

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

**Session annuelle  
du Conseil d'administration**

**Rome, 24–26 mai 2004**

## **QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE**

**Point 5 de l'ordre du  
jour**

***Pour approbation***

**F**

Distribution: GÉNÉRALE  
**WFP/EB.A/2004/5-A/3**  
6 avril 2004  
ORIGINAL: ANGLAIS

## **LA NUTRITION EN PÉRIODE DE CRISE: L'EXPÉRIENCE DU PAM ET LES DIFFICULTÉS À SURMONTER**

Le tirage du présent document a été restreint. Les documents présentés au Conseil d'administration sont disponibles sur Internet. Consultez le site WEB du PAM (<http://www.wfp.org/eb>).

## NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Le présent document est présenté au Conseil d'administration pour approbation.**

Le Secrétariat invite les membres du Conseil qui auraient des questions de caractère technique à poser sur le présent document, à contacter les fonctionnaires du PAM mentionnés ci-dessous, de préférence aussi longtemps que possible avant la réunion du Conseil.

Directeur de la Division des stratégies,  
des politiques et de l'appui aux  
programmes (PSP):

M. S. Samkange      tél.: 066513-2600

Chef du Service de la nutrition (PSPN):

M. P. Webb      tél.: 066513-2565

Pour toute question relative à la distribution de la documentation destinée au Conseil d'administration, prière de contacter le Superviseur de l'Unité des réunions et de la distribution (tél.: 066513-2328).



## RESUME

Le PAM et ses partenaires ont beaucoup fait ces dix dernières années pour lutter contre la malnutrition en période de crise. La malnutrition étant un facteur important de mortalité, les interventions alimentaires contribuent beaucoup à sauver des vies car elles ont un impact sur la santé et l'état nutritionnel des populations touchées.

Cependant, les interventions humanitaires qui visent à empêcher la détérioration ou à favoriser le rétablissement de l'état nutritionnel des populations doivent être rigoureusement adaptées à la nature de chaque crise et conçues pour remédier à ses causes profondes. Trois éléments sont à cet égard déterminants.

Tout d'abord il faut s'assurer que l'assortiment alimentaire répond aux besoins nutritionnels des populations locales et veiller à coordonner l'acheminement des produits pour qu'ils arrivent tous à temps et au même moment. Certains produits comme le sel iodé et les aliments composés enrichis ne sont nécessaires qu'en petites quantités, mais leur apport n'en est pas moins indispensable pour obtenir les effets escomptés sur la nutrition. L'on a aujourd'hui de plus en plus conscience de l'importance que revêtent les apports de micronutriments pour atteindre les objectifs des opérations d'urgence, et on constate aussi qu'il est plus nécessaire que par le passé de recourir aux aliments enrichis.

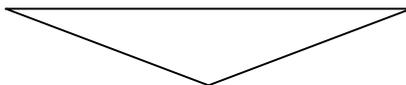
Ensuite, il importe dans un programme de nutrition d'associer les produits alimentaires à d'autres produits essentiels. Le PAM a besoin de ressources financières pour diverses activités en matière de nutrition et de santé publique: mouture/enrichissement des céréales sur place, achats d'aliments composés enrichis sur les marchés locaux et appui à des actions complémentaires en matière d'éducation nutritionnelle, de formation et de déparasitage. Toute amélioration durable de l'état nutritionnel des populations passe obligatoirement par une collaboration étroite avec des partenaires spécialistes de la nutrition, de la santé publique et de la gestion de l'information.

Enfin, il est indispensable de renforcer l'articulation entre les interventions d'urgence et les autres activités si l'on veut effectivement et durablement remédier aux causes profondes de la malnutrition.

Le présent document doit être lu en même temps que deux autres documents de politique générale: "Vivres pour la nutrition: intégrer la nutrition dans les programmes du PAM" (WFP/EB.A/2004/5-A/1) et "Enrichissement en micronutriments: l'expérience du PAM et la voie à suivre" (WFP/EB.A/2004/5-A/2).



## PROJET DE DECISION\*



En application de la décision 2002/EB.A/4, le Conseil demande au Secrétariat d'ajouter le texte qui suit au document intitulé "Synthèse des politiques générales du PAM: un outil de gouvernance" (WFP/EB.A/2002/5-A/1) sous la rubrique des questions intersectorielles:

"Le PAM analysera systématiquement les problèmes de nutrition en période de crise et définira les interventions les plus appropriées compte tenu des connaissances du moment et des meilleures pratiques en vigueur. À l'appui des objectifs fixés en matière de nutrition, des efforts supplémentaires seront faits pour assurer la distribution à temps de produits alimentaires équilibrés sur le plan nutritionnel. Le personnel du PAM sera appelé à mettre au point et à exécuter des opérations efficaces en matière de nutrition ainsi qu'à rendre compte des résultats obtenus, et le PAM renforcera sa collaboration avec les partenaires disposant de compétences complémentaires dans ce domaine. On recherchera des modalités de financement qui permettront d'accroître les ressources financières du PAM pour servir les objectifs en matière de nutrition. En outre, les programmes de nutrition entrepris pendant les situations d'urgence ne porteront pas uniquement sur les manifestations aiguës de la malnutrition pendant les crises, mais feront une plus grande place aux causes profondes du problème, et viseront à établir des liens avec les activités de développement à plus long terme".

---

\* Ceci est un projet de décision. Pour la décision finale adoptée par le Conseil, voir le document intitulé "Décisions et recommandations" publié à la fin de la session du Conseil.



## INTRODUCTION

1. Les situations d'urgence humanitaire se caractérisent par l'incapacité pour des populations entières de maintenir un équilibre entre leurs besoins et leurs ressources alimentaires. La malnutrition dont le manque de nourriture n'est pas la seule cause est en effet aggravée par de longues périodes d'alimentation insuffisante. C'est pourquoi l'alimentation continue d'occuper une place centrale dans la plupart des opérations d'urgence et s'inscrit dans toute une série d'interventions visant à lutter contre la malnutrition directement, grâce à la distribution générale de vivres, à des activités d'alimentation complémentaire ou thérapeutique et à l'enrichissement en micronutriments, et indirectement, en s'attaquant aux causes du problème.
2. Si la corrélation entre pénurie alimentaire et malnutrition est établie de longue date, en revanche, il n'y a pas si longtemps que l'on a vraiment pris conscience du fait qu'il est essentiel de remédier aux carences nutritionnelles pour sauver des vies. On sait aujourd'hui i) qu'une malnutrition aiguë est un facteur prédictif important de surmortalité chez les jeunes enfants<sup>1</sup>, ii) que même modérée, la malnutrition accroît la mortalité pendant les situations de crise parce qu'elle touche généralement sous cette forme une plus forte proportion de la population concernée que la malnutrition aiguë<sup>2</sup>, iii) que les carences en micronutriments sont un facteur de morbidité qui contribue à la mortalité en situation d'urgence<sup>3</sup> et iv) que l'arrivée en temps voulu de l'aide alimentaire aide à prévenir la mortalité parce qu'elle permet d'atténuer la malnutrition<sup>4</sup>.
3. Le présent document explique comment le PAM utilise l'aide alimentaire pour s'attaquer aux problèmes de nutrition dans les situations d'urgence, compte tenu des liens que les études scientifiques ont mis en évidence entre malnutrition et mortalité. Il repose sur de larges échanges de vues avec les équipes du PAM et d'autres spécialistes, ainsi que sur une analyse approfondie de documents de projets. Après un rappel des grandes évolutions de l'aide nutritionnelle d'urgence au cours de ces dernières décennies, on y verra quels sont les principaux axes de l'action du PAM dans ce domaine, ainsi que les problèmes auxquels il est confronté en termes de planification. Diverses mesures pratiques pour les opérations futures du PAM dans les contextes de crise sont proposées en guise de conclusion<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> La surmortalité est définie à des fins opérationnelles comme un taux brut de mortalité de plus de 1 pour 10 000 par jour. OMS/HCR/FISRCRCR/PAM, 2000. *The management of nutrition in major emergencies*, Genève.

