

Lignes Directrices du Cluster Nutrition

République
Démocratique du Congo
Ministère de la Santé
Publique

SECRETARIAT GENERAL



2019



Table des matières

I. Acronyme.....	5
II. Importance des lignes directrices du cluster nutrition	7
III. Priorités et seuils d'intervention du cluster nutrition	7
IV. Recommandations techniques.....	8
A. Calcul du nombre de bénéficiaires MAM, MAS, FEFA	8
B. Respect strict du protocole de prise en charge PCIMA	9
C. Couverture du projet	9
D. Multisectorialité	9
E. Quantité d'Intrants pour la prise en charge de la malnutrition aiguë chez un enfant	9
F. Norme pour la formation	12
G. Norme pour les relais communautaires	12
H. Normes spécifiques des activités de nutrition dans les mécanismes de réponse rapide en RDC :.....	12
I. Supervision et évaluation	12
J. Surveillance nutritionnelle	13
K. ONG de mise en œuvre	13
V. Le paquet minimal d'action requis par le cluster nutrition	13
A. Traitement de la malnutrition.....	13
1. Début des activités de prise en charge dans les unités nutritionnelles	13
2. Formation	14
3. Dépistage.....	14
4. Prise en charge de la MAS et de la MAM	14
B. Approche Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans le contexte d'urgence (ANJE-U) en RDC	15
1. Pourquoi ANJE-U	15
2. Alimentation de couverture pour la prévention de la malnutrition aiguë et chronique.....	16
3. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence pour enfants de 0 à 23 mois & FEFA.....	17
4. Supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois et déparasitage pour les enfants de 12 à 59 mois	17
5. Supplémentation en fer et acide folique pour les FEFA.....	17
6. La fortification à domicile avec les micronutriments en poudre pour les enfants de 6 à 23 mois 18	
7. La MAM parmi les enfants de 6 à 59 mois, les FEFA, et les personnes souffrant de pathologies spécifiques (VIH, Tuberculose).....	18
C. Prévention de la malnutrition	19
1. Sensibilisation de la communauté	19
2. Mobilisation communautaire.....	19
3. Organisation des réunions de groupe de soutien	19
4. Alimentation de couverture.....	20
D. Coordination, renforcement des capacités et suivi et évaluation des interventions	20
1. Organisation des supervisions formatives	20
2. Organisation des enquêtes SMART, SQUEAC, RAM et SLEAC	20



VI. La multisectorialité	20
A. Wash in nutrition	20
1. Pourquoi le Wash in nutrition	20
2. Objectifs.....	20
3. Le paquet minimum d'activité	21
B. Nutrition-Sécurité alimentaire	22
1. Pourquoi la sécurité alimentaire et la nutrition ?.....	22
2. Objectifs.....	22
3. Le paquet minimum d'activités	22
C. Nutrition-Santé	23
1. Pourquoi la santé et la nutrition ?.....	23
2. Objectifs.....	23
3. Le paquet minimum d'activités	23
D. Nutrition-Éducation	23
1. Pourquoi l'Éducation et la nutrition	23
2. Le paquet minimum d'activités	23
VII. Thèmes transversaux	24
A. Résilience	24
1. La résilience communautaire	24
2. La résilience individuelle.....	24
3. Liens entre l'urgence et le développement.....	24
4. Genre	26
5. VIH/SIDA	28
6. Relèvement précoce et Participation communautaire	28
7. Environnement	29
8. Redevabilité	29
a) Participation	29
b) Transparence.....	30
c) Réactions	30
d) Enseignements tirés	30
VIII. Stratégies de sorties.....	30
A. Intégration et passation des activités	30
B. Stock d'ATPE	31
C. Outil et matériel.....	31
IX. Paquet minimum d'activités des projets selon la durée	31
X. Coût standard des activités de nutrition	33
XI. Plaidoyer en faveur de la nutrition.....	33
XII. Suivi et évaluation	34
XIII. Priorisation :	34
A. Les critères de priorisation	34
B. La pondération pour la classification :	35
XIV. Annexes.....	37
A. Annexe 1 : Rôles et fonctions du cluster	37
B. Annexe 2 : Protocole PCIMA version 2016, PCIMA PVIH version 2016.....	38
C. Annexe 3 : Nutrition à assise communautaire.....	38



D.	Annexe 4 : Consultation préscolaire	38
E.	Annexe 5 : Stratégies Wash in nut	38
F.	Annexe 6 : Manuel d'orientation ANJE-U & ANJE-U dans un contexte EBOLA	38
G.	Annexe 7 : Priorisation du cluster	38
H.	Annexe 8 : MICS 2018	38
I.	Annexe 9 : Ratio Provincial	39



I. Acronyme

AGR	Activités génératrices des revenus
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANJE-U	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans le contexte d'urgence
AS	Aire de Santé
ASPE	Aliment de Supplément Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CPS	Consultation Préscolaire
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i> (traitement sous supervision directe, chimiothérapie de courte durée)
DPS	Division Provinciale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau Hygiène et Assainissement
ET	Écart-Type
FEFA	Femme enceinte et Femme allaitante
FG	Focus Groupe
HAG	Groupe d'action Humanitaire / Humanitarian Action Group
HGR	Hôpital Général de Référence
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPC	Cadre Intégré de Classification de la Sécurité Alimentaire
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IT	Infirmier Titulaire
ITA	Infirmier Titulaire Adjoint
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MICS	
NAC	Nutrition à Assise Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P/T	Rapport Poids-pour-Taille
PB	Périmètre Brachial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PEC	Prise En Charge
PF	Planning Familial
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PVTB	Personne Vivant avec la TuBerculose
RAM	Rapid Assessment Monitoring
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
SECAL	Sécurité Alimentaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SLEAC	Évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture
SLM	
SMART:	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNSAP	Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce
SQUEAC	Enquête semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture



TBC	Tuberculose
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNS	Unité Nutritionnelle de Supplémentation
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



II. Importance des lignes directrices du cluster nutrition

La Malnutrition est un problème majeur de santé publique en République Démocratique du Congo (RDC). Selon l'enquête MICS 2018, environ 7% des enfants de moins de cinq ans souffrent d'émaciation, 42% ont un retard de croissance, 23% souffrent d'une insuffisance pondérale et 4% sont en surpoids ou obèses. On estime que la Malnutrition Aiguë Sévère touche près de 1,4 millions d'enfants d'âge préscolaire en RDC chaque année. Toutes les provinces du pays sont touchées par cette forme de malnutrition, mais les plus touchées sont le Nord Ubangi, le Kongo central, le Haut Uele, le Kwilu, l'Ituri et la Tshuapa avec des prévalences supérieures ou égales à 10% (seuil jugé élevé selon OMS).

Pour résoudre ce problème, le Ministère de la Santé de la RDC dans sa politique nationale de santé avec l'appui des partenaires, travaille pour apporter une réponse dans le secteur de la santé à travers la mise en œuvre des projets de nutrition. Dans l'optique d'une meilleure coordination des activités de nutrition un cadre normatif via les lignes directrices a été développé par le cluster nutrition.

Les présentes lignes directrices visent à compléter les documents de référence et les outils de formation élaborés par le Ministère de la santé en RDC à travers le PRONANUT dans le domaine de la nutrition en situation d'urgence. Ces lignes directrices du cluster nutrition sont élaborées pour faciliter le processus d'analyse des besoins, de formulation des projets, ciblage des zones en crise nutritionnelle, de validation technique, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des projets de nutrition en situation d'urgence.

Ces lignes directrices contiennent des informations et des conseils sur les pratiques mondialement reconnues pour lutter contre la malnutrition aiguë. Elles ressortent également les principales caractéristiques que doivent contenir tous les projets de nutrition afin d'atteindre les objectifs des Plans d'Action Humanitaire et les priorités du cluster nutrition.

III. Priorités et seuils d'intervention du cluster nutrition

Compte tenu de l'environnement nutritionnel en RDC et des moyens disponibles qui sont changeant, le cluster nutrition établit une priorisation semestrielle au niveau zone de santé. Cette priorisation définit 3 niveaux de priorités au niveau zone de santé :

- Zones de santé priorité élevée
- Zones de santé priorité moyenne
- Zones de santé priorité basse

Les zones de santé priorité élevée sont ciblées pour les actions urgentes. Les zones de santé de priorité moyenne sont ciblées pour les enquêtes de nutrition alors que les zones de santé de priorité basse sont celles ciblées pour les projets/programmes de développement.

IV. Recommandations techniques

A. Calcul du nombre de bénéficiaires MAM, MAS, FEFA

Indicateur	Couverture
% couverture	≥ 50% (dépend de la cible fixée au regard de capacités)
Incidence MAS	2,6
Incidence MAM	2,6
% FE	4,0%
% FA	4,0%
Enfants de 6 à 23 mois	5.97% (selon EDS 2014)
Enfants de 6 à 59 mois	17,9% (selon EDS 2014)
Enfants < 5ans	Varie selon les provinces (voir annexe)

Calcul :

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Population estimée de la ZS	MAS (%)	MAM (%)	MAG (%)	Prévalence Femmes 15-49ans malnutris (%)	Proportion des FEFA (8%)	Enfants <5ans	Couverture programme	Incidence MAS	Incidence MAM	Durée	Nombre d'enfants MAS	Nombre de personne MAM	Nombre de FEFA	Proportion ciblée de MAS	Proportion ciblée MAM	Proportion ciblée FEFA
160892	3,1%	8,2%	11,3%	10,6%	A*8%	A*X	50%	2,6	2,6	1	B*G	C*G	F*E	L*H*I	M*H*J	N*H*J



Ce calcul du nombre de personnes ciblées est valable pour une durée de 12 mois. Ainsi, vous pouvez modifier la valeur dans la case durée de projet et couverture géographique pour avoir la cible de votre projet.

Parmi les MAS, 5% des MAS ont une complication médicale et 95% sont sans complications médicales.

NB : La couverture du projet doit être au moins de 50% et tout dépendra de la disponibilité financière de chaque projet.

B. Respect strict du protocole de prise en charge PCIMA

Chaque partenaire de mise en œuvre des activités de nutrition en RDC devra utiliser le protocole PCIMA en vigueur (voir annexe).

C. Couverture du projet

Chaque projet devrait de préférence couvrir 100% des Aire de Santé d'une Zone de Santé. Toutes les AS devront avoir des Relais Communautaires formés au dépistage et suivi de manière continue, référence et conseil sur les bonnes pratiques nutritionnelles et sanitaires. Par ailleurs, les RECO menant habituellement les activités seront priorisés. Ainsi les cas de malnutrition identifiés seront référés vers les structures de prise en charge situées entre 5-10 km de rayon. S'il existe des AS avec une grande population de cas de malnutris mais situées à plus de 10 km des centres de prise en charge, le projet devrait prévoir des équipes mobiles pour couvrir toutes les communautés au-delà de 10km.

D. Multisectorialité

Tous les projets de nutrition devraient s'articuler autour des secteurs :

- Nutrition-EHA
- Nutrition-Sécurité alimentaire
- Nutrition-EHA-Sécurité alimentaire
- Nutrition-Santé
- Nutrition-Protection sociale

E. Quantité d'Intrants pour la prise en charge de la malnutrition aigüe chez un enfant

Intrant	Unité	Quantité par enfant
ATPE, sachet 92g, 150 sachets par carton (ou Plumpy nut)	Carton	0,80
Lait thérapeutique F-75, Boite de 400 g, carton de 24 boites	Carton	0,13
Lait thérapeutique F-100, boite de 400 g, carton de 24 boites	Carton	0,04
Amoxici.pdr/oral sus 125mg/5ml/BOT-100ml	Flacon	2,00
Mebendazole 500mg chewable tabs/PAC-100	Boite	0,01
Retinol 100,000IU soft gel caps/PAC-500	Boite	0,0020
Rétinol 200,000IU soft gel caps/PAC-500	Boite	0,0020
ReSoMal,42g sachet pour 1 litre/ carton de 100	Carton	0,01
ASPE Plumpy sup 92 g sachet/ carton de 150	Carton	0.4
ASPE (Plumpy doz,), 325 g Pot/ carton de 36 boites	Carton	0,11
Super cereal sucré, 25kg/sac	Sac	0,9/FEFA, 1,8/PVVIH-TBC-DOTS



Toise pour enfants et adultes portable	Pièce	1 toise pour 150 enfants
Balance électronique (0,1kg-150kg)	Pièce	1 balance pour 150 enfants
Pèse bébé à poids, (0,01kg – 16kg)	Pièce	1 balance pour 150 enfants
Pèse bébé suspendu (0,01kg – 25kg)	Pièce	1 balance pour 50 enfants
Culotte pour la pesée / lot de 5 pièces	Pièce	1 culotte pour 50 enfants
Bracelet pour le périmètre brachial, lot de 50 pièces	Pièce	1 PB pour 50 enfants

Il faut multiplier le besoin par enfant par le nombre total d'enfants à prendre en charge.

