ACTION CONTRE LA FAIM

WASH' NUTRITION

GUIDE PRATIQUE POUR UN MEILLEUR IMPACT NUTRITIONNEL GRÂCE AUX PROGRAMMES INTÉGRÉS WASH ET NUTRITION

À L'ATTENTION DES PRATICIENS DE L'AIDE L'HUMANITAIRE ET DU DÉVELOPPEMENT

Funded by European Union Humanitarian Aid and Civil Protection

unicef

WASH'NUTRITION

GUIDE PRATIQUE POUR UN MEILLEUR IMPACT NUTRITIONNEL GRÂCE AUX PROGRAMMES INTÉGRÉS WASH ET NUTRITION

À L'ATTENTION DES PRATICIENS DE L'AIDE L'HUMANITAIRE ET DU DÉVELOPPEMENT

TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION SUR LES DROITS D'AUTEUR 6
REMERCIEMENTS 7
COMMENT UTILISER CE MANUEL ? 8
PRÉAMBULE 9
LISTE DES FIGURES - TABLEAUX - ENCADRÉS - CARTES 10
LISTE DES ACRONYMES 12

1 – SOUS-NUTRITION ET WASH : L'ESSENTIEL 14
1. Définition de la sous-nutrition 17
2. Principales causes de la sous-nutrition 19
3. La période des « 1000 jours » : une fenêtre d'opportunités 20
4. Conséquences de la sous-nutrition 20
5. Lutter contre la sous-nutrition 22
6. WASH et sous-nutrition : chiffres globaux 28

2 – LIENS ENTRE WASH, ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET NUTRITION 32
1. Relations entre l'environnement sanitaire et le statut nutritionnel 35
2. Les mécanismes menant à la sous-nutrition 36
3. Autres maladies associées à l'environnement sanitaire 39
4. Effets des interventions WASH sur la santé 40

3 – STRATÉGIE WASH'NUTRITION 44
1. Alignement des programmes WASH et Nutrition 47
2. Intégration 48
3. Le couple mère-enfant : une priorité 56
4. Le changement de comportement 59
5. Coordination des parties prenantes 61
6. Assurer le paquet minimum WASH 64

4 – ACTIVITÉS INTÉGRÉES : DIFFÉRENTS NIVEAUX ET CONTEXTES 72
1. Au niveau des individus et des ménages 75
2. Au niveau communautaire 87
3. Au niveau des institutions (structures de santé & écoles) 99
4. Au niveau national 109
5. Interventions intégrées en situation d'urgence 112

5 – DISPOSITIFS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS INTÉGRÉES 122
1. Assurer le suivi des activités intégrées 125
2. Évaluer l'impact des activités intégrées 128

6 – VERS LA MISE À L'ÉCHELLE 130
1. Recherches opérationnelles 133
2. Renforcement des capacités 134
3. Communication et diffusion d'informations 136
4. Plaidoyer ciblé 138

RESSOURCES OPÉRATIONNELLES 144

DÉCLARATION SUR LES DROITS D'AUTEUR

DROITS D'AUTEUR

© ACF International - January 2017
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

Ce document faire référence à des activités d'aide humanitaire financées par la Commission Européenne. Les points de vue exprimés ci-après ne reflètent pas l'opinion officielle de la Commission Européenne. La Commission Européenne ne saurait être tenue responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans ce document.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à fournir un accès public aux informations relatives aux initiatives et aux politiques d'ACF International. L'objectif consiste à diffuser des informations exactes et actualisées au moment de la publication. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Les informations qui suivent :

- sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale ;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ;
- renvoient parfois à des documents ou des sites externes sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité ;
- ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences des législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

AUTEUR : Jovana Dodos (jovana.dodos@gmail.com), consultante en santé publique, département Expertise et Plaidoyer, secteur WASH, ACF-France
DESIGN : Céline Beuvin
PHOTO DE COUVERTURE : © B. Stevens/i-Images pour Action contre la Faim

© Action contre la Faim 2017, 14/16 Boulevard de Douaumont - CS 80060 - 75854 Paris Cedex 17 - France
Version numérique téléchargeable à l'adresse suivante : *www.actioncontrelafaim.org*

REMERCIEMENTS

Ce guide pratique a été élaboré par Action contre la Faim (ACF) et financé par la Direction générale pour l'aide humanitaire et la protection civile de la Commission Européenne (ECHO). Un groupe composé d'une vingtaine d'experts internationaux en nutrition, santé et eau-assainissement-hygiène, conjointement avec de nombreux praticiens de terrain ont contribué à son développement en participant au processus d'évaluation par les pairs, en apportant leur expertise technique, des commentaires pertinents, des idées et des documents. L'auteur les remercie profondément pour leur soutien.
Les remerciements s'adressent également à la direction Expertise et Plaidoyer d'ACF-France (Dr. S. Breysse, Dr J. Lapègue - Coordinateur du projet) et à ACF-US (Zvia Shwirtz, Ellyn Yakowenko et Gezahegn Metosso). Merci aux missions ACF au Sénégal et en Afghanistan pour leur accueil sur le terrain, leurs contributions et les informations précieuses issues de leurs expériences de terrain concernant l'intégration des secteurs WASH et Nutrition. Merci à Mme Marielle Labadens, chef du programme Eau, Assainissement, Hygiène au Sénégal et à M. Federico Soranzo, chef du département WASH en Afghanistan, pour leur inestimable soutien dans l'organisation des enquêtes. Un remerciement particulier à François Bellet (UNICEF WCARO), Damien Blanc (ECHO-Dakar), Diane Holland et Lizette Burgers (UNICEF New York).

GROUPE D'ÉVALUATION PAR LES PAIRS

M. Pablo Alcalde Castro, *référent WASH, Action contre la Faim*
M. François Bellet, *expert WASH, UNICEF Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, coordinateur régional du groupe WASH*
Mme Renuka Bery, *directrice du projet WASHplus, FHI 360*
M. Damien Blanc, *expert Eau, Assainissement et Hygiène, ECHO*
M. Ron Clemmer, *directeur Stratégie et Développement, WASH, FHI360*
M. Franck Flachenberg, *référent technique en Santé Environnementale, Concern Worldwide*
Mme Claire Gaillardou, *référente WASH-DRM pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, Action contre la Faim*
M. Ben Hobbs, *directeur de la campagne internationale, Génération Nutrition*
Mme Diane Holland, *référente Nutrition, UNICEF*
Dr Jean Lapègue, *référent WASH-DRM, Action contre la Faim*
Mme Rachel Lozano, *référente enquêtes et prévention nutrition, Action contre la Faim*
Mme Margaret Montgomery, *administratrice technique WASH, OMS*
Mme Ruth Nashipayi Situma, *spécialiste Nutrition, UNICEF*
M. Nicolas Villeminot, *référent technique WASH, Action contre la Faim*
Mme Marie-Sophie Whitney, *experte mondiale en nutrition, ECHO*

CONTRIBUTEURS

Mme Marie Theres Benner, *référente Santé, Malteser International*
M. John Brogan, *référent Eau, Assainissement et Hygiène, Terre des hommes*
M. Mark Buttle, *référent WASH humanitaire, Save the Children*
M. Arno Coerver, *référent WASH, Malteser International*
M. Tom Davis, *consultant Santé mondiale/Changement de comportement et ancien administrateur de programmes pour Food for the Hungry*
Mme Kate Golden, *référente Nutrition, Concern Worldwide*
Mme Laila Khalid, *coordinatrice subventions, Action contre la Faim Pakistan*
M. Tangui Leziart, *chef de projet WASH, Action contre la Faim*
Dr Mohammad Monirul Hasan, *Centre pour le développement de la recherche (ZEF), Université de Bonn*
Mme Monica Ramos, *experte WASH et Hébergement, Moyen-Orient et Eurasie, ECHO*
M. Johannes Rück, *coordinateur projet WASH & Nutrition, German Toilet Organization*
M. Stephan Simon, *référent Infrastructures de base, WASH, Deutsche Welthungerhilfe*
Mme Stéphanie Stern, *responsable ACF-LAB, ACF-France*
Mme Jordan Teague, *assistante de direction pour l'intégration WASH, WASH Advocates*
Mme Jona Toetzke, *consultante WASH et Nutrition GIZ/ACF*
Mme Megan Wilson-Jones, *analyste des politiques Santé & Hygiène, WaterAid*

COMMENT UTILISER CE MANUEL ?

La sous-nutrition est un problème multisectoriel auquel il faut apporter des solutions, elles aussi, multisectorielles. En employant des approches intégrées il est possible d'améliorer l'impact, la cohérence et l'efficacité des actions.

Ce guide pratique démontre qu'il est essentiel d'inclure d'une part des éléments WASH dans les programmes nutritionnels et d'autre part des aspects nutritionnels dans les interventions WASH (en les rendant plus sensibles à la nutrition). Il contient des informations et des outils exploitables par les professionnels du domaine pour la conception et la mise en œuvre de programmes WASH et Nutrition efficaces. En plus d'encourager à concevoir de nouveaux projets intégrés, le guide propose des ajustements pour renforcer les interventions intégrées existantes. Il ne décrit pas d'approche générique ou recommandations strictes mais s'appuie sur des exemples et des outils pratiques permettant d'améliorer les conditions sanitaires à des fins nutritionnelles et médicales. L'intégration des interventions WASH et Nutrition doit toujours tenir compte des conditions spécifiques, opportunités et contraintes propres à chaque contexte.

Ce guide pratique s'adresse principalement aux praticiens de terrain et aux directeurs de programmes WASH et Nutrition en contexte humanitaire ou de développement, en répondant à des questions plus pratiques à propos de l'intégration WASH et Nutrition au niveau du terrain. Il peut aussi servir d'outil aux bailleurs et institutions (comme les ministères de la santé) pour prioriser leurs activités intégrées WASH'Nutrition et leurs financements stratégiques.

STRUCTURE DU GUIDE

- Le **CHAPITRE 1** présente les notions de base de la sous-nutrition et donne un aperçu général des concepts clés relatifs à la programmation d'interventions intégrées WASH'Nutrition.
- Le **CHAPITRE 2** explique les liens entre l'environnement sanitaire et le statut nutritionnel et décrit comment les interventions WASH, en luttant contre les maladies et leur propagation, contribuent à réduire la prévalence de la sous-nutrition. Ce chapitre contient aussi un résumé des connaissances actuelles basées sur des preuves scientifiques.
- Le **CHAPITRE 3** est organisé autour des cinq piliers de la stratégie WASH'Nutrition. Il contient des conseils opérationnels et des indications pour l'intégration d'éléments WASH et Nutrition dans les interventions, en signalant les obstacles potentiels et les stratégies pour y remédier.
- Le **CHAPITRE 4** décrit la mise en œuvre pratique des activités intégrées à différents niveaux (ménage, communauté, pays) et dans différentes structures (centres de santé et de nutrition, écoles). Une attention particulière est portée aux interventions intégrées WASH et Nutrition en situation d'urgence.
- Le **CHAPITRE 5** propose un cadre pour réaliser le suivi et l'évaluation des interventions intégrées, ainsi qu'un ensemble d'indicateurs permettant d'en mesurer la progression et l'impact.
- Le **CHAPITRE 6** porte sur la mise à l'échelle de l'approche intégrée WASH'Nutrition par le plaidoyer, la communication, le renforcement des capacités du personnel du projet et la recherche opérationnelle.
- La partie **RESSOURCES OPÉRATIONNELLES** est un ensemble d'outils pratiques et d'exemples de terrain qui facilitent l'intégration WASH'Nutrition. Ces ressources sont classées selon les phases classiques du cycle de projet.

Ce guide contient par ailleurs des notes et des encadrés fournissant des conseils, des précisions ou des liens vers des pages internet et des documents recommandés. Tout au long du guide, vous trouverez des exemples d'expériences de terrain (études de cas) provenant de missions ACF ou rapportés par des contributeurs.

La liste des figures, des encadrés et des tableaux, se trouve en page 10.

PRÉAMBULE

Malgré de réels progrès dans le domaine, la sous-nutrition reste un problème majeur de santé publique. Elle touche des dizaines de millions d'enfants et provoque la mort de 3,1 millions d'entre eux chaque année, ce qui représente plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde. Le fait de bénéficier d'une nutrition adéquate pendant la jeune enfance est un facteur essentiel au bon développement physique et intellectuel de l'enfant. Les carences nutritionnelles durant cette période peuvent non seulement déboucher sur des maladies voire la mort, mais aussi avoir des conséquences à long terme sur les capacités sociales et cognitives, la réussite scolaire et la productivité au travail.

Les enfants atteints de sous-nutrition sont davantage touchés par les maladies diarrhéiques et autres infections. Dans les contextes d'urgence et de développement à fort taux de sous-nutrition, le problème est d'autant plus grave du fait des conditions sanitaires à risque liées aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) insuffisants. Les recherches dans le domaine, bien que limitées, montrent qu'il existe une corrélation entre les conditions sanitaires et le statut nutritionnel des populations ; par exemple le lien entre la défécation à l'air libre et le retard de croissance a été démontré.

Même dans les contextes où les populations sont confrontées aux mauvaises conditions d'assainissement, au manque d'hygiène et à une eau de consommation insalubre, il existe des interventions simples et efficaces qui permettent de lutter contre la sous-nutrition et la diarrhée. Le document co-publié par l'OMS, l'UNICEF, l'USAID en 2015 «Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene : Practical solutions for policy and programmes», est une référence importante pour comprendre les preuves, les interventions et les approches relatives à l'action conjointe WASH et Nutrition. Le présent guide pratique d'Action contre la Faim vient compléter cette publication et illustre, à travers la présentation d'expériences provenant de plus de 30 pays, quand, où et comment faire pour mener une démarche intégrée. Il s'adresse aux professionnels de l'aide humanitaire et du développement qui cherchent des stratégies simples mais efficaces pour obtenir des résultats nutritionnels accrus grâce à l'amélioration des conditions sanitaires.

Dans l'optique de lutter contre la sous-nutrition et d'atteindre les Cibles Mondiales 2025 de l'OMS pour la Nutrition, il faut adopter une approche multisectorielle en mettant l'accent sur l'amélioration des conditions sanitaires. D'autre part, parmi les Objectifs de Développement, l'Objectif 6 sur l'eau et l'assainissement, l'Objectif 3 sur la santé et l'Objectif 17 sur les partenariats, sont de bons moyens pour mobiliser plus efficacement les ressources et l'attention sur les bienfaits des bonnes conditions sanitaires sur la nutrition, la santé et le développement de manière générale. Pour résumer, plus aucun enfant ne devrait souffrir de sous-nutrition et des millions de morts pourraient être évités en organisant des actions raisonnées, ciblées et conjointes entre les secteurs WASH et Nutrition.

Zita Weise Prinzo,
Nutrition pour la Santé et de Développement, OMS

Margaret Montgomery,
Eau, Assainissement, Hygiène et Santé, OMS

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	LES DIFFÉRENTS TYPES DE SOUS-NUTRITION	17
FIGURE 2	CADRE CONCEPTUEL DE LA SOUS-NUTRITION	19
FIGURE 3	IMPACT DE LA SOUS-NUTRITION AU COURS DE LA VIE D'UN INDIVIDU	21
FIGURE 4	INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES ET SENSIBLES À LA NUTRITION	23
FIGURE 5	LE CONCEPT DE SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE	24
FIGURE 6	TENDANCES MONDIALES DE L'ÉMACIATION ET DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS	28
FIGURE 7	LIENS ENTRE ENVIRONNEMENT SANITAIRE INADÉQUAT ET SOUS-NUTRITION INFANTILE	35
FIGURE 8	NOMBRE MOYEN D'ÉPISODES DIARRHÉIQUES PAR AN SELON L'ÂGE DES ENFANTS D'APRÈS TROIS ÉTUDES DE PROSPECTION DANS LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT	37
FIGURE 9	CERCLE VICIEUX ENTRE LES INFECTIONS INTESTINALES ET LA SOUS-NUTRITION	37
FIGURE 10	COMPARAISON ENTRE UN INTESTIN SAIN ET UN INTESTIN ATTEINT DE DEE	38
FIGURE 11	BAISSE DE LA MORBIDITÉ DUE AUX MALADIES DIARRHÉIQUES	40
FIGURE 12	SCHÉMA DES VOIES DE TRANSMISSION ORO-FÉCALES ET BARRIÈRES HYGIÉNIQUES	41
FIGURE 13	EFFETS DES AMÉLIORATIONS EN MATIÈRE D'EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT SUR LE RISQUE DE MALADIES DIARRHÉIQUES	42
FIGURE 14	DEGRÉS CROISSANTS DE L'INTÉGRATION MULTISECTORIELLE	48
FIGURE 15	ACTEURS CONCERNÉS PAR L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION	62
FIGURE 16	CLUSTERS HUMANITAIRES ET LEUR COORDINATION	63
FIGURE 17	AMÉNAGEMENT D'UN ESPACE DE JEU POUR LIMITER LES RISQUES D'INGESTION DE TERRE OU D'EXCRÉMENTS D'ANIMAUX	77
FIGURE 18	L'APPROCHE « MAISON PROPRE »	77
FIGURE 19	AFFICHE-CONSEIL ILLUSTRANT LES MOMENTS CRITIQUES POUR SE LAVER LES MAINS AVEC DU SAVON	79
FIGURE 20	AFFICHE UTILISÉE PAR ACF TCHAD POUR PROMOUVOIR LES BONNES PRATIQUE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE	84
FIGURE 21	COUVERTURE DES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ DANS LE MONDE	99
FIGURE 22	CADRE D'ACTION DE L'APPROCHE « FIT FOR SCHOOL »	106
FIGURE 23	APPROCHE HOLISTIQUE DE L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION	110
FIGURE 24	CYCLE DRM (DISASTER RISK MANAGEMENT), CONTINUUM ET CONTIGUUM	114

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	VALEURS LIMITES ET INDICATEURS ANTHROPOMÉTRIQUES DE LA SOUS-NUTRITION	18
TABLEAU 2	TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS SOUFFRANT D'ÉMACIATION ET/OU DE RETARD DE CROISSANCE	21
TABLEAU 3	EXEMPLES D'INTERVENTIONS WASH	27
TABLEAU 4	INTÉGRATION D'ÉLÉMENTS WASH DANS LES ÉVALUATIONS NUTRITION ET VICE VERSA	52
TABLEAU 5	OBSTACLES ET PROBLÈMES FRÉQUENTS À PROPOS DE L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION	55
TABLEAU 6	EXEMPLES DE CRITÈRES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION	56
TABLEAU 7	MODÈLE D'ACF EN DIX ÉTAPES POUR L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (ABC)	60
TABLEAU 8	PAQUET MINIMUM WASH POUR LES MÉNAGES	65
TABLEAU 9	PAQUET MINIMUM WASH DANS LES CENTRES DE NUTRITION ET DE SANTÉ	67
TABLEAU 10	PAQUET MINIMUM WASH À PROMOUVOIR POUR LES CLINIQUES MOBILES	69
TABLEAU 11	INTÉGRATION D'ÉLÉMENTS WASH DANS LES ACTIVITÉS DE CONSEIL NUTRITIONNEL ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ	89
TABLEAU 12	DÉFINITIONS DE L'OMS DE LA GESTION ENVIRONNEMENTALE	94
TABLEAU 13	NORMES DE L'OMS SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ	101
TABLEAU 14	OPTIONS POUR LA GESTION DES EXCRÉMENTS DES JEUNES ENFANTS EN SITUATION D'URGENCE	117
TABLEAU 15	ÉVALUATION D'UN PROJET INTÉGRÉ	128
TABLEAU 16	OUTILS DE PLAIDOYER POUR PROMOUVOIR L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION	139

LISTE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1 CARACTÉRISTIQUES POUR LA CONCEPTION DES INTERVENTIONS SENSIBLES À LA NUTRITION 23
ENCADRÉ 2 APPROCHE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGÜE (PCMA) 25
ENCADRÉ 3 CIBLAGE WASH'NUTRITION 47
ENCADRÉ 4 CALENDRIER SAISONNIER 51
ENCADRÉ 5 TRANCHES D'ÂGE ET PROGRAMMES WASH 57
ENCADRÉ 6 POUR UNE MEILLEURE PARTICIPATION DES ENFANTS DANS LES PROGRAMMES DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS SANITAIRES 59
ENCADRÉ 7 LE MODÈLE ABC OU ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT 60
ENCADRÉ 8 MESSAGES BABYWASH 76
ENCADRÉ 9 LES CINQ MOMENTS CRITIQUES POUR SE LAVER LES MAINS AVEC DU SAVON 79
ENCADRÉ 10 LES 5 CLÉS DE L'OMS POUR DES ALIMENTS PLUS SÛRS 83
ENCADRÉ 11 L'ALLAITEMENT MATERNEL, PRATIQUE HYGIÉNIQUE PAR EXCELLENCE 83
ENCADRÉ 12 FAIRE LE LIEN ENTRE WASH ET NUTRITION LORS DE LA FOURNITURE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES GÉNÉRAUX 87
ENCADRÉ 13 LIMITER LA CONTAMINATION PAR LES EXCRÉMENTS D'ANIMAUX 96
ENCADRÉ 14 PRINCIPAUX MESSAGES UTILISÉS PAR LA MISSION ACF-TCHAD LORS DES SÉANCE HEBDOMADAIRES DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE DANS LES CENTRES DE SANTÉ 103
ENCADRÉ 15 ABORDER LA NUTRITION COMME UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE 110
ENCADRÉ 16 ÉLIMINER LA DISTINCTION ENTRE AIDE HUMANITAIRE ET DÉVELOPPEMENT DANS LA LUTTE CONTRE LA SOUS-NUTRITION 113
ENCADRÉ 17 APERÇU DE L'APPROCHE « ENFANT À ENFANT » 119
ENCADRÉ 18 PROPOSITION D'INDICATEURS DE SUIVI POUR LA STRATÉGIE WASH'NUTRITION 126
ENCADRÉ 19 EFFICACITÉ DE L'AJOUT D'UN KIT WASH « DOMICILIAIRE » DANS UN PROGRAMME AMBULATOIRE DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE 133
ENCADRÉ 20 JOURNÉES MONDIALES D'INTÉRÊT COMMUN POUR LES SECTEURS WASH ET NUTRITION 139
ENCADRÉ 21 RAPPORT « LES INGRÉDIENTS MANQUANTS » : WATERAID ET CONSORTIUM SHARE 141
ENCADRÉ 22 « UN MONDE SANS FAIM » (ONE WORLD NO HUNGER) : L'INITIATIVE SPÉCIALE ALLEMANDE 143

LISTE DES CARTES

CARTE 1 DÉCÈS DUS À LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS 29
CARTE 2 POURCENTAGE D'ENFANTS ÉMACIÉS PAR RÉGION DU MONDE 29
CARTE 3 POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS DE RETARD DE CROISSANCE 29
CARTE 4 SUPERPOSITION DES TAUX DE MAG ET D'ACCÈS À L'EAU POTABLE AU TCHAD 50
CARTE 5 NIGER, 2000 : RETARD DE CROISSANCE, DIARRHÉE ET WASH 148

LISTE DES ACRONYMES

ABC	ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (EN ANGLAIS : ASSISTING BEHAVIOUR CHANGE)
AC	ACCORD CADRE (EN ANGLAIS : MEMORANDUM OF UNDERSTANDING (MOU))
AF	ANÉMIE FERRIPRIVE (CARENCE EN FER)
AMC	AFFAIRES MONDIALES CANADA
ANJE	ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (EN ANGLAIS : IYCF)
ATPC	ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LA COMMUNAUTÉ
ATPE	ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI
ATSM	ASSAINISSEMENT TOTAL ET SANITATION MARKETING
BMGF	FONDATION BILL ET MELINDA GATES
BMZ	MINISTÈRE FÉDÉRAL ALLEMAND DE LA COOPÉRATION ÉCONOMIQUE ET DU DÉVELOPPEMENT
CAP	CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
CCSC	COMMUNICATION EN CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL
CGV	BÉNÉVOLE CARE GROUP (EN ANGLAIS : CARGE GOURP VOLUNTEER)
CHAST	FORMATION DES ENFANTS À L'HYGIÈNE ET À L'ASSAINISSEMENT
DDC	DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA COOPÉRATION SUISSE
DEE	DYSFONCTION ENTÉRIQUE ENVIRONNEMENTALE
DFID	DÉPARTEMENT BRITANNIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
ECHO	DIRECTION GÉNÉRALE POUR L'AIDE HUMANITAIRE ET LA PROTECTION CIVILE DE LA COMMISSION EUROPÉENNE
ECOSAN	ASSAINISSEMENT ÉCOLOGIQUE
EDS	ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES DE SANTÉ
ENN	EMERGENCY NUTRITION NETWORK
EWP	END WATER POVERTY
FCHV	FEMMES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE BÉNÉVOLES
FF	FORMATION DE FORMATEUR
FH/M	FOOD FOR THE HUNGRY/MOZAMBIQUE
GEMS	ÉTUDE MULTICENTRIQUE MONDIALE SUR LES GERMES ENTÉRIQUES
GNC	GLOBAL NUTRITION CLUSTER
GWN	RÉSEAU ALLEMAND DU SECTEUR WASH
HWT	TRAITEMENT DE L'EAU À DOMICILE (EN ANGLAIS : HOUSEHOLD WATER TREATMENT)
HWTS	TRAITEMENT ET BONNE CONSERVATION DE L'EAU À DOMICILE (EN ANGLAIS : HOUSEHOLD WATER TREATMENT AND SAFE STORAGE)
ICN2	DEUXIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA NUTRITION
IDP	PERSONNE DÉPLACÉE À L'INTÉRIEUR D'UN TERRITOIRE
IRA	INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜE
IPN	INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE / PETIT POIDS DE NAISSANCE
LRRD	LIENS ENTRE AIDE D'URGENCE, RÉHABILITATION ET DÉVELOPPEMENT
MAG	MALNUTRITION AIGÜE GLOBALE
MAM	MALNUTRITION AIGUË MODÉRÉE
MAS	MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE
MIRA	ÉVALUATION MULTISECTORIELLE INITIALE RAPIDE
MNT	MALADIE NON TRANSMISSIBLE
MSF	MÉDECINS SANS FRONTIÈRES
MTF	MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE FÉCALE
MTN	MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES
MUS	SERVICES D'EAU À USAGES MULTIPLES (EN ANGLAIS : MULTIPLE-USE WATER SERVICES)

NTU	UNITÉ DE TURBIDITÉ NÉPHÉLOMÉTRIQUE
ODD	OBJECTIFS POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE
OMD	OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
ONG	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE
P/A	RAPPORT POIDS-ÂGE
PAM	PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL
PB	PÉRIMÈTRE BRACHIAL
PCMA	PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË
PEFSA V	PAKISTAN EMERGENCY FOOD SECURITY ALLIANCE V
PEV	PERSONNE EXTRÊMEMENT VULNÉRABLE
PGSSE	PLAN DE GESTION DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'EAU
PHAST	TRANSFORMATION PARTICIPATIVE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSAINISSEMENT
PIB	PRODUIT INTÉRIEUR BRUT
PLW	FEMME ENCEINTE ET ALLAITANTE (EN ANGLAIS : PREGNANT AND LACTATING WOMEN)
PROCONU	PROGRAMME COMMUNAUTAIRE NUTRITIONNEL
P/T	RAPPORT POIDS-TAILLE
SIDA	AGENCE SUÉDOISE DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
SIG	SYSTÈME D'INFORMATION GÉOGRAPHIQUE
SIGS	SYSTÈME D'INFORMATION DE LA GESTION SANITAIRE
SLTS	ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LES ÉCOLES (EN ANGLAIS : SCHOOL-LED TOTAL SANITATION)
SM	SANITATION MARKETING - MARKETING DE L'ASSAINISSEMENT
SRO	SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE
SUN	SCALING UP NUTRITION
SUSANA	ALLIANCE POUR L'ASSAINISSEMENT DURABLE
SWA	SANITATION AND WATER FOR ALL
T/A	RAPPORT TAILLE-ÂGE
TDH	TERRE DES HOMMES
TMC	TRANSFERT MONÉTAIRE CONDITIONNEL
TRO	THÉRAPIE DE RÉHYDRATATION ORALE
UNHCR	HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS
UNICEF	FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
URENAS	UNITÉ DE RÉHABILITATION NUTRITIONNELLE AMBULATOIRE SÉVÈRE
VHSG	GROUPES DE SOUTIEN À LA SANTÉ DES VILLAGES
WASH	EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (EN ANGLAIS : WATER, SANITATION AND HYGIENE)

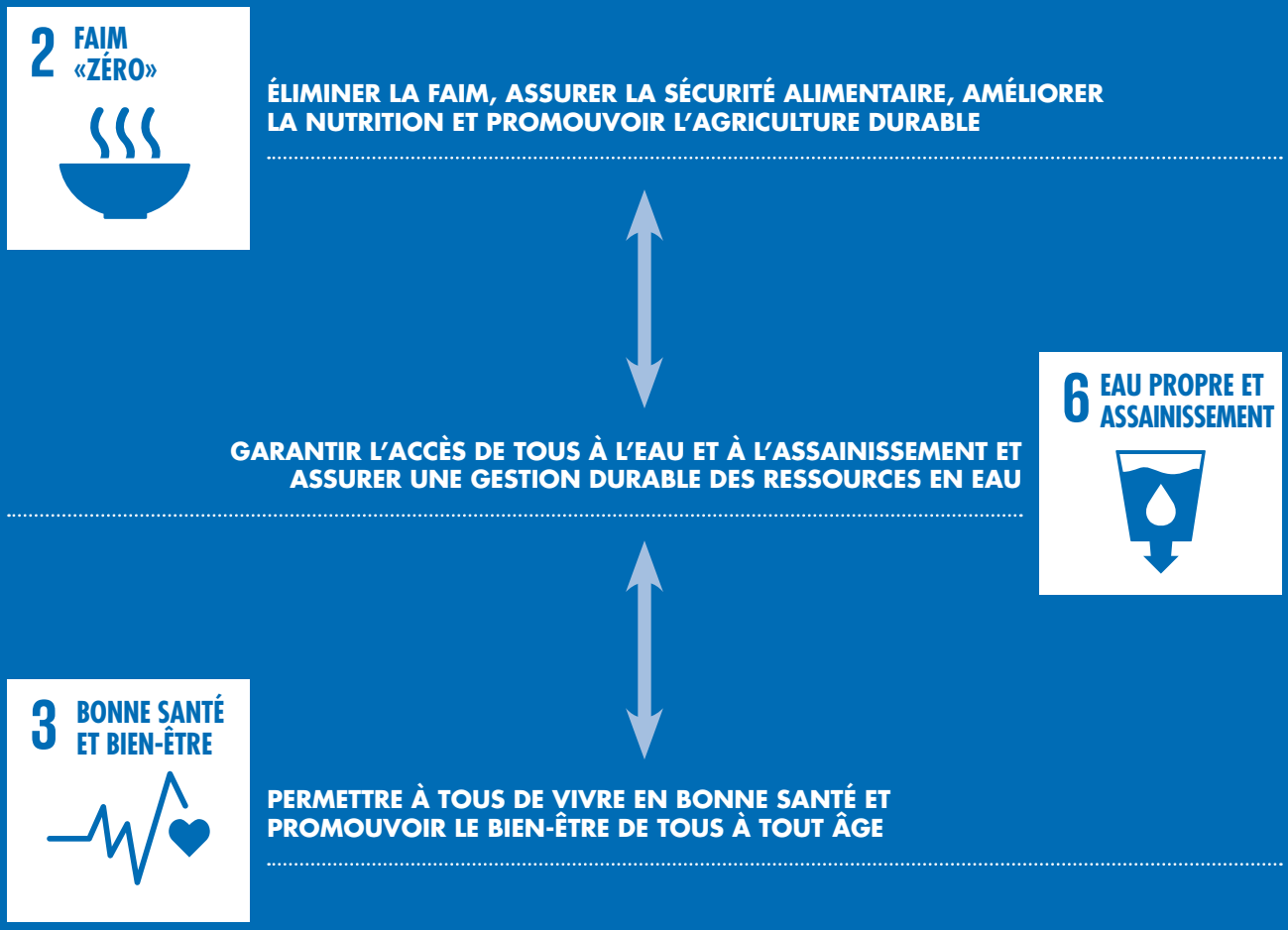
1

SOUS-NUTRITION ET WASH : L'ESSENTIEL

1. DÉFINITION DE LA SOUS-NUTRITION
2. PRINCIPALES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION
3. LA PÉRIODE DES « 1000 JOURS » : UNE FENÊTRE D'OPPORTUNITÉS
4. CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION
5. LUTTER CONTRE LA SOUS-NUTRITION
6. WASH ET SOUS-NUTRITION : CHIFFRES GLOBAUX

Jovana Dodos © ACF – Sénégal, 2015

SOUS-NUTRITION ET WASH : L'ESSENTIEL



LES LIENS ENTRE LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE 2, 3 ET 6 CONFIRMENT LA PERTINENCE DU TANDEM WASH ET NUTRITION

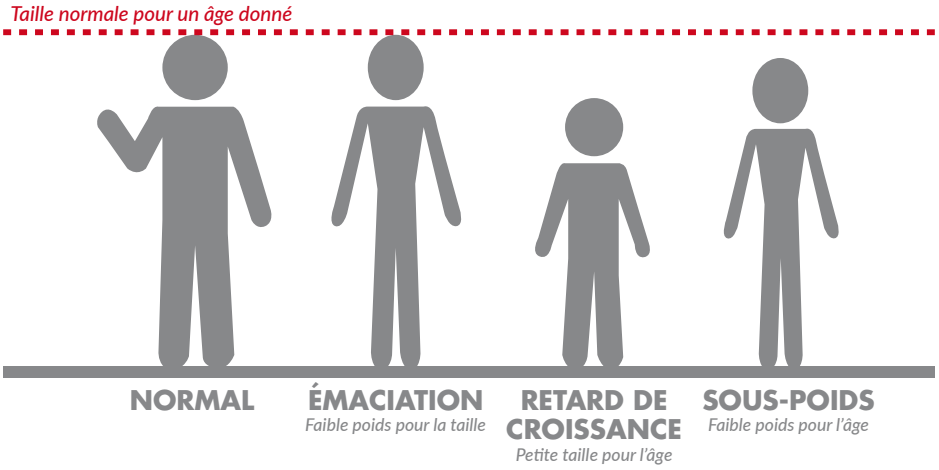
1. DÉFINITION DE LA SOUS-NUTRITION

D'après la définition de l'UNICEF, la sous-nutrition ***« résulte d'une alimentation insuffisante et de maladies infectieuses à répétition ».*** Elle fait partie des problèmes de santé publique les plus sérieux mais aussi les plus négligés bien qu'elle ait des effets directs à court et long termes sur la santé. La sous-nutrition inclut plusieurs cas : un poids insuffisant par rapport à l'âge (sous-poids), une trop petite taille par rapport à l'âge (retard de croissance), une maigreur excessive par rapport à la taille (émaciation) et des carences en vitamines et en minéraux (micronutriments[1]). On observe souvent une combinaison de ces problèmes médicaux : par exemple un enfant présentant un retard de croissance peut aussi souffrir d'émaciation tout en ayant des carences en micronutriments[2].

NOTE

*Le terme **malnutrition** englobe la sous-nutrition et la sur-nutrition. La sur-nutrition résulte d'une consommation excessive de calories entraînant une surcharge pondérale. Même si le surpoids est un problème grandissant pour beaucoup de pays en développement, le présent guide opérationnel se concentre uniquement sur la sous-nutrition.*

FIGURE 1 : LES DIFFÉRENTS TYPES DE SOUS-NUTRITION



Source : World Vision (2015), "Definitions of hunger"

Une personne atteinte de **sous-nutrition aigüe ou émaciation** présente un rapport poids-taille (P/T) en dessous des normes de croissance OMS (les « z-scores »[3]) et/ou des œdèmes bilatéraux et/ou un PB < 125mm. La **sous-nutrition aigüe** correspond à une perte de poids brutale ou une incapacité à prendre du poids sur une période relativement courte. Elle touche particulièrement les nourrissons et les jeunes enfants, souvent lorsqu'on introduit des aliments de complément à leur alimentation, les enfants étant plus vulnérables aux maladies infectieuses. La **sous-nutrition aigüe** fait suite à des chocs récents qui ont des conséquences sur le statut nutritionnel de l'enfant comme le manque de nourriture, une maladie, des pratiques de soins ou alimentaires inappropriées, ou une combinaison de plusieurs de ces facteurs[4].

LE PÉRIMÈTRE BRACHIAL (PB)
est la circonférence de la partie supérieure du bras gauche, mesurée à mi-distance entre le bout de l'épaule et le coude.

LES ŒDÈMES BILATÉRAUX
(rétention de liquides séreux des deux côtés du corps)
sont des symptômes de la sous-nutrition aigüe sévère. Quand une personne présente des œdèmes bilatéraux, son poids augmente à cause des liquides accumulés.

SOUS-NUTRITION AIGÜE
Autrement appelée émaciation, elle est caractérisée par un faible poids par rapport à une taille donnée. Les estimations de la prévalence de la sous-nutrition aigüe dans le monde prennent uniquement en compte l'émaciation (les enfants ayant un PB faible ou des œdèmes bilatéraux ne sont pas comptés). En 2014, 50 millions d'enfants souffraient d'émaciation dont 16 millions d'émaciation sévère.

1 - UNICEF (2006) "Nutrition, Survie et Développement"
2 - Ibid
3 - Normes OMS sur la croissance de l'enfant : http://www.who.int/childgrowth/en/
4 - ACF (2012) "L'Essentiel : Nutrition et Santé"

La sous-nutrition chronique ou retard de croissance est définie par une taille trop faible pour un âge donné (faible rapport T/A). Contrairement à la sous-nutrition aigüe qui reflète le statut nutritionnel récent, la sous-nutrition chronique apparaît sur une période de temps plus longue (entre la conception et les 24 mois de l'enfant). Elle est la conséquence de carences nutritionnelles répétées ou prolongées (en énergie ou en micronutriments) et reflète l'exposition à des infections à répétition ou à des maladies au cours des premières années de vie de l'enfant, qui entravent (ou ont entravé) sa croissance[5].

Le sous-poids est une forme composite de sous-nutrition définie par un poids trop faible pour un âge donné (faible rapport P/A) par rapport aux normes de croissance OMS. Le sous-poids est plus facile à mesurer que les rapports poids-taille et taille-âge car il n'implique pas de mesurer la taille. Toutefois c'est un indicateur généralement considéré comme moins précis que les précédents parce qu'il ne précise pas si l'enfant souffre d'émaciation ou de retard de croissance.

La carence en micronutriments, autrement appelée « faim invisible », est un état constaté lorsque l'organisme manque de vitamines ou de minéraux en raison d'un régime alimentaire insuffisamment riche, d'une alimentation globalement insuffisante et/ou d'une assimilation non optimale de ces vitamines ou minéraux par l'organisme. L'OMS classe les carences en zinc, fer et vitamine A dans les 10 premières causes de sous-nutrition dans les pays en développement. Les carences en micronutriments affectent la survie, la santé, le développement et le bien-être des personnes atteintes[6].

Toutes les formes de sous-nutrition peuvent et doivent être évitées.