<sup>2</sup> Pelletier, D. et Frongillo, E. 2002. *Changes in Child Survival Are Strongly Associated with Changes in Malnutrition in Developing Countries*, Washington DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project.

<sup>3</sup> UNICEF, PAM et al. 2002. *Savoir pour sauver*, New York.

<sup>4</sup> Mason, J. 2002. *Lessons on Nutrition of Displaced People*. *Journal of Nutrition*. 132: 2096S–2103S; Toole M. et Waldman, R. 1997. *The public health aspects of complex emergencies and refugee situations*. *Annual Review of Public Health*. 18: 283–312; Young, H. et al. 2004. *Nutrition in Emergencies*. *The Lancet*. À paraître en 2004.

<sup>5</sup> Ces questions ont été abordées avec les partenaires du PAM dans le milieu des organisations humanitaires, notamment le groupe de travail SCN/Nations Unies sur l'aide nutritionnelle en situation d'urgence, ainsi qu'avec les fonctionnaires du PAM chargés de la nutrition dans de nombreux bureaux de pays. Nous remercions vivement ici nos collègues du HCR, de l'UNICEF et de l'OMS pour les commentaires constructifs qu'ils nous ont soumis sur le texte pendant sa préparation.



## ÉVOLUTION DE L'AIDE NUTRITIONNELLE EN PERIODE DE CRISE

4. Depuis le début du vingt et unième siècle, 75 pour cent au moins des ressources du PAM ont été consacrées aux opérations de secours d'urgence et de redressement; en 2003, le chiffre a atteint près de 90 pour cent. Il n'en a pas toujours été ainsi. En 1975, le PAM affectait près de 90 pour cent de ses ressources à des projets de développement et distribuait seulement 99 000 tonnes de vivres dans le cadre de ses interventions d'urgence. En 2002, il a fourni plus de 3 millions de tonnes de denrées alimentaires à 60 millions de personnes confrontées à des situations de crise.
5. L'accroissement des ressources que le PAM consacre à l'aide humanitaire reflète l'escalade des crises depuis le début des années 90. Le nombre de personnes victimes de catastrophes naturelles est passé de 50 millions en 1980 à 250 millions en 2000<sup>6</sup>. À elles seules, les inondations font environ 140 millions de sinistrés chaque année; in 2002, plus de 600 millions de personnes ont été confrontées à des chocs climatiques, dont plus de la moitié à des périodes de sécheresse dans une grande partie de l'Afrique et de l'Asie du Sud.
6. De même, chaque année entre 1990 et 2000, 30 millions de personnes dans plus de 60 pays ont été déplacées ou se sont vues privées de leurs moyens de subsistance à cause de conflits. Les conflits qui se sont déchaînés durant cette période dans la région des Grands Lacs, en Somalie et dans les Balkans, et, plus récemment, dans la Région côtière de l'Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo ont fait un nombre effroyable de morts<sup>7</sup>.
7. Cependant, malgré la multiplication des catastrophes et leur ampleur croissante, la surmortalité observée dans les situations de crise a reculé. Le nombre de morts non violentes enregistré dans le contexte de crises majeures a baissé de près de 40 pour cent entre 1993 et 2003 par rapport à la décennie précédente. Les organisations humanitaires n'ont jamais été aussi efficaces dans les efforts qu'elles déploient pour sauver et protéger des vies: elles interviennent plus rapidement, mobilisent davantage de ressources et savent mieux gérer les symptômes et les causes de la malnutrition.
8. Deux facteurs importants ont contribué à cette amélioration. Le premier tient à l'évolution des connaissances médicales et nutritionnelles au cours des années 90, et à l'écho de plus en plus large qu'elles rencontrent aujourd'hui dans la pratique. Il existe à présent un grand nombre de travaux de recherche appliquée dont les stratégies humanitaires peuvent s'inspirer pour faire face aux urgences nutritionnelles, notamment des protocoles médicaux pour le traitement de la malnutrition sévère et des principes directeurs pour une utilisation efficace de l'alimentation dans la planification des interventions d'urgence<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Les chiffres cités dans cette section sont tirés des éditions 2001 et 2003 du *Rapport sur les catastrophes dans le monde* publié par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FISCR), complétés par des données du Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres, Université de Louvain, Belgique.

<sup>7</sup> D'après des estimations récentes, la surmortalité en partie imputable à la malnutrition et aux épidémies serait comprise entre 250 000 (sud du Soudan, 1998–1999) et 3 millions (République démocratique du Congo, 2000–2001).

<sup>8</sup> Projet Sphère 2004: *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, Genève; Collins, S. 2001. *Changing the way we address severe malnutrition during famine*. *The Lancet*. 358: 498–501.



9. Ainsi, on sait beaucoup mieux aujourd'hui comment composer les rations alimentaires pour qu'elles aient la plus grande valeur nutritive possible. Le tableau ci-après montre comment a évolué au fil du temps l'établissement des rations à distribuer en cas d'urgence pour se fonder non plus sur les disponibilités alimentaires mais sur les besoins nutritionnels. Peu à peu, les principaux intervenants ont adopté, aux fins de la planification, une estimation de ces besoins qui vise non seulement à maintenir les fonctions métaboliques à un niveau minimal pour éviter aux gens de "mourir de faim", mais aussi à réduire la mortalité en corrigeant les déséquilibres nutritionnels préexistants et en rétablissant l'activité physique nécessaire pour pouvoir se procurer de la nourriture. Les organisations humanitaires ont bien compris les dangers qu'il peut y avoir à distribuer des produits laitiers et des aliments pour nourrissons qui risquent de se substituer à l'allaitement maternel et d'accroître la mortalité infantile lorsque les règles d'hygiène, pour l'utilisation de l'eau et des biberons, ne sont pas respectées. D'autres conclusions du même ordre se sont également imposées en ce qui concerne la nécessité de diversifier les rations et d'enrichir les aliments dont elles se composent pour prévenir les carences en micronutriments.

