malnutrition légère et modérée et de calculer la couverture du programme. Il est également relativement facile d'évaluer la suffisance de la ration générale (en comparaison avec une crise touchant une population

résidente en milieu rural), afin de déterminer si le PAS fournit réellement un complément plutôt qu'un remplacement partiel de la ration générale. Par ailleurs, les agents de santé communautaires ont la possibilité d'identifier, lors de leur travail sur le terrain, des bénéficiaires éventuels du PAS et de suivre les cas de renvois récents et d'abandon.

Néanmoins, l'autre scénario typique d'un camp de réfugiés de longue date est celui de l'institutionnalisation d'un mauvais système d'enregistrement faisant que le nombre de réfugiés inscrits dépasse le nombre réel. Après l'échec des efforts visant à installer un meilleur système d'enregistrement et à réenregistrer la population, il arrive que les donateurs optent pour une autre alternative, celle de réduire leurs engagements d'aide alimentaire sous prétexte que trop de nourriture est distribuée à la population. Si de nombreux réfugiés ayant un excès de cartes de rationnement sont en mesure de faire face à cette réduction des rations générales, ceux qui ont seulement des cartes légitimes peuvent se retrouver en difficulté. Ce scénario n'est que trop courant et a abouti à des situations où le droit que confère la possession d'une seule carte de rationnement se réduit à moins que la moitié d'une ration complète. Ceci a tendance à pénaliser les groupes les plus vulnérables au sein des populations de réfugiés, y compris les nouveaux venus qui n'ont pas eu

#### **Encadré 21**

##### ***L'enregistrement abusif et les conséquences pour le droit aux rations***

Dans le camp de réfugiés de Hartisheik, le nombre de cartes de rationnement entre les mains de la population du camp aurait été trois fois plus important que le nombre de réfugiés. En conséquence, les donateurs se mirent à réduire leurs apports de nourriture. A la fin, le titulaire d'une carte de rationnement avait droit à une ration de moins de 1.000 calories, c'est-à-dire moins de 50% des besoins énergétiques individuels, ce qui supporte mal la comparaison avec les rations individuelles de 1.600 calories attribuées dans les camps de concentration allemands tels qu'Auschwitz pendant la deuxième guerre mondiale.

la possibilité d'obtenir des cartes de rationnement supplémentaires et ne se sont pas assimilés aux réseaux économiques locaux, ainsi que d'autres groupes qui n'ont pas les moyens de participer à "l'économie parallèle" des cartes de rationnement. Parmi ces derniers seront des groupes ethniques faibles sur le plan politique ou des ménages ayant beaucoup de personnes à charge. Dans une telle situation, on constate parfois que la plupart des enfants malnutris se présentant aux centres d'alimentation appartiennent à un certain type de famille dont la sécurité alimentaire est compromise. Cela peut renforcer l'argument en faveur d'une augmentation de la ration supplémentaire d'urgence. La ration du PAS devient ainsi une forme de ration familiale partielle, acceptée par l'ensemble de la communauté de réfugiés, parce que le ciblage intervient à partir des critères apparemment scientifiques, c'est-à-dire qu'elles ciblent les familles ayant des enfants malnutris.

Dans une telle situation, certaines couches vulnérables de la population risquent d'être touchées par les carences en micro-nutriments. Lorsque le risque est identifié ou s'est déjà concrétisé, il convient de consacrer une attention particulière à la teneur en micro-nutriments de la ration supplémentaire et à la sélection de groupes cibles appropriés pour le PAS. L'idéal serait de remédier aux carences en micro-nutriments au moyen d'une amélioration de la ration générale, mais cela n'est souvent pas dans les compétences des organisations d'aide

responsables des programmes d'alimentation supplémentaire et thérapeutique. Par conséquent, si le scorbut ou la pellagre risquent de se déclarer ou sévissent déjà, il est d'autant plus raisonnable d'élargir le PAS aux personnes âgées, qui sont apparemment les plus touchées par ces maladies (voir Annexe 4).

### **6.3 Les camps pour les populations déplacées à l'intérieur de leur pays**

Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur des pays en voie de développement a connu une augmentation parallèle à celle des populations de réfugiés. De tels déplacements de population font généralement suite à l'insécurité/la guerre civile ou à la marginalisation à long terme des milieux agricoles à cause de la sécheresse, de la dégradation de l'environnement ou des facteurs politiques/économiques ayant un impact négatif sur les pratiques de subsistance. Les mouvements sont généralement en direction des centres urbains plus importants, où la population migrante s'attend à pouvoir assurer sa subsistance ou qui, dans le cas d'une guerre civile, sont considérés relativement sûrs.

Ces groupes de population appartiennent souvent à des ethnies marginalisées sur le plan politique ou longues victimes de discriminations. L'arrivée et la présence de ces groupes dans des centres urbains importants ne sont donc pas toujours vues d'un bon oeil par les gouvernements qui, en cherchant à décourager l'installation, ne font que des efforts limités pour assurer des services de base. Par ailleurs, de telles populations n'ayant pas le statut de réfugiés, aucune organisation internationale n'est vraiment responsable de leur bien-être. En conséquence, l'intervention des organisations internationales d'aide est souvent mal coordonnée et incomplète.

Le scénario typique dans le cas d'une population déplacée à l'intérieur d'un pays est donc le suivant : les personnes déplacées seront nombreuses à habiter chez des parents et des amis en ville, mais encore plus nombreuses à habiter dans les camps s'étalant sur toute la périphérie de la ville. Ces camps sont souvent dépourvus d'équipements collectifs de base et la population s'assimile souvent partiellement à l'économie locale qui est souvent sujette à des fluctuations économiques considérables. Les camps seront souvent inaccessibles au personnel des organisations pendant la nuit, à cause des risques pour la sécurité, et la population n'aura pas droit à une ration générale d'urgence de la part de la communauté internationale d'aide à moins qu'une crise aiguë ne se manifeste.

Dans une telle situation, une enquête nutritionnelle peut sensibiliser les organisations au besoin d'un PAS si elle révèle un nombre important de cas de malnutrition légère et modérée. Néanmoins, le gouvernement peut s'opposer aux tentatives d'établissement d'un PAS puisqu'il considère qu'une telle infrastructure encourage la permanence. Lorsqu'une organisation parvient à établir un PAS, il est donc souvent nécessaire de poursuivre l'opération même si des enquêtes nutritionnelles ultérieures font état d'un faible niveau d'émaciation, afin de pouvoir, en cas d'une détérioration successive sur le plan nutritionnel, mettre en oeuvre rapidement un PAS élargi sans avoir à entreprendre de longues négociations avec le gouvernement. En effet, dans de tels camps, le besoin de PAS d'urgence se présente souvent de façon saisonnière, des augmentations importantes de prix pendant la soudure créant un stress économique considérable au sein de la population. Les fluctuations saisonnières prononcées de l'émaciation sont un fait notoire dans des camps de populations déplacées.

**Encadré 22**

***Améliorer la couverture des PAS d'urgence :  
Khartoum, Soudan***

En dépit des nombreuses initiatives visant à améliorer la couverture des PAS d'urgence dans les camps de personnes déplacées du Sud autour de Khartoum, il s'est avéré impossible de toucher plus de 30% des personnes éligibles au programme parmi la population malnutrie avant l'introduction d'une ration pour les familles ayant des enfants malnutris (programme d'intervention nutritionnelle). L'injection de davantage de ressources dans le système d'agents communautaires de santé pour retrouver des enfants malnutris, l'amélioration de la ration supplémentaire afin qu'elle soit plus appétissante et l'utilisation d'un système de haut parleurs mobiles afin d'annoncer l'existence du programme ont figuré parmi les initiatives visant à améliorer la couverture avant l'introduction de la ration familiale. Néanmoins, ces efforts ont été en grande partie contrecarrés par le nombre limité d'agents de santé communautaires (seulement 4 pour une population de 30.000), par l'approvisionnement irrégulier en vivres de la part des donateurs et l'insécurité des camps dont le transfert était prévu à tout moment. Lors de l'introduction en 1992 de la ration pour les familles se présentant avec des enfants malnutris, la couverture a presque immédiatement dépassé 80% de la population cible.

Un autre problème associé à ce type de population concerne le développement non structuré et la disposition fortuite des camps, les migrants s'installant pratiquement sans supervision de la part du gouvernement ou des organisations d'aide. Les camps s'étendent donc sur de grandes superficies ayant des structures internes d'administration mal organisées. Par conséquent, lors de la mise en place de PAS d'urgence, il peut s'avérer très difficile d'assurer la couverture de la plupart de la population malnutrie. Compter sur l'appui des agents de santé communautaires, s'il en existe, peut permettre de toucher davantage de bénéficiaires. Néanmoins, une contrainte plus grave sur la participation au PAS peut se présenter à cause de la manière dont les personnes déplacées se sont assimilées à l'économie. Il se peut que la plupart de ceux qui ont la garde d'enfants (les mères) fournissent une aide ménagère en ville en début de matinée ou s'occupent de petit commerce, ce qui suppose des heures de travail inflexibles. En absence d'une ration générale régulière fournie par la communauté d'aide, ces formes d'emploi sont d'une importance cruciale pour la population déplacée. En conséquence, le personnel des PAS peut constater que de nombreux enfants sont amenés aux centres d'alimentation par des frères et soeurs à peine plus âgés. Les modalités de travail de la population bénéficiaire constituent donc une variable clef sur le plan de la réussite du programme et doit être prise en compte lors de la conception du programme. Il est donc conseillé de mener une évaluation rapide avant d'introduire un programme. Lorsque des conflits risquent de se produire, les organisations devraient privilégier les programmes de rations sèches à emporter. Si la couverture/la participation ne s'améliore pas, des mesures incitatives supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires, sous forme d'une ration sèche plus importante, voire d'une ration pour les familles ayant des enfants malnutris. Il s'agit de voir si les adultes économiquement actifs sont en mesure de consacrer ne serait-ce qu'un jour par quinzaine à un programme qui ne fournit qu'une petite quantité de nourriture pour un enfant malnutri.

