



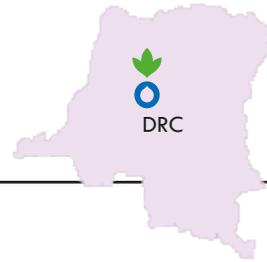
**ACTION  
CONTRE  
LA FAIM**

**RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO  
MODELE DU POOL D'URGENCE  
NUTRITIONNELLE (PUNC)**





La lutte contre la malnutrition et la faim en République Démocratique du Congo (RDC) est un défi permanent auquel Action Contre la Faim et les instances nationales travaillent depuis plus de 10 ans. La mission d'Action Contre la Faim RDC possède une expertise basée sur les leçons tirées de sa longue expérience dans le pays. Elle met en œuvre son programme phare de réponse aux crises nutritionnelles avec son équipe et les instances nationales grâce au soutien d'UNICEF, de l'aide humanitaire de l'UE et de UKAid. L'équipe d'Action Contre la Faim travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé (MS) et ses divisions, tel que le PRONANUT, pour confirmer les alertes et potentielles crises nutritionnelles. Les enquêtes basées sur la méthodologie SMART sont rapidement mises en place, dès la suspicion d'une crise, via le déploiement d'une équipe d'enquête. Si une crise nutritionnelle est confirmée, une équipe d'intervention intervient de manière intégrée au sein même des structures du ministère de la santé afin de pérenniser la prise en charge intégrée de la malnutrition (PCIMA). En travaillant de manière intégrée, Action Contre la Faim augmente les capacités du MS en renforçant ses aptitudes à répondre à d'autres crises nutritionnelles qui pourraient survenir dans le secteur identifié. Les leçons apprises et amélioration du modèle vous sont présentées dans cette étude de cas.



## Contexte humanitaire

### Contexte humanitaire

En République démocratique du Congo (RDC) un enfant sur dix meurt avant l'âge de cinq ans. C'est un des plus hauts taux de mortalité infantile au monde<sup>1</sup>. Les estimations démontrent que près de la moitié<sup>2</sup> de ces décès sont dus à la malnutrition, soit plus de 3,6 millions d'enfants, parmi lesquels 2 millions souffrant de la forme sévère (MAS)<sup>3</sup>.

En 2014-2015 les enquêtes des partenaires de santé démontrent des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) au-dessus des seuils d'alertes (10%) et d'urgences (15%) avec de nombreux districts à travers le pays tombant dans un schéma cyclique de crise, oscillant entre crise<sup>4</sup> et courte période d'accalmie. Les trois causes immédiates de malnutrition aiguë en RDC comprennent : l'insécurité alimentaire, une mauvaise santé maternelle et infantile, des pratiques de soins et alimentaires inadéquates et un manque d'eau, d'hygiène et d'assainissement.

On estime que 50% des cas de sous-alimentation en RDC sont liés à la diarrhée, aux micro-organismes, aux infections et/

ou pathogènes d'origines hydriques dues à un accès insuffisant à une eau de qualité, un assainissement pauvre ou une hygiène insuffisante.<sup>5</sup>

Le pays souffre d'une insuffisance chronique de personnel de santé, qui est le plus souvent peu ou pas formé, avec des autorités sanitaires faiblement outillées pour faire face aux urgences chroniques. Uniquement 15% des cas de MAS ont eu accès à un traitement adéquat en centre de santé en 2014<sup>6</sup>, soulignant que la couverture nationale de la prise en charge de la malnutrition au niveau national est très basse.

Les ressources financières et matérielles limitées, aggravées par de sérieux problèmes logistiques, d'accès et d'approvisionnement compromettent les capacités du gouvernement à mettre en place sa politique de prise en charge de la malnutrition aiguë (PCIMA). La récurrence des crises nutritionnelles en RDC est fondamentalement liée aux problèmes de pauvreté<sup>7</sup>, exacerbée par des épidémies répétées ou des cycles de conflits violents, entraînant un contexte d'urgence chronique.

Compte tenu des taux de MAG toujours au niveau des seuils d'urgence, d'une crise humanitaire semi-permanente à l'échelle du pays, avec des facteurs aggravants qui influent sur la prévention et le traitement, les gouvernements, partenaires humanitaires et donateurs ont développé une approche unique, un modèle de surveillance et d'intervention dans lequel Action Contre la Faim joue un rôle historique et moteur.