<b>ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE NUTRITION EN PÉRIODE DE CRISE<sup>9</sup></b>	
Années 1960	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La réponse apportée dépend des produits alimentaires disponibles.</li> <li>➤ Les dons alimentaires sont davantage fonction des disponibilités que de l'adéquation nutritionnelle.</li> <li>➤ La valeur nutritionnelle des rations n'est pas une préoccupation essentielle.</li> </ul>
Années 1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le traitement de la malnutrition protéocalorique met l'accent sur les carences en protéines.</li> <li>➤ L'assortiment alimentaire se diversifie, avec l'inclusion de haricots et d'huile végétale.</li> <li>➤ Les aliments composés enrichis sont réservés à l'alimentation complémentaire.</li> </ul>
Années 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les grandes organisations humanitaires décident de relever de 1 500 à 1 900 kilocalories par personne et par jour le chiffre à retenir pour planifier les rations.</li> <li>➤ Des aliments composés enrichis sont inclus dans la plupart des rations destinées aux populations entièrement dépendantes de l'aide alimentaire.</li> <li>➤ L'assortiment alimentaire se compose de plus en plus souvent de six denrées de base: céréales, légumineuses, huile, sucre, sel et aliments composés enrichis.</li> </ul>

<sup>9</sup> D'après Toole, M., 1998, *An Overview of Nutrition in Emergencies*. Présentation au *Working Group on Nutrition in Emergencies*, 11 avril, Genève; Mason, 2002.



<b>ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE NUTRITION EN PÉRIODE DE CRISE<sup>9</sup></b>	
Années 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Certaines organisations, dont le PAM, portent de 1 900 à 2 100 kilocalories le chiffre à retenir pour planifier les rations destinées aux populations entièrement dépendantes de l'aide alimentaire.</li> <li>➤ Les avancées de la science permettent la production d'aliments thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition aiguë, par exemple les laits F100 et F75.</li> <li>➤ L'utilisation de produits laitiers et d'aliments pour nourrissons dans les situations de crise est plus rigoureusement limitée.</li> <li>➤ Les organismes des Nations Unies se dotent de stratégies et de lignes de conduite communes pour la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence.</li> <li>➤ Il est décidé que l'huile, le sel et la farine fournis au titre de l'aide internationale seront enrichis.</li> <li>➤ Certains pays en développement commencent à produire localement des aliments composés enrichis.</li> <li>➤ L'utilisation de biscuits BP5 et de biscuits enrichis à haute teneur en protéines se généralise.</li> </ul>
Années 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mouture et l'enrichissement des céréales distribuées sont de plus en plus souvent réalisés sur place.</li> <li>➤ Des aliments composés enrichis sont achetés dans des pays en développement pour être utilisés dans d'autres pays.</li> <li>➤ De nouveaux aliments thérapeutiques prêts à la consommation sont mis au point pour le traitement à domicile de la malnutrition aiguë.</li> <li>➤ L'attention se porte sur les liens entre le traitement de la malnutrition aiguë et la prévention de la malnutrition chronique.</li> </ul>

10. Le second facteur d'amélioration réside dans une plus grande harmonisation des stratégies et des méthodes adoptées par les différentes organisations. La coordination et l'uniformisation accrues de l'action humanitaire se reflètent dans les nombreuses initiatives prises par les organisations non gouvernementales (ONG) pour établir des normes professionnelles et scientifiques minimales<sup>10</sup>. Ces efforts comprennent notamment le processus évolutif d'appels communs et les évaluations conjointes des besoins, ainsi que la mise au point de manuels et de principes directeurs interorganisations. En témoignent également les mémorandums d'accord qui resserrent les alliances entre le PAM et d'autres organisations spécialisées dans l'aide nutritionnelle d'urgence, en particulier le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de grandes ONG. Il en est résulté pour le PAM une préoccupation croissante et plus explicite à l'égard des problèmes de nutrition.

## **LE PAM ET LA NUTRITION EN PÉRIODE DE CRISE**

11. Le but premier des opérations d'urgence est de sauver des vies. Or, beaucoup de décès sont directement et indirectement liés à la malnutrition. C'est pourquoi l'un des objectifs fondamentaux du PAM est de se servir de l'alimentation pour apporter un soutien

<sup>10</sup> Voir en particulier le projet SPHÈRE qui a pour but l'établissement de normes minimales et d'autres codes de conduite.



nutritionnel aux populations vulnérables. Ainsi que l'affirme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'alimentation est le traitement spécifique de la malnutrition protéocalorique<sup>11</sup>. Dans cette optique, le PAM privilégie trois grands axes d'intervention.

- **Le soutien nutritionnel général**, c'est-à-dire la distribution d'un assortiment de produits alimentaires aux populations victimes de crises, le but immédiat étant de satisfaire les besoins alimentaires de ceux qui ne peuvent plus se procurer normalement de quoi se nourrir, et donc de protéger leur état nutritionnel.
  - **Le traitement de la malnutrition**, qui repose sur des interventions sélectives, complémentaires de la distribution générale, visant à enrayer la détérioration de l'état nutritionnel des groupes vulnérables et à maintenir les acquis, moyennant:
    - ◇ *une alimentation complémentaire ciblée* qui a pour but d'empêcher les cas de malnutrition modérée d'évoluer vers une forme sévère et de permettre une récupération nutritionnelle ou d'apporter des nutriments à certains groupes vulnérables;
    - ◇ *une alimentation complémentaire générale* qui sert à prévenir la malnutrition et la mortalité qui en découle dans des sous-groupes de population particulièrement menacés;
    - ◇ *une alimentation thérapeutique* permettant de traiter les cas de malnutrition sévère avec des aliments à haute teneur en éléments nutritifs et énergétiques combinés à des traitements médicaux.
  - **L'apport de micronutriments**, qui fait intervenir l'achat d'aliments enrichis ou l'enrichissement d'aliments sur place pour satisfaire les besoins des populations ou remédier à des épisodes de carences en micronutriments.
12. L'objectif premier de la ration générale est de prévenir une pénurie alimentaire prolongée qui aggraverait la malnutrition et contribuerait ainsi à la surmortalité. La ration générale est adaptée aux besoins nutritionnels d'une population dans son ensemble, sans considération des variations individuelles. Cependant, à mesure que les interventions tiennent davantage compte des problèmes nutritionnels spécifiques de chacun, les aliments utilisés tendent à changer de nature: les modalités d'intervention elles-mêmes deviennent plus complexes et les mesures de santé publique jouent un rôle de plus en plus important.
13. On verra de façon plus détaillée dans les sections ci-après comment les interventions sont aujourd'hui planifiées et comment elles se déroulent. L'analyse repose en partie sur l'examen de 37 opérations d'urgence et interventions prolongées de secours et de redressement (IPSR) qui étaient en cours en 2002<sup>12</sup>. Elle porte à la fois sur i) la planification de la ration et ii) la quantité distribuée d'après les rapports et les informations fournis par les bureaux de pays.

<sup>11</sup> OMS, 2000. *The Management of Nutrition in Major Emergencies*. Genève, p. 91.

