



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Programme d'alimentation complémentaire de couverture en République Démocratique du Congo

Résultats d'une activité d'apprentissage



À propos de l'USAID Advancing Nutrition

L'USAID Advancing Nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, l'USAID Advancing Nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles dans tous les secteurs et disciplines pour l'USAID et ses partenaires. L'approche multisectorielle du projet s'appuie sur l'expérience mondiale en matière de nutrition pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagée dans une approche systémique, USAID Advancing Nutrition s'efforce de maintenir des résultats positifs en développant les capacités locales, en soutenant les changements de comportement et en renforçant l'environnement favorable afin de sauver des vies, d'améliorer la santé, de renforcer la résilience, d'accroître la productivité économique et de faire progresser le développement.

Avertissement

Ce rapport a été rendu possible grâce à la générosité du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

USAID Advancing Nutrition. 2023. *L'alimentation complémentaire de couverture en République démocratique du Congo : Résultats d'une activité d'apprentissage*. Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition.

Crédit photo : Arlette Bashizi/Programme alimentaire mondial

USAID Advancing Nutrition

JSI Research & Training Institute, Inc.

2733 Crystal Drive

4^e étage

Arlington, VA 22202, États-Unis

Téléphone : 703-528-7474

E-mail : info@advancingnutrition.org

Site web : advancingnutrition.org

Contenu

Remerciements	v
Acronymes	vi
Résumé analytique	viii
Objectifs et questions de recherche	viii
Méthodologie	viii
Résultats	ix
Discussion	xi
Conclusion	xii
Recommandations	xiii
Introduction	1
Contexte et justification	3
Objectifs et questions de recherche	4
Méthodologie	6
Échantillonnage	8
Analyse des données	10
Limites	11
Résultats	13
Question d'apprentissage n°1 : Conception du BSFP par le PAM en RDC et alignement sur les normes mondiales	13
Définition du BSFP	13
Ciblage géographique	14
Ciblage des bénéficiaires	18
Difficultés de conception	22
Question d'apprentissage n°2 : mise en œuvre du BSFP en RDC comparativement aux lignes directrices mondiales	22
Passation de marchés et sélection de partenaires	23
Calendrier, Durée et Rations du Programme	24
Suivi	28
Interventions complémentaires	30
Défis liés à la mise en œuvre	35
Question d'apprentissage n°3 : retrait progressif du BSFP en RDC	37
Question d'apprentissage n°4 : Tendances de l'émaciation en RDC	41
Question d'apprentissage n°5 : Base factuelle mondiale pour le BSFP	43
Efficacité du BSFP dans la prévention et la stabilisation de l'émaciation	44
L'alimentation complémentaire de couverture en République démocratique du Congo : Résultats d'une activité d'apprentissage	

Modalités de transfert d'argent et de bons	49
Coût-efficacité et rentabilité.....	54
Facteurs de mise en œuvre.....	57
Question d'apprentissage n°6 : Financement du BFSP en RDC	59
Discussion, Conclusion et Recommandations.....	61
Discussion	61
Conclusion	62
Recommandations	65
Références.....	67
Annexe 1. Données de ciblage géographique pour les zones de santé sélectionnées pour le programme BSFP en janvier 2023.....	71
Annexe 2. Données de tendance du SNSAP	73

Remerciements

USAID Advancing Nutrition tient à remercier les personnes des gouvernements, des entités des Nations Unies - en particulier le personnel du Programme alimentaire mondial et des groupes sectoriels sur la nutrition et la sécurité alimentaire -, les partenaires de mise en œuvre, les donateurs et les experts en la matière qui ont servi d'informateurs clés dans le cadre de cette analyse. Nous souhaitons également remercier les membres de l'équipe de l'USAID Advancing Nutrition qui ont contribué à cette activité d'apprentissage : Richard Cibangu, Abby Conrad, Kavita Sethuraman, Veronica Varela, Jennifer Yourkavitch et Amanda Yourchuck.

Acronymes

ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence
ASPE	Aliments supplémentaires prêts à l'emploi
BHA	Bureau pour l'assistance humanitaire « Bureau for Humanitarian Assistance »
BSFP	Programme d'alimentation complémentaire de couverture « blanket supplementary feeding Program »
CCC	Communication sur le changement comportemental
CODESA	Comité de développement sanitaire des aires de santé
CSC[C]	Communication pour le changement social et comportemental
DHIS2	Système d'information sanitaire du district 2 « District Health Information System 2 »
ECHO	Commission européenne à la protection civile et aux opérations d'aide humanitaire
EHA	Eau, hygiène et assainissement
FCDO	Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement[Royaume-Uni] « Foreign, Commonwealth, & Development Office »
FEA	Femmes enceintes et allaitantes
g	gramme
HQ-LNS	Supplément de nutriments lipidiques en grande quantité
IPC	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire « Integrated Food Security Phase Classification (IPC) »
LNS	Supplément nutritif à base de lipides
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MD	Différence moyenne
mm	millimètre(s)
MMS [+]	Mélange maïs-soja [plus]
MQ-LNS	Supplément de nutriments lipidiques en quantité moyenne
MT	Tonnes métriques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
OR	Rapport de cotes
PAH	Plan d'action humanitaire
PAM	Programme alimentaire mondial

PB	Périmètre brachial
PCIMA	prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur du pays
PRONANUT	Programme national de nutrition
RDC	République démocratique du Congo
RR	Ration de risque
S&E	Suivi et évaluation
SD	Déviations standard
SMART	Suivi et évaluation normalisés des phases de secours et de la transition
SMD	Différence moyenne standard
SNF	Aliments nutritifs spécialisés
SNSAP	Système nutritionnel de surveillance et d'alerte précoce (Nutritional Surveillance and Early Warning System)
SQ-LNS	Supplément de nutriments lipidiques en petite quantité
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNS	Unité nutritionnelle supplémentaire (Programme d'alimentation complémentaire à MAM)
USAID	Agence américaine pour le développement international
WHZ	Z-score du poids-pour-taille « weight-for-height z-score »
WLZ	Z-score du poids-pour-longueur « weight-for-length z-score »

Résumé analytique

Compte tenu des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et d'émaciation chez les enfants en République démocratique du Congo (RDC) (PAM 2022c ; OCHA 2021), le Bureau d'assistance humanitaire de l'USAID (BHA) et la Mission de l'USAID en RDC ont réalisé des investissements importants par l'intermédiaire du Programme alimentaire mondial (PAM) dans des programmes d'alimentation complémentaire de couverture (BSFP) en RDC. Les distributions alimentaires, telles que le BSFP, sont des interventions courantes dans les contextes de conflit et d'insécurité alimentaire, mais il existe peu de preuves sur leur couverture et leur efficacité en tant que stratégie de prévention de l'émaciation. L'USAID Advancing Nutrition a conçu et mis en œuvre une activité d'apprentissage pour aider à combler ce manque de preuves.

Objectifs et questions de recherche

Les objectifs de cette activité d'apprentissage étaient (1) l'examen de la conception et de la mise en œuvre du BSFP en RDC au cours des 3 à 5 dernières années, y compris l'identification de toute orientation mondiale utilisée, et (2) la fourniture d'informations pour aider à déterminer les circonstances appropriées pour l'utilisation du BSFP en RDC à l'avenir. Bien que cette activité d'apprentissage se concentre sur la RDC, nous espérons qu'elle permettra d'élargir l'apprentissage et les considérations sur le BSFP dans des contextes similaires. Les principales questions d'apprentissage sont les suivantes :

1. Comment le PAM a-t-il **conçu** son BSFP en RDC (par exemple, les parties prenantes consultées, les sources de données utilisées) et s'arrime-t-il aux normes mondiales existantes ?
2. Comment le PAM a-t-il **mis en œuvre** le BSFP en RDC et utilisé les orientations mondiales ?
3. Comment le PAM a-t-il décidé le retrait **progressif** du BSFP dans une zone spécifique (par exemple, parties prenantes consultées, sources de données utilisées) ? Quelle est la durée du processus de retrait progressif ?
4. Sur la base de données secondaires, quelles sont les **tendances en matière d'émaciation** dans certaines zones de santé où le BSFP a été mis en œuvre en RDC ?
5. Sur la base des preuves existantes, dans quelle mesure le BSFP a-t-il été **efficace dans la prévention/stabilisation de l'émaciation** en RDC et dans des contextes similaires à la RDC ?
6. Quels sont les **autres bailleurs de fonds** ayant financé le BSFP en RDC ?

Méthodologie

Nous avons utilisé une méthode mixte pour répondre aux questions d'apprentissage ci-dessus. Nous avons utilisé des entretiens qualitatifs semi-structurés pour répondre aux questions d'apprentissage 1-3 et 5-6, des analyses documentaires des ressources et de la littérature existantes pour répondre à la question d'apprentissage n°5, et nous avons effectué une analyse secondaire pour la question d'apprentissage n°4.

Pour les **questions d'apprentissage 1-3 et 5-6**, nous avons mené des entretiens semi-structurés avec un échantillon raisonné de parties prenantes - bailleurs de fonds, experts en BSFP et parties prenantes concernées en RDC - qui connaissent bien le BSFP et y travaillent. Nous avons conduit des entretiens individuels et collectifs, certains en personne et d'autres en ligne. Nous avons enregistré les entretiens avec le consentement des personnes concernées et produit des transcriptions en anglais pour analyse.

Au total, nous avons mené 17 entretiens avec 30 informateurs. Nous avons atteint notre objectif de taille d'échantillon de 20 à 30 informateurs, mais nous n'avons pas atteint notre objectif de taille d'échantillon de 4 à 6 par groupe d'informateurs pour les parties prenantes gouvernementales et les experts mondiaux en raison de difficultés de calendrier. Nous avons élaboré un livre de codes avec des thèmes déductifs identifiés avant l'analyse des données sur la base des questions de recherche et des sujets d'intérêt. Nous avons codé les données dans Atlas.ti, effectué une analyse thématique pour identifier les thèmes et les modèles, et comparé les données codées par groupes d'informateurs en fonction de leur rôle et de leur niveau géographique.

Pour la **question d'apprentissage n°4** sur les tendances de l'émaciation, nous avons (1) analysé les tendances mensuelles de l'émaciation modérée et sévère, le nombre de cas entre 2018-2022 pour les enfants de 6 à 59 mois dans des zones de santé sélectionnées en utilisant les données disponibles du Système d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) sur les hospitalisations dans les établissements ; et (2) examiné les données 2019-2022 du Système nutritionnel de surveillance et d'alerte précoce (SNSAP) pour les tendances trimestrielles de l'émaciation modérée et sévère. Nous avions initialement prévu de comparer cette estimation du nombre de cas avec les données du DHIS2 pour déterminer les besoins non satisfaits, mais la qualité des données du DHIS2 n'était pas suffisamment fiable pour effectuer cette comparaison (par exemple, le nombre de cas d'émaciation était plus élevé que les estimations de la population). Nous avons sélectionné à dessein des zones de santé pour cette analyse dans lesquelles (1) le PAM a mis en œuvre le BFSP au cours des 3 à 5 dernières années ; (2) les zones de santé comprennent un éventail de contextes (par exemple, urgence complexe [provinces orientales] et plus stable [région du Grand Kasai]) ; (3) les taux mensuels d'hospitalisation pour émaciation modérée et grave sont disponibles pour 2019-2022 ; et (4) une enquête SMART a eu lieu en 2019-2022.

Nous avons procédé à une analyse documentaire descriptive de l'efficacité du BSFP pour la prévention de l'émaciation dans le cadre de la **question d'apprentissage n° 5**. Pour les besoins de cette revue, nous avons inclus les études qui ont distribué des aliments nutritifs spécialisés (supplément lipidique nutritif de quantité moyenne [MQ-LNS] ou farines mélangées enrichies), de l'argent ou des bons pour prévenir l'émaciation à tous les membres d'une communauté au sein d'une sous-population (par exemple, les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes) et qui ont évalué une mesure de l'émaciation. Nous avons examiné les articles identifiés dans les bases de données et extrait les principales conclusions et les lacunes dans les données probantes à l'aide d'un modèle commun.

Cette activité impliquant la collecte de données primaires, nous l'avons soumise à l'examen du comité d'examen institutionnel de JSI, qui a accordé une dérogation. Nous avons élaboré des formulaires de consentement éclairé en anglais qui ont également été traduits en français. Le formulaire de consentement éclairé souligne qu'il s'agit d'une activité d'apprentissage et non d'une évaluation formelle de l'organisation de la personne interrogée ou de la programmation du PAM.

Résultats

Nous résumons ci-dessous les résultats obtenus pour chaque question d'apprentissage.

Définitions du BSFP par les parties prenantes

D'après les entretiens, les parties prenantes considèrent le BSFP comme un programme d'alimentation de complément qui fournit des aliments nutritifs spécialisés (par exemple, des suppléments nutritifs à base de lipides [LNS] ou des farines mélangées enrichies) à toutes les personnes appartenant à des groupes vulnérables spécifiques afin de combler les carences en nutriments (par exemple, les femmes enceintes et allaitantes [FEA] et les enfants âgés de 6 à 23 mois). En tant que programme d'alimentation de complément, il vise à fournir des aliments nutritifs spécialisés (SNF) qui s'ajoutent au régime alimentaire habituel. La plupart des informateurs, en particulier ceux de la RDC, ont identifié la prévention de l'émaciation comme l'objectif du BSFP. C'est l'objectif de prévention de l'émaciation chez les enfants et les femmes enceintes et allaitantes (FEA) qui distingue le BSFP de la distribution alimentaire générale et de l'alimentation complémentaire ciblée.

Question d'apprentissage n°1 (Conception du BSFP en RDC) : Le Cluster Nutrition en RDC donne la priorité aux zones de santé qui devraient bénéficier du BSFP sur la base des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) et du niveau de la classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire (IPC). Le groupe sectoriel de la nutrition travaille ensuite avec des partenaires, dont le PAM, pour déterminer les objectifs en fonction du financement et de la capacité opérationnelle. En RDC, le PAM dirige en grande partie le processus de conception et de planification du BSFP lorsqu'il passe des contrats avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales ou internationales en tant que partenaires de mise en œuvre. Chaque année, le PAM passe des contrats avec des ONG locales ou internationales pour la mise en œuvre du BSFP. Une fois engagés, ces partenaires de mise en œuvre procèdent à des dépistages de masse avec les *relais communautaires* (bénévoles de la communauté) pour identifier les enfants de 6 à 23 mois et les femmes enceintes et allaitantes (FEA) (lorsque les fonds le permettent) qui ne sont pas émaciées. Il n'y avait pas de document d'orientation mondial définitif que les informateurs ont déclaré avoir utilisé lors de la conception du BSFP, bien qu'il existe des orientations BSFP spécifiques à la RDC incluses dans le *Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë* (PCIMA) du pays, et des conseils conjoints du Cluster Sécurité alimentaire, du Cluster Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) et du Cluster Nutrition. Les difficultés rencontrées lors du ciblage sont notamment l'inaccessibilité due à des infrastructures déficientes et/ou à l'insécurité, la découverte de populations plus nombreuses que prévu et la mauvaise qualité des mesures de dépistage.

Question d'apprentissage n°2 (Mise en œuvre du BSFP en RDC) : La distribution du BSFP est prévue pendant les périodes de soudure, qui vont typiquement d'octobre à décembre dans le nord-est, d'octobre à janvier dans le centre-est, et de janvier à avril dans le sud-est (FEWS NET 2023). Le PAM fournit aux partenaires d'exécution des SNF qu'ils distribuent chaque mois. Les partenaires se coordonnent avec les centres de santé pour distribuer des MQ-LNS (par exemple, Plumpy'Doz) aux enfants de 6 à 23 mois, ainsi que de la farine enrichie (par exemple, mélange maïs-soja [MMS+] ou Super Cereal), de l'huile et du sucre (si disponibles) aux femmes enceintes et allaitantes. L'état anthropométrique des enfants est vérifié lors des distributions. Pour assurer le suivi du BSFP, les partenaires de mise en œuvre contrôlent principalement la couverture, l'adhésion et le nombre de cas, tandis que le PAM évalue les indicateurs alimentaires par le biais d'enquêtes de suivi initiales et postérieures à la distribution. Toutefois, plusieurs partenaires de mise en œuvre ont fait remarquer qu'ils ne connaissaient pas l'impact réel du BSFP et qu'ils ne pouvaient pas prouver son efficacité parce qu'aucune évaluation d'impact n'avait été réalisée. Dans le cadre du BSFP, les partenaires de mise en œuvre ont le plus souvent fourni des interventions de changement social et comportemental (CSC) sur les aliments nutritifs et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE). En général, le traitement est dispensé dans les mêmes zones de santé que le BSFP et certaines zones bénéficient d'autres programmes de santé et de développement. Les informateurs ont fait état de difficultés interdépendantes, principalement liées au financement (notamment l'insuffisance des fonds et la brièveté des cycles de financement), aux chaînes d'approvisionnement, au transport, à la sécurité, au suivi et aux données.

Question d'apprentissage n°3 (retrait progressif du BSFP en RDC) : La planification du BSFP se tient annuellement dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action humanitaire (PAH), ce qui permet de déterminer où le BSFP sera mis en œuvre. Le ciblage de certaines zones de santé par le programme BSFP pendant plusieurs années consécutives diffère de celui d'autres zones. Cette décision est prise chaque année au cours du processus de planification de la réponse humanitaire au sens large, au cours duquel le groupe sectoriel de la nutrition donne la priorité aux zones de santé pour les interventions nutritionnelles. Si une zone de santé n'est pas une priorité pour le groupe sectoriel de la nutrition pour une année donnée, le programme BSFP ne sera pas mis en œuvre dans cette zone de santé cette année-là. Les informateurs ont fourni peu de détails sur la manière dont la fin, ou l'abandon progressif, du BSFP est communiquée aux communautés et ont plutôt insisté sur la nécessité de poursuivre et d'étendre la couverture du BSFP.

Question d'apprentissage n°4 (Tendances de l'émaciation en RDC) : Nous n'avons pas été en mesure d'identifier les tendances dans les données sur les admissions pour émaciation ou les tendances dans les cas d'autres maladies infantiles qui pourraient être à l'origine des taux élevés d'émaciation en RDC en raison de la qualité peu fiable des données secondaires disponibles (par exemple, les cas rapportés étaient plus élevés que les estimations de la population). Plutôt que des tendances saisonnières, nous avons constaté une détérioration générale de la situation nutritionnelle au cours de la période examinée. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure de tirer des conclusions sur la pertinence du calendrier des distributions de BSFP pendant la période de soudure ou sur la pertinence globale du BSFP comme moyen de prévenir/réduire le nombre de cas d'émaciation en RDC.

Question d'apprentissage n°5 (Base factuelle globale pour le BSFP) : La base factuelle du BSFP pour la prévention de l'émaciation n'est pas concluante, car les données sont limitées, mixtes et de qualité variable. Six des sept études que nous avons examinées sur le BSFP ont révélé au moins un effet positif statistiquement significatif, mais faible sur une mesure de lutte contre l'émaciation. Bien qu'il soit nécessaire de disposer de davantage d'éléments probants de haute qualité pour déterminer si et quand le BSFP est efficace et quels sont les éléments de conception du programme les plus efficaces dans différents contextes, les résultats suggèrent que le BSFP peut être efficace lorsque—

- Il est dévolu uniquement aux enfants (Kaul et al. 2018 ; Das et al. 2019 ; Pérez-Expósito et Klein 2009) et aux enfants et aux femmes enceintes et allaitantes (FEA)(Oirere, Hall et Ndumi 2019 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021).
- Il est combiné à d'autres interventions en matière de santé, de nutrition et d'aide alimentaire (Das et al. 2019 ; Oirere, Hall et Ndumi 2019 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021).

Les données relatives aux transferts monétaires conditionnels et inconditionnels en tant que modalité ne sont pas concluantes, mais les deux ont permis la réduction de l'émaciation et les transferts monétaires inconditionnels ont également permis la réduction de l'émaciation lorsqu'ils étaient associés à d'autres interventions (Daalen et al. 2022 ; Langendorf et al. 2014).

Les formateurs du BSFP incluent la fourniture d'un supplément de haute qualité et acceptable en plus grandes quantités, la garantie d'un approvisionnement régulier, un environnement familial favorable, un soutien solide de la part des dispensateurs de soins, un personnel compétent et motivé, et l'implication des parties prenantes dans la distribution sur le dernier kilomètre. (Kristjansson et al. 2016). Les obstacles au BSFP sont notamment la mauvaise acceptation du complément, les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement et à la distribution, le partage du complément entre les membres du ménage, la faible capacité des personnes qui s'occupent des enfants, l'absence d'un environnement familial favorable, ainsi que la médiocrité de la mise en œuvre et du suivi et de l'évaluation (S&E) (Kristjansson et al. 2016 ; Kaul et al. 2018 ; Young et al. 2004).

Question d'apprentissage n°6 (Financement du BSFP en RDC) : L'USAID, via le PAM, a été le principal bailleur de fonds du BSFP en RDC ces dernières années. Selon les données cartographiques du Cluster Nutrition du début de l'année 2023, les seuls bailleurs de fonds actifs du BSFP en RDC sont le PAM et WorldVision. Au niveau mondial, les deux bailleurs de fonds avec lesquels nous nous sommes entretenus, l'Office européen de protection civile et d'aide humanitaire (ECHO) et l'USAID, ont déclaré qu'ils s'efforçaient d'être très sélectifs quant à l'endroit où ils mettent en œuvre le BSFP et qu'ils insistent sur des considérations contextuelles, notamment le niveau d'insécurité alimentaire, l'accès et d'autres types de programmes nutritionnels dans la zone d'intervention.

Discussion

Au niveau mondial, il n'existe pas de document d'orientation définitif sur le BSFP et celles existantes ne sont pas harmonisées. Les parties prenantes ont également suggéré que les prochaines lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'émaciation seront

pertinentes, signifiant ainsi que d'autres mises à jour pourraient être nécessaires dans un avenir proche. Le manuel du PAM *sur l'alimentation et la nutrition* et l'outil de décision sur la malnutrition aiguë modérée (MAM) fournissent les orientations les plus détaillées sur la mise en œuvre du BSFP, tandis que les orientations contenues dans le *manuel Sphère* sont limitées. Les orientations du PAM et de l'outil de décision MAM sont harmonisées en ce qui concerne l'attribution du niveau de priorité le plus élevé aux enfants de 6 à 23 mois pour le BSFP et sont généralement harmonisées en ce qui concerne les produits à fournir, avec quelques écarts mineurs en ce qui concerne les types de farines enrichies. Toutefois, à partir de là, les orientations commencent à diverger, notamment dans le cadre du ciblage géographique. Les orientations du PAM mettent en avant la fourniture du BSFP dans les zones où le MAG est élevé et où sa mise en œuvre est opérationnellement réalisable (PAM 2018). En revanche, l'outil de décision du MAM met l'accent sur l'utilisation du BSFP dans les contextes d'urgence et prend en considération des facteurs aggravants tels que l'augmentation de la morbidité, la diminution de la sécurité alimentaire, les déplacements importants de population et la densité de la population (GNC 2017).

L'absence d'une orientation mondiale harmonisée sur le BSFP a probablement aussi **contribué au manque de cohérence parmi les documents d'orientation sur le BSFP spécifiques à la RDC**. Bien que le BSFP en RDC soit mis en œuvre conformément à des normes d'orientation globales très larges en termes de ciblage des populations correctes, il est difficile de déterminer dans quelle mesure certaines orientations sont suivies en raison d'un manque d'informations (par exemple, sur le ciblage de l'adhésion et la co-localisation d'interventions complémentaires).

Aucun des documents examinés ne contient d'indications sur le suivi et l'évaluation (S&E) du BSFP. Les directives mondiales et les directives spécifiques à la RDC caractérisent le BSFP comme une intervention visant à prévenir l'émaciation. Cependant, les indicateurs actuellement utilisés pour mesurer les résultats du BSFP, à savoir la diversité alimentaire minimale pour les femmes et le régime alimentaire minimal acceptable pour les enfants, ne cadrent pas avec l'objectif. Mesurer l'impact du BSFP peut s'avérer complexe et difficile, en particulier lorsque plusieurs interventions ciblent la même population. Cependant, il est clair que la poursuite du travail de développement et/ou d'identification d'indicateurs et d'orientations globales est plus appropriée pour mesurer les résultats escomptés du BSFP.

La base de données mondiale sur le BSFP n'est pas concluante, car elle est limitée, mixte et de qualité variable. Les données existantes ont montré que des modèles spécifiques de BSFP ont entraîné de petites réductions statistiquement significatives des émaciations dans différents contextes de programme. Cependant, davantage de preuves de qualité élevée sont nécessaires pour déterminer si et quand le BSFP est efficace, ainsi que pour identifier les composantes de conception du programme les plus efficaces dans des contextes différents (par exemple, critères de ciblage, durée des programmes, mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions). Notre examen suggère que les preuves existantes sont largement conformes aux orientations mondiales (GNC 2017 ; PAM 2018), y compris la fourniture de FNS aux enfants de moins de 5 ans ou 6-23 mois (Kaul et al. 2018 ; Das et al. 2019 ; Pérez-Expósito et Klein 2009 ; Oirere, Hall, et Ndumi 2019 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021), la fourniture de BSFP pendant la période de soudure (Kaul et al. 2018 ; Oirere, Hall et Ndumi 2019), fournir des BSFP avec l'assistance alimentaire (Leroy et al. 2021), fournir des MQ-LNS ou des farines mélangées enrichies (Das et al. 2019 ; Oirere, Hall et Ndumi 2019 ; CDC 2012, Leroy et al. 2021), et fournir des transferts d'argent dans des circonstances appropriées (Aurino et Giunti 2022 ; Manley, Alderman et Gentilini 2022 ; Daalen et al. 2022 ; Langendorf et al. 2014).

Conclusion

Le BSFP a contribué à réduire l'émaciation parmi les populations très vulnérables dans certains contextes et avec certaines conceptions de projet. Cependant, des preuves de haute qualité supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les SNF les plus efficaces et les conceptions de

programme (par exemple, critères de ciblage, durée des programmes, assistance alimentaire complémentaire et interventions sanitaires). En outre, les orientations mondiales actuelles pour le BSFP ne sont pas harmonisées et, dans certains cas, ne traitent pas d'aspects de la conception du programme qui, selon certaines études, peuvent influencer sur l'efficacité. À la lumière de la prochaine *directive de l'OMS sur la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans* (OMS 2023b), les praticiens de la nutrition mondiale devraient profiter de l'occasion pour mener des recherches supplémentaires sur l'efficacité du BSFP, puis mettre à jour les directives mondiales pour les aligner sur les nouvelles directives de l'OMS et la base de données actuelle pour le BSFP et les interventions de prévention similaires basées sur l'alimentation. La conception et la mise en œuvre du BSFP en RDC peuvent être améliorées pour s'aligner sur la base de données existante, et les responsables de la mise en œuvre et les bailleurs de fonds devraient collaborer pour résoudre les principaux défis de mise en œuvre concernant les chaînes d'approvisionnement en SNF et le financement.

Recommandations

Sur la base des résultats obtenus à partir des questions d'apprentissage, nous avons formulé plusieurs recommandations à l'intention du PAM et des bailleurs de fonds, axées sur le BSFP en RDC et applicables de manière plus générale au BSFP dans des situations similaires d'urgence humanitaire et prolongée.

- **En RDC, le PAM, en consultation avec les acteurs de la nutrition, devraient envisager de—**
 1. Collaborer avec le Cluster Nutrition et le Programme National de Nutrition de la RDC (PRONANUT) pour rendre les critères de sélection transparents et cohérents. Lorsque les financements sont insuffisants pour atteindre toutes les populations éligibles, la révision des critères de vulnérabilité pourrait être envisagée afin de cibler les populations les plus à risque compte tenu des lacunes constantes de financement.
 2. Mener des recherches primaires pour déterminer les facteurs d'émaciation spécifiques à la région, notamment s'ils sont saisonniers, si le BSFP est l'intervention de prévention appropriée pour les zones géographiques ciblées et quand mettre en œuvre le BSFP, le cas échéant.
 3. Proposer aux partenaires de mise en œuvre des accords flexibles à plus long terme (par exemple, 2 ans) afin de réduire la charge administrative et de permettre une planification à plus long terme. Cette action nécessiterait que le groupe sectoriel « Nutrition » donne la priorité aux zones de santé pendant une période plus longue ou que le PAM intègre une certaine flexibilité dans les accords afin que les partenaires puissent modifier leurs zones de mise en œuvre si les priorités géographiques changent au cours de la période contractuelle.
 4. A long terme, travailler avec les parties prenantes gouvernementales pour améliorer la qualité des données sur l'émaciation et élaborer des plans de transition du BSFP vers les plans et budgets nationaux de protection sociale (par exemple, en utilisant les conseils de l'USAID Advancing Nutrition sur l'élaboration de plans de transition des activités financées par l'USAID vers les plans et ressources nationaux).
- **Au niveau mondial, le PAM, les donateurs et les chercheurs devraient envisager de—**
 1. Comblent les principales lacunes en matière de données probantes sur l'efficacité du BSFP pour prévenir l'émaciation par le financement des études expérimentales ou quasi-expérimentales (idéalement dans plusieurs pays) qui testent l'efficacité comparative et la rentabilité de—

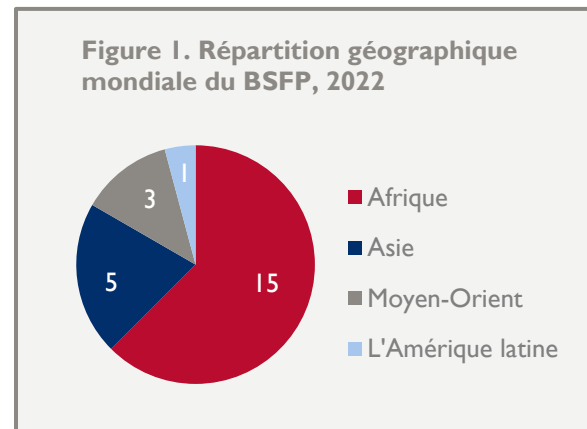
- Différentes approches de ciblage, incluant l'âge des enfants, le statut de grossesse et les critères de vulnérabilité
 - Supplément nutritif lipidique en petite quantité (SQ-LNS) dans les contextes d'urgence
 - Différents paquets de SNF avec des interventions à court terme en matière de nutrition et de santé intégrées au BSFP (par exemple, supplémentation en vitamine A, vermifuge, vaccination, conseils en matière d'allaitement, ANJE CSC et supplémentation en micronutriments multiples pour les femmes enceintes) et une assistance alimentaire générale ou des transferts d'argent liquide
 - Différents délais et longueurs de distribution des paquets BSFP
 - Différents SNF pour les femmes enceintes et allaitantes (FEA) afin de prévenir l'émaciation (par exemple, supplémentation équilibrée en énergie et en protéines, formulations SQ-LNS pour les femmes et Super Cereal).
2. Revoir les aspects suivants des orientations du BSFP au cours des processus de mise à jour, sur une base factuelle élargie et à la lumière des orientations récemment publiées par l'OMS *sur la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans* :
- Le calendrier et la durée des distributions en fonction des principaux facteurs d'émaciation dans les zones infranationales
 - La fourniture d'une aide alimentaire générale ou de transferts en espèces en plus du BSFP pour soutenir le ménage.