Exemple : il faut 0,8 carton de plumpy nut pour guérir un enfant malnutri sévère. Ainsi si on a 500 enfants à prendre en charge, on aura $0,8 \times 500 = 400$ cartons plumpy nut.

La liste ci-après constitue un point de départ des besoins en termes de médicaments et matériel médical pour le traitement systématique et d'éventuelles complications possibles. Cette liste est basée sur le protocole de prise en charge en vigueur et devrait être revue en fonction d'une révision. Les quantités calculées correspondent à 100 bénéficiaires en UNTI et à 400 bénéficiaires en UNTA.

Descriptions	Qté UNTI (100 bénéficiaires)	Qté UNTA (400 bénéficiaires)
Acide folique 5 mg cp, boîte de 1000	1.00	1.00
Amoxicilline 250 mg cp, boîte de 1000	2.00	5.00
Amoxicilline 500mg cp, boîte de 1000	0.00	5.00
Amoxicilline susp 125mg/5ml, 100 ml, boîte de 10 flacons	2.00	0.00
Artesunate+Amodiaquine (50mg+153mg) cp-Adolescent boîte de 12	10.00	40.00
Artesunate+Amodiaquine (50mg+153mg) cp-Pédiatrie boîte de 6	20.00	70.00
Artemether/Lumefantrine 20/120 mg cp, boîte 24	5.00	20.00
Chloramphénicol 250 mg cp, boîte de 1000	1.00	2.00
Ciprofloxacine 500 mg cp, boîte de 100	7.00	0.00
Cloxacilline 250 mg cp, boîte de 1000	1.00	0.00
Cotrimoxazole 100 + 20mg cp, boîte de 1000	2.00	0.00
Cotrimoxazole 400 + 80mg cp, boîte de 1000	1.00	0.00
Erythromycine 250 mg cp, boîte de 1000	1.00	0.00
Fer sulfate 200 mg cp, boîte de 1000	1.00	0.00
Ibuprofène 200 mg cp, boîte de 1000	1.00	0.75
Mebendazole 100 mg cp, boîte de 1000	1.00	3.00
Métronidazole 250 mg cp, boîte de 1000	1.00	2.00
Nystatine 100000 UI cp, boîte de 100	2.00	4.00
Nystatine 100000 UI Sirop avec dosette	10.00	0.00
Phenoxy-méthylpenicilline 250mg cp, boîte de 1000 (=PENICILLINE V)	1.00	0.00
Vitamine A 100 000 UI caps, boîte de 1000 (= Retinol)	1.00	0.75
Vitamine A 200 000 UI caps, boîte de 1000 (= Retinol)	1.00	0.75
INJECTABLES		
Ampicilline inj 500 mg, boîte de 50 flacons	6.00	0.00
Ampicilline inj 1g, boîte de 50 flacons	6.00	0.00
Chloramphénicol inj 1g , boîte de 50 flacons	2.00	0.00
Dexaméthasone inj 5mg/ml, 1 ml, boîte de 100 amp	1.00	0.00
Dextrose inj 50%, 50 ml, boîte de 25 flacons	1.00	0.00
Diazepam inj 5mg/ml, 2ml, boîte de 100 amp	1.00	0.00
Digoxine inj 0,25mg/ml, 2ml, boîte de 100 amp	1.00	0.00



Eau pour injection 10ml, boîte de 100 flacons	10.00	0.00
Furosemide inj 10mg/ml, 2ml, boîte de 100 ampoules	1.00	0.00
Gentamycine inj 40 mg /ml, 2ml, boîte de 100 ampoules	2.00	0.00
PERFUSIONS		
Sérum glucose 5% 500 ml	10.00	0.00
Sérum ringer lactate 500 ml	30.00	0.00
USAGE EXTERNE		
Benzoate de benzyle 25%, flacon de 1 litre	2.00	2.00
Benz. Acide 6% + salic. Ac 3% pot de 800g (= WHITFIELD'S ointment)	2.00	2.00
Cetrimide 15% + Chlorhexidine 1,5%, flacon de 1 litre	2.00	2.00
Gentiane violet pdre 25 g, pot de 25gr	2.00	2.00
Povidone iodine sol 10%, flacon de 200 ml	3.00	3.00
Tétracycline pde opht. 1,5% , boîte de 50 tubes	1.00	1.00
Zinc oxyde 10% pde, pot de 800g	2.00	2.00
TESTS		
Test de Diagnostic rapide (TDR SD) pour le paludisme, boîte 25 tests	3.00	12.00
Protéine Glucose Ph test urine, boîte de 100 tests	1.00	0.00
MATERIEL RENOUVELABLE		
Abaisse langue en bois, boîte de 100 pièces	7.00	15.00
Aiguille épicroânienne 21G uu, boîte de 20 pièces	1.00	0.00
Aiguille epicranienne 22G uu, boîte de 20 pièces	1.00	0.00
Aiguille luer 19G 1.1x38mm uu, boîte de 100 pièces	1.00	0.00
Aiguille luer 21G 1.1x38mm uu, boîte de 100 pièces	2.00	0.00
Aiguille luer 25G 1.1x38mm uu, boîte de 100 pièces	2.00	0.00
Bande de gaz 7,5cmX10m, boîte de 10 pièces	3.00	6.00
Cathéter court IV 22G uu, boîte de 10 pièces	5.00	0.00
Cathéter court IV 24G uu, boîte de 10 pièces	5.00	0.00
Compresse de gaz 10x10cm stérile, boîte de 100 pièces	2.00	4.00
Compresses non stériles 10x10cm, boîte de 100 pièces	2.00	4.00
Coton hydrophile 500 g rouleau	2.00	4.00
Gant chirurgical stérile n°7.5, boîte de 50 pièces	1.00	2.00
Gant d'examen latex M non stérile, boîte de 100 pièces	2.00	4.00
Lames de bistouri n°22, boîte de 100 pièces	1.00	2.00
Sachet plastique pour comprimés, boîte de 500 pièces	1.00	2.00
Seringue luer 2ml uu, boîte de 100 pièces	1.00	0.00
Seringue luer 5ml uu, boîte de 100 pièces	2.00	0.00
Seringue luer 10ml uu, boîte de 100 pièces	1.00	0.00
Seringue luer 15ml uu, boîte de 100 pièces	1.00	0.00
Seringue 60ml uu, boîte de 100 pièces	1.00	0.00
Sonde nasogastrique ch6/40cm	30.00	0.00
Sonde nasogastrique ch10/40cm	20.00	0.00
Sparadrap 2,5 cm x 5 m, boîte de 8 rouleaux	2.00	4.00

NB : Durée d'assistance

- Prise en charge intégrée de la MAM : 60 jours pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, 90 jours pour les FEFA, 180 jours pour les PVVIH/PTME/ patients TB-DOTS.
- Prévention de la MAM/Blanket supplementary feeding : 180 jours pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et pour les FEFA.
- Prise en charge de la MAS : 40 jours pour les enfants âgés de 6-59 mois



F. Norme pour la formation

Les formations doivent être appuyées par le PRONANUT. La formation sur le protocole PCIMA, NAC, CPS, aura une durée de 5 jours et celle de l'ANJE-EHA de 4 jours.

La formation doit se dérouler en deux phases :

- Une phase théorique
- Une phase pratique

Pour la formation des prestataires on formera 5 personnes par structure sanitaire.

La formation des relais communautaires se fera dans toute la zone de santé en raison de 10 RECO/AS.

Cette formation doit être plus pratique (opérationnelle sur le terrain).

La formation sur l'alimentation de couverture est d'une durée de 5 jours.

Catégorie des personnes à former	Nombre de personnes à former	Durée de la formation (jour)
UNTI		
Médecin directeur	1	9
Infirmier de la pédiatrie	3	
Directeur de la pédiatrie	1	
Anthropomètre	2	3
Éducateur	1	
UNTA/UNS		
Infirmier (IT et ITA)	2	9
Anthropomètre	2	3
Éducateur et accoucheuse	2	
Équipe cadre de la zone de santé		
Médecin chef de zone	1	9
Superviseur	4	

G. Norme pour les relais communautaires

Chaque village doit avoir au moins un relai communautaire et le nombre pourra augmenter en fonction de la densité de la population. La participation des femmes pendant les activités de dépistage est à encourager.

H. Normes spécifiques des activités de nutrition dans les mécanismes de réponse rapide en RDC :

Tout projet de réponse nutritionnelle rapide devrait avoir une durée minimale de 3 mois pour permettre à ce que la cohorte recrutée au premier mois (Bénéficiaires) de la mise en œuvre du projet puisse au moins terminer le traitement selon les normes du protocole national de la prise en charge. A la fin du projet, les partenaires d'intervention doivent assurer que la structure de santé dispose d'au moins 3 mois de fonctionnement en termes d'intrants Nutritionnel. Par ailleurs, les activités de l'ANJE –U doivent être mis en place durant la période de prise en charge des cas de MAG et devront se poursuivre au-delà de la période du projet sous la forme de ANJE normale. La formation des ReCos doit être faite avec la modalité « Pratique » et réaliser dans la communauté. Quant à la formation/briefing des prestataires, elle se fera au sein des structures sanitaires sous la forme d'un apprentissage par la pratique (FOSA).

I. Supervision et évaluation

La supervision devra impliquer le partenaire de mise en œuvre ainsi que le PRONANUT provincial (1 fois



le trimestre) et les ZS (1 fois par mois).

Afin d'apprécier l'atteinte des résultats attendus du projet, la couverture et l'impact du projet sur la population, une évaluation technique devrait être réalisée à mi-parcours et en fin de projet. Cette activité sera conduite par l'équipe du PRONANUT nationale ainsi que d'autres partenaires présents sur les lieux. Ainsi, il serait souhaitable de prévoir une ligne budgétaire lors des propositions de projet. Les évaluations se feront sur base des Checks Lists existants et élaborés à cet effet (voir protocole révisé PCIMA version 2016 en annexe).

J. Surveillance nutritionnelle

Dans les CS, la surveillance nutritionnelle de routine devra être renforcée. Les indicateurs à surveiller en routine sont les suivants :

- Proportion d'enfants sous courbes (< -2 ET Poids/âge) à la CPS (seuils d'alerte : $\geq 10\%$) ;
- % des enfants < 5 ans avec malnutrition aiguë parmi les enfants reçus en consultation (seuils d'alerte : $\geq 20\%$) ;
- % d'enfants avec faible poids ($< 2500g$) de naissance (seuils d'alerte : $\geq 10\%$) ;
- Le nombre de décès (seuils d'alerte : 50% d'augmentation en 3 mois) ;
- Proportion d'enfants 6-59 mois PB $< 125mm$ (seuils d'alerte : $\geq 20\%$) ;
- Proportion d'enfants avec œdèmes nutritionnels (seuils d'alerte : $\geq 5\%$).

Dans les CS, le projet redynamisera la Consultation Préscolaire (manuel d'orientation en annexe). Le suivi de la croissance devra être couplé à la promotion de la croissance grâce à des conseils adaptés en fonction de l'état nutritionnel de l'enfant et des ressources disponibles dans le ménage. Lors des consultations des enfants malades, le poids et la taille devront être pris de façon systématique dans le but d'identifier les enfants malnutris nécessitant une prise en charge.

Les différents partenaires de mise en œuvre doivent se baser sur le système de Surveillance Nutritionnelle ; Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce afin d'identifier les zones prioritaires. Ces alertes doivent être vérifiées par une enquête SMART.

Lors de la mise en place des projets de nutrition, les modalités suivantes doivent être respectées :

- Chaque projet de nutrition de plus de 6 mois devra planifier une enquête de couverture (SQUEAC, SLEAC, RAM...) et une enquête SMART à la fin du projet ;
- Chaque projet de nutrition doit mettre en place des sites sentinelles en corrélation avec le SNSAP dans l'optique d'augmenter la couverture des sites sentinelles ;

K. ONG de mise en œuvre

Les ONG Locales et Internationales mettront en œuvre les projets sur le terrain en étroite collaboration avec les agents de l'État à tous les niveaux. Ainsi, toutes les interventions devront être complètement intégrées dans le système de santé. Dans le cadre des allocations du Fond Commun Humanitaire, les ONG jugées crédibles (présence sur le terrain, expertise reconnue dans la matière...) lors des évaluations devront être favorisées dans la mise en œuvre des projets. Il est impératif que chaque province identifie de nouveaux partenaires en nutrition qui seront évalués par le PNUD/PF. Par ailleurs, les ONG devront mettre en place une stratégie de mobilisation des ressources auprès des différents bailleurs et partenaires d'appui.