---

## Aperçu du programme et de sa mise en œuvre

---

Le rôle d'Action Contre la Faim au sein du pool d'urgence en RDC a commencé en 2008, année de la mise en place du premier protocole national PCIMA et de la création par le ministère de la santé (MS) d'une division spécifique dédiée à la gestion de la mise en œuvre du protocole dans le pays, le PRONANUT. Au fil des années, le pool d'urgence d'Action Contre la Faim a été financé en plusieurs phases<sup>8</sup> et ce de manière annuelle ou pluri annuelle, l'expérience acquise permettant d'améliorer l'approche de manière significative.

L'objectif global d'Action Contre la Faim au travers de son équipe d'urgence est de contribuer à la prévention de la morbidité et de la mortalité liées à la malnutrition en RDC, par l'identification et la mise en œuvre des interventions d'urgence en réponse aux crises nutritionnelles. Cela comprend le renforcement des capacités nationales et communautaires des systèmes de surveillance par une approche intégrée en étroite collaboration et coordination avec le gouvernement et les autres partenaires. L'équipe du pool est composée de plus de cinquante personnes prêtes à être déployées avec une grande rapidité. Elle est une des plus réactives du pays<sup>9</sup> également lorsque les crises sont dans des zones difficilement accessibles.

### Mise en œuvre

Une partie de l'équipe d'Action Contre la Faim est continuellement en attente afin de répondre rapidement aux alertes signalées par le système national de surveillance et d'alerte précoce (SNSAP) et confirmer celles-ci avec une enquête basée sur la méthodologie SMART.

Le pool d'urgence nutrition d'Action Contre la Faim inclut des équipes d'enquête rapidement mobilisables sur le terrain, pour mettre en place immédiatement des enquêtes SMART lorsqu'une alerte est lancée. Le déploiement des équipes est basé sur les alertes du Système National Surveillance et d'Alerte Précoce (SNSAP), la Classification du Cadre Intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), les clusters et autres partenaires humanitaires. Action Contre la Faim déploie une équipe pour déterminer les taux de malnutrition avec la

méthodologie SMART dans la zone de santé en crise. Cette tâche est partagée avec d'autres acteurs d'enquête dans le pays, en particulier le PRONANUT et COOPI, et coordonnée au niveau national par le Comité de Coordination (CC). Si le seuil<sup>10</sup> de crise est confirmé par l'enquête et les conclusions sont validées par le CC, la décision est prise de déployer une intervention.

Dès que la décision est prise, Action Contre la Faim mobilise immédiatement une de ses unités pour activer une réponse. En moyenne, le pool d'urgence réalise 8 à 10 enquêtes SMART et met en œuvre de 6 à 9 interventions par an. Les activités d'intervention incluent la formation des autorités de santé locales et des volontaires de santé de la communauté (RéCo), et le soutien en nature en équipement de santé, afin de permettre un traitement de qualité des enfants MAS au niveau des hôpitaux et centres de santé. Ces activités sont complétées par les dépistages nutritionnels au niveau communautaire par l'intermédiaire des RéCo et des «Mères PB»<sup>11</sup> et par des campagnes de sensibilisation et groupes de soutien pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

### Coopération étroite avec le gouvernement et les partenaires

Un aspect clé du modèle est l'étroite collaboration d'Action Contre la Faim avec le gouvernement. Les enquêtes et les interventions sont coordonnées et sont menées en totale intégration avec le Ministère de la Santé. Action Contre la Faim promeut l'implication active du PRONANUT dans la supervision et le soutien aux activités de nutrition en organisant systématiquement sur les zones d'intervention des visites de supervision conjointes, aussi bien au niveau provincial que national. Action Contre la Faim a apporté un soutien continu au gouvernement pour l'amélioration du protocole PCIMA et du protocole d'enquête au fil des ans. Action Contre la Faim a assuré la diffusion de masse des protocoles via la formation et avec le soutien en termes d'outils didactiques pour les autorités sanitaires locales à travers le pays. Action Contre la Faim a également contribué activement à l'élaboration

## Leçons apprises et recommandations

et aux révisions du protocole national d'enquête nutritionnelle, et a aussi fourni des commentaires techniques à d'autres partenaires lors des réunions de validation du CC. Enfin, Action Contre la Faim joue un rôle important dans la nutrition et les clusters EHA, comme lead du groupe de travail technique Wash in Nutrition (WiN), et en intégrant la composante WiN dans les modules de formation PCIMA du PRONANUT à tous les niveaux.