Introduction

En décembre 2022, le Programme alimentaire mondial (PAM) estimait que 26,4 millions de personnes en République démocratique du Congo (RDC) étaient en situation d'insécurité alimentaire, la majorité du pays étant en situation de crise ou d'urgence (classification intégrée de la sécurité alimentaire [IPC] 3 et 4) (PAM 2022c). Parmi ces populations en situation d'insécurité alimentaire, on estime à 1,9 million le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation modérée, à 887 000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'émaciation sévère, et à 2,2 millions le nombre de femmes enceintes et allaitantes (FEA) souffrant de malnutrition aiguë (IPC 2022). L'insécurité alimentaire est un problème ancien en RDC - fin 2021, on estimait que la RDC comptait le plus grand nombre de personnes vivant dans une situation d'insécurité alimentaire aiguë au monde (OCHA 2021). Des facteurs aggravants tels que l'insécurité persistante, les catastrophes naturelles et les épidémies de maladies transmissibles persistent, et la COVID-19 ainsi que le conflit en Ukraine rendent la situation encore plus difficile en raison de la hausse des coûts alimentaires et énergétiques.

Pour relever ces défis, il existe un large éventail d'interventions mises en œuvre par les acteurs de l'aide d'urgence et du développement en RDC. Le traitement de l'émaciation modérée et sévère doit être fourni en tant que service de santé intégré, conformément au Protocole national de Gestion Intégrée de la Malnutrition Aiguë du pays (PCIMA) (*Protocole National de Prise en charge de la Malnutrition Aiguë*). Toutefois, ces services ne sont pas universellement disponibles et sont principalement soutenus par les partenaires de mise en œuvre, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et le PAM. Les partenaires d'urgence, coordonnés par le Cluster Nutrition, fournissent également des services d'alimentation pour les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence (ANJE-U) à environ 1,4 million de personnes dans le besoin (RDC Cluster Nutrition 2023). Le PAM a également fourni une aide alimentaire en nature de l'ordre de 2,4 millions de personnes et une aide en espèces de l'ordre de 1,4 million de personnes en 2022 (PAM 2022b).

Un programme d'alimentation de complémentarité de couverture (BSFP) est une approche couramment utilisée pour soutenir les ménages en situation d'insécurité alimentaire. Le BSFP est un outil important de prévention de la détérioration de l'état nutritionnel des groupes à risque à l'instar des femmes enceintes et allaitantes (FEA) et, dans certaines circonstances, pour prévenir l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans pendant les périodes où les disponibilités alimentaires peuvent être insuffisantes. En 2022, le Global Nutrition Cluster a indiqué que des activités BSFP ont été mises en œuvre dans 24 pays (voir figure 1) et ont touché près de 11 millions d'enfants de 6 à 23 mois et les femmes enceintes et allaitantes (FEA). Toutefois, cela ne représente que 42 % des plus de 26 millions de personnes estimées requérant ces services (GNC 2023).



Le BSFP est l'une des activités nutritionnelles soutenues par le PAM et ses partenaires de mise en œuvre en RDC dans la lutte contre l'insécurité alimentaire persistante dans le pays. Selon le protocole national PCIMA de la RDC, les produits fournis comprennent des suppléments nutritifs à base de lipides en moyenne quantité (MQ-LNS), tels que Plumpy'doz, pour les enfants de 6 à 23 mois et Super Cereal avec de l'huile végétale et du sucre ou Super Cereal Plus avec de l'huile végétale pour les femmes enceintes et allaitantes (PLW). Le plan de réponse humanitaire 2022 de la RDC cible 654 000 personnes pour le BSFP. Sur ce nombre, 350 000 représentent les enfants âgés de 6 à 23 mois, un groupe d'âge

généralement exposé à un risque élevé d'émaciation. Les chiffres de ciblage pour les femmes enceintes et allaitantes (FEA) sont encore inférieurs aux besoins estimés. Seulement 303 000 femmes enceintes et allaitantes (FEA) ont été ciblées sur un total estimé de 1,3 million de personnes dans le besoin. Le Global Nutrition Cluster a indiqué que l'objectif pour les enfants de 6 à 23 mois a finalement été dépassé, atteignant 506 000 enfants de 6 à 23 mois avec le soutien du BSFP ; cependant, le programme FEA n'a pas atteint cet objectif, n'atteignant que 194 000 femmes (GNC 2023). Le Plan de réponse humanitaire (PRH) 2023 indique qu'il ciblera 20 pour cent des enfants de 6 à 23 mois et 20 pour cent des femmes enceintes et allaitantes (FEA) avec le BSFP, le document du *cadre stratégique* indiquant des chiffres totaux de ciblage juste en dessous de ces objectifs : 135 280 (13 %) enfants de 6 à 23 mois et 150 363 (14 %) FEA (OCHA 2023a, OCHA 2023c).

Contexte et justification

Il n'existe pas de document d'orientation ou de protocole global définitif pour la mise en œuvre du BSFP. Nous avons identifié trois documents au niveau mondial fournissant des détails et des conseils plus ou moins exhaustifs sur le moment et la manière dont le BSFP doit être mis en œuvre. Ces documents comprennent le Manuel du PAM *sur l'alimentation et la nutrition* (2018), le document du Groupement mondial pour la nutrition intitulé *Moderate Acute Malnutrition : A Decision Tool for Emergencies* (2017) ; et le *manuel Sphère* (Association Sphère 2018). Cependant, les trois documents d'orientation notent que le BSFP est une intervention destinée à soutenir la prévention de l'émaciation, en particulier chez les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes (FEA). Les orientations spécifiques à la RDC concernant la mise en œuvre du BSFP varient également ; cependant, le BSFP en RDC est également présenté comme une activité de prévention de l'émaciation.

Le Bureau d'aide humanitaire (BHA) de l'USAID a fait des investissements importants par l'intermédiaire du PAM dans le BSFP en RDC au cours des dernières années. Bien que le BSFP soit l'une des activités du PAM visant à prévenir l'émaciation, les preuves de son efficacité sont limitées. Dans une récente revue systématique sur les interventions nutritionnelles dans les zones de conflit, seul un article sur la RDC, datant de 1995, a été inclus. Il existe des preuves démontrant l'efficacité de la supplémentation alimentaire sur la prise de poids et la croissance en taille chez les enfants de moins de 2 ans, ainsi que sur les résultats de naissance pour les femmes enceintes. Cependant, peu d'études de qualité ont été menées sur les effets de l'alimentation de complément et peu d'études sur l'impact des programmes à grande échelle (Kristjansson et al. 2016 ; Visser et al. 2018 ; Bhutta et al. 2013). Il existe également des lacunes dans les données probantes concernant le rapport coût-efficacité du BSFP, la question de savoir si la distribution de couverture est adaptée aux situations d'urgence prolongées et les effets à long terme du BSFP (Bhutta et al. 2013 ; Visser et al. 2018).

Compte tenu de ces lacunes dans les données probantes en RDC et, plus généralement, de l'incohérence des directives sur les critères d'utilisation, l'USAID Advancing Nutrition a conçu une activité d'apprentissage en collaboration avec BHA pour mieux comprendre comment le BSFP est mis en œuvre en RDC et les données probantes mondiales sur l'efficacité du BSFP pour prévenir l'émaciation.

Objectifs et questions de recherche

Les objectifs de cette activité d'apprentissage consistaient en (1) un examen de la façon dont le PAM a conçu et mis en œuvre le BSFP en RDC au cours des 3 à 5 dernières années, y compris en identifiant toute orientation mondiale utilisée, et (2) une fourniture des informations pour aider à déterminer les circonstances appropriées pour l'utilisation du BSFP en RDC à l'avenir. Bien que l'accent de cette activité d'apprentissage soit mis sur la RDC, nous espérons qu'elle permettra une conceptualisation plus large et une prise en compte des aspects du BSFP dans des environnements similaires.

L'USAID a demandé à l'USAID Advancing Nutrition de répondre aux questions suivantes pour traiter l'objectif 1 sur la mise en œuvre du PAM en RDC (questions 1-3) et l'objectif 2 sur les circonstances d'utilisation du BSFP en RDC à l'avenir (questions 4-6) :

Objectif 1 : Examiner la manière dont le PAM a conçu et mis en œuvre le BSFP en RDC au cours des 3 à 5 dernières années, y compris en identifiant toute orientation mondiale utilisée.

1. Comment le PAM a-t-il **conçu** son BSFP en RDC (par exemple, les parties prenantes consultées, les sources de données utilisées) et est-il aligné sur les normes mondiales existantes ?
 - a. Comment le PAM a-t-il consulté, lors de la conception, les parties prenantes telles que le Programme national de nutrition (PRONANUT), les organisations non gouvernementales (ONG), les autorités provinciales et les autorités des zones de santé, le groupe sectoriel sur la nutrition et le ministère de la Santé ? Comment ces parties prenantes perçoivent-elles cette approche ?
 - b. Comment le PAM décide-t-il des populations à cibler pour le BSFP (par exemple, parties prenantes consultées, sources de données utilisées, critères utilisés) ?
2. Comment le PAM a-t-il **mis en œuvre** le BSFP en RDC et utilisé les orientations mondiales ?
 - a. Quelles autres interventions le PAM a-t-il mises en œuvre avec les mêmes bénéficiaires du BSFP ?
 - b. Comment le PAM a-t-il consulté les parties prenantes au cours de la mise en œuvre, telles que PRONANUT, les ONG, les autorités provinciales et de la zone de santé, le groupe sectoriel de la nutrition et le ministère de la Santé ? Comment ces parties prenantes perçoivent-elles cette approche ?
 - c. En quoi la mise en œuvre diffère-t-elle de la conception prévue ?
3. Comment le PAM a-t-il décidé du **retrait progressif du BSFP** dans une zone spécifique (par exemple, parties prenantes consultées, sources de données utilisées) ? Quelle est la durée du processus d'élimination progressive ?

Objectif 2 : Fourniture d'informations pour la détermination des circonstances appropriées d'utilisation du BSFP en RDC à l'avenir.

4. Sur la base de données secondaires, quelles sont les **tendances en matière d'émaciation** dans certaines zones de santé où le BSFP a été mis en œuvre en RDC ?
5. Sur la base des preuves existantes, dans quelle mesure le BSFP a-t-il été **efficace dans la prévention/stabilisation de l'émaciation en RDC** et dans des contextes similaires à la RDC ?
 - a. Quelles autres activités (par exemple, l'eau, l'hygiène et l'assainissement [EHA], la santé) se sont révélées efficaces lorsqu'elles sont associées au programme BSFP pour prévenir/stabiliser l'émaciation ?
 - b. Quel a été le rapport coût-efficacité du BSFP pour prévenir/stabiliser l'émaciation ?

- c. Dans quelle mesure d'autres modalités de distribution alimentaire, telles que l'argent liquide et les bons d'achat, ont-elles été efficaces pour prévenir/stabiliser l'émaciation dans des contextes similaires à celui de la RDC ?
6. Quels sont les **autres bailleurs de fonds** ayant financé le BSFP en RDC ?
- a. Sur quelle logique ces bailleurs de fonds se sont-ils appuyés pour décider le financement ou non du BSFP en RDC et dans d'autres contextes similaires ?

Méthodologie

Nous avons utilisé une méthode mixte pour répondre aux questions d'apprentissage ci-dessus. Nous avons utilisé des entretiens qualitatifs semi-structurés et des analyses documentaires pour répondre aux questions d'apprentissage 1-3 et 5-6 et nous avons effectué une analyse secondaire pour la question d'apprentissage n°4.

Pour les **questions d'apprentissage 1-3 et 5-6**, nous avons utilisé des entretiens qualitatifs semi-structurés avec des bailleurs de fonds (BHA, Commission européenne de protection civile et d'aide humanitaire [ECHO], et PAM), des experts sur le BSFP issus du monde universitaire, et des parties prenantes concernées en RDC (PRONANUT, partenaires de mise en œuvre du PAM, coordinateurs du PAM et du Cluster Nutrition et Sécurité Alimentaire). Nous avons mené des entretiens individuels et collectifs. L'équipe de l'activité Advancing Nutrition de l'USAID a mené des entretiens en ligne en anglais pour les entretiens au niveau mondial. Les entretiens avec les parties prenantes en RDC ont été menés en français par le spécialiste de la nutrition sur place, en personne lorsque cela était possible, sinon en ligne. Nous avons enregistré les entretiens avec l'accord des personnes interrogées et les avons transcrits en faisant appel à un service de transcription externe. Pour les entretiens effectués en français, la transcription des enregistrements a été réalisée depuis le français, suivie de la traduction en anglais en vue de l'analyse.

L'objectif des entretiens était la compréhension des expériences et des perceptions des parties prenantes. Pour la **question d'apprentissage n° 1**, les entretiens se sont concentrés sur le processus de prise de décision et les critères utilisés par le PAM pour concevoir les BFSP, y compris le ciblage et l'engagement des parties prenantes. Pour la **question d'apprentissage n°2**, les entretiens ont porté sur la manière dont le PAM et ses partenaires mettent en œuvre le programme BFSP, sur les autres interventions qu'ils mettent en œuvre parallèlement au programme BSFP et sur la manière dont ils impliquent les parties prenantes au cours de la mise en œuvre. Pour la **question d'apprentissage n° 3**, les entretiens se sont concentrés sur le processus de prise de décision et les critères utilisés par le PAM pour décider de l'élimination progressive du BSFP dans une localité donnée. Pour la **question d'apprentissage n° 5**, nous avons posé des questions sur la compréhension par nos informateurs experts de l'état des preuves du BSFP et des lacunes dans les preuves, et nous avons sollicité des recommandations sur les publications à examiner. Pour la **question d'apprentissage n°6**, nous avons cherché à comprendre le processus de prise de décision et les critères utilisés par les donateurs pour décider du financement du BFSP.

Pour la **question d'apprentissage n°4** sur les tendances de l'émaciation, nous avons analysé les tendances mensuelles des cas d'émaciation modérée et sévère entre 2018 et 2022 pour les enfants de 6 à 59 mois dans des zones de santé sélectionnées en utilisant les données disponibles du Système d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) sur les hospitalisations dans les établissements. Nous avons également examiné les données 2019-2022 du Système nutritionnel de surveillance et d'alerte précoce (SNSAP) pour les tendances trimestrielles de l'émaciation modérée et sévère dans nos zones de santé sélectionnées. Nous avons initialement prévu de comparer cette estimation avec les données du DHIS2 pour déterminer les besoins non satisfaits, mais la qualité des données du DHIS2 était trop médiocre pour permettre cette comparaison (voir Limites).

Pour la **question d'apprentissage n° 5**, nous avons utilisé des données provenant de la littérature évaluée par des pairs et de la littérature grise. Nous avons effectué une revue de la littérature descriptive et non systématique¹ sur l'efficacité de l'alimentation complémentaire en couverture pour la prévention de l'émaciation. Pour les besoins de cette revue, nous avons inclus les études qui ont

¹ Les revues de littérature non systématiques et descriptives impliquent l'inclusion de travaux littéraires sur un sujet donné, respectant des critères d'inclusion, tout en permettant une certaine flexibilité dans ces critères. Un seul membre de l'équipe examine la littérature et celle-ci est synthétisée de manière qualitative (Paré et Kitsiou 2016).

distribué des aliments nutritifs spécialisés (SNF), de l'argent ou des bons pour prévenir l'émaciation à tous les membres d'une communauté au sein d'une sous-population (par exemple, les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes) et qui ont évalué le rapport poids - taille ou le rapport poids - longueur en tant que résultats. Nous avons également inclus des études sans tenir compte de la prévention et le contrôle des infections (PCI) et de l'état d'urgence, car ces informations n'étaient pas systématiquement fournies dans la littérature. Nous avons limité notre examen aux deux types de SNF recommandés dans le *Manuel du PAM sur l'alimentation et la nutrition* (PAM 2018) et l'Outil de décision MAM (GNC 2017) - les farines mélangées fortifiées et les aliments complémentaires prêts à l'emploi (ACPE) /MQ-LNS. Nous avons exclu les études portant uniquement sur des interventions ciblées en matière d'alimentation de complément, qui regroupaient les résultats pour le BSFP et l'alimentation complémentaire ciblée, ou dont le type de programme d'alimentation complémentaire décrit (ciblé ou généralisé) n'était pas clair.

Nous avons recherché des rapports et des articles évalués par des pairs sur l'alimentation complémentaire de couverture dans *Field Exchange*, *Food Aid Quality Review*, *USAID Development Experience Clearinghouse* et *Google Scholar*. Dans *Google Scholar*, nous avons effectué deux recherches d'articles publiés entre 2010 et 2022 en utilisant les termes de recherche suivants :

- (« blanket supplementary feeding » OU « blanket feeding » OU « supplementary feeding » OU « general food distribution ») ET (« RDC » ou « République démocratique du Congo »)
- (« alimentation supplémentaire de couverture » OU « alimentation de couverture » OU « alimentation de supplément » OU « distribution générale de vivres ») ET « nutrition » ET (« efficacité » OU « impact » OU « rapport coût-efficacité » OU « mise en œuvre »).

Nous avons d'abord examiné les titres des articles, puis les résumés jusqu'à ce que les résultats de la recherche ne soient plus pertinents. Nous avons cherché à inclure principalement des articles de synthèse qui résument des recherches déjà publiées. Cependant, nous avons inclus des études de recherche primaire dans deux cas : (1) celles recommandées par les experts que nous avons interrogés, y compris les évaluations revues par des pairs et non revues par des pairs des investissements BSFP financés par l'USAID et le PAM, et (2) les études sur le rapport coût-efficacité, étant donné que les preuves sur ce sujet sont très limitées. Nous avons exclu les revues non systématiques si elles ne faisaient que rapporter les résultats de revues systématiques ou de méta-analyses déjà incluses dans notre revue. Au total, nous avons inclus dans notre analyse documentaire 10 documents évalués par des pairs et 6 documents non évalués par des pairs ou issus de la littérature grise. Le tableau 1 résume notre analyse documentaire, y compris les types de documents inclus. Comme il ne s'agit pas d'un examen systématique, nous n'indiquons pas le nombre d'études exclues.

Tableau 1. Résumé de la revue de littérature

Type de littérature	BSFP	Autres modalités	Rapport coût-efficacité et efficacité	Total
Littérature grise (non évaluée par des pairs) : Nombre de documents				
Revue	1	2	1	4
Recherche principale	2	0	0	2
Littérature évaluée par des pairs : Nombre de documents				
Revue	2	3	0	5
Recherche principale	2	1	2	5
Total	7	6	3	16

Cette activité impliquant la collecte de données primaires, nous l'avons soumise à l'examen du comité d'examen institutionnel de JSI, qui a accordé une dérogation. Nous avons élaboré des formulaires de consentement éclairé en anglais qui ont également été traduits en français. Le formulaire de consentement éclairé souligne qu'il s'agit d'une activité d'apprentissage et non d'une évaluation formelle de l'organisation de la personne interrogée ou de la programmation du PAM.

Échantillonnage

Concernant les entretiens, les **questions d'apprentissage 1-3 et 5-6**, nous avons travaillé avec BHA et le spécialiste de la nutrition de la RDC pour l'établissement d'une liste raisonnée du personnel du PAM, des parties prenantes concernées et d'autres bailleurs de fonds qui connaissent et travaillent sur le BSFP dans six catégories d'informateurs pour les entretiens : (1) Les partenaires de mise en œuvre du PAM impliqués dans la conception et la mise en œuvre du BSFP en RDC aux niveaux national et provincial et/ou de la zone de santé, (2) Le PRONANUT aux niveaux national et provincial en tant que parties prenantes clés du gouvernement en RDC qui s'engagent avec le PAM sur la conception ou la mise en œuvre du BSFP, (3) les coordinateurs du Cluster Sécurité Alimentaire et Nutrition en RDC aux niveaux national et sous-national qui connaissent le BSFP (4) le personnel de la BHA et d'autres donateurs impliqués dans la prise de décision concernant le financement du BSFP en RDC ou dans des contextes similaires, (5) les experts mondiaux en matière de BSFP ; et (6) le personnel du PAM au niveau mondial et national. Au total, nous avons mené 17 entretiens avec 30 informateurs (tableau 2). Nous avons atteint notre objectif de taille d'échantillon de 20 à 30 informateurs, mais nous n'avons pas atteint notre objectif de taille d'échantillon de 4 à 6 par groupe d'informateurs pour les parties prenantes gouvernementales et les experts mondiaux en raison de difficultés de calendrier.

Tableau 2. Exemple d'entretien

Groupe d'informateurs	Entretiens au niveau mondial	Entretiens au niveau national	Entretiens à l'échelle provinciale	Nombre total des entretiens
Partenaires de mise en œuvre du PAM	n/a ²	4 (7 informateurs)	n/a	4 (7 informateurs)
Parties prenantes gouvernementales	n/a	1 (1 informateur)	2 (2 informateurs)	3 (3 informateurs)
Clusters de Sécurité Alimentaire et de nutrition	n/a	2 (3 informateurs)	1 (2 informateurs)	3 (5 informateurs)
BHA et autres bailleurs de fonds	2 (5 informateurs)	0	n/a	2 (5 informateurs)
Experts mondiaux	3 (3 informateurs)	n/a	n/a	3 (3 informateurs)
PAM	1 (5 informateurs)	1 (2 informateurs)	n/a	2 (7 informateurs)
Nombre total des entretiens	6 (13 informateurs)	8 (13 informateurs)	3 (4 informateurs)	17 (30 informateurs)

Pour la **question d'apprentissage n°4**, en consultation avec la BHA, nous avons sélectionné à dessein des zones de santé pour identifier celles qui (1) ont un programme BSFP actif (à partir de janvier 2023), (2) sont inclusives d'une gamme de contextes (par exemple, urgence complexe [provinces de l'est] et plus stable [région du grand Kasai]), et (3) ont eu une enquête SMART récente (pas plus ancienne que 2021). En fin de compte, nous avons sélectionné toutes les zones de santé répondant à ces critères, étant donné que le nombre d'enquêtes SMART récentes était très limité. Les zones de santé sélectionnées pour l'analyse des données secondaires sont présentées dans le tableau 3.

² Nous n'avons pas ciblé d'informateurs dans les groupes marqués comme n/a ou les types d'informateurs ciblés n'existent pas à ce niveau.

Tableau 3. Zones de santé sélectionnées pour l'analyse des données secondaires

Province	Zone de santé
Kasaï	Kamonia
	Kamwasha
	Mutena
Kasaï Central	Katende
	Muetshi
Kasaï Oriental	Citenge
Sud Kivu	Kabare
	Nundu

Analyse des données

Nous avons utilisé l'analyse thématique pour l'identification des thèmes et des modèles dans les données narratives afin de répondre aux **questions d'apprentissage 1-3 et 5-6**. Nous avons élaboré un codebook contenant des thèmes déductifs préalablement identifiés en fonction des questions de recherche et des sujets d'intérêt avant l'analyse des données. L'application du codebook aux transcriptions en anglais dans Atlas.ti, un logiciel d'analyse de données qualitatives, a été effectuée par un codeur. Ensuite, l'analyse des données par code, la comparaison des données codées par groupe d'informateurs en fonction de leur rôle (bailleurs de fonds, experts, gouvernement, groupes et partenaires de mise en œuvre), et leur niveau géographique (mondial, national et provincial) ont été entreprises dans le but d'identifier les thèmes et les schémas communs, ainsi que les variations dans les réponses par groupe.

Pour la **question d'apprentissage n°4**, nous avons utilisé R Studio pour nettoyer et compiler les données DHIS2 sur les hospitalisations dans les établissements des zones de santé sélectionnées. Les informations collectées couvrent la période 2018-2022 pour les admissions au traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et les cas de paludisme et de diarrhée. Nous avons tenté d'analyser ces données afin d'identifier des tendances saisonnières dans le nombre de cas de MAS et de MAM ou dans les maladies infantiles (paludisme et diarrhée) qui sont des facteurs courants d'émaciation chez les enfants. Nous avons également examiné les admissions pour des consultations générales d'enfants comme indicateur de l'accessibilité des services.

Les données trimestrielles du SNSAP de 2019-2022 ont été compilées et synthétisées pour identifier les tendances lorsqu'une zone de santé est classée en « alerte. » Les données du SNSAP classent une zone de santé comme étant en « alerte » pour l'émaciation chez les enfants lorsque la proportion d'enfants ayant un périmètre brachial (PB) <125 millimètres (mm) est supérieure ou égale à 20 % ou lorsque la proportion d'enfants âgés de 0 à 59 mois présentant des œdèmes est supérieure à 5 %. Une zone de santé est en « alerte » pour l'émaciation chez les FEA lorsque la proportion de FEA ayant un PB <230 mm est supérieur ou égale à 20 %. Ces pourcentages sont représentatifs des populations qui ont visité les sites sentinelles des établissements de santé. Il ne s'agit pas de taux de prévalence pour l'ensemble de la population.

Pour la **question d'apprentissage n°5**, nous avons examiné les articles identifiés dans les bases de données et extrait les principales conclusions et les lacunes en matière de preuves dans un modèle commun.

Limites

Nous avons réalisé un petit échantillon délibéré d'entretiens et n'avons pas pu atteindre la taille d'échantillon cible pour les parties prenantes gouvernementales et les experts mondiaux en raison de difficultés de planification. Cela limite notre capacité à ventiler les résultats pour ces groupes d'informateurs. Les données publiques disponibles sur le BSFP sont limitées et ne comprennent que des informations sur le nombre de bénéficiaires atteints et la quantité de produits alimentaires fournis. La collecte de données concernant l'impact du BSFP sur la prévention de l'émaciation n'est pas réalisée en raison des indicateurs actuellement employés par le PAM et d'autres partenaires de mise en œuvre. Il n'a donc pas été possible de trianguler les réponses aux entretiens sur la portée ou les résultats du projet à l'aide des données secondaires disponibles sur les résultats du BSFP. Les entretiens relatifs aux réalisations et aux résultats des projets, en particulier, sont sujets à des biais de réponse, du fait de la possible intention des informateurs de présenter positivement leur programme. Il existe également un risque de biais de mémorisation dans les entretiens, car les informateurs peuvent ne pas se souvenir avec précision des événements passés.

Pour l'analyse des données secondaires, nous n'avons pas été en mesure de réaliser l'analyse initialement prévue. Les données DHIS2 que nous avons reçues pour les hospitalisations en établissement ont été jugées peu fiables. Pour de nombreuses zones de santé, le nombre total de cas d'émaciation modérée et grave, ainsi que de cas de paludisme et de diarrhée était nettement plus élevé que l'estimation de la population pour cette zone donnée. Malgré la connaissance des mouvements de population dans les zones sélectionnées, la considérable disparité entre le nombre de cas anticipés et le nombre de cas déclarés a été jugée peu fiable dans plusieurs instances. Un exemple de Katende illustre ce point. Selon les données utilisées pour le ciblage du PRH 2022 de la RDC, la population totale de Katende est estimée à environ 104 000 personnes, dont 19 000 enfants âgés de 6 à 59 mois. Le nombre total d'admissions pour les enfants de 6 à 59 mois atteints de MAM entre 2018 et 2022 était d'environ 31 000 et le nombre total d'hospitalisations le plus élevé était d'environ 154 000, ces deux chiffres dépassant de loin non seulement le nombre annuel prévu de cas de MAM, mais aussi la population totale d'enfants de 6 à 59 mois. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure de comparer de manière fiable les données DHIS2 sur les admissions MAS et MAM avec les estimations du nombre de dossiers ni d'identifier des tendances significatives ou fiables pour l'un des indicateurs examinés. Par ailleurs, nous avons synthétisé et examiné les données du SNSAP pour la période 2019-2022 ; la limite de ces données est que nous ne sommes pas en mesure de voir les tendances d'un mois à l'autre, et nous n'avons pas pu analyser les données réelles, mais nous avons plutôt utilisé ce qui était indiqué dans les rapports de surveillance trimestriels accessibles au public.

L'examen de la littérature et des évaluations par des pairs a présenté plusieurs limites. Nous n'avons pas trouvé d'études sur l'alimentation complémentaire de couverture en RDC. Certains articles de synthèse ont regroupé les résultats de l'alimentation complémentaire de couverture et de l'alimentation complémentaire ciblée, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer quels résultats résultent spécifiquement de la distribution généralisée. En outre, dans certains cas, l'alimentation complémentaire de couverture est mise en œuvre dans le cadre d'autres interventions, de sorte que les résultats de la partie du projet consacrée à la distribution de nourriture ne peuvent être isolés de ceux d'autres interventions (par exemple, éducation nutritionnelle, interventions EHA). Certains articles de synthèse ont regroupé les résultats du BSFP avec et sans d'autres interventions complémentaires. Certains articles de synthèse ne fournissaient pas d'informations sur le ciblage de la distribution alimentaire, nous les avons donc exclus. L'utilisation incohérente du terme « blanket supplementary feeding » (alimentation complémentaire de couverture) peut également avoir limité les résultats de la recherche. En outre, nous

n'avons pas exploré d'autres avantages nutritionnels directs potentiels, tels que l'amélioration de l'apport alimentaire, du poids à la naissance ou du poids par rapport à l'âge, ou des avantages indirects, tels que la réduction du cortisol maternel.

Résultats

Dans cette section, nous présentons les résultats pour chaque question d'apprentissage. L'apprentissage des questions 1 à 4 et 6 concerne la mise en œuvre du BSFP en RDC, tandis que la question d'apprentissage n°5 consiste en la synthèse de la base de preuves mondiales.