L'absence d'une ration générale d'urgence et l'assimilation marginale à l'économie locale peuvent, dans certaines situations, déterminer le fonctionnement de PAS dans un contexte de rations générales insuffisantes. Néanmoins, notamment dans le cas de populations déplacées

à l'intérieur d'un pays qui sont souvent marginalisées sur le plan politique et sous-représentées au niveau de la prise de décisions gouvernementales, l'existence d'un PAS peut permettre d'obtenir des données importantes concernant le nombre accru de sujets malnutris et du progrès de ces sujets grâce au programme d'alimentation. Ces données peuvent être utilisées pour faire pression sur la communauté d'aide afin que des rations générales d'urgence soient fournies. La collecte routinière de telles données fournit également des informations plus opportunes sur la détérioration que les enquêtes nutritionnelles qui ne sont menées que de temps en temps (voir Annexe 2).

### **Le conflit et ses conséquences pour les PAS dans des camps**

Les migrants sont souvent en train de fuir des situations de guerre. Il est donc fort probable qu'un nombre important de personnes au sein de cette population soient traumatisées. Les conséquences du traumatisme peuvent être dramatiques. Les adultes peuvent perdre leur volonté de vivre ou la capacité de s'occuper des enfants. La lactation peut s'arrêter chez les mères et être difficile à rétablir en l'absence d'un soutien considérable et, dans des cas extrêmes, d'une assistance socio-psychologique.

Dans des situations de famine où l'état nutritionnel et la lactation des mères ont été gravement atteints, il est généralement admis qu'un appui nutritionnel sous forme de complément d'alimentation peut rétablir la lactation d'au moins 98% des mères affectées. Néanmoins, ce pourcentage peut être largement inférieur s'il existe un nombre important de mères profondément traumatisées. Par ailleurs, lors des premiers stades d'une situation d'urgence, il est parfois très difficile d'établir des services de soutien nutritionnel convenables pour les mères. Dans un tel cas, en dépit des avantages considérables de l'allaitement au sein (et les risques d'utilisation des substituts du lait maternel), il se peut qu'une proportion importante des mères aient besoin de lait en poudre. Il faudra alors fournir des substituts du lait maternel, mais uniquement sous supervision stricte, c'est-à-dire à travers un programme d'alimentation sur place, en s'efforçant de rétablir la lactation chez les mères traumatisées. Dans des camps établis de plus longue date, les programmes seront normalement en mesure de fournir une combinaison convenable d'appui nutritionnel et psychologique à des mères connaissant des problèmes de lactation dûs à la malnutrition et du traumatisme. Les PAS d'urgence se doivent de privilégier, dans un tel cas, les femmes malnutries qui allaitent ou les mères dont la lactation est détériorée.

Il arrive aussi que des populations déplacées par la guerre emportent avec elles les germes de conflits ultérieurs. Un exemple frappant nous vient des réfugiés somaliens dans des camps de réfugiés au Kenya, où certains clans ou fractions contrôlaient, paraît-il, les conditions dans les camps au détriment d'autres réfugiés. S'il n'existe pas de données pour soutenir cette hypothèse, il est probable que le résultat en a été une sécurité alimentaire bien plus précaire pour certains groupes que pour les clans dominants. L'accès à certaines ressources, par exemple les moulins à grain, ou à des possibilités d'emploi à l'extérieur du camp, peut être contrôlé par les groupes dominants. Ce contrôle n'étant pas ouvert, le personnel des organisations extérieures auront souvent du mal à le repérer. Dans une situation pareille, les données des PAS d'urgence peuvent être associées à des données ventilées d'enquêtes anthropométriques afin de démontrer les différences d'état nutritionnel d'un groupe à l'autre et de déterminer si une discrimination en termes de tribus ou de clans a des conséquences néfastes pour la sécurité alimentaire de certains groupes.

Un autre phénomène lié aux conflits concerne les camps situés suffisamment proches du pays d'origine pour que les réfugiés puissent y retourner de temps en temps afin d'entreprendre des activités agricoles ou militaires (rebelles). Les conséquences ou les implications sont multiples. Lorsque la sécurité alimentaire dans les camps est extrêmement précaire, peut-être à cause d'une ration générale insuffisante, les familles prennent souvent le risque de retourner sur leur terre natale pour y planter et récolter. C'est ainsi que de nombreuses personnes périssent et des enfants deviennent orphelins. De la même façon, si les hommes sont encouragés ou forcés à participer aux activités rebelles, des ménages peuvent être privés, temporairement ou à tout jamais, de soutien masculin. Il est parfois possible d'obtenir de telles informations concernant les circonstances des familles individuelles grâce au PAS, notamment en ce qui concerne la sécurité alimentaire des ménages et l'état nutritionnel des enfants. Le tableau général de la situation des différents groupements politiques/ethniques qui s'en dégage peut informer les décisions de politique en matière de sécurité alimentaire.

**Encadré 23**

***Difficultés de l'alimentation sur place : Dondo, Angola***

D'après une étude menée en juillet 1994 dans le camp de Mocosso pour les personnes déplacées dans la ville de Dondo en Angola (population d'environ 7.500), à peu près 40% des chefs de famille était des femmes. La population déplacée fuyait l'intensification de l'activité militaire des forces gouvernementales qui avait entraîné la reprise de la ville provinciale de N'dalatando. Une grande partie des nouveaux venus souffrait de malnutrition aiguë, et victimes de kwashiorkor et de marasme elles se présentaient aux centres d'alimentation. Le pourcentage élevé de ménages ayant une femme en tant que chef de famille aurait aggravé le problème du taux faible de personnes se présentant au centre d'alimentation. Les mères abandonnaient le programme avant le rétablissement complet et le renvoi de leurs enfants, parce qu'elles ne pouvaient subvenir à la fois aux besoins de tous les membres de la famille et consacrer tout leur temps à un enfant malade.

Lorsque des populations déplacées à l'intérieur d'un pays fuient des conflits civils, comme dans le cas du Sud du Soudan ou la région de Shaba au Zaïre, l'origine tribale/ethnique des migrants peut affecter leur sort. Certaines tribus auront des liens ethniques étroits avec la population locale, tandis que d'autres seront considérées d'un oeil plus favorable par le gouvernement. Des avantages économiques peuvent en découler. La proportion relative d'enfants de différents groupes participant aux PAS est un indicateur de l'impact de ces avantages sur la sécurité alimentaire. Si l'impact est significatif, l'organisation d'aide aura éventuellement intérêt à modifier son programme conformément à cette situation.

Le déplacement (à l'extérieur ou à l'intérieur du pays) provoqué par la guerre peut également produire une structure démographique inhabituelle dans les camps. Dans certaines situations, les chefs de ménage féminins prédomineront parce que les hommes auront été appelés sous les drapeaux. Ceci peut entamer l'efficacité des PAS d'urgence, car les mères auront d'autant plus de mal à participer à des programmes qui interfèrent avec leurs autres responsabilités familiales.

**6.4 Les populations rurales résidentes en dehors des camps**

Il est presque axiomatique que les programmes à l'intention de populations résidentes se déroulent dans une situation moins urgente que les programmes à l'intention de populations déplacées, pour lesquelles le déplacement représente le dernier recours après l'épuisement de toutes les stratégies d'adaptation. Par ailleurs, le déplacement accroît souvent les risques pour la nutrition et la santé, les populations se retrouvant dans des camps où la satisfaction des besoins fondamentaux n'est pas encore assurée.

Néanmoins, les populations restées sur place peuvent également connaître une situation très grave sur le plan de la nutrition et de la santé, les programmes d'alimentation d'urgence intervenant dans un contexte de pénurie alimentaire prononcée. Les PAS d'urgence à l'intention de populations résidentes sont donc mis en oeuvre dans des situations bien différentes, allant du simple risque d'un déclin nutritionnel qui ne s'est pas encore concrétisé à un scénario où plusieurs années de récoltes perdues et d'érosion des moyens d'existence ont entraîné la population au bord de la famine et de l'exode forcé.