TABLEAU 1 : VALEURS LIMITES ET INDICATEURS ANTHROPOMÉTRIQUES DE LA SOUS-NUTRITION

INDICATEUR ANTHROPOMÉTRIQUE UTILISÉ POUR MESURER LA CROISSANCE ET LE STATUT NUTRITIONNEL DE L'ENFANT			VALEURS SEUIL DE LA PRÉVALENCE DE LA MALADIE
SOUS-NUTRITION AIGÜE	**MAS**	Indice P/T < -3 z-scores sous les normes de croissance OMS et/ou PB < 115 mm et/ou présence d'œdèmes	Correspond à la MAG[7] : < 5 % : Acceptable 5-9 % : Moyen 10-14 % : Élevé ≥ 15 % : Très élevé *Norme SPHERE pour les situations d'urgence : MAS > 2 %
	MAM	Indice P/T ≥ -3 et < -2 z-scores 115 mm ≤ PB < 125 mm sans œdème	
RETARD DE CROISSANCE	**Sévère**	Indice T/A < -3 z-scores sous les normes de croissance OMS	< 20 % : Faible 20-29 % : Moyen 30-39 % : Élevé ≥ 40 % : Très élevé
	Modéré	Indice T/A < -2 z-scores sous les normes de croissance OMS	
SOUS-POIDS		Indice P/A < -2 z-scores sous les normes de croissance OMS	< 10 % : Faible 10-19 % : Moyen 20-29 % : Élevé ≥ 30 % : Très élevé
CARENCE EN MICRONUTRIMENTS		Généralement mesurée avec des marqueurs biologiques nécessitant un prélèvement de sang et/ou d'urine	Dépend de la carence en minéraux/vitamines

Adapté de "Nutrition Landscape Information System" OMS, 2010

5 - Ibid
6 - Ibid
7 - La Malnutrition Aigüe Globale (MAG) est la somme de la prévalence de la malnutrition aigüe sévère (MAS) et de la malnutrition aigüe modérée (MAM) au niveau d'une population.

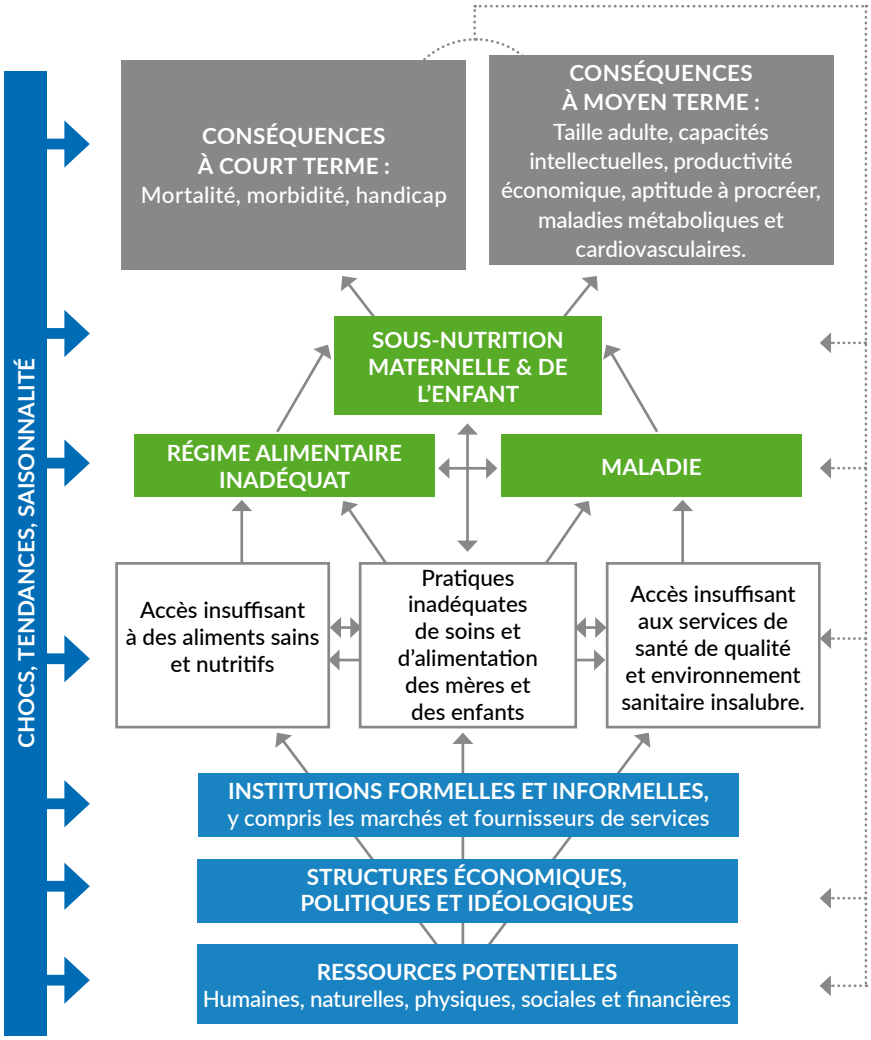
2. PRINCIPALES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION

Les causes de la sous-nutrition sont complexes et le statut nutritionnel dépend de nombreux facteurs divers et interconnectés. Au niveau le plus direct, *la sous-nutrition est le résultat d'un apport alimentaire inadéquat et de maladies infectieuses à répétition*[8]. Les causes sous-jacentes incluent : l'insécurité alimentaire, les pratiques de soins inadaptées, le manque d'accès aux services de santé et **un environnement à risque, comme un accès limité à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.** Tous ces facteurs se traduisent par une vulnérabilité accrue aux chocs et aux stress de longue durée. Les déterminants basiques (fondamentaux) de la sous-nutrition sont ancrés dans la pauvreté et relèvent d'interactions entre les situations sociales, politiques, démographiques et économiques[9] (voir Figure 2).

NOTE

La sous-nutrition a longtemps été considérée comme un problème de manque de nourriture, c'est pourquoi les solutions pour la combattre consistent souvent à accroître la production alimentaire. Ce point de vue est très réducteur, il oublie de nombreux facteurs qui doivent être pris en compte pour obtenir des résultats concrets en matière de nutrition. Pour une intégration WASH'Nutrition réussie, il est essentiel de bien comprendre la complexité des causes et des déterminants de la sous-nutrition (ACF, 2014).

FIGURE 2 : CADRE CONCEPTUEL DE LA SOUS-NUTRITION



Source : ACF (2012) ACF (2012) "L'Essentiel : Nutrition et Santé"
Adapté du Cadre conceptuel de l'UNICEF sur les causes de la sous-nutrition (1990)

8 - WHO (2005) "Malnutrition"
9 - ACF (2011) "Optimiser l'impact nutritionnel des interventions en sécurité alimentaire et moyens d'existence"

La sous-nutrition est également le résultat d'une injustice structurelle. Les enfants qui habitent en milieu rural, dans des régions où les femmes ont un faible niveau d'éducation/statut social et dont la famille fait partie des quintiles les plus pauvres de la population, ont 1,5 à 2 fois plus de risques de souffrir de retard de croissance. Cela vient du fait qu'ils sont généralement désavantagés par un accès limité aux services de santé, à l'eau, l'assainissement et l'hygiène ainsi qu'aux aliments nutritifs et aux informations sanitaires[10].

EN SAVOIR PLUS

- Pour en savoir plus sur les différentes formes de sous-nutrition et mieux comprendre ce qui différencie la sous-nutrition aigüe de la sous-nutrition chronique, consultez :
  http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/1.html - formation en ligne UNICEF
- Pour mieux comprendre les multiples causes de la sous-nutrition, consultez :
  http://www.unicef.org/nutrition/training/2.5/1.html - formation en ligne UNICEF

3. LA PÉRIODE DES « 1000 JOURS » : UNE FENÊTRE D'OPPORTUNITÉS

Bien que la nutrition soit importante tout au long de la vie d'un individu, la période la plus critique de son développement est la période des 1 000 premiers jours (à partir de sa conception, pendant la grossesse de sa mère et jusqu'à ses deux ans). Ce qui signifie que la sous-nutrition peut commencer dès le stade fœtal si la mère est elle-même malnutrie et ne peut fournir suffisamment de nutriments au fœtus en raison d'une alimentation non optimale. Les recherches actuelles[11] semblent valider la thèse selon laquelle l'insalubrité de l'eau, les mauvaises conditions d'assainissement et les pratiques d'hygiène inadéquates augmentent le risque d'être atteint de sous-nutrition, surtout pendant cette période critique des 1 000 jours quand l'enfant est très vulnérable aux effets néfastes des Maladies Transmissibles par voie Fécale (MTF)[12]. Les dommages sur la croissance physique, le système immunitaire et le développement du cerveau subis par l'enfant pendant cette période sont généralement irréversibles[13].

4. CONSÉQUENCES DE LA SOUS-NUTRITION

On estime que 45 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à une forme quelconque de sous-nutrition, y compris l'allaitement non optimal[14]. L'augmentation du risque de décès et de maladies (diarrhée, paludisme, etc.) due à l'émaciation et au retard de croissance, a été largement étudiée et démontrée[15]. L'émaciation et le retard de croissance, (même à un degré modéré), provoquent une hausse du taux de mortalité. Ce taux augmente avec le degré de gravité de la sous-nutrition. Cela signifie que, quel que soit le contexte et le degré de gravité, un enfant souffrant d'émaciation ou présentant un retard de croissance a un risque plus élevé de mourir. Notons qu'un enfant souffrant à la fois d'émaciation et de retard de croissance (même modéré) a encore plus de risques de mourir que s'il était atteint d'émaciation sévère uniquement[16].

10 - Generation Nutrition (2014) "Undernutrition : The Basics"
11 - Checkley et al (2008) "Multi-country analysis of the effects of diarrhea on childhood stunting"
12 - Chambers and Von Medeazza (2017)
13 - Thousand Days (2015) "Why 1,000 days?"
14 - The Lancet (2013) "Maternal and Child Undernutrition Series"
15 - Collins (2007) ; Black, Allen et al. (2008) ; McDonald, Olofin et al. (2013)
16 - McDonald, Olofin et al. (2013)

TABLEAU 2 : TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS SOUFFRANT D'ÉMACIATION ET/OU DE RETARD DE CROISSANCE

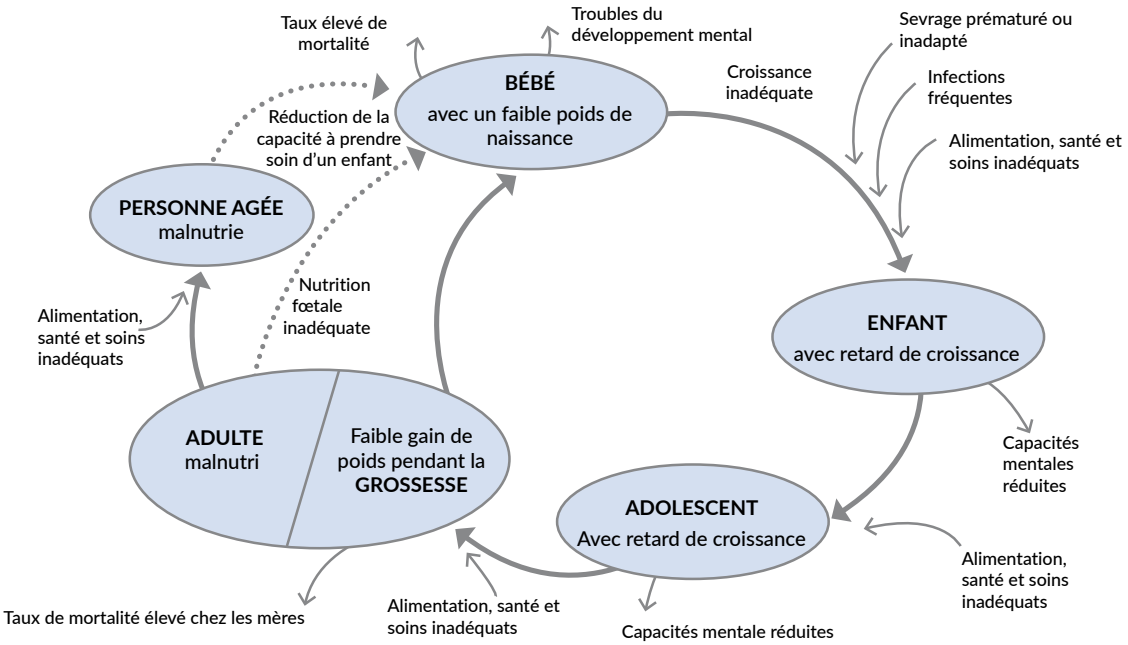
	TAUX DE MORTALITÉ	ENFANT ÉMACIÉ	ENFANT AVEC UN RETARD DE CROISSANCE	ENFANT SOUFFRANT DES DEUX
EFFETS MULTIPLICATEURS	MODÉRÉ	3 to 3,4	1,6 to 2,3	12,3
	SÉVÈRE	9,4 to 11,6	4,1 to 5,5	

Source : ENN, USAID (2014) "Technical Briefing Paper, Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications"

La sous-nutrition chronique perturbe la croissance de l'enfant, entrave son développement physique et cognitif, affaiblit son système immunitaire et augmente les risques de décès. Les enfants qui souffrent de sous-nutrition ont aussi plus de risques de contracter des maladies chroniques (comme le diabète et les maladies cardiovasculaires)[17]. La sous-nutrition maternelle, en particulier l'anémie ferriprive, due à une carence en fer, entraîne une baisse de la fertilité, une hausse des risques de décès maternel et des risques d'accoucher d'un enfant en insuffisance pondérale et souffrant de retard de croissance intra-utérin[18]. Des études récentes ont démontré la corrélation entre l'émaciation d'une part et la baisse de la fréquentation et des performances scolaires d'autre part ; ce qui a des répercussions à plus long terme, à la fois au niveau micro et macro. Les enfants souffrant de sous-nutrition partent avec un handicap, en effet, on estime que la sous-nutrition diminue de 10 % les revenus potentiels tout au long de l'existence[19]. Les conséquences de la sous-nutrition sur le développement économique sont également importantes, on estime que les coûts associés à la sous-nutrition représentent 2 à 8 % du Produit Intérieur Brut (PIB)[20].

En cas de malnutrition aigüe sévère, le corps privilégie le fonctionnement des organes vitaux (cerveau, cœur et poumons) pour les préserver. Le fonctionnement des autres organes est de fait réduit. Ce phénomène entraîne, entre autres, le ralentissement du système digestif ; ce qui signifie que l'absorption des nutriments ne sera pas optimale. Si ce cercle vicieux n'est pas arrêté à temps, les organes vitaux du corps (cœur, reins, foie, estomac) ralentiront progressivement leurs fonctions jusqu'à entraîner la mort de l'individu[21]. Le cercle vicieux de la sous-nutrition persiste au-delà de la durée de vie d'un individu, il se transmet de génération en génération (Figure 3).

FIGURE 3 : IMPACT DE LA SOUS-NUTRITION AU COURS DE LA VIE D'UN INDIVIDU



Source : ACC/SCN quatrième rapport sur la Situation de la Nutrition dans le Monde (2000)

17 - ACF (2014) "Politique de Sécurité Nutritionnelle"
18 - ACF (2011) "Optimiser l'impact nutritionnel des interventions en sécurité alimentaire et moyens d'existence"
19 - The World Bank Group (2011) "Repositioning nutrition as central to development"
20 - ACF (2014) "Politique de Sécurité Alimentaire"
21 - ACF (2012) "L'Essentiel : nutrition et santé"

La sous-nutrition maternelle a des effets négatifs sur le développement du fœtus et augmente les risques de complications pendant la grossesse. La sous-nutrition commence généralement avant la naissance et perdure dans la petite enfance, s'étend jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte, en particulier chez les filles et les femmes. Les femmes qui ont souffert de sous-nutrition étant jeunes ont plus de risques d'en souffrir à nouveau étant mères ; elles donneront naissance à des bébés en insuffisance pondérale (IPN - Insuffisance Pondérale à la Naissance). C'est ce qu'on appelle **le cercle vicieux intergénérationnel de la sous-nutrition.** Les enfants en insuffisance pondérale à la naissance et qui ont souffert de retard de croissance intra-utérin ont des risques de décès bien plus élevés pendant la période néonatale ou la petite enfance. Les enfants qui survivent à la sous-nutrition risquent de rester emprisonnés dans un cycle de maladies récurrentes et de problèmes de croissance, qui portent atteinte à leur développement de façon irréversible. Les enfants en insuffisance pondérale à la naissance ont plus de risques de présenter un retard de croissance ou d'être en sous-poids pendant leur enfance[22]. La sous-nutrition et ses conséquences se transmettent donc de génération en génération.

5. LUTTER CONTRE LA SOUS-NUTRITION

Si l'on veut avoir un impact à long terme, durable et à grande échelle sur la sous-nutrition, il faut nécessairement **lutter contre toutes les causes immédiates, sous-jacentes et contextuelles de la sous-nutrition.** Pour ce faire, il faut une approche multisectorielle qui soit coordonnée et cohérente, faisant le lien entre les stratégies et les actions curatives et préventives.

5.1. INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION ET SENSIBLES À LA NUTRITION

Dernièrement, l'étude de la littérature scientifique et des expériences terrain a mis en lumière des principes et stratégies d'intervention ayant un fort potentiel pour lutter contre la sous-nutrition. On distingue deux catégories : les interventions spécifiques à la nutrition et les interventions sensibles à la nutrition.

DÉFINITION DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES ET SENSIBLES À LA NUTRITION *(Ruel et al., 2013)*

- **Intervention spécifique à la nutrition :**
  Intervention visant les facteurs causaux **IMMÉDIATS** de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant.
- **Intervention sensible à la nutrition :**
  Intervention visant les facteurs causaux **SOUS-JACENTS** de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant.

La série 2013 du Lancet a identifié un ensemble de 10 interventions spécifiques à la nutrition qui, si elles sont appliquées à la bonne échelle, pourraient sauver des millions de vies et avoir un impact à long terme sur la santé et le développement. Si la couverture de ces dix interventions était étendue à 90 % de la population, on estime que 900 000 vies pourraient être sauvées dans les 34 pays les plus touchés par la sous-nutrition (là où vivent 90 % des enfants souffrant de retard de croissance dans le monde). La prévalence du retard de croissance pourrait ainsi être réduite de 20 %, et celle de l'émaciation de 60 %[23].

Même si ces actions peuvent avoir un impact considérable, il est aussi évident que, sans effort pour s'attaquer aux causes indirectes ou sous-jacentes de la sous-nutrition, on ne pourra pas résoudre le problème au niveau mondial. Les interventions sensibles à la nutrition dans les domaines de l'eau, l'assainissement, l'hygiène, l'agriculture, la santé, les filets de protection sociale, le développement du jeune enfant ou encore de l'éducation, entre autres, ont le potentiel de contribuer significativement à la réduction de la sous-nutrition[24].

Les interventions WASH, entre autres, constituent une approche sensible à la nutrition qui est déterminante dans la prévention de la sous-nutrition. Comme elles sont souvent mises en œuvre à grande échelle, elles peuvent servir de levier d'action pour élargir la couverture et l'efficacité des interventions spécifiques à la nutrition[25]. Toutefois, les programmes WASH ne sont pas toujours conçus pour être sensibles à la nutrition. Pour que les programmes WASH soient en mesure d'obtenir des résultats concrets en matière de nutrition, ils doivent être conçus en tenant compte de certaines caractéristiques (Encadré 1).

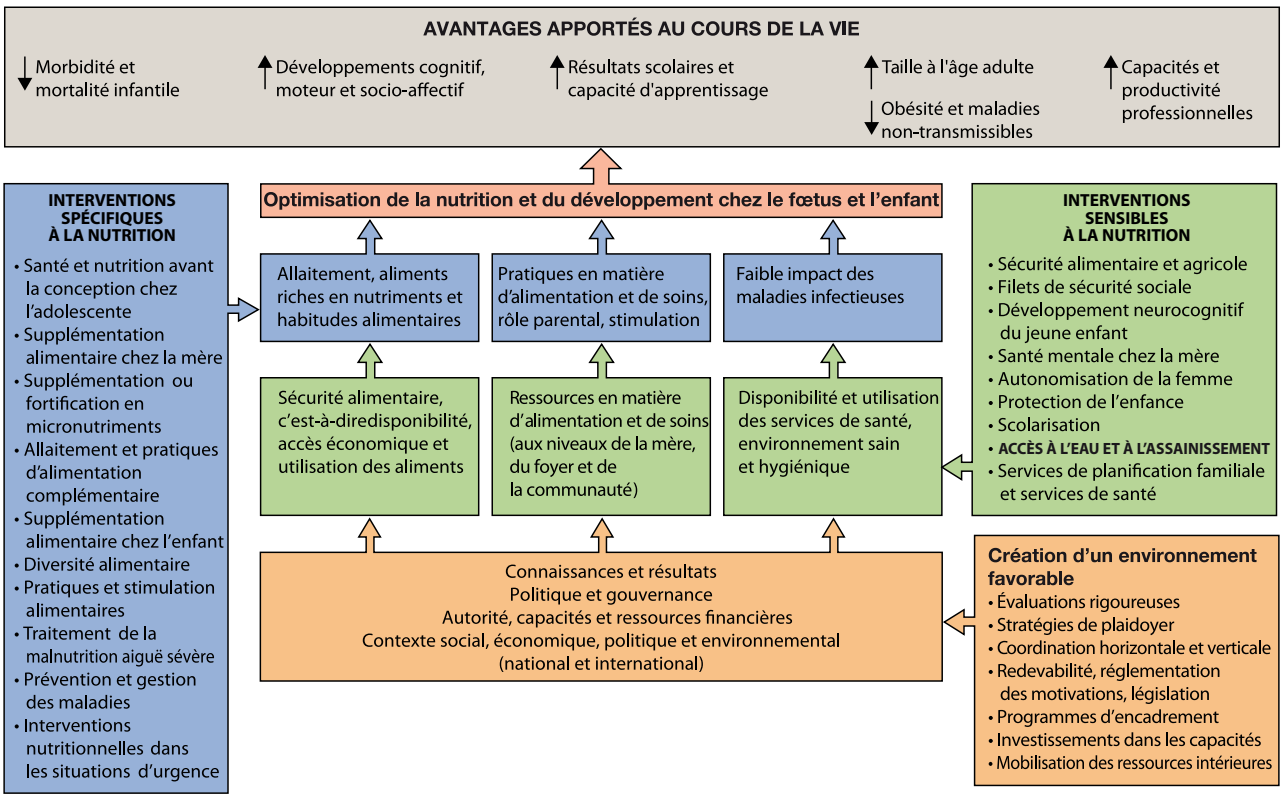
22 - ACF (2012) "L'Essentiel : nutrition et santé"
23 - The Lancet (2013) "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition : what can be done and at what cost?"
24 - ACF (2014) "Politique de Sécurité Nutritionnelle"
25 - Ibid

ENCADRÉ 1 : CARACTÉRISTIQUES POUR LA CONCEPTION DES INTERVENTIONS SENSIBLES À LA NUTRITION

1. **Cibler les zones d'interventions et les bénéficiaires en fonction de la vulnérabilité nutritionnelle.** Par exemple : groupes dont le taux de sous-nutrition est le plus élevé, groupes les plus vulnérables à la sous-nutrition (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes), populations confrontées à une crise alimentaire ou à d'autres chocs.
2. **Identifier les objectifs nutritionnels pour maximiser les opportunités.** Quelles sont les activités qui auront un impact sur la nutrition ? Comment les activités planifiées vont-elles modifier le statut nutritionnel ? Il est essentiel de formuler correctement les indicateurs et les objectifs qui serviront à effectuer le suivi et l'évaluation des impacts.
3. **Impliquer les femmes** et prévoir des interventions qui protègent et améliorent leur statut nutritionnel, leur bien-être, leur statut social, leur capacité à prendre des décisions, leur autonomisation ainsi que leur capacité à gérer leurs ressources, leur temps et leurs biens.
4. **Inclure dans les projets des stratégies de promotion de la nutrition et de changement de comportement.**
5. **Prévoir des solutions alternatives** pour minimiser les effets négatifs inattendus et maximiser les impacts positifs sur la nutrition. Adapter le moment et la durée de l'intervention pour optimiser l'impact sur la nutrition.

Source : ACF (2014) "Politique de Sécurité Nutritionnelle" & Programme Alimentaire Mondial (2014) "Nutrition sensitive programming : What and why"?

FIGURE 4 : INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES ET SENSIBLES À LA NUTRITION



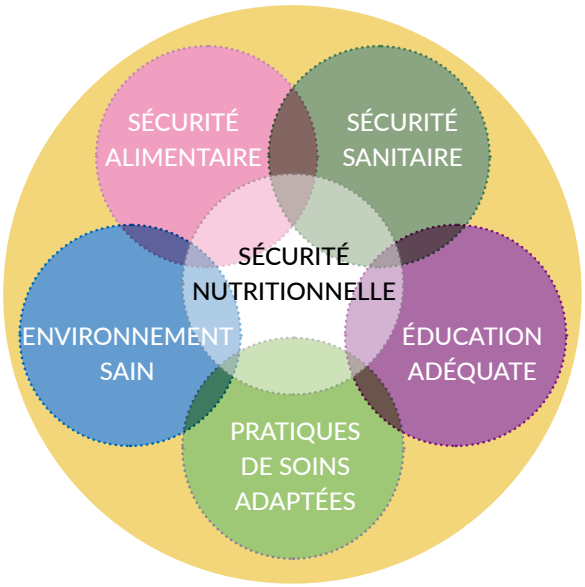
Source : Lancet Series, 2013

5.2. LE CONCEPT DE SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE

D'après la Banque Mondiale, la sécurité nutritionnelle est définie comme *« l'accès continu aux éléments de base d'une bonne nutrition, à savoir une alimentation équilibrée, un environnement sain, de l'eau propre, des soins de santé (préventifs et curatifs) adéquats pour toutes les personnes, et la connaissance nécessaire pour prendre soin des membres du ménage et leur assurer une vie saine et active*[26] *».* Ainsi, le concept de sécurité nutritionnelle va au-delà du concept classique de sécurité alimentaire et reconnaît que le statut nutritionnel dépend d'un grand nombre de facteurs multisectoriels. On dit d'un ménage qu'il a atteint la sécurité nutritionnelle s'il dispose d'un accès sécurisé à l'alimentation en plus d'un environnement sanitaire adéquat, d'un accès aux services de santé et de soins adaptés permettant à tous les membres de la famille de mener une vie saine et en bonne santé[27] (Figure 5). La sécurité nutritionnelle implique donc une plus grande intégration des actions entre les différents secteurs. **L'approche multisectorielle est donc indispensable pour y parvenir.**

Étant donné que les **conditions sanitaires** affectent la disponibilité, l'accès, la stabilité (ou résilience) et l'utilisation des ressources alimentaires, **le secteur WASH joue un rôle important dans la sécurité nutritionnelle.** De plus, pour assurer un environnement sain, l'accès aux services de santé, des pratiques de soins adaptées et une éducation adéquate, il est nécessaire que les conditions sanitaires soient appropriées.

FIGURE 5 : LE CONCEPT DE SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE



Source : ACF (2014) "Politique de Sécurité Nutritionnelle"

5.3. PROGRAMMES NUTRITIONNELS

Il existe de nombreux types d'interventions nutritionnelles pour diagnostiquer ou traiter la sous-nutrition, mais l'objectif premier pour éradiquer toutes les formes de sous-nutrition reste la prévention.

Les enfants souffrant de la **MAS ont besoin de traitements**, à savoir un accès au programme thérapeutique ambulatoire d'une structure de santé ou, en cas de complications médicales (pneumonie, fièvre, dysenterie, etc.), à une prise en charge hospitalière[28]. L'approche de la PCMA permet, par exemple (voir Encadré 2), de traiter environ 90 % des cas de MAS à domicile avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et des visites régulières dans la structure de santé la plus proche. La PCMA comprend aussi le **traitement de la MAM**, cependant, les ATPE ne doivent être utilisés pour traiter la MAM que dans certains contextes bien précis comme les situations d'urgence ou les déplacements de populations. Les ATPE ne doivent plus être considérés comme l'unique méthode pour prévenir ou soigner la MAM. Des systèmes comme les transferts monétaires ou les coupons alimentaires sont des alternatives intéressantes et efficaces lorsque l'alimentation est disponible sur les marchés locaux. Les activités spécifiques à la nutrition comme le conseil et soutien à la poursuite de l'allaitement, la formation sur l'alimentation complémentaire adéquate entre 6 mois et 2 ans, l'apport de compléments en vitamine A, les vermifugations sont autant de traitements qui contribuent à la fois à la prévention de la MAM et de la SAM. En couplant ces activités avec des interventions WASH sensibles à la nutrition, des « filets » de protection sociale, du soutien à la santé mentale maternelle, etc. la prévention de la sous-nutrition sera optimale et durable.

26 - La Banque Mondiale (2013) "Improving nutrition through multi-sectoral approaches"
27 - ACF (2011) "Optimiser l'impact nutritionnel des interventions en sécurité alimentaire et moyens d'existence"
28 - OMS (2014) "Malnutrition Aigüe Sévère"

Il n'existe pas de « traitement » contre **le retard de croissance**[29], sa prévention doit donc être continue pendant les périodes critiques du développement humain (les 1 000 premiers jours de l'enfant, de sa conception à ses deux ans). Quelques exemples d'activités de prévention : amélioration du statut nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes, promotion de l'allaitement précoce dès la première heure de vie de l'enfant, promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de l'enfant, promotion de l'alimentation complémentaire adéquate, promotion de l'apport en micronutriments pour les enfants, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer, etc[30].

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

Désigne tous les types d'aliments et de pratiques d'alimentation fournis à l'enfant depuis sa naissance jusqu'à ses 2 ans. Ils diffèrent de ceux des autres tranches d'âge parce que les besoins nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants sont différents, de même que la texture des aliments et la fréquence des repas doivent être adaptées à leur capacité à mâcher ainsi qu'à la taille et à la maturité de leur système digestif. L'ANJE joue un rôle déterminant pendant la fenêtre d'opportunité qu'est la période des « 1 000 jours » puisqu'elle permet d'éviter les retards de croissance ainsi que l'émaciation et les carences en micronutriments.

Les programmes visant à réduire le taux de sous-nutrition chronique sont des interventions à long terme qui doivent avoir une portée globale incluant des approches basées sur les communautés et des problématiques de gouvernance au niveau national. Les programmes WASH, les programmes ANJE, les interventions d'apport en micronutriments, les interventions pour l'agriculture et la sécurité alimentaire, le plaidoyer en nutrition, l'autonomisation/responsabilisation des femmes, l'éducation, la planification familiale et ainsi de suite sont autant d'efforts qui contribuent à limiter la prévalence du retard de croissance[31].

ENCADRÉ 2 : APPROCHE DE LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGÜE (PCMA)

La Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCMA) est une approche pour le traitement de la sous-nutrition aigüe. Depuis son introduction en 2000, l'approche PCMA a été appliquée à grande échelle. La prise en charge et le traitement à base communautaire de la MAS est désormais une composante standard des paquets de santé des politiques nationales. La PCMA convient à la fois aux situations d'urgence et de non-urgence, où la prévalence de la sous-nutrition aigüe chez les enfants de moins de cinq ans est élevée et où l'on constate la présence de facteurs aggravants (insécurité alimentaire, maladies contagieuses répandues, etc.).

L'approche PCMA repose sur quatre composantes principales :

1. la mobilisation communautaire comme élément de base
2. la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée (MAM)
3. le traitement ambulatoire des enfants atteints de MAS sans complication médicale et ayant un bon appétit
4. la prise en charge hospitalière des enfants atteints de MAS avec complications médicales et/ou sans appétit. L'intégration des services ambulatoires et hospitaliers pour le traitement de la MAS ainsi que le dépistage actif, le référencement et le suivi au sein de la communauté sont essentiels pour une plus grande couverture des services de traitement de la MAS

Le modèle de la PCMA global est associé aux secteurs suivants : santé et nutrition maternelle, néonatale et infantile ; **eau, assainissement et hygiène** ; moyens d'existence et sécurité alimentaire ; et autres initiatives de mobilisation des communautés. Pour en savoir plus sur l'approche PCMA : *http://www.cmamforum.org/*

29 - Il est possible de «rattraper» un peu de poids avant l'âge de deux ans
30 - ACF (2012) "L'Essentiel : nutrition et santé"
31 - Ibid

Les carences en micronutriments peuvent avoir des effets irréversibles chez les individus touchés, malheureusement elles sont souvent diagnostiquées trop tard. Les carences les plus fréquentes concernent l'iode, la vitamine A, le fer et le zinc. Pour contrôler de manière efficace la sous-nutrition due aux carences en micronutriments, il faut adopter une approche mêlant les aspects curatifs et préventifs. Il existe plusieurs moyens permettant de prévenir les carences en micronutriments : fourniture d'aliments frais et/ou d'aliments enrichis, distribution de suppléments alimentaires et/ou nutritionnels ; promotion des bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons ; fourniture de soins de santé adéquats et accès aux articles non alimentaires adéquats. La stratégie de prévention sera efficace si elle combine plusieurs de ces approches. Le plus souvent, les traitements sont administrés sous forme de suppléments par voie orale (comprimés ou capsules) et doivent être accompagnés d'un bon régime alimentaire et de soins de santé appropriés[32].

EN SAVOIR PLUS

- Ouvrage ACF "L'Essentiel : nutrition et santé", disponible en français et anglais : *http://www.actioncontrelafaim.org/fr/content/l-essentiel-en-nutrition-sante-essential-nutrition-and-health*
- ACF "Politique de Sécurité Nutritionnelle", disponible en français, anglais et espagnol : *http://www.actioncontrelafaim.org/en/content/acf-international-nutrition-security-policy*
- Le kit d'outils du Global Nutrition Cluster : *http://nutritioncluster.net/topics/im-toolkit/*

5.4. PROGRAMMES WASH

Les programmes WASH regroupent des interventions que l'on peut classer en différentes catégories : approvisionnement en eau (amélioration de la qualité et de la quantité), assainissement (gestion des excréments et des eaux usées) et éducation/promotion de l'hygiène (lavage des mains, hygiène alimentaire, personnelle et environnementale). L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont étroitement liés et la bonne santé des individus dépend à la fois de ces éléments pris de manière séparée mais également de leurs interactions. Par exemple : l'hygiène personnelle dépend de l'accès à l'eau, celui-ci facilite considérablement l'assainissement hygiénique ; les latrines non hygiéniques présentent des risques pour la salubrité des points d'eau alentours et augmentent le nombre de mouches ; une bonne hygiène permet d'éviter de contaminer l'eau après l'avoir prélevée, etc[33].

Le tableau 3 dresse une liste non exhaustive d'interventions WASH. Parmi ces interventions, les activités de promotion de l'hygiène sont, de fait, plus faciles à intégrer et à mettre en œuvre dans un programme nutritionnel. Toutefois, il existe plusieurs solutions pratiques permettant d'intégrer les interventions d'assainissement et d'amélioration de la qualité de l'eau dans les programmes nutritionnels (elles sont abordées en détail dans le Chapitre 4). Bien que les investissements en matière d'infrastructures d'eau et d'assainissement à grande échelle ne relèvent pas du secteur Nutrition, nous allons décrire le cadre de travail et les éléments permettant de faciliter le plaidoyer et la co-implantation d'actions WASH dans les zones à forte vulnérabilité nutritionnelle.

Enfin, notons que les programmes WASH ont un impact plus significatif et durable s'ils vérifient les trois conditions suivantes : accès à des infrastructures et services de bonne qualité, création d'une demande (mise à l'échelle des services) et cadre politique et législatif favorable[34].

32 - ACF (2012) "L'Essentiel : nutrition et santé"
33 - UK Aid (2013) "Water, sanitation and hygiene evidence paper"
34 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene"

TABLEAU 3 : EXEMPLES D'INTERVENTIONS WASH

APPROVISIONNEMENT EN EAU ET QUANTITÉ D'EAU	▸ Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau ▸ Construction ou amélioration des systèmes et des services de distribution d'eau ▸ Systèmes de canalisations fiables et sûrs pour alimenter les ménages ▸ Construction et/ou réhabilitation de points d'eau publics, de forages, de puits protégés, etc. ▸ Gestion de l'approvisionnement en eau en situation d'urgence avec, par exemple, un transport d'eau par camion-citerne
QUALITÉ DE L'EAU	▸ Utilisation de méthodes de traitement d'eau reconnues comme la filtration, l'ébullition ou le traitement solaire. On peut utiliser la chloration, mais elle est inefficace contre les protozoaires et si la turbidité de l'eau est élevée[35] ▸ Protection contre la (re)contamination grâce, par exemple, à un réseau de canalisations et un système de conservation en réservoirs couverts
ASSAINISSEMENT	▸ Améliorer l'accès à des infrastructures d'assainissement propres, avec évacuation et traitement hygiéniques des matières fécales ▸ Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement ▸ Assainissement Total Piloté par la Communauté, Assainissement Total Piloté par les Écoles, Marketing de l'assainissement ▸ Construction d'infrastructures adaptées aux nourrissons et aux jeunes enfants ▸ Aménagement des latrines pour les personnes ayant un handicap physique
PROMOTION DE L'HYGIÈNE ET ÉDUCATION À L'HYGIÈNE	▸ Éducation au lavage des mains avec de l'eau et du savon (ou des cendres s'il n'y a pas de savon) aux moments critiques ▸ Promotion des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire ▸ Programmes de changement de comportement s'attaquant aux déterminants clés chez la population cible (au-delà de l'éducation)
ENVIRONNEMENT SANITAIRE	▸ Amélioration des pratiques d'hygiène relatives à l'environnement, comme le fait de tenir les animaux à distance de l'endroit où on prépare les repas, des zones où les enfants jouent et des points d'eau ▸ Amélioration de l'évacuation et de la gestion des déchets solides ▸ Lutte contre les vecteurs des maladies comme les mouches, les moustiques, les cafards et les rats en couvrant la nourriture, améliorant le drainage et éliminant les déchets et les matériaux non réutilisables dans des conteneurs ou des fosses protégées
GOUVERNANCE EAU ET ASSAINISSEMENT	▸ Plaidoyer sur l'accès équitable à l'eau et à l'assainissement ▸ Soutien aux organismes locaux/nationaux dans l'établissement d'un système de tarification pérenne ▸ Mobilisation de la communauté et mise en place de mécanismes de gestion des conflits entre usagers, etc.