Question d'apprentissage n°1 : Conception du BSFP par le PAM en RDC et alignement sur les normes mondiales

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 1

Le Cluster Nutrition de la RDC donne la priorité aux zones de santé qui devraient bénéficier du BSFP sur la base des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) et du niveau d'insécurité alimentaire aiguë de l'IPC. Le groupe sectoriel de la nutrition travaille ensuite avec des partenaires, dont le PAM, pour déterminer les objectifs en fonction du financement et de la capacité opérationnelle. Chaque année, le PAM passe des contrats avec des ONG locales ou internationales pour la mise en œuvre du BSFP. Une fois engagés, ces partenaires de mise en œuvre effectuent des dépistages de masse avec les relais communautaires (bénévoles de la communauté) pour identifier les enfants de 6 à 23 mois et les FEA (lorsque les fonds le permettent) qui ne font pas l'objet d'une émaciation. Les difficultés rencontrées lors du ciblage sont notamment l'inaccessibilité due à des infrastructures déficientes et/ou à l'insécurité, la découverte de populations plus nombreuses que prévu et la mauvaise qualité des mesures de dépistage.

Nous avons examiné les trois documents d'orientation mondiaux identifiés, le *Manuel sur l'alimentation et la nutrition* du PAM, l'Outil de décision MAM et le *Manuel Sphère*, afin de déterminer la différence dans les orientations en matière de conception du BSFP. Nous avons ensuite comparé les documents d'orientation spécifiques à la RDC, qui comprennent le *protocole national PCIMA (2016)* et le *Manuel intersectoriel pour la réponse humanitaire pour les secteurs eau, hygiène, assainissement [EHA], nutrition, santé, et sécurité alimentaire en RDC (2022)*, pour voir si ces documents étaient harmonisés les uns avec les autres et comprendre comment ils se comparent aux normes mondiales disponibles. Enfin, nous résumons les informations fournies par les informateurs clés sur la manière dont le processus de conception se déroule généralement.

Définition du BSFP

Dans la détermination de l'adéquation d'une intervention pour un contexte donné ou dans le but d'atteindre un objectif spécifique, il est crucial d'établir une compréhension partagée des résultats attendus et des composantes essentielles de l'intervention. Lors de nos entretiens avec des informateurs clés, en particulier au niveau mondial, la question fréquemment posée était celle de notre définition du BSFP aux fins de cet exercice d'apprentissage. Pour ces informateurs au niveau mondial, la caractéristique distinctive du BSFP est qu'il cible les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de 2 ans ou de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes et les populations réfugiées ou déplacées à l'intérieur du pays.

Ce manque de clarté sur une définition générale du BSFP parmi les experts, les bailleurs de fonds et les praticiens au niveau mondial peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de définition unique et définitive de ce que le BSFP devrait inclure, y compris où, quand et comment elle devrait être mise en œuvre. Nous avons constaté que la définition de base du BSFP, tel qu'elle figure dans les trois documents d'orientation généraux que nous avons examinés, variait considérablement. Les éléments clés de chaque définition sont résumés dans le tableau 4.

Globalement, les trois définitions mentionnent que le BSFP est destiné à prévenir l'émaciation. Le PAM et l'outil de décision MAM donnent spécifiquement la priorité aux jeunes enfants dans leurs définitions, tandis que le *manuel Sphère* ne mentionne pas explicitement la population cible prioritaire. Les trois sources mentionnent également l'utilisation du BSFP dans des contextes d'urgence et dans des zones où l'insécurité alimentaire est élevée. À partir de là, les définitions et les orientations complémentaires, qui sont examinées dans les sections suivantes, commencent à diverger. C'est important, car l'absence d'une définition claire et harmonisée de ce qu'est un programme et de ce qu'il est censé réaliser peut entraîner une plus grande confusion au niveau de la mise en œuvre.

En RDC, les informateurs clés étaient plus harmonisés sur leur définition du BSFP en tant qu'intervention visant à prévenir l'émaciation et semblaient apprécier sa contribution à cet objectif. Les informateurs clés de la RDC ont mis l'accent sur les groupes cibles des enfants âgés de 6 à 23 mois et des femmes enceintes et allaitantes, et ont noté que les distributions de nourriture étaient différentes des distributions générales parce qu'elles ciblaient ces groupes spécifiques. Les documents d'orientation nationaux de la RDC ne fournissent pas de définition spécifique du BSFP, mais se concentrent plutôt sur les critères de ciblage et les produits à utiliser.

Tableau 4. Définitions globales du BSFP

<i>Manuel du PAM</i>	<i>Outil de décision MAM</i>	<i>Le manuel Sphère</i>
<p>« Les programmes d'alimentation complémentaire de couverture (BSFP) sont une intervention de base pour prévenir la malnutrition aiguë chez les jeunes enfants, en particulier dans les contextes où l'insécurité alimentaire (disponibilité et/ou accès) ou la prévalence de la sous-nutrition chronique sont élevées.</p> <p>Les BSFP comprennent la fourniture de SNF à des personnes appartenant à un groupe cible, sur une base régulière et pour une période spécifique. L'admission dans le programme ne dépend pas de l'état nutritionnel, mais de l'évaluation du risque ».</p>	<p>« Le programme d'alimentation complémentaire de couverture est l'intervention standard pour prévenir la malnutrition aiguë chez les jeunes enfants dans une situation d'urgence, en particulier dans les cas où la MAM est élevée, l'insécurité alimentaire importante (disponibilité et/ou accès) ou la prévalence de la dénutrition chronique et des carences en micronutriments est élevée avant la situation d'urgence ».</p>	<p>« Dans les situations de crise, l'alimentation de complément est souvent la principale stratégie de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë modérée. Les programmes d'alimentation complémentaire de couverture généralisés [sont] destinés à la prévention.</p> <p>Les programmes d'alimentation complémentaire de couverture sont recommandés lorsque l'insécurité alimentaire est élevée et qu'il est nécessaire d'étendre les interventions au-delà des seuls cas de malnutrition aiguë modérée ».</p>

Ciblage géographique

Les variations se présentent au niveau des orientations globales relatives aux considérations contextuelles lors de la mise en œuvre du BSFP. Ces considérations contextuelles ont des implications sur le ciblage géographique final de l'intervention. Nous les avons résumés dans le tableau 5. Comme l'indique le tableau 5, il n'y a pas de cohérence dans les orientations globales concernant les critères de ciblage géographique. Même la cohérence des orientations de base sur l'insécurité alimentaire et les seuils du MAG n'est pas assurée. Il convient de noter que si le PAM prend en compte le niveau de sécurité alimentaire dans sa définition du BSFP, il ne l'inclut pas dans les critères de ciblage géographique

qui sont résumés ailleurs dans le *Manuel sur l'alimentation et la nutrition*. Les orientations sur le ciblage géographique varient également dans les documents d'orientation spécifiques à chaque pays de la RDC.

En général, en RDC, le Cluster Nutrition joue un rôle important dans la priorisation géographique de toutes les activités de nutrition d'urgence, y compris le BSFP. Le cluster Nutrition participe à l'élaboration du plan d'action annuel, qui a généralement lieu au début de l'année civile. L'exercice de priorisation du PAH pour la nutrition prend en compte des critères pondérés pour la prévalence de la MAG, le niveau d'alerte du SNSAP, la prévalence du retard de croissance, le niveau IPC, les mouvements de population et la présence d'épidémies de rougeole, de choléra, d'Ebola ou de COVID-19 lorsqu'il s'agit d'identifier les zones de santé à prioriser pour la programmation nutritionnelle. Dans certains cas, les zones de santé priorisées par le Cluster Nutrition pour les interventions nutritionnelles diffèrent des zones de santé priorisées dans le PAH plus large, car la priorisation globale du PAH prend en compte les besoins d'un plus grand nombre de secteurs. Les données utilisées par le Cluster Nutrition pour la priorisation des activités nutritionnelles proviennent de plusieurs sources disponibles, à savoir les enquêtes (par exemple, les enquêtes SMART, les enquêtes d'évaluation de la sécurité alimentaire, les enquêtes démographiques et de santé), le DHIS2 et les bulletins SNSAP. Sur la base de ces données, le groupe sectoriel de la nutrition détermine les zones de santé qui doivent bénéficier en priorité de programmes de prévention et/ou de traitement de l'émaciation. Comme l'a expliqué un informateur national affilié à l'Organisation des Nations unies (ONU) :

« En fin de compte, c'est le Cluster [Nutrition], et non le PAM, qui décide dans quelle(s) zone(s) de santé il est bon de faire la prévention de la malnutrition aiguë ». La décision est donc prise par le Cluster Nutrition de la RDC. Le PAM suit simplement, et si vous regardez le document PRH ... ils montreront quelle zone de santé est prioritaire pour MAS [traitement], quelle zone de santé est prioritaire pour MAM [traitement], et aussi quelle zone de santé est prioritaire, à la fin, pour le BSFP ». (Affilié à l'ONU, niveau national)

Les informateurs affiliés à l'ONU ont indiqué que le niveau d'IPC et les taux de MAG sont les principaux facteurs utilisés pour déterminer si une zone de santé sera prioritaire pour le BSFP. Les informateurs affiliés à l'ONU ont indiqué l'attribution de priorité aux zones présentant des taux de MAG de 10 % ou plus et des IPC de 3 ou plus. L'un d'entre eux a précisé que les critères incluent des taux de MAG supérieurs à 15 % ou compris entre 10 et 15 %, avec des facteurs aggravants tels que le classement en IPC 3 ou plus. Techniquement, les deux réponses des informateurs clés sont correctes, mais varient parce que les orientations nationales sur le ciblage géographique ne sont pas cohérentes entre le protocole national PCIMA et le manuel intégré sur la sécurité alimentaire, l'EHA et la nutrition. Le protocole national PCIMA est davantage aligné sur les orientations de l'outil de décision MAM, tandis que le manuel intégré est davantage aligné sur les orientations du manuel du PAM sur *l'alimentation et la nutrition*, du moins en ce qui concerne les taux de MAG utilisés pour l'établissement des priorités.

Les informateurs clés ont également expliqué que le groupe sectoriel de la nutrition affine les objectifs géographiques avec ses partenaires, notamment le PAM et l'UNICEF, en fonction du financement et des capacités opérationnelles. Le PAM ne dispose pas de ressources suffisantes pour atteindre toutes les zones de santé prioritaires. Elle donne la priorité aux provinces où elle dispose déjà d'une capacité opérationnelle. En 2023, le PAM disposait d'une capacité opérationnelle dans huit provinces : Nord Kivu, Sud Kivu, Tanganyika, Ituri, Haut Katanga, Kasai Central, Kasai Oriental et Kasai. L'équipe nutritionnelle du PAM sur le terrain procède à une nouvelle hiérarchisation géographique en consultation avec les équipes provinciales du PRONANUT et du groupe sectoriel de la nutrition afin d'affiner la liste des zones de santé ciblées par le BSFP, en fonction des aspects opérationnels et logistiques. Ce processus entrepris par le PAM est conforme aux orientations fournies dans le manuel du PAM sur *l'alimentation et la nutrition*, qui suggère que la capacité opérationnelle soit prise en considération dans le cadre du ciblage.

« Maintenant, en fonction de leurs capacités, ils ne couvriront peut-être pas toutes les zones de santé indiquées par le groupe, mais certaines zones qu'ils semblent avoir la capacité de couvrir. C'est un exercice que nous faisons habituellement avec le PAM ». (Affilié aux Nations unies, niveau national)

En janvier 2023, 38 zones de santé étaient ciblées pour la mise en œuvre du BSFP en RDC. Nous avons examiné de plus près les données MAG et IPC disponibles pour ces zones de santé afin de déterminer si leur sélection répondait aux critères nationaux de ciblage géographique. Ces informations sont résumées à l'annexe 1. Sur les 38 zones de santé sélectionnées pour la mise en œuvre du BSFP, 29 ont été classées comme hautement prioritaires par le Cluster Nutrition lors de l'exercice de priorisation du PRH 2023. Les neuf autres étaient de priorité moyenne. De même, toutes les zones de santé sélectionnées, à l'exception de neuf d'entre elles, ont également été classées prioritaires dans le PRH 2023, bien qu'il n'y ait pas de chevauchement direct entre les zones de santé classées comme moyennement prioritaires par le Cluster Nutrition et celles qui n'ont pas été classées prioritaires dans le PRH. L'évaluation des niveaux d'IPC et de MAG pour chaque zone de santé a impliqué l'utilisation des projections d'IPC de janvier à juin 2023 pour l'insécurité alimentaire aiguë et la malnutrition aiguë. L'objectif était de déterminer si ces zones de santé satisfaisaient aux deux critères de ciblage géographique. Sur la base de ces projections, toutes les zones de santé sauf quatre (toutes dans le Sud Kivu) ont rempli les critères de ciblage de l'IPC 3 ou plus ou de la MAG de ≥ 10 pour cent ou plus, comme indiqué dans le manuel intégré. Cependant, les données détaillées de priorisation pour l'année 2023, comprenant des informations supplémentaires sur les mouvements de population et les épidémies, n'ont pas été rendues publiques par le Cluster Nutrition. Il est ainsi difficile de déterminer si d'autres facteurs aggravants étaient présents dans ces quatre zones de santé, justifiant ainsi leur inclusion dans le BSFP.

Tableau 5. Critères de ciblage géographique

Orientation globale			Orientations en RDC	
Manuel du PAM	Outil de décision MAM	Le manuel Sphère	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence élevée de MAM (≥ 10 pour cent) ou risque de détérioration nutritionnelle susceptible d'entraîner une augmentation du nombre de cas de MAM. • La capacité et l'accès pour atteindre cette population, l'accessibilité par la route, la présence existante du PAM, ou la présence importante d'une ONG peuvent être considérés. • Les priorités du gouvernement et les capacités du PAM dans une région donnée. • Indicateurs de mouvements de population. 	<p>Sur la base de considérations relatives au niveau MAG et au niveau de risque. Le BSFP doit être fourni lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de MAG est élevé ($>15\%$) • L'insécurité alimentaire élevée (disponibilité et/ou accès) • Une forte prévalence de la dénutrition chronique et des carences en micronutriments existait avant la situation d'urgence. Pour les contextes où la MAG est inférieure à 15 %, le niveau de risque doit également être évalué en combinaison avec le taux de MAG en tenant compte des éléments suivants : • Morbidité accrue • Baisse de la sécurité alimentaire • Des déplacements importants de population • La densité de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> • Là où l'insécurité alimentaire est élevée. • Nécessité d'étendre les interventions au-delà des cas de MAM. <p>Le choix entre la prévention et le traitement doit dépendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des niveaux de malnutrition aiguë et du nombre de personnes touchées • Du risque de morbidité accrue • Du risque de baisse de la sécurité alimentaire • Des déplacements et de la densité de la population • De la capacité de dépistage et de suivi de la population touchée à l'aide de critères anthropométriques • Des ressources disponibles et de l'accès aux personnes touchées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque la prévalence de la MAG est supérieure à 15 %. • Lorsque la prévalence de la MAG se situe entre 10 et 14,9 % et que les facteurs aggravants sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> — Déplacements massifs de population — Epidémie de rougeole — Mortalité rétrospective de 2 décès pour 10 000 enfants de moins de 5 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les situations d'insécurité alimentaire (IPC 3 et plus, en fonction de la durée de l'intervention). • En cas d'urgence nutritionnelle, définie par une MAG $\geq 10\%$ et/ou une MAS $\geq 2\%$. • En cas d'épidémie de choléra. • En cas d'épidémie de rougeole. • Dans le cas d'un mouvement de population affectant au moins 1 250 personnes. • En cas de catastrophe naturelle.

Ciblage des bénéficiaires

Les critères de ciblage des bénéficiaires varient également au niveau mondial. Le PAM et l'outil de décision MAM accordent la plus haute priorité aux enfants de 6 à 23 mois, en invoquant leur plus grand risque de mortalité, de détérioration et d'apparition de retards de croissance et de retards cognitifs. Les FEA (Femmes enceintes et allaitantes) reçoivent le niveau de priorité le plus bas dans les deux documents d'orientation. Les deux documents fournissent également des conseils supplémentaires sur la priorisation des femmes enceintes et allaitantes, qui suggèrent de cibler uniquement les femmes allaitantes ayant des enfants âgés de 0 à 6 mois, afin de protéger l'allaitement et de simplifier l'inscription de l'enfant lorsqu'il atteint l'âge de 6 mois. Un informateur des Nations unies au niveau mondial a noté que le BSFP n'est fourni aux enfants jusqu'à l'âge de 5 ans que dans des circonstances très graves, sinon il est fourni aux enfants de moins de 2 ans, ce qui est conforme à l'orientation mondiale.

Les orientations en matière de ciblage des bénéficiaires en RDC étaient généralement cohérentes avec les orientations mondiales disponibles et donnaient la priorité aux enfants de 6 à 23 mois et aux femmes enceintes et allaitantes. Le seul écart par rapport aux populations cibles standard des 6-23 mois et des femmes enceintes et allaitantes a été constaté en cas d'épidémie de rougeole, au cours de laquelle seuls les enfants de 6 à 23 mois doivent être ciblés, conformément au manuel intégré. Aucun des deux documents d'orientation du RDC ne fournit de critères permettant de donner la priorité à ces populations lorsque les ressources disponibles sont limitées. Les critères de ciblage des bénéficiaires au niveau mondial et en RDC sont résumés dans le tableau 6.

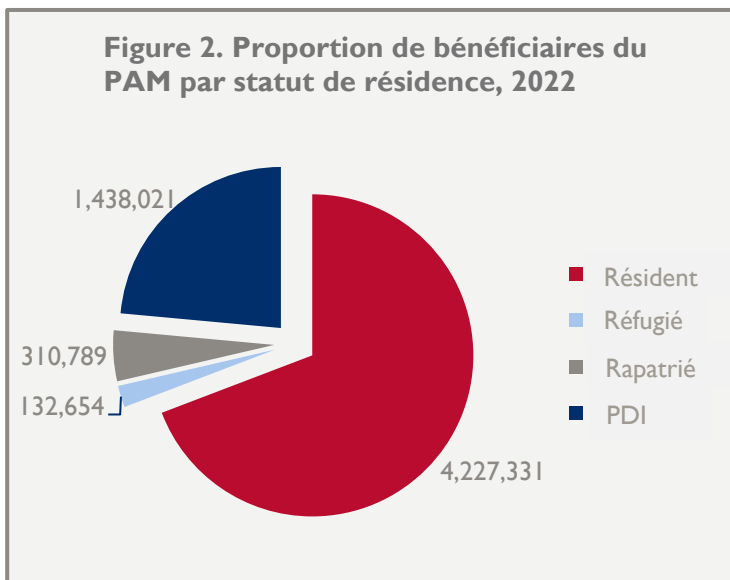
En RDC, les informateurs ont toujours considéré que le BSFP était approprié pour les populations vulnérables, définies comme les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de 6 à 23 mois ou les enfants de moins de 5 ans, en fonction de la situation. Un informateur affilié à l'ONU en RDC a expliqué quand le BSFP est approprié :

« Au cours des 1 000 premiers jours ... de la conception jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans ... Au cours des 1 000 premiers jours, si le régime alimentaire de la femme enceinte, de la femme allaitante et de l'enfant dans le ventre de sa mère n'est pas approprié, il y a un risque de malnutrition chronique, qui est une forme irréversible de malnutrition. (Affilié à l'ONU, niveau provincial).

Les informations sur la proportion de bénéficiaires du BSFP appartenant à ces groupes cibles et faisant également partie d'autres populations vulnérables, telles que les personnes déplacées à l'intérieur (PDI) du pays, les réfugiés ou les réfugiés de retour, ne sont pas accessibles au public. Le PAM communique le nombre total de bénéficiaires par statut de résidence pour l'ensemble de ses programmes. Le rapport sur ces chiffres pour la RDC en 2022 est résumé dans la figure 2 (PAM 2022b).

Les partenaires de mise en œuvre effectuent des exercices de ciblage dans les zones de santé définies dans

leurs contrats et conformément aux orientations du PAM. Comme indiqué plus haut, ces zones de santé sont prioritaires pour le Cluster Nutrition. Bien que l'objectif soit généralement de couvrir l'ensemble



de la zone de santé, les contraintes de ressources et d'accessibilité ne le permettent pas toujours, comme nous le verrons plus loin.

Les informateurs ont généralement déclaré avoir ciblé les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de **6 à 23 mois qui ne souffrent pas de malnutrition aiguë pour le BSFP financé par le PAM en RDC**. La priorité accordée aux enfants de 6 à 23 mois est conforme aux orientations mondiales et à celles propres à la RDC. En 2023, les informateurs clés ont noté que le PAM ne disposait pas de fonds suffisants pour fournir des BSFP aux femmes enceintes et allaitantes, de sorte que seuls les enfants étaient ciblés. Cette priorisation à la lumière des contraintes en matière de ressources est également conforme aux orientations mondiales. Cependant, la décision d'inclure les femmes enceintes et allaitantes dans le BSFP avant 2022 et son alignement sur les orientations mondiales est moins claire, car les informations sur des considérations clés telles que la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance et les comportements en matière d'ANJE ne sont pas incluses dans les bases de données de priorisation utilisées par le groupe sectoriel de la nutrition. Il n'est pas toujours évident de savoir si les femmes enceintes et allaitantes ont accès au traitement de l'émaciation modérée dans toutes les régions où il est proposé ou si ces services sont réservés aux enfants de moins de 5 ans.

Pour être inclus dans le BSFP en RDC, les enfants de 6 à 23 mois doivent avoir un PB d'au moins 125 mm et, lorsqu'elles sont ciblées, les femmes enceintes et allaitantes doivent avoir un PB d'au moins 230 mm. Le PAM fournit ces conseils aux partenaires de mise en œuvre sur les personnes à cibler. Un partenaire de mise en œuvre a décrit les critères de sélection :

“Le critère est que nous commençons par les enfants âgés de 6 à 23 mois. Ils doivent être en bonne santé. Ils doivent [avoir un PB] supérieur ou égal à 125 millimètres. C'est pour les enfants. Pour les femmes enceintes qui allaitent, il faut qu'elles soient enceintes ou qu'elles allaitent... pour les femmes enceintes, il faut qu'elles soient enceintes à partir du deuxième trimestre. La sélection de nos bénéficiaires est basée sur le critère d'être une femme en période d'allaitement, avec un enfant de moins de 6 mois, établi préalablement par notre partenaire de mise en œuvre au niveau national.

Les partenaires de mise en œuvre ont fait état d'un processus cohérent pour le ciblage et l'inscription ultérieure. Les partenaires de mise en œuvre ont indiqué qu'ils avaient d'abord sensibilisé la communauté, y compris les chefs de village, au BSFP, ce que les informateurs ont décrit comme une étape importante pour s'assurer que les communautés acceptent l'intervention, pour éviter de créer des tensions et pour que les prestataires et les bénéficiaires ne soient pas en mesure de vendre le SNF. Un partenaire de mise en œuvre a décrit l'objectif de la sensibilisation :

‘Notre rôle principal à cet égard est de sensibiliser la communauté bénéficiaire et les autorités afin qu'elles comprennent le rôle, l'importance et l'utilité de cette activité préventive auprès des bénéficiaires que nous devons aider.’ (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Ensuite, les partenaires de mise en œuvre collaborent avec le ministère de la santé et travaillent avec les *relais communautaires* pour effectuer des dépistages de masse au sein de la communauté en ce qui concerne l'émaciation à l'aide du PB. La liste des enfants éligibles est soumise au centre de santé puis au PAM. Si un enfant est identifié comme souffrant de malnutrition aiguë, il est orienté vers un programme de traitement et n'est pas sélectionné pour le programme BSFP. Un responsable de la mise en œuvre a expliqué ce processus :

” Nous donnons le feu vert après avoir signé le protocole avec le ministère de la santé. Ils nous envoient les cas de MAM, les cas de MAS et les cas sains, et nous sélectionnons les cas qui répondent aux critères avec les infirmières pour voir combien de cas nous pouvons prendre en charge ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les partenaires de mise en œuvre impliquent dans les processus de sensibilisation et de ciblage les communautés, y compris les chefs de village et le comité de développement *sanitaire* des aires de santé

(CODESA), un groupe de membres de la communauté qui contribuent à la gestion des intrants. Un responsable de la mise en œuvre a décrit sa collaboration avec les chefs de village pour mettre en place des comités de responsabilité composés de membres de la communauté identifiés par celle-ci pour aider à superviser la mise en œuvre. Le Cluster Nutrition n'est pas impliqué dans le ciblage des bénéficiaires, mais il peut observer le ciblage lors du suivi des programmes.

En matière de critères de sortie, le seul document d'orientation que nous avons examiné et qui contenait des indications sur ce point était l'outil de décision MAM, énonçant l'obligation de maintenir tout enfant inscrit au BSFP dans le programme, quel que soit son âge. Par conséquent, l'inscription d'un enfant à 23 mois et son passage à l'âge de 2 ans pendant la période de mise en œuvre du BSFP devraient entraîner son maintien dans le programme, même s'il dépasse désormais la tranche d'âge cible. L'absence de mention par les informateurs clés de procédures de décharge ou de maintien en fonction de l'âge des enfants ou du statut de grossesse ou d'allaitement des femmes rend peu clair l'usage éventuel de critères de sortie pour les bénéficiaires du BSFP en RDC.

Tableau 6. Critères de ciblage des bénéficiaires

Orientation globale			Orientations en RDC	
Manuel du PAM	Outil de décision MAM	Le manuel Sphère	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
<ul style="list-style-type: none"> Le groupe cible par défaut est constitué d'enfants âgés de 6 à 23 mois. Lorsque l'insécurité alimentaire atteint un niveau critique ou que la couverture et la qualité du traitement MAM sont compromises, une extension de la tranche d'âge à 6-59 mois peut être mise en œuvre. Lorsque la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance ou de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de procréer est élevée, il convient également de cibler les femmes enceintes et allaitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Les enfants de 6 à 23 mois devraient être la priorité en cas de limitation des ressources. Les enfants âgés de 6 à 59 mois peuvent être inclus dans le BSFP en cas d'indisponibilité des activités de traitement MAM et/ou MAS ou en cas de la faible couverture de ces programmes (c'est-à-dire < 20 %). Les considérations relatives à l'inclusion des femmes enceintes et allaitantes sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> — Taux de naissance avec un poids insuffisant — Capacité et ressources — L'impact de la crise sur les comportements en matière d'ANJE-U — La disponibilité du traitement MAM pour les femmes enceintes et allaitantes dans la région. 	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifié. Recommande de suivre les orientations nationales et internationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants de 6 à 23 mois avec un PB ≥ 125 mm et en l'absence d'œdème nutritionnel Femmes enceintes et allaitantes avec un bébé de moins de 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants de 6 à 23 mois uniquement : <ul style="list-style-type: none"> — Épidémie de rougeole Enfants de 6 à 23 mois et femmes enceintes et allaitantes : <ul style="list-style-type: none"> — En cas d'insécurité alimentaire (IPC 3 ou plus) — Urgence nutritionnelle (MAG ≥ 10 pour cent ou MAS ≥ 2 pour cent) — Épidémie de choléra — Mouvement de population (au moins 1 250 personnes). Le BSFP est également proposé en cas de catastrophes naturelles, mais aucune précision sur la population cible.

Difficultés de conception

L'établissement des priorités et le ciblage des bénéficiaires par le Cluster Nutrition, le PAM et le PRH ne visent pas à couvrir 100 % de la population dans le besoin, en grande partie à cause des contraintes de ressources. Toutefois, les informateurs clés ont déclaré qu'en principe, le PAM vise à couvrir 100 % d'une zone sélectionnée, même si cela n'est pas toujours possible. Les niveaux de couverture inférieurs ont été attribués à une insuffisance de financement pour englober l'ensemble de la population éligible, ou à des obstacles d'accès à certaines communautés en raison d'une mauvaise infrastructure de transport, de conflits ou d'insécurité, selon les informations recueillies. Dans certains cas, certaines aires de santé de la zone de santé peuvent être exclues si l'accès à la nourriture est suffisant dans la région ou si les taux de maladie ou de malnutrition y sont faibles. Lorsque les partenaires peuvent accéder aux communautés, mais n'ont pas les moyens de fournir le BSFP à l'ensemble de la population éligible, ils donnent la priorité aux enfants les plus à risque et ciblent ceux dont le PB est compris entre 125 et 130 mm, car ce sont ces enfants qui risquent le plus de souffrir d'une émaciation modérée. Le PAM reconnaît que le nombre réel d'enfants dans les zones de santé ciblées dépasse souvent les prévisions en raison de données démographiques obsolètes. Il semble, en général, que lorsque les informateurs clés parlent de la couverture du BSFP, ils le font en termes de nombre de personnes dans le besoin plutôt qu'en termes de couverture géographique de l'intervention.

Quelques informateurs ont indiqué que le dépistage utilisé pour le ciblage pouvait poser des problèmes de qualité, les relais communautaires n'étant pas toujours bien formés à l'utilisation du PB et pouvant commettre des erreurs. Selon un informateur, de légers problèmes de qualité peuvent conduire à une catégorisation inexacte des enfants, les classant à tort comme modérément ou sévèrement émaciés, ou non. Quelques partenaires chargés de la mise en œuvre ont également noté que le processus de ciblage peut provoquer des tensions au sein de la communauté et qu'ils doivent donc gérer ces problèmes lorsqu'ils se présentent. Plus encore, un informateur a expliqué que les membres de la communauté ne différencient pas nécessairement les distributions d'aide alimentaire générale, la prévention de l'émaciation et le traitement de l'émaciation modérée, ce qui peut être source de confusion.

Question d'apprentissage n°2 : mise en œuvre du BSFP en RDC comparativement aux lignes directrices mondiales

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 2

La planification de la distribution du BSFP est prévue pendant les périodes de soudure, lesquelles, selon les données disponibles du FEWSNET, sont généralement étendues d'octobre à décembre dans le nord-est, d'octobre à janvier dans le centre-est, et de janvier à avril dans le sud-est (FEWSNET 2023). Le PAM fournit aux partenaires de mise en œuvre des SNF qu'ils distribuent mensuellement. Ils se coordonnent avec les centres de santé pour distribuer des MQ-LNS (par exemple, Plumpy'Doz) aux enfants de 6 à 23 mois et de la farine mélangée enrichie (par exemple, Super Cereal), de l'huile et du sucre aux femmes enceintes et allaitantes. L'état anthropométrique des enfants est vérifié lors des distributions. Pour le suivi du BSFP, l'accent est principalement mis par les partenaires de mise en œuvre sur la surveillance de la couverture, de l'adhésion et du nombre de cas, tandis que le PAM évalue les indicateurs alimentaires par le biais d'enquêtes de suivi initiales et postérieures à la distribution. Toutefois, plusieurs partenaires de mise en œuvre ont fait remarquer qu'ils ne connaissaient pas l'impact réel du BSFP et qu'ils ne pouvaient pas prouver son efficacité parce qu'aucune évaluation d'impact n'avait été réalisée. Dans le cadre du BSFP, les partenaires de mise en œuvre ont le plus souvent fourni des interventions de changement social et comportemental (CSC) sur les aliments nutritifs et l'éducation préscolaire et infantile (ANJE). En général, le traitement de l'émaciation modérée est fourni dans les mêmes zones de santé que le BSFP et certaines zones bénéficient d'autres programmes de santé et de développement. Les informateurs ont fait état de difficultés interdépendantes, principalement liées au financement (notamment l'insuffisance des fonds et la brièveté des cycles de financement), aux chaînes d'approvisionnement, au transport, à la sécurité, au suivi et aux données.