Face à cet éventail de situations, les organisations conscientes du besoin d'intervenir au niveau de l'alimentation doivent prendre une décision difficile quant à l'emplacement des PAS d'urgence. Elles devront éventuellement choisir entre un programme villageois ou un programme basé dans des centres de santé ou à un niveau intermédiaire, par exemple dans des cliniques secondaires ou les centres d'alimentation hâtivement mis sur pied desservant de nombreux villages. Chaque type d'infrastructure présente des avantages et des inconvénients, mais il semble que de nombreuses organisations oublient systématiquement les inconvénients et ne tirent pas parti des avantages. Il est important de peser le pour et le contre avant de décider du type de programme et, une fois que l'infrastructure des programmes est choisie, il faut éviter ou de respecter certaines pratiques.

### **Les programmes villageois**

Le choix de villages pour l'établissement de PAS d'urgence peut présenter de grandes difficultés, notamment lorsque la crise alimentaire touche une zone géographique importante où de nombreux villages devront être ciblés. Dans ce type de situation, aucune méthode testée et éprouvée n'existe pour identifier les villages nécessaires. Les enquêtes nutritionnelles demandent beaucoup de temps et les résultats sont rarement valables sur le plan statistique, car le nombre d'enfants dans chaque village peut être insuffisant pour permettre une comparaison des résultats. Même des raccourcis tels que la méthode d'enquête groupée, qui consiste à mesurer la circonférence du milieu du bras des enfants dans un village central d'une zone géographique et à extrapoler les résultats par rapport aux villages environnants, peuvent prendre beaucoup de temps et d'argent. Il est également difficile d'établir les limites ou les seuils de déclenchement qui détermineront quels villages bénéficieront du programme. Il faut considérer la possibilité que chaque village ait atteint un stade différent d'insécurité alimentaire. Aussi, la population d'un village qui a un faible taux d'émaciation peut être sur le point d'épuiser complètement ses stocks de nourriture, alors que jusqu'au moment de l'enquête sa situation était acceptable, tandis qu'une autre population villageoise plus atteinte par l'émaciation et ayant été victime de stress depuis longtemps a développé des stratégies d'adaptation permettant de stabiliser sa situation. Par ailleurs, comme discuté préalablement dans cette revue, l'état nutritionnel peut être influencé par la morbidité et les contraintes en matière de soins parentaux, un niveau élevé d'émaciation pouvant donc indiquer qu'il convient de privilégier la santé et le soutien de revenus plutôt que l'alimentation d'urgence. Il

est donc indispensable d'associer les données anthropométriques à des données contextuelles qui permettent de mieux interpréter les données nutritionnelles en ce qui concerne le besoin d'alimentation supplémentaire.

On peut qualifier ces données contextuelles de socio-économiques, c'est-à-dire qu'elles permettent de comprendre la situation sociale et économique de la population - ressources, accès à des possibilités de gagner des revenus, accès économique et physique aux marchés, etc. - afin d'identifier le besoin de nourriture supplémentaire. Néanmoins, il n'est pas facile d'obtenir des données socio-économiques. Les méthodes sont peu développées en comparaison des enquêtes nutritionnelles et les résultats peuvent véhiculer de grosses inexactitudes et des déformations, telles qu'une faible représentation des ressources, ou des malentendus culturels. Les organisations ont essayé de nombreuses méthodes, telles que les évaluations rurales rapides à partir des sources locales d'information et des informateurs clés ou de grandes enquêtes au sujet du budget et des dépenses des ménages. On peut tout de même affirmer, à quelques exceptions près, qu'une grande partie de ces informations se sont avérées inutiles à des fins de ciblage, à cause d'inexactitudes évidentes et du fait que les méthodologies d'interprétation des données n'ont pas été élaborées avant la réalisation de l'enquête/évaluation.

Les efforts récents de ciblage inter-villageois de PAS donnent des indices quant aux méthodes performantes.

1. Les données socio-économiques doivent compléter les données anthropométriques.
2. La collecte de données socio-économiques peut poser de nombreux problèmes et exiger beaucoup de ressources. L'évaluation de conditions socio-économiques en l'absence d'expérience précédente d'une région ou sans passer par les sources/réseaux d'information existants se justifie donc uniquement si les données vont servir également à orienter les décisions en matière de ciblage de ressources de programme plus importantes, par exemple dans le cadre d'un programme de rations générales.

Compte tenu de ces exigences, les organisations auront intérêt à mener une analyse critique de la nécessité d'un ciblage inter-villageois. Parmi les justifications habituelles sont le manque de ressources pour toucher tous les villages et la crainte d'un approvisionnement excessif de certains villages pouvant décourager l'activité agricole et économique. Si cela n'est pas vraiment le cas, il sera peut-être plus prudent de faire participer au PAS tous les villages dans une zone touchée par la crise alimentaire. Une telle décision est d'autant plus raisonnable que des difficultés supplémentaires peuvent se présenter au moment d'un changement ultérieur sur le plan de la sécurité alimentaire, par exemple une récolte partielle, nécessitant le réexamen de l'évaluation initiale de ciblage. Le ciblage inter-villageois a pour autre complication que le dispositif logistique qui en découle peut rapidement se transformer en cauchemar si des villages séparés par de grandes distances et de très mauvaises routes sont sélectionnés par le programme. Distribuer de petites quantités de nourriture supplémentaire à des villages disparates ne constitue pas forcément l'utilisation la plus rentable des ressources disponibles.

**Encadré 24**

***Les difficultés de suivre des PAS villageois :***

***Province de Kosti, Soudan***

Lors de la mise en oeuvre d'un PAS villageois d'urgence dans la Province de Kosti au Soudan, en réponse à la sécheresse de 1990-91, l'ONG concernée finit par cibler 250 villages sur les 650 villages existants. La sélection reposa sur les résultats d'une opération de mesure de la circonférence du milieu du bras et des procédures d'évaluation socio-économique mal élaborées par des coordinateurs régionaux. L'évaluation rétrospective du programme permit de constater que les enquêtes CMB avaient pris beaucoup de temps sans être correctement assurées, que les évaluations socio-économiques avaient été extrêmement inexactes, les coordinateurs n'utilisant pas de procédures standard, et que des facteurs politiques avaient inévitablement influé sur le choix définitif des villages. Par ailleurs, la collecte de données prit tellement de temps que l'intégration des villages au programme se fit sur une période de cinq mois en attendant les résultats des différentes enquêtes. Finalement, le rendement variable des cultures dans la province provoqua une modification profonde de la vulnérabilité des villages, mais l'ONG n'eut ni les ressources ni la "motivation" pour procéder à une nouvelle évaluation afin de recibler le programme.

***Le suivi.*** Le suivi de programmes villageois peut également poser d'immenses problèmes à cause des contraintes logistiques et peut engloutir énormément de ressources. Là aussi, il y a quelques enseignements à tirer des expériences récentes.

Etant donné que les PAS d'urgence ont pour but principal de fournir un complément d'alimentation aux groupes vulnérables et, lorsque la ration générale est insuffisante, d'influencer les décisions de ciblage à l'intérieur des ménages afin que les groupes cibles puissent consommer ce qui leur revient, il importe de contrôler si les ménages bénéficiaires respectent cette disposition. Il faut également surveiller la livraison régulière d'aliments par les fournisseurs et veiller à ce qu'il n'y ait pas "d'écoulement" à l'extérieur des villages ciblés. Le suivi doit donc être assuré régulièrement, sous forme de visites aux sites, de contrôle des magasins afin de vérifier que les quantités prévues ont été livrées et d'évaluation de la corrélation entre les quantités distribuées par les magasins villageois et le nombre de bénéficiaires identifié au village, pour s'assurer que d'autres personnes n'en profitent pas. Cela suppose un

**Encadré 25**

***Difficultés de suivi***

***dans la Province de Kordofan, Soudan***

Lors de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence dans 60 centres de santé largement espacés dans la zone rurale de Kordofan au Soudan Occidental, suite à la sécheresse de 1991/2, l'ONG responsable mit plusieurs mois à se rendre compte que les livraisons de nourriture n'atteignaient pas de nombreux points d'alimentation. Ceci était dû au fait que les camionneurs n'étaient pas disposés à faire de longs voyages pour ne distribuer que de petites quantités de nourriture. Du fait des distances importantes et du mauvais état des routes, l'ONG en question était pratiquement dans l'impossibilité de suivre son intervention de près. Finalement, le programme fut suspendu et reformulé afin de toucher un nombre beaucoup moins important (18) de villages nécessaires.

travail énorme lorsque les villages ou points d'alimentation sont séparés par de longues distances à tel point que soit la plupart des ressources de l'organisation sont littéralement consacrées à ces activités soit le suivi est mal assuré, dans quel cas les problèmes graves restent sans solution pendant de longues périodes.