<sup>12</sup> Il s'agit d'un échantillon d'opérations en faveur de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) dans les pays suivants: Afghanistan, Algérie, Angola, Arménie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Burundi, Colombie, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Fédération de Russie, Géorgie, Guatemala, Guinée, Iran, Kenya, Libéria, Malawi, Namibie, Népal, Ouganda, Pakistan, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sri Lanka et Zambie. Six opérations spéciales examinées séparément n'ont pas été prises en compte dans les statistiques globales citées dans le texte car elles ne concernent pas un grand nombre de réfugiés ou de PDI, à savoir: Iraq (2002–2003), Afghanistan (1999 et 2002), Amérique centrale (IPSR régionale, 2003–2006), République populaire démocratique de Corée (2002–2003), opération d'urgence régionale en Afrique australe (2002–2003) et Venezuela (2000). Lorsque les chiffres rapportés ne concordent pas, on a fait des vérifications auprès des bureaux de pays afin que les comparaisons entre prévisions et résultats soient aussi exactes que possible.



## SOUTIEN NUTRITIONNEL GENERAL EN PERIODE DE CRISE

14. En période de crise, les populations ont besoin de nourriture, non seulement pour ne pas mourir de faim, mais aussi pour vivre, et i) pour assurer leur développement physiologique et mental, et ii) pour récupérer de la malnutrition dont elles souffraient. Dans ces situations, la cause la plus immédiate de mortalité est la maladie, en particulier la rougeole, le choléra, les diarrhées et la typhoïde. La malnutrition, surtout chez les enfants, a une forte influence sur la progression de la maladie et ses conséquences<sup>13</sup>. Le rôle de l'alimentation dans la réduction de la mortalité se mesure aux effets qu'elle a sur la santé par le biais de la nutrition<sup>14</sup>.
15. Les situations de crise ne se ressemblent pas toutes. Dans certains cas, elles touchent des populations précédemment bien nourries qui se trouvent brusquement confrontées à un risque élevé de mortalité à cause d'épidémies, de déplacements ou de conflits comme en Bosnie, au Kosovo et en Azerbaïdjan. Ailleurs, des crises viennent aggraver une situation déjà difficile, entraînant alors une malnutrition aussi bien aiguë que chronique. À titre d'exemple, en Éthiopie et au Bangladesh, où la malnutrition atteint des niveaux élevés au stade endémique, même une crise à évolution lente peut provoquer une détérioration suffisamment grave de la situation pour entraîner une hausse de la mortalité. L'état nutritionnel de la population avant la crise a donc une influence sur la façon dont celle-ci va se dérouler, et les réponses à apporter doivent être adaptées en conséquence.
16. L'évaluation des niveaux, des tendances et des causes de la malnutrition aiguë sert à prendre les décisions concernant les besoins d'urgence, l'identification des groupes prioritaires, la planification des interventions, leur suivi et la mesure des résultats. Or, si l'on constate depuis peu une convergence des méthodes d'enquête et des outils d'analyse parmi les organisations humanitaires, on ne peut pas encore en dire autant des procédures et des prescriptions en matière d'information. L'adoption par le PAM d'un système de gestion axée sur les résultats et d'une nouvelle série de directives pour l'évaluation des besoins d'urgence devrait permettre une prise en compte plus transparente et plus rigoureuse de l'analyse de la malnutrition dans l'estimation des besoins alimentaires, la conception des opérations d'urgence et l'évaluation de leur impact.

### Établissement et distribution de la ration

17. Il est essentiel que l'assortiment alimentaire soit équilibré pour maintenir l'état nutritionnel des populations touchées, surtout lorsque celles-ci sont entièrement dépendantes de l'aide alimentaire et n'ont guère de moyens de survie. Une ration d'urgence ne correspond pas à une cote mal taillée: la quantité et la composition des denrées dont elle est constituée doivent être adaptées aux habitudes alimentaires et au profil démographique de la population, aux niveaux d'activité, aux conditions climatiques, aux possibilités locales ainsi qu'au degré de malnutrition et de morbidité.

---

<sup>13</sup> Plus de la moitié des 11 millions de décès constatés chaque année parmi les enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement sont associés à des états de malnutrition chronique. Pendant les situations d'urgence, cette proportion peut augmenter considérablement.

<sup>14</sup> Quelques-unes des opérations récentes n'avaient pas d'autre objectif que celui de protéger des vies —Azerbaïdjan, Iran et Colombie— mais plus de 85 pour cent des interventions d'urgence du PAM ont un objectif explicite en matière de nutrition.



⇒ *Nombre de produits composant l'assortiment alimentaire*

18. La composition des rations d'urgence s'est modifiée au fil du temps. Les trois premières opérations du PAM, en 1962–1963, toutes à caractère humanitaire, avaient été déclenchées par une situation de crise: tremblement de terre en Iran, ouragan en Thaïlande et réinstallation de 5 millions de personnes rapatriées en Algérie. À l'époque, l'assortiment alimentaire ne comprenait que deux ou trois produits, parmi lesquels du thé en Iran, des conserves de poisson et du lait condensé en Thaïlande. Le PAM se préoccupait alors avant tout de la proximité géographique des donateurs, pour assurer l'acheminement rapide de l'aide, et de la commodité —d'où la préférence pour les conserves de produits. Les considérations nutritionnelles ne venaient qu'au second plan.
19. Aujourd'hui, la situation est différente. La ration comprend de plus en plus régulièrement cinq ou six produits tels que céréales (grains ou farine), légumineuses, huile végétale, aliments composés enrichis, sucre et sel. Dans les 37 opérations d'urgence passées en revue pour l'année 2002, l'assortiment alimentaire comprenait cinq produits dans 40 pour cent des cas, la liste allant cependant d'un seul produit —maïs en grains en Zambie— à six ou sept en Angola, à Djibouti, en Guinée, en Namibie et en République populaire démocratique de Corée, et à neuf ou dix en Iraq et au Bangladesh.

⇒ *Apport énergétique de l'assortiment alimentaire*

20. Conformément aux recommandations adoptées par plusieurs organisations, en 1997, le PAM a fixé à 2 100 kilocalories par personne et par jour la valeur de référence à utiliser pour calculer les besoins énergétiques et établir les rations destinées aux populations entièrement dépendantes de l'aide alimentaire<sup>15</sup>. Cette valeur initiale est ensuite ajustée pour tenir compte des conditions locales<sup>16</sup>. À titre d'exemple, bien qu'il ait été noté, dans le cas de IPSR en Arménie, que les ménages couvriraient 20 pour cent de leurs besoins alimentaires grâce à la production de leurs propres jardins, au commerce et aux revenus procurés par les envois de fonds, la teneur énergétique de la ration a été fixé à 1 922 kilocalories au lieu de 1 680 en raison des basses températures que connaissent les régions montagneuses en hiver. De même, dans le cadre de l'opération d'urgence menée lors de la sécheresse en Afrique australe, la valeur initiale a été revue à la hausse et portée à 2 200 kilocalories pour tenir compte des besoins des populations du Lesotho pendant l'hiver, ainsi que de la forte prévalence du VIH/SIDA et des niveaux prévus d'activité dans d'autres parties de la région. Le fait est que la situation d'urgence majeure survenue en Afrique australe a, pour la première fois, mis en évidence qu'il importait de tenir compte tout spécialement des besoins nutritionnels dans les régions durement touchées par le VIH/SIDA.
21. Lorsque les bénéficiaires ne sont pas totalement dépendants de l'aide alimentaire, l'assortiment alimentaire prévu est moindre. Sur les 37 opérations étudiées, sa teneur énergétique était inférieure à 2 000 kilocalories dans 25 pour cent des cas. Ainsi, dans la Région côtière de l'Afrique de l'Ouest, il avait été prévu, dans le cadre de l'IPSR, de distribuer des rations complètes de 2 100 kilocalories aux réfugiés déplacés depuis peu, mais de 1 790 kilocalories à ceux qui étaient déjà installés depuis un certain temps et qui pouvaient subvenir à une partie de leurs besoins alimentaires par leurs propres moyens. Selon le même schéma, dans le cadre de l'IPSR de 2002 en Éthiopie, la ration avait été fixée à 2 080 kilocalories pour les réfugiés soudanais et érythréens, mais à

<sup>15</sup> Toutes les valeurs exprimées en kilocalories dans le texte s'entendent par personne et par jour.