V. Le paquet minimal d'action requis par le cluster nutrition

A. Traitement de la malnutrition

1. *Début des activités de prise en charge dans les unités nutritionnelles*

Le début des activités nutritionnelles nécessitent dans un premier temps une rencontre avec la communauté (les APA, les leaders, les parents...) dans chaque AS. Par la suite, une sensibilisation suivie



de la mobilisation sociale sera faite afin d'informer les parents du jour de l'ouverture des unités nutritionnelles. Par ailleurs, il faut utiliser les radios communautaires là où elles existent et la communication de proximité pour informer le maximum de parents par rapport au début des activités et en tenant compte de leur emploi de temps.

2. Formation

La formation doit être réalisée au début du projet. Elle sera assurée par des personnes ayant des capacités dans la PCIMA, NAC, CPS, l'ANJE et l'EHA. Elle se fera aussi de façon continue dans les différentes structures sanitaires. Les différents modules nationaux de formation seront utilisés comme support. Chaque formation doit être précédé d'un pré-test et suivi d'un post-test.

3. Dépistage

Des dépistages actifs seront réalisés par les RECOs formés à cet effet et ce qui permettra d'identifier les cas d'enfants malnutris et à risque pour les référer dans les unités nutritionnelles de prise en charge. Par ailleurs, les dépistages passifs systématiques de tous les enfants venant dans une structure sanitaire seront réalisés par le personnel sanitaire.

Le dépistage actif se fera dans la communauté par le biais des RECOs de façon hebdomadaire. Tous les enfants avec $PB < 125\text{mm}$ et/ou présence d'œdèmes seront référés dans les CS pour prise de mesure et validation de leurs statuts nutritionnels et admissions le cas échéant.

Les mères d'enfants âgés de 6 à 59 mois, ainsi que toutes personnes qui s'occupent des enfants telle que les grands parents, seront impliquées dans le dépistage. On devra leur apprendre à utiliser, à interpréter la bandelette PB et à détecter les œdèmes pour une surveillance nutritionnelle de leur enfant (stratégie Maman PB).

Les femmes enceintes seront dépistées à la consultation prénatale, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 6 mois seront dépistés à la consultation postnatale.

Les Personnes Vivant avec le VIH-Sida et les Personnes Vivant avec la Tuberculose seront dépistées à la consultation générale comme pour toutes les autres maladies.

4. Prise en charge de la MAS et de la MAM

La PEC des cas de MAS et de MAM doit être systématique selon le protocole national. En cas d'absence de l'un des programmes (prise en charge supplémentaire ou thérapeutique) le partenaire doit bien le préciser et indiquer ce qui est fait à son niveau. Tous les projets devront donc indiquer clairement ce qui doit être fait pour les MAS et les MAM. Les rations alimentaires devront être planifiées dans le cadre des différents projets à l'UNTI afin d'éviter l'abandon des malades. Les standards minimums en EHA doivent être assurés pour la bonne PEC. Les informations détaillées se trouvent dans la stratégie WASH IN NUT en annexe de ce document.

Les PVVIH et PVTB avec ≥ 16 IMC $< 18,5$ et tous les cas de TBC multi résistant seront admis au programme de soutien nutritionnel.

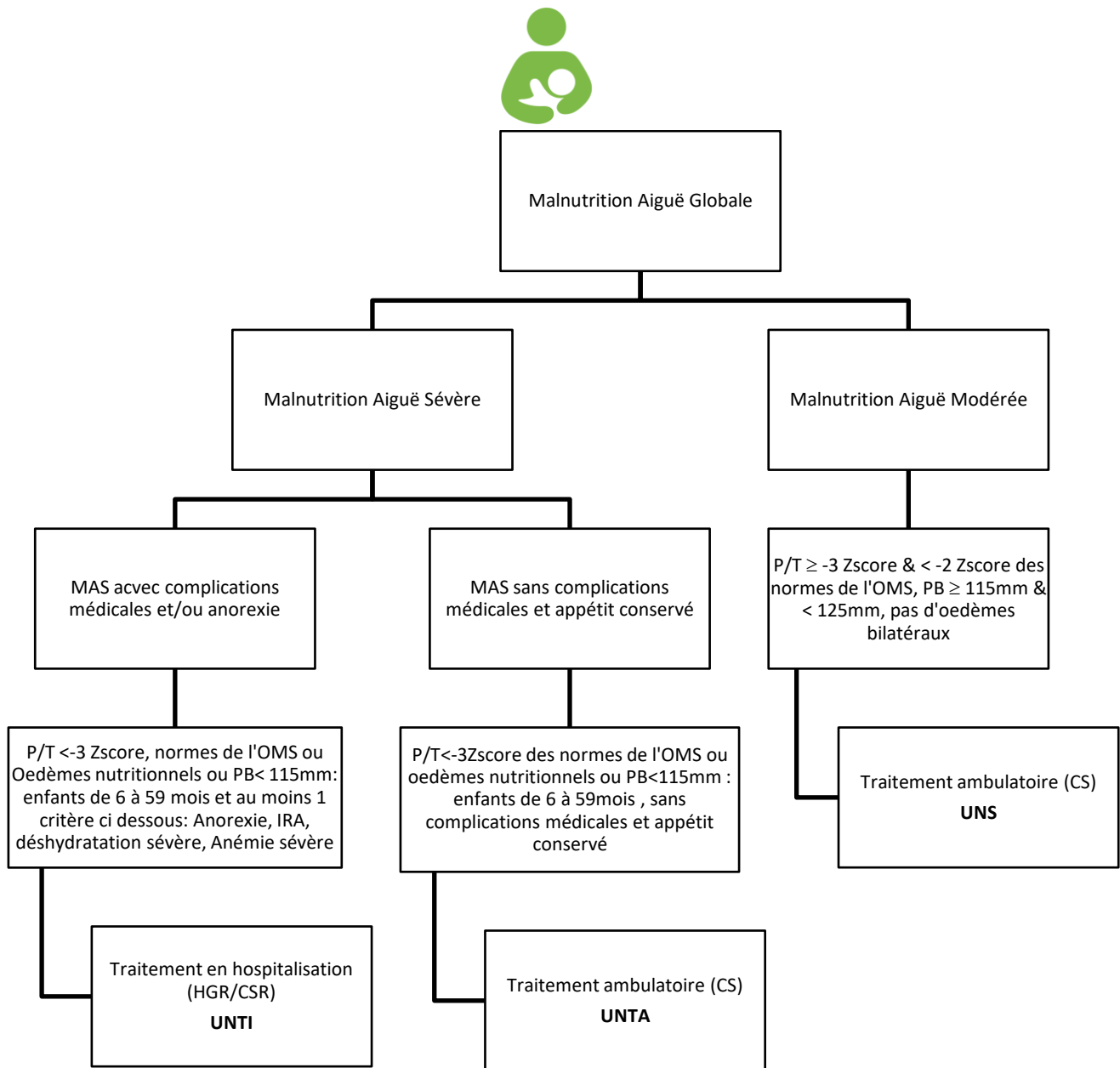


Figure 1 : Classification Malnutrition Aiguë et structures de prise en charge des enfants malnutris (Tiré et adapté de Collins, The Lancet vol. 362, July 19 2003)

B. Approche Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans le contexte d'urgence (ANJE-U) en RDC

1. Pourquoi ANJE-U

Les interventions de l'ANJE-U permettent de minimiser les risques de morbidité, de mortalité et de malnutrition dans les situations d'urgence. Elles nécessitent une réponse rapide pour sauver des vies. Les interventions ANJE-U doivent s'aligner sur les politiques et les normes opérationnelles ANJE de la RDC en mettant un accent sur le plaidoyer.

Les présentes lignes directrices du cluster Nutrition intègrent l'ANJE-U comme intervention clé à prendre en compte systématiquement dans toutes les situations d'urgence humanitaires (Conflits, Catastrophes, Mouvement des populations : déplacés, retournés, réfugiés, expulsés, etc.), crises nutritionnelles ou épidémies (Ébola, Cholera, rougeole, etc.) et ceci tout au long du cycle de projet.

Il est recommandé de prendre en compte l'ANJE-U dans les Évaluations Multisectorielles Rapide pendant la phase de préparation à l'urgence et/ou pendant la phase de réponse pour identifier le problème afin d'estimer le nombre de personnes affectées. Cette évaluation sera suivie par une enquête sectorielle ANJE-U détaillée pour orienter la prise des décisions programmatiques.



Les interventions ANJE-U concernent les **cibles directes** (enfants de 0 à 23 mois et FEFA) et **cibles indirectes** (Gardiens d'enfants de 0 à 23 mois ; leaders communautaires ; agents de santé ; agents communautaires ; membres des groupes de soutien ANJE ; membres d'organisation à base Communautaire etc.). La priorité est portée sur les enfants de 0 à 23 mois avec un accent particulier sur les enfants de 0-6 mois.

Le programme ANJE-U doit couvrir au moins 90% des enfants de moins de 24 mois dans toutes les zones/sites d'urgences en fonction de la durée de l'urgence.

Les programmes ANJE-U comportent les interventions techniques, les interventions de base et les autres interventions en adéquations avec la nutrition. Les types d'interventions et les plateformes utilisées doivent être adaptées selon l'ampleur et la nature de la crise.

La mise en œuvre de ANJE-U exige un personnel bien formé en ANJE-U et en adéquation avec la dimension du projet tant au niveau des structures de santé qu'au niveau communautaire. Le renforcement des capacités des prestataires et agents communautaires doit se faire pendant la mise en œuvre durant 2 jours pour les agents communautaires et 5 jours pour les prestataires. La formation des agents de santé et les agents communautaires sera axée sur les interventions techniques, en revanche la formation des cadres du BCZS, provinciaux, nationaux et des ONG sera axée sur les interventions programmatiques de base.

La coordination des interventions ANJE-U est assurée par le PRONANUT et le cluster nutrition. Toutefois, les autres secteurs sensibles à la Nutrition font partie des membres de la coordination.

Pendant les interventions ANJE-U, toutes les parties prenantes doivent s'engager à réduire les risques liés à l'alimentation artificielle en vulgarisant le code congolais de commercialisation au Substitut du Lait Maternel (SLM). A ce titre, un système de suivi des violations de ce Code est mis en place.

L'importation des SLM pour nourrissons est conditionnée par l'accord de la partie gouvernementale. La distribution de SLM ne doit pas se faire pendant les distributions générales. Elle doit être toujours accompagnée de la protection, de la promotion et du soutien à l'ANJE. Le stockage et la distribution du SLM ne devraient pas se faire aux vues des mères/gardiens d'autres enfants âgées de 0 à 23 mois.

Le suivi des interventions ANJE-U doit tenir compte des indicateurs standards et des outils de suivi repris dans la note d'orientations opérationnelles ANJE-U de la RDC afin de documenter l'expérience pour un partage plus large.

La planification de la stratégie de sortie doit inclure le passage de l'ANJE U vers l'ANJE dès la conception du projet. Pour mieux asseoir cette stratégie de sortie ANJE-U vers l'ANJE, il est recommandé d'identifier une institution environnante pour prendre la relève de la mise en œuvre de l'ANJE à travers les plateformes existantes aussi bien dans les structures sanitaires (CPS, CPN, CPoN, maternité, PTME, PCIME, soins curatifs) que dans la communauté (NAC, sites des soins, etc.).

Le partenaire de mise en œuvre des interventions ANJE-U doit être une institution publique ou une ONG intervenant dans la Nutrition et membre actif du cluster Nutrition, qui a un personnel formé en ANJE-U et qui a une expérience dans la réponse aux urgences nutritionnelles. Il doit être capable de mobiliser des ressources humaines, matérielles et financières requises pour la mise en œuvre de l'ANJE dans le contexte d'urgence.

Personnes ciblées :

Prévention de la malnutrition durant les 1000 premiers jours chez les enfants de 0 à 23 mois & les FEFA

2. Alimentation de couverture pour la prévention de la malnutrition aiguë et chronique

Cette intervention est menée dans les zones de santé en priorité 1:

L'intervention concerne toutes les personnes répondant aux critères ci-dessous :

- Enfants en bon état nutritionnel de 6 à 23 mois ou 6 à 35 mois dont PB \geq à 125mm,
- Femmes enceintes (au 2e et 3e trimestre de grossesse) et allaitantes en bon état nutritionnel avec enfants de moins de 6 mois dont PB $>$ à 230 mm



La durée d'assistance est de 6 mois. Les rations alimentaires fournies à ces cibles consistent en :

- 50g de Plumpy Doz/jr pour les enfants 6-23 mois ou 6-35 mois :
- 250 g Super céréale sucré + 25g d'huile ou 250 g Super céréale + 25 g d'huile+20 g de sucre pour les femmes enceintes et allaitantes.