Passation de marchés et sélection de partenaires

En RDC, le PAM dirige en grande partie le processus de conception et de planification du BSFP lorsqu'il engage des ONG locales ou internationales comme partenaires de mise en œuvre. Chaque année, vers la fin de l'année, le PAM lance un appel d'offres pour la mise en place d'activités de traitement et de prévention de l'émaciation. Ces accords de terrain d'une durée d'un an comprennent une liste prédéfinie de zones de santé à cibler. Le BSFP est inclus dans ces accords, en fonction du ciblage géographique pour l'année en question. L'indication d'un informateur au sein des partenaires chargés de la mise en œuvre suggère que la publication de ces appels d'offres a généralement lieu en octobre ou novembre de chaque année. Le PAM fournit des modèles narratifs et budgétaires pour aider les partenaires à remplir les notes conceptuelles requises et leur indique les zones de santé auxquelles le groupe sectoriel de la nutrition accorde la priorité. Parmi les difficultés citées, les partenaires chargés de la mise en œuvre ont identifié le court délai d'une semaine pour soumettre les notes conceptuelles et la nécessité de refaire le processus de passation de marchés chaque année. En règle générale, les partenaires de mise en œuvre ont déclaré qu'ils n'étaient pas directement impliqués dans la conception du BSFP, car ces décisions sont prises avant le processus de passation de marchés.

« Nous ... ne sommes pas directement impliqués dans la conception de l'activité BSFP. Parce que le PAM vient avec la proposition, il vous dit : « Nous allons travailler sur une proposition avec telle ou telle zone de santé. Nous avons prévu telle ou telle activité ». (Partenaire national de mise en œuvre)

Après avoir reçu les propositions, un informateur clé du PAM a expliqué que le PAM signait des contrats de 12 mois avec les partenaires de mise en œuvre sélectionnés. Les contrats qui incluent le BSFP comprennent toujours le traitement de l'émaciation modérée. Selon les informateurs des partenaires chargés de la mise en œuvre, avant 2022, certains accords signés avec le PAM ne duraient que six mois, au lieu de douze. Toutefois, il semble qu'à partir de 2022, la durée du contrat est passée à 12 mois. L'informateur du PAM a également expliqué que sur cette période de 12 mois, les activités du BSFP se déroulent sur des périodes de 4 mois qui coïncident avec les périodes de soudure. L'informateur a mentionné que sur ces périodes de quatre mois, le premier mois est utilisé pour la sélection et l'inscription, suivi de trois distributions mensuelles du SNF. Les ONG internationales et locales constituent en général les partenaires de mise en œuvre. Toutefois, le processus de passation des marchés peut prendre du temps et entraîner des retards de quelques semaines dans la mise en œuvre, selon les informateurs des partenaires de mise en œuvre. Une fois que le PAM a signé l'accord, il travaille avec le partenaire de mise en œuvre à l'élaboration d'un plan d'activité. Le PAM fournit au partenaire des conseils plus détaillés sur la mise en œuvre dans le cadre de ce processus de planification.

Les partenaires de mise en œuvre ont indiqué que le délai d'exécution des propositions de contrat était très court - environ une semaine - et que le calendrier du processus de proposition à la fin de l'année, pendant la période des vacances, constituait un défi. Toutefois, les partenaires ont également signifié que le retard dans l'émission des contrats, qui sont censés commencer en janvier, avait été réduit en 2022 par rapport aux années précédentes. Un informateur partenaire a mentionné que jadis, l'attribution et la signature des contrats pouvaient prendre jusqu'à deux mois, ce qui entraînait des retards dans la mise en œuvre.

Pendant la mise en œuvre, la réception d'un type quelconque d'orientation ou de recommandations de la part du PAM sur la conception et la mise en œuvre du Programme BSFP, bien que le format et l'étendue des informations rapportées aient varié. Même au sein d'une même organisation, la déclaration de la réception de différents niveaux de formation a été faite par certaines personnes. Certains partenaires de mise en œuvre ont indiqué qu'ils n'avaient pas bénéficié d'une formation spécifique sur le BSFP, mais plutôt de séances d'information ou d'orientations plus générales sur le BSFP de la part du PAM. D'autres ont déclaré avoir bénéficié d'une formation de trois jours du PAM. L'apprentissage du BSFP a été rapporté lors de réunions organisées par le Cluster Nutrition. Quelques-uns ont déclaré

avoir reçu des documents d'orientation et un a indiqué avoir reçu des conseils en ligne de la part du PAM. Le PAM, dans son rapport annuel de 2022 pour la RDC, mentionne l'organisation de 18 sessions de formation ou d'ateliers liés à ses activités de prévention de l'émaciation. Cependant, les détails spécifiques des sujets abordés ne sont pas inclus dans le rapport. Au total, 51 personnes ont bénéficié d'une assistance technique et/ou d'une formation au cours de cette période (PAM 2022b). La présentation ci-dessous expose la diversité du soutien à la formation reçu par les partenaires du PAM :³

“Nous n'avons pas eu l'avantage de recevoir une formation spécifique du PAM sur la mise en œuvre du BSFP, mais nous avons tout de même été informés. Le renforcement des compétences du personnel est entrepris par le PAM, et à notre niveau, nous procédons à l'examen de certains documents liés à cette activité. Comment nous pouvons renforcer les capacités de notre personnel et des prestataires, ainsi que de diverses autorités locales, mais pas une formation d'une manière particulière pour dire : « Il s'agit d'une formation BSFP ». Nous n'avons jamais obtenu cela. Au moins, nous avons été informés par le PAM sur ce type d'activités”. (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

« Le PAM a la capacité de fournir des conseils ou de nous diriger vers des ressources en ligne sur les activités de nutrition que nous concevons ici en RDC, ainsi que sur les enseignements qu'il a préalablement tirés en RDC. Ceci dans le but d'éclairer la conception de nos futurs projets. » (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

“Pendant 3 jours, nous avons bénéficié d'une formation sur l'alimentation de couverture. (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Certains partenaires de mise en œuvre ont discuté de la fourniture d'une formation à leur personnel sur le BSFP, et l'un d'entre eux a invité le PAM à y participer. PRONANUT a également mentionné avoir effectué une formation préalable à la mise en œuvre, mais cette formation n'a pas été rapportée par les partenaires chargés de la mise en œuvre.

Calendrier, Durée et Rations du Programme

La clarté des orientations mondiales sur le calendrier du BSFP n'est pas établie de manière précise. En RDC, le suivi des directives incluses dans le protocole national PCIMA, qui stipule la fourniture du BSFP pendant une période de quatre mois durant la saison de soudure, est effectué par le PAM et les partenaires de mise en œuvre. La proposition d'une durée de 4 mois pour le BSFP s'inscrit dans la fourchette de 3 à 6 mois suggérée par les documents d'orientation mondiaux. En ce qui concerne le type et la taille des rations, les recommandations globales et spécifiques à la RDC montrent une cohérence dans la fourniture de MQ-LNS, tels que les Aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE), aux enfants de 6 à 23 mois. Néanmoins, des variations subsistent dans le type et la quantité de produits à fournir aux femmes enceintes et allaitantes. La synthèse des informations relatives au calendrier, à la durée et aux rations du programme, est présentée dans le tableau 7.

³ Les entretiens n'ont pas permis de clairement expliquer le pourquoi d'une telle variation dans les rapports sur la formation (par exemple, cette variation reflétait-elle des changements dans la formation au fil du temps, des différences entre les provinces ou les organisations, ou des incohérences ?)

Tableau 7. Mise en œuvre - Orientation globale

Élément du programme	Orientation globale			Orientations en RDC	
	<i>Manuel du PAM</i>	Outil de décision MAM	<i>Le manuel Sphère</i>	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
Calendrier des interventions	Pour une période prédéfinie	Le plus tôt possible dans la crise Sur la base de l'insécurité alimentaire saisonnière ou des schémas épidémiques de maladies infectieuses Lorsqu'une situation d'urgence aggrave la période de soudure habituelle, le commencement du BSFP doit s'effectuer un mois avant la période de soudure habituelle et se prolonger jusqu'à la post-récolte.	Absence d'indications concernant le calendrier.	Pendant la période de soudure	Absence d'indications concernant le calendrier.
Durée	Minimum 3 mois, maximum 6 mois, sur la base des considérations contextuelles Les zones de crises prolongées nécessitant une dépendance totale de l'aide humanitaire peuvent entraîner une intervention d'une durée supérieure à six mois.	Généralement de 3 à 6 mois, selon l'ampleur et la gravité de l'urgence	La durée n'est pas précisée.	4 mois	La durée est variable. Le BSFP est parfois inclus dans des interventions d'une durée de 6 mois, 12 mois ou 6-12 mois. Dans d'autres cas, aucun délai n'est indiqué.

Élément du programme	Orientation globale			Orientations en RDC	
	Manuel du PAM	Outil de décision MAM	Le manuel Sphère	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
Produits et tailles des rations	<p>MQ-LNS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destiné principalement aux enfants de 6 à 23 mois, il peut être administré aux enfants jusqu'à 59 mois ; • 1 sachet de 50 grammes (g) par jour Super Cereal Plus • Destiné principalement aux enfants de 6 à 23 mois, il peut être administré aux enfants jusqu'à 59 mois ; • 100 g/jour ou 200 g/jour Super Céréales pour la provision de partage • Enfants de plus de 5 ans ; femmes enceintes et allaitantes • Jusqu'à 200 g/jour, pour la provision de partage Peut également être administré aux enfants de plus de 36 mois si d'autres SNF ne sont pas disponibles 	<p>MQ-LNS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 6 à 23 mois ou de 6 à 36 mois • 1 sachet de 50 g/jour • Super Cereal Plus • Enfants de 6 à 23 mois ou de 6 à 59 mois • 200 g/jour (les considérations relatives au partage ne sont pas mentionnées) • Super Cereal avec huile et sucre • FEA • 200 g/jour (les considérations relatives au partage ne sont pas mentionnées ; les proportions de sucre et d'huile à ajouter ne sont pas mentionnées) <p>La capacité d'un ménage à cuisiner doit également être prise en compte pour déterminer le produit à fournir. En l'absence de moyens de cuisson ou en cas d'indisponibilité d'accès à du combustible ou à de l'eau potable, seuls des produits prêts à l'emploi devraient être fournis.</p>	L'orientation des produits et des rations n'est pas précisée.	<p>Produits et taille des rations Plumpy'doz (MQ-LNS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 6 à 23 mois • 47 g/jour (3 cuillères à café) ; 1 pot de 325 g par semaine • Super Cereal Plus (Super Cereal sucré) avec huile enrichie • FEA • 250 g de super céréales, 25 g d'huile par jour 	L'orientation des produits et des rations n'est pas précisée.

D'après les informateurs clés, une fois le ciblage des bénéficiaires achevé, les partenaires de mise en œuvre financés par le PAM prévoient de distribuer le SNF sur une base mensuelle, couvrant des périodes de trois mois correspondant à des périodes de soudure spécifiques sur le plan géographique. Les dates précises des périodes de soudure n'ont pas été fournies par les informateurs clés, mais selon les données disponibles du FEWSNET, elles ont généralement lieu d'octobre à décembre dans le nord-est, d'octobre à janvier dans le centre-est et de janvier à avril dans le sud-est (FEWSNET 2023). Le PAM fournit aux partenaires de mise en œuvre les SNF à distribuer mensuellement. La fourniture de 30 sachets de Plumpy'Doz par mois aux enfants a été systématiquement rapportée par les partenaires de mise en œuvre. Plumpy'Doz est un MQ-LNS et est considéré comme un ASPE (ce qui est différent de l'ASPE utilisé pour le traitement de l'émaciation modérée [Plumpy'Sup] qui est un supplément nutritif à base de lipides en grande quantité [LNS]). Les informations fournies par les informateurs clés sur les produits fournis aux femmes enceintes et allaitantes sont moins claires. Selon le PAM, les Super Cereal sont les produits les plus couramment distribués aux femmes enceintes et allaitantes ; toutefois, les personnes interrogées préfèrent nettement les Super Cereal Plus aux Super Cereal, qu'elles jugent plus efficaces. Les informateurs des partenaires de mise en œuvre ont toutefois souvent déclaré qu'ils fournissaient un mélange maïs-soja (MMS) aux femmes enceintes et allaitantes dans le cadre du BSFP. Les informateurs utilisaient apparemment le terme MMS pour englober tous les types de produits à base de farine fortifiée, car les partenaires ne reçoivent pas les MMS en vue de les distribuer en RDC. MMS Plus (+) est utilisé pour le traitement de l'émaciation modérée dans le cadre de programmes d'alimentation de complément ciblés, mais pas dans le cadre du BSFP. Les femmes enceintes et allaitantes reçoivent de la farine mélangée enrichie, généralement des Super Cereal contenant de l'huile et du sucre. La fourniture mensuelle de produits BSFP pour les femmes enceintes et allaitantes est de 7,5 kilogrammes de mélanges de farines enrichies, 750 g d'huile et 600 g de sucre (si disponibles). L'incorporation du sucre au mélange de farine est réalisée, par exemple, lors de la distribution de Super Cereal Plus, ou les partenaires de mise en œuvre fournissent le sucre séparément lorsque celui-ci n'est pas déjà mélangé au mélange de farine, comme c'est le cas avec la distribution de Super Cereal, le produit le plus couramment mentionné selon les informateurs du PAM.

Les partenaires de mise en œuvre se coordonnent avec la zone de santé pour élaborer des plans de distribution qu'ils valident avec le PAM. En général, chaque mois, le PAM transporte directement le SNF de ses entrepôts vers les zones de santé. Dans la zone de santé, le stockage des SNF s'effectue dans des entrepôts loués par le PAM ou dans les centres de santé par le partenaire d'exécution. Toutefois, si une zone de santé ou un centre de santé n'est pas accessible, le PAM fournit des fonds supplémentaires au partenaire de mise en œuvre qui organise alors l'acheminement du SNF vers les zones difficiles d'accès. Les distributions s'effectuent alors sur 1 à 3 jours par mois. Elles ont généralement lieu dans les centres de santé, car il existe peu d'endroits appropriés dans les communautés assez grandes pour distribuer le SNF. Les partenaires de mise en œuvre impliquent également les prestataires de soins de santé, les chefs de village et le CODESA dans les distributions. Un partenaire de mise en œuvre a expliqué le processus de distribution :

“Au niveau de la zone de santé, [le PAM doit] s'assurer que les intrants sont arrivés et qu'ils sont bien conservés. Le PAM nous informe : “Le véhicule partira tel jour, au plus tard, il sera déjà dans la zone.” Nous alertons nos équipes, qui à leur tour préviennent les fournisseurs. Les fournisseurs alertent également les CODESA, qui sont les membres de la communauté impliqués dans la gestion des intrants. Dès l'arrivée des véhicules, nous procédons au déchargement, stockant les intrants dans les entrepôts dont le financement des palettes et le loyer sont pris en charge par le PAM, comme indiqué par un partenaire de mise en œuvre au niveau national.

Les agents de santé collaborant avec les partenaires de mise en œuvre pour la distribution des SNF ont pour responsabilité de rapporter les informations concernant les distributions au niveau de la zone de santé. La supervision de la mise en œuvre du BSFP implique de nombreuses parties prenantes, dont le

PAM, le Cluster Nutrition, le PRONANUT et les responsables des zones de santé. Tous les trimestres, le PAM, le Cluster Nutrition, le PRONANUT et les responsables des zones de santé effectuent des missions de supervision conjointes.

Suivi

Aucun des documents d'orientation globaux que nous avons examinés ne fournissait d'indications spécifiques sur le suivi du BSFP. Bien que le PAM fournisse des conseils en matière de suivi pour d'autres interventions détaillées dans le *manuel sur l'alimentation et la nutrition*, ces informations ne sont pas fournies pour le BSFP. Le manuel fait référence au Guide de Suivi et Évaluation en Nutrition du PAM pour obtenir des informations complémentaires, mais ce document n'est pas disponible publiquement. Le *manuel Sphère* note que les indicateurs d'impact du BSFP n'ont pas été définis, mais précisent qu'il est « important de surveiller la couverture, l'adhésion, l'acceptabilité et les rations fournies. »

Le Global Nutrition Cluster (GNC) fournit, pays par pays, le nombre d'enfants de 6 à 23 mois ainsi que de femmes enceintes et allaitantes ayant besoin du BSFP, ceux qui sont ciblés par ce programme, et ceux qui en bénéficient. Le tableau 8 résume les indicateurs clés du BSFP pour la RDC, tirés du rapport annuel 2022 du GNC. Selon ces données, le nombre de personnes identifiées comme étant dans le besoin a augmenté entre 2021 et 2022. Toutefois, le pourcentage de personnes dans le besoin qui sont ciblées et atteintes a diminué (GNC 2023).

Tableau 8. Statistiques BSFP pour la RDC

Indicateur	2021	2022
Nombre total de personnes ayant besoin du BSFP	Enfants de 6 à 23 mois : 195 000 FEA : 459 000 Total : 654 000	Enfants de 6 à 23 mois : 712 000 FEA : 1 376 000 Total : 2 088 000
Pourcentage de personnes ciblées dans le besoin	Enfants de 6 à 23 mois : 80 % FEA : 50 % Total : 59%	Enfants de 6 à 23 mois : 49 % FEA : 22 % Total : 31 %
Pourcentage des objectifs atteints	Enfants de 6 à 23 ans : 214 % FEA : 99 % Total : 146 %	Enfants de 6 à 23 mois : 115 % FEA : 55 % Total : 87 %

Source : Rapport annuel du Global Nutrition Cluster, 2022

Le PAM exige le suivi d'indicateurs globaux cohérents (à l'échelle du PAM) pour tous ses programmes. Un informateur a expliqué les quatre principaux indicateurs utilisés par le PAM pour contrôler le BSFP : couverture, adhésion, diversité alimentaire minimale pour les femmes et régime alimentaire minimal acceptable. Les deux premiers indicateurs proviennent des données du programme. La couverture est le pourcentage d'enfants et de femmes enceintes et allaitantes qui remplissent les conditions requises et sont admis au programme. L'adhésion est le pourcentage des trois distributions auxquelles les bénéficiaires prennent part. Le PAM réalise des enquêtes de référence et des enquêtes de suivi post-distribution dans les zones d'intervention pour évaluer la diversité alimentaire minimale pour les femmes et le régime alimentaire minimal acceptable. Le PAM utilise les données relatives à ces deux indicateurs d'apport alimentaire pour évaluer l'impact du programme. Bien que les partenaires de mise en œuvre suivent les cas d'émaciation des enfants, le PAM n'utilise pas les cas d'émaciation comme

indicateur de résultat parce que le BSFP n'est qu'un programme de trois mois et qu'il serait difficile d'attribuer au programme un quelconque changement dans l'état nutritionnel des enfants. Nous n'avons pas eu accès aux données de suivi et d'évaluation (S&E) du PAM sur le BSFP. Le PAM rend compte de ses performances dans des rapports annuels, tant au niveau mondial qu'au niveau national. Cependant, les informations rapportées dans ces documents ne sont pas ventilées au niveau de l'intervention. Par exemple, le PAM rend compte de manière générale de ses efforts en matière de traitement et de prévention de l'émaciation modérée. Dans les rapports annuels, les interventions spécifiques incluses dans la prévention ne sont pas clairement définies. Dans le rapport annuel du PAM en RDC, les interventions pour la prévention et le traitement de l'émaciation modérée sont combinées et les interventions de prévention spécifiques ne sont pas clairement définies (PAM 2022b). Bien que des données sur des interventions spécifiques telles que l'alimentation scolaire, le traitement de l'émaciation modérée et l'assistance alimentaire générale soient fournies, il n'y a pas de données spécifiques sur le BSFP dans les rapports du PAM (PAM 2022a). Les données relatives aux activités de prévention de l'émaciation tirées du rapport annuel 2022 de la RDC sont présentées dans le tableau 9. Le PAM fait également état d'indicateurs de résultats qui, pour ses activités de prévention de l'émaciation, comprennent la proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent un régime alimentaire minimum acceptable, la diversité alimentaire minimale - femmes, et la proportion de la population cible - ventilée par les femmes enceintes et allaitantes et enfants âgés de 6 à 23 mois - qui participe à un nombre adéquat de distributions (adhésion). En RDC, la présentation de ces indicateurs de résultats se fait selon la province, et par conséquent, ils ne sont pas résumés dans le cadre de ce rapport.

Tableau 9. Indicateurs annuels de performances du PAM pour 2022 ; Activité 3 : Prévenir la malnutrition aiguë parmi les populations touchées par les conflits et les crises en RDC

Indicateur	Programmés	Réel
Bénéficiaires recevant des transferts alimentaires - enfants	442 669	503 606
Bénéficiaires recevant des transferts alimentaires-FEA	318 476	194 988
Transferts alimentaires (tonnes [MT])	20 811	5 722
Nombre de centres/sites de santé aidés	664	867
Nombre de rations fournies	140 606 280	57 354 494
Quantité d'aliments fortifiés fournis (MT)	3 116,72	328,95
Quantité d'aliments nutritifs spécialisés fournis (MT)	8 796,55	5 375,21

Source : PAM 2022b

Lors des distributions, les partenaires de mise en œuvre prennent des mesures du PB pour surveiller le nombre de cas d'émaciation dans la communauté. En cas de malnutrition aiguë chez un enfant nécessitant une orientation vers un traitement, les partenaires procèdent au remplacement de cet enfant en inscrivant un nouvel enfant non-malnutri au BSFP. Une fois que l'enfant s'est rétabli, il devrait pouvoir continuer à suivre le programme BSFP. Si les partenaires de mise en œuvre ont évoqué l'importance de la continuité des soins, ils n'ont pas indiqué s'ils suivaient les enfants qui développent une émaciation afin de les réinscrire systématiquement au programme BSFP une fois qu'ils sont sortis du traitement. Dans les situations où les intrants sont limités et où les objectifs d'inscription ont déjà été atteints, il est possible que de nouveaux cas ne soient pas systématiquement ajoutés. Toutefois, si les objectifs ne sont pas encore atteints et que les stocks sont disponibles, des

femmes et des enfants supplémentaires continueront d'être enrôlés dans la mesure où la disponibilité des produits le permet. Les partenaires de mise en œuvre ne réalisent pas d'enquêtes ou d'évaluations de l'impact du BSFP, de sorte que le suivi des dossiers est le principal moyen de contrôler l'efficacité du programme. Un partenaire de mise en œuvre a expliqué :

« Parce qu'il n'y a pas d'enquête ... nous essayons d'évaluer le nombre de cas [d'émaciation] admis [dans les programmes de traitement]. Par exemple, si nous avons commencé avec 100 [enfants émaciés en traitement] au début de l'année, au début de la mise en œuvre du projet, et que dans les 3 ou 4 derniers mois, nous sentons que la courbe descend, cela nous rassure sur le fait qu'il y a certainement eu un impact grâce à la réduction des admissions au programme [de traitement]. C'est la seule façon de l'évaluer ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les informateurs en RDC ont systématiquement indiqué qu'ils pensaient que le BSFP contribuait à prévenir l'émaciation dans les communautés où il est mis en œuvre, sur la base du suivi des cas. Par exemple,

« Dans la région où vous mettez en œuvre l'approche BSF[P], vous observerez que lorsque les distributions commencent, il y a moins d'admissions dans les programmes réguliers. Chaque mois, lorsque le bénéficiaire arrive, je vous ai dit que nous faisons l'évaluation anthropométrique [PB], vous voyez qu'il y a une évolution positive, une bonne évolution des paramètres anthropométriques des enfants et des femmes enceintes et allaitantes qui sont sous le programme ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les informateurs de PRONANUT ont déclaré qu'ils demandaient directement aux partenaires de mise en œuvre les données de suivi, qui comprennent des informations sur le nombre d'enfants de 6 à 23 mois et de femmes enceintes et allaitantes admis au BSFP. PRONANUT partage ensuite ces données avec les zones de santé et le PAM. PRONANUT supervise également la collecte et l'analyse des données lors de ses missions de supervision. Le nombre d'enfants de 6 à 23 mois et de femmes enceintes et allaitantes touchés par le programme BSFP est indiqué dans le cadre du rapport PAH.

Interventions complémentaires

Les orientations globales sur les activités complémentaires à mettre en œuvre parallèlement au BSFP sont vagues. D'une manière générale, les orientations mondiales suggèrent que, en complément du (BSFP), une série d'interventions multisectorielles devraient être proposées, comprenant des services de santé, des actions en EHA, d'autres initiatives en sécurité alimentaire, et la promotion des pratiques de l'ANJE. Cependant, les orientations demeurent encore moins précises quant à la question de savoir qui doit assumer la responsabilité de ces interventions supplémentaires. En RDC, il n'existe pas de paquet minimum d'interventions défini à mettre en œuvre simultanément avec le BSFP. Les orientations disponibles sur les interventions complémentaires sont résumées dans le tableau 10.

Tableau 10. Orientations sur les activités complémentaires

Orientation globale			Orientations en RDC	
<i>Manuel du PAM</i>	Outil de décision MAM	<i>Le manuel Sphère</i>	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
<p>Dépistage régulier des troubles anthropométriques et des œdèmes afin d'identifier les personnes malades, souffrant de malnutrition ou ayant besoin d'une aide supplémentaire ou d'être orientées vers un spécialiste. Les orientations indiquent également que le PAM collaborera avec les agences des Nations unies et les partenaires des ONG pour s'assurer que les déterminants fondamentaux et sous-jacents de la sous-nutrition sont pris en compte, y compris les améliorations des pratiques de soins, l'accès aux services de santé, la sécurité alimentaire et l'EHA. Toutefois, les orientations ne précisent pas si le PAM mettra directement en œuvre ces activités si elles ne sont pas déjà disponibles dans la zone ciblée. Les orientations mentionnent également que le BSFP peut être fourni à travers des</p>	<p>Un ensemble spécifique d'interventions complémentaires n'est pas défini. Les orientations indiquent que les distributions alimentaires générales devraient répondre aux besoins des membres des ménages qui ne sont pas visés par le BSFP. Le BSFP est qualifié de « l'épine dorsale » d'une réponse d'urgence, pouvant servir à la mise en œuvre d'autres interventions, notamment la mobilisation communautaire, la participation et la sensibilisation pour accéder à la population cible à travers un recensement, un dépistage communautaire, une référence pour la prise en charge des cas de</p>	<p>Les programmes d'alimentation complémentaire doivent être multisectoriels et comporter des services complémentaires, notamment : EHA, la santé, l'ANJE et les distributions générales de nourriture. Les directives précisent également que la connexion avec les soins thérapeutiques hospitaliers et ambulatoires, les soins prénatals, la prévention du paludisme, le dépistage des maladies infantiles, les soins du VIH et de la tuberculose, ainsi que les programmes de sécurité alimentaire, y</p>	<p>Aucune orientation sur les autres activités qui devraient être mises en œuvre parallèlement au BSFP. D'autres activités de prévention de l'émaciation sont incluses dans les orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'ANJE <ul style="list-style-type: none"> — Promotion de l'allaitement maternel optimal — Promotion d'une alimentation complémentaire adéquate basée sur les aliments locaux disponibles dans les ménages (y compris la distribution de poudre de micronutriments) — Promotion de l'alimentation des femmes — Promotion de la nutrition pour les enfants malades 	<p>Aucune orientation spécifique sur les autres activités à mettre en œuvre parallèlement au BSFP. Pour chaque type d'urgence, une variété d'activités proposées dans les domaines de la santé, EHA, ainsi que de la sécurité alimentaire, sont suggérées, mais un ensemble minimal n'est pas clairement défini.</p>

Orientation globale			Orientations en RDC	
Manuel du PAM	Outil de décision MAM	Le manuel Sphère	Protocole national PCIMA	Manuel intégré
<p>mécanismes généraux d'assistance alimentaire si la capacité des partenaires de mise en œuvre est limitée. Il note également que le BSFP fait partie d'une gamme plus large d'interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, mais qu'un ensemble spécifique n'est pas défini. Dans les cas où des programmes ciblés de supplémentation alimentaire sont mis en œuvre en parallèle avec le BSFP, les directives indiquent qu'un mécanisme de référence devrait être en place. Les orientations indiquent également que la mise en œuvre du BSFP parallèlement aux programmes d'assistance alimentaire contre actifs, à l'assistance alimentaire générale ou à d'autres programmes d'assistance en nature ou en espèces peut avoir des effets synergiques sur la réduction de l'émaciation et de la morbidité.</p>	<p>MAS et de MAM, ainsi que pour l'ajout d'interventions de survie de l'enfant telles que le déparasitage, la supplémentation en vitamine A, la vaccination et/ou les campagnes de vaccination contre la rougeole.</p>	<p>compris les transferts alimentaires, monétaires ou par bons, devrait être maintenue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion d'autres pratiques familiales essentielles : <ul style="list-style-type: none"> — Promotion du lavage des mains au savon — Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée — Utilisation d'une solution de réhydratation orale/de zinc en cas de diarrhée — Utilisation de latrines hygiéniques — Consommation d'eau potable/traitement de l'eau à domicile — Recours aux services de santé en cas de danger — Vaccination — Planification familiale — Amélioration de la production alimentaire — Enrichissement des aliments 	

La reconnaissance générale de l'intérêt de mettre en place des interventions complémentaires dans le cadre du (BSFP) a été exprimée par les informateurs. Quelques informateurs au niveau mondial ont abordé l'importance générale de l'utilisation du BSFP comme plateforme pour la mise en œuvre d'autres interventions en nutrition et en santé. Plusieurs informateurs ont estimé que le programme BSFP devrait inclure un ensemble plus complet d'interventions pour aider à prévenir l'émaciation et les rechutes d'émaciation et pour renforcer la résilience. Par exemple :

« Une chose qui limite est le manque d'intégration de nos activités BSFP, à certaines activités de récupération qui permettront aux communautés de continuer à être résilientes aux chocs et de ne pas retomber dans la malnutrition aiguë modérée pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

« J'ai parlé d'un certain nombre de rechutes. Sortie, rechute. Admission, sortie, rechute. De mon point de vue, je pense qu'il devrait y avoir des efforts délibérés en faveur de l'intégration des activités nutritionnelles ou des activités du BSFP avec d'autres secteurs, afin de permettre une gestion holistique de la malnutrition. Nous sommes conscients que la malnutrition est liée à de nombreux facteurs et problèmes sous-jacents qui nécessitent d'être traités. De mon point de vue, il s'agit de l'intégration de différents secteurs pour une approche holistique de la gestion de la malnutrition en RDC ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les informateurs des Nations unies, des bailleurs de fonds bilatéraux et des partenaires de mise en œuvre considèrent généralement que le BSFP fait partie d'un ensemble d'interventions qui devraient être et sont fournis dans les mêmes communautés que celles qui bénéficient des interventions de traitement de la MAM et de la MAS :

« Il est souvent accompagné d'un traitement, de sorte que lorsque nous disposons d'un traitement et d'une prévention, il s'agit d'un ensemble. (Affilié aux Nations unies, niveau mondial)

» Quel est l'ensemble des mesures prévues ? Nous avons le traitement SAM, nous avons le traitement MAM, nous avons le BSFP pour les enfants, nous avons le BSFP pour les femmes, parce que c'était dans une zone où il y avait le projet de résilience, il y avait l'UNICEF et le PAM, ils ont tout ce paquet. Même s'il s'agit d'une zone où les personnes sont déplacées, elles ont eu accès à l'ensemble du dispositif. Il suffit de dire que ce paquet complet est important, parce que la nourriture que les gens consomment est assez pauvre en micronutriments ». (Affilié aux Nations unies, niveau national)

Dans le **cadre du BSFP, les partenaires chargés de la mise en œuvre nous ont informés qu'ils menaient des interventions de CSC sur la nutrition, y compris des interventions sur l'ANJE.** Les démonstrations culinaires utilisant des aliments nutritifs disponibles localement ont été l'intervention de CSC la plus courante signalée par les partenaires de mise en œuvre. Un partenaire de mise en œuvre a mentionné que des démonstrations culinaires étaient financées par l'UNICEF et le PAM, et grâce à ces deux sources de financement, il pouvait couvrir les zones où il mettait en œuvre le BSFP avec ce type d'activités du CSC. De plus, un informateur affilié aux Nations unies a indiqué que les partenaires de mise en œuvre travaillent à travers des groupes de soutien mère-à-mère dans les communautés où de tels groupes existent déjà, afin de faciliter la transmission de messages sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, ainsi que pour favoriser l'apprentissage mutuel entre les femmes. Un informateur a également indiqué qu'elle diffusait des messages de communication CSC (CSCC) par le biais de la radio. Les informateurs n'ont pas donné beaucoup de détails quant à la nature de ces interventions ou sur les messages clés délivrés. Un exemple de message délivré est celui d'un « repas cinq étoiles », désignant un repas équilibré. Le partenaire expliquera quels types d'aliments nutritifs doivent être consommés et mis à disposition à la maison. Cependant, les informateurs clés qui ont mentionné les démonstrations culinaires et l'éducation nutritionnelle sur la préparation de repas plus nutritifs n'ont pas précisé si les ménages en situation d'insécurité alimentaire étaient en mesure de

mettre ces connaissances en pratique. L'apport de soutien supplémentaire, tel que des distributions alimentaires générales, des programmes de transfert monétaire ou de bons, n'a pas été mentionné comme moyen d'aider les ménages à accéder aux aliments nécessaires pour améliorer leur régime alimentaire. Malgré certaines de ces lacunes potentielles, un informateur affilié aux Nations unies a relevé que les indicateurs alimentaires s'étaient améliorés davantage en 2022 qu'au cours des années précédentes, peut-être en raison de l'accent mis sur le changement de comportement.