Adapté de : "Nutrition Landscape Information System", OMS 2010

EN SAVOIR PLUS

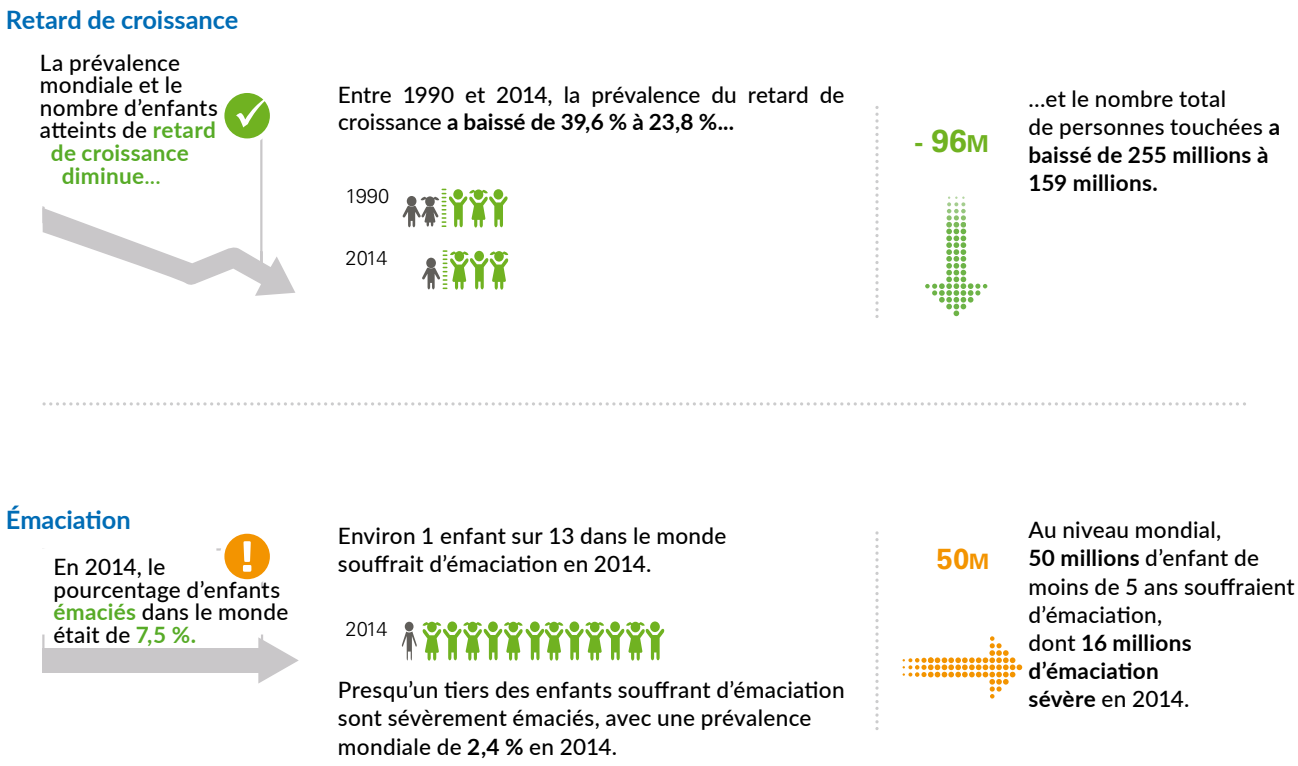
- Ouvrage ACF sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour les populations à risque : *http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_wash_-_eu_assainissement_et_hygiene_manuel_-_01-2007_-_fr.pdf*
- Outils et ressources Global WASH Cluster : *http://washcluster.net/tools-and-resources/*
- Guide OMS sur l'eau et l'assainissement *http://www.who.int/water_sanitation_health/en/*

35 - Liste des produits conformes à l'un des trois niveaux de performance recommandés par l'OMS : http://www.who.int/household_water/scheme/products/en/

6. WASH ET SOUS-NUTRITION : CHIFFRES GLOBAUX

En 2015, plus de 156 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance, 50 millions souffraient d'émaciation et environ 17 millions souffraient de malnutrition aigüe sévère. La grande majorité vit en Asie du Sud-Est ou en Afrique subsaharienne[36]. À ce jour, les initiatives mondiales pour lutter contre la sous-nutrition vont dans le sens du premier Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), à savoir « éradiquer l'extrême pauvreté et la faim », et avec le deuxième Objectif de Développement Durable, à savoir « ZÉRO Faim ». En effet, le nombre de personnes souffrant de la faim a été divisé par deux. Dans les pays en développement, le pourcentage de personnes en situation de sous-nutrition a presque été divisé par deux depuis 1990. Il était de 23,3 % en 1990-1992, en 2014-2016, il est de 12,9 %[37]. Le pourcentage d'enfants souffrant de retard de croissance a également reculé, cependant, la prévalence mondiale de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans est toujours aussi élevée, et des milliards de personnes souffrent toujours de carences en vitamines et micronutriments[38].

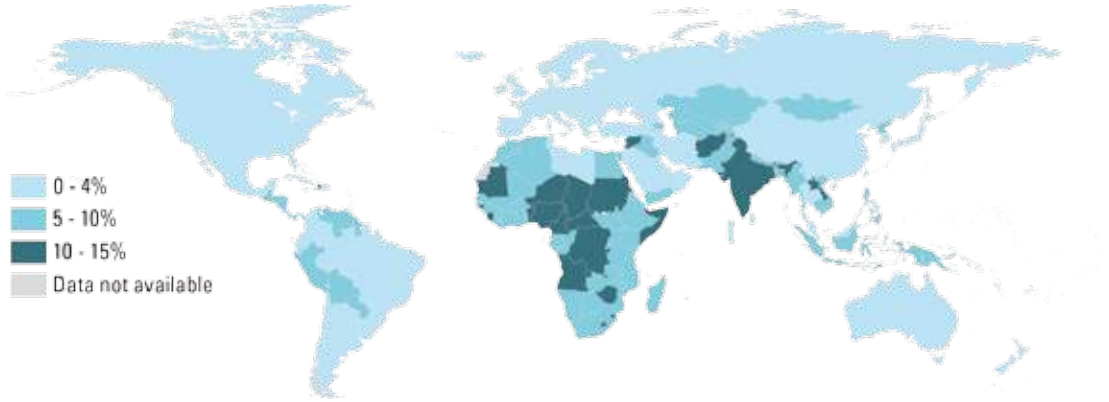
FIGURE 6 : TENDANCES MONDIALES DE L'ÉMACIATION ET DU RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS



Source : UNICEF/OMS/Groupe Banque Mondiale (2015) "Levels and trends in child malnutrition"

36 - UNICEF/OMS/Groupe Banque Mondiale (2015) "Levels and trends in child malnutrition"
37 - Objectifs du Millénaires pour le développement, Rapport 2015
38 - UNICEF/OMS/Groupe Banque Mondiale (2015) "Levels and trends in child malnutrition"

CARTE 1 : DÉCÈS DUS À LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

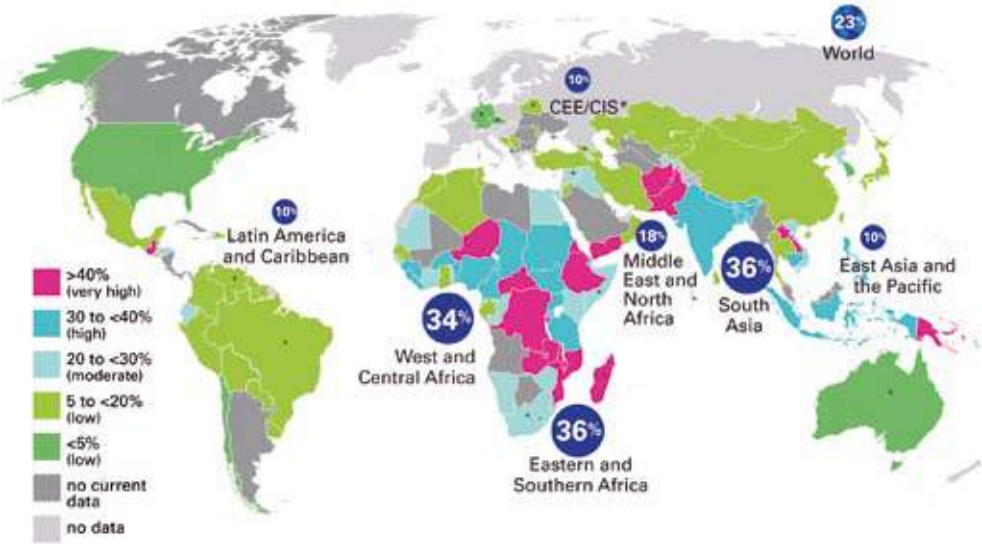


Source : OMS (2015)

CARTE 2 : POURCENTAGE D'ENFANTS ÉMACIÉS PAR RÉGION DU MONDE

Source : UNICEF (2016)

CARTE 3 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ATTEINTS DE RETARD DE CROISSANCE



Source : OMS (2010-2016)

Même si l'on constate des progrès significatifs, la sous-nutrition reste, à elle seule, la plus grande cause de maladies dans le monde ; **en 2014, 3,1 millions d'enfants sont morts** en raison de facteurs liés à la sous-nutrition[39]**.** L'accès à l'eau potable en quantité suffisante ainsi que l'accès à l'assainissement et l'hygiène adéquats ont des répercussions sur tous les Objectifs du Développement Durable (ODD) en particulier :

- l'objectif 1 (Pas de pauvreté)
- l'objectif 2 (Faim « ZÉRO »)
- l'objectif 3 (Bonne santé et Bien-être)
- l'objectif 4 (Éducation de qualité)
- l'objectif 5 (Égalité entre les sexes)
- l'objectif 6 (Eau propre et Assainissement)
- l'objectif 8 (Travail descent et Croissance économique)
- l'objectif 10 (Inégalité réduite)

En associant l'Objectif 2 (Faim « ZÉRO »), l'Objectif 3 (Bonne Santé et Bien-être) et l'Objectif 6 (Eau propre et Assainissement), cela aura définitivement un impact sur les résultats en matière de nutrition et de santé.

D'importants progrès ont été réalisés au cours de la dernière décennie : depuis 1990, 2,6 milliards de personnes disposent désormais d'un accès à une source d'eau potable améliorée et 2,1 milliards disposent désormais d'un accès à des installations d'assainissement améliorées[40]. La proportion de la population mondiale défèquant à l'air libre a diminué de près de moitié. Le nombre de décès d'enfants dus aux maladies diarrhéiques, qui sont étroitement liées aux mauvaises conditions sanitaires, a diminué progressivement au cours des deux dernières décennies : de 1,5 millions de morts en 1990 à 0,5 millions en 2015[41]. Malgré ces progrès, l'OMD qui visait à réduire de moitié la proportion de la population mondiale n'ayant pas accès aux installations d'assainissement améliorées n'a pas été atteint. 700 millions de personnes sont encore dans le besoin. Par ailleurs, 946 millions de personnes pratiquent encore la défécation à l'air libre[42]. Des milliards de personnes n'ont toujours pas d'accès suffisant à une source durable et fiable d'eau potable[43]. Bien que vital et élémentaire, l'accès adéquat aux services WASH reste une problématique énorme pour des milliards de personnes, et en particulier pour les enfants, qui sont ainsi exposées à des maladies hydriques évitables, à la sous-nutrition et, *a fortiori*, à une mort prématurée.

Aujourd'hui, l'attention mondiale est portée sur la réalisation des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 *(http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/development-agenda/)*. Il reste beaucoup à faire pour éliminer l'extrême pauvreté, lutter contre les changements climatiques et réduire les inégalités et les injustices dans le monde. Le développement durable ne pourra se faire sans bien-être nutritionnel et sans atteindre les Cibles Mondiales de nutrition 2025 de l'OMS. De plus, la réalisation de certains objectifs de santé mondiale, comme l'élimination des décès dus à des causes évitables chez les mères et les enfants, passent également par la lutte contre toutes les formes de sous-nutrition[44]. Afin d'atteindre ces objectifs liés à la santé et la nutrition, il semble fondamental d'intégrer des interventions WASH aux programmes, stratégies et budgets du secteur Nutrition. Cette nouvelle ère des Objectifs de Développement Durable (ODD), qui mettent en exergue **la collaboration, l'engagement mutuel et l'action multisectorielle**, semble être le moment opportun pour démontrer, en pratique, que les actions WASH et Nutrition peuvent être intégrées les unes aux autres afin d'améliorer la santé publique et la situation de l'humanité[45].

39 - OMS (2015)
40 - JMP (2015) "Key Facts from JMP 2015 Report"
41 - OMS (2014 & 2015) "Preventing diarrhea through better water, sanitation and hygiene : exposure and impacts in low-and middle income countries"
42 - JMP (2015) "Key Facts from JMP 2015 Report"
43 - OMS (2014)
44 - WHO/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene"
45 - Ibid

MESSAGES CLÉS

Chapitre 1

- En 2014, la sous-nutrition était responsable de la **mort de 3,1 millions d'enfants** (OMS, 2015). Elle a de graves conséquences sur la santé et le développement des individus ainsi que sur la croissance économique et la pauvreté. Tous ces décès sont évitables puisque les **causes de la sous-nutrition le sont aussi.**

- Les facteurs et **les mécanismes qui mènent à la sous-nutrition sont divers, complexes et la plupart du temps interconnectés.** Au sens large, les facteurs clés qui déterminent le statut nutritionnel sont : l'alimentation ; les pratiques de soins et l'accès aux services de santé et à un environnement sain. Ils sont tous, d'une façon ou d'une autre, reliés au secteur de l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

- La **période des 1000 jours** entre le début de la grossesse et les deux ans de l'enfant représente une fenêtre d'opportunité cruciale pour la santé et le bien-être futurs des individus. Les dommages qui se produisent au cours de cette période sont généralement irréversibles.

- Étant donné l'aspect multidimensionnel de la nature et des causes de la sous-nutrition, **la réponse apportée doit être cohérente et coordonnée de façon à dépasser les clivages traditionnels entre les secteurs.**

- La **sécurité nutritionnelle** ne peut être atteinte qu'à travers une approche multisectorielle car elle implique des impacts à long terme et à grande échelle sur le statut nutritionnel des populations.

- La sous-nutrition, l'accès insuffisant à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène restent des problématiques d'ordre mondial. **En vue d'atteindre les nouveaux Objectifs de Développement Durable** et les Cibles Mondiales des secteurs Nutrition et WASH, l'intégration sera l'élément clé.

2

LIENS ENTRE **WASH, ENVIRONNEMENT SANITAIRE** ET **NUTRITION**

1. **RELATIONS ENTRE L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET LE STATUT NUTRITIONNEL**
2. **LES MÉCANISMES MENANT À LA SOUS-NUTRITION**
3. **AUTRES MALADIES ASSOCIÉES À L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE**
4. **EFFETS DES INTERVENTIONS WASH SUR LA SANTÉ**

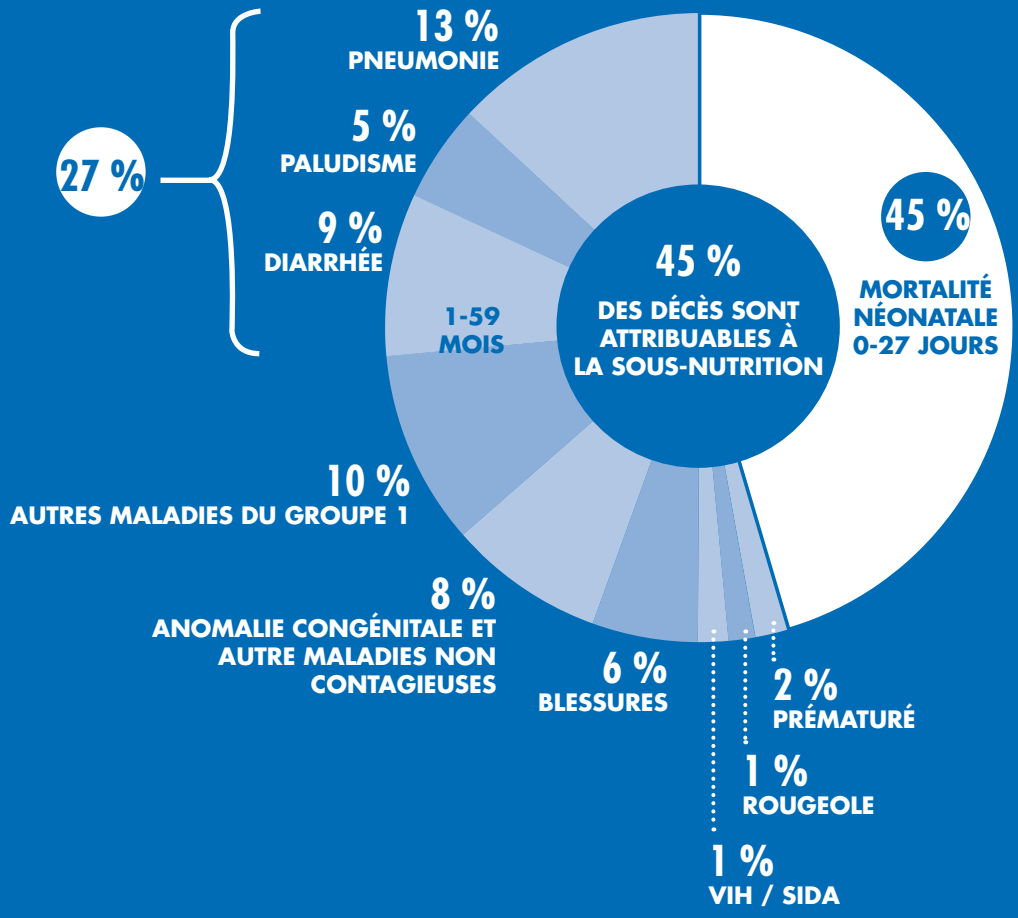
Jovana Dodos © ACF – Sénégal, 2015

LIENS ENTRE **WASH, ENVIRONNEMENT SANITAIRE** ET **NUTRITION**

NOMBRE DE DÉCÈS D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS EN 2015 : 5,9 MILLIONS

POURCENTAGE ATTRIBUABLE AUX MALADIES LIÉES AUX CONDITIONS SANITAIRES : 27 %

POURCENTAGE ATTRIBUABLE À LA SOUS-NUTRITION : 45 %



DÉCÈS D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS EN 2015

(OMS, 2016)

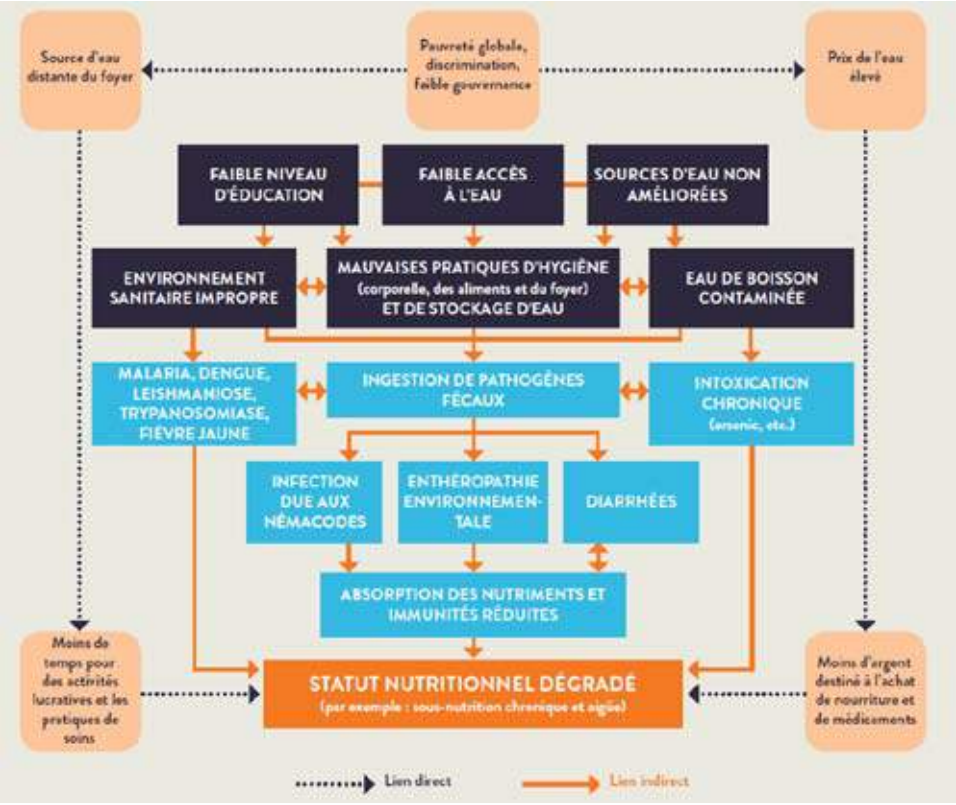
1. RELATIONS ENTRE L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET LE STATUT NUTRITIONNEL

Ces dix dernières années, on observe un recul des décès dus aux maladies infectieuses, telles que la diarrhée et le paludisme, qui sont souvent liées à un environnement sanitaire inadéquat[46]. Néanmoins, les mauvaises conditions sanitaires sont toujours à l'origine d'un nombre important de décès (néonatals et postnatals) et de maladies chez les enfants de moins de cinq ans. Ce fléau touche principalement les enfants des pays à revenu faible et intermédiaire[47]. Le Chapitre 2 donne un aperçu des connaissances existantes fondées sur des preuves au sujet des liens entre environnement sanitaire et nutrition. Cette partie explique également comment les interventions WASH, en luttant contre les maladies et leur propagation, contribuent à réduire la prévalence de la sous-nutrition.

Les trois causes sous-jacentes de la sous-nutrition, à savoir l'alimentation insuffisante ou inadaptée, les pratiques de soin inappropriées et les maladies, sont liées à l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène[48].

La figure 7 présente les différents mécanismes, **directs et indirects**, qui montrent l'interdépendance entre le statut nutritionnel et l'environnement sanitaire. Un environnement sanitaire inadéquat augmente le risque d'ingérer des pathogènes fécaux qui provoquent des pathologies comme la diarrhée, les vers intestinaux et la dysfonction entérique environnementale. Ceci affecte **directement** la capacité du corps à résister et se défendre contre les maladies car ces pathologies **ralentissent l'absorption des nutriments et affaiblissent le système immunitaire**[49]. D'autres maladies hydriques ou liées à l'environnement sanitaire, comme le paludisme, la dengue, la leishmaniose, la trypanosomiase, la fièvre jaune ainsi que les intoxications chroniques dues à la qualité chimique de l'eau, contribuent également à la dégradation du statut nutritionnel[50].

FIGURE 7 : LIENS ENTRE ENVIRONNEMENT SANITAIRE INADÉQUAT ET SOUS-NUTRITION INFANTILE



Source : Dangour et al (2013), adapté par Lapègue J., ACF (2014) "WASH and nutrition factsheet"

46 - OMS (2016) "Preventing disease through healthy environments : a global assessment of the burden of disease from environmental risks"
47 - OMS (2014) "Mortality and burden of disease from water and sanitation"
48 - ACF (2011) "Politique Eau, Assainissement et Hygiène"
49 - Dangour et al (2013) "Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutrition status of children (Review)"
50 - ACF (2011) "Politique Eau, Assainissement et Hygiène"

Il est nécessaire de prendre également en considération **les liens indirects entre l'environnement sanitaire et le statut nutritionnel.** L'origine de ces liens se trouve principalement dans l'environnement socio-économique (accès à l'eau, prix de l'eau, services d'assainissement et d'hygiène, distance entre le domicile et le point d'eau, éducation et pauvreté). Par exemple, si la source d'eau potable la plus proche est trop loin du ménage, cela aura plusieurs conséquences sur la nutrition. Les populations n'ont pas le choix, elles sont obligées de consommer de l'eau insalubre provenant de sources non protégées. Notons que deux fois sur trois ce sont les femmes et les jeunes enfants qui doivent aller chercher l'eau et la transporter[51]. La perte de temps associée à cette corvée se traduit par une baisse de productivité, une baisse de la fréquentation scolaire et moins de temps pour s'occuper des enfants et du ménage[52]. Rappelons que les pratiques de soins inadéquates font partie des causes sous-jacentes de la sous-nutrition. Dans le même ordre d'idée, l'accès inadéquat à l'eau et l'assainissement a un impact sur la scolarisation et la réussite scolaire des enfants, avec pour conséquences de limiter les possibilités de travailler, d'entretenir la pauvreté et de compromettre la sécurité alimentaire des ménages (causes sous-jacentes de la sous-nutrition maternelle et infantile)[53].

2. LES MÉCANISMES MENANT À LA SOUS-NUTRITION

Un environnement sanitaire inadéquat augmente le risque d'ingérer des pathogènes fécaux provoquant la diarrhée, les vers intestinaux et la dysfonction entérique environnementale, qui sont les trois mécanismes pathologiques expliquant la corrélation entre environnement sanitaire insalubre et sous-nutrition.

2.1. LA DIARRHÉE

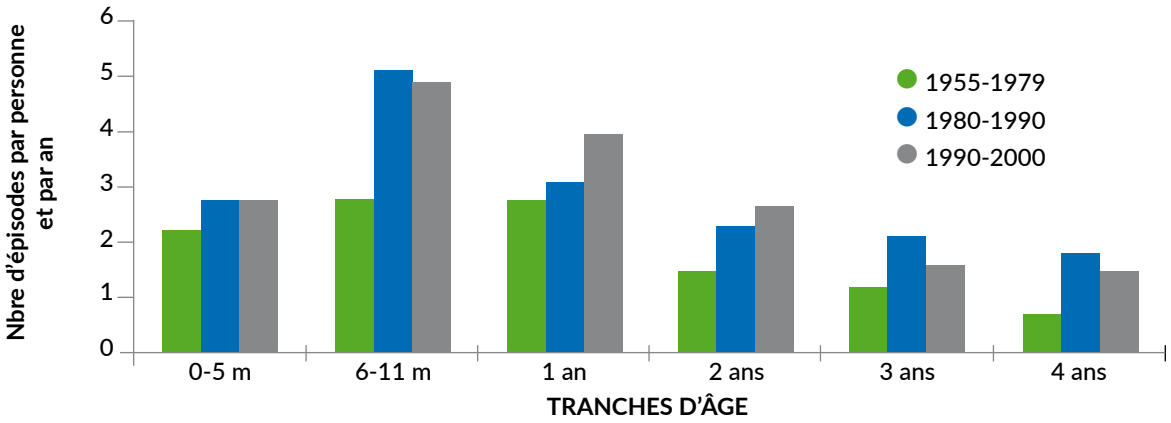
Le plus souvent, la diarrhée résulte du manque d'hygiène et de l'ingestion d'agents pathogènes présents dans les excréments qui n'ont pas été gérés correctement. On considère qu'un individu est atteint de diarrhée s'il produit plus de trois selles liquides par jour[54]. La diarrhée reste **une des principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde** ; en Afrique subsaharienne, elle est considérée comme la maladie mortelle la plus dévastatrice pour cette tranche d'âge[55]. En 2015, on estime que les 531 000 décès pour cause de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans (soit environ 1450 morts par jour) sont attribuables à un environnement sanitaire inadéquat[56].

Les données actuelles montrent que 50 % de la sous-alimentation est due aux crises de diarrhée à répétition[57]. Les enfants sous-alimentés sont plus exposés aux infections entériques à répétition et ont plus de risques de mourir de la diarrhée ou d'autres maladies, notamment les maladies respiratoires. **La probabilité qu'a un enfant de moins de cinq ans de mourir d'une maladie diarrhéique est 10 fois plus élevée s'il est atteint de malnutrition aigüe sévère**[58]. Les diarrhées à répétition entraînent une baisse de la consommation alimentaire et une mauvaise absorption des nutriments. Les enfants sont alors victimes d'un « **cercle vicieux** » entre les infections (diarrhées) à répétition et la dégradation de leur statut nutritionnel (Figure 9)[59].

La diarrhée a aussi un impact sur le retard de croissance. De récentes études montrent que le risque de retard de croissance augmente *« en fonction du nombre d'épisodes diarrhéiques et du nombre de jours où l'enfant est atteint de diarrhée avant ses 24 mois ».* La proportion des retards de croissance attribuable à cinq épisodes diarrhéiques ou plus avant l'âge de 2 ans est de 25 %[60].

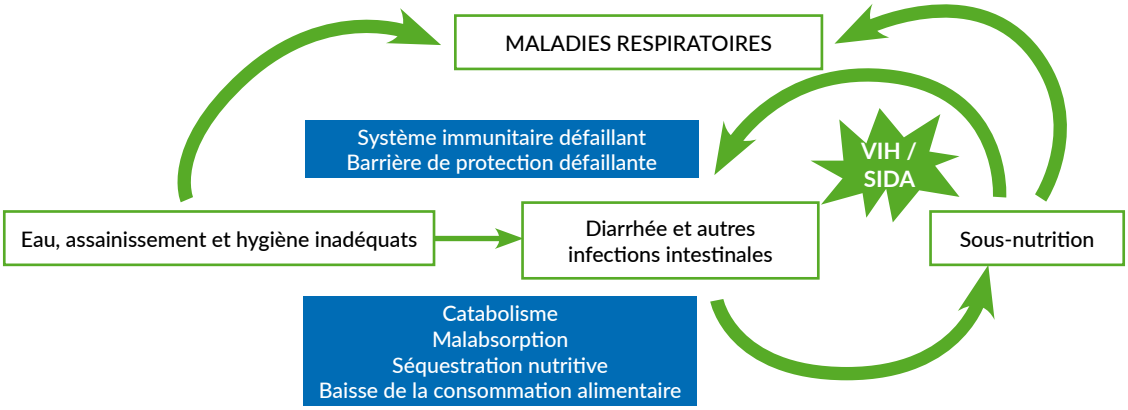
51 - UK Aid (2013) "Water, sanitation and hygiene evidence paper"
52 - Ibid
53 - ACF (2011) "Politique Eau, Assainissement et Hygiène"
54 - OMS (2011) "Water, sanitation and hygiene interventions and the prevention of diarrhea"
55 - Walker C et al. (2013) "Global burden of childhood pneumonia and diarrhea"
56 - OMS (2016)
57 - Walker C et al. (2013) "Global burden of childhood pneumonia and diarrhea"
58 - Black et al. (2008) "Maternal and child undernutrition : global and regional exposures and health consequences"
59 - UNICEF (2013) "Improving Child Nutrition : The Achievable Imperative for Global Progress"
60 - Walker et *al.* 2013

FIGURE 8 : NOMBRE MOYEN D'ÉPISODES DIARRHÉIQUES PAR AN SELON L'ÂGE DES ENFANTS D'APRÈS TROIS ÉTUDES DE PROSPECTION DANS LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT



Source : The global burden of diarrheal disease, OMS 2003

FIGURE 9 : CERCLE VICIEUX ENTRE LES INFECTIONS INTESTINALES ET LA SOUS-NUTRITION



Source : Liens entre WASH et sous-nutrition (OMS, 2007), Brown 2003, adapté par ACF

2.2. NEMATODES

Ce type d'infection est dû à différentes espèces de vers parasitaires. La transmission se fait par leurs œufs présents dans les excréments humains qui contaminent les sols lorsque les moyens d'assainissement sont insuffisants. L'infection se produit facilement en marchant pieds nus sur un sol contaminé ou en mangeant des aliments contaminés. Les vers intestinaux viennent dégrader la capacité d'absorption des nutriments chez les enfants, ce qui peut provoquer une anémie, une sous-alimentation et des troubles du développement intellectuel et physique. Ils représentent un grave problème pour la santé, l'éducation et la productivité scolaire des enfants[61]. Les vers parasitaires intestinaux, comme les schistosomes (contractés en se baignant ou en buvant de l'eau contaminée) et les helminthes (transmis par des sols contaminés par des matières fécales) provoquent des pertes de sang et réduisent l'appétit, deux symptômes qui ont un effet négatif sur le statut nutritionnel de l'enfant et de la santé de la maman[62].

NOTE

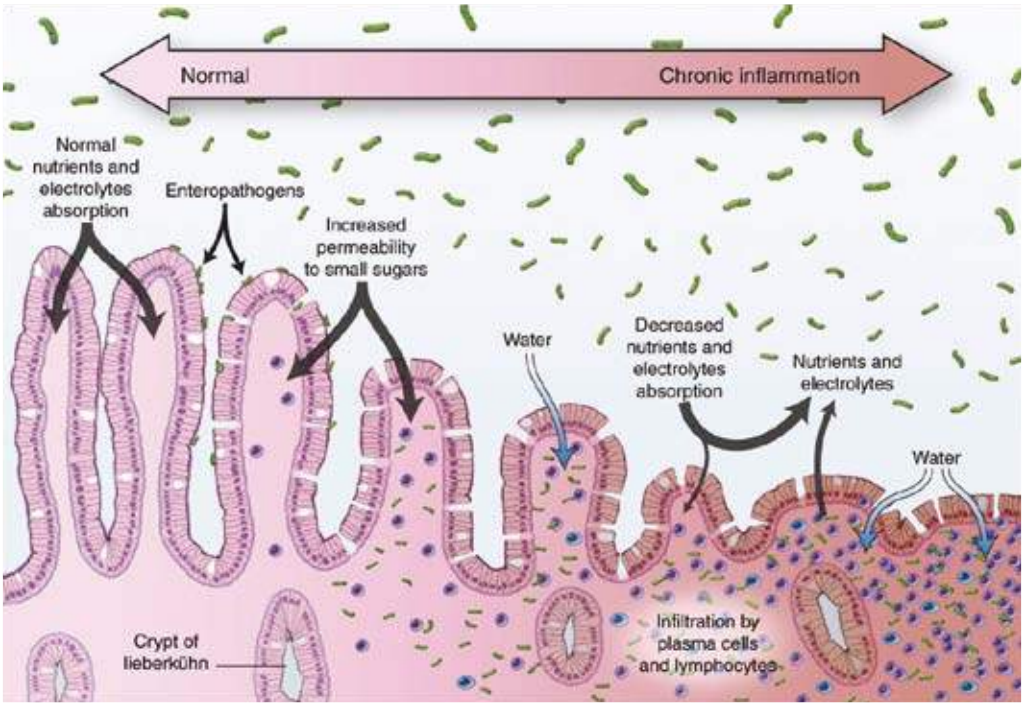
Dans les pays en développement, 1 femme enceinte sur 2 et environ 40 % des enfants d'âge préscolaire seraient anémiques. L'anémie maternelle augmente le risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement et le risque de morbidité chez l'enfant. Plus tard, elle entraîne une baisse de la productivité au travail chez l'adulte. ***Les parasites intestinaux****, de même que le paludisme et autres maladies causées par un environnement sanitaire inadéquat,* ***aggravent l'anémie ferriprive (carence en fer).*** *(OMS, 2015).*

61 - Deworm the World (2014)
62 - Génération Nutrition (2015) "Le rôle du secteur de l'Eau, Assainissement et Hygiène dans la lutte contre la sous-nutrition"

2.3. LA DYSFONCTION ENTÉRIQUE ENVIRONNEMENTALE (DEE)

Elle désigne une *« infection chronique de l'intestin grêle causée par une exposition répétée aux agents pathogènes fécaux »*[63], La dysfonction entérique environnementale (DEE) fait baisser la capacité d'absorption des nutriments chez les enfants et provoque la sous-nutrition et le retard de croissance. On soupçonne l'ingestion de micro-organismes, pas toujours pathogènes, d'être la principale cause de DEE chez les enfants de moins de deux ans. Les environnements non hygiéniques dans lesquels les nourrissons et les jeunes enfants évoluent favorisent considérablement l'apparition de la DEE dès le plus jeune âge[64]. Une fois contractée, cette maladie provoque des modifications anormales de la structure et des fonctions de l'intestin grêle. Elle provoque l'aplatissement des villosités intestinales ce qui conduit à une réduction de la surface d'absorption des nutriments. Les nutriments sont moins bien absorbés et les maladies peuvent passer plus facilement (Figure 10). L'hypothèse selon laquelle la DEE serait le principal mécanisme de causalité entre conditions sanitaires et retard de croissance et jouerait un rôle dans la diminution de l'efficacité des vaccins administrés par voie orale (tels que la poliomyélite et le rotavirus), a été émise[65]. Étroitement liée aux mauvaises conditions sanitaires et généralement asymptomatique, la DEE pourrait permettre d'expliquer pourquoi certaines interventions axées uniquement sur la nutrition n'ont pas réussi à enrayer la sous-nutrition sur le long terme[66].

FIGURE 10 : COMPARAISON ENTRE UN INTESTIN SAIN ET UN INTESTIN ATTEINT DE DEE



Source : Web

63 - Humphrey (2009) "Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and hand washing".
64 - Humphrey (2015) "Preventing environmental enteric dysfunction through improved water, sanitation and hygiene : an opportunity for stunting reduction in developing countries".
65 - CMAM Forum (2014) "Environmental Enteric Dysfunction- an Overview".
66 - Bery et al (2015) "Horizontal challenges : WASH and Nutrition integration.

3. AUTRES MALADIES ASSOCIÉES À L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE

© A. Parsons/i-Images pour Action contre la Faim

Hormis les Maladies Transmissibles par voie Fécale (MTF), comme la diarrhée, les parasites intestinaux et la DEE, il existe d'autres maladies liées à l'environnement sanitaire connues pour affaiblir le système immunitaire et entraîner la sous-nutrition.

Les études montrent que le paludisme donne lieu à plusieurs carences en nutriments et à un sous-poids chez les enfants de moins de cinq ans. Quantité d'enfants souffrent et meurent du paludisme en raison de carences en protéines, zinc, vitamine A et autres micronutriments. Comme pour la diarrhée, le paludisme et la sous-nutrition forment un cercle vicieux entre la maladie et la dégradation du statut nutritionnel[67]. Un environnement sanitaire inadéquat, comme la présence d'eau stagnante en raison d'un mauvais drainage ou de réservoirs non couverts, accroît le nombre de sites propices à la reproduction des moustiques et favorise ainsi la propagation du paludisme.

De manière analogue, les mauvaises pratiques d'hygiène aggravent les **infections respiratoires aigües** (IRA) et conduisent à une perte de poids. Un enfant sous-alimenté atteint d'une IRA comme la pneumonie, aura un taux de mortalité plus élevé qu'un enfant en bonne santé[68]. De plus, il a été prouvé que lorsqu'un enfant présente une carence en micronutriments et qu'on lui administre des compléments en vitamine A, les ARI vont empêcher le réequilibre du niveau de vitamine A[69]. Un environnement sanitaire insalubre favorise la propagation et la transmission des **Maladies Tropicales Négligées** (MTN) comme le trachome, la dengue, le chikungunya, etc. qui sont des causes sous-jacentes du retard de croissance, de l'émaciation et des carences en micronutriments. Parallèlement, une nutrition inadéquate augmente les risques de contracter une MNT. Le lien entre MNT et sous-nutrition participe à perpétuer le cercle vicieux entre maladie, sous-nutrition et pauvreté[70].

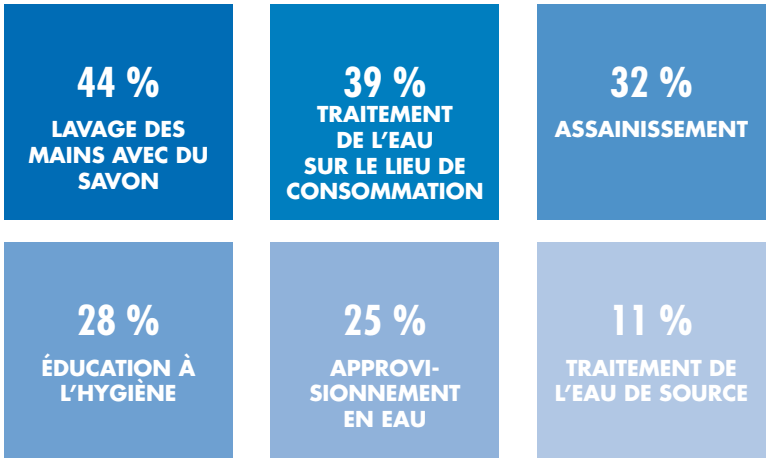
67 - Erdhart et. al., 2006.
68 - Erdhart et al., 2011.
69 - Rahman M et al. (2016) "Acute Respiratory Infections Prevent Improvement of Vitamin A Status in Young Infants Supplemented with Vitamin A"
70 - Global Network on Neglected Tropical diseases (2015) "Hunger, Nutrition and NTDs".

4. EFFETS DES INTERVENTIONS WASH SUR LA SANTÉ

© A. Parsons/i-Images pour Action contre la Faim

Ces dernières décennies, de nombreuses publications et études rapportent qu'en améliorant les installations sanitaires, les pratiques d'hygiène et la qualité de l'eau potable on obtient des résultats positifs sur l'incidence des maladies, en particulier dans les pays les moins développés. Lorsqu'elles sont correctement conduites, les interventions WASH peuvent arrêter la transmission des agents pathogènes, limiter le fléau que représentent les maladies et apporter des bienfaits sur la santé et dans d'autres secteurs.