Le mode de calcul des bénéficiaires est le suivant :

Nombre des bénéficiaires : population totale de la zone d'intervention x % groupe cible (en bon état nutritionnel) x couverture

D'où

- Population totale de la zone d'intervention : obtenue par le recensement ou dénombrement
- Calcul du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois : **5,67%**
- Calcul du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 35 mois : **9,95%**
- Pourcentage des FEFA : **8%**

NB : En utilisant le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en RDC selon l'annexe 9 et en répartissant de façon homogène le nombre d'enfants par classe d'âge, les enfants de 6 à 23 mois devraient représenter 5.67% et les enfants de 6 à 35 mois : 9.95% de la population.

Il est proposé que la couverture cible pour les planifications soit au moins de 90 pourcents.

3. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence pour enfants de 0 à 23 mois & FEFA.

CIBLE	FORMULE
0 – 6 mois (2%)	= Population totale des zones en urgence x 2% x 90%
6– 23 mois (5,67%)	= Population totale des zones en urgence x 5,67% x 90%
FEFA (8%)	= Population totale des zones en urgence x 8% x 90%

NB : Pour le calcul de la cible et la quantité du SLM dans le contexte de la Maladie à Virus Ébola et autres situations d'urgence, on doit recourir au mode de calcul repris dans la fiche technique (voir annexe)

4. Supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois et déparasitage pour les enfants de 12 à 59 mois

CIBLE	FORMULE	
	Vitamine A	Mebendazole/albendazole
6– 11 mois (2%)	= Population totale des zones en urgence x 2% x 90%	
12 – 59 mois (14,9%)	= Population totale des zones en urgence x 14,9% x 90%	

NB : Les enfant de 6 à 59 mois doivent être supplémentés en vitamine A et les enfants de 12 à 59 mois doivent être déparasités au mébendazole/albendazole deux fois l'an. Après vérification auprès des mères/gardiens et/ou la fiche CPS tous les enfants de 6 à 59 mois non supplémentés en vit A et les enfants de 12 à 59 mois non déparasités au mébendazole/albendazole au cours des 4 à 6 derniers mois doivent respectivement bénéficier de ces intrants.

5. Supplémentation en fer et acide folique pour les FEFA

En plus d'une alimentation équilibrée et variée, toutes les femmes en âge de procréer y compris les FEFA de même que les adolescentes, doivent être supplémentées en fer et acide folique. Pour les femmes enceintes, la supplémentation doit commencer 4 mois avant l'accouchement et se poursuivre jusqu'à 3 mois après accouchement. Pour les adolescentes, la supplémentation en fer et acide folique se fait dans le contexte ayant une prévalence de plus de 20% d'anémie. Elle se fait par l'administration d'un supplément par semaine pendant 3 mois, puis 3 mois sans prise de supplément.



Calcul de la cible et la posologie

-Adolescentes de 10 à 19 ans (11,75%) : **1 comprimé par semaine** de fer et acide folique.

Cible = population totale x 11,75% x 50%

-Femmes enceintes et femmes allaitantes (8%) : **1 comprimé par jour** de fer et d'acide folique

Cible = population totale x 8% x 90%

6. *La fortification à domicile avec les micronutriments en poudre pour les enfants de 6 à 23 mois*

La fortification à domicile avec les micronutriments en poudre permet d'enrichir l'alimentation de complément à base des aliments locaux pour tous les enfants de 6 à 23 mois selon la durée du projet dans les situations d'urgence pendant 2 mois et en raison d'un sachet tous les 2 jours.

Cible = population totale x 5,67% x 90%

7. *La MAM parmi les enfants de 6 à 59 mois, les FEFA, et les personnes souffrant de pathologies spécifiques (VIH, Tuberculose)*

Le nombre de personnes dans le besoin pour la MAM sera déterminé en combinant les éléments suivants :

- % de la population cible dans la population générale, 17,9%, EDS 2014 pour enfants de 6 à 59 mois, 4% pour les femmes enceintes et 4% pour les femmes allaitantes
- La prévalence issue des dernières enquêtes menées dans le pays (EDS, MICS, enquête territoriale et zonale)

Conformément aux orientations du niveau global qui conseillent aux pays de considérer le même facteur de correction de l'incidence pour la MAS et la MAM pour le calcul du nombre de personnes dans le besoin. En attendant une étude spécifique sur le facteur de correction pour la MAM, le pays utilisera le facteur de correction retenu pour la MAS.

Pour estimer les cas de MAM parmi les pathologies spécifiques (TBC, VIH-SIDA), on multiplie le nombre de malades sur la file active à la prévalence nationale respective : 41.3% pour la tuberculose et 51.9% pour le VIH-SIDA. (PNLS, Enquête 2013 ; PNLT enquête 2014).

Cas MAM TBC = Nbre de cas TBC file active x 41.3%

Cas MAM VIH = Nbre de PVVIH file active x 51.9%

Par ailleurs, pour les autres pathologies spécifiques (Choléra, Rougeole, Ébola...) les données seront celles collectées auprès des programmes spécialisés du Ministère de la santé.

Dans le Plan de Réponse Humanitaire du pays et les Plans de Réponses Humanitaires des provinces, ces formules seront utilisées pour le calcul du nombre de personnes dans le besoin pour la MAM.

En ce qui concerne la cible, le contexte, les capacités et les ressources sont prises en compte pour définir la couverture de la cible :

- ≥ à 50% en Zones Rurales,
- ≥ à 70% en Zones Urbaines et
- ≥ à 90% dans les camps de déplacés ou des réfugiés.

En ce qui concerne la couverture géographique, l'intervention couvre toutes les aires de santé dans la zone. La formation des prestataires doit prendre en compte l'ensemble des structures de la zone.

NB : A chaque année ou chaque semestre, le cluster devra déterminer la couverture cible adéquate à mettre dans les plans.

La MAS parmi les enfants de moins 5 ans, les FEFA et les personnes souffrant de pathologies spécifiques (VIH, Tuberculose)

Le nombre de personnes dans le besoin pour la MAS sera déterminé sur la base des données des enquêtes récentes :



- Les données de la population générale de l'institut national de statistique (INS)
- % de la population cible dans la population générale (données disponibles EDS 2013-2014 : 19,90% pour enfants de 0 à 59 mois ; 4% pour les femmes enceintes ; 4% pour les femmes allaitantes. Quant au nombre de cas avec pathologies spécifiques (VIH, Tuberculoses), les données de prévalence seront celles collectées auprès des programmes spécialisés du Ministère de la santé.
- La prévalence de la MAS issue des dernières enquêtes validées dans le pays
- Le facteur de correction de l'incidence à prendre en compte pour le calcul du nombre de personnes dans le besoin sera de 2,6, en attendant que le pays reçoit les directives d'opérationnalisation du résultat de l'étude faite par l'université Harvard. Cette étude a démontré que la valeur du facteur de correction de l'incidence k est de 5 pour la RDC. Ces directives d'opérationnalisation sont attendues prochainement et pourront guider les estimations pour le HRP et les plans opérationnels des CRIOs pour 2021 et 2023

Dans les PRH du pays et plans opérationnels des provinces, cette formule ci-dessous sera utilisée pour le calcul du nombre de personnes dans le besoin pour la MAS.

Nombre de cas de MAS = % Pop cibles x Prévalence MAS x Facteur de correction (K) x la couverture du programme.

En ce qui concerne le ciblage, en fonction du contexte, des capacités et des ressources disponibles, il est proposé que la couverture cible pour les planifications soit de :

- ≥ à 50% en Zones Rurales
- ≥ à 70% en Zones Urbaines
- ≥ à 90% dans les camps de déplacés ou des réfugiés

En ce qui concerne la couverture géographique, l'intervention couvre toutes les aires de santé dans la zone. La formation des prestataires doit prendre en compte l'ensemble des structures de la zone.

NB : Chaque année, le cluster devra déterminer la couverture cible adéquate à mettre dans les plans.

C. Prévention de la malnutrition

Tous les projets devront suffisamment prendre en compte le volet prévention de la malnutrition.

1. *Sensibilisation de la communauté*

La sensibilisation sera réalisée dans les CS, dans la communauté (villages, églises, écoles, associations) et auprès des personnes ciblées (les FEFA avec leurs entourage, parents d'enfant malnutris). Par ailleurs, le projet essayera d'impliquer de plus en plus les hommes aux séances de sensibilisation.

L'éducation nutritionnelle et les démonstrations culinaires porteront essentiellement sur ANJE, les pratiques familiales clés et les messages clés sur EHA.

2. *Mobilisation communautaire*

La mobilisation communautaire consistera à organiser un rassemblement où seront impliqués les leaders communautaires (autorité sanitaire, chef religieux, chef coutumier etc..). Cette mobilisation communautaire va susciter l'implication d'une communauté, inciter son aptitude à partager une vision, à favoriser les débats au sein d'une communauté, à susciter les actions individuelles et collectives nécessaires à la solution de la lutte contre la malnutrition.

3. *Organisation des réunions de groupe de soutien*

Les groupes de soutien aux mères seront créés dans chaque village. Ce groupe de soutien vise à encourager des pratiques adaptées à l'ANJE. Chaque groupe sera formé d'une animatrice qui est une mère ayant une bonne expérience en matière d'allaitement et d'alimentation de complément avec au moins un de ses enfants. Les groupes seront créés dans un sens participatif. Ce sont les communautés avec



l'aide des partenaires qui mettront ces groupes en place. Un groupe de soutien type est formé de :

- Chef de village
- L'autorité religieuse
- L'autorité traditionnelle dans la communauté
- Les relais communautaires
- Une personne intervenant traditionnellement dans les naissances
- Deux mères modèles

Au moins une réunion sera organisée mensuellement.

4. Alimentation de couverture

Dans toutes les ZS de priorité élevé selon la priorisation mise en place par le cluster, l'organisation d'une intervention d'alimentation de couverture est requise. Cette alimentation de couverture reste utile pour contribuer à la prévention de la réduction de la MAM. Le traitement des enfants à risque ou souffrant de la MAG se fait par l'utilisation des produits nutritionnels spécifiques.

D. Coordination, renforcement des capacités et suivi et évaluation des interventions

1. Organisation des supervisions formatives

Le projet sera mis en œuvre dans une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec la DPS à travers le BCZ et le PRONANUT. Ces supervisions conjointes intégrées (EHA, Nutrition, santé) seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi par la DPS et/ou le BCZ. Par ailleurs, un protocole d'accord sera signé entre partenaire, PRONANUT et BCZ. Ces supervisions vont renforcer les capacités du PRONANUT et de la DPS à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes ZS et de prendre les décisions adéquates.

2. Organisation des enquêtes SMART, SQUEAC, RAM et SLEAC

Les enquêtes SMART, et de couverture (SQUEAC, RAM, SLEAC...) doivent être réalisées selon les différents protocoles nationaux. Par ailleurs, les Termes De Références et les résultats de ces enquêtes doivent être validés par le comité de validation des enquêtes coordonné par le PRONANUT. Ces enquêtes seront réalisées par le PRONANUT ou des partenaires ayant l'expertise reconnue de la méthodologie conjointement avec le PRONANUT.

VI. La multisectorialité

A. Wash in nutrition

1. Pourquoi le Wash in nutrition

La sous-nutrition est responsable d'environ 45% de tous les décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde entier. On estime que 50% de cette malnutrition est associée à la diarrhée ou à des infections répétées de nématodes intestinaux en raison de l'eau insalubre, d'un assainissement inadéquat ou des conditions et pratiques d'hygiène insuffisante.

2. Objectifs

L'objectif sectorielle WASH pour la nutrition est de prévenir et réduire les maladies diarrhéiques d'origine hydrique comme facteur aggravant de la malnutrition dans les zones affectées par une crise nutritionnelle.

Pour le faire, il est nécessaire que les conditions hygiéniques requises soient assurées dans les structures de prise en charge et dans la communauté.

- Renforcer la notion de paquet minimum « WASH in Nut » dans les structures sanitaires et dans la communauté ;
- Disséminer les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les CS et dans la communauté



Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Les centres de prise en charge (UNTI, UNTA, UNS,) sont dotés d'un paquet minimum WASH
- Le couple mère/accompagnant – enfant malnutri » et les FEFA malnutries sont ciblées pour recevoir un paquet WASH;
- Les connaissances et pratiques WASH sont améliorées au niveau des structures et la communauté.