### Résultat du projet

À ce jour, le pool d'urgence nutritionnelle d'Action Contre la Faim en RDC a mené 39 enquêtes, 41 interventions, soutenu 309 structures sanitaires et admis 55.722 cas de MAS pour le traitement dans 41 zones sanitaires réparties dans tout le pays. Environ 3.653 agents de santé communautaires, 1.774 agents de santé locaux et 397 responsables de la gestion des zones sanitaires ont reçu une formation sur le protocole PCIMA, y compris les messages clés sur l'ANJE et sur le WiN. En outre, plus de 2000 «Mère PB» ont été formées au dépistage de la malnutrition avec le périmètre brachial au niveau des ménages<sup>12</sup>.

### Enquêtes SMART

- Pour assurer une qualité d'enquête atteignant un score « excellent » dans plus de 90% des cas en 2016, la taille des équipes déployées par Action Contre la Faim a été augmentée à 3 personnes pour chaque enquête, soit : 1 gestionnaire et 2 chefs d'équipes pour 4 équipes d'enquête. Une formation de 8 jours avec le personnel et les mobilisateurs communautaires est aussi nécessaire.

- L'utilisation des questionnaires papiers transposés ensuite dans le logiciel ENA était une des plus grandes contraintes pour la publication rapide des résultats. En vue d'optimiser les délais, l'équipe a décidé de piloter un projet utilisant des tablettes numériques et le logiciel ODK (Open Data Kit). La saisie en temps réel des données numériques a ainsi permis une publication plus rapide et fiable des données d'enquêtes.

### Interventions

- Action Contre la Faim a adapté son modèle d'intervention pour évoluer avec la politique nationale, qui donne maintenant comme

directive une couverture à 100% des aires de santé (AS)<sup>13</sup>, en augmentant la couverture à 15 à 20 AS<sup>14</sup> par zone pour le projet PUNC et à 20 AS par zone pour le projet RRCN. En moyenne, au niveau national, la taille d'une zone de santé varie entre 10 et 28 aires de santé. L'amélioration de la couverture géographique (couverture minimale de 54 % des AS sous PUNC et de 71 % des AS sous RRCN), a permis à Action Contre la Faim d'atténuer les problèmes d'accessibilité relevés dans l'évaluation externe de 2015, lorsque les interventions étaient limitées à seulement 5 AS, soit environ 18 %-50 % de la couverture globale.

- La diversité du pays exige un modèle répondant adéquatement à toutes les situations de crises nutritionnelles pouvant survenir en RDC. En 2015 suite au rapport d'évaluation externe et des recommandations qui en ont découlé, Action Contre la Faim a décidé d'augmenter sa durée d'intervention sur l'AS en passant de 3 à 6 mois. Ceci a permis d'augmenter les taux d'admission de 19%, soit passer de N=332 pour la précédente intervention finalisée à trois mois<sup>15</sup> à N=409



## Leçons apprises et recommandations

pour une intervention ayant une durée 6 mois. Le taux de connaissance du personnel de santé a aussi augmenté de 30%. Un défi de taille avec l'extension du cycle d'intervention est que l'équipe est moins flexible dans sa capacité de déploiement rapide. A ce jour Action Contre la Faim a réussi à établir un cycle flexible<sup>16</sup> permettant l'ajustement des ressources selon la sévérité de la crise nutritionnelle.

- Malgré tous les efforts mis en place pour renforcer les capacités de mobilisation communautaire, cela ne fut pas assez pour augmenter le taux de référencement vers les centres de stabilisation (SC) à l'hôpital de référence. Le transport et la nourriture restent des facteurs importants du refus des familles de se rendre vers les centres de référence. Lorsque ces considérations sont adressées et prises en compte dans la formulation du programme, une augmentation notable de 1% à 6% du taux d'admission hospitalière des enfants MAS est remarquée, comme ce fut le cas pour MSF<sup>17</sup> dans la zone de santé d'Ankoro<sup>18</sup>. Malgré la teneur non pérenne de cette activité, Action Contre la Faim a décidé d'incorporer cet appui dans son modèle

d'intervention, étant donné l'impact que cela peut avoir pour réduire la mortalité dans un contexte de crise.<sup>19</sup>

- L'intégration progressive du modèle WiN et l'amélioration des prestations des services de santé (hygiène accrue, disponibilité de l'eau potable, sensibilisation intégrée, etc.) ont contribué à atténuer les taux d'abandon en cours de traitement MAS. Cependant, une approche intégrée complique le suivi de l'intervention, à comparer d'une distribution directe par le personnel d'Action Contre la Faim, puisque l'infirmier du gouvernement fait la distribution des kits WiN en plusieurs fois au cours du traitement MAS.