Les organisations doivent veiller à ce que le suivi ne se transforme pas en surveillance. Il est de plus en plus fréquent que les donateurs fournissent assez de céréales pour une ration générale d'urgence mais de petites quantités de légumineuses et d'huile. Par conséquent, il arrive que les organisations d'aide décident d'attribuer les haricots et l'huile par l'intermédiaire d'un PAS villageois de rations sèches à emporter. Néanmoins, le manque de tels produits dans l'alimentation des ménages peut faire en sorte que de nombreuses familles ne répondant pas aux critères du programme reçoivent ces produits de la part des comités villageois d'attribution, parce qu'elles sont tout aussi pauvres et extrêmement nécessiteuses et parce que les personnes éligibles au programme, ne constituent pas les groupes cibles convenus. Si les organisations ont le droit d'essayer d'encourager les ménages et les comités villageois à se conformer aux objectifs du PAS dans ce type de situation, il faut éviter que la politique ne devienne coercitive, par exemple en punissant les villages qui abusent du système. En dernière analyse, après avoir mené des discussions ouvertes, les organisations d'aide doivent respecter les décisions de ciblage à l'intérieur des villages et des ménages, afin d'éviter de consacrer énormément de ressources à la "vérification" et à la pénalisation des villages

bénéficiaires.

**La collecte de données.** Les efforts pour mettre en oeuvre des systèmes de collecte de données au niveau villageois dans le contexte des PAS d'urgence ont souvent connu l'échec. L'expérience de l'établissement d'une capacité de suivi de la croissance, aussi simple soit-elle, n'est pas encourageante. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons, y compris la difficulté de

#### **Encadré 26**

##### ***Difficultés dans le suivi des PAS villageois : Sud du Zimbabwe***

Dans le cadre d'un PAS villageois d'urgence fonctionnant par l'intermédiaire de 1.600 points d'alimentation dans deux provinces du sud du Zimbabwe, l'ONG responsable forma certains villageois au suivi du poids. Les villageois n'avaient qu'à noter le poids des enfants (sans noter la taille ni l'âge). Même ce système simplifié n'aboutit pas à l'enregistrement régulier et exact du poids. Les balances disparaissaient et les carnets n'était pas toujours remplis. Par ailleurs, du fait de la difficulté de contrôler plus de 1.600 sites dispersés, ce n'est que vers la fin du programme d'alimentation qu'il devint évident que la collecte de données était mal assurée et les données collectées peu utiles. Il convient de noter que cette situation se produisit en dépit du fait que l'infrastructure routière dans le sud du Zimbabwe est relativement supérieure à d'autres pays africains dans la région.

former des villageois

illettrés, la motivation insuffisante des enquêteurs non-rémunérés, le manque de transport pour se rendre dans les villages éloignés du centre d'alimentation, l'absence d'équipement et le nombre insuffisant de visites sur le terrain par le personnel des organisations. Les enseignements à tirer de cette expérience sont qu'il ne faut pas essayer d'instituer un suivi de la croissance à partir de zéro dans les programmes villageois au plus fort d'une situation d'urgence. A la fin de la phase de crise aiguë, ou une fois que le programme fonctionne de façon satisfaisante et que l'organisation d'aide a suffisamment de ressources, s'il est prévu de poursuivre le PAS, l'introduction de formes simples de suivi de la croissance peut s'avérer possible. Il y a, cependant, un type de collecte de données et de suivi plus facile à assurer dans le cadre d'un PAS villageois que d'un PAS basé dans des centres de santé, à savoir l'identification des cas d'abandon et l'enquête qui en détermine la cause.

Les PAS villageois présentent également l'inconvénient d'être difficiles à mettre en oeuvre en même temps que certains types des soins médicaux qui exigent la présence de personnel sanitaire spécialiste et formé. Par conséquent, si la crise alimentaire s'aggrave et certains sujets viennent à souffrir de malnutrition aiguë, il faudra les adresser au centre de santé le plus proche. Par ailleurs, l'identification des cas de malnutrition risque d'être moins évidente dans le cadre d'un PAS villageois. De la même façon, si la crise alimentaire se produit dans une zone de carence endémique en vitamine A ou en micro-nutriments, il sera plus difficile d'assurer le diagnostic et le traitement dans le cadre d'un PAS villageois. L'organisation d'aide devra essayer de prédire (même inexactement) l'infrastructure qu'il convient d'utiliser, avant de vouloir juger de l'impact nutritionnel probable de la situation d'urgence sur la prévalence de la malnutrition aiguë et la disponibilité de micro-nutriments.

#### **Les programmes basés dans les centres de santé**

La mise en oeuvre de PAS d'urgence à travers des centres de santé est parfois décidée pour

des raisons de commodité, car les centres de santé ont généralement une bonne infrastructure de service et se trouvent dans les zones de plus forte densité démographique. Par ailleurs, le personnel existant est en mesure de traiter les cas de malnutrition grave et de gérer avec une facilité relative les activités médicales complémentaires et le suivi de la croissance que suppose un PAS. Les centres de santé existants ont pour inconvénient principal de ne pas forcément se trouver là où les besoins sont plus importants (en réalité, les centres de santé sont souvent en dehors des zones rurales les plus pauvres) et de couvrir moins de personnes que des programmes villageois. Par ailleurs, les bénéficiaires doivent normalement consacrer davantage de temps à de tels programmes puisqu'ils ont à parcourir de plus grandes distances pour se rendre au centre.

Les expériences récentes montrent que plusieurs éléments importants se rapportant aux programmes menés à travers les centres de santé sont souvent passés sous silence. Dans de nombreux pays en voie de développement, les programmes de santé maternelle et infantile (SMI) menés par les centres de santé contrôlent systématiquement la croissance des enfants de moins de cinq ans. Ces informations sont souvent rassemblées et analysées au niveau du district, de la province et du pays. Publiées par la suite, ces données indiquent les taux de base de malnutrition aux différents niveaux administratifs. Elles permettent également de déterminer les tendances de la malnutrition, telles que les variations saisonnières ou provoquées par la sécheresse. Il est possible d'exploiter ces informations pour cibler les initiatives de développement et, dans certains cas, pour prévoir les crises alimentaires. Etant donné qu'elles proviennent de cliniques, ces données ne s'appliquent pas toujours aux couches les plus pauvres de la population qui ne participent pas forcément au programme de SMI. Elles sont toutefois un outil de comparaison utile pour une analyse géographique et sociologique. Dans beaucoup de pays, cette information de base, accumulée sur de nombreuses années, est devenu un outil opérationnel utile dans le domaine de la politique et de la planification du développement et de l'aide d'urgence.

Néanmoins, le suivi de la croissance compte généralement sur des mesures du rapport poids/âge qui, comme mentionné auparavant, indiquent l'état nutritionnel passé aussi bien que présent. Aussi, les enfants ayant un faible rapport poids/âge peuvent être de petite taille (chétifs) sans être maigres (émaciés). Un épisode passé de malnutrition explique donc leur faible rapport poids/âge. Par conséquent, inscrire de tels enfants à des PAS d'urgence n'est peut-être pas indiqué. Il est généralement admis maintenant que les enfants chétifs peuvent tirer profit d'une alimentation supplémentaire jusqu'à l'âge de deux ans, c'est-à-dire qu'il leur est possible de rattraper les retards de croissance. Néanmoins, le risque de morbidité et de mortalité est beaucoup plus faible chez les enfants chétifs que chez les enfants émaciés.

Dans la plupart des communautés rurales, le taux de malnutrition en termes de faible rapport poids/âge est beaucoup plus élevé que le taux de malnutrition mesuré en termes de faible rapport poids/taille (émaciation). Il s'ensuit que toute tentative de mise en oeuvre d'un PAS d'urgence à partir du rapport poids/âge au lieu du rapport poids/taille entraînera initialement l'inscription d'un nombre beaucoup plus important. En effet, la solution optimale dans une telle situation serait d'inscrire tous les enfants malnutris de moins de cinq ans ayant un rapport poids/âge de moins de 80% de la normale (troisième centile de la courbe de croissance) et de contrôler leur croissance pendant deux à trois mois. Il sera possible à ce moment là de renvoyer les enfants de plus de deux ans qui suivent la courbe de croissance mais n'ont pas atteint 80% (du rapport normal poids/âge), étant donné qu'ils ont en fait une

croissance normale, ne courent pas de risque accru et ne tireront pas vraiment de profit du PAS.

Néanmoins, le risque que les programmes soient complètement surchargés lors des premiers stades n'est pas écarté pour autant. De plus, à défaut d'utilisation du critère poids/taille, les bénéficiaires seront toujours plus nombreux, même au bout de quelques mois, car les enfants chétifs de moins de deux ans seront eux aussi inclus au programme.

Evidemment, dans la plupart des situations, il est déconseillé de changer le système de suivi de la croissance en faveur du critère poids/taille, car il faudrait reformer le personnel et acheter du matériel neuf. Un tel changement entraînerait également une modification radicale des données de base du système national de suivi de la croissance. Néanmoins, la possibilité n'est pas à exclure, par exemple lorsque l'organisation intervient par l'intermédiaire d'un nombre réduit de centres de santé.

Une autre difficulté, rarement prévue, concerne l'impact de la distribution par un PAS d'urgence de rations à travers une structure existante de programme SMI sur le taux d'assistance. Il est inévitable que davantage de gens se rendent au centre de santé afin d'obtenir la ration offerte par le PAS. Plus le stress alimentaire dans la zone est aiguë ou plus le complément d'alimentation est important ou varié, plus le programme d'alimentation deviendra un pôle d'attraction. Il existe des cas de programmes SMI qui ont vu l'assistance quadrupler suite à l'introduction de la ration supplémentaire d'urgence.