3. Le paquet minimum d'activité

L'attention aux enfants malnutris est centrée sur le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri » des centres nutritionnels jusqu'à leur domicile en communauté. Cette approche est aussi élargie aux FEFA malnutries

Le paquet minimum des activités Nutrition-WASH est différentes pour les UNTI, les UNTA, les ménages des enfants malnutris et la communauté affectée par une crise nutritionnelle et déterminé selon la durée de l'intervention. Les différents paquets WASH sont adaptés à ces 4 cas et sont détaillés dans le document « Stratégie WASH in Nut (WIN) in RDC », qui est le cadre de références pour ces activités. Des outils sont présents dans la stratégie pour les évaluations et autres tâches. Entre les activités des différents paquets, on trouve

Domaine	Activités
Préparation	Évaluation des besoins WASH dans les zones en crise nutritionnelle. Mise à disposition d'un stock de contingence. Renforcement des capacités des acteurs locaux aux activités de promotion à l'hygiène.
Réponse d'Urgence	Doter de paquets minimums WASH les centres de prise en charge nutritionnelle. Distribuer les intrants pour la potabilisation de l'eau et des kits d'hygiène aux enfants/personnes malnutris et aux membres du ménage. Sensibiliser sur le paquet WASH et l'incidence WASH dans la malnutrition Sensibiliser la population de la communauté affectée à la promotion de l'hygiène. Analyser le taux de chlore résiduel au niveau des points d'eau et des ménages. Renforcer les capacités des acteurs de la nutrition sur la promotion de l'hygiène et le WASH en général. Faire une enquête CAP de l'incidence de l'intervention sur les maladies hydriques. Conduire une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires par rapport à l'intervention.
Sortie de Crise	Cartographier les zones a fort taux de MAS. Plaidoyer pour intégrer les ZS affectées par les crises nutritionnelles dans des programmes de développement. Construire/réhabiliter des infrastructures WASH dans les communautés affectées par les crises nutritionnelles. Passation des ouvrages au BCZ, DPS ou autres structures étatiques.

En général :

Eau

Le paquet minimum des activités Nutrition-WASH est constitué de :

- Stockage et accès à une eau potable en quantité suffisante dans les structures et dans la communauté
- Contrôle régulier de la qualité de l'eau surtout pour le taux de chlore résiduel



Hygiène

- La promotion de l'hygiène devrait reposer sur l'accès aux savons et aux récipients de puisage et stockage d'eau. Les messages clés devront porter en priorité sur le lavage des mains avec du savon, le bon stockage et l'utilisation de l'eau potable, des latrines et sur l'hygiène domestique.
- Les activités WASH prévus dans le cadre de la PCIMA seront étendues au couple mère-enfant à domicile. Il comprend le stockage et l'accès à une eau potable et la dotation d'un kit WASH spécifique, la promotion pour l'accès à des toilettes, une propreté générale et des actions de sensibilisation à l'hygiène. Les activités de sensibilisation à l'hygiène dans le cadre des activités de prise en charge dans les centres et dans la communauté seront également soutenues.
- L'installation des points de lavage des mains et des autres services WASH décrits dans la stratégie WiN dans les CS/UNTI/UNTA est obligatoire et les autres services EHA décrits dans la stratégie WiN

Assainissement

La promotion de latrines familiales devra mettre un accent sur la promotion et la réplique des modèles existants hygiéniques et acceptés, en particulier par les femmes.

Concernant les latrines institutionnelles, la priorité sera donnée aux structures de santé par la promotion de la propreté/réhabilitation/réalisations de ses latrines et douches

La promotion de la gestion des déchets dans les CS et les ménages.

Autres activités

- Évaluations des besoins WASH dans les structures sanitaires.
- Organisation des formations du personnel sanitaire, des RECOs et la communauté sur la WASH.
- Distribution des kits WASH aux mères/accompagnants dans les UNTA/UNTI.
- Distribution de kits WASH pour les UNTI/UNTA/UNS.
- Enquête CAP WASH avant et après l'intervention pour les ménages des enfants malnutris selon la durée du projet.

B. Nutrition-Sécurité alimentaire

1. Pourquoi la sécurité alimentaire et la nutrition ?

La sécurité alimentaire et la nutrition sont extrêmement liées, notamment là où la sécurité des approvisionnements alimentaires est inexistante. Lorsque les aliments deviennent rares (disponibilité et accessibilité), un régime alimentaire plus pauvre nutritionnellement par conséquent elles développent des carences et un déséquilibre dans l'alimentation des macro et micronutriments ce qui induit l'apparition de la malnutrition.

2. Objectifs

Les objectifs stratégiques dans le cadre de l'approche Nutrition-SECAL sont les suivants :

- Restaurer les moyens de subsistance et renforcer la capacité des ménages d'enfant malnutris à faire face aux chocs.
- Apporter une assistance agricole d'urgence pour sauver des vies et protéger les moyens de subsistance.

3. Le paquet minimum d'activités

Les points d'entrée à la lutte contre cet aspect de la sous-nutrition sont utiles dans les contextes d'urgence et comprennent :

- Distribution de l'assistance alimentaire sous forme de vivres.
- Réalisation du « Cash and Voucher ».
- Appui aux Activités Génératrices des Revenues localement auprès des femmes des groupes de soutien et des RECO.
- Distribution des kits d'intrant agricoles (maraichères).



C. Nutrition-Santé

1. Pourquoi la santé et la nutrition ?

Le secteur de la santé joue un rôle essentiel pour la nutrition, il contribue à la nutrition en prenant des mesures pour soutenir la santé infantile et maternelle et par un ensemble d'actions liées spécifiquement à la nutrition. Telles que la promotion de l'allaitement maternel, la prise en charge de la MAS, la supplémentation en vitamine A et la prise en charge des complications médicales dans les structures de santé.

2. Objectifs

Le point d'entrée à la lutte contre cet aspect de la sous-nutrition sont utiles dans les contextes d'urgences et comprennent :

- Assurer la prise en charge des complications médicales chez les enfants malnutris.
- En ambulatoire, les enfants souffrant de malnutrition recevront le traitement médical systématique y compris le déparasitage et les suppléments en micronutriments si nécessaire.

3. Le paquet minimum d'activités

Parmi les points d'entrée possibles à cet aspect de la lutte contre la sous-nutrition on peut citer :

- Systèmes d'informations sanitaires :
 - Intégration d'indices nutritionnels aux rapports réguliers des établissements sanitaires (poids, taille et œdèmes)
- Soins de santé primaires :
 - Traitement des complications médicales ;
 - Campagnes de nutrition en particulier à l'intention des FEFA et des enfants (supplémentation en fer/folates et vitamine A; déparasitage; supplémentation en zinc contre la diarrhée et Communication pour le changement de comportement sur l'allaitement maternel ou l'alimentation de complément, vaccination),
- Développement des capacités du personnel sanitaire à tous les niveaux pour la gestion communautaire de la MAG.

D. Nutrition-Éducation

1. Pourquoi l'Éducation et la nutrition

L'investissement dans l'éducation joue un rôle important dans la prévention de la malnutrition. L'abandon de la poursuite de l'enseignement est dû au fait que les enfants sont affamés à l'école. L'école est un canal privilégié pour former adéquatement en nutrition les enfants et les futurs parents en vue de disposer demain d'un monde engagé contre la malnutrition. C'est pourquoi, les repas servis à l'école aux enfants servent à améliorer leur état nutritionnel, l'assiduité et réduire l'absentéisme.

2. Le paquet minimum d'activités

Le paquet minimum des activités comprend :

- Formation en nutrition des enseignants.
- Éducation nutritionnelle des enfants.
- Distribution des rations alimentaires aux écoliers.
- Déparasitage.
- Distribution des poudres de multi-micronutriments.
- Approvisionnement des écoles en vivres et de NFI.



VII. Thèmes transversaux

A. Résilience

1. *La résilience communautaire*

L'approche de renforcement des résiliences des communautés bénéficiaires se fera par l'implication des structures sanitaires, groupes ou associations communautaires dans toutes les phases de la mise en œuvre du projet.

A travers les groupes de soutien, les personnes de la communauté gérant ces structures communautaires seront capables de continuer à prendre en charge les enfants malnutris, faire le suivi et la promotion de la croissance des enfants, valoriser les aliments locaux, disséminer les pratiques de l'ANJE, d'hygiène et les activités de communication pour le changement de comportements

La prise en charge de la MAS et de la MAM dans les structures sanitaires à travers l'UNTI/UNTA/UNS sont des interventions de protection qui permettent d'offrir un traitement adapté et de soigner les enfants directement affectés. La prise en charge de la MAS et de la MAM permet également de préserver le capital humain d'une communauté, de la rendre plus productive et d'augmenter les capacités intellectuelles des enfants ce qui aura un impact direct sur la croissance du pays.

L'amélioration de la gouvernance en nutrition et SECAL se fera par le Renforcement du leadership des programmes en charge de la nutrition et de la SECAL, le renforcement de la coordination multisectorielle (WASH, SECAL, SANTE), l'Intégration de la nutrition dans le système de santé et par le Renforcement de l'approche « Nutrition à Assise Communautaire » pouvant faciliter une meilleure appropriation des interventions par la communauté.

2. *La résilience individuelle*

Les différentes formations organisées vont permettre au RECO, aux personnels des structures sanitaires et aux membres des associations communautaires de renforcer leurs capacités sur la PEC et la prévention de la malnutrition. Ainsi ces personnes vont pouvoir se développer et augmenter leurs compétences dans une situation critique. L'analyse des statistiques et la gestion des stocks d'intrants vont leur permettre d'être capable de résoudre les problèmes en cas de crise.

Les RECOs véritables passerelles entre les CS et la communauté sont les garants de la résilience de l'identification communautaire des enfants malnutris. Leurs formations et implications dès le début du projet va leur permettre d'être capables d'identifier et de référer les enfants malnutris vers les CS même après le projet. De plus, ces RECOs vont réaliser des visites à domiciles et sensibiliser la population sur l'ANJE.

L'implication des écoliers et des parents d'enfants malnutris, des mamans PB après formation sur le dépistage va leur permettre de continuer les activités après le projet. La prise de mesure du PB étant facile et permet en temps de crise d'augmenter la couverture géographique et d'identifier les enfants malnutris. La restauration des moyens d'existence, de protection sociale et de renforcement de la sécurité alimentaire (AGR, distributions générales de vivres et Cash transferts/Voucher) des vulnérables pourront être pris en compte selon les besoins identifiés.

3. *Liens entre l'urgence et le développement*

La lutte efficace contre la malnutrition nécessite des actions combinées, multisectorielles et continues. Les interventions d'urgence sont conçues et mises en œuvre pour protéger, promouvoir les bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles. Elles permettent d'offrir une prise en charge adéquate des cas de malnutrition en vue de réduire la morbidité & la mortalité parmi les enfants et les FEFA dans les communautés affectées par les différents types de crises.

Ces interventions dites d'urgence sont souvent de courtes durées (3 mois, 6 mois) et rarement de 12 mois ou plus. Elles sont souvent mises en œuvre avec l'appui des organisations non gouvernementales. La mise en œuvre des interventions d'urgence se fait très souvent sans qu'elles soient nécessairement accompagnées par un renforcement de capacité du niveau opérationnel, du système de santé pour que



celui-ci puisse être à même de poursuivre ces interventions après la fin de l'appui des ONGs. C'est pour cela qu'il paraît plus que nécessaire d'agir sur les facteurs contributifs à la situation nutritionnelle dans un cadre multisectoriel harmonisé. Les concertations entre le gouvernement, les bailleurs et les ONG intervenant en urgence et en développement sont donc nécessaires et doivent être amorcées afin que les dispositions de relais soient mises en place pour que les interventions de résilience ou de développement remplacent celles d'urgence.

Ces dispositions incluront entre autres :

- Un partenariat tripartite entre l'ONG internationale/nationale, le partenaire local et le Gouvernement
- L'établissement du partenariat solide avec les populations affectées dans tout le processus du cycle de projet et programme (analyse de besoins, planification, mobilisation des ressources, mise en œuvre, suivi et Évaluation)
- Les projets de réponse aux situations d'urgence doivent s'aligner sur le système existant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Lors de l'élaboration des projets de réponse aux urgences nutritionnelles de courtes durées, prévoir un renforcement de capacité du système existant de manière à permettre une continuité des interventions après le retrait des ONGs. Ceci passe nécessairement par la mise en place d'un mécanisme qui assure que le niveau opérationnel du système de santé dispose des capacités requises (ressources adéquates) pouvant lui permettre de poursuivre les interventions après le retrait des acteurs d'urgence. Au retrait des acteurs d'urgence, les bailleurs peuvent, au travers des dispositifs nationaux existants, assurer le suivi de l'utilisation des ressources mises à la disposition des ZS. La transition de l'urgence vers le développement se fera en lien avec le système de santé/PNDS.