- Une rationalisation en un seul registre du registre PRONANUT PCIMA et du registre général des admissions du Ministère de la Santé a grandement amélioré le dépistage passif de tous les patients se présentant dans les établissements de santé et a réduit le temps de rapportage des infirmiers.

- L'intégration d'une supervision conjointe basée sur la performance (zone sanitaire / Action

Contre la Faim) pour le suivi mensuel des indicateurs clés a été une étape importante pour aider les autorités locales à mieux gérer leurs responsabilités de supervision et à lier le soutien financier aux résultats basés sur la performance.

- La continuité de la mise en œuvre du protocole PCIMA demeure un défi important en RDC et les activités s'arrêtent souvent une fois que le stock de réserve laissé par Action Contre la Faim est terminé. La participation d'Action Contre la Faim dans les ateliers de programmation auprès des autorités locales a permis de rationaliser et planifier la stratégie locale en vue de la sortie d'Action Contre la Faim. L'amélioration de la planification et de la coordination a permis à 37% (N = 15)<sup>20</sup> de zones sanitaires couvertes par le projet d'obtenir un soutien à plus long terme, grâce aux plans nationaux PRONANUT, à l'UNICEF, aux dons des ONG ou aux programmes de financements communs.

### Recommandations

En complément des leçons apprises ci-dessus, certaines des principales recommandations issues du modèle sont résumées ci-après :

- L'un des atouts majeurs du modèle est le personnel d'Action Contre la Faim, majoritairement présent depuis la création du programme d'urgence : son expérience est précieuse afin d'assurer la qualité du projet et des déploiements rapides. Les ateliers de lancement et la formation régulière du personnel, en prenant le temps nécessaire pour documenter les leçons apprises, tout en encourageant le personnel avec un engagement à long terme pour la planification des ressources, sont des éléments clés de la mise en œuvre d'un programme de qualité. Les différentes évolutions du modèle sont dues aux recommandations des équipes, basées sur leur expérience et leur connaissance de la réalité du terrain au cours des années.

- Le financement pluriannuel est optimal et clé pour ce type de modèle d'intervention. Les cycles de financement d'un an limitent considérablement la capacité d'intervention,





car il n'y a souvent pas assez de temps pour terminer un cycle d'intervention de six mois avant la fin du projet.

- L'absence d'un stock de contingence et les financements annuels des bailleurs de fonds créent des retards dans les achats à chaque cycle annuel. Le stock pré-positionné est essentiel pour le fonctionnement simplifié d'un tel modèle, permettant des déploiements dans les premiers jours de la crise nutritionnelle tout au long de l'année.

- Enfin, il y a des limites à ce qui peut être fait dans le cadre d'une intervention d'urgence. Il y a eu des succès avec des effets multiplicateurs des groupes de soutien, mais les tentatives de résolution des facteurs sous-jacents de la malnutrition ont toujours été limitées par le caractère d'urgence de l'intervention. Bien que le modèle fonctionne mieux lorsque son champ d'intervention d'urgence reste clairement défini, des liens doivent être établis avec des programmes de développement à plus long terme pour éviter que la crise ne se reproduise.

<sup>1</sup> Citation tirée du rapport « Humanitarian Needs Overview » (HNO) UNPD 2014, OCHA /HCT, p11.

<sup>2</sup> Environ 45%, cité dans Le Lancet, 2013 et dans le DRC HNO 2015, p11.

<sup>3</sup> Plan d'action humanitaire pour la RDC 2016, OCHA.

<sup>4</sup> 2016 DRC HNO, p17.

<sup>5</sup> Stratégie WashInNut, DRC WASH Cluster 2015.

<sup>6</sup> «Plan stratégique national multisectorielle en nutrition», février 2016 (PSNMN), p12.