Un tel accroissement du nombre de participants peut avoir plusieurs conséquences. La charge de travail des agents du programme SMI augmente significativement, notamment s'ils sont chargés de stocker, d'attribuer et de justifier les rations alimentaires. Il faut donc veiller à ce que cette charge de travail supplémentaire ne gêne pas leurs activités normales dans le cadre du programme de santé. Lorsqu'un tel conflit se produit, les organisations d'aide ont intérêt à envisager d'embaucher d'autres personnes pour qu'elles assument quelques-unes des responsabilités supplémentaires que suppose la mise en oeuvre du PAS d'urgence.

Il convient aussi, ce que l'on oublie souvent, de tenir compte de l'impact éventuel de l'assistance accrue au programme SMI sur la base de données existante. En effet, un accroissement important du nombre de participants suite à l'introduction d'un PAS indique souvent que le coût de participation au programme SMI pour les ménages, habitant souvent loin du centre où le programme est basé, était auparavant trop élevé.

Par conséquent, on peut en déduire que l'état nutritionnel de ces ménages est considérablement moins bon que celui de ceux qui assistent régulièrement à la clinique SMI. Le taux global de malnutrition, d'après les résultats du suivi de la croissance dans le cadre du programme SMI, augmente significativement en

**Encadré 27**

***Changer de méthodes de mesure anthropométriques :***

***Angola et Malawi***

Une organisation intervenant par l'intermédiaire d'un nombre réduit de centres de santé dans des villes touchées par le conflit en Angola abandonna le critère poids/âge en faveur du critère poids/taille, car elle s'aperçut que l'admission au programme de nombreux cas n'était pas vraiment justifiée. Cette organisation pouvait se permettre un tel changement car il lui était facile de former le personnel existant au nouveau système. Par ailleurs, les données de suivi de la croissance ne faisaient pas partie d'un système national de surveillance nutritionnelle. A Dedza au Malawi, une autre organisation intervenant auprès de cinq centres d'alimentation, pourvus de personnel du Ministère de la Santé, changea également de système de mesure pendant le programme. Une fois de plus, les données n'étaient pas collectées dans le cadre d'un système existant de surveillance nutritionnelle. Le nombre limité de centres permit d'assurer le changement de façon relativement facile sous la supervision de l'organisation. Dans les deux cas, l'un des objectifs fut atteint : le nombre d'entrées diminua de façon spectaculaire, améliorant ainsi l'efficacité du programme, ainsi que la supervision et le suivi des enfants pris en charge.

même temps que l'assistance. Il arrive que ce taux plus élevé de malnutrition constaté dans les centres de santé continue pendant, voire après le PAS d'urgence, donnant l'impression que celui-ci a été associé à une augmentation du taux de malnutrition. Par ailleurs, du fait du taux plus élevé de malnutrition parmi ceux qui assistent au programme SMI à la fin du PAS, une grande partie des données de base collectées pendant les années précédentes, qui ont pu servir à des fins de ciblage et d'alerte précoce, ne seront plus valables.

Il importe d'être conscient de ce phénomène pour plusieurs raisons :

Premièrement, il faut essayer de protéger la base de données. On peut, par exemple, séparer les participants anciens des participants nouveaux après l'introduction du programme d'alimentation. La façon dont les données sont recueillies et enregistrées au niveau des cliniques déterminera la possibilité de réaliser cette séparation. Deuxièmement, il faut tenir compte de l'impact d'une assistance accrue lors de l'interprétation de la prévalence de la malnutrition. Un taux plus élevé de malnutrition n'indique pas forcément que le PAS est inefficace ou que la situation de sécurité alimentaire est en train de se détériorer rapidement. Par ailleurs, il est déconseillé d'attendre que le taux de malnutrition retrouve son niveau d'avant le PAS pour mettre fin au programme.

Finalement, les organisations doivent se préparer à l'assistance accrue aux programmes SMI afin de pouvoir maximiser leur apport en soins médicaux. Une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé et des organisations telles qu'UNICEF au niveau national, provincial et du district sera donc nécessaire. En fonction de leur cause, les crises alimentaires s'associent généralement à une prévalence accrue de certaines maladies telles que la diarrhée, la gale, la rougeole et les carences en micronutriments. Il est donc indispensable que les organisations d'aide se joignent au Ministère de la Santé afin de prévoir les besoins en médicaments et en vaccins une fois que le PAS aura été mis sur pied. L'augmentation probable de l'assistance représente l'occasion idéale d'améliorer la réalisation des objectifs de PEI. Bien trop souvent, les centres de santé épuisent leur stock de médicaments et de vaccins lorsque des PAS d'urgence sont mis en oeuvre. Il faut donc que les organisations discutent de la demande probable de services SMI avec le personnel du Ministère de Santé dans le district. Ces calculs tiendront compte des évaluations de la population dans la circonscription du centre de santé et, le cas échéant, des expériences précédentes de PAS d'urgence dans la région.

Compte tenu des ressources considérables qu'une organisation d'aide doit consacrer à l'établissement d'un PAS d'urgence au sein d'un centre de santé (logistique, emmagasinage, suivi, etc.) et des limites de ses possibilités d'attribution (une ration supplémentaire fournit à

**Encadré 28**  
***L'influence des taux d'assistance sur le suivi de la croissance : Sud de la Zambie***

Lorsqu'il fut décidé de mettre en oeuvre un programme d'alimentation d'urgence après la perte des récoltes en 1992, les données de suivi de la croissance collectées par les programmes SMI dans deux districts du Sud de la Zambie ne signalaient pas de détérioration de la situation nutritionnelle. A ce moment, le taux de malnutrition constaté par le programme SMI était moins de 20%. L'introduction d'une ration supplémentaire d'urgence au centre de santé provoqua une augmentation spectaculaire de l'assistance, surtout après l'adjonction d'huile à la ration. Ceci coïncida avec une augmentation du taux de malnutrition en termes du pourcentage d'enfants jugés malnutris selon les critères du programme SMI. Au début de la suppression progressive du programme suite à la prochaine récolte satisfaisante, le taux de malnutrition aux centres de santé dépassait 30%, reflétant le type de bénéficiaires du programme SMI.

peine 10% des besoins énergétiques des ménages), il est évident que la fourniture d'apports complémentaires dans le domaine de la santé doit être considérée tout aussi prioritaire que la fourniture du complément d'alimentation. Il est donc raisonnable d'affirmer que toute évaluation d'un PAS d'urgence au niveau d'un centre de santé doit aussi tenir compte de l'objectif d'augmenter le taux de vaccination et la fourniture de médicaments.

## **6.5 Les populations déplacées en dehors des camps**

Dans certaines situations, les populations rurales sont déplacées vers d'autres villages plutôt que vers de grands centres urbains. Il est assez fréquent qu'une population de réfugiés s'assimile à la population rurale locale au lieu de s'installer dans un camp de réfugiés. Pendant la guerre civile du Mozambique, jusqu'à 40% des mozambicains réfugiés au Malawi se seraient installés dans des villages malawiens locaux plutôt que dans les camps à proximité. La guerre civile et la sécheresse peuvent également provoquer un déplacement massif vers d'autres villages bien moins affectés.

Dans une telle situation de déplacement, il est probable que les personnes déplacées auront certains liens familiaux ou ethniques avec la population résidente qui leur permettent de demander le soutien de celle-ci. Si cela n'était pas le cas et les ressources venaient à manquer, le ressentiment de la communauté locale ne tarderait pas à se manifester. Ce soutien peut être d'une importance capitale lors des premiers stades d'une crise de réfugiés avant que la communauté internationale ne se mobilise.

L'impact économique d'un mouvement important de population vers les communautés rurales peut être considérable. Lorsque les personnes déplacées sont des réfugiés, il est probable que la communauté internationale d'aide finisse par apporter une certaine assistance. Il arrive que des ONG locales apportent leur soutien à des populations déplacées à l'intérieur d'un pays. Une situation paradoxale peut se présenter où la population déplacée (qu'elle soit ou non dans des camps) se retrouve dans de meilleures conditions que la communauté locale, dont les ressources sont réduites à cause de son soutien généreux. Il est fréquent de retrouver des taux plus élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition chez les populations d'accueil que chez la population déplacée. Lorsqu'un PAS d'urgence est mis en place à l'intention de populations rurales déplacées, il est donc très important de cibler aussi la population locale si nécessaire.

### **Le conflit et ses conséquences pour les PAS en dehors des camps**

Lors d'un conflit rural (comme par exemple au Sud du Soudan ou Libéria) où beaucoup de personnes résident encore dans les villages, l'établissement de PAS d'urgence peut poser énormément de problèmes. Une grande partie de la population se retrouve souvent dans l'impossibilité de cultiver, le commerce est perturbé, les efforts de secours sont entravés/limités et dépendent des convois éclairs et des parachutages possibles de nourriture. L'évaluation de la suffisance des rations générales posera ainsi encore plus de difficulté que leur ciblage, l'insécurité excluant la possibilité de mener des études sur la sécurité alimentaire ou sur l'état nutritionnel dans les villages.