Quelques dispositions ci-dessous pour l'opérationnalisation de l'orientation ci-dessus :

- Élaborer en partenariat avec le niveau opérationnel du système de santé et les ONGs Nationales (si disponibles) les projets de réponse aux urgences nutritionnelles,
- Assurer le renforcement de capacité des agents des structures de santé, des BCZ et des ONGs Nationales pendant la mise en œuvre des projets,
- La commande et l'approvisionnement des ZS en intrants nutritionnels pour 3 mois au moins après les clôtures de projets d'urgence. Le suivi des activités pendant cette période sera assuré par le gouvernement via le PRONANUT.
- Assurer le lien entre les réponses d'urgence et les programmes de nutrition de développement.
- Promouvoir les alternatives locales par la promotion des recettes locales
- Initier la dynamique communautaire avant désengagement
- Utiliser l'outil sur la prise en compte de résilience dans les projets

De manière spécifique :

- Les coordinations du cluster nutrition dans les provinces doivent avoir un tableau de bord des projets de nutrition d'urgence et doivent mettre en place les stratégies de sortie ci-dessus décrites avec l'appui des organisations en charge de l'appui des zones de santé au minimum 3 mois avant la fin du projet,
- Les ONGs qui assurent la mise en œuvre des projets de nutrition d'urgence doivent inclure dans leurs projets l'approvisionnement en intrants pour 3 mois à la clôture de leurs projets, mais aussi tout le paquet de renforcement de capacité pour la gestion des interventions de nutrition après leur retrait,
- Le cluster nutrition au niveau national devra faire un plaidoyer auprès des bailleurs pour la prise en compte dans les projets de nutrition d'urgence des aspects ci-dessus.
- Amorcer les échanges régulièrement avec les bailleurs et tenir des réunions de coordination de nutrition sur les aspects de transition entre les interventions d'urgence et celles du développement
- Harmoniser les outils de collecte de données de sorte que ceux du développement complètent



ceux de la phase d'urgence.

4. Genre

L'accès aux soins nutritionnels sera assuré sans discrimination pour tous les hommes, les femmes, les filles et les garçons quel que soit l'âge, la catégorie sociale et l'orientation sexuelle. L'expérience montre que ce sont les femmes qui accompagnent le plus souvent les enfants dans les services de santé, et de ce fait ont l'avantage de bénéficier des conseils sur les bonnes pratiques nutritionnelles et sanitaires. Le cluster veillera à la non exclusion des hommes, et pour ce faire, les impliquera dans toutes les étapes du projet dès l'analyse de la situation, à l'organisation de la réponse et aux activités de suivi et évaluation. L'analyse initiale devra examiner et rapporter la situation de l'accès à la nourriture, la répartition des rôles et des responsabilités assumés par les hommes et les femmes. Par exemple sur la production et la gestion des aliments, la prise de décisions sur l'affectation des ressources de revenus, des produits alimentaires et les habitudes/coutumes alimentaires applicables aux hommes/garçons et femmes/filles et les aptitudes. De plus ils devront analyser les catégories les plus vulnérables et à risque, les facteurs spécifiques de vulnérabilité pour les hommes et les femmes.

Au niveau communautaire, le programme veillera à l'implication des hommes et des femmes lors des évaluations initiales, de la définition des priorités, de la planification des activités et des séances de sensibilisation. L'objectif est de mettre toutes les catégories au même niveau d'information sur la nutrition des filles et des femmes, des garçons et des hommes. Permet également de renforcer la sensibilisation des hommes afin que ces derniers s'engagent davantage à assumer la responsabilité partagée qui incombe aux deux parents à prendre soin de l'alimentation de l'enfant. De plus, renforcer cette sensibilisation permet de détecter de façon précoce la dégradation de l'état de santé et nutritionnel des personnes à risques et à accompagner la prise en charge des cas de malnutrition.

Afin de mieux prendre en compte l'égalité des sexes dans les programmes de nutrition, les intervenants s'engagent à :

- Analyser et prendre en compte l'impact de la situation humanitaire sur l'alimentation/la nutrition des femmes, filles, garçons et des hommes ainsi que les freins à leur accès aux soins.
- Doter les prestataires ou les structures d'outils appropriés pour faciliter la collecte des données désagrégées par sexe, par âge et par type d'handicaps tout en relevant des facteurs de vulnérabilité spécifiques.
- Désagréger par sexe et âge les bénéficiaires reçus, RECO recrutés et personnels soignant ayant accès à des formations.
- Exiger que les équipes soignantes et les RECO bénéficient de formations et soient équitablement composés de femmes et d'hommes.
- Consulter systématiquement les femmes et les hommes de la communauté afin d'ajuster les horaires et jours d'ouverture à leurs disponibilités.
- Veiller à ce que les pères et les mères de la communauté soient également ciblés par les activités d'éducation nutritionnelle. L'implication des pères dans la prise en charge des cas de malnutrition et dans l'alimentation de la femme et de l'enfant sera encouragée.
- Analyser la vulnérabilité nutritionnelle affectant particulièrement les garçons et prendre des mesures correctives adéquates (sensibilisation sur la nutrition des garçons, etc.).

Afin que les engagements minimums du cluster en faveur de l'égalité des sexes soient pleinement compris par ses membres, systématiquement mis en œuvre, suivis et évalués. Le cluster lead appuiera la prise en compte du genre et de l'âge dans l'action humanitaire. Cela se fera à travers l'organisation de formations dans les provinces.

Engagement 1 : Désagréger par sexe et âge les bénéficiaires reçus, RECO recrutés et personnel soignant ayant accès à des formations :

Activité : Le centre nutritionnel a un système de suivi qui ventile par sexe et âge les données des



bénéficiaires admis, des RECOs recrutés et du personnel soignant ayant eu accès à une formation.

Résultat attendu: Les populations masculine et féminine jouissent d'un même accès aux services de soin, aux fonctions de RECO et aux opportunités de formation.

Indicateur : Nombre de filles, garçons, femmes et hommes ayant été traités dans les centres nutritionnels, Nombre de femmes et d'hommes composant les équipes de RECO, nombre de personnel soignant, femmes et hommes, ayant bénéficié de formations.

Moyen de vérification : Rapport mensuel d'activité, Fiche de création des comités de RECO avec les noms de personnes, fiches de présence aux formations.

Engagement 2 : Veiller à ce que les équipes soignantes et les RECOs soient équitablement composés de femmes et d'hommes.

Activité : Travailler avec les autorités sanitaires de la ZS pour que les femmes et les hommes soient équitablement représentés au sein des équipes de RECOs.

Résultat attendu : Les pères et les mères sont également sensibilisés aux bonnes pratiques nutritionnelles et aux soins des groupes vulnérables (garçons, filles, FEFA) grâce au renforcement de la mixité des équipes de RECO.

Indicateur : Nombre de femmes et nombre d'hommes employés comme RECO/nombre de groupes de discussion séparés organisés avec les pères et les mères et animés par un RECO de mêmes sexes

Moyen de vérification : Rapport d'activité, liste des RECO avec les noms des personnes et nombres de groupe de discussion effectués.

Engagement 3 : Consulter systématiquement les femmes et les hommes de la communauté afin d'ajuster les horaires et jours d'ouverture à leurs disponibilités.

Activité : L'équipe du centre nutritionnel anime des groupes de discussion non mixtes organisés avec les femmes pour déterminer quels horaires et quels jours d'ouverture sont les mieux en adéquation avec leur disponibilité.

Résultat attendu : Les femmes ont un accès renforcé aux services nutritionnels.

Indicateur : Nombre de groupes de discussion organisés avec les femmes.

Moyen de vérification : Les comptes rendus des FG sont établis à l'issue de chaque rencontre.

Engagement 4 : Veiller à ce que les pères et les mères de la communauté soient également ciblés par les activités d'éducation nutritionnelle. L'implication des pères dans la prise en charge des cas de malnutrition et dans l'alimentation de la femme et de l'enfant sera encouragée.

Activité : Organiser des sessions d'éducation nutritionnelle séparées pour les hommes et les femmes et des FG mixtes sur des thèmes liés à la malnutrition, à son traitement et à sa prévention.

Résultat attendu : Tant les hommes que les femmes connaissent les causes de la malnutrition et les moyens de préventions. Les hommes conscients de leurs responsabilités dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition, s'impliquent davantage.

Indicateurs : Nombre de sessions d'éducation nutritionnelles pour femmes et pour hommes, nombre de FG mixte.

Moyens de vérification : Rapport d'activité, fiche de présence aux groupes de discussion.

Engagement 5 : Analyser la vulnérabilité nutritionnelle affectant particulièrement les garçons et/(ou les filles- si ce critère varie selon les contextes) et prendre des mesures correctives adéquates (sensibilisation sur la nutrition des garçons, etc.)

Activités : Observer, documenter et analyser les causes potentielles de la plus grande vulnérabilité des garçons (ceci devra ressortir de l'analyse initiale et non définie à priori) à la malnutrition et assurer que le dépistage soit suffisamment actif pour identifier le maximum des garçons malnutris.

Résultat attendu : L'organisation comprend quelles sont les dynamiques sociales et familiales rendant les garçons plus vulnérables à la malnutrition tandis qu'un nombre accru de garçons malnutris est dépisté et



admis pour traitement.

Indicateur : Nombre de FG organisés avec les garçons/pères/mères afin d'analyser et documenter les causes de la malnutrition infantile masculine. Pourcentage de garçons malnutris dépistés et traités.

Moyen de vérification : Rapport mensuels et rapport final.

5. VIH/SIDA

Pour la prise en compte du volet VIH/SIDA dans le contexte d'urgences nutritionnelles, les membres du cluster s'engagent à :

- Intégrer la prévention du VIH/SIDA dans les activités d'urgence nutrition.
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

Engagement 1 : Intégrer la prévention du VIH/SIDA dans les activités d'urgence nutrition

Activités

- Planifier les besoins nutritionnels spécifiques des PVVIH dans les zones de haute prévalence du VIH/SIDA afin de prévenir la survenue de la malnutrition.
- Promouvoir les pratiques nutritionnelles adéquates pour les PVVIH.
- Intégrer systématiquement les interventions de prévention du VIH/SIDA dans la réponse aux urgences nutritionnelles.

Les séances d'éducation et de sensibilisation sur le VIH/SIDA visent la prévention du VIH/SIDA par la promotion des moyens connus (Fidélité, Abstinence et le port correct du préservatif). Un accent particulier sera mis sur l'alimentation du nouveau-né de mère séropositive et sur l'alimentation des PVVIH. La stratégie des paires éducateurs avec effet multiplicateur devra être également utilisée afin d'avoir un meilleur impact.

Indicateurs

- % des PVVIH recevant des rations alimentaires adéquates dans les zones à haute prévalence de VIH.
- % des PVVIH ayant reçu des messages sur les pratiques nutritionnelles et alimentaires spécifiques.
- % des réponses d'urgence nutritionnelles ayant intégrées des interventions de prévention du VIH/SIDA.

Engagement 2 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle des PVVIH

Activités :

- Former tous les prestataires à tous les niveaux (national et provincial) aux protocoles et standards de prise en charge nutritionnelle des PVVIH.
- Évaluer systématiquement l'état nutritionnel des PVVIH dans les structures de soins.
- Prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

Indicateurs :

- Le nombre des prestataires formés sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.
- Le nombre ou le pourcentage de PVVIH qui ont vu leur état nutritionnel amélioré par le suivi de l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) pour les adultes et le rapport P/T pour les enfants, désagrégé par sexe.
- Le nombre ou le pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle adéquate sans discrimination sur le genre et l'orientation sexuelle.

6. Relèvement précoce et Participation communautaire

Les interventions des partenaires opérationnels, devront clairement montrer les éléments de relèvement précoce suivants :

- L'appropriation des programmes par la communauté à travers la création ou la



redynamisation des Comités Locaux de Nutrition, des Cellules d'animation Communautaire et des CODESA pour leur implication à toutes les étapes du projet.