<sup>16</sup> HCR/UNICEF/PAM/OMS 2002. *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Rome.



1 730 kilocalories seulement pour les réfugiés somalis qui avaient d'autres possibilités pour faire face à leurs besoins, notamment des jardins potagers, du bétail et des revenus reçus de l'étranger.

⇒ *Composition nutritionnelle —protéines, lipides et micronutriments*

22. Pour composer l'assortiment alimentaire, le PAM suit les principes directeurs de l'OMS/Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) sur l'apport énergétique (en pourcentage) que doivent fournir les protéines et les lipides, et sur les normes en matière de micronutriments. En ce qui concerne les protéines, les assortiments alimentaires prévus et distribués dans le cadre des opérations d'urgence de 2002 étaient conformes aux principes recommandés dans 80 pour cent des cas. Parmi les opérations étudiées, celles qui ne se conformaient pas aux prescriptions concernant l'apport protéique concernaient toutes des pays dans lesquels le régime alimentaire est à base de riz —Bangladesh, Colombie, Côte d'Ivoire et Népal— et où il est difficile de fournir dans la ration la quantité de protéines voulue étant donné que le riz est une céréale qui en contient peu. L'une des options consiste alors à augmenter la quantité de légumineuses et d'aliments composés enrichis pour améliorer l'apport protéique.
23. Il n'est pas non plus toujours facile de respecter les recommandations en ce qui concerne les lipides. Dans le cas des opérations examinées, l'apport lipidique était inférieur au niveau minimum requis dans 68 pour cent des cas, la plupart du temps en raison du coût des huiles végétales et des problèmes de conservation —les denrées à forte teneur en matière grasse rancissent très vite. Cependant, les lipides sont des macronutriments essentiels à la survie et l'une des composantes indispensables de l'assortiment alimentaire car ils augmentent l'apport énergétique du régime alimentaire et facilitent l'absorption des vitamines liposolubles A, E, D et K.
24. Dans certains cas, des aliments transformés sont ajoutés à la ration générale afin de renforcer la teneur en protéines, en lipides et en micronutriments de l'assortiment. Parmi les opérations de 2002 passées en revue, 40 pour cent comptaient des aliments composés enrichis dans la ration générale, sous la forme d'une farine de soja et de céréale enrichie en micronutriments combinée à de l'huile végétale, du sel et parfois du sucre. En Éthiopie, l'opération d'urgence prévoyait de fournir des aliments composés enrichis à 35 pour cent des bénéficiaires; il a été décidé d'inclure ces aliments dans la ration générale en raison de l'ampleur de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments dont souffrait la population en général.
25. Un apport de micronutriments est également assuré par d'autres aliments. Ainsi, selon les directives et spécifications du PAM en matière d'achats de produits alimentaires, l'huile végétale achetée sur le marché international doit être enrichie en vitamine A. De même, le PAM utilise uniquement du sel iodé. Le sel n'étant nécessaire qu'en petites quantités, c'est un produit qui pose des problèmes logistiques en termes de fractionnement, de suivi et de distribution. Cela explique peut-être pourquoi dans 68 pour cent des opérations étudiées, dont celles concernant l'Afghanistan, l'Arménie, la Colombie, la Géorgie et l'Iran, il n'y a pas eu de distribution de sel: étant donné que la carence en iode est un problème endémique dans ces pays, le sel distribué par le PAM aurait probablement été la seule source de iode pour leurs populations. Dans les camps de réfugiés, le HCR distribue aussi des aliments frais qui constituent une source de micronutriments.



## **TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION**

26. Les interventions alimentaires ciblées servent à remédier à la malnutrition et à stabiliser l'état nutritionnel des groupes de population vulnérables confrontés à des situations d'urgence. En 2002, plus de 360 000 enfants ont ainsi bénéficié de l'aide alimentaire du PAM dans un contexte thérapeutique, et 3 millions d'autres ont reçu une alimentation complémentaire dans le cadre d'opérations d'urgence et d'IPSR.

### **Alimentation complémentaire ciblée**

27. Les programmes dans ce domaine servent à apporter un complément alimentaire à certains groupes vulnérables. De tels programmes sont parfois déjà en place avant la survenance d'une situation d'urgence, ce qui était le cas, par exemple, au Malawi et en Zambie avant l'intervention lors de la sécheresse de 2002–2003; dans ces deux pays, en effet, le PAM menait déjà une action axée sur la prévention et la récupération nutritionnelle en faveur de mères et d'enfants souffrant de malnutrition, et il a donc pu s'appuyer sur les filières et les mécanismes de ciblage existants pour augmenter rapidement le volume de l'aide alimentaire distribuée dès que l'intervention d'urgence a été déclenchée. Dans d'autres cas, les programmes d'alimentation complémentaire menés pendant les situations d'urgence peuvent servir de base au renforcement des institutions et à la mise en place de services qui permettront au secteur public ou à des ONG, une fois la crise passée, de répondre aux besoins de la population, qui resteront nombreux.
28. Il importe de reconnaître que les programmes d'alimentation complémentaire ont souvent des retombées qui vont au-delà de leur raison d'être initiale. En effet, la distribution des produits alimentaires se fait dans des lieux qui offrent à certains groupes ciblés la possibilité d'accéder à d'autres services tels qu'orientation médicale, consultations prénatales, suppléments en fer, déparasitage, information nutritionnelle et sanitaire, ou à d'autres ressources alimentaires fournies par des partenaires.
29. Les programmes d'alimentation complémentaire mis en place dans les camps de réfugiés peuvent aussi offrir un moyen d'atteindre les populations locales. En Sierra Leone et en Guinée, par exemple, ils bénéficient aussi aux mères et aux enfants des villages environnants où le niveau de malnutrition demeure plus élevé que dans les camps. Ils permettent ainsi de désamorcer les tensions éventuelles entre réfugiés et populations d'accueil, tout en contribuant plus généralement à lutter contre la malnutrition dans l'ensemble de la région.
30. Bien qu'un très grand nombre de programmes d'alimentation complémentaire aient déjà été mis en place un peu partout dans le monde à l'initiative du PAM et de ses partenaires, il y a encore des progrès à faire en ce qui concerne tant leur couverture que leur efficacité, et il faudrait également rassembler davantage d'informations à leur sujet. Cela ne sera possible pour une bonne part que si l'on dispose de personnels formés et de ressources non alimentaires pour entreprendre des actions de formation à la nutrition, d'éducation nutritionnelle et sanitaire, de dépistage et d'orientation vers les systèmes de santé.