La décision d'introduire ou pas un PAS d'urgence devrait donc se baser sur des "impressions" du niveau d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Les possibilités d'encadrer et de suivre

un PAS d'urgence dans des villages ou centres de santé seraient extrêmement limitées dans des zones d'insécurité. Par ailleurs, un volume important de nourriture supplémentaire peut attirer des pillards et poser des risques pour ceux qui sont responsables du stockage et de la distribution. Il arrive aussi que la population fluctue continuellement ou soit obligée à se déplacer à tout moment, entraînant la fermeture effective des centres et rendant inutile une grande partie des données collectées. Evidemment, la possibilité de mettre en oeuvre un PAS d'urgence efficace à l'intention d'une population résidente sera fonction du niveau d'insécurité. S'il est élevé, une organisation d'aide n'aura d'autre choix que de fournir une ration générale importante couvrant d'éventuels besoins alimentaires supplémentaires. Lorsque les organisations peuvent intervenir dans des zones de sécurité relative, c'est-à-dire quelque peu éloignées des combats, les données utiles peuvent être collectées dans le cadre des PAS concernant la situation de la nutrition et de la sécurité alimentaire dans le secteur : taux de rétablissement, nombre de personnes pris ou repris en charge, antécédents des familles bénéficiaires.

## **6.6 Le milieu urbain : populations résidentes**

Des PAS d'urgence à l'intention de populations urbaines résidentes peuvent s'avérer nécessaires lorsqu'une perte généralisée des récoltes entraîne une inflation massive des prix alimentaires, ou lorsque la suppression de subventions gouvernementales ou le déclin économique général provoque des difficultés économiques pour une grande partie de la population. Néanmoins, de nombreux problèmes se posent lorsque la décision d'introduction d'un PAS d'urgence repose sur le taux de malnutrition ou de la suffisance des rations générales. Du fait de la densité de population et du caractère extrêmement stratifié de la société urbaine, les enquêtes nutritionnelles doivent porter sur de grands échantillons. Par ailleurs, compte tenu du caractère extrêmement divers de l'activité économique en milieu urbain (menée pour une grande partie dans le cadre du marché parallèle), il est très difficile d'évaluer la suffisance des rations générales pour des populations urbaines. Il semble donc préférable de baser la décision de l'introduction d'un PAS d'urgence sur d'autres critères, tels que les changements du prix de certains aliments de base indispensables, l'accroissement du taux de chômage et de mendicité dans les rues, ou encore l'augmentation des cas de malnutrition enregistrée dans les centres de santé et hôpitaux en zone urbaine.

Un PAS d'urgence en milieu urbain nécessitera probablement un nombre important de centres d'alimentation à cause de la forte densité de population. Une grande partie de ces centres pourront être rattachés à l'infrastructure sanitaire existante, tandis que d'autres pourront être installés dans des écoles ou autres bâtiments publics. Ceci peut inciter de nombreuses organisations locales à mettre en oeuvre des PAS d'urgence, ce qui risque d'entraîner une mauvaise coordination du programme global, de provoquer de grandes variations dans la conception des programmes et les procédures de collecte de données d'un centre à l'autre. Afin d'éviter une telle situation, une seule organisation devrait accepter la responsabilité globale du programme afin d'encourager une approche standardisée et professionnelle. L'un des avantages de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence en milieu urbain est l'assurance d'un personnel local bien formé et capable de gérer le programme.

## **6.7 Le milieu urbain : populations déplacées**

Il est plus fréquent que les personnes déplacées des zones rurales du fait de la guerre, de la sécheresse ou des difficultés économiques se dirigent vers des centres urbains importants, où les possibilités économiques sont jugées meilleures, plutôt que vers d'autres zones rurales. Au lieu de s'installer dans des camps, ces populations préfèrent souvent trouver un logement dans la périphérie urbaine/les bidonvilles. Ces groupes risquent de regagner l'échelon le plus bas de la vie économique urbaine et seront les premiers touchés par une détérioration des conditions économiques en zone urbaine.

Les bidonvilles manquent inévitablement d'équipement collectif. Les centres de santé les plus proches sont souvent éloignés de l'emplacement de la population déplacée. Dans une telle situation, le PAS d'urgence sera probablement établi dans le cadre de programmes SMI existants. Il sera donc prudent d'adopter un système de rations sèches à emporter afin de réduire le temps de participation. Il est d'autant plus nécessaire de prévoir une forme de PAS d'urgence qui impose des coûts d'opportunité limités sur les accompagnateurs des bénéficiaires qu'une grande partie de la population déplacée en zone urbaine aura une activité économique indispensable à sa survie (voir Annexe 3).

### **Le conflit et ses conséquences pour les PAS en milieu urbain**

Dans certaines situations de guerre, les populations urbaines résidentes sont retrouvées souvent coupées du monde extérieur, pratiquement en état de siège, comme par exemple à Cuito en Angola ou à Djouba dans le Sud du Soudan. Les organisations d'aide de l'extérieur n'auront peut-être qu'un accès aérien, en fonction de l'autorisation des vols par les factions en guerre. Dans une telle situation, l'isolement peut durer de nombreux mois et lorsque les organisations d'aide arrivent enfin sur place, elles trouvent une population en détresse. La mortalité est souvent élevée parmi les plus vulnérables, par exemple les jeunes enfants et les personnes âgées, et le reste de la population est souvent victime d'une détérioration de leur état nutritionnel, avec de nombreux adultes souffrant d'une malnutrition plus ou moins aiguë. Alternativement, la diminution des réserves alimentaires peut aboutir à une situation où les adultes sacrifient leur propre consommation en faveur de leurs enfants. Les données de surveillance nutritionnelle à Sarajevo ont montré que la perte de poids touchait surtout les adultes et les personnes âgées, ce qui reflétait en partie la priorité accordée aux enfants en cas de pénurie alimentaire. Une telle situation peut exiger l'établissement de services d'alimentation thérapeutique et supplémentaire d'urgence pour les adultes aussi bien que pour les enfants (voir Annexe 4).

Dans un scénario de guerre civile, le centre urbain connaît une situation de sécurité relative (puisque'il est éloigné du front), mais reçoit de nombreux migrants déplacés par la guerre dont une grande partie sont en transit. La ville peut également être victime d'éruptions périodiques de violence et d'insécurité lorsque les convois alimentaires essayent de l'atteindre, ou à cause de l'instabilité généralisée et des armes dont dispose la population urbaine, comme par exemple à Baidoa dans le Sud de la Somalie.

Les opérations d'alimentation supplémentaire dans ce type de situation ont de commun que la fourniture de rations générales par la communauté internationale d'aide peut s'avérer problématique. S'il est impossible de garantir un accès sans danger, les organisations d'aide vont souvent se retrouver dans une situation où la ration générale est insuffisante ou n'existe pas. Il sera donc impossible de renvoyer des bénéficiaires sous peine d'avoir à les reprendre

rapidement en charge puisqu'ils n'ont pas de ration générale à la maison. Le programme prendra rapidement des proportions difficilement contrôlables et l'organisation sera donc forcée à le rationaliser afin de mieux pouvoir le gérer. Pendant les premiers stades, la collecte de la plupart des données habituelles peut s'avérer impossible. Il sera peut-être nécessaire de remplacer le critère poids/taille par un passage au crible plus rapide en utilisant la CMB comme mesure. L'inscription de tous les enfants atteints de malnutrition aiguë au programme d'alimentation thérapeutique peut également s'avérer impossible, dans quel cas les enfants moins gravement atteints sont inscrits au PAS. Comme indiqué auparavant, il s'agit là d'un autre argument en faveur de la mise en oeuvre d'un PAS sur place, afin de pouvoir assurer un suivi étroit de tels cas.

En effet, l'alimentation sur place semble plus justifiée dans les situations d'insécurité, car dans le cas des rations sèches à emporter le risque de pillage est plus élevé. Les mères qui emportent un stock d'une ou deux semaines de vivres supplémentaires sont définitivement en danger. Même dans des situations d'insécurité extrême, il est rare de voir attaquer un centre d'alimentation où sont présents beaucoup de femmes et d'enfants. Par ailleurs, les populations déplacées par la guerre et qui ont dû quitter leur domicile subitement manquent souvent d'ustensiles de cuisine. Néanmoins, il faudra mettre en balance ces avantages de l'alimentation sur place et le rayonnement moins important de tels programmes. Dans des zones d'insécurité, la visite régulière au centre d'alimentation peut présenter beaucoup de difficultés et de dangers pour les mères/accompagnateurs d'enfants malnutris (voir Annexe 3).

Ce type de PAS urbain doit également être préparé à accueillir des masses subites de personnes déplacées, dont la plupart sera dans un état nutritionnel extrêmement mauvais. Les centres d'alimentation devront donc prendre en charge de nombreux cas très graves. Si cet afflux devient trop coûteux, les critères d'admission devront être modifiés afin de ne prendre en charge que les cas les plus désespérés. Le seuil d'admission au PAS peut donc passer de 80% à 75% du rapport normal poids/taille ou de 13,5 cm à 13 cm de CMB.