Alors que le CSC sur l'ANJE a été communément rapporté par les partenaires de mise en œuvre, l'allaitement et les parcelles de démonstration pour le maraîchage situées dans les établissements de santé ont été rapportés par un partenaire de mise en œuvre chacun.⁴ Un partenaire de mise en œuvre a indiqué que les mères recevant le BSFP bénéficient également d'une évaluation de l'allaitement et de conseils de la part des agents de santé. Un autre partenaire a indiqué que son organisation aidait les ménages à créer des jardins potagers afin d'améliorer leur sécurité alimentaire. Les interventions complémentaires en santé, telles que la vaccination ou le déparasitage, n'ont pas été mentionnées par les informateurs clés que nous avons interrogé. Il est possible que différents partenaires de mise en œuvre fournissent des interventions complémentaires en santé dans les mêmes zones où est mis en œuvre le BSFP. Cependant, nous ne nous sommes pas entretenus avec les partenaires non-BSFP pour confirmer les types de services qu'ils accompagnent. Certaines informations sur la prestation de services de santé de routine sont disponibles dans le DHIS2, mais il n'existe aucun moyen de confirmer que ces services atteignent les mêmes populations que celles ciblées par le BSFP. En outre, la plupart des données rapportées dans le DHIS2 proviennent d'activités menées dans les établissements. Par conséquent, les services de santé complémentaires fournis par les partenaires de mise en œuvre parallèlement aux distributions du BSFP peuvent ne pas être pris en compte dans ce système.

Les informateurs en RDC ont largement indiqué que le BSFP était fourni en tant qu'activité de prévention dans les mêmes zones où des interventions de traitement étaient également fournies. Cela s'explique par le fait que les accords conclus avec les partenaires sur le terrain englobent à la fois les activités de traitement et de prévention. Un informateur affilié aux Nations unies a expliqué que, dans certaines circonstances, les activités de traitement sont exclues de ces accords, mais uniquement s'il existe un programme de traitement financé séparément opérant dans la même zone géographique. Cependant, un informateur en RDC a relevé que, parfois, seules des activités de prévention sont mises en œuvre en cas d'absence de capacité de traitement à grande échelle. En examinant les données de cartographie du Pôle Nutrition pour nos zones de santé sélectionnées entre juin 2022 et février 2023 (qui étaient incomplètes pour certaines périodes), nous avons constaté que lors des périodes où le Programme BSFP était indiqué comme actif dans une zone de santé donnée, il était accompagné soit d'un traitement de l'émaciation modérée, soit d'un traitement de l'émaciation à la fois sévère et modérée. Le Cluster Nutrition rend également compte du continuum de soins pour le traitement de l'émaciation sévère et modérée : les chiffres d'octobre 2023 montrent que 40 % des zones de santé ciblées offrent les deux services. Cependant, en raison du format des données, nous n'avons pas été en mesure de vérifier combien de ces zones de santé disposaient également de BSFP (RDC Cluster Nutrition 2023). Dans tous les cas, le BSFP et le traitement de l'émaciation modérée ont été soutenus par le même partenaire de mise en œuvre.

Au niveau du siège, les informateurs affiliés aux Nations unies ont noté que l'assistance alimentaire générale ou l'argent liquide sont souvent fournis dans les mêmes communautés que celles qui reçoivent le BSFP :

⁴ La culture de légumes ne faisait pas partie des activités financées par BHA.

« Le BSFP est souvent donné en plus de l'assistance alimentaire générale, parce que nous parlons de contextes de forte insécurité alimentaire où les ménages ont également besoin d'une assistance alimentaire. (Affilié aux Nations unies, niveau mondial)

« Nous commençons même à encourager en interne ce paquet minimum... avec l'aspect nutritionnel, l'aspect financier ». (Affilié aux Nations unies, niveau mondial)

Cependant, les entretiens n'ont pas permis d'établir clairement dans quelle mesure les communautés bénéficiant du BSFP reçoivent une assistance alimentaire générale en RDC. Le Cluster Nutrition n'inclut pas l'assistance alimentaire générale dans sa cartographie, car cette intervention est suivie par le Cluster de sécurité alimentaire. Le Cluster Nutrition effectue la cartographie des activités à l'aide d'une feuille de calcul Excel qui inclut des listes de zones de santé spécifiques où des activités telles que le BSFP sont mises en œuvre. Cependant, le groupe sectoriel de la sécurité alimentaire rend compte de ses activités à l'aide de cartes ombrées sans que les zones géographiques soient énumérées ou étiquetées. Nous avons entrepris de croiser les données des deux Clusters pour déterminer quelles zones de santé sélectionnées pour des activités du BSFP en janvier 2023 ont également été concernées par des activités d'assistance alimentaire générale entre janvier et mars de la même année. Cette analyse était imparfaite, mais nous estimons qu'au sein des 38 zones de santé bénéficiant du BSFP, 14 (37 %) étaient également pourvues d'un programme d'aide alimentaire générale. Cependant, nous ne disposons pas d'informations sur la période exacte de mise en œuvre du BSFP au cours de cette période. Quoiqu'il en soit, il ne semble pas qu'il y ait une mise en œuvre systématique du BSFP parallèlement aux activités générales d'assistance alimentaire.

Quelques partenaires de mise en œuvre ont observé que d'autres projets de développement sont également en cours dans certaines des communautés qui bénéficient du BSFP, ce qui est bénéfique. Ces autres projets sont mis en œuvre par eux ou par d'autres ONG et sont financés par d'autres donateurs tels que le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Les projets varient et portent notamment sur les maladies infectieuses, la violence fondée sur le genre et l'éducation. Nous n'avons pas spécifiquement demandé comment ces projets se coordonnent ou collaborent entre eux, mais dans un autre rapport de l'USAID intitulé *Advancing Nutrition*, nous avons identifié des défis en matière de coordination et de collaboration entre les acteurs de la prévention et du traitement de l'émaciation de manière plus générale. Le BSFP n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi dans ce document (USAID *Advancing Nutrition* 2022b).

Défis liés à la mise en œuvre

En l'absence de difficultés majeures signalées par les informateurs quant au ciblage, plusieurs ont été décrites au cours de la mise en œuvre. Les principaux défis soulignés étaient liés au financement et à la chaîne d'approvisionnement. D'autres défis communs sont liés au transport, à la sécurité, au contrôle et aux données. Plusieurs de ces défis sont interdépendants. D'autres défis moins fréquemment mentionnés comprenaient la limitation des ressources humaines dans le système de santé et le partage des SNF au niveau des ménages.

Les difficultés de financement sont souvent signalées, mais les types de difficultés diffèrent selon les groupes d'informateurs. Les bureaux nationaux du PAM doivent mobiliser eux-mêmes des fonds, et la RDC dispose de peu de sources de financement pour le BSFP, comme cela est expliqué plus en détail dans la question d'apprentissage n°6. Ensuite, selon les informateurs, le financement n'est accordé que pour une courte période et ce cycle se répète annuellement. Cependant, le PRH 2023 de la RDC couvre 2 ans, dans un effort pour améliorer la capacité du secteur humanitaire à se coordonner avec les actions de développement et, vraisemblablement, à résoudre certains de ces problèmes de financement à court terme (OCHA 2023c). Comme indiqué précédemment, le PAM peut être confronté à une insuffisance de fonds pour couvrir toutes les zones de santé prioritaires au cours d'une année donnée ou pour le nombre d'enfants et de FEA vivant dans ces zones remplissant les conditions requises. Les acteurs gouvernementaux ont souligné la nécessité d'une augmentation des financements

pour le Programme BSFP, étant donné les avantages critiques perçus qu'il offre dans la réduction de l'émaciation. Les partenaires de mise en œuvre ne reçoivent pas toujours suffisamment de fonds pour couvrir l'ensemble de la population éligible dans les zones de santé pour lesquelles ils sont engagés, car les objectifs fixés sont souvent trop bas (voir les contraintes liées aux données ci-dessous). De plus, les partenaires de mise en œuvre reçoivent un financement par cycles courts, d'une durée de 6 à 12 mois. Ils ont souligné la difficulté d'obtenir un financement pour des cycles aussi courts du point de vue administratif et opérationnel. De plus, le financement adéquat pour rémunérer le personnel constitue une contrainte, car la distribution du BSFP est une activité nécessitant une main-d'œuvre importante. Les partenaires de mise en œuvre doivent assumer des coûts supplémentaires pour le recrutement de personnel afin d'aider les agents de santé dans la distribution du BSFP, en raison du nombre limité d'employés dans de nombreux centres de santé. Les partenaires de mise en œuvre ont également souligné la difficulté d'obtenir un soutien suffisant de la part des relais communautaires, en raison du fait que ces bénévoles ne reçoivent qu'une petite incitation et ne sont pas rémunérés.

Les informateurs ont systématiquement identifié des défis inhérents à l'offre de SNF. Ces défis ont été identifiés tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Il n'y a actuellement aucune production locale en RDC. C'est pourquoi le PAM achète les SNF à l'étranger pour distribution. Pour les SNF financés par BHA, qui constituent la majorité du BSFP en RDC, l'approvisionnement provient généralement des États-Unis, ce qui prend beaucoup de temps et rend la planification ardue, comme l'a expliqué un informateur. Selon l'informateur, les délais de livraison des produits du BSFP sont encore pires que ceux des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, qui nécessitent généralement six mois pour arriver lorsqu'ils sont achetés à l'étranger (USAID Advancing Nutrition 2023).

« Le délai d'exécution, c'est-à-dire le transport des produits que nous devons effectuer des États-Unis jusqu'ici, selon l'analyse que nous avons réalisée, prend entre 8 et 10 mois. C'est la raison pour laquelle cela a constitué un grand défi pour nous en termes de planification » (affilié aux Nations unies, niveau national)

Les problèmes de transport, les conflits et l'insécurité complexifient la mobilité et la livraison des intrants. La difficulté du transport est attribuable au mauvais état des routes et des ponts, à l'accès limité des partenaires de mise en œuvre à des véhicules opérationnels, au coût de la location de véhicules en cas de besoin et aux préoccupations liées à la sécurité. Bien que le transport soit depuis longtemps perçu comme une difficulté, la sécurité a été identifiée comme une contrainte plus prononcée dans certaines régions, comme le Tanganyika. Ces deux défis limitent, retardent ou bloquent totalement l'accès à des communautés spécifiques. Le risque de pillage des intrants et de danger pour la sécurité du personnel et des bénéficiaires est également plus élevé dans les zones non sécurisées, selon les informations recueillies.

« Les défis logistiques sont énormes ici, en particulier en ce qui concerne les problèmes liés à la qualité extrêmement médiocre de l'infrastructure routière du pays. En période de pluie, c'est encore pire ». (Affilié à l'ONU, niveau national)

« Cependant, la limitation résulte de l'insécurité à quelques aires de santé... Il y avait un problème non seulement d'accessibilité, mais aussi d'insécurité. Nous nous sommes dit que si nous apportions les intrants, nous risquerions d'être pillés et que les bénéficiaires risqueraient d'être attaqués pour emporter ou récupérer les intrants ». (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les divers problèmes d'approvisionnement peuvent engendrer des retards dans la distribution, amenant ainsi les partenaires chargés de la mise en œuvre à effectuer parfois des distributions tardives des SNF (par exemple, une deuxième ou troisième distribution après 40 jours au lieu de 30 jours) ou en urgence. Une fois l'approvisionnement parvenu aux zones de santé, les partenaires de mise en œuvre ont signalé la difficulté de trouver des entrepôts ou d'autres espaces de stockage pour les SNF. Un informateur a

souligné qu'il existe également un risque minime que de petites portions de l'offre, telles que deux à cinq sacs à la fois, soient prises par les transporteurs ou les manutentionnaires. Pour contribuer à atténuer les risques potentiels de fraude, le PAM et ses partenaires collaborent étroitement avec CODESA pour gérer conjointement les SNF. Le PAM dispose également de lignes d'assistance téléphonique permettant de signaler les fraudes présumées. Elle collabore avec l'*Inspection générale de la santé* pour enquêter sur les cas suspects. Selon le PAM, les partenaires devraient signaler les écarts ou les insuffisances dans la quantité de produits reçus et sont priés de remplacer les pertes de stocks.

Les limitations dans le suivi et l'évaluation, ainsi que l'insuffisance d'accès aux données, ont été identifiées comme des défis par tous les groupes d'informateurs. L'un des problèmes identifiés par le gouvernement est le fait que le BSFP ne soit pas intégré aux outils de rapport du DHIS2 et l'absence d'indicateurs spécifiques au BSFP. Les informateurs affiliés aux Nations unies ont identifié le manque de partage d'informations comme le principal problème de collaboration entre le PAM et le Cluster Nutrition. Selon un informateur, la réception par le gouvernement des données sur le BSFP de la part du PAM se fait uniquement de manière trimestrielle, ce qui est considéré comme une fréquence trop basse. Le PAM ne fournit pas directement au Cluster Nutrition des données sur le BSFP, entraînant ainsi le besoin pour le Cluster Nutrition de solliciter ces données directement auprès des partenaires de mise en œuvre, doublant ainsi la charge de travail liée à l'établissement des rapports. Les parties prenantes, y compris le Cluster Nutrition et le PAM, font face à une absence d'accès aux données de surveillance nutritionnelle de routine au-delà des cas d'émaciation. Les données d'enquête disponibles, notamment celles issues de l'enquête en grappes à indicateurs multiples, sont obsolètes, et la réalisation annuelle d'enquêtes SMART est limitée en raison de contraintes financières (USAID Advancing Nutrition 2023). L'absence de données actualisées et régulières est liée à la difficulté de fixation d'objectifs précis. Les partenaires ont relevé que le PAM fixe préalablement les objectifs du BSFP, mais lors de la mise en œuvre du programme, ils constatent fréquemment qu'il existe un nombre de personnes éligibles supérieur à celui initialement ciblé, ce qui peut poser des problèmes. Plusieurs partenaires de mise en œuvre ont fait remarquer qu'ils ne connaissaient pas le véritable impact du BSFP et qu'ils ne pouvaient pas prouver son efficacité parce qu'aucune évaluation d'impact n'avait été faite. Une remarque a été faite par un partenaire de mise en œuvre selon laquelle les données de suivi collectées en tant que programme présentent parfois des problèmes de qualité.

Question d'apprentissage n° 3 : retrait progressif du BSFP en RDC

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 3

La planification du BSFP s'effectue sur une base annuelle, et il semble que le fait qu'une zone de santé ait déjà bénéficié du BSFP ne soit pas pris en considération en tant que facteur. Le ciblage de certaines zones de santé par le programme BSFP pendant plusieurs années consécutives diffère de celui d'autres zones. Les informateurs ont fourni peu d'exemples de suppression progressive du BSFP, mettant plutôt l'accent sur la nécessité de poursuivre et d'étendre la couverture du BSFP.

Aucun des documents d'orientation examinés n'a fourni d'indications spécifiques concernant le retrait progressif ou la cessation du BSFP dans une zone d'intervention. Le manuel du PAM sur *l'alimentation et la nutrition* et l'outil de décision MAM soulignent tous deux la nécessité d'un suivi régulier de la situation dans la zone de mise en œuvre dans l'optique de déterminer si la durée du programme doit être prolongée, réorientée ou réduite. Un informateur affilié aux Nations unies a expliqué que l'élimination progressive s'inscrit dans le cadre de l'exercice annuel d'établissement des priorités. La fin du programme dans une zone de santé survient si cette zone ne répond plus aux critères de ciblage géographique. Cependant, les informateurs n'ont pas fourni de détails sur la communication des détails du retrait progressif aux communautés. Selon les indications limitées sur le calendrier et la durée du

BSFP fourni dans le protocole national PCIMA de la RDC, la mise en œuvre du BSFP devrait se limiter à une période de 4 mois au cours de la période de soudure. Cependant, les informateurs ne semblaient pas caractériser ces deux périodes de distribution comme étant dotés de périodes de retrait distinctes après la fin de l'intervention de 4 mois.

L'exercice de priorisation des zones de santé, réalisé chaque année dans le cadre de l'élaboration du plan de développement des ressources humaines, permet de déterminer l'endroit où le programme BSFP sera mis en œuvre. Les informateurs ont relevé que le BSFP, en tant que programme de courte durée, est déterminé pour l'année suivante par la priorité et le besoin, et non par sa mise en œuvre antérieure dans une zone de santé. Cependant, la mise en œuvre du BSFP pendant les périodes de soudure annuelles peut s'étendre sur 2 à 3 ans dans la même zone de santé. Un membre du personnel affilié à l'ONU a expliqué :

« Lorsque nous abordons le retrait progressif d'une activité, d'un lieu... chaque année, des discussions sont engagées avec les clusters et le PRONANUT pour identifier les zones prioritaires... parfois, des zones restent encore dans la zone prioritaire, dans ce cas, la mise en œuvre peut se poursuivre la deuxième année dans ces zones, mais généralement, une fois sur place, la mise en œuvre a lieu pendant un an, puis nous passons à autre chose. » (Affilié aux Nations unies, niveau national)

D'autres ont relevé que l'arrêt du BSFP dans une région peut être motivé par des raisons telles que l'insécurité ou l'inaccessibilité.

En utilisant les données de cartographie du Cluster Nutrition, une révision des zones de santé ciblées pour le BSFP a été effectuée en septembre 2022 et janvier 2023. Globalement, il y a eu une augmentation du nombre de provinces ciblées et du nombre de zones de santé au sein de ces provinces en janvier 2023, à l'exception du Sud Kivu (tableau I I). Dans les zones de santé où le programme BSFP s'est poursuivi pendant les deux périodes, le même partenaire de mise en œuvre a été mobilisé. Nous avons également examiné les projections de l'IPC au sujet de l'insécurité alimentaire et la malnutrition aiguë et avons constaté que toutes les zones de santé, à l'exception de trois (toutes situées dans le Sud Kivu), qui ont été sélectionnées pour le BSFP en 2022, remplissaient au moins les critères IPC de sécurité alimentaire pour l'inclusion⁵. Lorsque nous avons comparé le statut de l'IPC projeté pour 2023 avec les zones de santé de 2022, nous avons constaté que les trois zones qui n'avaient pas satisfait aux critères IPC en 2022 n'avaient pas été incluses dans la sélection de 2023. Cependant, d'autres zones de santé qui répondaient encore aux critères de l'IPC en 2023 ont également été exclues de la sélection de 2023. Les informateurs clés du PAM ont indiqué être confrontés à des contraintes de ressources plus importantes pour la programmation du BSFP en 2023, ce qui pourrait avoir contribué à la suppression des priorités de certaines zones de santé. Cependant, la raison de la suppression progressive du BSFP dans les zones de santé qui répondaient encore aux critères de ciblage n'a pas été clairement expliquée lors des entretiens.

⁵ Les informations pour Tshishimbi dans le Sud Kivu n'ont pas pu être trouvées.

Tableau 11. Changements et continuité dans le ciblage géographique du BSFP, 2022-2023

Provinces	Zones de santé ciblées en 2022 ⁶	Zones de santé ciblées en 2023 ⁷	Zones de santé ciblées en 2022 et 2023
Ituri	Angumu	Aungba	Gethy
	Gethy	Biringi	
	Komanda	Bunia	
	Lita	Gethy	
		Lolwa	
Kasaï	Kalonda Ouest	Kalonda Ouest	Kalonda Ouest Kamweshu Mutena
	Kamweshu	Kamonia	
	Mutena	Kamweshu	
		Kitangua	
		Mutena	
		Ndjoko Punda	
		Nyanga	
Kasaï Central	Bukonde	Bena Leka	Demba Dibaya Katende Muetshi
	Demba	Bena Tshiadi	
	Dibaya	Demba	
	Katende	Dibaya	
	Muetshi	Katende	
	Tshikula	Lubunga	
		Mutoto	
		Muetshi	
		Ndekesha	
Kasaï Oriental	Cilundu	Cilundu	Cilundu Lukelenge Miabi Mukumbi Nzaba Tshitenge
	Lukelenge	Lukelenge	
	Miabi	Miabi	
	Mukumbi	Mukumbi	
	Nzaba	Nzaba	
	Tshitenge	Tshishimbi	
		Tshitenge	
Sud Kivu	Kabare	Kabare	Kabare Katana Nundu Nyangezi
	Kaniola	Katana	
	Katana	Miti-Murhesa	
	Lemera	Nundu	
	Mubumbano	Nyangezi	

⁶ Liste compilée à l'aide des données cartographiques du Cluster Nutrition de septembre 2022.

⁷ Liste fournie par le PAM.

Provinces	Zones de santé ciblées en 2022 ⁶	Zones de santé ciblées en 2023 ⁷	Zones de santé ciblées en 2022 et 2023
	Mwenga		
	Nundu		
	Nyangezi		
	Ruzizi		
	Tshishimbi		
	Walungu		
Tanganyika	Non ciblé pour cette période	Ankoro Kansimba Manono Moba Nyunzu	Aucun

Les informateurs ont fourni peu d'exemples de suppression du BSFP en RDC. En revanche, les informateurs de la RDC ont largement insisté sur la nécessité de la poursuite et de l'extension de la couverture du BSFP. Ils considèrent principalement que le BSFP a contribué à une réduction des taux d'émaciation sur la base de leur expérience de la mise en œuvre (plutôt que sur la base des évaluations, comme indiquée dans la question d'apprentissage n°2). Un partenaire de mise en œuvre a partagé son impression sur les avantages généraux du BSFP :

« Avec cette approche, les résultats sont palpables. Particulièrement, une diminution du taux d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance ainsi que moins de cas de malnutrition aiguë modérée et sévère ont été observés dans les zones où cette approche est utilisée. C'est une approche louable que nous encourageons. » (Partenaire de mise en œuvre, niveau national)

Les informateurs ont relevé que les causes profondes de l'émaciation en RDC, à savoir le conflit sous-jacent et les moyens de subsistance limités concomitants, n'ont pas connu d'améliorations. Par conséquent, ils estiment que le maintien du BSFP demeure nécessaire. Un partenaire de mise en œuvre a souligné la difficulté de déterminer le moment où le BSFP pourrait être supprimé, en raison du conflit en cours :

« La réalité est que les zones où nous intervenons connaissent l'insécurité. Il existe une insécurité due aux groupes armés, ainsi qu'à des conflits armés impliquant les Forces Armées de la République Démocratique du Congo FARDC, les groupes armés, ou des étrangers venant se battre. Ici, il est difficile de faire une projection, de répondre à la question : "Quand cette guerre prendra-t-elle fin ?" »

Au niveau mondial, un informateur affilié aux Nations unies a expliqué que la suppression progressive du BSFP intervient lorsque la situation se stabilise et que les ménages peuvent subvenir à leurs besoins :

« Lorsque les gens parviennent à maîtriser la situation, à reprendre leurs activités de subsistance, à augmenter leur pouvoir d'achat et leurs revenus, et ainsi de suite, la suppression du programme est souvent envisagée (affilié aux Nations unies, niveau mondial). »

Question d'apprentissage n°4 : Tendances de l'émaciation en RDC

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 4

En raison de la mauvaise qualité des données secondaires disponibles, l'identification des tendances dans les données d'admission relatives à l'émaciation ou dans les cas d'autres maladies infantiles susceptibles d'influer sur les taux d'émaciation en RDC n'a pas été possible. Par conséquent, la possibilité de tirer des conclusions sur la pertinence du calendrier des distributions de BSFP pendant la période de soudure ou sur la pertinence globale du BSFP en tant que moyen de prévenir ou de réduire les cas d'émaciation dans le contexte de la RDC n'a pas été possible.

L'intention initiale d'incorporer l'analyse des données secondaires des zones de santé dans cette activité d'apprentissage visait à obtenir une compréhension des facteurs potentiels contribuant à l'émaciation dans les zones de santé sélectionnées mettant en œuvre le BSFP en RDC. L'intention était également de déterminer si le moment de la distribution du BSFP pouvait être justifié en fonction du pic de la charge de travail associée à l'émaciation, ainsi que de son alignement avec la période de soudure. L'analyse des données relatives à d'autres maladies infantiles, notamment le paludisme et la diarrhée, visait à déterminer si les pics de cas d'émaciation étaient en corrélation avec ceux de ces maladies, ce qui pourrait suggérer que les taux d'émaciation sont dus à la maladie plutôt qu'à l'insécurité alimentaire. Nous avons également examiné le nombre de consultations infantiles comme indicateur de l'accès aux services de santé.

Comme mentionné dans la section sur les limites, la qualité des données du DHIS2 ne nous a pas permis d'interpréter les tendances émergentes des cas résultant de notre analyse. Le nombre total de cas varie considérablement d'une année à l'autre, dépassant parfois la population totale estimée d'enfants dans la zone géographique. Les pics et les creux dans les données étaient également erratiques et ne révélaient pas de schéma saisonnier. Cependant, nous pensons que cela est principalement dû aux problèmes de qualité des données et non nécessairement à l'absence de tendances saisonnières. Nous n'avons pas pu réaliser d'entretiens de suivi au niveau de la zone ou de l'établissement afin de mieux comprendre si d'autres facteurs tels que les mouvements de population ou les interruptions de service ont pu contribuer à la grande variabilité des données. Par conséquent, nous n'avons pas pu identifier avec certitude des tendances saisonnières significatives dans les données secondaires qui pourraient nous donner un aperçu de la pertinence du calendrier des interventions du BSFP. Nous n'avons pas pu déterminer si les admissions pour émaciation augmentaient avant, pendant ou après la période de soudure, lorsque le BSFP est généralement mis en œuvre, et nous ne pouvons donc pas émettre d'avis sur le programme de l'intervention.

Nous avons ensuite examiné les rapports trimestriels du SNSAP pour voir si nous pouvions identifier, sur la base des données de surveillance, certains trimestres où les zones de santé étaient plus susceptibles de dépasser les seuils « d'alerte »⁸ pour les indicateurs clés d'émaciation pour les enfants et les femmes enceintes et allaitantes. **Pour l'ensemble des indicateurs, l'identification de tendances saisonnières dans le franchissement des seuils d'alerte par les zones de santé n'a pas été possible. Au lieu de cela, une détérioration générale de la situation nutritionnelle a été constatée au cours de la période examinée.** Sur la base des données SNSAP disponibles, après le premier trimestre 2020 (janvier-mars), toutes les zones de santé sauf une (Nundu) atteignaient systématiquement le seuil d'alerte du PB défini pour les enfants de 6 à 59 mois. Pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes, une tendance à l'augmentation du nombre de zones de santé

⁸ Les seuils d'alerte du SNSAP sont définis comme suit : ≥ 20 pour cent des enfants de 6 à 59 mois avec un PB < 125 mm ; > 5 pour cent des enfants de 0 à 59 mois avec des œdèmes ; ≥ 20 pour cent des femmes enceintes avec un PB < 230 mm ; et ≥ 20 pour cent des femmes allaitantes avec un PB < 230 mm.

atteignant le seuil d'alerte à partir de 2021 a été constatée par rapport aux années précédentes. Pour les femmes enceintes, les niveaux d'alerte commencent au dernier trimestre 2021 (**juillet-septembre**) ; pour les femmes allaitantes, ils commencent au premier trimestre 2021 (**janvier-mars**). Malgré des dépassements significatifs des seuils d'alerte pour certains indicateurs au cours de certains trimestres, l'identification d'un schéma clair indiquant le moment où la situation s'aggrave reste difficile. Les tableaux d'analyse du SNSAP se trouvent à l'annexe 2.