### **Alimentation complémentaire générale**

31. Les programmes d'alimentation complémentaire générale apportent un soutien alimentaire ciblé sur des groupes de population particulièrement exposés au risque de malnutrition, par exemple les enfants en bas âge, les femmes enceintes et les mères allaitantes. Selon les recommandations actuelles, il convient de prévoir une alimentation complémentaire générale dans les situations où la malnutrition aiguë chez les enfants est



supérieure à 15 pour cent, ce qui peut se produire même dans des populations qui reçoivent une ration de base complète.

32. En principe, les programmes d'alimentation complémentaire générale ne devraient pas servir à compléter une ration générale insuffisante, même si cela se produit parfois dans la pratique. Ainsi, en Éthiopie, certaines défaillances logistiques survenues en 2002 ayant entraîné une réduction de la ration générale, il a été décidé de mettre en place un programme d'alimentation complémentaire générale (900 kilocalories en plus de la ration générale réduite de moitié) en faveur de 50 000 femmes et enfants dans les régions prioritaires. Une telle solution peut aller à l'encontre du but recherché, car il est difficile d'empêcher l'aggravation de la malnutrition en recourant à des aliments de complément lorsque l'alimentation générale demeure insuffisante. En outre, même si l'on parvient à maîtriser le problème de malnutrition chez les jeunes enfants et les mères, cela ne veut pas dire que l'état du reste de la population ne va pas se détériorer. En revanche, lorsque plus de 15 pour cent des enfants souffrent d'une grave malnutrition, une alimentation complémentaire générale peut s'avérer nécessaire pour prévenir l'aggravation de ce qui est alors un problème urgent de santé publique<sup>17</sup>.

### **Alimentation thérapeutique**

33. Mis en oeuvre par les gouvernements et les ONG, les programmes d'alimentation thérapeutique ont pour but de réduire la mortalité parmi les populations souffrant de malnutrition sévère. Par rapport aux bénéficiaires de la ration générale, la proportion de personnes admises dans ce type de programmes va de moins de 1 pour cent au Kenya et en Ouganda jusqu'à 12 pour cent en Érythrée et en Somalie.
34. La complexité du traitement de la malnutrition sévère/aiguë a conduit à la mise au point dans les années 90 de produits alimentaires à visée thérapeutique, notamment les laits F75 et F100 ainsi que d'autres aliments prêts à la consommation, qui ont fait la preuve de leur efficacité dans des conditions d'utilisation contrôlée mais dont le prix est parfois élevé. Conformément aux mémorandums d'accord passés avec l'UNICEF et le HCR, ces deux organisations sont actuellement chargées de l'achat et de la distribution des produits thérapeutiques. Cela dit, il est déjà arrivé que le PAM soit à même d'intervenir plus rapidement que ses partenaires pour assurer la livraison de produits énergétiques destinés à la récupération nutritionnelle. Le PAM contribue aussi aux programmes d'alimentation thérapeutique en fournissant des aliments composés enrichis. En 2002, il a assuré cet approvisionnement pour les actions nutritionnelles thérapeutiques d'environ 55 pour cent des opérations d'urgence.
35. Les aliments thérapeutiques sont généralement coûteux, mais il n'en faut pas de grandes quantités. À titre d'exemple, dans le cadre de l'IPSR 10045.1 qui a été mise en place au Bangladesh en 2002 pour venir en aide aux réfugiés du Myanmar, 8 tonnes seulement de produits alimentaires ont été livrés pour l'alimentation thérapeutique, contre 4 400 tonnes pour la distribution générale.

### **Apport de micronutriments**

36. Les carences en micronutriments sont à tout moment un facteur majeur de mortalité et de morbidité<sup>18</sup>, mais les situations de crise peuvent aggraver les troubles qu'elles entraînent

---

<sup>17</sup> OMS/HCR/FISRCR/PAM, 2000.

<sup>18</sup> Voir le document "Enrichissement en micronutriments: l'expérience du PAM et la voie à suivre" (WFP/EB.A/2004/5-A/2).



dans tous les groupes d'âge. Le problème qui se pose est donc double: i) comment prévenir ou traiter la recrudescence des troubles liés à une carence en micronutriments pendant les situations d'urgence, et ii) comment prendre en charge les carences en micronutriments en vue d'empêcher une nouvelle détérioration lors de crises ultérieures.

37. En ce qui concerne le premier aspect, les troubles de carence se font plus rares aujourd'hui étant donné la conscience accrue que l'on a généralement des risques encourus et les progrès de la planification. Ainsi, l'IPSR conduite en Fédération de Russie a permis de dépister dans les régions visées un problème important d'anémie, qui a exigé l'utilisation d'un don de 30 000 tonnes de farine de blé enrichie en fer. Selon une autre stratégie, 16 000 tonnes de farine de blé ont été enrichies au Pakistan grâce aux équipements installés par le PAM à Peshawar dans le cadre du projet de boulangerie de Kaboul, en Afghanistan. La lutte contre l'anémie ferriprive était le principal enjeu de cette initiative, qui a permis d'enrichir la farine en fer, en vitamines A, B1, et B2, en niacine et en acide folique, les carences en micronutriments étant très répandues dans la population afghane.
38. Afin de prévenir de nouvelles crises, le PAM renforce actuellement son appui à la mise en place de capacités locales d'enrichissement des aliments. Ainsi, en Afrique australe, où l'absence de niacine dans un régime alimentaire essentiellement à base de maïs provoque sans cesse des flambées de pellagre, les opérations de secours du PAM ont privilégié l'achat de céréales enrichies —dans près de 40 pour cent des cas l'assortiment alimentaire contenait une céréale moulue et enrichie— et l'utilisation d'autres aliments enrichis sur place.

---

## **DIFFICULTES DE PROGRAMMATION**

### **Distribution à temps des aliments appropriés aux populations qui en ont besoin**

39. Le PAM parvient à assurer la distribution d'aliments nutritifs dans des opérations de vaste ampleur. Dans ses opérations d'urgence les plus récentes, il a porté assistance à plus de 100 000 personnes; en Angola, en République populaire démocratique de Corée et dans la région des Grands Lacs en Afrique, ce sont plus de 1 million de personnes qu'il a fallu prendre en charge dans chaque cas, et ce chiffre dépasse 10 millions pour les interventions en Afghanistan et en Afrique australe. Dans toutes ces opérations, l'attention portée aux problèmes de nutrition a permis de sauver des vies.
40. Certaines améliorations n'en sont pas moins souhaitables. Un retard dans la distribution d'un ou plusieurs produits ou une rupture d'approvisionnement dans une filière peuvent gravement compromettre l'état nutritionnel des populations bénéficiaires. Il faut que le flux des produits soit régulier et bien coordonné pour pouvoir livrer ensemble et au même moment tous les produits de l'assortiment alimentaire. Mais fournir tous les produits au bon moment ne suffit pas, car la malnutrition et la mortalité brute ont d'autres déterminants. D'où la difficulté pour le PAM de démontrer l'impact de ses interventions sur la mortalité et l'état nutritionnel des populations dans le contexte des opérations d'urgence.