- Le personnel local est renforcé et capable de prendre en charge immédiatement les malnutris sans attendre les humanitaires et peu prendre efficacement le relais des humanitaires à la fin des projets d'urgence.
- Les structures locales de surveillance des premiers signes de malnutrition sont mises en place afin de ne plus retomber sur les cas de malnutrition aiguë devant nécessiter l'intervention des humanitaires.
- L'augmentation des revenus de la population ouvrière locale qui devrait être prioritairement être utilisée dans la mise en œuvre des projets.
- Le Renforcement des capacités des communautés à prévenir la malnutrition aiguë via :
 - L'initiation à la prévention par l'éducation des accompagnants sur les pratiques-clés en santé/nutrition.
 - Le renforcement de la stratégie NAC.
 - La sensibilisation des communautés sur la promotion de l'allaitement maternel exclusif.
 - Les bonnes pratiques d'hygiène familiales, alimentaire, environnementale, les pratiques d'alimentation de complément, suivi et promotion de la croissance.
 - L'utilisation des services de santé en cas de maladie, encouragement des communautés à l'amélioration de la production agropastorale et à l'utilisation des aliments produits.
- L'utilisation de la communauté pour la réalisation des activités de dépistage (RECO) et du traitement de la malnutrition aiguë. Cette participation permet l'appropriation du programme au niveau local, ce qui est indispensable pour la pérennisation des activités. La participation communautaire permet également l'extension de la couverture géographique du programme thérapeutique, et l'amélioration de l'accès à ce programme.

7. Environnement

Toutes les mesures doivent être prises pour respecter l'environnement notamment en ce qui concerne le traitement des déchets biomédicaux utilisés dans les structures de prise en charge de la malnutrition aiguë. Quand cela est nécessaire, on devrait prévoir la mise en place des incinérateurs.

La problématique de la gestion des déchets (sachets des ATPE), l'évacuation des eaux usées doit être clairement indiquée (latrines, propreté du CS, etc.) ainsi que la prise en compte de l'assainissement du milieu.

Les ménages devront être sensibilisés sur la problématique de l'impact de la dégradation de l'environnement sur le statut nutritionnel des populations.

8. Redevabilité

La redevabilité des différents acteurs impliqués dans l'aide à la nutrition est indispensable pour garantir que les engagements pris au cours des projets seront tenus et que les investissements réalisés produisent des résultats concrets en faveur de la nutrition. Par ailleurs, l'accent sur la redevabilité dans le cadre des projets de nutrition touchera la relation entre les organisations et les personnes qu'elles servent. Cela signifie que l'organisation prend en compte les besoins, les préoccupations et les capacités des membres des communautés et qu'elle leur explique ses actions et ses décisions.

La redevabilité envers la communauté dans le cadre des projets de nutrition est répartie en quatre domaines principaux :

a) Participation

Le processus consistant à impliquer des membres de la communauté. Les placer au centre du travail à accomplir et renforcer leurs sentiments de dignité.

Lorsque les membres de la communauté participent de façon significative aux projets de nutrition en situation d'urgence, ceux-ci sont plus susceptibles d'être efficaces car ils répondent à des besoins réels. Le travail a également de plus grandes chances d'être durable, car la communauté a davantage le



sentiment de se l'approprier.

La participation communautaire doit être encouragée dans les phases ci-après :

- L'identification des besoins, des capacités et des priorités.
- L'identification de solutions et d'actions destinées à répondre aux besoins. Les connaissances, l'expertise et les capacités locales doivent être prises en compte.
- Mise en œuvre du projet, comme le fait de s'accorder sur des critères de sélection ou d'organiser la main-d'œuvre et les ressources
- Le suivi et l'évaluation des progrès. Lorsque l'on donne aux membres de la communauté l'opportunité de commenter le travail en train d'être fait et de suggérer des changements, le projet peut gagner en efficacité.

b) Transparence

La transparence consiste à se montrer ouvert envers les communautés au sujet du travail qui est en train d'être effectué. Cela implique le partage d'informations sur :

- L'organisation : sa raison d'être, ses objectifs et ses valeurs.
- Le projet : les détails, les progrès, le coût et les personnes impliquées.

Si la communauté est informée du projet, elle pourra participer plus efficacement et demander à l'organisation de rendre compte de ses engagements.

c) Réactions

Dans la plupart des cas, les communautés ont la possibilité de faire des commentaires sur le projet.

L'aspect le plus important est la redevabilité. Suite aux plaintes et aux suggestions, les communautés doivent être régulièrement mise au courant des progrès dans la suite accordée à leurs réactions.

Lorsque des changements sont apportés au projet suite aux commentaires, la communauté doit en être informée. Lorsqu'une communauté constate qu'elle est écoutée et que ses commentaires sont pris en compte, elle sera davantage désireuse de participer au projet, ce qui ne fera qu'en améliorer l'efficacité.

d) Enseignements tirés

Les organisations qui se montrent redevables envers les personnes qu'elles servent sont engagées à améliorer la qualité de leur travail. Cela implique de montrer qu'elles écoutent les membres de la communauté et agissent ensuite en conséquence. Il est important que les enseignements tirés du projet soient consignés et communiqués aux communautés ainsi qu'aux autres parties prenantes. Les leçons apprises sont d'habitude mises par écrit, sous forme d'études de cas et de rapports. Les évaluations pendant et après le projet sont une bonne source de leçons. Ce principe de redevabilité communautaire est souvent plus facile à mettre en œuvre s'il existe une culture d'apprentissage au sein de l'organisation. Il pourrait donc être utile d'employer du personnel consacré à consigner les enseignements tirés ou alors d'inclure dans le cahier des charges de chacun, la responsabilité de consigner les leçons apprises.

Il est bon de partager ces leçons avec la communauté, car cela renforce les relations. Dans les communautés où les personnes analphabètes sont nombreuses, ce partage peut se faire au travers de rencontres, de la radio, de jeux de rôle, de posters ...

VIII. Stratégies de sorties

A. Intégration et passation des activités

Dès le démarrage, le partenaire visera l'intégration de la prise en charge nutritionnelle dans les structures sanitaires existantes et les communautés, aidées par le PRONANUT. Une attention particulière doit être accordée au renforcement des capacités des prestataires locaux des structures appuyées pour prendre le relais au terme du projet. Dès que les conditions pour une intégration totale sont réunies, le partenaire va transmettre la gestion totale des activités à moins de 2 mois de la fin du projet au bureau central de la zone de santé et PRONANUT. Cette passation sera conditionnée par la diminution du nombre de nouvelles



admissions à moins de 10 par mois par centre de santé. Au cas où le nombre de nouveaux cas dépasse ce seuil à la fin du projet, un plaidoyer doit être mené pour la continuation des activités de prise-en-charge.

B. Stock d'ATPE

Un des aspects critiques du succès de la pérennisation des activités nutritionnelles est l'approvisionnement en intrants thérapeutiques : un accent particulier sera mis sur la formation du personnel sanitaire au circuit de réquisition et d'approvisionnement auprès du PRONANUT et un stock d'ATPE de 3 mois sera laissé à la ZS à la fin du projet. Néanmoins, la durabilité de la disponibilité des ATPE est une limite dans la mesure où ces ATPE coûtent chers et ne sont pas disponibles sur le marché. En pratique, nous avons constaté que la durabilité de la disponibilité des ATPE reste relativement limitée dans le temps malgré la bonne volonté que la communauté pourrait avoir. Ainsi, il faudra faire un plaidoyer pour la pérennisation de l'approvisionnement en intrants pour la prise en charge des personnes malnutries.

C. Outil et matériel

A la fin du projet, les outils comme le registre, les fiches de suivi, les canevas de rapportage etc... devraient être laissés dans les structures pour une durée de trois mois pour permettre la continuation des activités. Le matériel doté aux structures appuyées comme toise, balance, PB, items EHA etc doit être maintenu dans les structures. Leur bonne utilisation doit être assurée régulièrement au cours des visites de supervision par le BCZS et du PRONANUT.

IX. Paquet minimum d'activités des projets selon la durée

Nature du Projet	Durée du Projet	Paquet minimum d'activités
Urgence	Moins de 6 mois	Stratégie curative
		Prise en charge de de la malnutrition, Formation, Dépistage, Supervision, Coordination avec BCZS
		Stratégie préventive
		Renforcement du dépistage passif au cours de la CPS
		Mobilisation communautaire et sensibilisation
		Wash in nutrition – voir « Stratégie Wash in Nut en RDC »
		Distribution des kits EHA au patient/ménage
		Mise en place des points de lavage des mains, de stockage d'eau potable avec du savon ou de la cendre, des incinérateurs, des trous à ordures, des latrines.
		Promotion des bonnes pratiques de l'EHA
		Plaidoyer pour l'intégration de la ZS/AS/Village et Centre de santé dans les programmes WASH de développement (type Programme Village Assaini, Consortium WASH, etc.)
Sécurité alimentaire		
Distribuer l'assistance alimentaire sous forme de vivres et/ou réaliser le « Cash and Voucher »		

Nature du Projet	Durée du Projet	Paquet minimum d'activités
Urgence	6-12 mois	Stratégie curative
		Prise en charge de la malnutrition, Formation ; Dépistage, Supervision ; Coordination avec BCZS



		<p>Stratégie préventive</p> <p>Renforcement du dépistage passif au cours de la CPS Mobilisation communautaire et Sensibilisation Intégration de l'ANJE notamment dans les services de santé de reproduction. Organisation des groupes de soutien Blanket feeding</p> <p>Wash in nutrition voir « Strategie Wash in Nut en RDC »</p> <p>Distribution des kits EHA au patient/ménage Mise en place des points de lavage des mains, de stockage d'eau et du savon Promotion des bonnes pratiques de l'EHA Enquête CAP WASH</p> <p>Sécurité alimentaire</p> <p>Distribuer l'assistance alimentaire sous forme de vivres et/ou réaliser le « Cash and Voucher » Et/ou appuyer les AGR localement auprès des femmes des groupes de soutien et des RECO Et/ou distribution des kits d'intrant agricoles ou petits élevages en fonction du contexte</p> <p>Surveillance nutritionnelle</p> <p>Mise en place ou renforcement des sites SNSAP Organisation d'une enquête SQUEAC et SMART</p>
<p>Transition entre l'urgence et le développement</p>	<p>Plus de 12 mois</p>	<p>Stratégie curative</p> <p>Prise en charge de la malnutrition, formation, dépistage, supervision, coordination avec BCZS</p> <p>Stratégie préventive</p> <p>Renforcement de la CPS Nutrition à assise communautaire Mobilisation communautaire et Sensibilisation Intégration de l'ANJE dans les services de santé de reproduction Organisation des groupes de soutien</p> <p>Wash in nutrition voir « Strategie Wash in Nut en RDC »</p> <p>Distribution des kits EHA au patient/ménage Mise en place des points de lavage des mains, de stockage d'eau et du savon Promotion des bonnes pratiques de l'EHA Construction/réhabilitation des infrastructures EHA Enquête CAP WASH</p> <p>Sécurité alimentaire</p> <p>Appuyer les AGR localement auprès des femmes des groupes de soutien, des associations et des RECO Distribution des kits d'intrant agricoles</p>



		Distribution des géniteurs d'élevage
		Surveillance nutritionnelle
		Mise en place ou renforcement des sites SNSAP Organisation d'enquête SQUEAC, anthropométrie selon méthodologie SMART, CAP et une étude qualitative

X. Coût standard des activités de nutrition

Intervention	Coûts unitaires (dollars par bénéficiaire/année)
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	259,47
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée	28,09
Prise en charge de la malnutrition chez les FEFA	56,3
Prise en charge de la malnutrition chez les PVVIH/TB	129,1
Sensibilisation	3,22
ANJE-U EBOLA	173,6
ANJE-U	20
Mobilisation sociale	3,22
Paquet minimum EHA	65
Paquet minimum Sécurité Alimentaire	32
Programmes de nutrition communautaire axés sur la promotion de la croissance (enfants)	5,00
Distribution publique d'aliments complémentaires pour la prévention de la malnutrition aiguë modérée (enfants)	40,25
Activités de prévention de la malnutrition utilisant le MNP	14,1
Enquête SMART rapide	7,000
Enquête SMART élargie	15,000
Enquête SQUEAC	15,000
Enquête CAP	10,000

NB : Le coût unitaire peut varier pour les zones enclavées

XI. Plaidoyer en faveur de la nutrition

Le travail de plaidoyer dans le cadre du cluster nutrition sera un processus piloté par le cluster pour les partenaires de nutrition, reposant sur des données en nutrition, destiné à influencer directement ou indirectement les décideurs et toutes les personnes concernées afin qu'ils soutiennent et mettent en œuvre des actions contribuant au financement des différents besoins en nutrition.

Les étapes techniques à suivre pour réaliser le plaidoyer sont :

- Faire un plaidoyer efficace en saisissant le cluster nutrition.
- Identifier la question/ cause liée aux problèmes de nutrition.
- Définir le But et les objectifs à atteindre.
- Identifier le Groupe/Audience cible que l'on vise.
- Développer le message.
- Identifier le canal ou les canaux de communication.
- Construire/Créer le soutien.



La construction de soutien concerne la création d'alliances avec d'autres groupes, organisations ou individus qui sont engagés dans le soutien de la question de plaidoyer. Chaque membre du cluster de nutrition doit se sentir impliqué en ayant un rôle à jouer dans le plaidoyer.