Comme dans le cas d'une ville assiégée, la population risque d'être victime d'un stress considérable si elle reste longtemps dans un même endroit sans avoir reçu de rations générales suffisantes. Ceci peut provoquer une mortalité élevée chez les groupes les plus vulnérables, comme par exemple les jeunes enfants et les personnes âgées ; les autres groupes doivent eux aussi faire face à une crise nutritionnelle et de nombreux adultes souffrent de malnutrition plus ou moins aiguë.

Une variation de ce scénario peut impliquer un besoin urgent d'alimentation thérapeutique et supplémentaire pour les adultes (voir Annexe 4). Cette situation se présente lorsque l'approvisionnement en rations générales a été coupé à plusieurs reprises à cause de l'insécurité, des embuscades et du pillage, alors que les programmes d'alimentation supplémentaire et thérapeutique pour les enfants ont eux pu continuer, en partie parce que les denrées alimentaires sont moins prisées et en partie parce que les factions en guerre acceptent que de tels programmes ne représentent pas des cibles militaires valables. Dans un tel scénario, un programme d'alimentation thérapeutique et supplémentaire pour les adultes peut devenir tout à fait nécessaire (voir Annexe 4).

**Encadré 29**

***L'alimentation thérapeutique pour les adultes : Baidoa, Somalie***

Compte tenu de la fréquence de malnutrition aiguë chez les adultes à Baidoa en Somalie en 1992, une ONG mit en place un service d'alimentation thérapeutique destiné exclusivement aux adultes. L'établissement d'un service séparé fut jugé nécessaire parce que la lourde tâche de réalimenter des adultes gravement malnutris diminuait les soins qui auraient dû être donnés aux enfants gravement malnutris. Cette action pionnière découvrit la grande difficulté de mesurer et de peser les adultes gravement malnutris. Premièrement, ces sujets souffraient souvent de contractures (incapacité de tendre les membres) à cause de longues périodes d'inactivité. Il fut donc impossible de mesurer leur taille. Deuxièmement, les sujets plus gravement atteints étaient incapables de se tenir sur le pèse-personne sans être aidés, les mesures IMC étant donc inexactes. Par ailleurs, il n'y eut pas de corrélation entre ces mesures et le résultat, c'est-à-dire plus l'IMC est faible, plus le risque de mort est possible. Il s'avéra que les évaluations visuelles de la malnutrition associées au diagnostic de maladies particulières permettaient d'établir un pronostic plus exact.

Néanmoins, il est difficile de cibler les adolescents, les adultes et les personnes âgées dans le cadre des PAS parce qu'il n'existe pas vraiment de méthodes d'évaluation de malnutrition chez ces tranches d'âge (voir Chapitre 2). Certaines recherches, actuellement en cours, se penchent sur l'utilisation d'indicateurs supplétifs de taille chez les personnes âgées, par exemple demi-empan, mais la méthode n'a pas été mise à l'épreuve sur le terrain lors d'une situation d'urgence. Il est probable qu'un long processus d'élaboration de techniques appropriées de mesure et de définition de normes locales de risque s'imposera avant que ces critères ne puissent être appliqués sur le terrain. Entre-temps, les organisations devront faire sans. Elles ne devraient pas toutefois permettre l'absence de ce consensus concernant les méthodes de définition des risques chez les adolescents et les adultes empêcher le ciblage de ces groupes dans le cadre de programmes d'alimentation sélective d'urgence.

Il est important d'examiner méticuleusement les besoins de collecte et d'analyse de données lors des conflits. Former le personnel local à la collecte et à l'analyse des données peut être particulièrement urgent lorsque l'insécurité risque de provoquer l'évacuation périodique du personnel des organisations internationales d'aide, afin d'assurer la continuité de l'information. Il arrive aussi que la population bénéficiaire fluctue rapidement, car ses membres sont en transit vers un autre site ou retournent de temps en temps à leur village afin d'entreprendre certaines activités. Les centres d'alimentation connaîtront alors un taux élevé d'abandon qu'il sera impossible de contrôler. Dans une telle situation, il est peut-être moins important de collecter des données en attendant la stabilisation de la population bénéficiaire. Autrement, il est possible de modifier les critères d'évaluation afin de tenir compte des fluctuations importantes.



**Annexe 1**  
**Lignes directrices clefs**  
**pour les PAS d'urgence**

**Lignes directrices**

AICF (1993) *Prévenir la Dénutrition dans les Populations à Risque*. Module iv, janvier 1993, Paris.

HCR (1982) *United Nations High Commissioner for Refugees Handbook for Emergencies*. Genève décembre 1982.

ICRC (1986) *ICRC Policies in Emergency Situations*, Genève.

Lusty T et Diskette P (1984) *Selective Feeding Programmes*. Oxfam Practical Health Guide No 1, Oxford.

MSF (1995) *Nutrition Guidelines*. Rassemblées par M Boerlart, A Davis, B Lelin, M J Michelet, K Ritmeijer, S van der Kam and F Vautier.

OMS (1995 miméo) *The Management of Nutritional Emergencies in Large Populations*, Genève. SCF (1987) *Drought Relief in Ethiopia*. Compilé par

SCF (1987) *Drought Relief in Ethiopia*. Compilé par J Appleton avec l'équipe Ethiopie du SCF, Londres.

Young H (1992) *Food Security and Famine*. Oxfam Practical Health Guide No. 7, Oxford.

## Références bibliographiques

Beaton G (1993) *Nutritional Issues in Food Aid*. Documents de la 19<sup>e</sup> session, avril 1993, pp 37-55.

Ghassemi H (1992) 'Supplementary Feeding Programmes in Developing Countries: Lessons of the 1980s'. Part 2, Discussion and References, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 1 pp. 195-206.

Gibb C (1985) 'A Review of Feeding Programmes in Refugee Reception Centres in Eastern Sudan'. *Disasters*, octobre 1995, Tome 10:1 pp. 17-24.

Seaman J et Rivers J (1988) 'Strategies for the Distribution of Relief Food'. *Journal of the Royal Statistics Society (A)*, Tome 151:3 pp. 464-472.

Shoham J (1995) *Towards a Revision of Emergency Supplementary Feeding Programme Practices*. Rapport commandé par Overseas Development Administration. Centre for Human Nutrition, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

## **Annexe 2**

### **Critères déterminant la nécessité et les modalités de la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence en l'absence de rations générales suffisantes**

#### **Que justifie la mise en oeuvre d'un PAS d'urgence en l'absence de rations générales suffisantes ?**

Les critères ci-dessous, considérés dans leur ensemble, peuvent justifier la mise en oeuvre d'un programme :

- . L'organisation intervient dans une zone touchée par une crise alimentaire et le personnel considère qu'une prise d'initiative s'impose.
- . L'organisation n'a pas les moyens de mettre en oeuvre un programme de rations générales suffisantes.
- . La perception du programme est celui d'un programme curatif jouant le rôle d'opération intérimaire afin de préserver la vie jusqu'à ce qu'un autre organisation d'aide puisse assurer des rations générales convenables **ou**
- . La perception du programme est celui d'un programme préventif à court terme ciblant des groupes pour lesquels un risque nutritionnel accru existe, en attendant la fourniture d'une ration générale suffisante.
- . Le PAS permet d'avoir une présence sur le terrain et d'en tirer profit pour contrôler la suffisance des rations générales et fournir des données, comme par exemple le nombre de cas de malnutrition, servant d'outil pour faire pression en faveur d'une amélioration de la ration générale.

#### **Quels critères alternatifs, propres à des situations ou à des organisations, peuvent justifier la mise en oeuvre d'un PAS ?**

La liste suivante présente d'autres critères pouvant éventuellement motiver la décision de mettre en oeuvre un programme en l'absence de rations générales suffisantes :

- . Bien en vue, le programme peut être exploité afin de générer des fonds pour l'organisation responsable.
- . Les bailleurs de fonds sont plus enclins à soutenir un tel programme parce que, compte tenu des moyens limités de l'organisation d'aide, il est plus facile de rendre compte des distributions alimentaires que dans le cas d'un programme d'alimentation générale.
- . Si le niveau de malnutrition aiguë est élevé, l'infrastructure d'un programme important d'alimentation thérapeutique sera déjà en place. La prise en charge par le volet PAS existant de sujets souffrant de malnutrition légère et modérée, qui n'ont pas bénéficié de l'alimentation thérapeutique, n'entraînera donc pas vraiment de dépenses

supplémentaires.

L'organisation met en oeuvre un programme de soins de santé/programme médical qui doit être accompagné d'une alimentation d'urgence afin d'être vraiment efficace.

**Ayant pris la décision de mettre en oeuvre un PAS d'urgence en l'absence de rations générales suffisantes, quels sont les règles générales et les critères de conception à respecter afin d'atteindre les meilleurs résultats ?**

Avant la mise en oeuvre, s'adresser aux ménages bénéficiaires afin de leur expliquer le choix du type de ciblage et écouter attentivement leurs commentaires sur les objectifs du programme afin d'établir s'ils accepteront de participer ou non au programme.

Veiller à ce que le programme soit suivi de près afin de déterminer si les groupes cibles reçoivent le complément d'alimentation en quantités suffisantes.

Distribuer une ration supplémentaire plus importante que la ration normale, mais pas suffisamment importante pour inciter les parents à priver leurs enfants de nourriture délibérément ou pour se rapprocher du niveau d'un programme de rations familiales ou générales.