<sup>7</sup> La RDC demeure dans les pays les plus bas en terme de richesse selon les indices de classement du développement humain produit par le PNUD en 2014 positionnant la RDC 186/187 des pays ayant le moins de richesse. Le rapport réalisé par Save The Children International sur l'état des mères dans le monde en 2015 cite aussi deux exemples.

<sup>8</sup> Financé par l'UNICEF de mai 2008 à janvier 2010. UKAid s'est joint à UNICEF dans le cofinancement de la phase 1 du PUNC de juillet 2010 à juin 2012. La deuxième phase du PUNC sous financement UKAid (novembre 2012 - octobre 2015) sur trois ans, prolongée pour deux cycles annuels, jusqu'en octobre 2017. En 2015 UNICEF a renouvelé son soutien via un projet RRCN (Réponse Rapide aux Crises Nutritionnelles) qui est maintenant sous financement direct d'ECHO depuis octobre 2016 en consortium avec COOPI jusqu'à la fin 2017. A ce jour les actions du PUNC/RRCN sont donc soutenues par UKAid et ECHO.

<sup>9</sup> MSF Belgique (Médecins Sans Frontières Belgique) possède aussi un pool d'urgence en réponse aux crises nutritionnelles datant de plusieurs années appelé PUC (Pool Urgence Congo). Le traitement de la malnutrition est simplifié dans leur action en général axée sur la réponse à la santé d'urgence au niveau des hôpitaux et concentré sur les épidémies pour des durées de moins de 6 mois.

<sup>10</sup> Directive du Cluster RDC, septembre 2016: MAS> 5% et / Ou MAG> 15% sans facteurs aggravants ou MAS> 2% et / ou MAG> 10% avec facteurs aggravants.

<sup>11</sup> Enseignement de la méthodologie Mother-MUAC pour le dépistage de la malnutrition guide de formation des formateurs, ALIMA, Juillet 2016.

<sup>12</sup> Toutes les données de ce paragraphe sont la compilation de la phase II du projet PUNC de 2012 à ce jour.

## Informations complémentaires et contact :

Angeline Grant  
Conseillère technique en nutrition,  
Action contre la faim  
[agrant@actionagainsthunger.org](mailto:agrant@actionagainsthunger.org)

Pour en savoir plus sur les programmes Action Contre la Faim en RDC, visitez notre site Web à [www.actionagainsthunger.org](http://www.actionagainsthunger.org).

## Remerciements

La mission Action contre la faim en RDC souhaite remercier formellement nos partenaires de longue date, y compris les donateurs, les autorités gouvernementales, les autres acteurs humanitaires nationaux et internationaux et, surtout, les personnes de la RDC. Des remerciements particuliers sont exprimés au ministère de la Santé et au PRONANUT aux niveaux local, provincial et national pour leur coordination et leur soutien inestimables. À nos donateurs, dont l'engagement et les partenariats constructifs permettent de poursuivre nos activités sur le terrain. Finalement, Action Contre la Faim souhaite remercier tout particulièrement les bénévoles de la santé, les bénéficiaires, leurs familles et les communautés qui les soutiennent dans la lutte contre la malnutrition.

Les opinions exprimées dans ce document relèvent de Action Contre la Faim et ne reflète en aucune façon l'opinion officielle de ses partenaires et donateurs.

## Janvier 2017

<sup>13</sup> Aire de Santé (AS)

<sup>14</sup> 15 AS par zone financée par UKAid et 20 AS par zone financée par ECHO.

<sup>15</sup> Les données sont extraites de trois zones d'intervention sur 6 où il y a eu des admissions sur trois mois d'activités.

<sup>16</sup> En corrélation avec les normes internationales suivies par Action contre la faim et après discussion avec le PRONANUT pour allonger le temps minimal d'intervention à 6 mois.

<sup>17</sup> Médecins sans Frontières

<sup>18</sup> Statistiques de l'intervention RRCN à Ankor, Action Contre la Faim 2015/2016, Financé par UNICEF / ECHO.

<sup>19</sup> Lancement de l'intervention la plus récente dans la zone de santé de Kahemba et montrant des statistiques similaires à celles de MSF à Ankor avec 21 SC dans les premières quatre semaines de réponse.

<sup>20</sup> 12 interventions 2012-2015, 3 interventions en 2016 à ce jour.