FIGURE 11 : BAISSE DE LA MORBIDITÉ DUE AUX MALADIES DIARRHÉIQUES (% en fonction du type d'intervention)

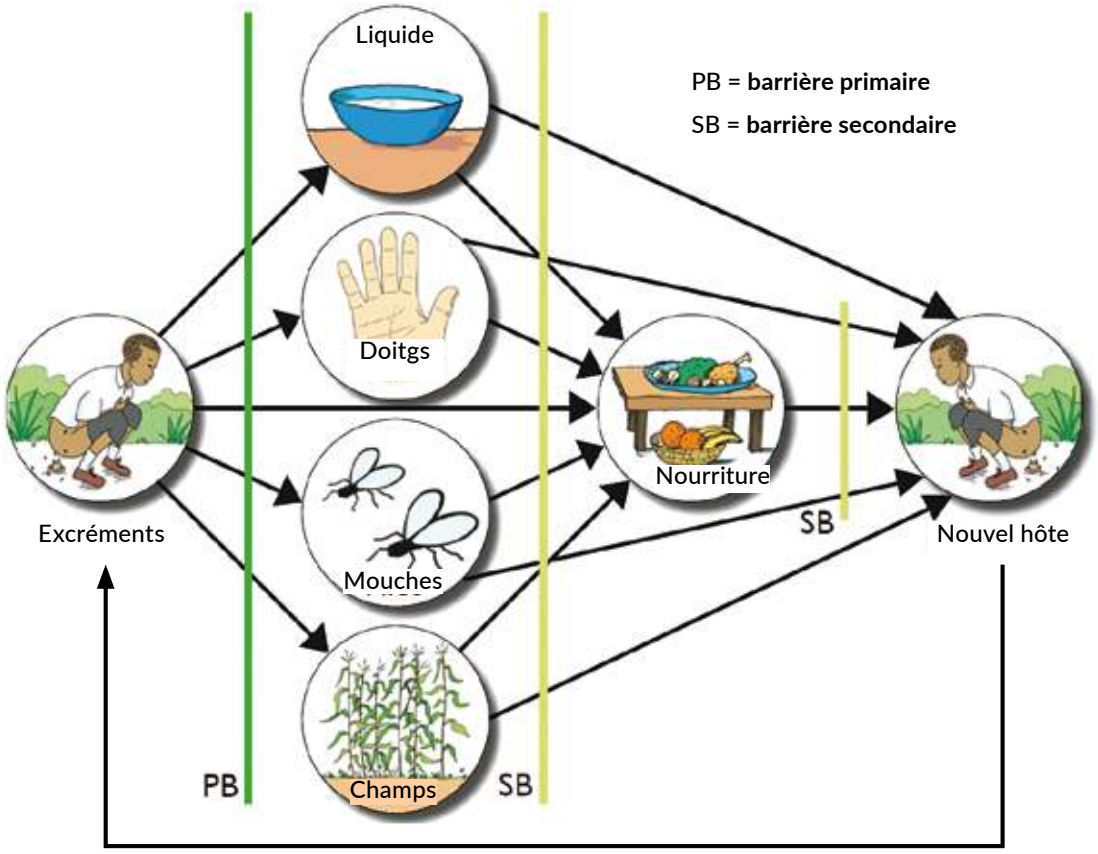


Source : Fewtrell et al. (2005)

L'assainissement et les bonnes pratiques d'hygiène, constituent la « **barrière primaire** » essentielle permettant d'isoler les matières fécales de l'environnement au sens large. En effet, si des matières fécales sont présentes dans l'environnement, les agents pathogènes peuvent se propager de manière directe (via des hôtes) ou de manière indirecte (via les doigts, les mouches, les liquides, les champs ou les sols). Il est donc nécessaire d'ériger des « **barrières secondaires** » pour éviter que la population ne soit exposée à ce type de contamination. Les bonnes pratiques d'hygiène, et particulièrement le lavage des mains avec du savon, sont des barrières secondaires vitales pour empêcher la propagation des maladies diarrhéiques et respiratoires, voire d'autres maladies infectieuses. En effet, ces barrières hygiéniques empêchent les agents pathogènes de contaminer l'environnement domestique et la nourriture, permettant ainsi d'éviter leur ingestion (Figure 12)[71].

71 - World Bank Group (2015) "Sanitation and Hygiene : Why they matter?".

FIGURE 12 : SCHÉMA DES VOIES DE TRANSMISSION ORO-FÉCALES ET BARRIÈRES HYGIÉNIQUES (« F-DIAGRAM » en anglais)



Source : Perez at al. (2012), adapté de Wagner and Langlois (1958)

Il est essentiel , en amont d'une intervention, de bien comprendre les voies de transmission oro-fécales des maladies. Le type d'intervention WASH à mettre en œuvre **dépend des voies de transmission** (liquides, doigts, mouches, etc.). Si plusieurs voies oeuvrent collectivement à transmettre les maladies, alors les interventions visant une seule voie auront des effets minimes. C'est particulièrement vrai en situation d'urgence ou d'épidémie, où les conditions environnementales favorisent la propagation des maladies transmissibles. Dans ces situations, il se peut que l'amélioration de la qualité de l'eau et/ou de l'approvisionnement en eau n'aboutissent qu'à des effets minimes, à moins de les accompagner de mesures pour la gestion améliorée des excréments et le respect des comportements hygiéniques[72]. Il convient de préciser que les voies de transmission de la diarrhée sont multiples et interdépendantes, par conséquent, l'efficacité des interventions WASH passe par une bonne coordination et un taux de couverture suffisamment large[73].

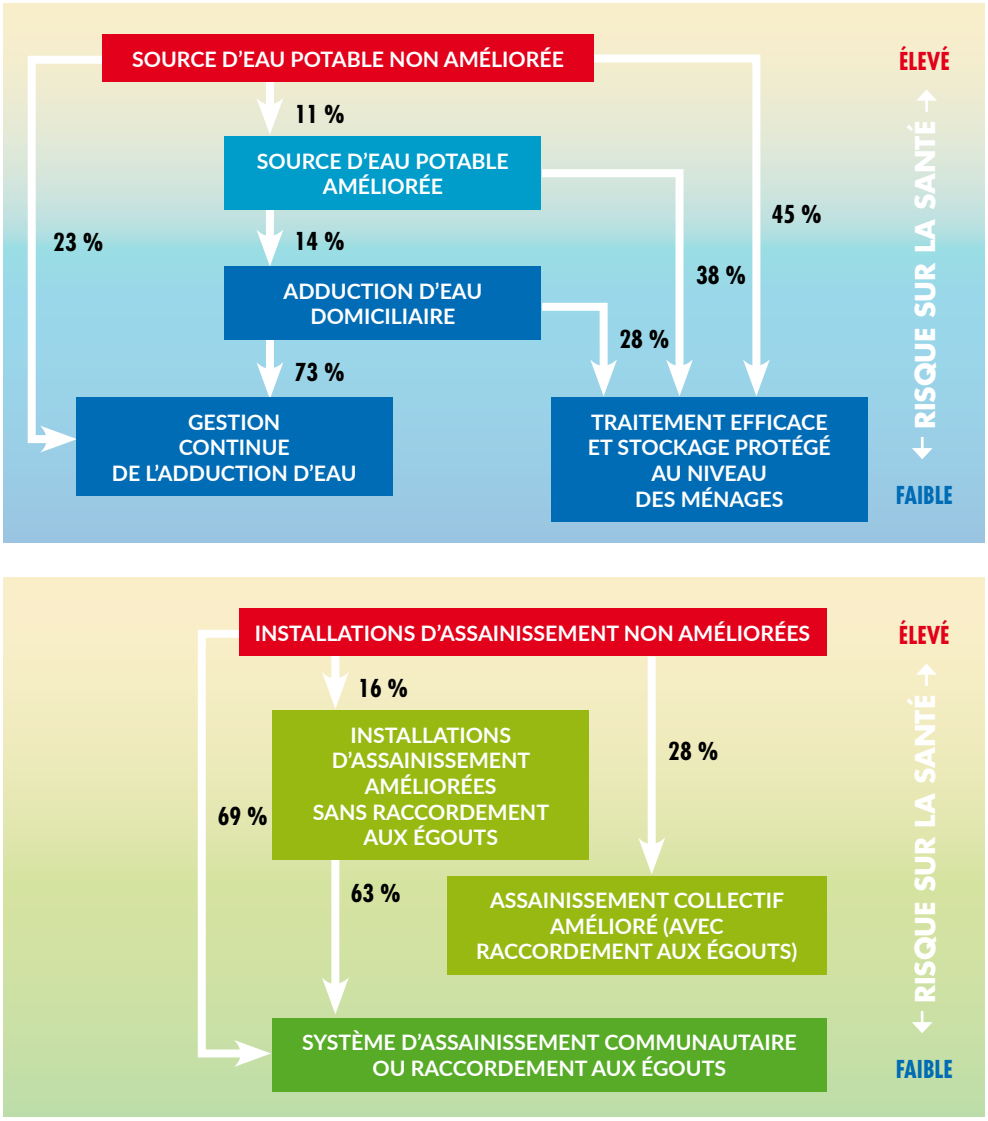
Il existe des preuves solides des bienfaits des interventions WASH sur la morbidité diarrhéique, surtout chez les enfants de moins de cinq ans[74]. Comme indiqué dans la Figure 13, le moyen le plus efficace pour réduire les risques de maladies diarrhéiques (jusqu'à 73 %) est de disposer d'installations fournissant de l'eau potable salubre en continu par un système d'adduction (canalisations) et d'un réseaux d'eaux usées permettant d'éliminer les excréments de l'environnement domestique et communautaire[75]. D'autre part, une méta-analyse menée sur des études portant sur le lavage des mains dans les pays en développement a permis de montrer que le fait de se laver les mains avec du savon réduit le risque de diarrhée de 48 %[76].

NOTE

L'intégration WASH'Nutrition implique de se focaliser davantage sur ***la voie de transmission que sont les « champs »*** *(ou le terrain). Cet aspect est généralement négligé par rapport aux autres voies de transmission, mais il concerne directement tous les jeunes enfants (déplacement à quatre pattes, contact avec des animaux et leurs déjections, porter des choses à la bouche). Cela implique de réfléchir à de nouvelles mesures de prévention sanitaires (voir la notion de « Bébé WASH » au Chapitre 4).*

72 - Parkinson J (2009) "Review of the Evidence Base for WASH interventions in Emergency Responses"
73 - UK Aid (2013) "Water, Sanitation and Hygiene evidence paper"
74 - Fewtrell et al., 2005
75 - OMS (2014) "Preventing diarrhea through better water, sanitation and hygiene : exposures and impacts in low- and middle-income countries"
76 - Brown et al., 2011

FIGURE 13 : EFFETS DES AMÉLIORATIONS EN MATIÈRE D'EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT SUR LE RISQUE DE MALADIES DIARRHÉIQUES



Source : OMS, 2014

Des études récentes confirment que les interventions portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène permettent de limiter les **infections liées aux parasites intestinaux** et autres maladies liées aux conditions sanitaires insalubres[77]. Par exemple, l'accès et l'utilisation d'installations permettant la gestion hygiénique des excréments humains réduit le risque de transmission des nématodes par le sol de 34 %. L'utilisation d'une eau traitée réduit ce risque de 54 %[78]. Au sein des ménages disposant de savon et qui ont été sensibilisés au lavage des mains, l'incidence de la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans est réduite de 50 %.[79] Environ 42 % des cas de paludisme pourraient être évités par une meilleure gestion de l'environnement sanitaire, notamment en éliminant des eaux stagnantes ou en améliorant le drainage[80].

L'étiologie de la DEE est encore relativement floue. Plusieurs facteurs semblent favoriser l'apparition de la DEE : les carences nutritionnelles (notamment en zinc et en vitamine A), le dérèglement de la flore intestinale (présence d'heliobacter pylori, croissance bactérienne excessive), les mycotoxines et le VIH. Selon plusieurs études la DEE pourrait provoquer un ralentissement de la croissance. Ceci permet d'émettre l'hypothèse que la DEE, plutôt que la diarrhée ou les helminthes transmis par le sol, serait le mécanisme principal qui permettrait d'expliquer la corrélation entre conditions sanitaires insalubres et retard de croissance[81].

77 - Pruss-Ustun A et al. (2008) "The impact of the environment on health by country : a meta-synthesis"
78 - Strunz et al, 2014
79 - Luby, 2005
80 - OMS (2016) "Preventing disease through healthy environments : a global assessment of the burden of disease from environmental risks"
81 - BabyWASH and the 1000 days, a practical package for stunting reduction, ACF-Espagne, 2017

MESSAGES CLÉS

Chapitre 2

- En dépit du recul significatif des maladies infectieuses, **les conditions sanitaires inadéquates sont encore responsables d'une proportion considérable des décès** (néonatals et postnatals) et des maladies chez les enfants de moins de cinq ans.
- **Les trois causes sous-jacentes de la sous-nutrition**, à savoir l'alimentation insuffisante ou inadaptée, les pratiques de soin inappropriées et les maladies, **sont reliées, de façon directe ou indirecte, à l'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.**
- Un environnement sanitaire inadéquat augmente le risque d'ingérer des pathogènes fécaux provoquant la diarrhée, les vers intestinaux et la dysfonction entérique environnementale, qui sont les trois mécanismes pathologiques expliquant la corrélation entre environnement sanitaire insalubre et sous-nutrition.
- **50 % de la sous-alimentation est due aux crises de diarrhée à répétition.** L'exposition répétée aux maladies dégrade le statut nutritionnel et, réciproquement, une nutrition inadéquate augmente le risque de contracter des maladies. C'est ce qu'on appelle le « cercle vicieux » entre maladies à répétition et dégradation du statut nutritionnel.
- D'autres maladies liées aux conditions sanitaires, comme **le paludisme, les infections respiratoires aigües et les maladies tropicales négligées** (trachome, dengue, chikungunya) **sont connues pour entraîner la sous-nutrition et l'affaiblissement du système immunitaire.**
- L'amélioration de l'eau potable, des installations sanitaires et des pratiques d'hygiène ont des effets positifs dans la lutte contre les maladies. Les interventions WASH ont la capacité d'arrêter la transmission des agents pathogènes, de réduire le fléau que représentent les maladies et apporter des bienfaits sur la santé et dans d'autres secteurs.
- Hormis son rôle dans la transmission des maladies, de plus en plus d'études montrent que l'environnement sanitaire a une influence déterminante sur la situation nutritionnelle des enfants. C'est particulièrement vrai concernant les effets des conditions sanitaires sur le retard de croissance ; les impacts sur l'émaciation n'ont pas encore été élucidés.
- **Il existe suffisamment de preuves qui justifient les efforts d'intégration des interventions WASH et Nutrition.**

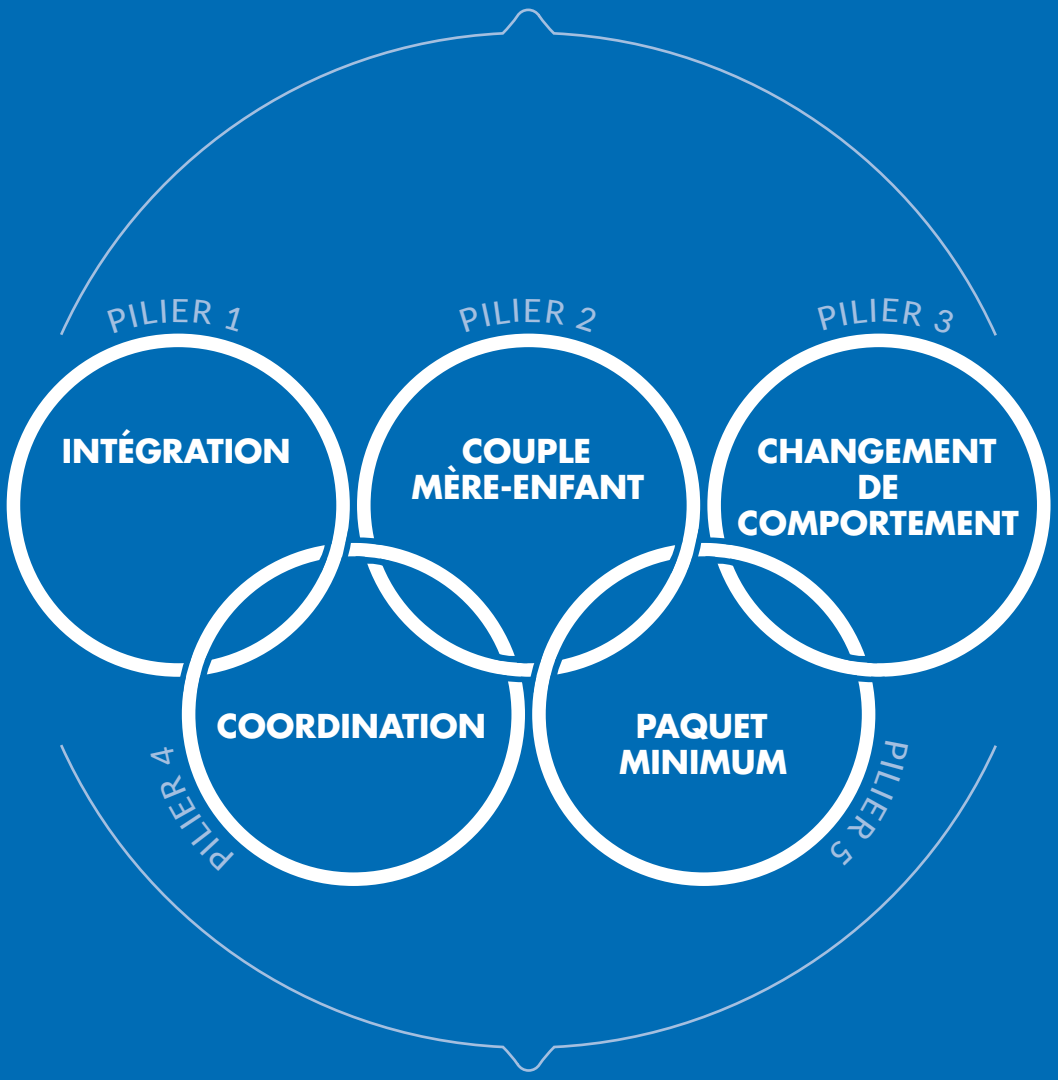
3

STRATÉGIE WASH'NUTRITION

1. ALIGNEMENT DES PROGRAMMES WASH ET NUTRITION
2. INTÉGRATION
3. LE COUPLE MÈRE-ENFANT : UNE PRIORITÉ
4. LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT
5. COORDINATION DES PARTIES PRENANTES
6. ASSURER LE PAQUET MINIMUM WASH

© ACF - Pakistan, 2015

PRINCIPALEMENT DANS LES CONTEXTES DE DÉVELOPPEMENT,
MAIS PAS UNIQUEMENT...



PRINCIPALEMENT EN SITUATION D'URGENCE,
MAIS PAS UNIQUEMENT...

DEVENEZ CHAMPION OLYMPIQUE EN WASH'NUTRITION !

1. ALIGNEMENT DES PROGRAMMES WASH ET NUTRITION

Le terme « WASH'Nutrition » désigne tout type d'intervention visant à renforcer la prévention (avant l'incidence de la sous-nutrition) et la prise en charge de la sous-nutrition (MAS et MAM) par l'amélioration des conditions sanitaires (accès à l'eau, assainissement et pratiques d'hygiène). L'alignement suppose la (re)définition des orientations stratégiques des programmes WASH et Nutrition en identifiant les opportunités d'action intégrée selon plusieurs éléments :

- les priorités et les besoins spécifiques au contexte
- l'accès et la sécurité
- le mandat et les capacités de l'organisation/de la mission
- les domaines d'intérêt commun (ex. période des 1000 jours)
- la présence d'autres parties prenantes déjà impliquées dans des actions WASH et Nutrition et leurs capacités
- les lois, politiques et stratégies nationales liées aux secteurs WASH et Nutrition
- Le positionnement stratégique des bailleurs clés

Il existe plusieurs façons d'aligner les programmes WASH et Nutrition :

1. Par une stratégie intégrée, élaborée conjointement dans un esprit collaboratif et basée sur une analyse, une planification et un raisonnement stratégique multisectoriels. Le document de cadrage d'ACF **Politique Sécurité Nutritionnelle**[82] est un bon exemple en la matière. Il décrit le positionnement à long terme de l'organisation et traite des interventions préventives et réactives pour les secteurs Nutrition/Santé, WASH, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, et de leurs interactions.
2. En s'assurant que la stratégie de chaque secteur inclut des problématiques transversales et des objectifs relatifs à d'autres secteurs tout en cherchant les possibilités d'intégration. Il s'agit d'adopter une attitude proactive à l'égard de tous les secteurs pour faire en sorte que tout projet WASH intègre d'emblée des objectifs nutritionnels.

NOTE

Il n'existe pas de modèle universel applicable à toutes les situations. C'est le processus d'élaboration de la stratégie lui-même qui dictera l'orientation. Si la stratégie est développée de façon collaborative et tient compte des deux secteurs, il est fort probable que les programmes mis en œuvre soient intégrés. La compréhension des avantages et des raisons qui motivent l'intégration d'éléments WASH dans les programmes nutritionnels et inversement, est essentielle pour clarifier et harmoniser les objectifs des secteurs.

NOTE

*Il faut voir l'intégration WASH - Nutrition comme une « **route à double sens** ». Chaque secteur doit connaître les problématiques et objectifs de l'autre secteur et faire en sorte qu'ils soient correctement pris en considération.*

La stratégie WASH'Nutrition a été initiée en 2012 par le Groupe Régional WASH Afrique de l'Ouest et Centrale avec le soutien d'un grand nombre de partenaires. Elle comprend 5 piliers. Cette stratégie a été mise à jour et ajustée en 2015[83] **:**

1. **S'assurer du bon positionnement géographique des projets WASH en les concentrant dans les régions touchées par la sous-nutrition, en priorité dans les zones à forte prévalence de MAG.**
2. **Donner la priorité au couple « mère/accompagnant - enfant malnutri »** et réaliser leur suivi au niveau des centres de santé comme à domicile afin de briser le cercle vicieux « diarrhée/nématode/DEE - sous-nutrition » et de prévenir les maladies associées.
3. **Mettre l'accent sur le changement de comportement.** En effet, si les comportements hygiéniques adéquats ne sont pas respectés, la seule fourniture d'installations (approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires) aura un impact limité sur la santé.
4. **Améliorer la coordination** et multiplier/renforcer les partenariats avec les ministères concernés (nutrition, santé, sécurité alimentaire, assainissement, ressources en eau), les organisations humanitaires et les autres parties prenantes concernées pour faire en sorte que tout projet WASH intègre d'emblée des objectifs se rapportant à la santé et la nutrition.
5. **Renforcer la notion de « paquet minimum WASH » et assurer sa mise en place** (présenté plus loin dans ce chapitre) à la fois dans les centres de nutrition et de santé, mais aussi dans les communautés et ménages touchés par la sous-nutrition.

ENCADRÉ 3 : CIBLAGE WASH'NUTRITION

À l'origine, la stratégie WASH'Nutrition a été conçue pour cibler les enfants de moins de cinq ans, et était particulièrement adaptée aux contextes d'aide humanitaire à forte prévalence de sous-nutrition aiguë. C'est surtout vrai pour les piliers 4 (coordination) et 5 (paquet minimum WASH). Mais la méthodologie adoptée pour cette stratégie (les cinq piliers) peut s'appliquer à d'autres contextes avec d'autres formes de sous-nutrition, comme dans les contextes de développement où les taux de sous-nutrition chronique et les conditions sanitaires sont préoccupants.

82 - ACF (2014) "Politique Sécurité Nutritionnelle"
83 - Groupe Régional WASH Afrique de l'Ouest et Centrale (2015) "WASH in Nut" stratégie pour le Sahel

2. INTÉGRATION

PILIER 1

Le fait d'intégrer les programmes WASH et Nutrition permet de maximiser les impacts, d'améliorer le rapport coût-efficacité et la durabilité, et d'offrir de plus grands avantages aux bénéficiaires.

Il existe plusieurs façons de procéder à l'intégration d'éléments WASH et Nutrition dans les programmes. Le degré d'intégration doit être défini en fonction des capacités des secteurs et des conditions propres au contexte. Même si les possibilités de synergie sont réduites, à cause par exemple de contraintes financières ou de calendriers programmatiques incompatibles ne permettant pas aux différents secteurs d'envisager un programme unique, il existe toujours un moyen d'harmoniser les interventions à condition que la coordination, la communication et la collaboration entre les secteurs se fassent correctement. La figure 14 montre les différents degrés et types d'intégration selon les circonstances.

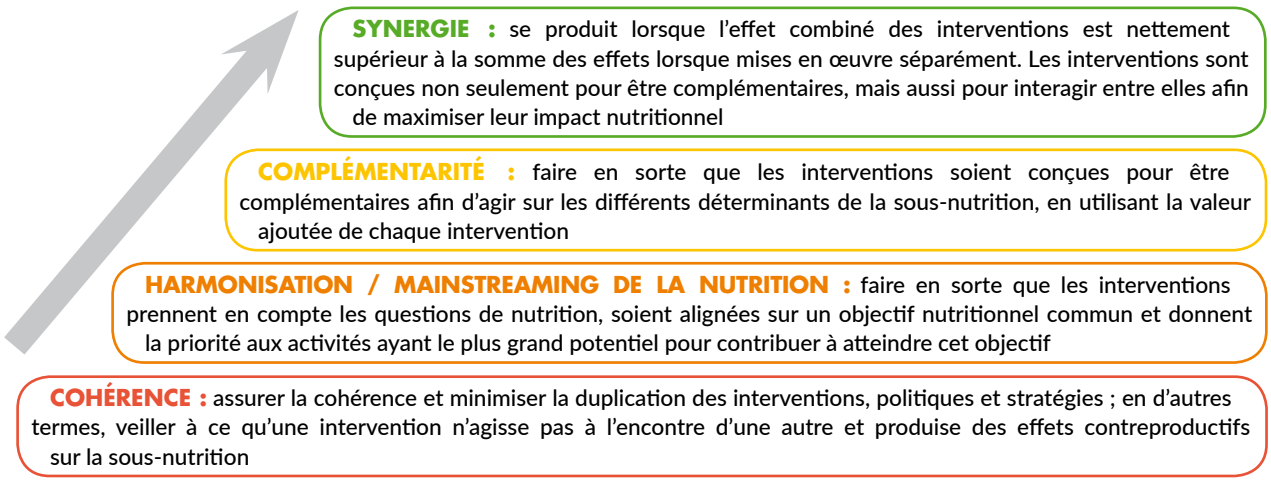
NOTE

Le présent guide définit l'intégration comme une méthode de travail dans laquelle les secteurs WASH et Nutrition travaillent en synergie.

D'un point de vue opérationnel, les secteurs WASH et Nutrition travaillent en synergie lorsque :

- **La planification et l'analyse de la situation sont réalisées conjointement**
- Certains **éléments des programmes sont communs** aux deux secteurs dans le but de prévenir/réduire la sous-nutrition : un ou plusieurs **indicateurs** d'un secteur sont intégrés aux objectifs des projets de l'autre secteur et/ou il existe un **objectif spécifique commun** aux deux secteurs
- Les interventions ayant lieu **dans les mêmes zones géographiques et ciblant les mêmes bénéficiaires** (individus, ménages, communautés) doivent être synchronisées et organisées de manière conjointe
- La **communication** entre les acteurs WASH et Nutrition est **régulière et constructive** ; le pilotage et le format de reporting sont bien coordonnés
- **Le suivi et l'évaluation** des activités sont réalisés de manière conjointe

FIGURE 14 : DEGRÉS CROISSANTS DE L'INTÉGRATION MULTISECTORIELLE



Source : ACF (2014) "Politique Sécurité Nutritionnelle"

2.1. CO-IMPLANTATION DES ACTIVITÉS WASH DANS LES ZONES À VULNÉRABILITÉ NUTRITIONNELLE

Les méthodes de cartographie, qui ont un coût relativement faible et sont faciles à utiliser, permettent de superposer plusieurs indicateurs clés afin de mieux comprendre les liens entre conditions sanitaires et taux de sous-nutrition. Ces méthodes peuvent s'avérer utiles pour prendre des décisions concernant les interventions et la programmation.[84] Cette approche est applicable à tous les niveaux géographiques (ménage, communauté, district, région, etc.), elle peut servir d'outil pour l'évaluation, la conception et/ou le suivi des programmes. Mais elle est surtout utile pour assurer une bonne

84 - Ramos M. and Kendle A., ECHO Amman and Save the Children (2014) "Integrated programming : Mapping of nutrition and WASH"

répartition géographique des projets WASH dans les zones à forte prévalence de sous-nutrition. Selon le contexte, il existe plusieurs façons de définir les priorités de ciblage des interventions :

1. **Zones à forte prévalence de MAG*** et présentant des taux élevés de maladies associées comme le paludisme et la diarrhée (si les données sont disponibles) : réponse aux urgences nutritionnelles en soutien aux interventions de secours
2. **Zones à forte prévalence de retard de croissance*** : programmes davantage orientés sur le développement et l'impact à long terme
3. **3 Zones où il y a un risque de dégradation du statut nutritionnel** : programmes axés sur la prévention de la sous-nutrition avant d'atteindre les valeurs-seuil de prévalence

**Voir Chapitre 1 pour les précisions sur les valeurs-seuil de prévalence en fonction de l'impact sur la santé publique*

La cartographie intégrée WASH'Nutrition suppose l'utilisation d'indicateurs clés dont les valeurs peuvent être obtenues dans les rapports annuels et grâce aux données secondaires, comme les enquêtes CAP[85]. Ces indicateurs, voir liste ci-dessous, sont utilisés pour produire une représentation visuelle de leurs interactions :

- Prévalence de la MAG/MAS ou du retard de croissance
- Accès et distance du premier point d'eau potable sûr
- Accès et utilisation d'installations sanitaires adéquates et sûres
- Pratiques d'hygiène de la population, y compris le lavage des mains aux moments critiques
- Pratiques d'alimentation et de soins des nourrissons et des jeunes enfants
- Prévalence des maladies diarrhéiques / nématodes / DEE
- Prévalence des eaux stagnantes (marais, rizières, pluies abondantes) et mauvaise gestion des déchets solides[86]
- Pourcentage des structures de santé ne disposant pas des services WASH de base

En outre, les données sur l'origine des patients (qui se trouvent dans les archives des centres de santé ou de nutrition) peuvent servir à retracer l'historique et **identifier les épicentres de la sous-nutrition**. Une telle réflexion sur le ciblage des programmes WASH se révèle être une manière efficace de planifier les activités WASH communautaires. Les cartes obtenues fournissent des informations spécifiques sur le contexte, fondées sur des preuves existantes. Il est possible de les utiliser de différentes façons à des fins nutritionnelles. Par exemple, si la carte intégrée met en évidence les liens étroits entre statut nutritionnel et environnement sanitaire dans une zone précise, cela permettra de déterminer les endroits où les interventions sont susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la sous-nutrition.[87]

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 1

Cartographie du statut nutritionnel et des infrastructures WASH dans les ménages comptant des enfants de moins de cinq ans au Bangladesh

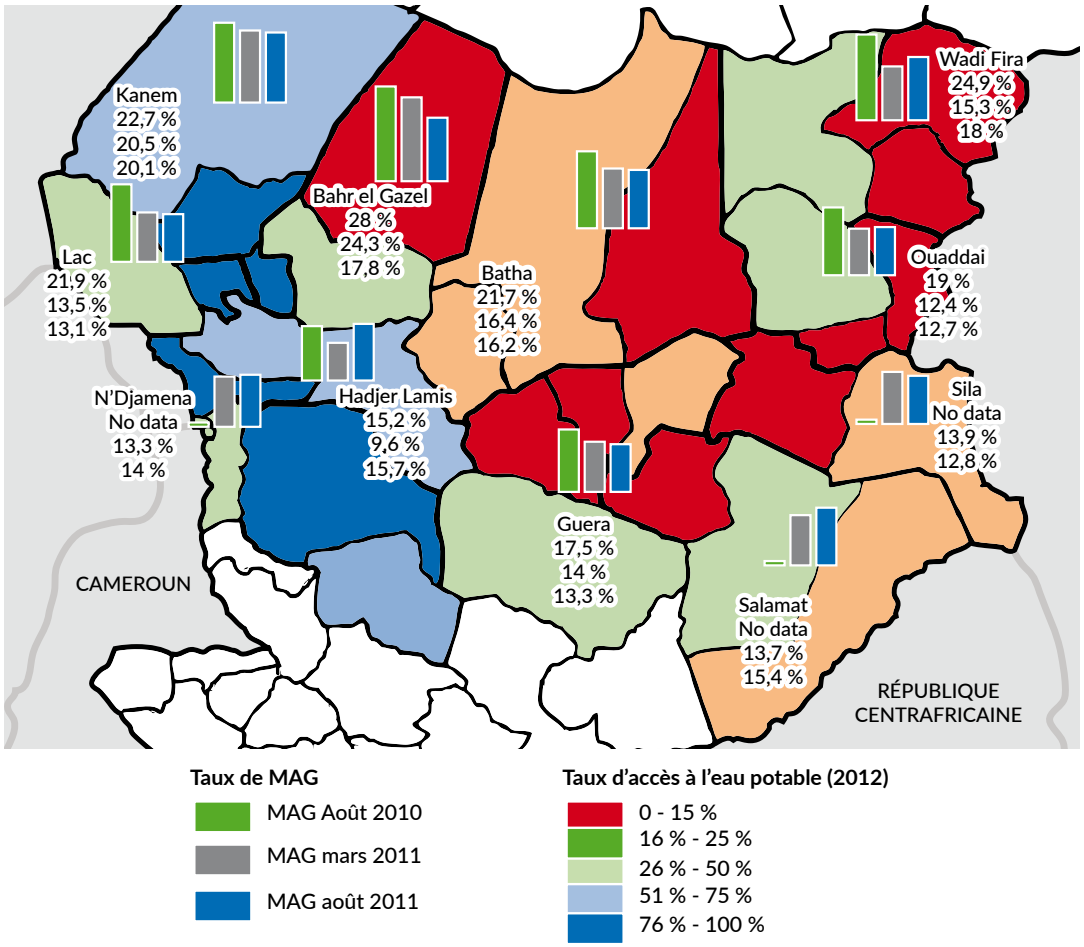
Depuis 2006 Terre des hommes (Tdh) travaille sur la prévention de la sous-nutrition aigüe dans le district de Kurigram, dans le nord du Bangladesh. Le premier programme à proposer des interventions WASH et Nutrition intégrées a été financé par l'UNICEF, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et le consortium suisse pour l'eau et l'assainissement (Swiss Water and Sanitation Consortium) entre 2011 et 2013. L'approche WASH'Nutrition du projet consistait à utiliser la cartographie par Système d'Information Géographique (GIS) en croisant les données sur le statut nutritionnel des enfants de moins de cinq ans avec celles sur les infrastructures WASH dans les ménages. Dans le bidonville péri-urbain Ward 1 (municipalité de Kurigram), Tdh a produit des cartes saisonnières de la prévalence de la MAS et de la MAM avec la position des ménages ayant bénéficié de toilettes et des ménages desservis par les forages du projet. Même si les fonds du projet n'étaient pas suffisants pour assurer l'accès à une source d'eau et des toilettes améliorées pour tous les habitants de Ward 1, le fait de pouvoir visualiser simultanément l'emplacement des infrastructures WASH et les cas de sous-nutrition a permis de repérer les quartiers nécessitant un suivi approfondi.

De 2013 à 2015, le programme intégré (partenariat avec ECHO, le PAM et le consortium suisse) a été mis à l'échelle afin de couvrir de grandes zones rurales touchées par les inondations. L'équipe a utilisé la cartographie SIG pour représenter les résultats de l'enquête SMART.

Suite aux graves inondations de 2015, Tdh a décidé de renforcer sa collaboration avec les autorités en réalisant un recensement des ménages dans les zones touchées par les inondations. Ce recensement permettra aux autorités de mieux gérer la distribution des ressources lors des interventions de secours et de rétablissement. En plus des données démographiques, les équipes Tdh veulent cartographier le statut nutritionnel des enfants, les grossesses précoces et à risque, les naissances ainsi que les infrastructures WASH et les risques d'inondation. Comme les infrastructures WASH coûtent cher, la cartographie SIG des données du recensement devrait permettre d'identifier les zones à forte densité de sous-nutrition aigüe et donc de savoir où concentrer les efforts et les ressources pour une bonne gestion de l'eau et de l'assainissement.

85 - Connaissances, Attitudes et Pratiques
86 - Conditions favorisant la reproduction des moustiques et augmentant les risques de maladies comme le paludisme et la dengue
87 - Ramos M. and Kendle A., ECHO Amman and Save the Children (2014) "Integrated programming : Mapping of nutrition and WASH"

CARTE 4 : SUPERPOSITION DES TAUX DE MAG ET D'ACCÈS À L'EAU POTABLE AU TCHAD



Source : Ramos M., Fillon P., Global WASH Cluster Rapid Assessment Team, Mars 2012

2.2. ÉVALUATIONS DES BESOINS INTÉGRÉES

Si elles sont réalisées de manière conjointe, les évaluations des besoins des différents secteurs apportent une compréhension plus globale de la situation qui incitera à proposer des réponses intégrées. Les évaluations de terrain menées conjointement peuvent s'avérer utiles aux équipes pour mieux connaître les autres secteurs et trouver des domaines d'intérêt commun.

Le point de départ d'une évaluation des besoins intégrée WASH'Nutrition est de se mettre d'accord sur : la portée de l'évaluation, les principaux indicateurs et les méthodes de recherche. En général, l'évaluation des besoins commence par l'examen des documents existants au niveau national (évaluations, études et statistiques de santé). En connaissant mieux l'ampleur et la position géographique de la sous-nutrition, des infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène, des maladies diarrhéiques et de la sécurité économique et alimentaire, les responsables des programmes WASH et Nutrition pourront déterminer les zones où il faut effectuer les évaluations intégrées en priorité.

L'évaluation conjointe demande une planification et une coordination rigoureuses (itinéraires, activités, contacts à rencontrer, etc.). Cela passe par la tenue régulière de réunions d'équipe de façon à mettre en commun les résultats, trouver les domaines d'intérêt mutuels, tirer les conclusions et définir le contenu du rapport d'évaluation.

Certains éléments d'évaluation sont propres aux secteurs (l'évaluation de la qualité de l'eau souterraine ou des pratiques d'allaitement) et nécessitent l'intervention de spécialistes. En revanche, plusieurs éléments sont transversaux et relèvent de domaines d'intérêts communs, qui apparaîtront à la fois dans les évaluations WASH et dans les évaluations Nutrition.

Il existe plusieurs méthodes qualitatives participatives permettant de mieux connaître les connaissances, attitudes et pratiques de la population vivant dans les zones où les interventions intégrées WASH'Nutrition sont mises en œuvre. Par exemple, la méthode du triage en trois piles[88] ou les groupes de discussion fournissent aux équipes WASH et Nutrition une

88 - Outil participatif pour aider un groupe à échanger sur les pratiques WASH et les croyances associées

connaissance approfondie des pratiques attribuées aux différents groupes de la population (hommes, femmes, enfants) permettant ainsi de comparer leurs avis sur certaines questions et de confirmer les besoins réels de la communauté. Cela permet également de repérer et analyser les potentiels obstacles susceptibles de nuire à la mise en œuvre et à la durabilité des projets intégrés. Les approches participatives sont des méthodes efficaces pour identifier les personnes clés au sein des communautés (leaders religieux et traditionnels, docteurs, enseignants, etc.) et en savoir plus sur des questions transversales comme l'âge, le genre, les handicaps, etc.

Enfin, pour définir correctement les interventions intégrées WASH'Nutrition, il est important de bien connaître les capacités des différents acteurs concernés, en particulier des acteurs locaux et institutionnels. Ceci permettra d'une part de déterminer les activités qu'il faudrait organiser pour renforcer leurs capacités et d'autre part de repérer les obstacles à l'implication de certains acteurs dans le processus de mise en œuvre. De plus, les résultats de ces analyses aideront les équipes WASH et Nutrition à définir et mettre en œuvre leurs initiatives de plaidoyer.