### **Ruptures d'approvisionnement et solutions opérationnelles**

41. Parmi les opérations d'urgence examinées pour l'année 2002, il s'est produit au moins une rupture d'approvisionnement dans 66 pour cent des cas et, le plus souvent, deux qui ont duré chacune de deux à quatre mois. Le manque de fonds ou leur arrivée tardive, et des problèmes logistiques en sont les principales raisons, ce qui est préoccupant: si, en effet, la



malnutrition aiguë est un facteur qui peut déclencher une opération d'urgence, la première priorité consiste alors à déployer rapidement des ressources pour remédier au problème. Or, on ne peut venir à bout de la malnutrition qu'en procurant à ceux qui en souffrent tous les produits alimentaires de complément dont ils ont besoin. C'est pourquoi des efforts sont menés pour prévenir les ruptures d'approvisionnement, en particulier dans le cadre des interventions en faveur des réfugiés. À titre d'exemple, le PAM produit désormais tous les mois un bilan de ses filières de produits qu'il porte à la connaissance des donateurs et autres intervenants, afin d'éviter toute rupture pouvant résulter d'une insuffisance de financement.

42. L'acquisition ou l'arrivée tardives de produits ont été responsables de 33 pour cent des ruptures d'approvisionnement. En 2002, l'IPSR conduite en Zambie en faveur des réfugiés angolais et congolais a manqué de maïs pendant six mois du fait de retards largement imputables à des problèmes logistiques eux-mêmes liés à l'opération contre la sécheresse qui se déroulait dans la région. Mais c'est en Afghanistan, au Pakistan et en République démocratique du Congo que les problèmes logistiques les plus graves ont été signalés en 2002. En République démocratique du Congo, en particulier, on a lancé une opération spéciale de remise en état des voies ferrées pour venir à bout des blocages, mais elle a avorté en raison d'une absence totale de financement. En Somalie et en Colombie, ce sont des problèmes de sécurité qui ont été à l'origine des interruptions.
43. Les achats sur le marché local peuvent aussi être une source de difficultés. Ainsi, la fragmentation des marchés et les problèmes logistiques ont entravé les achats de légumineuses en Éthiopie. En outre, beaucoup de pays en développement ont eu du mal à se procurer des aliments composés enrichis en 2002, à cause en partie de l'insuffisance des capacités de production locale, et aussi du fait que plusieurs grandes opérations d'urgence étaient en cours au même moment en Afrique. En fait, 73 pour cent seulement de la quantité totale d'aliments composés enrichis prévue pour 2002 ont été effectivement distribués. Si les opérations d'urgence menées simultanément en Afrique continuent de se faire concurrence pour le partage des mêmes ressources alimentaires en quantités limitées, il faut que le PAM évalue et appuie l'expansion des capacités de production d'aliments composés enrichis sur ce continent.
44. Les principales réponses à apporter aux ruptures d'approvisionnement sont les suivantes: i) emprunter au titre des activités des programmes de pays, c'est-à-dire souvent emprunter auprès des ONG partenaires ou sur les stocks publics, ii) réduire la ration générale distribuée à certains bénéficiaires, iii) cibler avec plus de précision les groupes vulnérables du point de vue nutritionnel, ce qui suppose une utilisation accrue d'aliments composés enrichis là où l'on manque de céréales, et iv) supprimer certains produits de l'assortiment. Dans ce dernier cas, le produit généralement à éliminer est le sucre, dont il a été distribué seulement 44 pour cent des quantités prévues en 2002.

## **Difficultés à surmonter pour mettre en oeuvre des programmes nutritionnels de qualité en période de crise**

### *⇒ Ressources non alimentaires*

45. L'apport en temps voulu d'une alimentation adéquate en quantité comme en qualité est certes nécessaire pour lutter contre la malnutrition, mais ce n'est pas suffisant pour remédier aux causes profondes du problème. D'autres ressources, non alimentaires celles-là, sont également essentielles. On s'en rend surtout compte dans le cas de l'alimentation thérapeutique, où médicaments, eau salubre et aliments doivent être associés et complétés par les services de partenaires spécialisés pour obtenir les résultats désirés.



Des ressources complémentaires sont également nécessaires pour s'attaquer à la malnutrition modérée. On constate que les interventions les plus innovantes du PAM, par exemple ses activités d'éducation nutritionnelle et d'aide à la production d'aliments enrichis, sont généralement liées à d'importants apports de céréales. À des volumes élevés correspondent souvent de grandes disponibilités financières. Il faudrait donc trouver les moyens de mobiliser les ressources non alimentaires nécessaires non seulement à la logistique ou à la sécurité, mais aussi à une action plus efficace de lutte contre la malnutrition.

## **Partenariats**

46. Nombre de partenaires du PAM disposent de compétences et de ressources qui complètent son savoir-faire et ses moyens d'action. À cet égard, l'importance des mémorandums d'accord signés avec le HCR, l'UNICEF et le Comité international de la Croix-Rouge à la fin des années 90 ne doit pas être sous-estimée car ils ont porté la collaboration d'ordre pratique et stratégique à un niveau plus élevé. La participation conjointe des personnels des organismes des Nations Unies à la formation sur les questions de nutrition pendant les situations d'urgence continue de prendre de l'ampleur, l'élaboration concertée de principes directeurs s'est avérée très utile pour mettre un terme à la confusion, et la définition plus claire des responsabilités qui incombent aux uns et aux autres a permis de gagner en efficacité. De même, le PAM s'implique actuellement de plus en plus, dans le cadre d'actions de formation, de consultations et de relations de partenariat, aux côtés de nombreuses ONG qui mettent en place des programmes de nutrition dans des situations d'urgence, notamment Action contre la faim et Médecins sans frontières. Il collabore aussi à des activités visant à renforcer les capacités nationales: en Érythrée, par exemple, le PAM et CARE International ont signé un mémorandum d'accord en 2003 en vertu duquel ils vont s'employer ensemble à renforcer les services de nutrition du Ministère de la santé; en Éthiopie, le PAM finance actuellement le coût du personnel chargé des activités de nutrition dans certaines régions défavorisées, sous les auspices des services de nutrition de la commission nationale de prévention et de préparation aux catastrophes.
47. Deux problèmes importants demeurent néanmoins: i) dans un monde où le combat humanitaire doit souvent être mené simultanément sur de multiples fronts, les ressources financières et institutionnelles des partenaires sont déjà très sollicitées, et ii) les partenaires qui interviennent dans les situations d'urgence ne disposent pas tous des compétences ou de la formation nécessaires pour concentrer leurs efforts sur la nutrition. À titre d'exemple, bien que la mise en place de l'IPSR en Colombie ait réuni 350 partenaires, 11 d'entre eux seulement ont entrepris des activités dans le domaine de la nutrition. En Afrique australe, les partenaires responsables de l'exécution de l'opération d'urgence régionale dans six pays n'étaient que 53 et la coordination était assez satisfaisante, mais il y a quand même eu de nombreux problèmes, notamment un manque de ressources et de compétences spécialisées pour la collecte et l'analyse de données sur la nutrition.