Les rapports du SNSAP intègrent quelques informations contextuelles supplémentaires dans leur contenu. Durant le premier semestre 2020, le pays a également été confronté à une épidémie d'Ebola, à une épidémie localisée de rougeole, ainsi qu'aux mouvements de population, à l'insécurité et aux problèmes de sécurité alimentaire. Cela coïncide avec le début de la pandémie de COVID-19 en RDC : les premiers cas de COVID-19 ont été signalés en mars 2020 (MS 2020a ; OMS 2023a). Durant le second semestre 2020, l'apparition de facteurs économiques, tels que la chute des exportations et des prix à l'exportation, a été mentionnée, suivie de l'augmentation des prix des denrées alimentaires (EM 2020b ; EM 2021a ; EM 2021b). Les restrictions des mouvements de population et les fermetures de frontières liées au verrouillage du COVID-19 ont eu des répercussions sur le commerce transfrontalier, limité les activités agricoles telles que l'entretien des champs et la récolte, et ont généré une spéculation sur les prix entraînant une baisse des prix (FEWS NET 2020).

En l'absence de données plus précises, l'identification des principaux facteurs d'émaciation en RDC au cours de cette période et la détermination de l'adéquation du BSFP en tant qu'intervention pour prévenir cette émaciation demeurent difficiles. Cependant, en examinant les facteurs contextuels résumés dans les rapports de la SNSAP, il devient évident que les moteurs sont susceptibles d'être fortement contextualisés et variables, même au sein d'une seule province. Lors des entretiens en RDC, les répondants ont identifié les épidémies, l'insécurité alimentaire, le conflit en cours, les déplacements de population, ainsi que les moyens de subsistance et les capacités limitées comme les principaux facteurs d'émaciation, plutôt que les facteurs saisonniers. Comme l'a expliqué un informateur affilié à l'ONU :

« En termes d'insécurité alimentaire, il n'y a pas grand-chose à signaler, car, par exemple, dans le Tanganyika, 100 % des zones de santé se situent soit en phase 3, soit en phase 4, indiquant ainsi une situation déjà précaire. Aujourd'hui encore, le choléra sévit dans toutes les zones de santé. Le choléra est devenu extrêmement répandu dans cette zone, avec également des cas de mouvements de population, soit pour fuir, soit pour revenir.

Cependant, bien que les facteurs saisonniers n'aient pas été identifiés comme un facteur d'émaciation, de nombreux informateurs ont exprimé l'opinion que la période de soudure était le moment le plus approprié pour la mise en œuvre du BSFP. Comme l'a expliqué un fonctionnaire du gouvernement :

“D'après notre expérience, le meilleur moment pour nous [pour mettre en œuvre le BSFP] est la période de soudure. Lorsqu'il y a une période de soudure, cela indique une diminution des précipitations. Il n'y a même pas de pluie, on pourrait qualifier cela de sécheresse. La sécheresse pendant la saison sèche, quand nous n'avons rien, constitue un bon moment [pour le BSFP]. La période de soudure, comme nous l'avons dit, est celle où même la nourriture devient très rare et très chère. Le coût de la vie devient même insupportable. Lorsque la population locale a déjà consommé ses aliments de subsistance et commence à s'approvisionner sur le marché, c'est la période la plus appropriée [pour la mise en œuvre], la période de soudure. Même en cas d'épidémie ou de post-épidémie, c'est le moment indiqué.”

Question d'apprentissage n° 5 : Base factuelle mondiale pour le BSFP

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 5

Les preuves de l'efficacité du BSFP pour prévenir l'émaciation ne sont pas concluantes en raison de limitations, de résultats mitigés et d'une qualité variable. Il est établi que certains modèles de BSFP peuvent entraîner, dans des circonstances spécifiques, une réduction légère et statistiquement significative de l'émaciation. Cependant, l'obtention de preuves de haute qualité est nécessaire pour déterminer de manière concluante l'efficacité du BSFP, y compris le moment optimal d'intervention et les éléments de conception du programme les plus efficaces dans divers contextes. Notre examen des données a montré qu'un certain nombre de modèles de BSFP fonctionnaient dans des contextes différents. D'une manière générale, les données suggèrent l'adéquation des MQ-LNS et de la farine mélangée enrichie lorsqu'elles sont intégrées à d'autres interventions en matière de nutrition, de santé et d'assistance alimentaire. La variation de l'efficacité du BSFP peut être influencée par l'âge de l'enfant, la durée de l'intervention et le statut socio-économique. Les données concernant les transferts monétaires, qu'ils soient conditionnels ou inconditionnels, en tant que modalité, ne sont pas concluantes. Cependant, il a été observé que les deux types de transferts contribuent à la réduction de l'émaciation, et que les transferts monétaires inconditionnels ont également un impact positif sur la réduction de l'émaciation lorsqu'ils sont associés à d'autres interventions. Il existe très peu de preuves sur les bons alimentaires en tant que modalité et sur la rentabilité et l'efficacité économique du BSFP.

L'examen des données publiées sur l'efficacité du BSFP pour la prévention ou la stabilisation de l'émaciation, l'évaluation de l'efficacité des modalités de transfert d'argent et de bons, l'analyse du rapport coût-efficacité, ainsi que l'exploration des facteurs influençant la mise en œuvre ont été réalisés. L'encadré 2 présente les types de SNF inclus dans l'étude. En ce qui concerne les études de revues, seule l'information concernant les études pertinentes a été résumée, étant donné que certaines revues englobaient des interventions autres que le BSFP. Bien que nous utilisions le terme « émaciation » dans le reste du rapport,⁹ dans cette section, nous présentons les mesures spécifiques de l'émaciation utilisées dans les études. Les mesures d'émaciation présentées sont les suivantes :

- Z-score poids/taille (WHZ), différence moyenne (MD), différence standard (SD) ou différence moyenne standard (SMD).
- Émaciation, prévalence de l'émaciation ou incidence de l'émaciation (variation en pourcentage, variation en points de pourcentage, rapport de risque (RR) ou odds ratio (OR)).
- Prévalence ou incidence de la MAM et de la MAS (variation en pourcentage, variation en points de pourcentage, ratio de hasard).
- PB MD ou SMD.

⁹ La terminologie actuelle de l'émaciation et de la malnutrition aiguë fait l'objet d'un débat, en partie motivé par le désir de simplifier les termes à des fins de sensibilisation et de mieux cerner les risques. La tendance est à l'utilisation du terme unique d'émaciation, même si le faible poids corporel et l'œdème nutritionnel ne sont pas inclus dans la définition standard de l'OMS de l'émaciation (OMS 2023b). Dans le cadre de cette activité, l'émaciation comprend un faible poids par rapport à la taille/longueur, un faible PB et un œdème nutritionnel.

Pour les études de coût-efficacité et d'efficience, les résultats déclarés incluent le coût par bénéficiaire atteint, le coût par cas d'émaciation évité, ou le coût par année de vie corrigée de l'incapacité.

Encadré 2 : Types de SNF examinés

Le BSFP fournit des SNF aux jeunes enfants et aux femmes enceintes allaitantes. Le manuel du PAM et l'outil de décision MAM recommandent les deux types de SNF suivants (PAM 2018 ; GNC 2017). Nous avons limité notre examen à ces deux types d'activités

- **Farines mélangées enrichies** : Mélanges de céréales partiellement précuites et moulues (par exemple, maïs ou blé), de soja, de vitamines et de minéraux. Le mélange de l'huile végétale avec la farine ou sa fourniture séparée sont des pratiques observées. Des ajouts d'ingrédients supplémentaires tels que lait en poudre, sucre ou lactosérum peuvent être réalisés. L'ajout de vitamines et minéraux vise à satisfaire les besoins quotidiens recommandés. Le produit est cuit avec de l'eau pour obtenir une bouillie. Il existe plusieurs formulations, notamment CSB, CSB+, mélange maïs-soja-lactosérum, Super Cereal et Super Cereal Plus (PAM n.d.).
- **ASPE/MQ-LNS** : Pâte à tartiner enrichie à base de lipides, généralement constituée d'huile végétale, de légumineuses, de lait en poudre, de sucre, de vitamines et de minéraux. L'ajout de vitamines et minéraux vise à satisfaire les besoins quotidiens recommandés. Les noms commerciaux incluent Plumpy'Doz, eeZeeCup et Wawamum (PAM 2021 ; PAM n.d.).

Efficacité du BSFP dans la prévention et la stabilisation de l'émaciation

Les données probantes concernant l'efficacité du BSFP pour la prévention de l'émaciation ne sont pas concluantes, présentent des résultats mitigés et varient en termes de qualité.

Les données existantes indiquent que des modèles spécifiques du BSFP peuvent conduire à des réductions faibles, mais statistiquement significatives de l'émaciation dans des circonstances particulières. Cependant, la recherche dans ce domaine est limitée, et les essais de modèles spécifiques du BSFP n'ont pas été reproduits pour déterminer s'ils génèrent des résultats cohérents dans divers contextes. En tant que telle, la base de données actuelle n'est pas concluante quant à l'efficacité du BSFP pour réduire l'émaciation et ne peut pas nous dire si les mêmes résultats seraient obtenus dans d'autres contextes. En général, l'obtention de données probantes de haute qualité est nécessaire pour déterminer l'efficacité des différents modèles du BSFP dans des contextes spécifiques.

Notre revue a englobé sept études évaluant l'efficacité du BSFP, mettant en évidence une disponibilité limitée de données probantes. Trois de ces études sont des revues (deux revues par des pairs, une non revue par des pairs) et quatre sont des études de recherche primaire (deux revues par des pairs, deux non revues par des pairs). Six des sept études totales ont trouvé au moins un effet positif statistiquement significatif sur une mesure d'émaciation (tableau 12).

Un effet positif statistiquement significatif sur une mesure d'émaciation a été observé dans au moins une étude incluse dans chacune des trois revues (Pérez-Expósito et Klein 2009 ; Kaul et al. 2018 ; Das et al. 2019). La qualité de ces preuves était modérée ou n'a pas été évaluée par les revues.

- Une étude descriptive a mis en évidence qu'une réduction de 4 % de la prévalence de l'émaciation chez les enfants de 6 à 59 mois a été réalisée lorsqu'un mélange de blé et de soja avec de l'huile était fourni à tous les enfants, par rapport à un mélange ciblé sur les enfants présentant une insuffisance pondérale, au sein d'une des trois études incluses. Le BSFP s'accompagnait d'une aide alimentaire générale, d'une éducation sanitaire, d'un suivi de la croissance, d'un traitement antiparasitaire, de vaccinations, d'une supplémentation en vitamine A, de sels de réhydratation orale et de visites à domicile (Pérez-Expósito et Klein 2009). Le pic d'efficacité a été constaté chez les enfants exposés au programme entre 6 et 23 mois,

probablement en raison de leur vulnérabilité nutritionnelle à ce stade, comme rapporté par Ruel et al. (2008).

- Une étude descriptive de la mise en œuvre du BSFP par le PAM a mis en lumière qu'une réduction de 5 points de pourcentage de la prévalence de la MAM a été obtenue en fournissant des SNF aux enfants de 6–23 mois pendant la période de soudure, telle que rapportée dans l'une des trois études incluses. Des améliorations plus importantes de la prévalence de la MAM ont été observées chez les enfants plus âgés (18-23 mois), les ménages ayant un travail saisonnier et les ménages ayant un accès plus difficile à une alimentation complémentaire ciblée dans les cliniques de santé (Kaul et al. 2018).
- Une revue systématique et une méta-analyse ont montré que le MQ-LNS fourni aux enfants dans le cadre d'interventions d'alimentation de complément par rapport à l'absence d'intervention améliorait le WHZ moyen (SMD 0,07 ; trois études), réduisait la prévalence de la MAM (RR 0,78 ; deux études) et améliorait le PB moyen (SMD 0,17 ; deux études) (Das et al. 2019).

Un effet positif statistiquement significatif sur une mesure d'émaciation a été constaté dans trois des quatre études primaires (Oirere, Hall et Ndumi 2010 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021). La qualité de ces preuves varie de faible à élevée.

- L'évaluation des performances dans le nord du Kenya a démontré qu'en fournissant des suppléments multiples avec de l'huile aux femmes enceintes et allaitantes, ainsi qu'aux enfants de 6 à 59 mois pendant la période de soudure, une amélioration du score Z moyen de poids pour la taille (MD 0,28) et du PB moyen (MD 2,04) a été constatée. En conjonction avec le SNF, le programme a dispensé des suppléments de vitamine A, des vermifuges, des vaccinations, une éducation à la santé, ainsi que des démonstrations culinaires ((Oirere, Hall et Ndumi 2019).

Tableau 12. Preuves de l'efficacité du BSFP en matière de prévention d'émaciation

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
Revue					
Revue : Descriptif ; Pérez-Expósito et Klein (2009)	Deux essais d'efficacité ont été entrepris au Malawi, ainsi qu'une évaluation d'impact expérimentale ayant recours à un essai randomisé en grappes en Haïti.	Malawi 1, 2 : enfants de 6 à 23 mois Haïti : enfants de 6 à 59 mois	Malawi 1, 2 : MQ-LNS v. farine mélangée enrichie Haïti : Mélange blé-soja plus huile avec ration générale et éducation sanitaire, suivi de la croissance, traitement des parasites, vaccinations, supplément de vitamine A, solution de réhydratation orale et visites à domicile	◆ Prévalence de l'émaciation : Réduction de 4 % (une seule étude [Haïti]) ◆ WHZ : pas d'effet (deux études sur deux [Malawi 1, 2])	Non évaluée
Examen : Descriptive ; Kaul et al. (2018), Heirman, Jenkins et Rosenzweig (2019)	Un appariement par score de propension (Tchad) Deux différences dans la différence (Mali, Niger)	Tchad : enfants de 6 à 23 mois Mali : FEA, enfants de 6 à 59 mois Niger : enfants de 6 à 59 mois	Tchad : alimentation complémentaire de couverture, sessions de sensibilisation de la communauté Mali : alimentation complémentaire de couverture, certains ménages bénéficiant également d'une distribution alimentaire générale, d'une alimentation scolaire et d'un programme de résilience. Niger : alimentation complémentaire de couverture pendant la période de soudure, aide alimentaire ciblée ou alimentation complémentaire ciblée avec ou sans aide alimentaire pour les actifs.	◆ MAM : réduction de 5 points de pourcentage (une des trois études [Tchad]) (une des trois études ; [Niger])	Non évaluée
Revue : Analyse systématique et méta-analyse ;	Quatre essais contrôlés randomisés	Tchad : enfants de 6 à 36 mois	MQ-LNS avec interventions en matière d'alimentation complémentaire par rapport à l'absence d'intervention	◆ WHZ : SMD 0,07 (trois études) ◆ MAM : RR 0,78 (deux études)	Modérée

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
Das et al. (2019)		Malawi 1 : enfants de 6 à 12 mois Malawi 2 : Enfants de 6 à 18 mois Bangladesh : Enfants de 6 à 18 mois		◆ PB : SMD 0,17 (deux études) ◆ S AM : aucun effet (deux études sur deux)	
Recherche principale					
Recherche principale : Cliffer et al. (2020)	Un essai randomisé géographiquement	Burkina Faso : Enfants de 6 à 23 mois	Groupes d'étude : (1) mélange maïs-soja-lait avec huile, (2) Super Cereal Plus, (3) MQ-LNS ; (4) MMS+ avec huile enrichie (groupe de référence). Le CCSC sur le SNF et une ration ménagère pendant la période de soudure ont été fournis avec chaque groupe d'intervention.	◆ WHZ : pas d'effet (n=6,112)	Modérée/élevée
Recherche principale : (Oirere, Hall et Ndumi 2010)	Une évaluation des performances par des méthodes mixtes	Nord du Kenya : FEA, enfants de 6 à 59 mois	MMS et huile avec supplémentation en vitamine A, vermifuge et vaccination, éducation à la santé et démonstrations culinaires pendant la période de soudure.	◆ WHZ : MD 0,28 (n=3 368) ◆ PB : MD 2,04 (n=3 368)	Très faible/faible
Recherche principale : (CDC 2012)	Une évaluation de cohorte longitudinale	Nord du Kenya : Enfants de 6 à 36 mois et FEA	MMS+ avec huile, supplémentation en vitamine A, vermifuge, vaccination et éducation à la santé.	◆ WHZ : MD 0,22 à Turkana (n=757) et 0,38 à Wajir (n=1 012)	Très faible/faible
Recherche principale : Leroy et al. (2021)	Un essai contrôlé randomisé en grappe	Burundi : Femmes enceintes (2 ^e – 3 ^e trimestre),	Des durées variées de rationnement familial et individuel de MMS et d'huile enrichie avec le renforcement et	◆ Prévalence de l'émaciation : Diminution de 3,3 points de	Modérée/élevée

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
		mères d'enfants de moins de 6 mois et enfants de 0 à 24 mois	la promotion de l'utilisation des services de santé et de la Communication sur le changement comportemental (CCC) pour promouvoir des comportements adéquats en matière de santé, d'hygiène et de nutrition.	pourcentage (bras de traitement combinés) (n=2 566) ◆ WLZ : SD 0,15 (groupes de traitement combinés) (n=2 566)	
<p>^a Les symboles indiquent : ◆ pas d'effet statistiquement significatif, ◆ effet positif statistiquement significatif.</p> <p>^b Articles de synthèse : l'évaluation de la qualité des preuves dans l'article est fournie ou il est indiqué si la synthèse n'a pas évalué la qualité des preuves. La qualité des études de recherche principale repose sur la capacité de la conception de l'étude à attribuer un impact au programme. Les études d'observation et les évaluations de performance sont catégorisées en tant qu'éléments de preuve de qualité très faible/faible, tandis que les études quasi-expérimentales et expérimentales sont considérées comme des preuves de qualité modérée/élevée.</p>					

- Une évaluation longitudinale de cohorte d'un autre programme dans le nord du Kenya a révélé un effet positif sur la moyenne de l'indice WHZ pour les enfants de 6 à 36 mois (MD 0,22 à Turkana, MD 0,38 à Wajir). Le programme a fourni des CSB+ avec de l'huile aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants de 6 à 36 mois, ainsi que des suppléments de vitamine A, des vermifuges, des vaccins et de l'éducation à la santé (CDC 2012).
- Un essai contrôlé randomisé en grappe au Burundi d'un programme qui fournissait des MMS avec de l'huile enrichie aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants de 6 à 24 mois a permis de réduire la prévalence de l'émaciation (3,3 points de pourcentage) et d'augmenter le WLZ (SD 0,15). Le programme a également fourni des rations familiales et a renforcé et promu l'utilisation des services de santé préventive. Les améliorations des mesures d'émaciation n'ont été observées que chez les enfants dont les mères ont commencé à recevoir le SNF pendant la grossesse et n'ont pas été constatées chez ceux qui ont commencé le programme à la naissance. De plus, l'amélioration des mesures d'émaciation s'est limitée aux enfants les plus défavorisés de l'étude - ceux issus de mères non alphabétisées ou sans niveau d'éducation, ou vivant dans des ménages possédant moins de biens ou dirigés par des chefs de famille non éduqués. L'ampleur de l'effet était également la plus élevée chez les enfants âgés de 6 à 12 mois, ce qui correspond généralement à la période précédant le pic d'émaciation (Leroy et al. 2021).

Les données précédentes ont mis en évidence la capacité de différentes configurations de programmes de BSFP à contribuer à la diminution de l'émaciation (d'au moins une mesure d'émaciation) dans divers contextes, mettant en lumière le besoin accru de données sur l'efficacité des différents éléments du programme. Les études ont révélé des réductions de l'émaciation lorsque les SNF étaient fournis aux enfants seulement (Kaul et al. 2018 ; Das et al. 2019 ; Pérez-Expósito et Klein 2009) et lorsqu'ils étaient fournis aux enfants et aux femmes enceintes et allaitantes dans les ménages (Oirere, Hall et Ndumi 2019; CDC 2012; Leroy et al. 2021). Une seule étude a montré que le BSFP réduisait l'émaciation lorsqu'il était fourni sans autres interventions (Kaul et al. 2018). D'autres études ont mis en évidence la capacité du BSFP à réduire l'émaciation lorsqu'il est associé à des interventions nutritionnelles (Das et al., 2019), à des interventions nutritionnelles et sanitaires (Oirere, Hall et Ndumi, 2010 ; CDC, 2012), ainsi qu'à des interventions en assistance alimentaire, santé et nutrition (Leroy et al., 2021). Des variations dans la réduction de l'émaciation ont été constatées dans certaines études en fonction de l'âge des enfants (Leroy et al., 2021 ; Kaul et al., 2018), de la durée de l'intervention SNF (Ruel et al., 2008) et du statut socio-économique (Leroy et al., 2021 ; Kaul et al. 2018). Les données existantes suggèrent que le MQ-LNS et la farine mélangée enrichie peuvent être efficaces avec d'autres interventions et que les farines mélangées enrichies peuvent être appropriées lorsque les personnes qui s'occupent des enfants peuvent les préparer et les donner comme prévu. Une étude a montré que la MQ-LNS associée à des interventions nutritionnelles réduisait l'émaciation (Das et al. 2019), mais que la MQ-LNS n'était pas efficace lorsqu'elle était fournie seule (Cliffer et al. 2020 ; Pérez-Expósito et Klein 2009). De même, trois études ont démontré que l'administration de farines mélangées enrichies aux enfants ainsi qu'aux femmes enceintes et allaitantes contribuait à la réduction de l'émaciation lorsqu'elle était combinée à des interventions en matière de santé et de nutrition (Oirere, Hall et Ndumi, 2019 ; CDC, 2012) ou à une assistance alimentaire, accompagnée d'interventions en matière de santé et de nutrition (Leroy et al., 2021). Cependant, les études portant sur des mélanges de farines enrichies sans autres interventions n'ont pas permis de réduire l'émaciation (Pérez-Expósito et Klein 2009 ; Cliffer et al. 2020). Les études ont également documenté que la bouillie à base de farines mélangées fortifiées doit être préparée correctement, et les personnes qui s'occupent des enfants doivent disposer du temps nécessaire pour préparer et donner la bouillie. (Langlois et al. 2020 ; Shen et al. 2020).

Modalités de transfert d'argent et de bons

Nous avons examiné les éléments de preuve liés à l'utilisation de modalités de transfert autres que les soins nutritionnels spécifiques pour prévenir ou réduire l'émaciation, y compris les transferts monétaires

inconditionnels et conditionnels (avec ou sans assistance en nature), ainsi que l'utilisation de bons d'alimentation. **La conclusion concernant les données sur les transferts d'argent liquide et la prévention de l'émaciation est mitigée et de qualité variable.**

Notre examen a porté sur six études évaluant l'utilisation de bons ou de modalités de paiement en espèces dans le but de prévenir ou de réduire l'émaciation. Cinq de ces études étaient des analyses (trois revues par des pairs, deux non revues par des pairs) et une était une étude de recherche primaire (une revue par des pairs). Six, des sept études totales ont trouvé au moins un effet positif statistiquement significatif sur une mesure de l'émaciation (tableau 13).

Quatre des cinq revues ont trouvé un effet positif statistiquement significatif sur une mesure de l'émaciation dans au moins une étude incluse dans la revue (Aurino et Giunti 2022 ; Bastagli et al. 2016 ; Daalen et al. 2022 ; Manley, Alderman, et Gentilini 2022). Les données probantes étaient de qualité moyenne à élevée ou n'ont pas été évaluées dans le cadre de l'examen.

- Une revue descriptive a signalé des améliorations de l'indice de poids par rapport à la taille (WHZ) (différence moyenne de 0,11) dans une étude (parmi d'autres) et une réduction de l'émaciation (rapport de cotes de 0,52) dans une autre étude (parmi d'autres) grâce aux transferts inconditionnels d'argent liquide. Dans la seule étude qui a constaté des améliorations dans les mesures de l'émaciation, les effets ont été observés à la fin du programme de six mois, mais pas lors du suivi six mois après la fin de l'intervention (Aurino et Giunti, 2022).
- Une étude descriptive a souligné une diminution de la probabilité d'émaciation (13 points de pourcentage) dans une étude (une des deux études) grâce à des transferts monétaires (conditionnalité non spécifiée) (Bastagli et al., 2016).
- Une revue systématique a inclus un programme de transfert d'argent (une seule étude) qui a amélioré la WHZ (MD 1,82) et qui était conditionné à la participation des mères à une session de santé et d'éducation avant chaque transfert d'argent. La revue a inclus une étude sur les transferts monétaires inconditionnels avec une assistance alimentaire en nature et des bons d'alimentation (l'une des deux études) qui a augmenté le PB (MD 1,3). Deux études sur les programmes de bons d'alimentation incluses dans la revue (deux études sur deux) ont montré une augmentation du PB (MD 0,4-0,9) (Daalen et al. 2022).
- Une revue systématique et une méta-analyse ont révélé que les transferts monétaires conditionnels et inconditionnels ont entraîné une modeste réduction de l'émaciation de 1,3 pour cent (25 études). Dans l'analyse des sous-groupes, il a été observé que les programmes en Afrique subsaharienne ont eu des effets plus significatifs que ceux en Asie du Sud, en Asie de l'Est et en Amérique latine (Manley, Alderman et Gentilini, 2022).

Tableau 13. Preuves de l'efficacité d'autres modalités de prévention de l'émaciation

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
Reuves					
Revue : Descriptive ; Aurino et Giunti (2022)	Trois essais contrôlés randomisés (deux au Niger, un en Ouganda) Un essai de contrôle en grappe non randomisé (Somalie) Un essai contrôlé randomisé en grappes (Pakistan)	Niger 1, 2 : Enfants de 6 à 23 mois Ouganda : Enfants de 1 à 7 ans Somalie : Enfants de 6 à 59 mois dans les camps de réfugiés Pakistan : Enfants de 6 à 48 mois	Yémen, Ouganda, Niger 1, 2 : Transfert monétaire inconditionnel Somalie : Transfert monétaire inconditionnel, kit d'articles non alimentaires et eau courante gratuite Pakistan : Transfert monétaire inconditionnel, bons alimentaires	Espèces inconditionnelles : ◆ WHZ : MD 0,11 (une seule étude [Pakistan]) ◆ Emaciation : OR 0,52 (une des quatre études [Pakistan]) Espèces inconditionnelles et en nature : ◆ Emaciation : pas d'effet (une seule étude) Bons pour aliments frais : ◆ WHZ : pas d'effet (une seule étude)	Élevée Élevée Élevée Élevée
Revue : Descriptive ; Bastagli et al. (2016)	Trois études quasi-expérimentales (Bangladesh, Zambie, Indonésie) Deux essais contrôlés randomisés (Nicaragua, Tanzanie)	Bangladesh : Enfants de 12 à 24 mois Nicaragua : Enfants de moins de 5 ans Zambie : Enfants de moins de 60 mois Tanzanie : Enfants jusqu'à 48 mois. Indonésie : Enfants jusqu'à 36 mois	Transferts monétaires (conditionnalité non spécifiée) avec ou sans autres interventions	◆ Emaciation : Réduction de 13 points de pourcentage (une des deux études [Bangladesh]) ◆ WHZ : pas d'effet (trois études sur trois)	Moyenne à élevée

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
Revue : Systématique ; Daalen et al (2022)	<p>Une étude de cohorte longitudinale (Niger 1)</p> <p>Une étude quasi-expérimentale (Niger 2)</p> <p>Un essai contrôlé randomisé en grappes (Niger 3)</p> <p>Deux études de cohortes prospectives (Somalie 1, 2)</p> <p>Un essai en grappe non randomisé (Somalie 3)</p>	<p>Niger 1, 2 : Enfants de 6 à 23 mois</p> <p>Niger 3 : Enfants de 6 à 59 mois</p> <p>Somalie 1 : FEA</p> <p>Somalie 2 : Enfants de 6 à 59 mois</p> <p>Somalie 3 : Enfants (âges non précisés)</p>	<p>Niger 1 : Transfert monétaire inconditionnel</p> <p>Niger 2 : Transfert d'argent conditionné par la participation à des cours sur la santé et la nutrition</p> <p>Niger 3 : Transfert monétaire inconditionnel</p> <p>Somalie 1, 2 : Transfert inconditionnel d'argent liquide avec des denrées alimentaires en nature et/ou des bons d'alimentation électroniques</p> <p>Somalie 3 : Transfert inconditionnel d'argent liquide</p>	<p>Transferts d'espèces conditionnels : (Conditional Cash Transfers)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ WHZ : MD 1,82 (1 de 1 étude [Niger 1]) <p>Transferts monétaires inconditionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ WHZ : pas d'effet (trois études sur trois) <p>Transferts monétaires inconditionnels avec des aliments en nature et des bons d'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ PB : MD 1,3 (une des deux études [Somalie 1]) ◆ Emaciation : pas d'effet (une seule étude) <p>Bons alimentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ PB : MD 0,4-0,9 (deux études sur deux [Somalie 1, 2]) 	Non évaluée
Revue : Analyse systématique et méta-analyse ; Manley, Alderman et Gentilini (2022)	<p>Études quasi-expérimentales ou expérimentales (25 ont évalué l'émaciation ; 40 ont évalué le WHZ)</p>	<p>Pays à revenu faible et intermédiaire ; Enfants de moins de 5 ans</p>	<p>Transferts d'argent conditionnels et inconditionnels avec ou sans services de santé et interventions de CCC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Emaciation : -1,31% (25 études) ◆ WHZ : pas d'effet (40 études) 	Non évaluée

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Résultats ^a	Qualité des preuves ^b
Revue : Systématique Drao et al. (2020)	Six essais contrôlés randomisés	Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ; Enfants (âges non précisés)	Transferts monétaires conditionnels et inconditionnels	Transferts d'espèces conditionnels : (Conditional Cash Transfers) ◆ Emaciation : pas d'effet (2 études sur 2) Transferts monétaires inconditionnels : ◆ Emaciation : pas d'effet (quatre études sur quatre)	Faible Très faible
Recherche principale					
Recherche principale : Langendorf et al. (2014)	Une étude d'intervention prospective quasi-expérimentale	Niger : Enfants de 6 à 23 mois	Transfert monétaire inconditionnel avec et sans SNF : (1) MQ-LNS et argent liquide ; (2) Super Cereal Plus et argent liquide ; (3) argent liquide uniquement	Argent liquide uniquement contre MQ-LNS et Argent liquide inconditionnel : ◆ Incidence MAM : HR 2,07 ◆ Incidence MAS : HR 2,12 Argent liquide uniquement v. Super Cereal Plus et argent liquide inconditionnel : ◆ Incidence MAM : HR 2,42 ◆ Incidence de la MAS : HR 2,50	Modérée/élevée
^a Les symboles indiquent : ◆ pas d'effet statistiquement significatif, ◆ effet positif statistiquement significatif. ^b Articles de synthèse : l'évaluation de la qualité des preuves dans l'article est fournie ou il est indiqué si la synthèse n'a pas évalué la qualité des preuves. Dans le contexte des études de recherche principales, la qualité est évaluée en fonction de la capacité de la conception de l'étude à attribuer un impact au programme. Les études d'observation et les évaluations de performance sont classées comme des preuves de qualité très faible/faible, tandis que les études quasi-expérimentales et expérimentales sont considérées comme des preuves de qualité modérée/élevée.					