Le tableau 4 est un exemple de questionnaire WASH que l'on peut intégrer à une évaluation Nutrition. Les questions sont données à titre d'exemple, mais il est important d'y intégrer plusieurs questions pour chacune des catégories suivantes : eau consommée à domicile, assainissement, lavage des mains et hygiène alimentaire. En effet, ces éléments ont tous un rapport avec la transmission oro-fécale.

NOTE

Les études anthropologiques sont très utiles pour mieux comprendre les déterminants sociaux et culturels propres à une population. Elles fournissent un aperçu plus complet du contexte et favorisent l'intégration. Par exemple, une étude anthropologique réalisée par ACF au Cameroun et au Tchad en 2012, a montré que l'avis des hommes sur le goût de l'eau avait une grande influence sur l'utilisation du chlore au niveau des ménages. Ce type de problèmes doit être pris en compte dans la stratégie de prévention de la diarrhée (ACF, 2012).

ENCADRÉ 4 : CALENDRIER SAISONNIER

Pour encourager le partage d'informations, la réflexion collective et la vision commune, on peut mettre en place un outil collaboratif comme le calendrier saisonnier. Élaboré à partir des informations disponibles, ce calendrier permet de visualiser la saisonnalité de la sous-nutrition ainsi que les changements se produisant au niveau local qui affectent la sécurité nutritionnelle : facteurs climatiques, tendances météorologiques (p.ex. inondations saisonnières), prix des aliments sur les marchés locaux, opportunités d'emploi, disponibilité de l'eau, maladies transmissibles, pics de maladies transmissibles, etc. Ce calendrier indique, par exemple, que pendant la saison sèche les taux de diarrhée sont plus élevés et que l'arrivée de la saison des pluies correspond à la recrudescence du paludisme, ce qui aura probablement un impact sur la santé des ménages et sur les dépenses allouées aux médicaments. On en déduit que les mois de la saison sèche sont ceux pendant lesquels l'augmentation de la sous-nutrition est la plus probable. Les « pics saisonniers » d'émaciation par exemple, provoqués par la dégradation d'un ou plusieurs facteurs de risque mentionnés plus haut, sont observés en Afrique, en Asie et en Amérique Latine.

L'élaboration et l'analyse conjointes de ce calendrier saisonnier permet aux différents secteurs (Nutrition, Santé, WASH, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence) d'avoir une compréhension globale et commune des différents facteurs influençant la sécurité nutritionnelle et ainsi d'ajuster leurs programmes pour y répondre de manière efficace. Dans la partie Ressources opérationnelles de ce guide, se trouve un exemple de calendrier saisonnier réalisé par ACF.

© A. Parsons/i-Images pour Action contre la Faim

Source : ACF (2014) "Politique Sécurité Nutritionnelle" & Programme Alimentaire Mondial (2014) "Nutrition sensitive programming : What and why"?

TABLEAU 4 : INTÉGRATION D'ÉLÉMENTS WASH DANS LES ÉVALUATIONS NUTRITION ET VICE VERSA

INTÉGRATION D'ÉLÉMENTS WASH DANS LES ÉVALUATIONS NUTRITION	
COMMENT FAIRE ?	**EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE**
▸ Faire appel à des collègues WASH pour des conseils techniques sur les questions sanitaires de l'évaluation. ▸ Ne rassembler que les données WASH ayant un rapport avec les programmes de nutrition. ▸ Analyser les informations WASH d'un point de vue WASH et partager les résultats avec les collègues WASH et les parties concernées pour les inciter à agir. ▸ Vérifier le bon fonctionnement des installations WASH pendant les entretiens à domicile. ▸ Évaluez les obstacles aux comportements sanitaires adéquats p.ex. le lavage des mains.	**Eau consommée à domicile** 1. D'où provient l'eau que vous consommez ? 2. Combien de fois par jours allez-vous chercher de l'eau ? Quel type de récipients/réservoirs utilisez-vous ? 3. Quel volume d'eau consommez-vous au niveau du ménage ? 4. Est-ce que vous traitez l'eau que vous consommez ? Si oui, comment ? 5. Où conservez-vous l'eau traitée que vous allez consommer ? 6. Quels ustensiles utilisez-vous pour boire et servir l'eau (service à la cruche, louche, etc.) ? **Assainissement** 1. Avez-vous des latrines ? Pouvez-vous me les montrer ? Qui utilise les latrines ? 3. À quelle fréquence les membres de la famille utilisent-ils les latrines ? 4. Y a-t-il une personne dans votre ménage qui a besoin d'aide pour utiliser les latrines ? Vos enfants utilisent-ils les latrines ? Sinon, où font-ils leurs besoins ? **Lavage des mains** 1. Où vous lavez-vous les mains ? Pouvez-vous me montrer ? 2. Quand vous lavez-vous les mains ? 3. Comment vous lavez-vous les mains ? **Hygiène Alimentaire** 1. Où préparez-vous vos aliments avant cuisson ? 2. Nettoyez-vous les plans de travail où reposent les aliments ? Si oui, à quelle fréquence ? Si oui, comment le faites-vous ? 3. Vous nettoyez-vous les mains avant de cuisiner ? Quels types d'aliments nettoyez-vous avant de les cuisiner ? 4. Où conservez-vous les aliments (cuisinés/préparés) ? Pendant combien de temps ? 5. Est-ce que vous faites réchauffer les aliments conservés ?
MODIFICATION DES ÉVALUATIONS WASH POUR LES RENDRE PLUS SENSIBLES À LA NUTRITION	
COMMENT FAIRE ?	**DONNÉES NUTRITIONNELLES INTÉRESSANTES POUR LES PROGRAMMES WASH**
▸ Utiliser les données provenant du système d'information de la gestion sanitaire (SIGS) et des enquêtes démographiques de santé (en anglais : DHS) pour planifier les interventions WASH.	Les rapports du SIGS et des DHS sont disponibles pour la majeure partie des pays et contiennent des informations sanitaires exploitables. Les rapport DHS nationaux sont publiés tous les 4 à 5 ans et sont à disposition sur internet. Les données du SIGS s'obtiennent auprès du Ministère de la Santé du pays. Voici quelques exemples de données nutritionnelles exploitables dans les programmes WASH : liste des centres de nutrition, liste des structures de santé dépourvus de services WASH de base, prévalence de la diarrhée, des infections intestinales, du paludisme et des autres maladies liées à l'environnement sanitaire et menant à la sous-nutrition, prévalence de l'émaciation / du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, taux de MAG, nombre de cas de MAS pris en charge, couverture des vermifugations, pourcentage des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans anémiques, données sur les carences en micronutriments au sein de la population, etc.

Source : Concern Worldwide (2014) ""How to better link WASH and nutrition programmes", USAID (2013) "Integrating water, sanitation and hygiene into nutrition programming"

Dans la partie Ressources opérationnelles vous trouverez la description d'autres outils analytiques, tels que le **Link-NCA** et le **MIRA**, qui peuvent aider les équipes WASH et Nutrition à élaborer une vision commune des facteurs de la sous-nutrition et à définir les actions prioritaires.

2.3. ÉLABORATION ET FINANCEMENT DES PROJETS INTÉGRÉS

L'élaboration d'un programme intégré se fait, soit en développant conjointement un projet dès le début de façon intégrée, soit en incorporant des objectifs, activités et indicateurs d'un secteur dans la proposition de projet d'un autre secteur (par exemple l'intégration d'indicateurs nutritionnels, comme le rapport Poids/Taille et le taux d'anémie, dans les projets WASH). Ce choix dépend du contexte, des capacités de l'organisation/mission et des résultats de l'analyse des besoins réalisée au préalable. D'autres éléments rentrent en ligne de compte dans le processus décisionnel : l'existence de mécanismes de coordination entre deux secteurs, la capacité des acteurs travaillant déjà sur la question de l'intégration WASH'Nutrition, les initiatives de plaidoyer existantes, le point de vue des autorités locales et nationales sur le sujet, etc. Si le financement et les ressources sont limités, les responsables projets WASH et Nutrition pourront commencer par mettre en place des activités pilotes à petite échelle et ensuite augmenter progressivement l'intégration. Dans certaines situations, la croissance des programmes et leur ajustement au contexte feront apparaître des possibilités de mise à l'échelle.

Les objectifs, les résultats, les activités et les indicateurs à inclure dans le cadre logique dépendent du type de projet :

- Interventions WASH intégrées dans les programmes de prévention et de traitement de la sous-nutrition
- Interventions WASH intégrées uniquement dans les programmes de prévention de la sous-nutrition
- Interventions WASH intégrées uniquement dans les programmes de traitement de la sous-nutrition (aigüe)

Le cadre logique d'un projet intégré ne doit avoir qu'un seul objectif spécifique conjoint ou but « commun », que l'on mesure à l'aide d'indicateurs spécifiques. Par exemple : ***« Les mères/accompagnants de 950 ménages de la province de Balkh ont amélioré leurs pratiques d'hygiène et d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants grâce à de meilleures connaissances et un meilleur accès aux services, infrastructures et produits WASH. »***

Exemples d'indicateurs avec des objectifs spécifiques :

- 75 % de la population ciblée se lave les mains avec du savon et de l'eau aux 5 moments critiques[89]
- 70 % de la population ciblée a adopté les pratiques d'alimentation adéquates et hygiéniques pour nourrir les enfants

En n'ayant qu'un seul objectif commun, l'intégration peut également se faire par la synergie entre les résultats produits par les différents secteurs. Après avoir déterminé les résultats attendus, il faut définir les activités nécessaires pour y parvenir. Les équipes WASH et Nutrition peuvent alors proposer des **activités conjointes** et réfléchir aux manières **d'intégrer leurs ressources**. Cela inclut plusieurs solutions comme la formation commune des agents de terrain ou la mise en commun des méthodologies et des moyens de transport sur le terrain, etc.

Même si les équipes WASH et Nutrition ont des plannings bien différents, il est toujours possible de travailler de façon intégrée en élaborant conjointement les calendriers des interventions. La planification conjointe des activités et des ressources permettra d'harmoniser la mise en œuvre, d'éviter les doublons et de repérer les possibilités de soutien mutuel. Pour ce faire, une méthode efficace consiste à construire un planning des activités et des ressources. C'est un simple calendrier affichant les activités planifiées (en rapport avec le cadre logique) sur une période définie. Il indique également les dates de début et de fin des activités ainsi que les ressources nécessaires à leur fonctionnement (matériel, équipements et ressources humaines). Il sera alors plus facile de voir comment activités et ressources peuvent s'accorder et de repérer les contraintes potentielles, comme par exemple deux activités nécessitant les mêmes ressources au même moment ou la prévision du rallongement d'un projet en cas de retard de certaines activités. Dans la partie Ressources opérationnelles, se trouve un exemple de planning et de cadre logique simplifié élaborés avec une approche multisectorielle pour traiter la question de la sécurité alimentaire[90].

Le calcul des coûts d'un projet WASH'Nutrition intégré dépend toujours du contexte, il est fonction des résultats de l'évaluation des besoins, des problèmes identifiés, de la durée de l'intervention, etc. Avec 1$, on ne fait pas la même chose en Afrique de l'Ouest qu'en Asie (p.ex. les infrastructures WASH sont généralement moins chères en Asie et touchent davantage de personnes).

89 - voir encadré 9, p.79
90 - Exemple provenant d'un projet ACF US au Pakistan

Si le budget alloué aux activités WASH est limité, on recommande :

- De donner la priorité à la fourniture du paquet minimum WASH pour les familles touchées (voir pilier 5 de la stratégie WASH'Nutrition) et à la sensibilisation auprès des mères/accompagnants d'enfants pris en charge pour la MAS
- De programmer des interventions permettant de garantir l'accès durable à l'eau potable, à l'assainissement adéquat, aux articles d'hygiène personnelle et aux produits domestiques (se référer au pilier 5 de la stratégie WASH'Nutrition et au Chapitre 4 qui donne des exemples d'activités pour les centres de santé et de nutrition). Il faut donner la priorité aux centres de santé ayant le plus grand nombre de patients atteints de la MAS et ceux ayant la possibilité d'accueillir les patients en hospitalisation

Si le budget alloué aux interventions WASH est plus conséquent, on recommande, en plus de ce qui précède :

- De prévoir des activités WASH dans les communautés les plus touchées ou, dans le cas d'une approche préventive, dans les communautés les plus vulnérables à la sous-nutrition (voir Chapitre 4 pour des exemples d'activités au niveau de la communauté)
- De prévoir des interventions de soutien à la construction/réhabilitation des centres de santé et des activités visant à élargir la couverture des structures de santé
- De réaliser une analyse des barrières pour un plus grand impact des activités de promotion de l'hygiène et de changement de comportement (voir pilier 3 de la stratégie WASH'Nutrition)

Notons qu'au lieu de distribuer des produits importés (comme souvent les pastilles de chlore), il est préférable d'opter pour des solutions locales, moins chères et plus durables, que sont la production sur place et le marketing social. Dans la même optique, il faut privilégier les constructions durables par rapport au remplacement ou à la réparation temporaire des infrastructures de mauvaise qualité qui coûtent généralement plus cher à la longue.

Ces dernières années, le nombre de bailleurs ayant intégré des composantes multisectorielles dans leurs stratégies de financement a augmenté. Sans prétendre être exhaustive, la partie Ressources opérationnelles (voir page 144) décrit brièvement plusieurs organismes de financement qui encouragent les actions WASH et Nutrition intégrées. Dans cette même partie figure un exemple de lignes budgétaires d'un projet intégré WASH'Nutrition[91].

NOTE

L'expérience montre que la part du budget du paquet minimum allouée à l'ajout d'un élément WASH est très variable. En République Démocratique du Congo par exemple, l'ajout d'un élément WASH à un projet ACF de nutrition d'urgence représentait 16 % du budget du paquet minimum (composition du paquet : un kit WASH pour les enfants pris en charge, fourniture de solutions temporaires pour le traitement et la conservation de l'eau dans les centres de santé et quelques réhabilitations d'infrastructures, principalement des latrines). Au Nigéria, dans des conditions similaires, la part du budget pour l'ajout d'un élément était de 40 %. Ceci montre que l'estimation des coûts et la budgétisation dépendent toujours du contexte.

2.4. BIEN RÉUSSIR L'INTÉGRATION : OBSTACLES, PROBLÈMES ET BESOINS

Il est désormais reconnu que les conditions sanitaires ont un impact sur la nutrition, et inversement. Mais de nombreuses difficultés demeurent quant à la mise en œuvre de programmes intégrés dont l'objectif est d'améliorer la santé des populations. Autrement dit, à moins d'inclure des indicateurs WASH ou Nutrition dans les objectifs des projets, il n'y a guère d'incitation à travailler dans le sens d'un but intégré[92]. Pour planifier leurs projets, les responsables des programmes WASH et Nutrition peuvent s'aider du Tableau 5 afin de se préparer aux problèmes qu'ils sont susceptibles de rencontrer et mieux connaître les conditions d'une intégration réussie[93].

91 - Exemple provenant d'une mission ACF au Nigéria 2014-2015
92 - Teague et al (2014) "Water, sanitation, hygiene, and nutrition : successes, challenges, and implications for integration"
93 - Basé sur l'étude de Teague et al (2014) menée dans 6 pays auprès de 10 organisations

TABLE 5 : OBSTACLES ET PROBLÈMES FRÉQUENTS À PROPOS DE L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION

	OBSTACLES ET PROBLÈMES	RECOMMANDATIONS
FINANCEMENT	▸ Les financements sont souvent dédiés à un seul secteur (WASH ou Nutrition, mais pas les deux) ▸ Les fonds des programmes WASH et Nutrition, sont séparés et proviennent soit d'un bailleur avec plusieurs secteurs en silo soit de plusieurs bailleurs ▸ Restrictions sur l'utilisation des fonds. Ce type de restriction ne permet pas l'intégration d'éléments Nutrition aux programmes WASH et inversement ▸ Le financement des projets intégrés pilotes est souvent insuffisant pour avoir un impact ou pour mettre le programme à l'échelle	▸ Soutien des bailleurs et encouragement à l'action WASH'Nutrition intégrée ▸ Des financements plus flexibles qui créeront un environnement propice aux actions WASH'Nutrition intégrées ▸ Augmenter les fonds dédiés aux programmes intégrés ▸ Présenter le projet multisectoriel à deux bailleurs au moins ▸ Faire du plaidoyer-bailleur
COORDINATION ET COMMUNICATION ENTRE LES SECTEURS	▸ Communications, discussions et réunions insuffisantes entre les secteurs WASH et Nutrition ▸ La stratégie d'intégration n'est pas assez complète/ englobante ▸ Coordination inadéquate des parties prenantes	▸ Établir un cadre stratégique clair pour l'intégration des programmes ▸ Collaboration plus étroite entre les parties prenantes clés des secteurs WASH et Nutrition ▸ Créer un environnement favorable à la collaboration entre les programmes et les secteurs et éviter la compétition ▸ Plus d'échange d'informations p.ex. le secteur Nutrition partage systématiquement ses données nutritionnelles importantes avec le secteur WASH pour un meilleur ciblage des interventions
PREUVES DES IMPACTS	▸ Peu de preuves sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité des approches multisectorielles, ce qui empêche d'élaborer des programmes basés sur les preuves existantes pour maximiser les résultats sur la nutrition ▸ Manque d'outils basés sur les preuves existantes et de guides pour la gestion des projets multisectoriels	▸ S'appuyer sur des exemples de programmes intégrés réussis pour inciter à soutenir l'intégration et s'en inspirer pour la conception et la mise en œuvre des nouveaux projets intégrés ▸ Faire de la recherche opérationnelle et des études coût/efficacité
TEMPS, CAPACITÉ ET INTÉRÊT DU PERSONNEL	▸ Comme chaque secteur cherche encore à savoir quelles sont les interventions les plus stratégiques, il est compliqué de prioriser les interventions à intégrer et de décider en peu de temps et avec des ressources limitées quelles activités auront le plus d'impact ▸ Connaissances insuffisantes et manque de formation sur l'intégration des programmes ▸ Partage de connaissances insuffisant entre les secteurs	▸ Plus de partage de connaissances et de formations sur l'intégration WASH'Nutrition ▸ Formation conjointe des personnels WASH et Nutrition
S & E	▸ Chaque secteur a ses propres indicateurs et méthodes de mesure ▸ Les responsables projets sont focalisés sur les indicateurs propres à leur projet car ils sont évalués en fonction des résultats obtenus sur ces indicateurs	▸ Mise en place d'indicateurs WASH et Nutrition communs aux équipes des deux secteurs pour les sensibiliser aux autres domaines que le leur

Source : Concern Worldwide (2014) "How to better link WASH and nutrition programmes", USAID (2013) "Integrating water, sanitation and hygiene into nutrition programming"

3. LE COUPLE MÈRE-ENFANT : UNE PRIORITÉ

PILIER 2

Jovana Dodos © ACF – Sénégal, 2015

Les projets intégrés WASH'Nutrition doivent se focaliser sur les zones à forte prévalence de sous-nutrition et où les conditions sanitaires sont des causes sous-jacentes de la dégradation du statut nutritionnel[94]. **Les populations visées en priorité sont les communautés,** familles et individus qui sont les plus touchés et les plus vulnérables face à la sous-nutrition et aux conditions sanitaires inadéquates. Il convient de porter une attention particulière au couple mère-enfant et de profiter de la « **fenêtre d'opportunité des 1 000 jours** » car la prévention de la sous-nutrition pendant cette période est cruciale[95].

TABLEAU 6 : EXEMPLES DE CRITÈRES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION

CONEXTES DE DÉVELOPPEMENT	SITUATIONS D'URGENCE
▸ Ménages comptant des enfants de moins de 5 ans souffrant ou se rétablissant de la MAS/MAM ▸ Ménages comptant des femmes enceintes ou allaitantes (PLW) et des nourrissons, PLW malnutries, PLW atteintes du VIH ou d'autres maladies chroniques comme la tuberculose ▸ Ménages en situation d'insécurité alimentaire ▸ Ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1,25 $ par jour) ▸ Ménages au sein desquels les pratiques de soins infantiles sont inadéquates (p.ex. enfants entre 0 et 59 mois laissés seuls ou sous la surveillance d'un ainé de moins de 10 ans) ▸ Ménages disposant d'un accès insuffisant à l'eau potable, aux installations d'assainissement améliorées et à l'hygiène	▸ Réfugiés ▸ Personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire (IDP) ▸ Populations touchées par la crise ou la situation d'urgence ▸ Habitants touchés par un conflit

94 - ACF (2014) "Politique Sécurité Nutritionnelle"
95 - Ibid

3.1. POURQUOI CIBLER EN PRIORITÉ LES ENFANTS, LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES ET LES ACCOMPAGNANTS ?

De manière générale, les catégories de la population les plus vulnérables à la sous-nutrition et aux maladies sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes[96].

Chez les jeunes enfants les réserves énergétiques sont moins importantes que chez les adultes, il faut donc les nourrir plus régulièrement afin qu'ils puissent « faire le plein d'énergie ». Ceci explique pourquoi les enfants sont les premiers touchés lors des périodes de choc et de pénurie alimentaire. Ceci explique aussi pourquoi les maladies ont un impact plus grand sur le statut nutritionnel des enfants[97]. Pour guérir, une personne malade dépense davantage d'énergie qu'en temps normal, ce qui augmente les besoins en apport nutritionnel. D'autre part, le malade manque souvent d'appétit et perd du poids, d'où le cercle vicieux entre maladie et sous-nutrition[98].

LE COUPLE MÈRE-ENFANT

Fait référence au duo constitué par une mère et son enfant depuis sa conception jusqu'à ses 3 ans, il forme l'unité de base de la société humaine (Derrick B, Bo V, 1997). Partout dans le monde, les problèmes de santé sont étroitement liés à la vulnérabilité du couple mère-enfant aux infections, à l'inadéquation de la nutrition et à d'autres facteurs. Du fait de la relation intime entre les deux, une anomalie chez l'un affecte souvent l'autre.

La période des 1 000 jours, entre le début de la grossesse et les deux ans de l'enfant, est la plus importante.

En effet, c'est durant cette période que la plupart des défauts de croissance apparaissent et que le fléau de la diarrhée est élevé. Entre 6 et 24 mois, le système immunitaire des enfants n'est plus renforcé par le lait maternel, ils sont donc davantage exposés aux risques de maladies et d'infections transmises par **un environnement contaminé, notamment par l'eau et l'alimentation**[99]. Il a été démontré que la malnutrition aigüe sévère atteint des sommets pendant cette période (avant 24 mois) en raison des pratiques inadéquates d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et des risques d'infection élevés[100].

ENCADRÉ 5 : TRANCHES D'ÂGE ET PROGRAMMES WASH

1. **Nouveau-né :** de la naissance aux 28 jours de l'enfant
2. **Nourrisson :** enfant âgé de moins de 12 mois
3. **Tout-petit :** enfant entre 12 et 24 mois (< 2 ans)
4. **Jeune enfant :** enfant de 2 à 5 ans

Les interventions WASH dont le but est d'améliorer le statut nutritionnel doivent tenir compte du fait qu'en **fonction des tranches d'âge, les approches et les solutions techniques sont bien différentes.** Save the Children et le groupe BabyWASH de World Vision sont en train de développer des nouvelles méthodologies à propos de l'utilisation des couches et des pots. Ils vont également mettre au point des outils d'aide à l'utilisation, des solutions pour la gestion hygiénique des excréments et des recommandations pour le nettoyage et le lavage. En collaborant avec les secteurs ANJE et Santé néonatale, cela permettra de développer une approche intégrée qui cible les tranches d'âge les plus vulnérables au cours des 1000 premiers jours des enfants.

La santé et le bien-être des femmes enceintes et allaitantes ont un impact direct sur la croissance et la santé de leurs nourrissons[101]. Pendant la grossesse et l'allaitement, les femmes ont besoin de plus de nutriments et d'énergie pour satisfaire les besoins nutritionnels de leur enfant. S'il est sous-alimenté, le corps de la mère dépense ses réserves naturelles ce qui limite la croissance et le développement du fœtus. Les retards de croissance intra-utérins, pour cause de sous-nutrition maternelle, sont responsables de plus d'un quart des décès chez les nouveau-nés[102]. Avant et pendant la grossesse, un apport alimentaire inadéquat augmente le risque d'accoucher d'un enfant en situation de sous-nutrition. Les bébés ayant un poids insuffisant à la naissance sont particulièrement vulnérables à la sous-nutrition et aux maladies pendant toute

96 - ACF (2012) "L'essentiel : nutrition et santé"
97 - ACF (2012) "L'essentiel : nutrition et santé"
98 - ACF (2012) "L'essentiel : nutrition et santé"
99 - IPIN (2014) "Integrated programming for improved nutrition"
100 - USAID (2015) "The 1,000 days window of opportunity : Technical guidance brief"
101 - Ibid
102 - Lancet (2013) "Nearly half of all child deaths caused by malnutrition103

leur vie (enfance, adolescence et vie adulte)[103]. La sous-nutrition pendant la grossesse, qui affecte la croissance du fœtus, est un déterminant majeur du retard de croissance et peut avoir des conséquences chez l'adulte comme le risque d'être atteint de maladies non-transmissibles liées à la nutrition[104]. En ce qui concerne l'allaitement, si la mère est atteinte de malnutrition sévère, la quantité de lait maternel qu'elle produira risque de diminuer au fur et à mesure des tétées[105].

Étant donné la grande vulnérabilité et le caractère indivisible de la liaison entre les deux, les stratégies et interventions intégrées WASH'Nutrition doivent mettre l'accent sur la protection et le soutien du couple « mère-enfant (malnutri) » et encourager la fourniture de services intégrés s'adressant à ces deux personnes.

En plus de cette relation étroite entre la mère et son enfant, **les enfants dépendent également d'autres adultes** (accompagnants influents tels que le père, les grand-mères, les frères et sœurs ainés, etc.) pour leurs besoins généraux et leurs soins (hygiène alimentation, santé). Comme ils sont très proches, les mères/accompagnants et leurs enfants partagent l'eau, la nourriture, l'environnement du ménage et d'autres ressources. C'est pour cela que les interventions se rapportant au deuxième pilier de la stratégie WASH'Nutrtion **ne doivent pas se limiter à la mère** mais viser plus largement le couple « mère/**accompagnants influents** - enfant (malnutri) ».

Il est important de souligner que les activités préventives sont axées sur le couple **« mère/accompagnant - enfant »** alors que les **interventions curatives** visent les enfants en situation de malnutrition et sont donc davantage axées sur le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri ».

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 2

« Stratégie des 1000 jours » et WASH au Sénégal

Depuis 2012, la mission ACF dans la région de Matam au Sénégal, met en œuvre un projet qui vise à renforcer la prévention et la gestion des cas de malnutrition aigüe sévère par une approche intégrée. Dans le cadre de ce projet, plusieurs axes font l'objet d'une attention particulière : les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 2 ans et la mise en œuvre de la stratégie des 1000 jours. Les principaux efforts en matière de promotion de l'hygiène sont organisés autour d'activités Nutrition mises en place au niveau de la communauté et dans les postes de santé. Les interventions nutritionnelles, qui visent essentiellement à améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, incluent des composantes de sensibilisation aux conditions sanitaires : lavage des mains aux moments critiques, utilisation correcte d'une latrine, consommation d'eau potable sûre, santé et hygiène du nouveau-né, hygiène corporelle et buccale, environnement de vie sain et propre et utilisation des moustiquaires.

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 3

« Stratégie WASH 1000 » au Ghana

*L'initiative SPRING (Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally) vise à améliorer la nutrition à travers la « **Stratégie WASH 1000** » : une approche multisectorielle axée sur l'importance des comportements domestiques clés pendant les 1 000 premiers jours de l'enfant, entre sa conception et ses 2 ans. **La stratégie WASH 1000** repose sur quatre comportements clés :*

1. Veiller à ce que l'enfant dispose d'un espace de jeu propre et sain
2. Éliminer les excréments humains et animaux de façon hygiénique
3. Se laver les mains aux moments critiques
4. Ne donner à boire aux enfants que de l'eau préalablement bouillie ou traitée.

Les principales activités WASH sont mises en place dans les communautés les plus touchées par la sous-nutrition (où les taux de sous-nutrition sont les plus élevés). Une des méthodes utilisées pour améliorer l'assainissement consiste à mobiliser les communautés touchées pour la construction de latrines. Un autre objectif de la stratégie WASH 1000 est d'installer des dispositifs lave-mains à proximité des latrines et dans les ménages afin de promouvoir le lavage des mains après l'utilisation des latrines et avant de manger.
Pour obtenir plus de détails sur le projet, consultez :
https://www.spring-nutrition.org/

Le Chapitre 4 de ce guide propose une série d'exemples concrets d'interventions intégrées WASH'Nutrition mises en place à différents niveaux et dans différents contextes tout en conservant la focalisation sur le groupe cible prioritaire qu'est le couple « mère/accompagnant influent - enfant malnutri ».

103 - ACF (2012) "L'essentiel : nutrition et santé"
104 - USAID (2015) "The 1,000 days window of opportunity : Technical guidance brief
105 - UNICEF (2015) "Related maternal nutrition"

4. LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

PILIER 3

Marielle Labadens © ACF – Sénégal

Le troisième pilier de la stratégie WASH'Nutrition consiste à **mettre l'accent sur le changement de comportement**. En effet, si les comportements d'hygiène adéquats ne sont pas respectés, la seule fourniture d'installations (approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires) aura un impact limité sur la santé.

4.1. DÉFINITION ET NÉCESSITÉ DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les interventions et les démarches de changement de comportement sont au cœur de beaucoup de programmes d'aide humanitaire de plusieurs secteurs : Santé, Nutrition, WASH, hébergement, soins infantiles et sécurité alimentaire. Les facteurs comportementaux et les **variables psychosociales comme les connaissances, les attitudes et les normes sociales** ont un impact sur l'efficacité des interventions et une initiative de changement de comportement bien planifiée peut agir comme un puissant « amplificateur » d'impact des programmes[106]. Le changement de comportement est une démarche consultative basée sur la recherche qui a pour but de modifier les connaissances, les attitudes et les pratiques. L'objectif est de diffuser des informations pertinentes et d'inciter à l'action à travers des stratégies bien définies qui font appel à plusieurs voies de communication et méthodes participatives. Le processus de changement de comportement est divisé en deux étapes : le **déclenchement** du changement de comportement et le **maintien** de celui-ci[107]. Les secteurs WASH et Nutrition ont un point commun dans la façon d'aborder leur mission, ils visent tous deux à influencer le comportement des individus afin de renforcer les pratiques permettant d'éviter la sous-nutrition et protéger la santé. C'est pourquoi, le Chapitre 4 de ce guide explique comment les secteurs WASH et Nutrition peuvent trouver des domaines d'intérêt commun dans la promotion du changement de comportement (par exemple une formation sur la préparation des aliments et à l'hygiène alimentaire) et ainsi harmoniser leurs approches lorsqu'ils s'adressent à la même population cible. En abordant le **changement de comportement avec une approche intégrée, cela devrait réduire la surcharge et la complexité des messages** pour le public cible et **augmenter les chances d'adoption des pratiques promues.**

ENCADRÉ 6 : POUR UNE MEILLEURE PARTICIPATION DES ENFANTS DANS LES PROGRAMMES DE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS SANITAIRES

Les enfants représentent environ 50 % des populations en situation de crise (48 % des réfugiés syriens, 60 % des réfugiés du Sud-Soudan, 49 % des IDP au Bangladesh selon les données de l'UNHCR de 2013). Le fait de travailler auprès des enfants (entre 2 et 12 ans) est une excellente façon de changer les comportements par la promotion des pratiques d'hygiène adaptées aux tranches d'âge. Cela peut être mis en œuvre en partenariat avec des écoles, au niveau des espaces dédiés aux enfants, des espaces temporaires d'apprentissage, des espaces mères-bébés et au niveau de la communauté elle-même. Il existe un grand nombre d'activités possibles comme les jeux, les compétitions, les jeux de rôle et les clubs. Les jeunes enfants ont une meilleure capacité d'adaptation que les adultes et sont plus susceptibles d'être influencés par les activités de changement de comportement, qu'elles concernent le secteur WASH ou d'autres secteurs. Plusieurs sources rapportent que les enfants peuvent réussir à faire changer les comportements de leurs cadets et de leurs parents. Pour les responsables projet, il s'agit donc de faire participer au maximum les enfants aux programmes WASH et d'aller au-delà de leur simple inclusion passive dans la promotion de l'hygiène (Save the Children, 2014).

106 - ACF (2013) "Manuel ABC - Accompagnement au Changement de Comportement, Partie 1 : Théories et Modèles"
107 - UNICEF (2015) "Communication for Development (C4D)"

ENCADRÉ 7 : LE MODÈLE ABC OU ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

En vue d'améliorer la capacité de l'organisation à développer une approche plus participative, durable et efficace au changement de comportement, ACF a élaboré un modèle en 10 étapes pour l'Accompagnement au Changement de Comportement (ABC). Ce modèle résulte d'une analyse théorique et pratique menée par ACF sur le changement de comportement dans ses programmes et repose sur d'autres modèles existants. Le modèle ABC a été conçu pour servir de guide pratique à la mise en œuvre des programmes ayant un objectif de changement de comportement. Les 10 étapes présentées dans la figure 14 sont des éléments essentiels à prendre en compte pour la conception et la mise en œuvre des interventions de changement de comportement. Chaque étape apporte des informations importantes sur comment procéder pour déclencher, faciliter et maintenir le processus de changement de comportement. Chaque étape est nécessaire pour promouvoir le changement de comportement, mais pas suffisante à elle seule. Les conseils qui s'appliquent à cette approche peuvent être transposés à d'autres secteurs techniques et notamment aux secteurs WASH, Nutrition et Santé.

- Manuel ABC - Accompagnement au Changement de Comportement Partie 1
  http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_abc_part_1_2013_gb.pdf
- Manuel ABC - Accompagnement au Changement de Comportement Partie 2
  http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Manual_Assisting_behaviour_Change_Part2_ Dec13.pdf

TABLEAU 7 : MODÈLE D'ACF EN DIX ÉTAPES POUR L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (ABC)

LE MODÈLE D'ACF EN 10 ÉTAPES POUR L'ABC		
1	**Analyse des modes de vie et des pratiques actuelles** Comprendre le contexte et les points de référence de la population : quelles sont leurs pratiques ? Quelle est la signification et quelles sont les conséquences de ces pratiques sur la communauté et sur la vie des individus ?	ANALYSE
2	**Analyse de la perception du problème par la communauté** Comment la communauté perçoit-elle ce que nous considérons être « le problème » de l'extérieur ? Est-il perçu comme un problème ou simplement comme un nouvel événement ? Est-il perçu comme un événement temporaire ou durable ?	
3	**Analyse de l'attribution causale** Quelle est la cause attribuée au problème ? Est-ce une cause interne ou externe ?	
4	**Analyse de la phase de changement** La population est-elle déjà dans un processus de changement ? Si oui, dans quelle phase se trouve-t-elle ? Et quelles sont les ressources dédiées ?	
5	**Analyse du comportement et de ses déterminants** Nous faisons référence au modèle développé par Fishbein et Ajzen en 1975, car il reflète bien la complexité des comportements.	
6	**Analyse des barrières, des avantages et des ressources du processus de changement de comportement** Quels sont les obstacles (pratiques, sociaux, culturels et psychologiques, etc.) identifiés par des individus comme étant des entraves au processus de changement ? Quels sont les avantages déjà perçus ? Quels sont les groupes ou les faits susceptibles de faciliter le processus ? Que connaît-on des avantages et des obstacles ?	
7	**Conception du programme** (approche et activités) en tenant compte des données recueillies lors de la phase d'analyse.	DESIGN
8	**Soutenir le processus de changement - ajustement de l'intervention selon la phase de changement** Par exemple, si des individus sont en « phase de résistance », alors vous devez d'abord examiner les raisons de leur résistance. Se reporter à la Courbe du changement, adaptée du modèle « étapes du deuil » de Kubler Ross (voir Annexe 8, Partie 1 du Manuel ABC).	SUIVI & ÉVALUATION
9	**Maintien du changement de comportement : ritualisation** Les nouveaux comportements ou nouvelles pratiques doivent être adaptés aux valeurs culturelles et traditionnelles et la phase de transition-ritualisation est nécessaire pour maintenir le changement de comportement. Un système d'auto-suivi doit être planifié et mis en place.	
10	**Évaluation du processus de changement de comportement** Évaluer le processus et le comportement ayant fait l'objet d'un changement, à l'aide de mesures et d'indicateurs adaptés.	

4.2. ANALYSE DES BARRIÈRES (OU DES OBSTACLES)

L'analyse des barrières a été élaborée en 1990 par Tom Davis et repose sur le modèle des croyances relatives à la santé (health belief model) et la théorie de l'action raisonnée (theory of reasoned Action). Cet outil d'évaluation rapide peut être utilisé pour des projets de développement communautaire ou de santé communautaire et permet *« d'identifier les déterminants comportementaux associés à un comportement donné pour une meilleure efficacité des messages, stratégies et activités de soutien du changement de comportement (p.ex. créer des groupes de soutien, changer les normes de la communauté, organiser des activités alternatives)*[108].»

NOTE

Un déterminant comportemental est la raison pour laquelle une personne fait ou ne fait pas quelque chose. Un déterminant peut donc être soit positif (« promoteur » ou « catalyseur »), soit négatif (« obstacle »).

L'analyse des barrières **est utile au début d'un programme de changement de comportement pour définir les messages et les activités clés de l'intervention.** Elle peut aussi se faire en cours de programme afin de comprendre les raisons pour lesquelles un comportement ne change pas alors que des efforts ont été faits (qu'est-ce qui bloque les individus ?).

Cette analyse comprend une enquête à partir d'un questionnaire dont le but est d'identifier les déterminants qui bloquent (ou empêchent) les individus dans l'adoption de comportements qui pourraient améliorer leurs conditions de vie et celles de leurs enfants (p.ex. l'allaitement maternel ou le traitement de l'eau à domicile). On étudie douze déterminants dont l'auto-efficacité perçue (compétences perçues), les normes sociales perçues, l'accès, les avantages et les inconvénients perçus associés à l'adoption du comportement. On compare ensuite les réponses des deux groupes : ceux qui pratiquent le comportement en question (appelés **Pratiquants**) et ceux qui ne le pratiquent pas (**Non-pratiquants**). En comparant ces réponses, on peut connaître les déterminants les plus importants pour le comportement et donc ceux sur lesquels il faut agir pour aboutir à l'adoption ou au maintien du comportement. La taille d'échantillonnage recommandée pour l'analyse des barrières est de 45 Pratiquants et 45 Non-pratiquants. La durée de ce genre d'exercice est de 2-3 jours.

Les résultats de l'analyse des barrières servent à plusieurs choses : effectuer des changements dans la conception des programmes afin d'atteindre certains groupes avec des messages spécifiques, réduire l'impact de certains obstacles identifiés et faciliter le processus d'adoption du comportement pour la population.