## **Collecte de données sur la nutrition**

48. Pour pouvoir atteindre ses objectifs en matière de nutrition dans le cadre du système de gestion axée sur les résultats qu'il privilégie désormais, le PAM doit se charger lui-même, bien plus qu'auparavant, de recueillir des données sur l'impact de ses opérations. Cela n'est pas tâche facile pendant les situations d'urgence étant donné les problèmes de sécurité et la rareté des moyens ou des compétences disponibles pour organiser la collecte de données. Cela dit, il est essentiel pour la qualité de ses programmes que le PAM puisse effectuer les enquêtes et les évaluations nécessaires pour savoir exactement où se posent les problèmes



nutritionnels et quelles en sont les causes, quelles sont les tendances observées quant à l'état nutritionnel de certains groupes de population et individus, et quelle est l'efficacité des interventions. Dans le contexte de la gestion axée sur les résultats, le PAM ne peut plus compter sur d'autres organismes pour lui fournir les données indispensables à la mise au point de ses programmes, solution qui a d'ailleurs parfois créé des difficultés dans le passé, notamment lorsqu'il fallait agir rapidement et que les partenaires ne disposaient pas des fonds nécessaires pour suivre le mouvement. Aujourd'hui, le PAM doit se donner comme priorité de développer ses propres moyens de collecte et d'analyse de données sur la nutrition.

49. Une attention plus systématique portée à la nutrition dans les activités d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité (ACV) ainsi que d'évaluation des besoins d'urgence ajouterait de la valeur aux efforts que déploie le PAM pour accumuler des connaissances. Les nouvelles directives en cours d'élaboration pour l'évaluation des besoins dans les situations d'urgence renforceront la capacité pour le PAM d'incorporer des données sur la nutrition dans les évaluations et de définir les interventions les plus appropriées compte tenu des particularités de chaque contexte.

### **Maintien des acquis nutritionnels après les situations d'urgence**

50. L'action humanitaire est aujourd'hui de plus en plus efficace dès lors qu'il s'agit de sauver des vies en période de crise, de traiter la malnutrition aiguë ou d'enrayer la malnutrition modérée dans les camps de réfugiés. Toutefois, et c'est le paradoxe, les réfugiés installés dans les camps jouissent en général d'un meilleur état nutritionnel que les populations d'accueil avoisinantes. Les résultats obtenus devraient être mieux partagés avec ces populations, et les meilleures pratiques suivies en période d'urgence maintenues une fois la crise passée. Les nouvelles activités que le PAM a entreprises en Afghanistan, en Angola et en Éthiopie, aux côtés de l'UNICEF et des autorités nationales, ont pour but d'accroître l'impact des opérations d'urgence sur la nutrition en s'intéressant à l'après-crise, ce qui suppose notamment de renforcer la capacité des institutions locales d'apporter une aide sanitaire et nutritionnelle aux populations vulnérables et de mettre en place des systèmes capables de durer après la crise, au cours des phases de redressement et de développement.
51. Dans ce contexte, il est donc important de ne pas traiter ceux qui souffrent de malnutrition en dehors du reste de la population<sup>19</sup>. Ceux qui ont passé l'étape thérapeutique ont généralement encore besoin d'une aide dans le cadre de programmes d'alimentation complémentaire, et ces programmes ne peuvent véritablement être efficaces que si la ration générale contribue à améliorer la sécurité alimentaire. Il doit y avoir une meilleure coordination entre le "traitement" des troubles aigus et la prise en charge des problèmes chroniques sous-jacents, car ce sont des objectifs qui se complètent l'un l'autre. Trop souvent, les centres d'alimentation thérapeutique ferment une fois la crise passée, alors que les processus qui ont conduit à l'aggravation de la malnutrition et de la mortalité n'ont pas été fondamentalement remis en cause. C'est pourquoi il est nécessaire de se pencher de plus près sur le rôle que joue l'amélioration de l'état nutritionnel des populations dans le passage de l'urgence à la stabilisation, en étudiant entre autres la possibilité de transporter les soins à domicile, sous la responsabilité de la communauté, dans le cadre d'une approche plus compatible avec la recherche de solutions durables aux problèmes de nutrition. De même, il conviendrait d'adapter chaque fois que possible certaines formes d'aide qui

---

<sup>19</sup> Prudhon, C. 2002. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*, Paris. Action contre la faim; Young *et al.*, 2004.



peuvent être mises en oeuvre quelle que soit la situation, telles que la distribution de denrées alimentaires dans les écoles, de manière à créer, pour le bien-être nutritionnel des enfants, une passerelle entre traitement et prévention.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

52. Le PAM et ses partenaires ont fait de grands progrès dans la prise en charge des problèmes de nutrition pendant les situations d'urgence. La malnutrition étant un facteur important de mortalité, les interventions alimentaires contribuent beaucoup, et de plus en plus, à sauver des vies. Cependant, des approches nouvelles sont devenues nécessaires pour faciliter l'articulation entre le traitement immédiat des problèmes nutritionnels en période de crise et la recherche de solutions aux causes profondes de la malnutrition une fois la crise passée. Les difficultés à cet égard sont importantes:

- Le PAM doit tenir compte de façon plus systématique des problèmes de nutrition dans l'évaluation des besoins alimentaires et non alimentaires, dans la conception des interventions et dans la notification des résultats des opérations d'urgence. Cela suppose que son personnel et celui de ses partenaires soient capables de procéder à des analyses de causalité plus approfondies et d'adapter les stratégies d'intervention en conséquence, ainsi que d'harmoniser les méthodes de gestion des informations sur la nutrition.
- Du point de vue opérationnel, le PAM doit multiplier ses efforts pour assurer l'approvisionnement à temps de tous les éléments qui composent un assortiment alimentaire équilibré sur le plan nutritionnel, en prenant tout spécialement soin de certains produits dont l'apport est indispensable même s'ils ne sont nécessaires qu'en petites quantités. Il faudrait également prévoir une certaine souplesse dans les modalités de financement pour permettre au PAM d'encourager l'achat d'aliments à valeur ajoutée sur les marchés locaux, la production sur place d'aliments enrichis et l'utilisation de nouveaux produits prêts à la consommation là où cette solution est avantageuse.
- Enfin, il conviendrait d'améliorer les directives relatives à l'alimentation complémentaire dans divers contextes de crise, en précisant en particulier les rôles et les responsabilités qui incombent aux différents partenaires chargés de fournir les ressources non alimentaires, notamment le HCR, l'UNICEF et les grandes ONG qui interviennent dans les domaines de la nutrition et de la santé publique. Le PAM doit impérativement s'efforcer de développer sa collaboration avec les organisations spécialisées dans le domaine de la nutrition et de la santé publique, afin d'accroître l'ampleur et l'efficacité de ses programmes de nutrition.



---

## **LISTE DES SIGLES UTILISES DANS LE PRESENT DOCUMENT**

ACV	Analyse et cartographie de la vulnérabilité
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FISCR	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IPSR	Intervention prolongée de secours et de redressement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