L'étude principale a révélé un effet positif statistiquement significatif sur les mesures de l'émaciation (Langendorf et al. 2014). L'étude était de qualité moyenne/élevée.

- Une étude quasi-expérimentale a montré que les enfants qui recevaient des SNF (MQ-LNS ou Super Cereal Plus) et des transferts monétaires inconditionnels avaient une incidence deux fois plus faible de MAM et de MAS que ceux qui ne recevaient que des transferts monétaires inconditionnels (Langendorf et al. 2014).

Comme mentionné précédemment, il a été établi que les transferts monétaires et les bons alimentaires contribuent à la réduction de l'émaciation (selon au moins une mesure de l'émaciation). Cependant, les preuves disponibles sont limitées et mitigées, soulignant ainsi le besoin de données supplémentaires afin de déterminer quelles conceptions sont les plus efficaces dans divers contextes. Il a été démontré que les transferts d'argent liquide réduisent l'émaciation lorsqu'ils sont effectués seuls, avec ou sans condition (Aurino et Giunti 2022 ; Manley, Alderman et Gentilini 2022). Il a également été démontré que les transferts monétaires inconditionnels réduisent l'émaciation lorsqu'ils sont associés à une aide alimentaire en nature et à des bons alimentaires (Daalen et al. 2022) et à des SNF (Langendorf et al. 2014). Une étude a abouti à la conclusion que les transferts d'argent ont plus de probabilités d'avoir un impact positif sur la croissance et l'état nutritionnel des enfants lorsque les transferts sont de montants plus importants, ciblent les populations pauvres et à risque, et potentiellement, sont mis en œuvre sur une période prolongée (de Groot et al. 2015). Les preuves de l'efficacité des bons alimentaires pour la prévention de l'émaciation sont limitées (Jeong et Trako 2022 ; Daalen et al. 2022), et il n'est donc pas possible de déterminer le moment le plus approprié.

Coût-efficacité et rentabilité

Il existe peu d'éléments probants sur le rapport coût-efficacité et la rentabilité du BSFP. La rentabilité économique représente le coût monétaire pour atteindre un résultat de programme, tandis que l'efficacité économique représente le coût monétaire par unité de chaque résultat (USAID Advancing Nutrition 2021). Kaul et al. (2018) soulignent trois contraintes principales qui limitent la capacité des évaluateurs à réaliser une analyse coût-efficacité du BSFP— la disponibilité et la fiabilité des données, le manque de données sur le coût par activité, et la difficulté d'attribuer des coûts lorsque les projets comportent plusieurs interventions qui influent sur plusieurs résultats.

Notre revue comprenait trois études qui évaluaient l'efficacité économique ou la rentabilité de l'aide en nature du BSFP ou des transferts monétaires. Une des études était une revue (non évaluée par des pairs) et deux étaient des études de recherche principales (deux évaluées par des pairs) (tableau 14).

Tableau 14. Rapport coût-efficacité et rentabilité du BSFP

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Coût	Qualité des preuves ^a
Approche : BSFP					
Revue : Descriptive ; Kaul et al. (2018)	Trois études quasi-expérimentales : Tchad : appariement par score de propension ; Mali : différence dans la différence ; Niger : différence dans la différence)	Tchad : enfants de 6 à 23 mois Mali : FEA, enfants de 6 à 59 mois Niger : enfants de 6 à 59 mois	Tchad : alimentation complémentaire de couverture, sessions de sensibilisation de la communauté, TSFP disponible Mali : alimentation complémentaire de couverture, certains ménages bénéficiant également d'une distribution alimentaire générale, d'une alimentation scolaire et d'un programme de résilience. Niger : alimentation complémentaire de couverture pendant la période de soudure, aide alimentaire ciblée ou alimentation complémentaire ciblée avec ou sans aide alimentaire pour les actifs	Rentabilité : Passage de MAM à non-MAM : 352,60 \$ (pour BSFP et assistance alimentaire) (Niger) Cas de MAM ou MAS évité : 597 \$ (Tchad)	Non évaluée
Recherche principale : Cliffer et al. (2020).	Un essai randomisé géographiquement	Burkina Faso : Enfants de 6 à 23 mois	Groupes d'étude : (1) mélange maïs-soja-lait avec huile ; (2) Super Cereal Plus ; (3) MQ-LNS ; (4) MMS+ avec huile enrichie (groupe de référence). Le CCSC sur le SNF et une ration ménagère pendant la période de soudure ont été fournis avec chaque groupe d'intervention.	Le rapport coût-efficacité : MMS+ avec huile/enfant : 122 Mélange maïs-soja-lait avec huile/enfant : 140 Super Céréales Plus/enfant : 226 ASPE/enfant : 245\$ (Aucun groupe d'étude réduit WHZ)	Modérée/ élevée
Approche : Autres modalités					
Recherche principale Trenouth et al. (2018)	Un essai contrôlé randomisé	Pakistan : Enfants de 6 à 48 mois	Groupes d'étude : (1) groupe témoin ; (2) argent standard (14 \$/mois) ; (3) double argent (28 \$/mois) ; et (3) bons d'alimentation fraîche (d'une valeur de 14 \$/mois). Tous ont été	Rentabilité : Pour le double de l'argent : Cas d'émaciation évité : 4,865 \$ Années de vie corrigées en fonction du handicap évitées : 641\$	Modérée/ élevé

Type de publication et auteur	Nombre et types d'études	Cadre et population	Intervention	Coût	Qualité des preuves ^a
			distribués pendant six mois, accompagnés de séances de CCC.	(Les bons d'achat standard en espèces et en produits frais n'ont pas permis de réduire l'émaciation)	
<p>^a Articles de revue : l'évaluation de la qualité des preuves dans l'article est fournie ou il est indiqué si la synthèse n'a pas évalué la qualité des preuves. Concernant les études de recherche principale : la qualité est évaluée en fonction de la capacité de la conception de l'étude à permettre l'attribution d'un impact au programme. Les études d'observation et les évaluations de performance sont classifiées en tant que preuves de qualité très faible/faible, tandis que les études quasi-expérimentales et expérimentales sont classifiées en tant que preuves de qualité modérée/élevée</p>					

Une revue et une étude de recherche primaire ont évalué le rapport coût-efficacité et ont toutes deux conclu que les interventions étaient rentables (Kaul et al. 2018 ; Trenouth et al. 2018). Les études étaient de qualité moyenne/élevée ou n'ont pas été évaluées par la revue.

- Un examen descriptif des programmes BSFP du PAM a indiqué qu'il en coûtait 352,60 dollars pour faire passer un enfant du statut de MAM à celui de non-MAM au Niger et qu'il en coûtait 597 dollars/MAM ou cas de MAS évité au Tchad (Kaul et al. 2018). Les interventions dans les deux pays peuvent être considérées comme rentables, car elles sont inférieures au PIB par habitant des pays, soit 533 \$/personne au Niger et 717 \$/personne au Tchad en 2022 (Banque mondiale 2023).
- Un essai contrôlé randomisé mené au Pakistan a montré qu'un transfert d'argent liquide coûtait 641 dollars par année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) évitée et 4 865 dollars par cas d'émaciation évité. Ce chiffre peut être considéré comme rentable, car il est inférieur au PIB du Pakistan, qui est de 1 435 dollars par personne (Trenouth et al. 2018).

Une étude principale a fait état d'un rapport coût-efficacité. Cette étude est de qualité moyenne/élevée.

- Un essai géographiquement randomisé mené au Burkina Faso a montré que le MMS+ avec huile enrichie coûtait 122 \$/enfant, le mélange maïs-soja-blé avec huile 140 \$/enfant, le Super Cereal Plus 226 \$/enfant et le MQ-LNS 245 \$/enfant. Cependant, ces produits n'ont pas permis de réduire l'émaciation dans cette étude (Cliffer et al. 2020).

Facteurs de mise en œuvre

Quelques études ont rapporté les facteurs qui ont facilité et entravé la mise en œuvre des programmes d'alimentation de complément. Étant donné le peu de données sur les facteurs de mise en œuvre affectant le BSFP, nous avons inclus des données combinant des données sur le BSFP et des programmes d'alimentation de complément ciblés. Ces facteurs sont résumés dans le tableau 15 ci-dessous.

Tableau 15. Facilitateurs et contraintes de la mise en œuvre

Thème	Formateur	Contrainte
SNF distribué	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité et quantité élevées du supplément (Kristjansson et al. 2016) • Le complément répondait aux besoins des enfants et était perçu comme acceptable, abordable et utile par la personne s'occupant de l'enfant (Kristjansson et al. 2016). • Proximité géographique des centres de santé ou des centres de distribution alimentaire (Kaul et al. 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le supplément n'est pas considéré comme acceptable et appétissant (Kristjansson et al. 2016 ; Langlois et al. 2020).
Approvisionnement des SNF	<ul style="list-style-type: none"> • Chaîne d'approvisionnement fiable (Kristjansson et al. 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les faiblesses de l'infrastructure, notamment la distance entre les centres de santé et les communautés (Kaul et al. 2018)

Thème	Formateur	Contrainte
		<ul style="list-style-type: none"> Le site de distribution était éloigné du domicile (Kristjansson et al. 2016) Ruptures de la chaîne d'approvisionnement et distribution irrégulière en raison d'un approvisionnement erratique et de l'insécurité (Kristjansson et al. 2016 ; Young et al. 2004)
Environnement des ménages	<ul style="list-style-type: none"> Un environnement familial favorable à l'alimentation de l'enfant, notamment un espace suffisant, de l'eau propre et peu de distractions (Kristjansson et al. 2016) Les personnes qui s'occupent des enfants devaient être capables d'apprendre et de changer, être réceptifs à l'intervention proposée, accepter de traiter différemment les enfants souffrant de malnutrition et avoir confiance dans le programme (Kristjansson et al. 2016). 	<ul style="list-style-type: none"> Partage substantiel du supplément avec d'autres membres de la famille (Kristjansson et al. 2016) Les personnes qui s'occupent des enfants ont parfois remplacé l'alimentation habituelle par un complément (Kristjansson et al. 2016). Extrême pauvreté, mauvaises conditions sanitaires et manque d'eau potable (Kristjansson et al. 2016) Faible niveau de connaissances en matière de santé et de nutrition chez les personnes qui s'occupent des enfants (Kristjansson et al. 2016) Il peut être difficile pour les bénéficiaires de s'engager et de suivre les directives du programme (Roubert et al. 2018)
Mise en œuvre du programme	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel du programme était motivé, capable de maintenir la chaîne d'approvisionnement, de soutenir les fournisseurs de soins et d'adapter les efforts à la lumière des données (Kristjansson et al. 2016). Impliquer les parties prenantes dans la distribution du dernier kilomètre (Roubert et al. 2018) Négociations préalables entre les partenaires pour améliorer la coordination (Kaul et al. 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> Faible couverture de la CCSC et sensibilisation limitée de la communauté lors de la mise en œuvre du programme (Kaul et al. 2018) Les volontaires communautaires sont surchargés, ce qui limite la diffusion de la CCSC et entraîne une mauvaise qualité des données sur les cas (Kaul et al. 2018). Mauvaise tenue des registres de cas dans les centres de santé et mauvaise qualité du suivi et de l'évaluation du projet (Kaul et al. 2018)

Question d'apprentissage n°6 : Financement du BSFP en RDC

Résumé des résultats : Question d'apprentissage 6

Ces dernières années, l'USAID a fourni la majeure partie du financement du BSFP en RDC. Les deux bailleurs de fonds avec lesquels nous avons eu des discussions, le personnel d'ECHO basé dans la région et le personnel mondial de BHA, ont indiqué qu'ils s'efforcent d'être très sélectifs quant à l'endroit où le BSFP est mis en œuvre. Ils ont mis l'accent sur les considérations contextuelles, notamment le niveau d'insécurité alimentaire, l'accès et d'autres types de programmation nutritionnelle dans la zone d'intervention.

Nous avons examiné les données de cartographie du Cluster Nutrition afin d'identifier les financeurs potentiels du BSFP en RDC. En septembre 2022, les seuls bailleurs de fonds répertoriés du BSFP étaient le PAM, BHA, le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) et WorldVision. Cependant, lorsque nous avons contacté FCDO (bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth) pour en savoir plus sur leur soutien au BSFP en RDC, ils nous ont dit qu'ils ne finançaient pas le BSFP en RDC. Dans les données cartographiques les plus récentes (janvier-février 2023), le PAM et WorldVision étaient les seuls bailleurs de fonds répertoriés du BSFP.

L'USAID, par l'intermédiaire du PAM, a été le principal bailleur de fonds du BSFP en RDC ces dernières années. Selon le service de suivi financier de l'OCHA, l'USAID a contribué à plus de 55 % (530,4 millions de dollars) du financement global reçu pour le PRH 2022. Le deuxième bailleur de fonds le plus important a contribué à hauteur d'un peu plus de 7,5 %. Sur cette contribution, 67,3 millions de dollars ont été versés au module/secteur de la nutrition et 223,7 millions de dollars au module/secteur de la sécurité alimentaire (OCHA 2023b). Un informateur affilié aux Nations unies a estimé que la BHA a généralement financé 90 à 95 % du BSFP en RDC.

Nous nous sommes également entretenus avec des informateurs clés d'ECHO et d'USAID, au niveau mondial et régional, pour connaître leur point de vue sur le BSFP. Malgré le rôle clé de l'USAID en tant que bailleur de fonds pour le PAM en RDC, et par extension pour les activités du PAM dans le cadre du BSFP au cours de certaines années, d'autres interventions nutritionnelles en RDC, telles que le traitement de l'émaciation, sont financées par ECHO, excluant le BSFP de son financement. Les explications des informateurs clés d'ECHO indiquent que l'organisation exerce généralement une grande sélectivité quant aux domaines où le BSFP est considéré comme une intervention appropriée, et qu'il est rarement inclus dans les propositions de projet soumises par leurs partenaires. Parmi les exemples cités, on note les camps de réfugiés et les régions en proie à une crise humanitaire, où l'accès régulier à la population peut être difficile. ECHO a mis l'accent sur la qualité de l'alimentation, notant qu'il avait utilisé des MQ-LNS pour compléter ce qui était considéré comme des régimes alimentaires de très mauvaise qualité. En décrivant leurs programmes alimentaires, les informateurs d'ECHO ont également fait référence à la fourniture d'une assistance alimentaire générale, notant que dans les endroits où ils ont soutenu le BSFP, il est associé à ces programmes d'assistance alimentaire générale. Les informateurs ont également souligné la présence de problèmes logistiques avec le BSFP précédent, comprenant notamment des distributions tardives et irrégulières, ainsi qu'une couverture inadéquate. Ils ont cité ces raisons pour expliquer pourquoi la considération du BSFP intervient souvent en dernier lieu lorsqu'il s'agit de prévenir l'émaciation dans les populations à risque.

Le contexte et le regroupement d'autres interventions nutritionnelles dans la zone proposée pour le BSFP jouent un rôle important dans la prise de décision de l'USAID concernant le financement de la programmation du BSFP. Par exemple, l'USAID a estimé qu'il était important de veiller à ce que le traitement de l'émaciation soit bien financé afin que les voies d'orientation soient en place. En cas de disponibilité de fonds suffisants, le recours au BSFP peut être une approche de prévention appropriée à envisager en parallèle avec le traitement, bien que des réserves

aient été émises quant à son efficacité pour prévenir l'émaciation Dans certains pays, l'USAID ne finance le BSFP que dans les zones classées IPC 4 ou 5. D'autres considérations mentionnées par les informateurs de l'USAID incluaient le soutien au BSFP de la part du ministère de la santé et/ou du cluster nutrition d'un pays, les niveaux globaux de MAG (Malnutrition Aiguë Globale) et le regroupement d'autres programmes d'aide alimentaire aux ménages. Les compromis en matière de programmation ont également été mentionnés. Les informateurs de l'USAID ont principalement mentionné l'outil de décision pour la MAM comme document d'orientation principal pour aider dans la prise de décision concernant la mise en œuvre du BSFP.

Discussion, Conclusion et Recommandations

Discussion

Au niveau mondial, il n'existe pas de document d'orientation définitif sur le BSFP et celles existantes ne sont pas harmonisées. Les parties prenantes ont également suggéré que les prochaines directives de l'OMS sur l'émaciation seront pertinentes, ce qui signifie que d'autres mises à jour pourraient être nécessaires dans un avenir proche. Le manuel du PAM sur l'alimentation et la nutrition et l'outil de décision MAM fournissent les orientations les plus détaillées sur la mise en œuvre du BSFP, tandis que les orientations contenues dans le *manuel Sphère* sont limitées. L'harmonisation entre les orientations du PAM et l'outil de décision MAM se manifeste par l'attribution du niveau de priorité le plus élevé aux enfants de 6 à 23 mois pour le BSFP. Une harmonisation générale concerne également les produits à fournir, avec quelques différences mineures dans les types de farines enrichies à distribuer. Cependant, à partir de là, les orientations commencent à diverger, notamment en ce qui concerne le ciblage géographique. Les orientations du PAM mettent en avant la fourniture du BSFP dans les zones où le MAG est élevé et où sa mise en œuvre est opérationnellement réalisable (PAM 2018). En revanche, l'outil de décision du MAG met l'accent sur l'utilisation du BSFP dans les contextes d'urgence et prend en considération des facteurs aggravants tels que l'augmentation de la morbidité, la diminution de la sécurité alimentaire, les déplacements importants de population et la densité de la population (GNC 2017).

Le manque d'harmonisation des orientations globales sur le BSFP a probablement contribué au manque de cohérence entre les documents d'orientation sur le BSFP spécifiques à la RDC. Bien que la mise en œuvre du BSFP en RDC suive des normes d'orientation globales très larges en termes de ciblage des populations appropriées, il est difficile de déterminer dans quelle mesure les critères de ciblage géographique sont respectés. Ceci est en partie dû à l'absence de cohérence dans les orientations spécifiques à la RDC sur ce point. De plus, les informations utilisées pour cette prise de décision ne sont pas publiquement disponibles sous une forme compilée. L'absence d'information compilée pose également problème lorsqu'il s'agit de la co-localisation du BSFP avec d'autres interventions complémentaires. Alors que le groupe sectoriel de la nutrition effectue la cartographie des traitements de l'émaciation sévère et modérée, des interventions BSFP et des interventions ANJE-U, les informations sur l'assistance alimentaire générale sont collectées et communiquées par le groupe sectoriel de la sécurité alimentaire sous un format complètement différent. Les informations sur les principales interventions de routine en matière de santé et de nutrition, telles que la supplémentation, le vermifuge et d'autres soins préventifs, ne sont pas non plus facilement disponibles pour déterminer comment ces interventions se chevauchent ou sont mises en œuvre en parallèle avec le BSFP.

Aucun des documents examinés ne contient d'indications sur le suivi et l'évaluation du BSFP. Les directives mondiales et les directives spécifiques à la RDC caractérisent le BSFP comme une intervention visant à prévenir l'émaciation. Cependant, les indicateurs actuels utilisés pour mesurer les résultats du BSFP, tels que la diversité alimentaire minimale pour les femmes et le régime acceptable minimal pour les enfants, ne sont pas appropriés pour cet objectif spécifique. « La mesure de l'impact du BSFP peut être complexe et difficile, en particulier lorsque plusieurs interventions ciblent la même population. Cependant, il est clairement nécessaire de poursuivre le développement et/ou l'identification d'indicateurs plus appropriés, ainsi que l'élaboration d'orientations globales pour mesurer les résultats escomptés du BSFP.

La base de données mondiale sur le BSFP n'est pas concluante, car elle est limitée, mélangée et de qualité variable. Les données existantes ont montré que des modèles spécifiques de BSFP ont entraîné de petites réductions statistiquement significatives de l'émaciation dans différents contextes de programme. Cependant, davantage de preuves de qualité élevée sont nécessaires pour déterminer si et quand le BSFP est efficace, ainsi que pour identifier les composantes de conception du

programme les plus efficaces dans des contextes différents (par exemple, critères de ciblage, durée des programmes, mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions).

Notre examen suggère que la conformité aux orientations mondiales est largement présente dans les données existantes, mettant en lumière la nécessité d'obtenir davantage de données sur les différents éléments de la conception du BSFP. Les directives mondiales recommandent de fournir des SNF aux enfants de moins de 5 ans ou 6 -23 mois (GNC 2017 ; WFP 2018), ce qui est soutenu par notre revue (Kaul et al. 2018 ; Das et al. 2019 ; Pérez-Expósito et Klein 2009 ; Oirere, Hall, et Ndumi 2019 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021). Comme l'indiquent les directives mondiales, on a observé une amélioration des résultats en matière d'émaciation avec la distribution du BSFP pendant la période de soudure (Kaul et al. 2018 ; Oirere, Hall et Ndumi 2019). Les orientations mondiales suggèrent qu'il est bénéfique de fournir une assistance alimentaire au ménage en plus du BSFP, mais ne fournissent pas de recommandations sur la fourniture d'interventions sanitaires (PAM 2018 ; GNC 2017). Notre étude a démontré l'efficacité potentielle de l'association du BSFP avec des interventions en nutrition, santé et assistance alimentaire. (Das et al. 2019 ; Oirere, Hall et Ndumi 2010 ; CDC 2012 ; Leroy et al. 2021). Des variations dans la réduction de l'émaciation ont été constatées dans certaines études en fonction de l'âge des enfants (Leroy et al., 2021 ; Kaul et al., 2018), de la durée de l'intervention des SNF (Ruel et al., 2008) et du statut socio-économique (Leroy et al., 2021 ; Kaul et al.2018). Les orientations actuelles ne précisent toutefois pas de critères de vulnérabilité autres que la grossesse, l'allaitement et l'âge, et recommandent de ne fournir des BSFP que pendant trois à six mois (GNC 2017 ; PAM 2018). Les directives mondiales recommandent à la fois les MQ-LNS et les farines mélangées enrichies, dont notre étude a montré l'efficacité générale lorsqu'elles étaient associées à d'autres interventions (Das et al. 2019 ; Oirere, Hall et Ndumi 2019 ; CDC 2012, Leroy et al. 2021). Il est nécessaire de disposer de davantage d'éléments probants de haute qualité pour déterminer quels sont les SNF les plus efficaces pour les enfants et les femmes enceintes et allaitantes dans différentes circonstances. De plus, les SQ-LNS sont une intervention prometteuse pour la prévention de l'émaciation dans des environnements stables (Das et al., 2019), justifiant ainsi des tests dans des contextes d'urgence. Notre étude suggère que les transferts d'argent conditionnels et inconditionnels (Aurino et Giunti 2022 ; Manley, Alderman et Gentilini 2022) ainsi que les transferts d'argent inconditionnels associés à d'autres interventions (Daalen et al. 2022 ; Langendorf et al. 2014) peuvent réduire l'émaciation. Les orientations mondiales indiquent que les transferts monétaires peuvent être utilisés seuls lorsque la disponibilité des aliments et des nutriments est bonne, que les marchés fonctionnent et que les pratiques de soins sont adéquates (GNC 2017 ; PAM 2018).

Conclusion

Dans certains contextes et avec certaines conceptions de programmes, le BSFP a contribué à réduire l'émaciation et peut être une stratégie efficace pour aider à atténuer l'émaciation parmi les populations très vulnérables. Cependant, l'obtention de preuves de haute qualité est nécessaire pour déterminer si (et quand) le BSFP est efficace, ainsi que pour identifier les composantes de la conception du programme les plus efficaces dans différents contextes. En outre, les orientations mondiales actuelles pour le BSFP ne sont pas harmonisées et, dans certains cas, ne traitent pas d'aspects de la conception du programme qui, selon certaines études, peuvent influencer sur l'efficacité. À la lumière des prochaines directives de l'OMS sur la prévention de l'émaciation, les praticiens mondiaux en nutrition devraient saisir l'occasion de mener des recherches supplémentaires sur l'efficacité du BSFP, puis mettre à jour les orientations mondiales pour les aligner sur les nouvelles directives de l'OMS et sur la base de données actuelle concernant le BSFP et des interventions similaires de prévention basées sur l'alimentation. L'amélioration de la conception et de la mise en œuvre du BSFP en RDC afin de concorder avec la base factuelle existante (tableau 16) est envisageable, et il est recommandé que les responsables de la mise en œuvre et les bailleurs de fonds collaborent pour résoudre les problèmes principaux de mise en œuvre liés à la chaîne d'approvisionnement et au financement du SNF.

Tableau 16. Considérations relatives à la conception afin d'améliorer les chances d'efficacité du BSFP

Questions de conception	Considérations basées sur l'examen des preuves	Pratique actuelle en RDC
Qui doit être ciblé ?	<ul style="list-style-type: none"> • FEA • Enfants de 6 à 23 mois • Enfants issus de ménages pauvres et vulnérables si les ressources sont limitées 	<p>Les enfants de 6 à 23 mois et les FEA sont les populations cibles prioritaires. Toutefois, les critères de vulnérabilité sont moins clairs et pourraient être améliorés.</p>
Quelle modalité doit être utilisée ?	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien en nature sous forme de SNF • Aide alimentaire générale pour le ménage sous la forme de : <ul style="list-style-type: none"> — Transferts d'argent lorsque l'accès est suffisant aux marchés (y compris la distance et la sécurité des déplacements) et la disponibilité d'aliments nutritifs sur les marchés existent, ou — Rations alimentaires pour les familles ou une aide alimentaire pour les actifs lorsque les ménages ont la capacité de préparer des rations alimentaires. 	<p>BSFP n'utilise actuellement que des SNF en nature. Aucun informateur n'a mentionné l'utilisation d'espèces ou de bons en plus du BSFP. Le regroupement du BSFP avec l'assistance alimentaire générale n'a pas été systématique.</p>
Quand et où les SNF doivent-ils être distribués ?	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les facteurs d'émaciation dans la localité et les distribuer aux moments opportuns : <ul style="list-style-type: none"> — S'il s'agit d'un phénomène saisonnier, distribuer les SNF au moins pendant la période de soudure et un mois avant et après la fin de la période de soudure. — Si la distribution n'est pas motivée par la saisonnalité, envisager de fournir pour les femmes enceintes et allaitantes et pendant la grossesse, ainsi qu'aux enfants tout au long de la période de 6 à 23 mois 	<p>Les distributions du BSFP s'étalent sur quatre mois pendant les périodes de soudure. Cependant, l'absence d'informations spécifiques sur les causes de l'émaciation en RDC rend difficile la détermination du moment optimal pour l'intervention, ainsi que la compréhension de savoir si l'émaciation est principalement attribuable à l'insécurité alimentaire ou à d'autres facteurs.</p>

Questions de conception	Considérations basées sur l'examen des preuves	Pratique actuelle en RDC
<p>Quel type de SNF doit être fourni ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MQ-LNS ou farines mixtes enrichies • Si des farines mixtes enrichies sont fournies : <ul style="list-style-type: none"> — Les interventions de CSC doivent être incorporées pour encourager les personnes qui s'occupent des enfants à préparer la bouillie avec une quantité adéquate d'huile et pour encourager le soutien familial à nourrir les enfants, étant donné le temps supplémentaire consacré à la préparation et à l'alimentation de la bouillie. — Envisager de fournir des interventions en matière de santé et de nutrition • SNF qui est agréable au goût, culturellement approprié, approuvé par la personne s'occupant de l'enfant et dense en énergie 	<p>Certaines interventions de CSC, telles que les démonstrations culinaires, ont été mentionnées, mais des détails sur les messages spécifiques et la qualité des interventions n'étaient pas disponibles.</p> <p>Les informateurs clés n'ont pas mentionné si des études d'acceptabilité avaient été réalisées avant de choisir le type de SNF utilisé pour le BSFP en RDC.</p>
<p>Qu'est-ce qui favorisera une mise en œuvre réussie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une supervision et une gestion solides. • Recruter du personnel ayant des compétences solides ou fournir un soutien pour renforcer les compétences du personnel. • Impliquer les parties prenantes dans la distribution au dernier kilomètre. 	<p>La capacité opérationnelle est l'un des critères de ciblage pris en compte par le PAM lorsqu'il s'agit de déterminer où mettre en œuvre le BSFP. La nécessité de sensibiliser les communautés avant le début des inscriptions et des distributions a été mentionnée par les partenaires chargés de la mise en œuvre.</p>

Questions de conception	Considérations basées sur l'examen des preuves	Pratique actuelle en RDC
<p>Quels types d'autres interventions devraient être regroupés ou intégrés à court terme ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une aide au ménage, sous la forme de— <ul style="list-style-type: none"> — Transferts d'argent lorsque l'accès est suffisant aux marchés (y compris la distance et la sécurité des déplacements) et la disponibilité d'aliments nutritifs sur les marchés existents, ou — Rations alimentaires familiales ou une assistance alimentaire pour les actifs lorsque les ménages ont la capacité de préparer des rations • Envisager d'intégrer des interventions qui s'attaquent aux principaux obstacles à une réponse positive au SNF à court terme, notamment <ul style="list-style-type: none"> — CSC sur l'ANJE pour les familles et les personnes qui s'occupent des enfants, incluant des sujets tels que l'alimentation sensible aux besoins de l'enfant, l'alimentation diversifiée et saine, et le développement de la petite enfance. — des interventions sanitaires pour aider à contrôler et à prévenir le risque d'infection et d'inflammation. 	<p>Les informations sur les interventions communes et la coordination entre les organisations chargées de la mise en œuvre sont limitées. Il s'agit probablement d'un domaine qui a besoin d'être renforcé.</p>

Recommandations

Sur la base des résultats obtenus à partir des questions d'apprentissage, nous avons formulé plusieurs recommandations à l'intention du PAM et des bailleurs de fonds, axées sur le BSFP en RDC et applicables de manière plus générale au BSFP dans des situations similaires d'urgence humanitaire et prolongée.