EN SAVOIR PLUS

- Présentation multimédia sur le processus de l'analyse des barrières :
  http://caregroupinfo.org/vids/bavid/player.html
- Guide Pratique pour la conduite d'une analyse des barrières.
  http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/bk_ap_26_guide_pratique_pour_la_conduite_dune_etude_ab_0_0.pdf
- Questionnaires pour l'analyse des barrières :
  http://www.fsnnetwork.org/barrier-analysis-questionnaires-0

5. COORDINATION DES PARTIES PRENANTES

PILIER 4

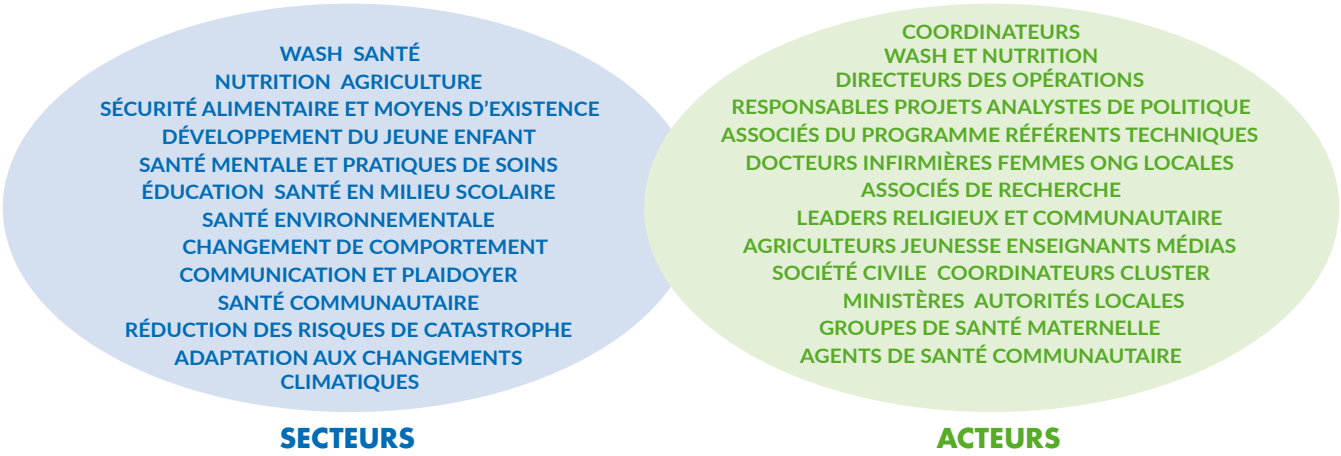
Depuis quelques années, on constate que les secteurs WASH et Nutrition prennent de plus en plus conscience de la corrélation entre conditions sanitaires et nutrition ainsi que de l'interdépendance des deux secteurs. Il est désormais acquis que l'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants passe par une approche multisectorielle faisant appel à une collaboration entre les parties prenantes œuvrant vers des objectifs communs.

Selon le contexte et la situation du pays, on pourra identifier les acteurs qui seront de potentiels partenaires dans la planification et la mise en œuvre des activités intégrées. Parmi ces partenaires potentiels, on compte : les agences de l'ONU, les bailleurs, les institutions académiques, les ONG internationales, les organisations locales/nationales sachant gérer les projets intégrés ou connues pour leur collaboration avec d'autres organisations en Nutrition et WASH, les représentants ministériels concernés par les programmes WASH et Nutrition, les bénéficiaires, les leaders communautaires et religieux, les médias, etc. **Le choix des parties prenantes/partenaires dépendra des caractéristiques propres au projet/activité et du contexte local.** Les parties prenantes peuvent être impliquées pour des raisons différentes et à différentes phases du projet. Il n'est pas toujours possible ou souhaitable de collaborer avec toutes les parties prenantes potentielles, on réalise alors une cartographie et une priorisation des parties prenantes avant de commencer la planification et la mise en œuvre des acticités intégrées.

108 - Food for the Hungry (2004) "Barrier Analysis Facilitator's Guide" : http://barrieranalysis.fh.org/annex/Barrier_Analysis_Facilitator_Guide.pdf

La Figure 15 dresse la liste des parties prenantes et acteurs que l'on peut potentiellement impliquer dans le processus d'intégration WASH'Nutrition.

FIGURE 15 : ACTEURS CONCERNÉS PAR L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION



5.1. RENFORCER LA COMMUNICATION ET LA COORDINATION ENTRE LES PARTIES PRENANTES CLÉS

Les programmes intégrés WASH'Nutrition demandent une coordination solide, une collaboration étroite et que chaque secteur connaisse les problématiques importantes de l'autre secteur. De nombreuses opportunités peuvent apparaître lorsque la gestion du projet est basée sur la synergie et la mise en commun des expériences (évaluations, suivi et rapports conjoints). Mais pour pouvoir profiter de ces opportunités il faut mettre en place des mécanismes de communication et de coordination réguliers et efficaces ainsi qu'augmenter le partage d'informations entre les secteurs. Cela peut se faire de différentes manières :

1. **Créer des groupes de travail ou des entités de coordination à plusieurs niveaux afin d'orienter les efforts d'intégration qui consistent à :**
   - Améliorer la coordination et la circulation des informations entre le niveau national et celui du district
   - Revoir les politiques WASH et Nutrition et identifier les possibilités d'harmonisation
   - Élaborer ou renforcer les stratégies d'intégration WASH'Nutrition et plaider en faveur de leur acceptation par les ministères/autorités locales concernés
   - Examiner les documents existants (statistiques de santé, études, évaluations, expériences locales, bonnes pratiques) pour déterminer les zones prioritaires dans lesquelles les activités intégrées seront mises en œuvre et les ressources nécessaires
   - Effectuer des évaluations et des analyses des problèmes/solutions intégrées
   - Rédiger conjointement les propositions de projet et les demandes de financement
2. **Développer la collaboration entre les équipes WASH et Nutrition du projet, par exemple :**
   - Organiser des ateliers d'échange d'information pour les responsables des programmes WASH et Nutrition (et aussi pour les collègues d'autres secteurs) au sujet des projets en cours et des priorités, problématiques et enseignements tirés des programmes
   - Au niveau opérationnel, organiser des réunions hebdomadaires pour le personnel des projets WASH et Nutrition afin de rapporter ce qui a été fait et ce qui va être fait dans les semaines à venir ; ceci incite à poser des questions importantes sur les activités des autres secteurs et de repérer les possibilités d'amélioration
   - Concevoir des outils d'évaluation et de pilotages conjoints ainsi qu'établir des organigrammes et des plans de communication clairs
3. **Organiser conjointement la formation du personnel WASH et Nutrition :**
   - En suivant une formation commune, le personnel technique WASH et Nutrition aura une meilleure compréhension des tenants et aboutissants de l'intégration, des différentes composantes du projet intégré, de ce que l'on attend d'eux et des méthodes de travail collaboratives avec les collègues de l'autre secteur
   - La formation conjointe à la promotion de l'hygiène et aux pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, par exemple, peut avoir un effet positif sur les compétences du personnel

4. **Signature d'un Accord-cadre entre les responsables des programmes WASH et Nutrition :**
   - Ceci permet d'officialiser l'organisation de la collaboration entre les programmes. Ce document contient des accords sur les rôles et responsabilités dans le cadre du projet intégré. Par exemple : le secteur WASH s'engage à améliorer les infrastructures alors que le programme Nutrition travaille sur les pratiques d'hygiène dans la zone du projet
   - Un Accord-cadre peut également servir à définir les contributions de chaque secteur au projet (technologies, facilitateurs/modérateurs, documents promotionnels, etc.)

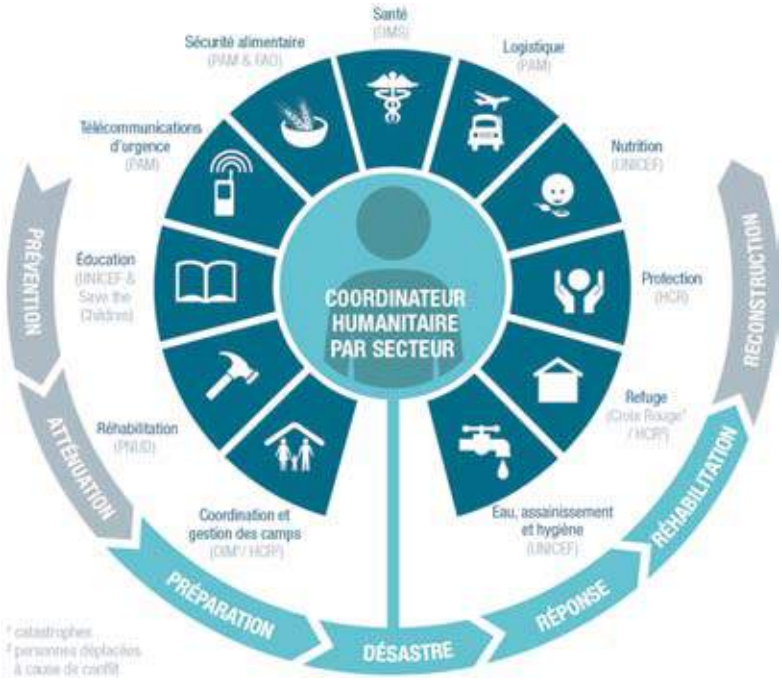
NOTE

Les coordinateurs de terrain ont un rôle important à jouer pour assurer l'intégration au niveau du terrain. S'ils font preuve d'un fort leadership et placent la barre haut concernant le travail en commun, ils peuvent changer beaucoup de choses. Ils peuvent promouvoir l'intégration opérationnelle en interne et aussi au niveau des parties prenantes extérieures. Par exemple, les coordinateurs de terrain peuvent « pousser » les secteurs à intervenir au niveau des mêmes communautés, faire en sorte qu'il n'y ait qu'une seule base de données pour les projets WASH et Nutrition et encourager la cartographie conjointe pour la répartition des actions WASH et Nutrition, etc.

5.2. L'APPROCHE « CLUSTERS » : UN MÉCANISME DE COORDINATION

En 2006, en vue d'accroître la coordination entre les acteurs de l'aide humanitaire et d'améliorer la cohérence de leurs interventions, l'ONU a mis en place un mécanisme de coordination appelé l'approche Cluster. Les clusters sont des regroupements d'organisations humanitaires, affiliées ou non à l'ONU, dédiés à chacun des principaux secteurs de l'action humanitaire (par exemple : eau, santé, logistique). Plus de coordination, c'est aussi moins de lacunes et de chevauchements dans l'aide fournie. Cela permet de synchroniser les actions des différentes organisations en vue d'atteindre des objectifs communs, et ainsi rendre la réponse plus cohérente, efficace et performante. Les secteurs WASH et Nutrition ont tous deux leur cluster piloté par une même agence (UNICEF), ce mécanisme est donc adapté pour apporter une aide humanitaire cohérente et complémentaire en réponse à une crise. Par exemple, l'approche des clusters peut servir à convoquer les secteurs WASH et Nutrition en vue d'établir un plan stratégique, des activités de plaidoyer et, surtout, pour veiller à ce que les rôles et les responsabilités de chaque secteur soient bien définis dans la réponse et préparation des urgences. Notons qu'il n'existe pas de solution « universelle » concernant la gestion entre les clusters. En effet, la taille, la portée et la complexité des crises et des réponses humanitaires sont telles que la gestion doit être adaptée aux besoins et peut évoluer selon le niveau de réponse (national ou sous-national)[109].

FIGURE 16 : CLUSTERS HUMANITAIRES ET LEUR COORDINATION



Source : UNOCHA (2016)

109 - Humanitarian response (2013) "Humanitarian Clusters"

La matrice des responsabilités et de la redevabilité des clusters WASH, Santé et Nutrition *(http://educationcluster.net/intercluster-topics/evaluating-practice/)* définit les responsabilités et la redevabilité de chaque cluster lors des interventions d'urgence. Cela permet d'éviter les « chevauchements », notamment dans la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses. La matrice a été développée au moyen d'un processus consultatif de grande ampleur mais peut faire l'objet de révisions en fonction des caractéristiques du contexte et des ressources à disposition. Elle doit servir de point de départ pour discuter des responsabilités de chacun et améliorer la coordination et la collaboration entre les équipes Santé, Nutrition et WASH pendant les interventions d'urgence. Il est important de souligner que les capacités des secteurs peuvent varier selon le contexte. Par conséquent, les responsabilités définies pour chaque activité varieront elles aussi.

L'important est de définir clairement les responsabilités et la coordination des activités.

6. ASSURER LE PAQUET MINIMUM WASH 5

Jana Asenbrenerova © ACF-DRC

Le cinquième pilier de la stratégie WASH'Nutrition consiste à ***assurer et renforcer la notion de « paquet minimum WASH »*** à la fois dans les centres de santé et de nutrition ainsi qu'au niveau des ménages, dans les communautés touchées par la sous-nutrition. Il ne faut pas confondre le paquet minimum WASH et le « kit WASH », qui comprend généralement des articles pour le traitement de l'eau et l'hygiène (comme des Aquatabs et du savon) et que l'on déploie en situation d'urgence. Cette partie explique en détail ce qu'est le paquet minimum WASH et donne des recommandations pratiques sur sa mise en œuvre. L'adhésion de la population cible au paquet minimum WASH doit être suivie de près.

6.1. LE PAQUET MINIMUM WASH POUR LES MÉNAGES

Le Tableau 8 présente un ensemble de mesures qui permettent de garantir l'accès des mères/accompagnants et des enfants (malnutris) à une source fiable d'eau potable en quantité suffisante, à des installations d'assainissement adéquates ainsi qu'aux bonnes pratiques d'hygiène à domicile. Il est important de souligner que le paquet minimum WASH doit être **adapté à la situation particulière de chaque pays ainsi qu'aux normes sociales et culturelles locales. Pour une question de durabilité, il faut privilégier les articles disponibles sur les marchés locaux.**

TABLEAU 8 : PAQUET MINIMUM WASH POUR LES MÉNAGES

Éléments du paquet WASH	**INDICATEURS**	**EXEMPLES D'ACTIVITÉS**
ACCÈS À L'EAU POTABLE PROPRE À LA CONSOMMATION - Quantité - Qualité - Transport - Conservation - Utilisation	▸ Le ménage dispose de 15 litres minimum/personne/jour pendant les crises, le reste du temps, les normes nationales s'appliquent ▸ Traitement de potabilisation de l'eau à domicile (si besoin), zéro coliformes fécaux par 100 ml sur le lieu de consommation et turbidité < 10 NTU* (robinets et récipients pour l'eau potable) ▸ La conservation (récipients propres et couverts) et le service (sans risque de contamination) de l'eau potable sont gérés de manière sûre au sein du ménage ▸ Les points d'eau sont inaccessibles aux animaux ▸ Moins de 30 minutes pour aller chercher l'eau, temps d'attente et trajet inclus (compliqué dans certains contextes ruraux) ** Unité de Turbidité Néphélométrique*	▸ Formation au traitement de l'eau à domicile et suivi lors des visites à domicile ou des visites dans les centres de santé. Même si la communauté dispose d'un point d'eau potable géré de manière sûre, le traitement de l'eau à domicile doit être préconisé en raison des contaminations liées aux conditions de transport et de conservation de l'eau ▸ Fourniture de produits locaux (de préférence) ou importés dédiés au traitement et à la bonne conservation de l'eau à domicile[110] ; en contexte de développement, les filtres pour le traitement à domicile sont préférables aux pastilles et au chlore qui sont plus adaptées aux situations d'urgence ▸ Au niveau de la communauté, fourniture de systèmes de forages ou de puits avec des pompes manuelles ou raccordement au réseau d'eau. À combiner avec un plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE) pour assurer l'approvisionnement en eau en continu ▸ Installation ou réhabilitation des points d'eau pour un meilleur accès ▸ Distribution de récipients (jerricans, biberons, etc.) pour l'eau potable (destinée aux enfants) et de 2 tasses avec des anses (pour les accrocher), une pour servir, l'autre pour boire
HYGIÈNE - Hygiène personnelle p.ex. lavage des mains - Hygiène alimentaire	▸ La mère/accompagnant connait les moments critiques[111] pour se laver les mains ▸ La mère/accompagnant utilise du savon ou des cendres pour se laver les mains aux moments critiques ▸ La mère/accompagnant a placé du savon ou des cendres aux endroits critiques (toilettes et cuisine) ▸ La mère/accompagnant utilise de l'eau potable pour laver les fruits et légumes et pour préparer l'alimentation et les boissons des enfants	▸ Activités de changement de comportement en soutien aux ménages pour mettre en application les pratiques d'hygiène clés ▸ Sensibilisation au moyen de rappels visuels et démonstrations participatives sur les pratiques d'hygiène clés ▸ Intégration de messages nutritionnels clés dans les actions de promotion de l'hygiène et d'éducation à l'hygiène alimentaire ▸ Fourniture ou fabrication (fait maison) de dispositifs pour se laver les mains comme les tippy taps (par exemple : bouteille ou bidon percé + filet à savon [450g/pers/mois])
ASSAINISSEMENT - Défécation digne et hygiénique pour l'utilisateur et l'environnement	▸ Les membres du ménage ne pratiquent pas la défécation à l'air libre ▸ Absence d'excréments humains ou animaux autour des habitations et surtout autour des zones où les enfants jouent ▸ Gestion hygiénique des excréments des enfants ▸ Présence d'un dispositif pour se laver les mains (eau + savon/cendre) à proximité ou dans les latrines ▸ Le ménage dispose d'un système d'assainissement amélioré correctement entretenu ▸ Le ménage lutte contre les vecteurs de maladies (p.ex. les moustiques)	▸ Mobilisation sociale pour un assainissement amélioré (exemple : ATPC, marketing de l'assainissement, PHAST) ▸ Réhabilitation ou construction de latrines améliorées à domicile (sans mouches, ni odeur ni excrément) avec des lave-mains. Peut être réalisé par les bénéficiaires grâce à l'ATPC par exemple ▸ Distribution aux familles de kits de nettoyage pour les latrines (gants, bassine, brosse, pelle, pot pour les cendres) ▸ Pour les groupes nomades, sensibilisation à l'enfouissement sans risque des excréments (p.ex. distance suffisante des points d'eau et des habitations, méthode du chat) ▸ Sensibilisation à la prévention et à la lutte contre le paludisme, élimination et gestion des déchets de façon durable et hygiénique

Les indicateurs du tableau 8 **peuvent faire l'objet d'une enquête** (CAP, sanitaire ou observation) **pour déterminer le pourcentage (%) des ménages qui remplissent ces critères.**

110 - Méthodes de traitement et produits recommandés http://www.who.int/household_water/scheme/products/en/
111 - Avant de préparer la nourriture ou de cuisiner ; avant de manger ou de nourrir un enfant ; après avoir nettoyé les fesses d'un enfant ; après avoir déféqué.

Le ***paquet minimum WASH*** pour les ménages comprend un ensemble de services WASH et de mesures de sensibilisation autour de l'importance des pratiques d'hygiène. Ce « paquet » ne correspond pas à une situation idéale mais à **un minimum nécessaire pour prévenir les maladies liées aux conditions sanitaires et préserver la santé de la mère et de l'enfant (ainsi que celle des autres membres de la famille)**. Il est possible de l'élargir à d'autres éléments en fonction des ressources à disposition et du contexte local. Il est particulièrement important d'assurer le paquet minimum WASH dans les ménages pendant le traitement de la MAS. En effet, il a été prouvé que l'accès à l'eau potable est critique pour l'efficacité du traitement et pour la prévention des futurs épisodes de sous-nutrition[112]. Mais l'objectif des interventions intégrées WASH'Nutrition n'est pas uniquement d'accompagner la prise en charge, il consiste également à éviter les cas de rechute de MAS et de sous-nutrition chez les autres enfants de moins de cinq ans de la communauté. C'est pourquoi le « paquet minimum », tel que défini, est applicable à tous les ménages (avec ou sans enfant atteint de sous-nutrition) parce qu'il s'appuie sur des messages de promotion de l'hygiène de base dont la diffusion permet de prévenir la sous-nutrition et de déclencher un changement de comportement durable. Selon le type de projet, le contexte (urgence ou développement) et les ressources disponibles, **les interventions adoptent soit une approche axée sur les ménages touchés par la sous-nutrition et le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri » soit une approche préventive auprès des communautés où la sous-nutrition persiste.**

L'indicateur de la qualité de l'eau potable au niveau du ménage est **« zéro coliformes fécaux pour 100 ml sur le lieu de consommation »**. Cette valeur est particulièrement importante pour les ménages comptant des cas de MAS et des enfants de moins de deux ans. Cependant si l'on cible une population plus large (toute la communauté), la tolérance zéro semble être trop ambitieuse et compliquée à mettre en place d'un point de vue technique. Dans ce cas, le premier objectif est d'assurer l'accès à l'eau (source ou système d'approvisionnement) au niveau de la communauté et ensuite d'améliorer la qualité de l'eau sur le lieu de consommation par différents systèmes de traitement d'eau à domicile adaptés à la population et au contexte. L'évolution de la qualité de l'eau (baisse d'E. Coli) est un bon indicateur de suivi des performances de la promotion de l'hygiène. D'autre part, il est important de noter que les programmes de promotion de l'hygiène ont souvent tendance à se concentrer sur l'approvisionnement, le traitement et la conservation de l'eau alors qu'une approche plus équilibrée aurait tendance à aborder d'autres aspects comme le lavage des mains, l'assainissement et l'hygiène alimentaire. Si l'on veut toucher un maximum de personnes et donc obtenir des résultats significatifs sur les maladies liées aux conditions sanitaires, les activités de distribution ne doivent représenter qu'une partie de la solution. De fait, les gens ont tendance à moins utiliser et entretenir les latrines et les lave-mains s'ils ne les construisent pas eux-mêmes ou s'ils ne participent pas au moins à leur coût. **Les interventions ont donc tout intérêt à se concentrer sur le soutien aux familles afin qu'elles adoptent les comportements WASH souhaités**. Par exemple, on peut faire une démonstration sur l'utilisation des pastilles de chlore, puis engager des discussions avec les membres des ménages sur l'importance du traitement de l'eau et ensuite compter le nombre de ménages ayant décidé d'en acheter. Lorsque cela est nécessaire, notamment en situation d'urgence, il est néanmoins possible d'organiser des opérations de distribution. Une fois que le *paquet minimum WASH* est mis en place, les conditions d'application doivent être suivies et surveillées régulièrement. Dans la partie Ressources opérationnelles de ce guide, vous trouverez un exemple d'outil simple (checklist) indiquant les principaux indicateurs permettant de vérifier si un ménage bénéficie du paquet minimum WASH et s'il est opérationnel ou pas.

6.2. PAQUET MINIMUM WASH POUR LES STRUCTURES DE NUTRITION ET DE SANTÉ

Dans le domaine de l'intégration WASH'Nutrition, il est important de bien distinguer les deux types de centres de nutrition afin d'y mettre en place les interventions WASH appropriées :

1. **Structures hospitalières :** prévues pour les traitements intensifs. Hôpital ou centre de santé (en cas d'isolement géographique) avec des chambres et des services de soins pour le traitement de la malnutrition aigüe sévère ou modérée avec des **complications médicales**
2. **Services ambulatoires :** Programme thérapeutique ambulatoire / Centre de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire pour la MAS ou Centre d'alimentation complémentaire / Centre de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire pour la MAM ou centre de nutrition ou centre de santé. Ces services ne disposent pas de chambres pour la prise en charge de la MAS et de la MAM (prise en charge de quelques heures mais souvent après un long trajet)

©Jovana Dodos, ACF Sénégal, 2015

Photo 1 : Eau traitée au chlore pour la prise en charge hospitalière de la MAS

112 - *Études ACF en République Démocratique du Congo, au Pakistant et au Tchad*

Dans les régions isolées où les infrastructures sont dégradées et l'accès aux soins limité, des **équipes mobiles** sont généralement mises en place pour détecter et traiter, sur site, les cas de MAS et de MAM chez les enfants ainsi que pour le référencement, dans les centres de santé, des cas nécessitant des soins spéciaux. Ces cliniques mobiles devraient aussi mettre en place un paquet minimum WASH (Tableau 9).

Les solutions WASH proposées dépendront de la structure et de la fonction du centre de nutritionnel (hôpital, ambulatoire ou cliniques mobiles). Pour améliorer efficacement les services WASH défaillants des structures de santé et de nutrition, il convient de prendre la mesure du problème et de définir les actions prioritaires couvrant les besoins les plus importants. Il faut évaluer les conditions sanitaires des structures de santé et réaliser un suivi régulier de la situation.

TABLE 9 : PAQUET MINIMUM WASH DANS LES CENTRES DE NUTRITION ET DE SANTÉ

Éléments du paquet WASH	INDICATEURS	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
ACCÈS À L'EAU POTABLE - Quantité - Qualité - Transport - Conservation - Utilisation	▸ Taux de chlore résiduel entre 0,5 et 1 mg/l ou zéro E. Coli/100 ml si méthode de traitement différente ▸ Capacité de stockage suffisante (5 litres/patient visité/jour et 40 litres/patient hospitalisé/jour) ▸ Absence de toilettes dans un rayon de 30 m autour des sources d'eau ▸ Pour les patients hospitalisés uniquement : 45 à 90 litres/patient/jour (y compris l'eau pour l'accompagnant) ; autrement, les normes nationales et celles de l'OMS peuvent servir de référence ▸ Point de distribution de produit nutritionnel (aliments non préparés) : 0,5 l/personne/jour ▸ Point de distribution de produit nutritionnel (aliments préparés sur place) : 15 l/personne/jour	▸ Chloration de l'eau limpide (turbidité < 10 NTU*) par solution mère de HTH, Aquatabs ou eau de javel ▸ Traitement de l'eau trouble (turbidité > 10 NTU*) avec des sachets purificateurs d'eau P&G ▸ Bonne conservation et protection de l'eau après traitement ▸ Installation de systèmes de forage ou de puits avec des pompes manuelles ou raccordement au réseau d'eau (à titre exceptionnel : transport d'eau par camion-citerne) ▸ Promotion du traitement de l'eau à domicile ** Unité de Turbidité Néphélométrique*
HYGIÈNE - Hygiène personnelle (par exemple : lavage des mains avec du savon et de l'eau ou des produits de nettoyage des mains à base d'alcool) - Hygiène alimentaire	▸ Présence de savon dans toutes les installations ▸ Présence d'un dispositif lave-mains, équipé d'une capacité de stockage d'au moins 20 litres, avec de l'eau limpide et du savon (ou une eau avec un taux de CLR ≥ 50 mg/l en continu) ▸ Lavage des mains avec du savon et de l'eau ou avec des produits de nettoyage des mains à base d'alcool ▸ Présence d'affichages (posters) actualisés aux endroits clés du centre de santé (salle d'attente, toilettes) ▸ Tenue régulière de séances de promotion de l'hygiène **Pour les patients hospitalisés uniquement :** ▸ 50 personnes/douche/jour maximum ▸ Douches privatives avec séparation hommes/femmes ▸ Éclairage des douches la nuit ▸ Utilisation des fils à linge et des espaces de séchage, dispositif protecteur des ustensiles de cuisine ▸ Les zones de lavage sont équipées d'un système d'évacuation permettant d'éviter les eaux stagnantes, les animaux n'y ont pas accès ▸ Les endroits et les ustensiles pour préparer les laits thérapeutiques sont propres et régulièrement nettoyés	▸ Formation et renforcement des capacités du personnel de santé (peut contribuer à la durabilité des interventions) ▸ Entretien des installations lave-mains avec de l'eau propre traitée et du savon ; installation d'un système de drainage ou de collecte des eaux usées ▸ Construction de douches avec séparation hommes/femmes avec évacuation vers puisard ▸ Construction de fils à linge et d'égouttoirs pour la vaisselle ▸ Promotion des pratiques d'hygiène clés : lavage des mains avec du savon et de l'eau aux moments critiques ; entretien et nettoyage des latrines, non présence de matières fécales dans les installations ; démonstrations présentant les techniques de traitement et de conservation de l'eau potable à domicile ▸ Remise du kit d'hygiène domestique et du kit de traitement de l'eau aux mères au début de la prise en charge (ambulatoire) et lors de la décharge du patient (500 g de savon pour lavage de mains, 1 jerrican pour transporter l'eau et le matériel nécessaire pour traiter l'eau à domicile pendant au moins 2 mois)

ASSAINISSEMENT - Défécation digne et hygiénique pour l'utilisateur et l'environnement - Gestion adéquate des déchets - Lutte contre les vecteurs de maladies	▸ Pas de défécation à l'air libre autour du poste de santé ▸ Latrines sans risque de contamination (protection contre les eaux de ruissellement et les inondations, éloignées d'au moins 30 m de la source d'eau la plus proche et des lieux où l'on prépare/consomme de la nourriture, au moins 1,5 m au-dessus de la nappe) ▸ Pour les structures hospitalières : 20 personnes/latrine/jour maximum ▸ Pour les structures ambulatoires : au moins 4 toilettes (en zone rurale et reculées au moins 2 toilettes hommes/femmes séparés) ▸ Toilettes séparées pour les patients et le personnel ▸ Toilettes hommes/femmes séparées ▸ Pots pour enfants à disposition ▸ Les déchets sont triés à l'aide de différents bacs (plastique et métal) en fonction du type : déchets organiques, déchets pointus et coupants, déchets non organiques, non pointus et non coupants ▸ Pas de déchets médicaux visibles non gérés ▸ Pas de lieu propice à la reproduction des moustiques dans un rayon de 3 km autour du centre de santé ▸ Tous les lits occupés par des patients sont équipés de moustiquaires imprégnées d'insecticide	▸ Construction de latrines améliorées : sans mouches, sans odeurs, sans trace d'excrément, séparation homme/femmes et lave-mains ▸ Éclairage nocturne des latrines et nettoyage quotidien de la dalle avec une solution chlorée (à 0,2 %). Ne pas verser de chlore dans les fosses ▸ Distribution de pots pour les petits enfants et/ou de truelles/pelles pour récupérer les excréments et les évacuer dans les latrines ▸ Construction de locaux murés ou clôturés pour déposer les déchets ▸ Nettoyage et entretien hebdomadaire des fosses à déchets, des poubelles classiques, des poubelles à déchets médicaux, des incinérateurs, etc ▸ Élimination des flaques, de l'eau stagnante, etc. afin de réduire les sites propices à la reproduction des moustiques autour des infrastructures

EN SAVOIR PLUS

▸ Plus de détails dans le document ACF (2014, mis à jour en 2016) *"WASH Minimum Standards and guidelines for rural health facilities and nutritional centres in resource-poor environments."*

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 4

Assurer la mise en place du paquet minimum WASH dans les structures de santé au Mali

Depuis 2013, Terre des hommes (Tdh) travaille en partenariat avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique malien dans la région de Ségou pour améliorer la situation nutritionnelle de 376 villages dans les districts de Macina et Markala. En plus des initiatives WASH à base communautaire, le projet en cours (financé par ECHO, l'UNICEF et le Consortium suisse pour l'eau et l'assainissement) cherche à mettre en place les services WASH de base dans 33 structures de soins de santé primaires. Il inclut le soutien au personnel médical et aux ASACO (Associations de SAnté COmmunautaire) pour :

1. *Améliorer les infrastructures des centres de santé afin de mettre en place le paquet minimum WASH d'après la stratégie WASH'Nutrition*
2. *Présentation de manuels de formation sur les protocoles d'hygiène et de désinfection et sur la gestion des déchets biomédicaux, incluant un soutien à la formation et à l'apprentissage sur site*
3. *Réaliser le suivi des risques de l'environnement sanitaire dans les structures de santé à l'aide d'un outil d'auto-évaluation pour les autorités sanitaires régionales de Ségou*

L'outil évalue les pratiques d'hygiène et l'utilisation des installations d'eau et d'assainissement, avec une attention particulière accordée aux services de maternité et aux URENAS (Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère) pour les enfants atteints de MAS. Ce suivi régulier, réalisé de manière conjointe, permet à la Direction régionale de la santé de Ségou d'analyser les tendances des risques, d'orienter ses prises de décision et de suivre l'évolution de la situation.

Phase actuelle (jusqu'en août 2017)

Actuellement, le projet demande plus d'engagement de la part de la Direction régionale de la santé de Ségou et du personnel des structures de santé dans le processus de suivi, tel que proposé par l'initiative «WASH in health care facilities» (plan d'action mondial OMS / UNICEF qui vise à garantir l'accès universel aux services adaptés d'eau, d'assainissement et d'hygiène d'ici 2030 (www.washinhcf.org)). Tdh fait partie de l'équipe de suivi et testera les indicateurs proposés et les applications pour la collecte de données mobiles au Mali. Tdh continuera également :

1. *De soutenir les ASACO dans la gestion du paquet minimum WASH, administration financière et maintenance inclus*
2. *De plaider pour et soutenir la formation de tout le personnel des structures de santé sur la gestion des déchets médicaux*
3. *De partager ses manuels et outils de suivi de projet avec les praticiens au niveau national*

Ces expériences maliennes seront également utiles à d'autres programmes Tdh similaires au Bangladesh, au Burkina Faso, en Guinée, en Mauritanie et au Népal.

TABLEAU 10 : PAQUET MINIMUM WASH À PROMOUVOIR POUR LES CLINIQUES MOBILES

Éléments du paquet WASH	INDICATEURS	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
ACCÈS À L'EAU POTABLE - Quantité - Qualité - Transport - Conservation - Utilisation	▸ Taux de chlore résiduel entre 0,5 et 1 mg/l dans l'eau potable ▸ Absence de toilettes dans un rayon de 30 m autour des points d'eau	▸ Promotion du traitement d'eau domiciliaire ▸ Chloration d'une eau non turbide (NTU < 10*) ▸ Traitement d'eau turbide (NTU > 10*) par floculation, décantation (avec des sachets de P&G purificateur ou des tablettes TAB10 d'Aquasure) ▸ Stockage de l'eau domiciliaire adéquate
HYGIÈNE - Hygiène personnelle p.ex. lavage des mains avec du savon et de l'eau ou avec des produits de nettoyage des mains à base d'alcool. - Hygiène alimentaire	▸ Présence de savon dans toutes les installations. ▸ Posters affichés et tenue régulière de séances de promotion de l'hygiène	▸ Entretien des dispositifs lave-mains avec de l'eau et du savon. ▸ Promotion des pratiques d'hygiène clés : lavage des mains avec du savon et de l'eau aux moments critiques ; entretien et nettoyage des latrines, absence de matières fécales dans les installations ; démonstrations présentant les techniques de traitement et de conservation de l'eau potable à domicile. ▸ Remise du kit d'hygiène domestique aux mères au début du traitement (500 g de savon pour lavage de mains, 1 jerrican pour transporter l'eau et le matériel nécessaire pour traiter l'eau à domicile pendant au moins 2 mois)
ASSAINISSEMENT - Défécation digne et hygiénique pour l'utilisateur et l'environnement	▸ Pas de défécation à l'air libre autour du lieu d'intervention ▸ Présence d'une aire de défécation équipée de pots pour les petits enfants ▸ Gestion adéquate des déchets	▸ Aménagement d'une zone de défécation hygiénique pour les patients, avec des pots pour les petits enfants ▸ Distribution de pots pour les petits enfants et/ou de truelles/pelles pour récupérer les excréments et les évacuer dans les latrines. ▸ Prendre en charge la gestion hygiénique des déchets produits par l'activité

Les indicateurs des Tableaux 9 et 10 **peuvent faire l'objet d'enquêtes qui permettront de déterminer le pourcentage (%) des centres de nutrition et de santé qui remplissent ces critères minimum.**

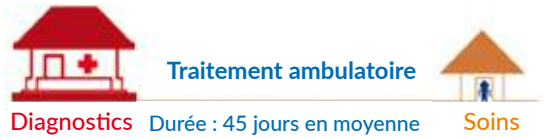
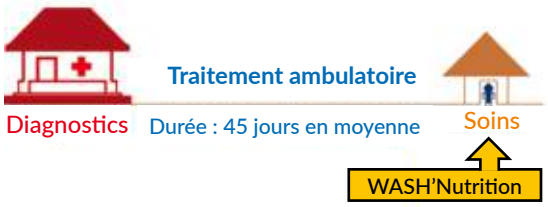
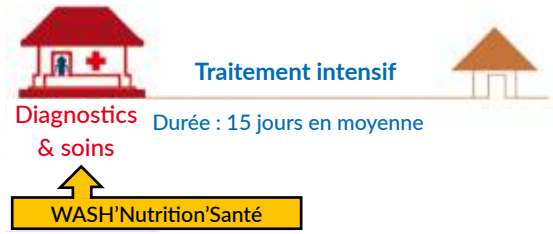
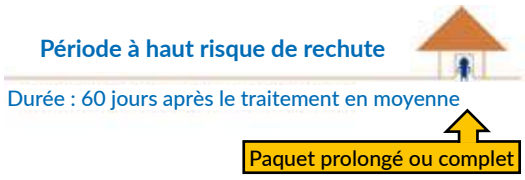
Dans la partie Ressources opérationnelles de ce guide, il y a un exemple de checklist avec les principaux indicateurs permettant de vérifier la bonne mise en place du paquet minimum WASH au niveau des centres de santé et de nutrition. Cet outil peut aussi servir à **classer les centres en fonction des besoins d'intervention.**

Dans toutes les structures de santé (hospitalières, ambulatoires, cliniques mobiles) l'approvisionnement en eau, la préparation et le renouvellement de l'eau chlorée et la gestion des déchets solides et médicaux **sont des tâches qui doivent être réalisées par du personnel ayant suivi une formation adéquate.**

6.3. PAQUET MINIMUM WASH EN ACCOMPAGNEMENT DU TRAITEMENT DE LA MAS

En plus de son rôle essentiel dans la stratégie de prévention de la sous-nutrition, le paquet minimum WASH peut accompagner le traitement de la sous-nutrition aigüe quelle que soit sa gravité (MAS et MAM). Plusieurs études ont cherché à démontrer l'importance et la valeur ajoutée de l'intégration d'éléments WASH dans le processus de traitement de la MAS. Par exemple, en 2013, ACF a mené une étude comparative en République Démocratique du Congo qui consistait à évaluer si le fait d'ajouter un produit pour le traitement de l'eau à domicile dans le traitement standard des enfants souffrant de la MAS avait un impact sur leur rétablissement nutritionnel. D'après les résultats, la durée de prise en charge des enfants du groupe d'intervention était plus courte que celle des enfants du groupe témoin (26,4 jours contre 30,4 jours). Le gain de poids moyen était plus élevé chez les enfants du groupe d'intervention que chez ceux du groupe témoin, respectivement 7,3 g/kg/jour et 6,6 g/kg/jour. Selon les calculs, l'argent économisé par les 4 jours de traitement en moins pourrait servir à couvrir 90 % des frais liés à l'ajout de purificateurs d'eau. ACF mène actuellement des études à plus grande échelle au Tchad et au Pakistan. Elles portent sur d'autres méthodes visant à améliorer la qualité de l'eau au niveau des ménages et devraient apporter d'autres preuves robustes de l'impact de la WASH sur le statut nutritionnel.

La gestion de la MAS comprend deux niveaux d'intervention :

Traitement ambulatoire : le diagnostic de la MAS et les traitements associés sont fournis par la structure de santé, mais les soins sont réalisés par la famille au niveau du ménage	
Le traitement ambulatoire de la MAS consiste principalement à **fournir le paquet minimum WASH aux ménages touchés**, leur assurant ainsi un accès à l'eau potable et à l'hygiène pendant la durée du traitement : ▸ 450 g de savon/pers./mois pour chaque membre de la famille pendant la durée du traitement de la MAS ▸ Produits consommables permettant d'assurer une turbidité < 10 NTU et un taux de chlore résiduel libre ≥ 0.5 mg/l pour l'eau potable dont la quantité est de 15 l/pers./jour dans chaque ménage ▸ Un seau d'une capacité de 20 litres équipé d'un couvercle et d'un robinet[113] ▸ Un jerrican d'une capacité de 20 litres équipé d'un bouchon[114]	
Traitement intensif/hospitalisation (environ 15 % des cas de MAS) : en cas de complications médicales graves. Le patient est hospitalisé dans l'établissement jusqu'à ce que les complications soient traitées. Une fois réhabilité, le patient commence le traitement ambulatoire générique[115]	
Dans le cadre du traitement de la MAS, le paquet minimum WASH consiste à garantir les services WASH suivants : ▸ Accès à l'eau potable / propre à la consommation ▸ Lavage des mains avec de l'eau limpide et du savon	
Cela peut inclure des effets à long terme dédiés aux soins intensifs et au traitement de la MAS chez les enfants présentant des complications médicales. Voir également la partie concernant le paquet minimum WASH dans les structures de santé et de nutrition et comment améliorer l'accès aux services WASH dans les structures hospitalières.	
Il est possible de venir compléter ce paquet minimum WASH avec des interventions supplémentaires comme le « **Paquet prolongé ou complet** ». Cette intervention consiste à prolonger le paquet minimum au-delà de la durée du traitement de la MAS, jusqu'à la fin de la période à haut risque de rechute (60 jours en moyenne). Cela consiste principalement à renouveler les consommables prévus pour l'accès à l'eau potable et les pratiques d'hygiène (voir aussi la partie du Chapitre 4 sur le suivi des cas de rechute de la MAS).	