Rationaliser la conception du programme, par exemple en supprimant les rations sèches à emporter et en gardant la collecte de données au minimum, pour que les moyens de l'organisation ne soient pas dépassés si le nombre de bénéficiaires accroît.

Consacrer une attention particulière aux produits faisant partie de la ration du PAS, c'est-à-dire utiliser des mélanges préparés afin d'encourager la consommation par le groupe cible et des produits permettant de compenser les carences éventuelles en micro-nutriments de la ration générale.



### Annexe 3

#### **Mise en oeuvre d'un PAS d'urgence sur place ou sous forme de rations sèches à emporter ?**

Dans la plupart des situations, les programmes de rations sèches à emporter sont recommandés. En règle générale, les lignes directrices actuelles et la documentation existante n'identifient que deux types de situations justifiant l'alimentation sur place, à savoir lorsque les bénéficiaires ne peuvent emporter leurs rations sèches sans danger (à cause de l'insécurité) et lorsque ils n'ont pas les ustensiles nécessaires pour cuisiner, comme par exemple s'ils ont été récemment déplacés.

Néanmoins, d'autres arguments peuvent indiquer un besoin d'alimentation sur place. Voici quelques facteurs à prendre en considération :

L'alimentation sur place permet éventuellement d'apporter au groupe cible un complément net d'alimentation plus important qu'une ration sèche à emporter. Par ailleurs, elle permet de conserver les ressources alimentaires limitées parce que la ration fournie est moins importante, la conception d'un programme de rations sèches à emporter devant tenir compte du phénomène de partage (cependant, ces hypothèses suscitent beaucoup de controverses, voir Section 4.3).

Les lignes directrices du Ministère de la Santé préconisent l'alimentation sur place, lorsqu'il existe chez la population bénéficiaire une histoire récente/tradition de ce type de programme qui peut donc être établi plus rapidement qu'un programme de rations sèches à emporter.

L'alimentation sur place permet d'assurer un contact plus régulier et intense entre le personnel de l'organisation et les bénéficiaires, facilitant donc les initiatives de développement communautaire et certains types de soins de santé.

L'infrastructure nécessaire existe déjà dans des situations d'urgence où des programmes importants d'alimentation thérapeutique ont été mis en oeuvre. Par ailleurs, lorsque la demande dépasse les moyens du programme d'alimentation thérapeutique, un PAS sur place peut, plus facilement qu'un programme de rations sèches à emporter, suivre les cas de malnutrition aiguë.

Les organisations d'aide et les gouvernements d'accueil considèrent parfois que les programmes d'alimentation sur place, plus médiatiques que les programmes de ration sèche à emporter, permettent d'attirer le soutien des donateurs et de convaincre le public que des mesures efficaces ont été prises.

Lorsque certains des facteurs indiqués ci-dessus justifient l'introduction d'un programme d'alimentation sur place, il reste encore deux démarches à faire avant la mise en oeuvre définitive, à savoir :

entreprendre une évaluation rapide pour établir les préférences de ceux qui sont responsables des bénéficiaires potentiels. Participeraient-ils de bon coeur au programme ou bien considèreront-ils que le coût de participation est trop élevé ?

mettre en oeuvre un système à deux niveaux de rations sèches à emporter et

d'alimentation sur place. Les participants pourront ainsi choisir ce qui leur convient le plus. Pour gagner du temps, il est préférable d'établir en premier lieu un programme de rations sèches à emporter qui peut être ensuite suivi de l'introduction progressive de l'alimentation sur place. Une fois que les deux types de programme mis sur pied, il est théoriquement possible de maximiser les avantages aussi bien pour les bénéficiaires que pour l'organisation responsable. Néanmoins, dans le cas où un type de programme s'avère significativement plus efficace que l'autre en termes de réhabilitation de sujets souffrant de malnutrition légère et modérée, il est acceptable d'encourager, mais non pas de contraindre, les bénéficiaires à changer de type de programme et à participer à celui qui s'est avéré le plus efficace.

#### Annexe 4

### Identification et priorité des groupes cibles les plus appropriés aux PAS d'urgence

Nous supposons ici que les enfants de moins de cinq ans représenteront toujours le groupe cible prioritaire des PAS d'urgence. Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent influencer la sélection "d'autres" groupes cibles et la priorité relative qui leur sera accordée. Quoiqu'il en soit, une approche souple s'impose.

Voici la liste des questions à considérer lors de la sélection des "autres" groupes cibles :

- . l'émaciation (évaluée visuellement ou à partir de l'IMC ou des indicateurs supplétifs de l'IMC) a-t-elle déjà atteint un niveau élevé chez les adolescents, les adultes et les personnes âgées ?
- . La situation d'urgence risque-t-elle d'entraîner une détérioration significative de l'état nutritionnel des adolescents, des adultes et/ou des personnes âgées, par exemple à cause d'un pillage important des rations générales ou du ciblage préférentiel des enfants au sein des familles souffrant d'une pénurie alimentaire grave ?
- . La ration générale manque-t-elle de certains micro-nutriments, exposant des groupes particuliers (hormis les enfants de moins de cinq ans) au risque de carences, par exemple en vitamines C et B3 ?
- . La prévalence de certaines maladies touche-t-elle des groupes particuliers (hormis les enfants de moins de cinq ans) et contribue-t-elle au taux élevé de malnutrition parmi ces groupes, ou bien existe-t-il des types de maladies ayant un impact sensible sur des groupes particuliers (hormis les enfants de moins de cinq ans) dont l'infrastructure sanitaire existante ne s'occupe pas convenablement et pour lesquels un apport médical au niveau des centres d'alimentation pourrait présenter une solution intérimaire ?
- . L'infrastructure existante et les moyens de l'organisation suffisent-ils pour identifier d'autres groupes cibles "nécessiteux", c'est-à-dire le personnel est-il en mesure d'appliquer des critères de sélection appropriés et couvrir les besoins de toute la population cible ? A titre d'exemple, dans le cas d'un large groupe tel que les personnes âgées, dispose-t-on d'assez de nourriture ?
- . Dans une situation de rations générales insuffisantes, la charge de travail d'autres groupes cibles a-t-elle augmenté significativement et ces activités sont-elles indispensables à la survie du ménage ?

Si la réponse à certaines de ces questions est affirmative, il est probable que le ciblage de ces "autres" groupes soit justifié dans le cadre du PAS d'urgence ou dans le cadre d'un programme dont la conception permettrait aux bénéficiaires d'avoir davantage de liberté de décision quant au ciblage du complément d'alimentation au sein du ménage.

**Sigles**

AICF	Action Internationale Contre la Faim
CDC	Centre for Disease Control
CICR	Comité international de la Croix rouge
CMB	Circonférence du milieu du bras
IMC	Indice de masse corporelle
MB	Métabolisme basal
MPE	Malnutrition protéino-énergétique
MSF	Médecins sans Frontières
NCHS	National Centre for Health Statistics
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PAS	Programmes d'alimentation supplémentaire
PEI	Programme élargi d'Immunisation
PIN	Programme d'intervention nutritionnelle
SCF	Save the Children Fund
SMI	Santé maternelle et infantile



## **Réseau "Aide d'Urgence et Réhabilitation"**

L'objectif du Réseau "Aide d'Urgence et Réhabilitation" (RRN) est de faciliter la communication et l'échange d'idées et d'expériences entre membres clés des ONGs intervenant dans le domaine de l'aide d'urgence et de la réhabilitation. Les membres du réseau sont soit désignés par leur organisation, soit inscrits à titre individuel. Chaque année, les membres du réseau recevront 4 envois en anglais ou français : en mars et septembre le Bulletin d'Information et les Dossiers Thématiques et en juin et décembre, les Revues pluridisciplinaires sur l'actualité en matière de connaissances et techniques. Les membres du Réseau peuvent également obtenir des conseils sur tout problème technique ou opérationnel en faisant appel à l'expertise du ODI ou de ses partenaires européens. La cotisation annuelle varie selon le genre d'organisations.

Le RRN est administré par le ODI (Overseas Development Institute) en collaboration avec l'Association Européenne des Organisations Non-Gouvernementales pour l'Aide Alimentaire et l'Aide d'Urgence (EuronAid).

Le ODI est un institut de recherche indépendant, à but non-lucratif. L'Institut est engagé dans la recherche liée aux politiques sur un grand nombre de thèmes et problèmes affectant les relations économiques entre le Nord et le Sud et qui influencent les politiques sociales et économiques des pays en voie de développement.

EuronAid a pour but de fournir la logistique et des services financiers aux ONGs utilisant l'Aide Alimentaire de la CEE dans leurs programmes de développement et d'aide d'urgence. EuronAid est basé à la Haye et comprend 25 organisations membres et 4 ayant le statut d'observateur.

**Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter:**

***Relief and Rehabilitation Network - Overseas Development Institute  
Regent's College - Inner Circle, Regent's Park  
London NW1 4NS - United Kingdom  
Tel: +44 (0) 171 487 7413 - Fax: +44 (0) 171 487 7590  
Internet: [odi@gn.apc.org](mailto:odi@gn.apc.org)***