- **En RDC, le PAM, en consultation avec les acteurs de la nutrition, devraient envisager de—**
 1. Collaborer avec le Cluster Nutrition et le Programme National de Nutrition de la RDC (PRONANUT) pour rendre les critères de sélection transparents et cohérents. Lorsque les financements sont insuffisants pour atteindre toutes les populations éligibles, la révision des critères de vulnérabilité pourrait être envisagée afin de cibler les populations les plus à risque compte tenu des lacunes constantes de financement.
 2. Effectuer des recherches primaires pour identifier les facteurs spécifiques de l'émaciation dans la région, y compris leur caractère saisonnier, évaluer si le BSFP est l'intervention de prévention appropriée pour les zones géographiques ciblées, et déterminer le moment optimal pour la mise en œuvre du BSFP le cas échéant.

3. Proposer aux partenaires de mise en œuvre des accords flexibles à plus long terme (par exemple, deux ans) afin de réduire la charge administrative et de permettre une planification à plus long terme. Cela nécessiterait que le Cluster Nutrition accorde une priorité à des zones de santé sur un horizon temporel plus long, ou demanderait au PAM d'incorporer de la flexibilité dans les accords afin que les partenaires puissent modifier leurs zones de mise en œuvre en cas de changements dans les priorités géographiques pendant la période du contrat.
 4. À long terme, travailler avec les parties prenantes gouvernementales pour améliorer la qualité des données sur l'émaciation et élaborer des plans de transition du BSFP vers les plans et budgets nationaux de protection sociale (par exemple, en utilisant les [conseils de l'USAID Advancing Nutrition sur l'élaboration de plans de transition des activités financées par l'USAID vers les plans et ressources nationaux](#)).
- **Au niveau mondial, le PAM, les bailleurs de fonds et les chercheurs devraient envisager de—**
 1. Comblent les principales lacunes en matière d'efficacité du BSFP pour prévenir l'émaciation, en finançant des études expérimentales ou quasi-expérimentales (idéalement multi-pays) qui testent l'efficacité comparative et le rapport coût-efficacité¹⁰ de :
 - Différentes approches de ciblage, incluant l'âge des enfants, le statut de grossesse et les critères de vulnérabilité
 - Supplément nutritif lipidique en petite quantité (SQ-LNS) dans les contextes d'urgence
 - Divers ensembles de SNF avec des interventions à court terme en matière de nutrition et de santé intégrées au BSFP (par exemple, supplémentation en vitamine A, vermifuge, vaccination, conseils en matière d'allaitement, CSC ANJE, supplémentation en micronutriments multiples pour les femmes enceintes), ainsi que l'assistance alimentaire générale ou les transferts d'argent liquide.
 - Différents délais et longueurs de distribution des paquets BSFP
 - Différents SNF pour les FEA afin de prévenir l'émaciation (par exemple, supplémentation en protéines énergétiques équilibrées, formulations SQ-LNS pour les femmes, Super Cereal).
 2. Revoir les aspects suivants des orientations du BSFP au cours des processus de mise à jour, sur une base factuelle élargie et à la lumière des orientations récemment publiées par l'OMS sur la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (*malnutrition aiguë*) chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans :
 - Le calendrier et la durée des distributions en fonction des principaux facteurs d'émaciation dans les zones infranationales
 - La fourniture d'une aide alimentaire générale ou de transferts monétaires en plus du BSFP pour soutenir le ménage

¹⁰ S'inspirer des ressources existantes telles que le document technique de l'USAID Advancing Nutrition sur l'[évaluation des coûts des activités nutritionnelles multisectorielles](#) et les ressources du projet [Strengthening Economic Evaluation for Multi-Sectoral Strategies for Nutrition \(Renforcer l'évaluation économique des stratégies multisectorielles pour la nutrition\)](#).

Références

- Aurino, Elisabetta, et Sara Giunti. 2022. « Protection sociale pour le développement de l'enfant en situation de crise : Un examen des preuves et des lacunes en matière de connaissances ». *The World Bank Research Observer* 37 (2) : 229–63. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkab007>.
- Bastagli, Francesca, Jessica Hagen-Zanker, Luke Harman, Valentina Barca, Georgina Sturge et Tanja Schmidt. 2016. *Transferts D'argent : Que révèlent les preuves ?* London: Overseas Development Institute.
- Bhutta, Zulfiqar A, Jai K Das, Arjumand Rizvi, et Michelle F Gaffey. 2013. « Interventions fondées sur des preuves pour l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile : Que peut-on faire et à quel coût ? » *The Lancet* 382(9890) : 452-477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).
- CDC (Centres de contrôle et de prévention des maladies « Centers for Disease Control and Prevention »). 2012. *Évaluation d'un programme d'alimentation complémentaire de couverture dans deux comtés du Kenya, août 2011-mars 2012*. Atlanta : Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis.
- Cliffer, Ilana R., Laetitia Nikiema, Breanne K. Langlois, Augustin N. Zeba, Ye Shen, Hermann B. Lanou, Devika J. Suri, et al. 2020. "Rentabilité de 4 aliments nutritifs spécialisés dans la prévention du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de 6 à 23 mois au Burkina Faso : un essai randomisé géographiquement." *Current Developments in Nutrition* 4 (2) : nzaa006. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa006>.
- Clusters EHA, Nutrition, Santé, Sécurité Alimentaire de la République Démocratique du Congo. 2022 « Manuel intersectoriel pour la réponse humanitaire pour les secteurs EHA, nutrition, santé, et sécurité alimentaire en RDC », consulté le 24 mai 2023. <https://drive.google.com/file/d/1HFb61ZyCnF7f0kBOA4IKQCXuAAHdA4Rc/view?usp=sharing>
- Daalen, Kim Robin van, Sara Dada, Rosemary James, Henry Charles Ashworth, Parnian Khorsand, Jiewon Lim, Ciaran Mooney, et al. 2022. « Impact of Conditional and Unconditional Cash Transfers on Health Outcomes and Use of Health Services in Humanitarian Settings (Impact des transferts d'argent conditionnels et inconditionnels sur les résultats sanitaires et l'utilisation des services de santé dans les situations humanitaires) : A Mixed-Methods Systematic Review ». *BMJ Global Health* 7 (1) : e007902. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007902>.
- Das, Jai K., Rehana A. Salam, Yousaf Bashir Hadi, Sana Sadiq Sheikh, Afsah Z. Bhutta, Zita Weise Prinzo et Zulfiqar A. Bhutta. 2019. « Suppléments nutritionnels- à base d'insertion lipidique préventive administrée avec des aliments complémentaires aux nourrissons et aux jeunes enfants de 6 à 23 mois pour des résultats en matière de santé, nutrition et développement. » *La base de données Cochrane des revues systématiques* 5 (mai) : CD012611. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012611.pub3>.
- De Groot, Tia Palermo, Sudhanshu Handa, Luigui Peter Ragno, et Amber Peterson. 2015. *Transferts d'argent et nutrition des enfants : Ce que nous savons et ce que nous devons savoir*. Document de travail Innocenti n° 2015-07. Bureau de la recherche, UNICEF : Florence. <https://www.unicef-irc.org/publications/782-cash-transfers-and-child-nutrition-what-we-know-and-what-we-need-to-know.html>.
- Durao, Solange, Marianne E Visser, Vundli Ramokolo, Julicristie M Oliveira, Bey-Marrié Schmidt, Yusementha Balakrishna, Amanda Brand, Elizabeth Kristjansson, and Anel Schoonees. 2020. « Interventions au niveau communautaire- pour améliorer l'accès à la nourriture dans les pays à faible- et moyen- revenu. » *Base de données Cochrane des revues systématiques* 8 : CD011504. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011504.pub3>.
- FEWS NET (Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine). 2020. « La perturbation de l'accès à la nourriture des ménages pauvres par la COVID-19. Consulté le 24 mai 2023. <https://fews.net/southern-africa/democratic-republic-congo/food-security-outlook-update/april-2020>
- FEWS NET (Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine). 2023. « République démocratique du Congo. » Consulté le 20 novembre 2023. <https://fews.net/southern-africa/democratic-republic-congo>
- GNC (Global Nutrition Cluster). 2017. « Malnutrition aiguë modérée : Un outil de décision pour les urgences. » Consulté le 24 mai 2023. <https://www.nutritioncluster.net/resources/decision-tool-mam-emergencies-2014-updated-2017>

- GNC (Global Nutrition Cluster). 2023. « Cluster Nutrition Mondial en République Démocratique du Congo. ». Consulté le 12 avril 2023. <https://www.nutritioncluster.net/country/democratic-republic-congo>.
- Heirman, Jonas, Mica Jenkins et Jennifer Rosenzweig. 2019. "Leçons tirées des évaluations de l'impact des programmes du PAM sur la malnutrition aiguë modérée au Sahel". *Field Exchange* Issue 60, janvier, 107. Consulté le 24 mai 2023. <https://www.enonline.net/fex/60/impactwfpprogrammehsahel>
- IPC. 2022. « République démocratique du Congo : Situation d'insécurité alimentaire aiguë juillet - décembre 2022 et projection pour janvier - juin 2023. » Consulté le 7 août 2023. <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1155972/?iso3=COD>
- Jeong, Dahyeon, et Iva Trako. 2022. « Cash and In-Kind Transfers in Humanitarian Settings : A Review of Evidence and Knowledge Gaps | World Food Programme. » Banque mondiale et Programme alimentaire mondial. Consulté le 24 mai 2023. <https://www.wfp.org/publications/cash-and-kind-transfers-humanitarian-settings-review-evidence-and-knowledge-gaps>.
- Kaul, Tara, Safiya Husain, Tony Tyrel, Marie Gaarder. 2018. "Synthèse des évaluations d'impact des interventions nutritionnelles du Programme alimentaire mondial dans les contextes humanitaires au Sahel". Ed 2018. Initiative internationale pour l'évaluation d'impact (3ie). <https://doi.org/10.23846/WP0031>.
- Kristjansson, Elizabeth, Damian Francis, Selma Liberato, et Trish Greenhalgh. 2016. « L'alimentation de complément pour améliorer la santé des nourrissons et des jeunes enfants défavorisés : une revue systématique ». *Revue systématique* 15 Consulté le 24 mai 2023. <https://www.3ieimpact.org/sites/default/files/2019-05/sr15-supplementary-feeding-review.pdf>
- Langendorf, Céline, Thomas Roederer, Saskia de Pee, Denise Brown, Stephane Doyon, Abdoul-Aziz Mamaty, Lynda W.M. Toure, Mahamane L. Manzo, et Rebecca F. Grais. 2014. « Prévenir la malnutrition aiguë chez les jeunes enfants en situation de crise : Une étude d'intervention prospective au Niger ». *PLOS Medicine* 11(9) : e1001714. doi:10.1371/journal.pmed.1001714.
- Langlois, Breanne K, Ilana R Cliffer, Laetitia Nikiema, Devika J Suri, Franck Garanet, Ye Shen, Augustin N Zeba, et al. 2020. « Facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité de 4 aliments nutritifs spécialisés dans la prévention du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants âgés de 6 à 23 mois au Burkina Faso ». *Current Developments in Nutrition* 4 (2) : nzaa002. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa002>.
- Leroy, Jef L, Deanna K Olney, Noé Nduwabike, et Marie T Ruel. 2021. « Tubaramure, un programme intégré de santé et de nutrition assisté par des aliments, réduit l'émaciation des enfants au Burundi : étude d'intervention randomisée par groupe ». *The Journal of Nutrition* 151 (1) : 197–205. <https://doi.org/10.1093/jn/nxaa330>.
- Manley, James, Harold Alderman et Ugo Gentilini. 2022. « Plus de preuves sur les transferts d'argent et les résultats nutritionnels des enfants : une revue systématique et une méta-analyse. » *BMJ Global Health* 7 (4) : e008233. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008233>.
- MS (Ministère de la Santé). 2020a. Bulletin de la Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) No. 40.
- MS (Ministère de la Santé). 2020b. Bulletin de la Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) No. 41.
- MS (Ministère de la Santé). 2021a. Bulletin de la Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) No. 42.
- MS (Ministère de la Santé). 2021b. Bulletin de la Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce (SNSAP) No. 43.
- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires « United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs »). 2021. *Aperçu des besoins humanitaires en République démocratique du Congo : Cycle de programme humanitaire 2022*. New York : Nations unies/OCHA. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/r-publique-d-mocratique-du-congo-aper-u-des-besoins-humanitaires-3>

- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires). 2023a. « Cadre stratégique HRP 2023-2024 » Consulté le 23 mai 2023. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/cadre-strategique-hrp-2023-2024>
- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires). 2023b. « République Démocratique du Congo Plan de Réponse Humanitaire 2022. <https://fts.unocha.org/appeals/1093/clusters?f%5B0%5D=sourceOrganizationIdName%3A2933%3AUnited%20States%20of%20America%2C%20Government%20of>. Consulté le 14 avril 2023.
- OCHA (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires). 2023c » Plan de Réponse Humanitaire République Démocratique du Congo « <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/republique-democratique-du-congo-plan-de-reponse-humanitaire-2023-fevrier-2023>.
- Oirere, Moragwa, Andrew Hall, et Assumpta Ndumi. 2010. «Évaluation du programme d'alimentation complémentaire d'urgence dans cinq districts du nord du Kenya. Save the Children, Université de Westminster. Consulté le 24 mai 2023. <https://www.alnap.org/help-library/evaluation-of-the-emergency-blanket-supplementary-feeding-programme-in-five-districts>
- Paré, Guy et Spyros Kitsiou. 2016. 'Chapitre 9 : Méthodes pour les revues de littérature'. In : Lau F, Kuziemyk C, éditeurs. *Manuel d'évaluation de la santé en ligne : une approche fondée sur des données [Internet]*. Victoria, BC : Université de Victoria.
- Pérez-Expósito, Ana B., et Barbara P. Klein. 2009. 'Impact des mélanges de produits alimentaires enrichis sur l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants dans les pays en cours de développement. *Nutrition Reviews* 67 (12) : 706–18. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00255.x>.
- Cluster Nutrition en RDC. 2023 Tableau de bord. <https://response.reliefweb.int/democratic-republic-congo/cluster-nutrition>. Consulté le 21 octobre 2023.
- Roubert, Agathe, Ilana Cliffer, Stacy Griswold, Ye Shen, Devika Suri, Breanne Langlois, Gray Maganga, Shelley Walton, Beatrice Rogers, Patrick Webb. 2018. Le dernier kilomètre de la distribution de l'aide alimentaire : Les études de terrain de la FAQR au Malawi, au Burkina Faso et en Sierra Leone. Boston, MA : Tufts University. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TSID.pdf.
- Ruel, Marie T., Purnima Menon, Jean-Pierre Habicht, Cornelia Loechl, Gilles Bergeron, Gretel Pelto, Mary Arimond, John Maluccio, Lesly Michaud et Bekele Hankebo. 2008. 'Ciblage préventif basé sur l'âge de l'assistance alimentaire et du changement de comportement et communication pour la réduction de la sous-nutrition infantile en Haïti : un essai randomisé en grappes.'. *Lancet* 371 (9612) : 588–95. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60271-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60271-8).
- Shen, Ye, Ilana R. Cliffer, Devika J. Suri, Breanne K. Langlois, Stephen A. Vosti, Patrick Webb et Beatrice L. Rogers. 2020. "Impact des perspectives des parties prenantes sur les estimations de la rentabilité de quatre aliments nutritifs spécialisés pour la prévention du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de 6 à 23 mois au Burkina Faso.". *Nutrition Journal* 19 (1) : 20. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00535-x>.
- Association Sphère. 2018. *Le manuel Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires, quatrième édition*. Genève : Association Sphère. www.spherestandards.org/handbook
- Trenouth, Lani, Timothy Colbourn, Bridget Fenn, Silke Pietzsch, Mark Myatt et Chloe Puett. 2018. 'Le coût de la prévention de la dénutrition : coût, rentabilité et rapport coût-efficacité de trois interventions en espèces sur les résultats nutritionnels à Dadu, au Pakistan. *Health Policy and Planning* 33 : 743-754. doi : 10.1093/heapol/czy045.
- USAID Advancing Nutrition. 2021. *Briefing technique sur l'évaluation des coûts des activités nutritionnelles multisectorielles*. Arlington, VA: USAID Advancing Nutrition. https://www.advancingnutrition.org/sites/default/files/2021-09/Adolescent_Nutrition_FR_Guidance.pdf.
- USAID Advancing Nutrition. 2022b. *Renforcer le continuum de soins pour la prise en charge de l'émaciation grâce à la coordination et à la collaboration : résultats d'un apprentissage facilité en République démocratique du Congo*. Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition.

- USAID Advancing Nutrition. 2023. *La chaîne d'approvisionnement en aliment thérapeutique prêt à l'emploi en République démocratique du Congo : analyse et recommandations pour renforcer la livraison au dernier mile dans les provinces du Kasai Oriental et du Nord Kivu*. Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition.
- Visser, Janicke, Milla H. McLachlan, Nicola Maayan, et Paul Garner. 2018. 'L'alimentation de complément communautaire pour les populations souffrant d'insécurité alimentaire, de vulnérabilité et de malnutrition - une vue d'ensemble des revues systématiques'. *Base de données Cochrane des revues systématiques*, n° 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010578.pub2>.
- Banque mondiale. 2023. 'PIB par habitant (en dollars américains courants)'. Banque mondiale. Consulté le 17 août 2023. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2018. *Publication sur l'alimentation et la nutrition*. Rome : Programme alimentaire mondial. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000102101/download/>
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2021. *Spécifications techniques pour le supplément nutritionnel à base de lipides - quantité moyenne (LNS-MQ)*. Rome : Programme alimentaire mondial. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000104981/download/>.
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2022a. *Rapport annuel de performance pour 2022*. <https://www.wfp.org/publications/annual-performance-report-2022>
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2022b. *République démocratique du Congo, Rapport annuel 2022*. <https://www.wfp.org/publications/annual-country-reports-democratic-republic-congo>
- PAM (Programme alimentaire mondial). 2022c. 'Tableau de bord des urgences République démocratique du Congo décembre 2022.' Consulté le 24 mai 2023. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/democratic-republic-congo-emergency-dashboard-december-2022>
- PAM (Programme alimentaire mondial). n.d. "WFP Specialized Nutritious Food Sheet." https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp255508.pdf?_ga=2.75940892.820817244.1682543564-1864807524.1646943784. Consulté le 24 mai 2023.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2023a. 'République démocratique du Congo : Tableau de bord de l'OMS sur les maladies à coronavirus'. Consulté le 24 avril 2023. <https://covid19.who.int/region/afro/country/cd>. Consulté le 24 avril 2023.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2023b. *Directive de l'OMS sur la prévention et la prise en charge de l'émaciation et de l'œdème nutritionnel (malnutrition aiguë) chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans*. https://files.magicapp.org/guideline/a3fe934f-6516-460d-902f-e1c7bbcec034/published_guideline_7330-1_1.pdf
- Young, Helen, Annales Borrel, Diane Holland et Peter Salama. 2004. "La nutrition publique dans des situations d'urgence complexes". *Lancet* 364 : 1899-909. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17447-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17447-3).

Annexe I. Données de ciblage géographique pour les zones de santé sélectionnées pour le programme BSFP en janvier 2023

Province	Zone de santé	Priorité dans le PRH 2023 (oui ou non)	Priorités du groupe sectoriel de la nutrition (liste de juillet 2022)	Projections de l'IPC sur l'insécurité alimentaire aiguë (Janvier à Juin 2023)	Projection de la malnutrition aiguë IPC (Janvier à Juin 2023)
Ituri	Aungba	N	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Biringi	N	Élevée	Phase 2 (stressé)	Phase 3 (grave)
	Bunia	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Gethy	N	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Lolwa	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
Kasaï	Kalonda Ouest	A	Moyen	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Kamonia	A	Moyen	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Kamweshia	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Kitangua	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Mutena	A	Moyen	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Ndjoko Punda	A	Moyen	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Nyanga	A	Moyen	Phase 3 (crise)	Pas de données
Kasaï Central	Bena Leka	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Bena Tshiadi	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Demba	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Pas de données
	Dibaya	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Katende	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Lubunga	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Mutoto	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)

Province	Zone de santé	Priorité dans le PRH 2023 (oui ou non)	Priorités du groupe sectoriel de la nutrition (liste de juillet 2022)	Projections de l'IPC sur l'insécurité alimentaire aiguë (Janvier à Juin 2023)	Projection de la malnutrition aiguë IPC (Janvier à Juin 2023)
	Muetshi	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Ndekesha	N	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
Kasaï Oriental	Cilundu	N	Moyen	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Tshitenge	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Lukelenge	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Miabi	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Mukumbi	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Nzaba	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Tshishimbi	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
Sud Kivu	Kabare	A	Élevée	Phase 2 (stressé)	Phase 2 (alerte)
	Katana	A	Élevée	Phase 2 (stressé)	Phase 2 (alerte)
	Miti-Murhesa	A	Élevée	Phase 2 (stressé)	Phase 2 (alerte)
	Nundu	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Nyangezi	N	Élevée	Phase 2 (stressé)	Phase 2 (alerte)
Tanganyika	Ankoro	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Kansimba	N	Moyen	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Manono	A	Élevée	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)
	Moba	N	Moyen	Phase 3 (crise)	Phase 4 (critique)
	Nyunzu	N	Moyen	Phase 3 (crise)	Phase 3 (grave)

Annexe 2. Données de tendance du SNSAP

Tableau A2.1. Proportion d'enfants ayant un PB<125 mm par zone de santé et par trimestre de 2019 à 2022*

Province	Zone de santé	Jan-Mars 2019	Avril - Juin 2019	Juil - Sept 2019	Oct - Déc 2019	Jan - Mars 2020	Avril - Juin 2020	Juil - Sept 2020	Oct - Déc 2020	Jan - Mars 2021	Avril - Juin 2021	Juil - Sept 2021	Oct - Déc 2021	Jan - Mars 2022	Avril - Juin 2022	Juil - Sept 2022
Kasaï	Kamonia	6 %	9 %	7 %	10%	9 %	27 %	22 %	43 %	23%	24%	28 %	21 %	32 %	36%	14%
	Kamwasha	20 %	20 %	17%	21 %	17%	22 %	33 %	31 %	24%	44 %	32 %	31 %	38 %	31 %	39%
	Mutena	14%	14%	16 %	16 %	15 %	37 %	17%	22 %	29 %	38 %	37 %	37 %	31 %	41%	21 %
Kasaï Central	Katende	30%	30%	35 %	22 %	37 %	32 %	NA ¹	NA ¹	23%	49%	40%	34%	34%	64 %	62%
	Mwetshi	27 %	27 %	42 %	24%	40%	24%	29 %	24%	16 %	17%	24%	51 %	39%	21 %	11 %
Kasaï Oriental	Citenge	47 %	17%	12%	13%	22 %	20 %	21 %	28 %	28 %	29 %	21 %	39%	33 %	53 %	37 %
SUD KIVU	Kabare	34%	34%	42 %	38 %	42 %	41%	36%	54 %	30%	58%	NA ¹	NA ¹	48 %	38 %	17
	Nundu	17%	NA	23%	50 %	12%	16 %	12%	8 %	6 %	20 %	16 %	43 %	19 %	17%	8 %

*Le seuil d'alerte de la SNSAP pour les enfants dont le PB est inférieur à 125 mm est ≥ 20 pour cent. Les trimestres qui atteignent ou dépassent ce seuil sont indiqués en rouge.

¹ Les données n'ont pas été communiquées.

Tableau A2.2. Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints d'œdème par zone de santé et par trimestre de 2019 à 2022*

Province	HZ	Jan-Mars 2019	Avril - Juin 2019	Juil - Sept 2019	Oct - Déc 2019	Jan - Mars 2020	Avril - Juin 2020	Juil - Sept 2020	Oct - Déc 2020	Jan - Mars 2021	Avril - Juin 2021	Juil - Sept 2021	Oct - Déc 2021	Jan - Mars 2022	Avril - Juin 2022	Juil - Sept 2022
Kasaï	Kamonia	2 %	2 %	3%	1 %	4 %	1 %	4 %	1 %	2 %	4 %	1 %	0%	0%	0%	0%
	Kamwasha	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	3%	1 %	2 %	14%	12%	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
	Mutena	5 %	5 %	4 %	6 %	3%	5 %	3%	3%	3%	9 %	2 %	1 %	0%	0%	0%
Kasaï Central	Katende	7 %	7 %	6 %	4 %	6 %	3%	NA ¹	NA ¹	6 %	12%	4 %	13%	6 %	11 %	5 %
	Mwetshi	7 %	7 %	7 %	3%	5 %	5 %	3%	3%	1 %	0%	3%	3%	3%	2 %	3%
Kasaï Oriental	Citenge	8 %	5 %	1 %	2 %	3%	4 %	5 %	3%	4 %	8 %	9 %	7 %	14%	5 %	4 %

Province	HZ	Jan-Mars 2019	Avril - Juin 2019	Juil - Sept 2019	Oct - Déc 2019	Jan - Mars 2020	Avril - Juin 2020	Juil - Sept 2020	Oct - Déc 2020	Jan - Mars 2021	Avril - Juin 2021	Juil - Sept 2021	Oct - Déc 2021	Jan - Mars 2022	Avril - Juin 2022	Juil - Sept 2022
SUD KIVU	Kabare	2 %	2 %	3%	4 %	5 %	3%	3%	4 %	3%	9 %	NA ¹	NA ¹	4 %	2 %	23%
	Nundu	0%	NA ¹	1 %	2 %	8 %	1 %	1 %	1 %	0%	0%	1 %	1 %	0%	0%	0%

* Le seuil d'alerte du SNSAP pour les enfants présentant un œdème est > 5 %. Les trimestres qui atteignent ou dépassent ce seuil sont indiqués en rouge.

¹ Les données n'ont pas été communiquées.

Tableau A2.3. Proportion de femmes enceintes ayant un PB <230 mm par zone de santé et par trimestre de 2019 à 2022*.

Province	Zone de santé	Jan-Mars 2019	Avril - Juin 2019	Juil - Sept 2019	Oct - Déc 2019	Jan - Mars 2020	Avril - Juin 2020	Juil - Sept 2020	Oct - Déc 2020	Jan - Mars 2021	Avril - Juin 2021	Juil - Sept 2021	Oct - Déc 2021	Jan - Mars 2022	Avril - Juin 2022	Juil - Sept 2022
Kasaï	Kamonia	4 %	7 %	5 %	6 %	12%	8 %	3%	18 %	19 %	30%	27 %	21 %	30%	30%	31 %
	Kamwasha	16 %	15 %	17%	17%	20 %	6 %	0%	21 %	14%	10%	23%	44 %	33 %	29 %	54 %
	Mutena	1 %	10%	21 %	10%	18 %	16 %	1 %	11 %	20 %	17%	26 %	29 %	27 %	44 %	35 %
Kasaï Central	Katende	27 %	27 %	21 %	12%	18 %	27 %	NA ¹	NA ¹	37 %	32 %	31 %	36%	26 %	44 %	23%
	Mwetshi	35 %	35 %	23%	15 %	22 %	24%	25 %	36%	14%	13%	28 %	36%	31 %	13%	30%
Kasaï Oriental	Citenge	11 %	28 %	11 %	6 %	12%	23%	18 %	6 %	9 %	17%	0%	36%	20 %	20 %	12%
SUD KIVU	Kabare	17%	17%	7 %	9 %	17%	23%	22 %	27 %	24%	19 %	NA ¹	NA ¹	22 %	9 %	11 %
	Nundu	6 %	NA ¹	8 %	23%	20 %	11 %	9 %	9 %	26 %	22 %	4 %	10%	12%	13%	17%

* Le seuil d'alerte du SNSAP pour les femmes enceintes ayant un PB <230 mm est ≥20 pour cent. Les trimestres qui atteignent ou dépassent ce seuil sont indiqués en rouge.

¹ Les données n'ont pas été communiquées

Tableau A2.4. Proportion de femmes allaitantes ayant un PB <230 mm par zone de santé et par trimestre de 2019 à 2022*.

Province	Zone de santé	Jan-Mars 2019	Avril - Juin 2019	Juil - Sept 2019	Oct - Déc 2019	Jan - Mars 2020	Avril - Juin 2020	Juil - Sept 2020	Oct - Déc 2020	Jan - Mars 2021	Avril - Juin 2021	Juil - Sept 2021	Oct - Déc 2021	Jan - Mars 2022	Avril - Juin 2022	Juil - Sept 2022
Kasaï	Kamonia	5 %	8 %	6 %	6 %	12%	14%	3%	21 %	20 %	22 %	25 %	29 %	75 %	27 %	32 %
	Kamwasha	8 %	12%	27 %	11 %	24%	19 %	1 %	12%	16 %	14%	31 %	39%	36%	28 %	52 %
	Mutena	24%	15 %	23%	16 %	18 %	18 %	1 %	10%	22 %	21 %	34%	25 %	23%	20 %	17%
Kasaï Central	Katende	24%	24%	19 %	9 %	16 %	18 %	NA ¹	NA ¹	22 %	25 %	19 %	34%	27 %	60 %	81%
	Mwetshi	8 %	8 %	9 %	5 %	9 %	18 %	24%	29 %	22 %	22 %	35 %	63 %	38 %	44 %	50 %
Kasaï Oriental	Citenge	12%	24%	11 %	10%	27 %	17%	23%	11 %	33 %	13%	17%	40%	31 %	23%	17%
SUD KIVU	Kabare	26 %	31 %	11 %	25 %	28 %	37 %	16 %	30%	25 %	30%	NA ¹	NA ¹	38 %	14%	18 %
	Nundu	6 %	NA ¹	9 %	20 %	18 %	25 %	9 %	8 %	7 %	10%	6 %	11 %	11 %	18 %	16 %

* Le seuil d'alerte du SNSAP pour les femmes qui allaitent et dont le PB est inférieur à 230 mm est ≥ 20 pour cent. Les trimestres qui atteignent ou dépassent ce seuil sont indiqués en rouge.

¹ Les données n'ont pas été communiquées.



USAID
DU PEUPLE AMÉRICAIN

USAID ADVANCING NUTRITION

Mis en œuvre par :
JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4^e étage
Arlington, VA 22202, États-Unis

Téléphone : 703-528-7474
E-mail : info@advancingnutrition.org
Site web : advancingnutrition.org

Novembre 2023

L'USAID Advancing Nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

Ce document a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.