Source : ECHO (2016)

Le paquet prolongé comprend :

- 450 g/pers./mois pour chaque membre de la famille
- Des purificateurs consommables permettant d'atteindre une turbidité < 10 NTU et un taux de chlore résiduel libre ≥ 0.5 mg/l pour l'eau potable dont la quantité est de 15 l/pers./jour dans chaque ménage jusqu'à la fin de la période à haut risque de rechute (60 jours en moyenne)[116]

Cette intervention complémentaire ne doit pas être envisagée comme une stratégie à part entière mais comme une possibilité d'extension des soins du paquet minimum WASH.

113 - Si l'eau est très trouble, on ajoutera un autre seau de 20 litres (avec couvercle) pour un prétraitement sur tissu filtrant
114 - Document technique publié par ECHO (2016) "WASH'NUT"
115 - Document technique publié par ECHO (2016) "WASH'NUT"
116 - Ibid

MESSAGES CLÉS

Chapitre 3

- Le fait d'harmoniser et d'intégrer les programmes WASH et Nutrition permet de **maximiser les impacts, d'améliorer le rapport coût-efficacité et la durabilité, et d'offrir de plus grands avantages aux bénéficiaires.**
- La **cartographie intégrée affichant des indicateurs WASH et Nutrition** fournit des informations spécifiques au contexte et fondées sur des preuves, qui permettent de mieux comprendre les besoins de la population et ainsi **répartir correctement l'implantation géographique** des interventions.
- Lorsque **l'évaluation** des différents secteurs techniques et opérationnels est **intégrée ou réalisée conjointement,** elle est à même d'apporter **une compréhension plus globale de la situation** et ainsi favoriser une réponse elle aussi intégrée.
- L'élaboration d'un programme intégré se fait soit en **développant conjointement un projet dès le début de façon intégrée, soit en incorporant des objectifs, activités et indicateurs d'un secteur dans la proposition de projet d'un autre secteur** (p.ex. l'intégration d'indicateurs nutritionnels, comme le rapport Poids/Taille et le taux d'anémie, dans les projets WASH).
- Les populations à cibler en priorité sont : **les communautés, les familles et les individus** les plus vulnérables ou les plus touchés par la sous-nutrition et les plus exposés aux conditions sanitaires inadéquates. Il est désormais acquis que l'accent doit être mis sur la **« fenêtre d'opportunité des 1000 jours »** puisque la prévention de la sous-nutrition est vitale pendant cette période.
- Étant donné la grande vulnérabilité et le caractère indivisible de la liaison entre les deux individus, les stratégies et interventions intégrées WASH'Nutrition doivent mettre l'accent sur la protection et le soutien du couple **« mère/accompagnant - enfant (malnutri) »** et encourager la fourniture de services intégrés s'adressant à ces deux personnes.
- Plusieurs mesures existent pour garantir et renforcer le **principe de paquet minimum WASH dans les centres de santé et de nutrition et au niveau des ménages** en vue de protéger le couple **« mère/accompagnant - enfant (malnutri) »** des infections et des maladies.
- En plus de son rôle essentiel dans les stratégies de prévention de la sous-nutrition, **le paquet minimum WASH peut être mis en œuvre en accompagnement du traitement de la sous-nutrition aigüe quelle que soit sa gravité (MAS et MAM).**
- Il est essentiel de mettre l'accent sur le changement de comportement au niveau des ménages pour le couple **« mère/accompagnant - enfant (malnutri) »** et au niveau des communautés touchées par la sous-nutrition. En effet, on sait que si les comportements d'hygiène adéquats ne sont pas respectés, la seule fourniture d'installations (approvisionnement en eau et infrastructures sanitaires) aura un impact limité sur la santé.
- Les programmes intégrés WASH'Nutrition demandent **une coordination solide, une collaboration étroite** et que chaque secteur connaisse les problématiques importantes de l'autre secteur. **L'approche du cluster** est un mécanisme bien adapté pour que les deux secteurs puissent apporter une réponse cohérente et complémentaire à la crise humanitaire.

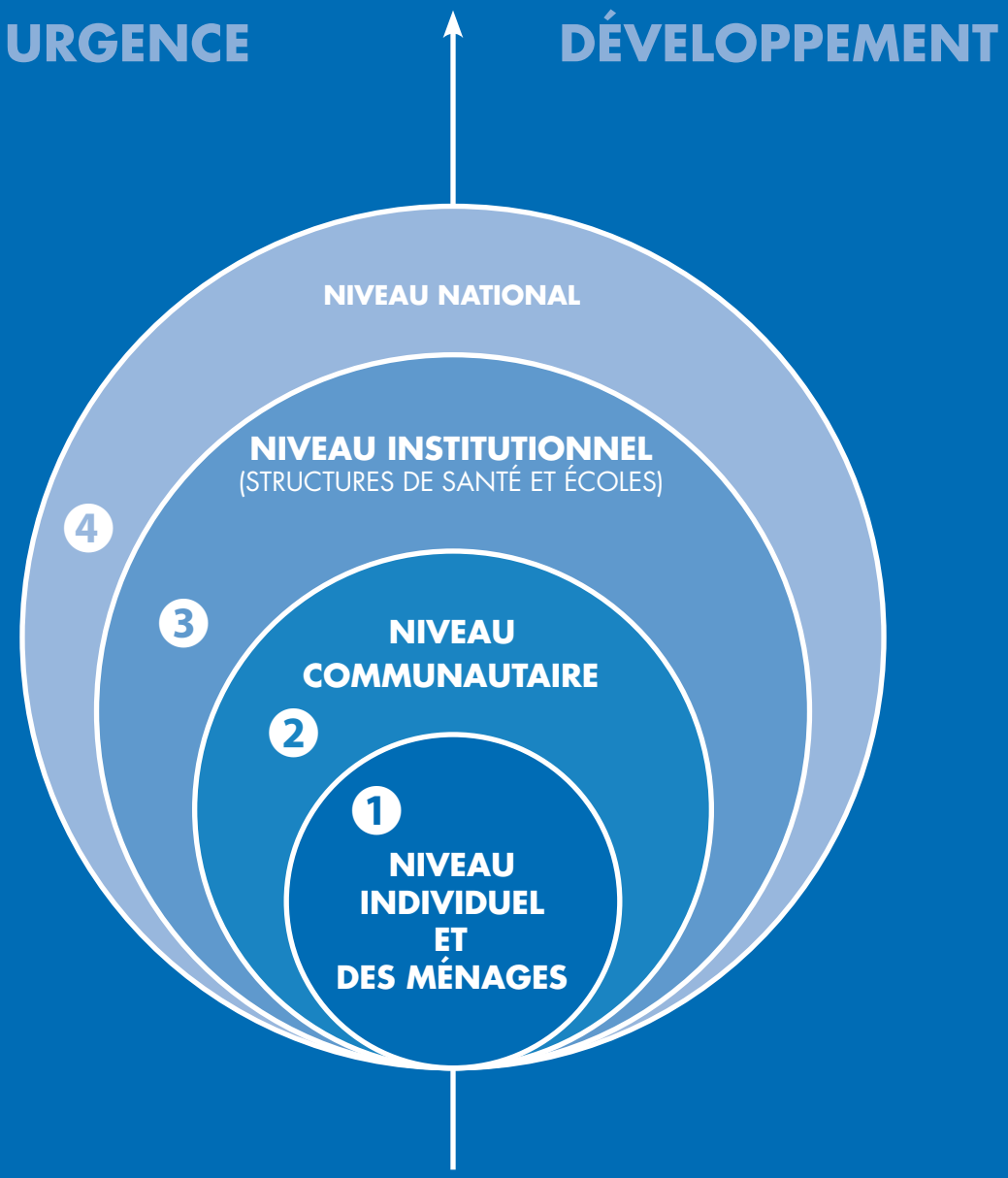
4

ACTIVITÉS INTÉGRÉES : DIFFÉRENTS NIVEAUX ET CONTEXTES

1. AU NIVEAU DES INDIVIDUS ET DES MÉNAGES
2. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE
3. AU NIVEAU DES INSTITUTIONS (STRUCTURES DE SANTÉ & ÉCOLES)
4. AU NIVEAU NATIONAL
5. INTERVENTIONS INTÉGRÉES EN SITUATION D'URGENCE

© Tdh/F. Stuzik

ACTIVITÉS INTÉGRÉES : DIFFÉRENTS NIVEAUX ET CONTEXTES



INTÉGRATION DES ACTIONS WASH ET NUTRITION À DIFFÉRENTS NIVEAUX ET CONTEXTES

1. AU NIVEAU DES INDIVIDUS ET DES MÉNAGES

Jana Asenbrenerova © ACF-DRC

L'intégration d'éléments WASH et Nutrition peut se faire à plusieurs niveaux : depuis le niveau individuel et du ménage, en ciblant, par exemple, les enfants (malnutris) et les femmes enceintes, jusqu'au niveau national, où l'harmonisation des politiques et stratégies WASH et Nutrition permet de garantir de meilleurs résultats en matière de santé et autre pour la population. Le Chapitre 4 décrit les différentes façons d'aborder l'intégration WASH'Nutrition en fonction du niveau opérationnel, du cadre et du contexte. L'accent est mis sur l'harmonisation des interventions WASH et Nutrition en situation d'urgence.

Cette sous-partie contient des exemples d'expériences de terrain qui montrent comment intégrer des éléments WASH et Nutrition au niveau des individus et des ménages en ciblant le couple « mère/accompagnant - enfant (malnutri) » et ainsi garantir de meilleurs résultats en matière de santé et de nutrition. Plusieurs approches sont abordées comme, par exemple, celle du « BabyWASH », l'approche « Maison propre » ou les « Petites Actions Faisables et Importantes ». Une attention particulière est portée sur les comportements WASH qui limitent la transmission oro-fécale et permettent d'éviter les maladies, à savoir :

- Le lavage des mains avec de l'eau et du savon (ou des cendres s'il n'y a pas de savon) aux moments critiques
- L'assainissement et la gestion hygiénique des excréments des enfants
- Le traitement, la conservation et la gestion sûre de l'eau potable (pour les nourrissons : uniquement après les 6 mois d'allaitement maternel exclusif)
- L'adoption des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire
- Un environnement propre et sain (p.ex. espace de jeu propre)

1.1. IMPORTANCE DE L'HYGIÈNE PERSONNELLE ET DE L'ENVIRONNEMENT DOMESTIQUE

L'environnement insalubre ou à risque, comme l'accès inadéquat à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, est une cause sous-jacente de la sous-nutrition. La contamination de l'environnement domestique par les excréments humains et/ou animaux, situation que l'on rencontre souvent dans les pays à faible revenu, est l'une des principales sources de pathologies telles que la diarrhée, les infections intestinales et la DEE.

Les jeunes enfants et leur mère/accompagnant passent beaucoup de temps chez eux, dans leur ménage. Les nourrissons et les jeunes enfants se trainent par terre, jouent et sont nourris dans cet environnement domestique. Si celui-ci n'est pas propre et sain, ils sont donc exposés au risque d'ingestion de pathogènes, et ce très tôt, pendant la période critique de leur croissance et de leur développement. Hormis les conditions d'hygiène à domicile, l'expérience montre que les **comportements hygiéniques des accompagnants et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** ont aussi des impacts sur la linéarité de la croissance[117]. C'est pourquoi les interventions WASH au niveau des ménages, visant à sensibiliser les accompagnants aux bonnes pratiques d'hygiène et à éviter que les enfants n'ingèrent des pathogènes à leur domicile, sont essentielles pour obtenir de bons résultats en matière de nutrition.

117 - Ngure et al. (2014) "Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development : making the links"

1.2. LE CONCEPT BABYWASH : ÉVITER L'EXPOSITION DES JEUNES ENFANTS AUX MATIÈRES FÉCALES

NOTE

Une étude SHINE menée au Zimbabwe a montré que les risques d'ingestion d'E.coli sont 4000 fois plus élevés via les fientes de poules que via la consommation d'une eau non traitée ou l'ingestion de terre contaminée.

L'environnement domestique des ménages pauvres à travers le monde est souvent contaminé par des excréments humains ou animaux. En se déplaçant, les humains et les animaux transportent, avec leurs pieds, des microbes et des pathogènes qu'ils introduisent dans l'environnement domestique, à proximité des nourrissons et des jeunes enfants[118]. Dans les milieux à faibles ressources, les nourrissons et les jeunes enfants sont souvent à quatre pattes sur des sols contaminés et constamment exposés aux fientes de volaille. Une étude menée au Pérou a montré que, sur une période de 12 heures d'observation approfondie, la main d'un enfant touche, en moyenne, 3 fois une fiente de volaille, ce qui entraîne des contacts excrément-bouche. Au Bangladesh, on rapporte que 66 % des ménages ont des espaces de jeux pour nourrissons et jeunes enfants qui sont contaminés par des matières fécales. Environ la moitié des mères confirment avoir vu leurs enfants toucher ou mettre à la bouche des excréments animaux lors des deux dernières semaines[119]. En plus du manque de connaissances sur les risques environnementaux auxquels les bébés sont exposés, la plupart des accompagnants ont des contraintes horaires et exécutent plusieurs tâches en même temps, ce qui limite leur capacité à intervenir pour laver les mains de l'enfant. Ainsi, la contamination fécale des espaces de jeu des enfants et de leur environnement d'alimentation est un risque permanent et cumulé pour leur santé pendant une phase critique de leur développement et de leur croissance[120].

En général, les interventions WASH se concentrent plutôt sur l'amélioration de l'assainissement, le traitement de l'eau sur lieu de consommation et la promotion de l'hygiène. Par exemple, les interventions portant sur le lavage des mains sont plutôt destinées aux mères et accompagnants, mais les mains contaminées qui rentrent en contact avec la bouche de l'enfant sont, la plupart du temps, les siennes[121]. Autrement dit, les interventions WASH classiques ne sont pas conçues pour faire obstacle aux premiers vecteurs de la transmission oro-fécale chez les enfants de moins de 2 ans, qui vivent des moments décisifs pour leur développement et sont vulnérables à l'anémie et au retard de croissance. Elles ne s'attaquent pas aux vecteurs majeurs que sont les sols, les fientes de volaille et les aliments des nourrissons et ne se penchent pas assez sur la propreté de l'environnement de jeu et d'alimentation des enfants[122].

ENCADRÉ 8 : MESSAGES BABYWASH

1. *Gérer de façon hygiénique tous les excréments humains et animaux*
2. *Se laver les mains avec du savon après tout contact fécal et avant de préparer à manger, de manger ou de nourrir un enfant*
3. *Éviter que les enfants ne mettent à la bouche de la terre et des excréments d'animaux (aires de jeux protégés)*
4. *Donner aux enfants des aliments fraîchement préparés ou portés à ébullition*
5. *L'eau que l'on donne à boire aux enfants (après 6 mois d'allaitement maternel exclusif) doit être traitée avec une méthode adaptée de traitement d'eau à domicile*

Exemple d'étude SHINE, Zimbabwe (2014).

L'objectif principal du concept BabyWASH est de limiter la transmission oro-fécale en évitant le contact entre enfants et vecteurs et les contacts main-bouche ; cela concerne à la fois les excréments humains mais aussi ceux des animaux. C'est une approche qui cible une tranche d'âge spécifique et n'a pas vocation à remplacer les interventions WASH classiques (qui jouent un rôle essentiel pour réduire la contamination de l'environnement domestique de manière générale) mais plutôt à les compléter en ciblant les très jeunes enfants :

- Gestion hygiénique des excréments des enfants
- Pratiques d'hygiène pour l'alimentation des nourrissons
- Gestion des déjections animales
- Pratiques d'hygiène dans les espaces de jeu

118 - Curtis et al. (2000) "Domestic hygiene and diarrhea – pinpointing the problem"
119 - Ngure et al. (2014) "Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development : making the links"
120 - Ibid
121 - Ngure et al. (2014) "Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development : making the links"
122 - Ngure et al. (2014) "Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development : making the links"

FIGURE 17 : AMÉNAGEMENT D'UN ESPACE DE JEU POUR LIMITER LES RISQUES D'INGESTION DE TERRE OU D'EXCRÉMENTS D'ANIMAUX

Exemple d'outil WASH interactif utilisé lors des séances hebdomadaires de promotion de l'hygiène dans les centres de santé à l'attention des mères/accompagnants d'enfants atteints de MAS admis dans le programme PCMA de la mission ACF au Tchad (projet Ouadinut 2015).

1.3. L'APPROCHE « MAISON PROPRE » POUR RÉDUIRE LES TAUX DE RETARD DE CROISSANCE ET AMÉLIORER LA SANTÉ DE L'ENFANT

En constatant que la majeure partie des agents pathogènes issus de l'environnement pour les enfants de moins de 2 ans provenait des espaces de jeu sales, des mains sales et de l'eau impropre à la consommation, Save the Children a élaboré l'approche « *Maison propre* » qui combine plusieurs interventions WASH visant à réduire les risques de maladies diarrhéiques et le taux de retard de croissance[123].

FIGURE 18 : L'APPROCHE « MAISON PROPRE »

Source : Save the Children (2015) "Recent research and Save the Children experience"

L'approche « Maison propre » repose sur quatre principes : la création de la demande (en produits et services WASH), les comportements WASH (qui sont aussi importants que les installations WASH), la fourniture des produits et services WASH (adéquation avec la demande), l'environnement favorable (lois, accès, financement, sans quoi tout ce qui précède ne peut fonctionner correctement)[124].

EN SAVOIR PLUS

- Pour en savoir plus sur l'approche « Maison propre » :
  http://www.savethechildren.org/atf/cf/ %7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a %7D/CLEAN_HOUSEHOLD_APPROACH.PDF

123 - Save the Children (2015) "Clean Household Approach"
124 - Save the Children (2015) "Clean Household Approach"

1.4. LES « PETITES ACTIONS FAISABLES ET IMPORTANTES » POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS SANITAIRES ET LES RÉSULTATS NUTRITIONNELS

L'approche des « Petites actions faisables et importantes » est efficace lorsqu'on s'adresse à des communautés qui ont des difficultés soit à trouver les ressources suffisantes pour entreprendre elles-mêmes l'amélioration de leurs services et installations WASH soit à mettre directement en place des solutions « idéales », plus chères, dès le départ. Cette approche soutenue par UNICEF et USAID encourage les ménages à faire la démarche pas à pas vers l'adoption de meilleures pratiques WASH, elle présente l'avantage de ne nécessiter que peu de ressources supplémentaires. Elle implique :

1. D'évaluer les pratiques WASH actuelles des ménages
2. D'identifier les bonnes pratiques WASH existantes qu'il faut renforcer ou ajuster
3. De déterminer les étapes successives permettant de passer de la pratique actuelle à la pratique souhaitée
4. D'identifier les pratiques à améliorer ou à négocier avec le(s) membre(s) de la famille[125]

Un exemple d'étape intermédiaire ou petite action faisable serait de passer de « ne se lave pas les mains après être allé aux toilettes » à « se lave les mains avec des cendres après être allé aux toilettes ». Même si le comportement ne correspond pas à la pratique « idéale », un grand nombre de ménages sont susceptibles de l'adopter car il est considéré comme « faisable » dans le contexte local. Si les ressources deviennent suffisantes, ces « Petites actions faisables et importantes » pourront jouer un rôle essentiel pour le changement des comportements[126].

© Arno Coerver, Malteser Interventional, 2015

Photo 2 : Exemple de « petite action faisable » pour le lavage des mains au Myanmar : le tippy-Tap

En perçant le fond d'une bouteille en plastique remplie d'eau munie d'un bouchon à visser. En dévissant le bouchon, on fait un appel d'air qui permet à l'eau de couler à un débit convenable. Après s'être lavé les mains, on revisse le bouchon pour arrêter l'eau de couler.

EN SAVOIR PLUS

- Plus d'informations sur l'approche des « Petites actions faisables » :
  http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Sol_681_014421.pdf

1.5. AMÉLIORATION DES PRATIQUES D'HYGIÈNE : LAVAGE DES MAINS AUX MOMENTS CRITIQUES

Lorsqu'il est exécuté correctement et aux moments critiques (voir encadré 9), le lavage des mains a un impact énorme sur la prévention de la diarrhée et des autres maladies transmises par voie oro-fécale. Pour se laver les mains convenablement il faut de l'eau, un produit nettoyant (savon ou cendres) et une phase de séchage (ou sinon un rinçage avec une solution alcoolique). Bien que le lavage des mains soit, de manière générale, toujours une bonne pratique, les nutritionnistes déconseillent de l'encourager systématiquement avant l'allaitement. Dans la mesure du possible, on cherche à éliminer les barrières à l'allaitement et le fait de rajouter une étape (lavage des mains) constitue une barrière qui ferait baisser la fréquence des tétées et la motivation des mères à pratiquer l'allaitement maternel exclusif.

Chaque ménage doit être équipé d'un dispositif pour se laver les mains (ou autre « tippy tap ») à proximité des latrines ou de l'endroit où l'on prépare les aliments. La présence de lave-mains augmente les chances qu'a un individu d'adopter le comportement souhaité, indépendamment de sa motivation ou de sa capacité à le faire. Selon une hypothèse récente, l'accès facile et commode à l'eau et au savon aux moments critiques est un déterminant comportemental clé du lavage de mains avec du savon chez les femmes et les enfants. Si une mère très occupée doit en plus aller chercher du savon avant de préparer le repas, ou si un enfant n'a pas d'accès direct à l'eau et au savon en sortant des latrines, la probabilité qu'ils se lavent les mains avec du savon est plus faible[127].

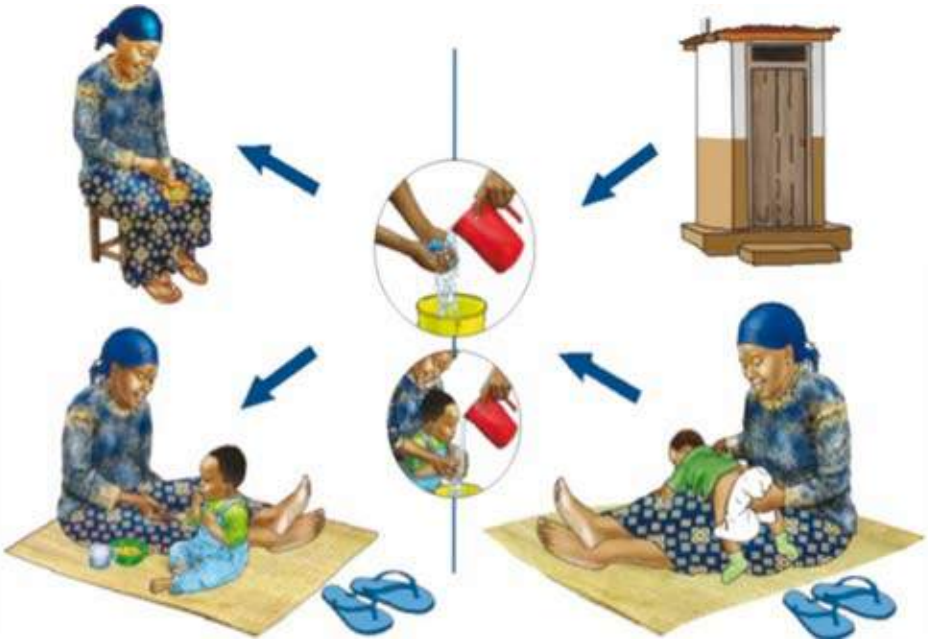
125 - WASHPlus (2014) "Integrating Safe Water, Sanitation, and Hygiene into Infant and Child Nutrition Programmes ; A Training and Resource Pack for Uganda"
126 - Ibid
127 - WSP (2010) "Insights from Designing a Hand washing Station for Rural Vietnamese Households"

ENCADRÉ 9 : LES CINQ MOMENTS CRITIQUES POUR SE LAVER LES MAINS AVEC DU SAVON

1. *Après avoir déféqué*
2. *Après avoir changé la couche d'un enfant / touché les excréments d'un enfant*
3. *Avant de préparer ou de cuisiner des aliments*
4. *Avant de manger*
5. *Avant de donner à manger à un enfant*

Plus d'informations sur le lavage de mains : http://www.globalhandwashing.org

FIGURE 19 : AFFICHE-CONSEIL ILLUSTRANT LES MOMENTS CRITIQUES POUR SE LAVER LES MAINS AVEC DU SAVON



Affiche-conseil illustrant les moments critiques pour se laver les mains avec du savon

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 5

Négocier l'amélioration des pratiques WASH et nutritionnelles avec les mères de nourrissons au Mali

Le programme WASHplus de l'USAID au Mali est un programme intégré WASH'Nutrition, il a été conçu comme tel dès le début. Les responsables du district du Ministère de la Santé ont identifié 180 communautés ayant un taux élevé de retard de croissance et un accès extrêmement limité aux installations sanitaires. En plus des interventions spécifiques à la nutrition, comme la prise en charge de la MAM, le programme WASHplus utilise l'approche des « Petites actions faisables » pour négocier l'amélioration des pratiques WASH et nutritionnelles avec les mères des nourrissons. Grâce à ses agents de santé communautaire, WASHplus promeut une série de « Petites actions faisables et importantes» intégrées qui vont dans le sens de l'amélioration des conditions sanitaires et nutritionnelles dans les ménages cibles : **lavage des mains avec du savon, gestion hygiénique des excréments, conservation et traitement de l'eau sans risques, allaitement maternel exclusif et alimentation complémentaire.** *Les agents de santé communautaire se servent de l'affiche-conseil (Figure 19) pour indiquer aux accompagnants les moments où il faut se laver les mains. Après 30 mois de mise en œuvre, les résultats du projet sont impressionnants :*

- *Plus de 9 500 latrines ont été construites ou restaurées par les ménages*
- *Presque 11 000 lave-mains ont été installés dans les ménages*
- *76 % des villages ciblés ne pratiquent plus la défécation à l'air libre*
- *Tous les mois, 20 000 à 30 000 pastilles de traitement d'eau sont achetées/distribuées dans les ménages ciblés*
- *Le nombre d'admissions dans les centres de santé de cas de sous-nutrition sévère avec complications provenant des villages ciblés a baissé de 40 %*

1.6. GESTION HYGIÉNIQUE DES EXCRÉMENTS DES ENFANTS

À ce jour, les programmes d'assainissement n'accordent pas suffisamment d'importance à la gestion hygiénique des excréments des enfants. La raison principale vient du fait que beaucoup de cultures considèrent que les excréments des nourrissons allaités ne sont pas dangereux, ou en tout cas moins que ceux des adultes car moins volumineux, moins odorants et ainsi de suite. Or, la prévalence de la diarrhée, des helminthes transmis par le sol et d'autres pathogènes est plus élevée chez les enfants, donc leurs excréments sont souvent plus dangereux pour la santé que ceux des adultes.[128] La plupart du temps, les latrines ne sont pas adaptées aux enfants, les plus jeunes ne peuvent donc pas les utiliser (de peur de tomber dedans, à cause de l'odeur, de la peur du noir, etc.)[129]. Dans les milieux défavorisés, puisque les couches, les pots et les machines à laver ne sont pas des produits courants, la défécation au sol est souvent considérée comme l'option la plus pratique jusqu'à ce que l'enfant sache se servir du pot. Par conséquent, les enfants utilisent peu les latrines et, même dans les ménages équipés de toilettes ou de latrines améliorées, les accompagnants rapportent des comportements à risque vis-à-vis de la gestion des excréments des enfants[130].

© Julia Rosenbaum, FHI360/WASHPlus project, 2015

Photo 3 : Une mère entraîne son enfant à utiliser le pot
Source : "WASH and Nutrition in Bangladesh"

Pour toutes ces raisons, il convient de traiter les excréments des enfants avec la même précaution que ceux des adultes : à l'aide d'une méthode d'évacuation hygiénique et sans risque. Les pots pour enfants sont des outils qui facilitent la gestion hygiénique des excréments des enfants. La gestion hygiénique signifie que les excréments :

- ne sont jamais en contact avec l'environnement domestique
- sont transportés grâce à un dispositif permettant de les évacuer facilement dans les latrines, sans contact direct avec les mains
- sont évacués dans une latrine améliorée

Les produits d'assainissement dédiés aux enfants doivent être faciles à nettoyer et il peut s'avérer nécessaire d'installer des équipements et du matériel supplémentaire afin de pouvoir laver l'enfant, évacuer hygiéniquement les eaux usées et faire en sorte que les accompagnants puissent se laver les mains[131]. L'amélioration des conditions d'assainissements des enfants de moins de 2 ans (période critique des 1000 jours) est essentielle pour réduire significativement les risques de DEE et de retard de croissance[132].

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 6

Évacuation sans risque des excréments des enfants au Bangladesh

*Le programme WASHplus a travaillé auprès des ménages et avec des partenaires pour mettre en œuvre, dans le sud-ouest du Bangladesh, un ensemble de « Petites actions faisables et importantes » pour la gestion hygiénique des excréments des enfants. Ces « Petites actions faisables et importantes» encouragent les mères à effectuer des actions précises pour veiller à ce que les excréments des enfants soient évacués dans les latrines. Le concept le plus parlant pour les mères était la « **Destination finale de la crotte** », afin de s'assurer que, quel que soit l'endroit où l'enfant défèque, ses excréments finissent toujours dans les latrines. Pour ce faire, il a fallu séparer les enfants en différents groupes en fonction de leur âge :*

- *Nourrisson (moins de 6 mois)*
- *Bébé à quatre pattes (6 à 12 mois)*
- *Tout-petit (1 à 3 ans)*
- *Jeune enfant (3 à 6 ans)*

Si on prend l'exemple du groupe « Bébé à quatre pattes », les mères sont encouragées à faire les choses suivantes : laisser l'enfant déféquer où il veut, utiliser ensuite une truelle/binette pour évacuer les excréments dans les latrines ; asseoir l'enfant sur le pot afin de le familiariser avec l'objet (même lorsqu'il n'est pas en train de déféquer).

128 - Brown et al. (2013) "Water, sanitation, hygiene and enteric infections in children"
129 - Ibid
130 - Programme Eau et Assainissement de la Banque Mondiale (2015) "Ensuring Safe Sanitation for Children"
131 - Molly K. Miller-Petrie et al. (2016) "Infant and Young Child Feces Management and Enabling Products for Their Hygienic Collection, Transport, and Dispo-sal in Cambodia"
132 - Share/UNICEF (2015) "The impact of poor sanitation on nutrition – policy brief"

1.7. TRAITEMENT ET BONNE CONSERVATION DE L'EAU À DOMICILE

L'amélioration de la qualité de l'eau sur le lieu de consommation ou d'utilisation (traitement de l'eau à domicile) a des effets positifs sur la protection des enfants contre les maladies hydriques, notamment contre les pathogènes responsables de la diarrhée. Les études montrent que l'effet protecteur contre les maladies diarrhéiques est bien plus efficace lorsqu'on traite l'eau à domicile plutôt qu'à la source (jusqu'à 40 % plus efficace)[133]. Afin d'éliminer les agents pathogènes et assurer une **qualité d'eau propre à la consommation** au point d'utilisation, plusieurs interventions simples, efficaces et relativement peu coûteuses peuvent être envisagées : la chloration, l'ébullition (pratique déconseillée dans les zones touchées par la déforestation), la désinfection solaire avec la chaleur et les rayons UV, la filtration via divers types de filtres, la combinaison coagulation/floculation chimiques et désinfection. Les systèmes de traitement d'eau à domicile ne sont pas tous efficaces pour éliminer les agents pathogènes et protéger la santé. L'OMS évalue régulièrement les performances des technologies de traitement d'eau à domicile, la liste de celles qui sont conformes aux normes OMS se trouve ici : *http://www.who.int/household_water/scheme/products/en/.*

La salubrité de l'eau doit faire l'objet d'un suivi régulier et rigoureux (p.ex. tester la présence de chlore libre résiduel en cas de chloration).

La contamination de l'eau se produit soit à la source, soit au domicile, soit pendant le trajet entre les deux. Une source d'eau non protégée, un récipient sale, des mains non lavées sont autant de sources de contamination qui peuvent facilement modifier la qualité de l'eau et la rendre impropre à la consommation (même si elle a l'air propre et qu'elle n'a pas de goût) provoquant ainsi des maladies. **Il est donc important de tenir compte de la chaîne de l'eau dans son intégralité lorsqu'on fait la promotion du traitement et de la bonne conservation de l'eau à domicile à des fins nutritionnelles :**

SOURCE →	PRÉLÈVEMENT ET TRANSPORT →	TRAITEMENT →	CONSERVATION →	UTILISATION
Les sources doivent être gérées avec précaution et être régulièrement entretenues. Il ne doit pas y avoir de risque de contamination : toilettes aux alentours, ruissellement d'eaux usées, animaux, chute d'objets au fond du puits.	L'eau potable doit être prélevée à l'aide de récipients propres, sans contact avec les mains. L'eau doit être transportée dans des récipients fermés.	Si la qualité de la source d'eau n'est pas sécurisée, il faut des équipements de traitement de l'eau à domicile. Une fois traitée, l'eau doit être conservée de façon à éviter la recontamination	L'eau doit être conservée à l'ombre, dans le domicile, dans des récipients propres, fermés et nettoyés régulièrement. L'eau potable doit être conservée à part, dans des récipients différents de ceux pour l'eau domestique, idéalement pas à même le sol pour éviter le contact avec les animaux.	Le service de l'eau potable doit se faire avec une louche ou une tasse de façon à éviter le contact avec les mains, les verres ou d'autres objets qui pourraient contaminer l'eau.

La **quantité** d'eau disponible et consommée par les ménages a une influence importante sur la santé des individus. Si les services ne permettent pas de subvenir aux besoins de base en terme de quantité minimum d'eau[134] en raison, par exemple, de distances ou de temps de trajet trop longs, alors il n'est pas possible d'assurer l'hygiène personnelle et domestique de base. En augmentant les capacités de stockage, avec des récupérateurs d'eau de pluie ou en raccordant les ménages aux réseaux d'eau, les individus disposent d'un plus grand volume d'eau ce qui se traduit non seulement par des bienfaits sur la santé mais également par des progrès dans d'autres domaines, comme le fait d'avoir plus de temps à consacrer aux enfants (soins, préparation de l'alimentation, activités productives comme l'éducation) et de limiter le temps que l'on perd à être malade.

133 - Brown et al. (2013) "Water, sanitation, hygiene and enteric infections in children"
134 - Consultez les normes OMS ou SPHERE pour les situations d'urgence

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 7

La purification de l'eau pour un mode de vie sain et l'amélioration du statut nutritionnel des enfants à Tando Muhammad Khan : un récit provenant de la mission ACF au Pakistan

Dans le petit village de Waliu Kolhi dans la province de Sindh dans le sud du Pakistan, Bahumal et sa famille savent que la salubrité de l'eau est essentielle pour lutter contre la sous-nutrition. Chez eux, ils utilisent depuis quelques mois une méthode remarquablement simple mais très innovante pour purifier leur eau potable. Bahumal a 30 ans, il est travailleur agricole et se souvient que les enfants de son village souffraient de la diarrhée en permanence. La maladie affaiblissait les enfants dont les corps perdaient rapidement leurs nutriments essentiels. Ce sont les bactéries et les microbes présents dans l'eau qui rendaient les gens malades. « Nous ne savions pas que l'eau que nous buvions était à l'origine des problèmes de diarrhée. » affirme Bahumal. Il devait régulièrement amener à l'hôpital les enfants des familles de Waliu Kolhi qui étaient en situation de sous-nutrition en raison de carences en micronutriments. Ces enfants ont immédiatement été orientés vers le Programme Thérapeutique Ambulatoire d'ACF de la région, où ils ont bénéficié d'un traitement qui leur a sauvé la vie.

En identifiant les communautés vulnérables à la sous-nutrition dans le district de Tando Muhammad Khan, une équipe ACF est passée par le village de Bahumal. Après avoir remarqué que l'eau consommée par les villageois provenait d'une source contaminée, les équipes WASH d'ACF ont présenté le « filtre Chuli » à Bahumal et aux autres villageois. Le filtre Chuli est un dispositif permettant, d'une part de chauffer de l'eau et ainsi de réduire la contamination bactérienne, et, d'autre part de faire cuire des aliments, ce qui permet d'économiser du combustible.

Bahumal et les autres ont appris à construire une spirale hélicoïdale réalisée en tubes de cuivre dans les parois extérieures des fours traditionnels en argile, plus connus sous l'appellation locale de «Chulah». L'eau circule dans les tubes depuis un réservoir vers les parois du Chulah, lequel remplit toujours sa fonction de four. L'eau est chauffée par la chaleur du four jusqu'à 70 °C (158 °F) et circule dans la spirale en cuivre. À cette température, les microbes et les bactéries pathogènes de l'eau sont inactivés. Une fois de l'autre côté du tuyau, l'eau qui sort du robinet est potable et ne présente plus de risques pour la santé.

Le filtre Chuli est un dispositif simple qui a radicalement changé la vie des enfants de Waliu Kolhi. « Nous avons appris à construire des filtres Chuli et désormais, il n'y a presque plus d'enfants touchés par la diarrhée dans le village » explique Bahumal. « Ils ne sont plus obligés de se rendre à l'hôpital fréquemment et n'ont plus besoin de traitement car ils ne sont plus en situation de sous-nutrition. »

En constatant l'efficacité et l'impact positif des filtres Chuli sur la santé et le statut nutritionnel des enfants du village, Bahumal a décidé de rejoindre le programme mis en œuvre par ACF et financé par ECHO dans les provinces de Sindh et KP. Bahumal a suivi des formations et fait désormais partie des bénévoles communautaires du district. Son rôle est de sensibiliser les villageois aux bienfaits nutritionnels liés à la consommation d'une eau potable et saine et de leur apprendre à utiliser les filtres Chuli.

1.8. ÉDUCATION À L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Il est bien connu que le moyen de prévention le plus rentable face aux maladies infectieuses est une bonne hygiène de vie. L'hygiène alimentaire à domicile joue un rôle vital pour la santé et la nutrition, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans parce qu'ils sont plus vulnérables aux aliments et à l'eau contaminés et aux complications médicales comme la diarrhée. Une étude menée au Vietnam a montré que si les aliments sont préparés ailleurs que sur la table à manger, le risque de diarrhée chez les enfants augmente considérablement. De plus, on observe des taux de sous-poids et de retard de croissance plus élevés chez les enfants dont les mères ne se lavent pas les mains aux moments critiques (notamment avant de préparer les aliments, de les manipuler ou de nourrir les enfants). Les interventions visant à améliorer les comportements d'hygiène alimentaire ont des effets positifs sur la santé et la nutrition. Ce type d'intervention doit cibler en priorité les mères/accompagnants qui occupent un rôle central dans la préparation et le service des aliments ainsi que dans l'alimentation des enfants[135].