- Chercher/Mobiliser des fonds
- Exécuter (intervenir au niveau de l'inter cluster national et du HAG)

NB : le plaidoyer devra être porté au niveau de l'ICN et du HAG par les membres du cluster national et le partenaire

XII. Suivi et évaluation

Le suivi sera fait grâce à la compilation des données provenant :

- Des rapports d'enquêtes et d'évaluations nutritionnelles menées dans le pays par différents intervenants. Pour évaluer l'impact des activités, une enquête de base et finale devrait être menée aussi pour le WASH si le paquet WiN a été prévu.
- Des rapports d'activités des intervenants de mise en œuvre des interventions sur terrain. Les structures, appuyées par les partenaires de nutrition, transmettront mensuellement les données de prise en charge au BCZS qui ensuite consolidera et transmettra les données au structures hiérarchique (niveau province et niveau national). Le niveau provincial et national transmettra les données au cluster.
- Des bulletins et feuillets du SNSAP. Les membres du cluster ayant des interventions sur le terrain appuieront le SNSAP.

Les différentes données compilées seront analysées et discutées lors des réunions mensuelles du cluster. Par ailleurs, le cluster aidera à la planification et à l'organisation des missions d'évaluation rapide des situations nutritionnelles grâce à un outil standardisé d'évaluation rapide prenant en compte les données de routine, d'enquêtes, des sites sentinelles, etc. et le PRONANUT sera associé à ce processus.

Enfin, le cluster veillera à évaluer régulièrement l'impact des projets mis en œuvre ainsi que des activités du cluster par l'organisation des réunions ou ateliers ad hoc.

Les séances de restitution des résultats d'évaluation seront réalisées avec tous les partenaires impliqués.

XIII. Priorisation :

A. Les critères de priorisation

Les critères de priorisation retenus par le cluster nutrition incluent :

- La prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG)
- La prévalence de malnutrition aigüe sévère (MAS)
- Les bulletins de surveillance nutritionnelle et sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP),
- La classification de phase de sécurité alimentaire selon le dernier IPC
- Le mouvement de population issu des conflits armés, des conflits communautaires et les catastrophes naturels
- Les épidémies (choléra, rougeole et de la maladie à virus Ébola)
- La prévalence du retard de croissance.

La priorisation des ZS sera mise à jour chaque semestre. La première mise à jour sera faite en juillet et la deuxième sera faite en janvier. Ainsi les priorités seront prises en compte dans les revues et les plans d'actions annuels des partenaires (humanitaires et de développement) de nutrition dans le pays. A chaque fois, trois niveaux de priorité seront déterminés (zones de santé avec priorité élevée, zones de santé avec priorité moyenne et zones de santé avec priorité faible) pour les interventions d'urgences et de développements.

Enfin, le cluster élaborera des notes de plaidoyer en vue d'assurer que toutes les ZS avec priorité élevée soient totalement couvertes par le paquet d'interventions standards de nutrition en urgence incluant :



- La prévention des différentes formes de la malnutrition
- La supplémentation avec les divers micronutriments
- Le déparasitage et la prise en charge des cas de malnutrition aigüe
- Des interventions spécifiques dans certains contexte des épidémies (cholera, maladie à virus Ébola, rougeole etc.).

Cette note de plaidoyer inclura la réalisation des enquêtes nutritionnelles zonales ou territoriales dans les zones de santé de priorité moyenne.

B. La pondération pour la classification :

CRITERES DE PRIORISATION			
CRITERES DE PRIORISATION	NIVEAU	PONDERATION	SOURCES
ALERTE SNSAP	NIVEAU 3 : 3 - 4 FOIS EN ALERTE	3	Bulletin SNSAP des derniers 12 mois
	NIVEAU 2 : 2 FOIS	2	
	NIVEAU 1 : 0-1 FOIS EN ALERTE	1	
PREVALENCE MAG	NIVEAU 3 : > 15 %	3	Enquêtes nutritionnelles validées (territoriales, zonales, provinciales). Dans l'absence des enquêtes nutritionnelles, MICS 2018 est utilisée.
	NIVEAU 2 : 10-15%	2	
	NIVEAU 1 : < 10%	1	
PREVALENCE MAS	NIVEAU 3 : > 3 %	3	Enquêtes nutritionnelles validées (territoriales, zonales, provinciales). Dans l'absence des enquêtes nutritionnelles, MICS 2018 est utilisée.
	NIVEAU 2 : 2-3%	2	
	NIVEAU 1 : < 2%	1	
CLASSIFICATION IPC	NIVEAU 3 : PHASE 4 DE L'IPC	3	IPC 17ème cycle
	NIVEAU 2 : PHASE 3 DE L'IPC	2	
	NIVEAU 1 : PHASES 1 ET 2 DE L'IPC	1	
EPIDEMIES			
ROUGEOLE	NIVEAU 2 : PRESENCE D'EPIDEMIE	2	Information du cluster santé
	NIVEAU 1 : PAS D'EPIDEMIE	0	
CHOLERA	NIVEAU 2 : PRESENCE D'EPIDEMIE	1	
	NIVEAU 1 : PAS D'EPIDEMIE	0	
EBOLA	NIVEAU 2 : PRESENCE D'EPIDEMIE	1	
	NIVEAU 1 : PAS D'EPIDEMIE	0	



MOUVEMENT DE POPULATION	NIVEAU 1: Mouvement de population	2	Données OCHA
	NIVEAU 2 : Pas de mouvement de population	0	
RETARD DE CROISSANCE	NIVEAU 3: >= 20%	3	Enquêtes nutritionnelles validées (territoriales, zonales, provinciales). Dans l'absence des enquêtes nutritionnelles, MICS 2018 est utilisée.
	NIVEAU 2: 10 %- <20%	2	
	NIVEAU 1: < 10%	1	
Score maximum		21	
Score minimal		5	

Interprétation	Scores
Score maximum	21
Score minimum	5
Priorité élevée	- Scores qui se trouvent dans 50% du delta supérieur
Priorité faible	- Scores qui se trouvent dans 25% du delta inférieur
Priorité moyenne	- Scores entre le niveau élevé et faible

Seront retenues comme provinces humanitaires toutes celles reprises dans la planification de OCHA (selon la classification du niveau de sévérité) plus celles en urgence nutritionnelle (celles retenues parmi les provinces prioritaires, mais qui ne font pas parties de celles retenues selon la classification selon le niveau de sévérité par OCHA).

Estimation coût unitaire :

L'estimation du coût unitaire aide seulement pour la planification et non pour les évaluations des projets. Cependant la réalité varie d'une zone à une autre selon l'accessibilité physique.



XIV. Annexes

A. Annexe 1 : Rôles et fonctions du cluster

Rôles et fonction du cluster	Activités	Résultats attendus
1. Coordination du cluster et des membres et partenaires de mise en œuvre	<p>Établir des mécanismes de coordination appropriés et assurer leurs fonctionnements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenir régulièrement informé les membres du cluster : de la situation nutritionnelle dans le pays, des interventions en cours, des leçons apprises et meilleures pratiques. Mettre régulièrement la cartographie des acteurs actifs dans le secteur concerné et des zones sans interventions (GAP) • Participer obligatoirement aux réunions organisées mensuellement par le cluster tant au niveau national qu'au niveau provincial • Impliquer les membres du cluster dans l'élaboration et la validation des protocoles et normes • Renforcer le fonctionnement des clusters provinciaux et sous coordinations 	<ul style="list-style-type: none"> • L'état de la situation nutritionnelle est mis à jour régulièrement • La matrice « Qui fait quoi où » est actualisé au niveau national par les partenaires de mise en œuvre chaque 2 mois. (La complétude sera analysée chaque 2 mois par l'IM du cluster) • Les meilleures pratiques sont diffusées • La majorité des partenaires participent aux réunions des clusters nationaux et provinciaux (75% de participation au minimum) • Partage des données
2. Coordination avec les autorités nationales et provinciales et appui institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Participer activement aux réunions de coordination sectorielle organisées par le PRONANUT au niveau national et provincial • Apporter un appui logistique en fonction des besoins identifiés en collaboration avec le PRONANUT et les ZS • Impliquer systématiquement les services sanitaires dans la préparation, la mise en œuvre ; le S&E des interventions (définition des indicateurs, stratégies, bilan, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires participent aux réunions de coordination organisée par les services de l'état • Les autorités concernées (Ministères, divisions) sont informées sur une base mensuelle des activités déployées • Les ONG s'impliquent de façon participative les autorités qui participent à la mise en œuvre et aux bilans des interventions
3. Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des missions d'évaluations (outil standardisé d'évaluation rapide prenant en compte les données de routine, d'enquêtes, des sites sentinelles, etc..), assurer la collecte de données et leur analyse. • Identifier les priorités d'action et définir la réponse • Suivre la réponse et assurer le reporting 	<ul style="list-style-type: none"> • Des missions d'évaluation inter-cluster, sont régulièrement effectuées • Un outil standardisé d'évaluation rapide élaboré • Des missions de monitoring effectuées sur chaque projet • Un système de surveillance nutritionnelle et alerte précoce dans les AS mis en place



4. Stratégies et planning	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des stratégies de réponse incluant les « cross-cutting issues » telles que le genre, VIH, environnement, relèvement précoce et résilience • Coordonner les interventions nutrition avec les autres secteurs connexes (Sécurité alimentaire, santé, eau et assainissement ...) • Contribuer régulièrement aux réflexions/ analyses inter-cluster • Établir des plans de contingence pour les provinces affectées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions prennent en compte le VIH, le genre, l'environnement, le relèvement précoce et la résilience. • Les interventions nutritionnelles mises en œuvre en collaboration avec les autres secteurs et la communauté • Participation effective des membres lors des révisions des plans de contingence provinciaux.
5. Application des protocoles et normes, formations et renforcement des capacités techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en termes de formation des partenaires et des acteurs gouvernementaux dans le secteur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités des prestataires et des communautés ont été renforcées
6. Plaidoyer et mobilisations des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les bailleurs sur les défis et réponses notamment les gaps importants relatifs au financement du PAH • Les membres du cluster sont informés des potentiels financements (PF, ECHO, etc..) et des critères d'éligibilités 	<ul style="list-style-type: none"> • La nutrition figure parmi les priorités du gouvernement, des bailleurs et des acteurs de mise en œuvre aussi bien en urgence que du développement. • Information transmise sur base mensuelle aux bailleurs et ad-hoc selon le besoin (urgence, action spécifique souhaitée)

- B. Annexe 2 : [Protocole PCIMA version 2016, PCIMA PVIH version 2016](#)
- C. Annexe 3 : [Nutrition à assise communautaire](#)
- D. Annexe 4 : [Consultation préscolaire](#)
- E. Annexe 5 : [Stratégies Wash in nut](#)
- F. Annexe 6 : [Manuel d'orientation ANJE-U & ANJE-U dans un contexte EBOLA](#)
- G. Annexe 7 : [Priorisation du cluster](#)
- H. Annexe 8 : [MICS 2018](#)



I. Annexe 9 : Ratio Provincial

Province	Garçons 0-4 ans	Filles 0-4 ans	Moyenne 0-4 ans
Bas-Uele	16,04%	15,28%	15,66%
Equateur	18,52%	17,81%	18,17%
Haut-Katanga	21,36%	20,95%	21,16%
Haut-Lomami	21,36%	20,95%	21,16%
Haut-Uele	16,04%	15,28%	15,66%
Ituri	16,04%	15,28%	15,66%
Kasaï	18,66%	17,93%	18,30%
Kasaï-Central	18,66%	17,93%	18,30%
Kasaï-Oriental	20,56%	20,08%	20,32%
Kinshasa	20,98%	20,86%	20,92%
Kongo-Central	20,58%	20,84%	20,71%
Kwango	19,99%	18,83%	19,41%
Kwilu	19,99%	18,83%	19,41%
Lomami	20,56%	20,08%	20,32%
Lualaba	21,36%	20,95%	21,16%
Mai-Ndombe	19,99%	18,83%	19,41%
Maniema	19,12%	18,61%	18,87%
Mongala	18,52%	17,81%	18,17%
Nord-Kivu	20,38%	19,70%	20,04%
Nord-Ubangi	18,52%	17,81%	18,17%
Sankuru	20,56%	20,08%	20,32%
Sud-Kivu	20,10%	19,62%	19,86%
Sud-Ubangi	18,52%	17,81%	18,17%
Tanganyika	21,36%	20,95%	21,16%
Tshopo	16,04%	15,28%	15,66%
Tshuapa	18,52%	17,81%	18,17%
National	19,68%	19,04%	19,36%