135 - Hasan M (2015) "Food Hygiene Education (FHE) for the rural households in Bangladesh", Centre pour le développement de la recherche (ZEF), Université de Bonn

ENCADRÉ 10 : LES 5 CLÉS DE L'OMS POUR DES ALIMENTS PLUS SÛRS

Le document de l'OMS « 5 clés pour des aliments plus sûrs » décrit les actions que les familles devraient mettre en place au niveau de la cuisine pour préserver la salubrité des aliments. Ces actions sont particulièrement importantes pendant le sevrage de l'enfant :

1. *Prenez l'habitude de la propreté (surfaces de préparation, mains, ustensiles)*
2. *Séparez les aliments crus des aliments cuits*
3. *Faites bien cuire les aliments*
4. *Conservez les aliments à bonne température*
5. *Utilisez de l'eau et des produits sûrs*

Affiches « Cinq clés pour des aliments plus sûrs » disponibles en 87 langues :
http://www.who.int/foodsafety/areas_work/food-hygiene/5keys-poster/en/

Supports de formation sur l'hygiène alimentaire
https://foodhygiene2010.wordpress.com/category/categories/iectraining-materials/

L'hygiène alimentaire consiste à maintenir des bonnes conditions d'hygiène tout au long de la préparation, la transformation, le service et la conservation des aliments. **Les séances de démonstration pour la préparation des aliments** sont des bonnes méthodes pour expliquer le lien entre la nutrition et les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire. L'équipe du projet doit s'assurer que les endroits prévus pour ces séances de démonstration sont équipés de récipients propres pour la bonne conservation de l'eau potable (p.ex. seau avec couvercle et robinet qui minimise les risques de contamination en limitant le contact avec l'eau) ainsi que de dispositifs pour se laver les mains avec de l'eau et du savon. Les équipes de démonstrations doivent toujours se laver les mains devant les participants avant de démarrer la séance. Dans tous les documents et supports de promotion et de conseil, **le lavage des mains avec du savon** doit être l'étape préalable **(« étape zéro »)** à toute préparation d'aliments et/ou alimentation d'un enfant[136]. Cela implique de désigner un poste dédié au lavage des mains à proximité de l'endroit où l'on prépare les aliments et où l'on nourrit les enfants.

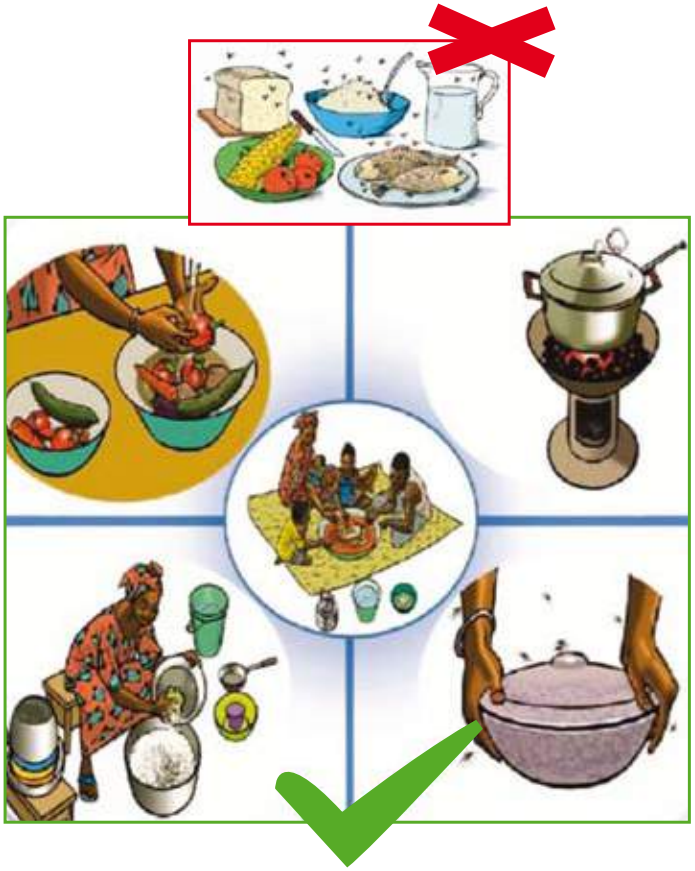
ENCADRÉ 11 : L'ALLAITEMENT MATERNEL, PRATIQUE HYGIÉNIQUE PAR EXCELLENCE

Le lait maternel est une substance hygiénique qui contient tous les aliments dont le nourrisson a besoin jusqu'à ses six mois. Tant que l'enfant est allaité « à la demande » et qu'il ne présente pas de problème physique pour téter, il bénéficiera de tous les nutriments dont il a besoin jusqu'à ses six mois, sans risquer le contact avec de l'eau ou des aliments contaminés (même si, on le sait, les jeunes enfants ont tendance à porter à la bouche beaucoup de choses qui présentent des risques – voir la partie sur le concept BabyWASH). De plus, même s'il faut donner de l'eau aux enfants après six mois, le lait maternel peut rester leur première source de liquide jusqu'à 12 mois, réduisant ainsi le risque d'infection provenant d'une eau contaminée pendant six mois de plus. D'autre part, le lait maternel ne coûte rien alors que les laits artificiels peuvent coûter cher.

Pour ces raisons, l'allaitement est l'une des «pratiques d'hygiène» les plus efficaces du kit d'outils WASH, surtout parce qu'il concerne la tranche de la population la plus vulnérable aux infections mortelles. De surcroît, l'allaitement maternel présente beaucoup d'avantages par rapport aux laits artificiels : l'enfant bénéficie d'une meilleure immunité (transmise de la mère à l'enfant) et d'une digestion plus facile (les protéines du lait maternel sont plus faciles à digérer que celles des laits artificiels ou des laits animaux qui ont tendance à irriter l'estomac ou les parois intestinales) ; la relation mère-enfant est plus intense. De plus, l'allaitement maternel favorise le rétablissement de l'utérus et retarde le retour de la fertilité après l'accouchement.

136 - USAID (2015) "WASH and Nutrition : Water and Development Strategy – Implementation Brief"

FIGURE 20 : AFFICHE UTILISÉE PAR ACF TCHAD POUR PROMOUVOIR LES BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE



- Se laver les mains avant de préparer la nourriture, de manger et de nourrir un enfant
- Nettoyer les surfaces où l'on prépare les aliments et les ustensiles avant et après utilisation
- Laver les fruits et légumes crus avec de l'eau propre et traitée pour éliminer les microbes et les insectes
- Préparer et conserver les viandes et les produits de la mer crus à part
- Bien faire cuire les aliments, en particulier le poulet, les œufs et les produits de la mer
- Faire réchauffer les aliments déjà cuisinés avant de les manger
- Chasser les animaux et les insectes, comme les mouches, de la cuisine et des aliments
- Conserver la nourriture pour les bébés à bonne température dans un lieu propre, éviter de leur donner des restes
- Conserver la nourriture couverte pour la protéger des mouches, de la poussière et de la saleté

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 8

Prévention de la MAM et éducation à l'hygiène alimentaire au Sénégal

Le PROCONU (Programme Communautaire de Nutrition) mis en œuvre par ACF au Sénégal vise à renforcer la prévention de la MAM à travers la combinaison de plusieurs activités de promotion de l'hygiène et de la nutrition au niveau de la communauté. Les mères d'enfants exposés au risque de la MAM, qui constituent le principal groupe cible du projet, bénéficient de formations sur la préparation de repas nutritifs à partir d'aliments disponibles sur les marchés locaux. Dans le cadre de cette intervention, les mères participent à des séances de démonstration culinaire associées à des enseignements sur les bonnes pratiques d'hygiène (hygiène alimentaire, préparation et conservation sûres des aliments, lavage des mains aux moments critiques, bonnes pratiques d'alimentation des enfants, hygiène à domicile, etc.). D'autre part, les « mères modèles », qui ont déjà adopté les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire chez elles et dont les enfants sont en bonne santé, sont impliquées dans les séances de démonstration culinaire pour aider à sensibiliser les autres mères. La formation dure 14 jours, après quoi plusieurs visites sont organisées chez les bénéficiaires pour vérifier l'application de ces bonnes pratiques d'hygiène alimentaire et, si besoin, apporter des ajustements.

1.9. REMISE D'ARTICLES WASH AUX MÉNAGES TOUCHÉS PAR LA SOUS-NUTRITION

La distribution et l'incitation à l'achat d'articles WASH (produits pour traiter l'eau, savon, lave-mains, etc.), pour les ménages/familles comptant des enfants souffrant de sous-nutrition, est une autre activité faisant partie de la stratégie intégrée WASH'Nutrition. Les bénéficiaires de ces activités devraient être les mêmes que ceux ciblés par les activités de nutrition dans l'optique d'assurer un paquet global santé-nutrition-hygiène pour les personnes les plus vulnérables. En plus d'aider les familles déjà touchées, la remise d'articles WASH aux ménages comptant des enfants de moins de cinq ans exposés à la sous-nutrition peut jouer un rôle préventif important.

Généralement, avant d'effectuer une distribution, il est préférable d'organiser des séances de sensibilisation à la qualité de l'eau de consommation et à la contamination fécale ainsi que des séances de démonstration sur le lavage des mains et le traitement de l'eau à domicile. Ces séances sont souvent organisées en présence d'agents de santé communautaire parlant la langue locale et s'appuient sur plusieurs types de supports visuels pour présenter correctement les principaux messages d'hygiène (p.ex. tableau de conférence ou boîte à images). Les kits WASH doivent être simples et composés d'articles disponibles sur les marchés locaux afin d'assurer la cohérence de l'intervention et faciliter l'approvisionnement (local et à des prix abordables) lorsqu'il faut renouveler les consommables.

Il convient de noter qu'en contexte de développement, la remise d'articles WASH n'est pas recommandée. On privilégiera plutôt les activités produisant des revenus, la production locale de savon et de chlore, le marketing social et autres activités similaires.

© Mission ACF au Burkina Faso, 2014

Photo 4 : Kits d'hygiène et de traitement de l'eau distribués aux familles comptant des enfants atteints de MAS dans la province de Tapoa au Burkina Faso

1.10. SUIVI DES CONDITIONS SANITAIRES DES MÉNAGES EN CAS DE RECHUTE DES PATIENTS TRAITÉS POUR LA MAS

Certains enfants qui sortent guéris des programmes de nutrition sont atteints de nouveaux épisodes de sous-nutrition aigüe relativement rapidement après leur décharge, on les appelle les cas de rechute. Plusieurs facteurs contribuent à la rechute des patients traités pour la MAS : le manque d'accès à des aliments nutritifs, les pratiques de soins inadéquates, l'accompagnant qui tombe malade, la forte prévalence des maladies infectieuses dans la communauté, etc. Les maladies liées aux mauvaises conditions sanitaires, comme la diarrhée à répétition, sont connues pour être des facteurs de risque de rechute. Devant un tel constat, dans les contextes à forte prévalence de malnutrition aigüe sévère, on peut organiser des visites périodiques au domicile des patients en situation de rechute après un traitement contre la MAS. L'objet de ces visites consiste à examiner les conditions sanitaires du ménage : l'accès à l'eau et à l'assainissement, les pratiques de traitement et de conservation de l'eau, l'utilisation et l'entretien des toilettes par les adultes et les enfants, l'hygiène générale au sein du ménage, les pratiques de lavage des mains des mères/accompagnants, etc. Elles ont également pour objet de déterminer s'il y a un lien entre les mauvaises conditions sanitaires du ménage et la rechute. Les équipes du projet peuvent utiliser ces informations pour ajuster leurs interventions WASH et identifier ce qui contribue à la dégradation du statut nutritionnel de l'enfant et qui augmente le risque de rechute.

De même que pour le cas de rechute de MAS, les études GEMS[137] recommandent le suivi et le contrôle des épisodes diarrhéiques. En changeant la façon de prodiguer les soins aux malades de la diarrhée, par l'allongement du suivi et du temps de rétablissement nutritionnel, on peut avoir un impact plus significatif sur la santé et la survie de l'enfant. Plus précisément, si l'on met en place une visite de suivi après le traitement initial, soit dans un centre de santé, soit à domicile, il est possible d'améliorer considérablement les résultats sur la santé[138].

MESSAGES CLÉS

L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION AU NIVEAU DES INDIVIDUS ET DES MÉNAGES

- Les interventions WASH au niveau des ménages visant à **sensibiliser les accompagnants aux bonnes pratiques d'hygiène et à éviter que les enfants n'ingèrent des aliments et de l'eau contaminés,** sont essentielles pour la prévention de la diarrhée, des nématodes et de la DEE dans le but d'obtenir de bons résultats en matière de nutrition.

- Les interventions WASH classiques ne s'attaquent pas aux vecteurs majeurs d'infections que sont les sols, les fientes de volaille et les aliments des nourrissons, elles ne se penchent pas assez sur la propreté de l'environnement de jeu et d'alimentation des enfants. L'objectif principal du concept **BabyWASH** est de limiter la transmission oro-fécale en évitant le contact entre enfants et vecteurs et les contacts main-bouche ; cela concerne à la fois les excréments humains mais aussi ceux des animaux. C'est une approche qui cible une tranche d'âge spécifique et **n'a pas vocation à remplacer les interventions WASH classiques, mais plutôt à les compléter en ciblant les très jeunes enfants.**

- **Les interventions de prévention et de lutte contre la DEE, surtout celles qui s'adressent aux bébés, sont essentielles pour lutter contre le retard de croissance.**

- Il existe plusieurs approches pour encourager les ménages à adopter de meilleures pratiques WASH, avec un minimum de ressources supplémentaires. Les interventions WASH et Nutrition peuvent être harmonisées et intégrées via des approches comme celle des **« Petites actions faisables et importantes »** ou celle de la **« Maison propre ».**

- Les comportements WASH nécessaires au niveau des ménages pour faire obstacle aux vecteurs de la transmission oro-fécale et prévenir les maladies sont : **se laver correctement les mains aux moments critiques ; utiliser les latrines de manière hygiénique ; évacuer les excréments des enfants de manière sûre ; traiter et conserver l'eau de manière sûre avant de la boire et adopter les bonnes pratiques d'hygiène alimentaire.** En améliorant ces comportements clés, les risques de sous-nutrition diminuent.

- **Le suivi et le contrôle des épisodes diarrhéiques et des cas de rechute de MAS** permettent d'aider les équipes WASH à se concentrer sur des problèmes spécifiques aux ménages, qui contribuent à la dégradation du statut nutritionnel de l'enfant.

137 - Global Enteric Multi-Centre Study (2014) http://medschool.umaryland.edu/GEMS/
138 - Ibid

2. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Marielle Labadens © ACF – Sénégal, 2015

Garantir l'accès à l'eau et à l'assainissement et faire la promotion des bonnes pratiques d'hygiène au niveau des communautés fait intégralement partie de l'approche visant à prévenir et traiter la sous-nutrition. Généralement, les programmes WASH et les programmes Nutrition ciblent les populations les plus vulnérables (communautés sans installations sanitaires ou sans accès à l'eau potable, régions à forte prévalence de retard de croissance/émaciation, zones d'extrême pauvreté à forte incidence de maladies transmissibles, etc.). Devant ce constat, ce sous-chapitre contient des suggestions sur la façon dont on peut coupler les programmes WASH et Nutrition lorsqu'ils ciblent les mêmes communautés. Il indique également les possibilités d'intégration systématique des projets WASH et Nutrition au niveau communautaire.

ENCADRÉ 12 : FAIRE LE LIEN ENTRE WASH ET NUTRITION LORS DE LA FOURNITURE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES GÉNÉRAUX

Les communautés ont accès à plusieurs types de services (santé, éducation, agriculture, etc.) proposés par différents organismes : pouvoirs publics, secteur privé, organisations humanitaires internationales. Ces services sont fournis par un ensemble d'employés et de bénévoles tels : que infirmières, agents de santé communautaire, pharmaciens, équipes d'accouchement, enseignants, agents pour le développement de la petite enfance, agents de vulgarisation agricole, agriculteurs modèles, leaders religieux (particulièrement important dans les cultures musulmanes en raison des multiples références coraniques à l'hygiène et à l'alimentation), vendeurs du secteur privé d'articles d'hygiène et de matériel de traitement de l'eau, des marchés alimentaires, etc. Tous jouent un rôle important dans l'amélioration des conditions sanitaires et nutritionnelles des communautés. Même si la plupart de ces acteurs ne sont pas des spécialistes WASH ou Nutrition, ils peuvent jouer un rôle ***essentiel dans la diffusion d'information et dans l'intégration des programmes.***

2.1. L'AMÉLIORATION DE LA NUTRITION PAR L'ACCÈS DES COMMUNAUTÉS À L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE

À l'échelle de la communauté, l'accès à l'eau potable en quantité suffisante, aux installations d'assainissement améliorées et la promotion de l'hygiène sont des aspects d'égale importance. L'association de ces éléments est nécessaire pour préserver la dignité des membres de la communauté, les protéger des maladies liées aux conditions sanitaires (diarrhée, paludisme, choléra) et ainsi améliorer les résultats en matière de santé et dans d'autres domaines. Il est désormais reconnu que l'accès aux services WASH permet de faire des progrès en matière d'éducation et de réduction des risques liés aux catastrophes, deux aspects centraux de la sécurité nutritionnelle[139].

Afin d'optimiser l'impact sur la nutrition des enfants et des femmes enceintes, il faut mettre en œuvre des programmes WASH complets et globaux au sein des communautés[140] et éliminer les barrières qui entravent **l'accès et la mise à l'échelle des services** et des comportements adéquats en matière d'eau-assainissement-hygiène :

- **EAU :** amélioration de l'accès et de la qualité de l'eau potable, construction et réhabilitation de points d'eau améliorés, développement de la capacité d'action des comités de gestion de l'eau, entretien et gestion financière des sources d'eau, promotion du traitement sur le lieu de consommation et de la bonne conservation de l'eau, établissement de Plans de Gestion de la Sécurité Sanitaire de l'Eau ou PGSSE, etc.
- **ASSAINISSEMENT :** susciter la demande en installations d'assainissement améliorées par des approches pilotées par la communauté et par le marketing de l'assainissement, construction et réhabilitation de latrines améliorées pour les membres de la communauté, etc.
- **HYGIÈNE :** promotion et séances de démonstration sur les bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains avec du savon, hygiène alimentaire, hygiène menstruelle, gestion hygiénique des excréments, gestion des déchets solides, etc.)

La plupart de ces activités WASH centrées sur les communautés peuvent être ajustées pour être sensibles à la nutrition. Par exemple, les comités, dont le rôle est d'assurer la bonne gestion des points d'eau, peuvent aussi être chargés de la maintenance des installations WASH dans les centres de santé et de nutrition. Le fait d'inclure un agent de santé dans le comité peut aider à aligner les initiatives WASH et Nutrition. Un autre exemple dans le domaine : fournir des informations aux communautés sur comment construire des infrastructures WASH à bas coûts en utilisant des ressources locales (lave-mains de type « tippy tap », latrines, égouttoirs à vaisselle, systèmes simples de récupérateurs d'eaux pluviales, utilisation des eaux grises pour la culture des légumes). Le même concept s'applique à la prévention de la contamination des sources d'eau ou au traitement de l'eau à la source pendant la saison des pluies et les pics de diarrhée[141].

Outre la modification des interventions WASH communautaires à des fins nutritionnelles, il existe de nombreuses possibilités permettant de coupler les activités WASH et Nutrition clés de façon intégrée, lorsqu'elles ciblent les mêmes communautés. Cela peut permettre d'économiser des ressources, de repérer les domaines qui se chevauchent (p.ex. discuter des pratiques d'hygiène alimentaire tout en faisant la promotion des aliments nutritifs et sains) et de renforcer les interventions en utilisant des méthodes de communication communes[142].

2.2. INTÉGRER DES ÉLÉMENTS WASH DANS LES ACTIVITÉS DE CONSEIL NUTRITIONNEL ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Le fait d'intégrer des activités WASH dans les activités de conseil nutritionnel et de promotion de la santé vise à réduire les taux de sous-nutrition dans les communautés cibles en luttant contre les causes sous-jacentes de la sous-nutrition : mauvaises pratiques de lavage des mains, mauvaise gestion des matières fécales, traitement et conservation de l'eau à domicile présentant des risques, etc.

NOTE

La promotion de la nutrition, de l'hygiène et de la santé ne consiste pas uniquement à faire passer des messages mais aussi à inciter les personnes ciblées à modifier leurs comportements.

Pour la communication auprès des communautés, les secteurs WASH et Nutrition s'appuient sur leurs membres influents (agents de santé communautaire, sages-femmes, équipes d'accouchement, bénévoles communautaires, etc.) pour diffuser les messages de santé et proposer des services associés. En effet, ils constituent généralement le premier point de contact avec les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de deux ans. Les activités WASH et Nutrition ciblent souvent

139 - ECHO, FAO (2014)
140 - Either already affected by high undernutrition rates or at risk of undernutrition (poor WASH conditions, persistent infectious diseases, etc.). See the section on geographical co-siting of WASH activities in nutritionally vulnerable areas
141 - Concern Worldwide (2014) "How to better link WASH and nutrition programmes"
142 - WHO/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene"

les mêmes bénéficiaires et ont des objectifs communs (p.ex. améliorer les connaissances et inciter à se laver les mains avec du savon aux moments critiques), mais la coordination et l'harmonisation sont souvent mal réalisées.

À ce sujet, le Tableau 11 fournit des exemples qui expliquent comment diffuser facilement des messages WASH aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants à travers des activités de conseil nutritionnel et de promotion de la santé, et comment harmoniser, entre secteurs, les messages à l'attention des mêmes communautés.

TABLEAU 11 : INTÉGRATION D'ÉLÉMENTS WASH DANS LES ACTIVITÉS DE CONSEIL NUTRITIONNEL ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

COMPORTEMENTS WASH LES PLUS PERTINENTS pour la nutrition et le conseil nutritionnel	COMMENT FAIRE ?	DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE
▸ Lavage des mains aux moments critiques ▸ Traitement de l'eau sur le lieu de consommation ▸ Utilisation hygiénique des latrines ▸ Gestion hygiénique des excréments des enfants ▸ Éducation à l'hygiène alimentaire	▸ **Les visites d'aide sociale de proximité centrées sur les communautés** et effectuées par les agents de santé sont des bonnes occasions de promouvoir les comportements WASH souhaités. Par exemple, le suivi de la croissance et la promotion de l'alimentation complémentaire et d'un régime alimentaire adéquat, peuvent être couplés à la promotion du lavage des mains avec du savon aux moments critiques, en incluant des séances de démonstration pour renforcer ces pratiques comportementales et mettre l'accent sur la consommation d'une eau potable sûre ainsi que sur la diversification du régime alimentaire. ▸ Au Burkina Faso par exemple, la mission ACF a lancé une campagne de prévention et de traitement de la diarrhée à base communautaire. Elle consistait à effectuer une TRO/zinc associée à des distributions de kits WASH et des actions de promotion de l'hygiène. **Les agents de santé communautaire, formés aux comportements WASH et Nutrition clés**, ont organisé une campagne globale de sensibilisation/communication dans les villages cibles afin de diffuser un message concernant le traitement et la prévention de la diarrhée par la TRO/zinc et sur l'importance d'adopter les bonnes pratiques d'hygiène (lavage des mains aux moments critiques, traitement de l'eau à domicile) en vue d'améliorer la santé et le bien-être des enfants. ▸ Les pratiques WASH et Nutrition souhaitables peuvent faire l'objet de démonstrations lors des séances de **consultations familiales**. Il est possible d'inclure le lavage des mains à tous les supports de promotion et de conseil en tant qu'étape préalable avant de préparer la nourriture, de manger ou de nourrir un enfant. ▸ Sachant que les individus sont plus enclins à exécuter et adopter un comportement si les personnes qu'ils respectent l'ont aussi adopté, on peut organiser la promotion des actions WASH sensibles à la nutrition pendant les **assemblées communautaires**, les réunions de clubs ou dans les marchés, les centres religieux et les écoles.	▸ Formation sur la promotion de la nutrition, de la santé et de l'hygiène : *https://www.humanitarianresponse.info/en/system/files/Nutrition%252CHygiene%2520%2520and%2520Health%2520Promotion%2520Training%2520Guide_%2520Training%2520for%2520Trainers.pdf* ▸ Guide ACF sur l'intégration des activités WASH et SMPS pour l'amélioration des projets d'aide humanitaire : *http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/integrating_wash_and_mhcp.pdf* ▸ Documents UNICEF sur le conseil en nutrition publiés en français et en anglais : *http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html*

2.3. ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ SUR LA GESTION HYGIÉNIQUE DES EXCRÉMENTS ET L'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE

L'engagement communautaire dans la prestation des services d'eau et d'assainissement est la composante clé permettant d'assurer la durabilité et la redevabilité des projets[143]. « L'engagement » désigne un panel d'activités et de démarches entreprises à différents degrés par divers acteurs permettant à la communauté d'agir par ses propres moyens. Cela va de la consultation publique à la participation active dans la conception et la mise en œuvre des projets[144]. Il existe plusieurs approches WASH encourageant l'engagement de la communauté, comme l'ATPC ou le PHAST (Transformation Participative de l'hygiène et de l'assainissement, voir Expérience de terrain 9), en vue d'améliorer les comportements en matière d'hygiène, de réduire la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies et d'améliorer les résultats en matière de nutrition et de santé.

NOTE

L'assainissement total désigne la fin de la défécation à l'air libre et le confinement hygiénique de 100 % des excréments humains (Cairncross, 2006). L'élimination de la défécation à l'air libre entraîne une diminution de 4 à 37 % du taux de retard de croissance en milieu rural et de 20 à 46 % en milieu urbain (Ejemot, et al., 2008).

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 9

Utilisation du modèle Care Group pour désigner les bénévoles chargés de communiquer les messages aux mères : un exemple de communication WASH'Nutrition intégrée au Mozambique

Le projet a été mené par Food for the Hungry/Mozambique (FH/M) en collaboration avec le Ministère de la Santé et avec le soutien technique des équipes du centre de service mondial de Food for the Hungry. Le projet s'est déroulé de 2005 à 2010 dans 7 districts de la province de Sofala dont la population s'élevait à 1,1 millions de personnes. FH/M a choisi cette région parce qu'elle présentait des taux de sous-nutrition élevés et que les interventions clés pour la survie de l'enfant y étaient peu nombreuses. La zone en question est presque exclusivement rurale, de nombreux villages sont très éloignés des structures de santé.

Avec l'aide des leaders communautaires, FH/M a premièrement identifié toutes les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de 24 mois dans la zone du projet (bénéficiaires du projet). Ces femmes ont ensuite été réparties en groupes de 12 ménages (géographiquement proches) puis chaque groupe a dû élire une Bénévole Care Group (BCG) chargée de promouvoir les comportements auprès des autres mères. Toutes les 2 semaines les 12 BCG se réunissaient auprès d'un responsable rémunéré du projet (appelé promoteur) qui leur transmettait un message ou une compétence concernant la survie de l'enfant et sa santé. À la suite de ces réunions, chaque BCG allait voir les 12 femmes enceintes/mères d'enfant de moins de 24 mois dont elle était responsable (des 12 ménages alentours) pour transmettre les messages et les compétences qu'elle avait apprises en utilisant un tableau de conférence avec des dessins pour illustrer la démarche et transmettre les messages de changement de comportement. Les réunions entre les BCG et ces femmes eurent lieu, soit en tête-à-tête lors de visites à domicile, soit en petits groupes dans leur zone de couverture (avec des visites à domicile supplémentaires pour celles n'ayant pas pu participer aux réunions en petits groupes). Les BCG ont véhiculé toute une série de messages pendant une période d'environ 2 ans. Dans la zone initiale de l'intervention, certains messages ont été transmis deux fois.

Les équipes locales et internationales de FH/M ont mis au point un ensemble de 24 messages que les BCG ont diffusé en vue de promouvoir la bonne nutrition (allaitement maternel exclusif, alimentation complémentaire, apport de compléments en vitamine A, apport de compléments en fer/acide folique pendant la grossesse et l'allaitement, vermifugation des enfants tous les 6 mois, etc.) et de prévenir et lutter contre les maladies diarrhéiques (promotion de l'eau potable sûre et du lavage des mains en tant qu'actions essentielles pour la nutrition, gestion hygiénique des excréments par la construction et l'utilisation de latrines, utilisation des SRO). Les comportements suivants, promus par le projet, ont tous vu leur exécution augmenter entre le début et la fin du projet :

- ***Nutrition améliorée** : allaitement maternel exclusif, alimentation complémentaire adéquate, ajout d'huile aux aliments de sevrage et ingestion d'aliments riches en vitamine A*
- ***Traitement de la diarrhée** : donner plus de liquides aux enfants touchés par la diarrhée, poursuivre l'alimentation d'un enfant touché par la diarrhée, savoir préparer une SRO correctement*
- ***Prévention de la diarrhée** : lavage des mains à domicile et traitement de l'eau sur le lieu de consommation*

Hormis le fait que les mères de la zone couverte par le projet ont progressivement amélioré leurs méthodes de traitement et de prévention de la diarrhée, les taux de sous-nutrition chez les enfants de 0 à 23 mois ont chuté considérablement et rapidement dans la zone couverte, et ce 4 fois plus vite que la diminution enregistrée chez les enfants de 0 à 59 mois dans le pays.

143 - WSUP (2013) "Getting communities engaged in water and sanitation projects : participatory design and consumer feedback"
144 - Ibid

L'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) est l'une des approches communautaires les plus répandues pour l'assainissement total. Sa mise en œuvre est une grande réussite dans plus de 21 pays[145]. L'objectif des programmes ATPC est d'*« éliminer la défécation à l'air libre au sein des communautés par la sensibilisation et l'emploi de solutions d'assainissement abordables »*.[146] Le concept s'appuie sur le constat suivant : l'assainissement durable ne peut être réalisé que s'il est piloté et mis en œuvre par la communauté elle-même. L'ATPC concerne tous les membres de la communauté (village) : hommes, femmes et enfants. Il ne sera efficace que si tous les membres de la communauté sont sensibilisés et comprennent les problèmes engendrés par la défécation à l'air libre. L'ATPC est composé de 4 étapes principales : le pré-déclenchement, le déclenchement, le post-déclenchement et la mise à l'échelle. Le processus de déclenchement vise à inculquer un sentiment de dégout et de honte qui incitera la communauté à agir immédiatement en arrêtant la défécation à l'air libre. On aide les participants à concevoir des latrines à bas coût et à prévoir un plan d'assainissement pour leur village, ils commencent alors à construire des latrines en utilisant les ressources et l'expertise disponibles localement[147].

L'approche ATPC est un bon moyen pour que la communauté comprenne collectivement que la défécation à l'air libre et l'assainissement inadéquat présentent des risques pour la santé des enfants (retard de croissance et entrave au développement cognitif). Ce constat est une autre source de motivation pour les familles qui les incitera à adopter les bonnes pratiques d'assainissement. De plus, l'ATPC peut servir de tremplin pour la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la communauté, comme l'hygiène et l'assainissement adéquats relatifs à la gestion des excréments des enfants et l'environnement immédiat de l'enfant.

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 10

Intégration de l'ATPC dans le « Programme de lutte contre la sous-nutrition aigüe et l'insécurité alimentaire dans deux quartiers de Madhya Pradesh » en Inde

Dans le cadre d'un projet portant sur la sécurité alimentaire, l'équipe du Deutsche Welthungerhilfe en Inde s'est aperçue qu'elle n'atteindrait pas les objectifs prévus à moins de s'attaquer à la défécation à l'air libre et aux autres problèmes relatifs aux conditions sanitaires des communautés cibles. Ils ont donc ***ajouté l'approche ATPC à leur programme PCMA*** *pour lutter plus efficacement contre la MAS (sans complications) et la MAM à grande échelle chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans. Relié au programme d'assainissement total dirigé par le gouvernement indien (campagne « Clean India »), ce projet a été mené en 2015 par le Jan Sahas Social Development Society et financé par Welthungerhilfe et ECHO. Voici quelques informations rapportées par les équipes au sujet de l'intégration de l'ATPC dans le programme PCMA :*

- *Au départ, un spécialiste ATPC a été recruté pour accompagner l'équipe du projet sur le terrain et participer à la formation des formateurs sur l'ATPC (agents de terrain et agents communautaires en nutrition). Le consultant a travaillé dans trois villages auprès des agents de terrain en organisant des réunions et des discussions au sein de la communauté. L'équipe a ensuite conduit l'ATPC avec l'appui et le feedback du consultant.*
- *Suite aux discussions initiales avec les communautés, la construction de toilettes dans les ménages a été identifiée comme l'une des mesures prioritaires ; le projet s'est donc concentré sur cet aspect. Certaines familles ont commencé à construire leurs toilettes par leurs propres moyens. D'autres ont demandé des conseils et des sources de financement pour les aider à le faire. Certaines familles ont également commencé à se laver les mains régulièrement et à arrêter de jeter leurs poubelles n'importe où. Dans le cadre du projet, des séances ont été organisées avec des groupes de mères et dans les écoles avec les enfants.*
- *L'équipe du projet a rencontré des difficultés à convaincre les communautés de ne pas déféquer à l'air libre. Certaines personnes présentaient des arguments tels que : « Nous allons déféquer très loin de nos maison et du coup les mouches ne peuvent pas revenir ». Dans certains villages, les gens étaient découragés par les efforts à fournir pour creuser en raison d'un sol trop dur et pierreux. Comme la région est sujette aux sécheresses, l'accès à l'eau a été l'un des défis les plus importants.*

Ceci est un bon exemple de l'utilisation de l'ATPC pour véhiculer des messages nutritionnels importants. Cependant, il faut encore déterminer quelles sont les étapes de l'ATPC que l'on peut rendre plus sensibles à la nutrition et quels nouveaux outils ou stratégies complémentaires sont nécessaires pour renforcer le couple WASH'Nutrition grâce à l'ATPC.

EN SAVOIR PLUS

- Plus d'informations sur les approches communautaires à l'ATPC :
  http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Field_Note_-_Community_Approaches_to_Total_Sanitation.pdf
- ATPC : Guide de formation des formateurs disponible en anglais, français et hindi :
  http://www.communityledtotalsanitation.org/resource/facilitating-hands-training-workshops-clts-trainers-training-guide

145 - Ibid
146 - UNICEF (2009) "Community approaches to total sanitation"
147 - Ibid

La méthode du Marketing de l'assainissement (Sanitation Marketing - SM) utilise les principes du marketing commercial pour accroître la demande et faciliter l'approvisionnement en produits d'assainissement amélioré, favorisant ainsi leur mise à l'échelle. Cette méthode cherche à mettre en place un système d'approvisionnement durable afin de faciliter l'accès des usagers aux produits et aux services d'assainissement améliorés[148]. Parmi les avantages du SM, on compte : la mise en place de mécanismes pour aider les familles à éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux installations d'assainissement améliorées et la prise en compte des préférences des usagers dans le développement des produits et des stratégies de communication. Le succès du marketing de l'assainissement repose sur la compréhension du marché cible et la bonne définition du « marketing mix » (les 5 P) : Produit, Prix, Place, Promotion et Personnes[149].

© Deutsche Welthungerhilfe, 2015

Photo 5 : Latrine construite dans le cadre d'une activité ATPC en Inde

EN SAVOIR PLUS

- Kit d'outils pour le Marketing de l'assainissement : *http://wsp.org/toolkit/toolkit-home*

L'Assainissement Total et Sanitation Marketing (ATSM) est la stratégie qui combine l'ATPC et le Marketing de l'assainissement. Cette approche permet d'ajouter une composante SM à l'ATPC dans les endroits où il a besoin d'être renforcé, et inversement. L'ATSM peut potentiellement favoriser la mise à l'échelle des installations d'assainissement améliorées dans les petits villages et les zones périurbaines. Il permet d'obtenir de meilleurs résultats par rapport à la mise en œuvre séparée des deux approches.

L'ATPC et le PHAST sont deux méthodes dont les limites sont connues : suivi insuffisant, doutes sur le taux d'utilisation à long terme, demande beaucoup de temps de la part des participants, risque d'exclure certains groupes et de créer des conflits au sein des communautés, faire honte ou dégouter les communautés lors de la phase de déclenchement, peut porter atteinte aux droits des bénéficiaires, etc. Néanmoins, elles ont démontré leur efficacité pour généraliser l'accès à l'assainissement amélioré à moindre coût, particulièrement dans les zones rurales. Dans des régions où les taux de sous-nutrition sont élevés, l'ATPC, le SM et le PHAST peuvent contribuer à lutter contre les causes sous-jacentes de la dégradation du statut nutritionnel et apporter bien d'autres avantages en matière de santé.

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 11

L'approche participative, source de changements majeurs dans le village de Karo Mallah du district de Badin : une histoire pakistanaise

Karo Mallah est un petit village d'environ 230 habitants répartis en 34 ménages. Il est situé dans le district de Badin qui fait partie de la province pakistanaise de Sindh. La province est actuellement victime d'une urgence alimentaire provoquée en partie par les inondations de 2010, 2011 et 2012 et par la sécheresse qui sévit désormais. L'accès limité à l'eau potable et aux installations d'assainissement et les mauvaises conditions d'hygiène sont des causes sous-jacentes connues de la sous-nutrition aigüe. Les habitants de Karo Mallah pratiquaient la défécation à l'air libre. Aucun ménage n'était équipé de latrine. Il n'y avait pas d'eau potable saine à disposition (les habitants buvaient de l'eau saumâtre qui présentait des risques importants pour leur santé en raison des maladies hydriques).

Une approche de type PHAST (Transformation Participative de l'hygiène et de l'assainissement) a été mise en œuvre dans le village sous la direction du Pakistan Emergency Food Security

148 - USAID (2010) "Application of Total Sanitation and Sanitation Marketing Approaches to USAID"
149 - Ibid

Alliance V (PEFSA V) et financée par l'ECHO. Reposant sur une méthode participative, cette approche incite à la participation active du groupe cible. Elle est particulièrement efficace pour les femmes qui sont généralement réticentes à l'idée d'exprimer leur point de vue en raison des barrières culturelles et sociales. La première étape de la méthode PHAST a consisté à organiser des discussions de groupe en vue d'identifier les problèmes de santé rencontrés par la communauté. Les habitants de Karo Mallah ont identifié la diarrhée comme étant une maladie fréquente. L'étape suivante a été de conduire une analyse du problème consistant à répertorier les points d'eau et dispositifs d'assainissement dans les villages respectifs, à discuter des bons et des mauvais comportements d'hygiène et à comprendre les voies de transmission des maladies. La communauté a identifié des problèmes à traiter en priorité : les maladies hydriques causées par un manque d'eau potable saine, la défécation à l'air libre et les pratiques d'hygiène inadéquates.

Pour les résoudre, la construction et la gestion de nouvelles installations matérielles ainsi que l'adoption de comportements individuels et collectifs plus sains ont été envisagés.

La communauté s'est décidée à construire des latrines à fosses en utilisant des matériaux disponibles localement. L'équipe WASH d'ACF a fourni son soutien technique pour envisager des solutions d'assainissement à bas coût. Comme la communauté ne pouvait pas assurer économiquement la construction de latrines dans les ménages, elle a décidé de construire des toilettes communales. ACF a fourni, pour deux Personnes Extrêmement Vulnérables (PEV) du village, les fondations complètes pour construire deux « latrines faciles ». Il a été demandé au reste des bénéficiaires de choisir (en moyenne) 6 éléments sur les 12 nécessaires pour construire une « latrine facile ». Un plan d'action communautaire a été préparé avec l'appui de la communauté pour gérer les nouvelles installations et inciter à changer les comportements. Dans cette optique, le Comité de Projet du Village a joué un rôle essentiel pour inciter les habitants à utiliser les installations, ce qui a largement contribué à l'amélioration des pratiques d'assainissement. Actuellement, tous les ménages utilisent les latrines communales, le taux d'utilisation est, en moyenne, de 3 ménages par latrine. Chaque latrine est équipée d'un dispositif lave-mains à proximité des toilettes. Les lave-mains ont été bricolés par la communauté avec des ressources locales. Certains ont utilisé des récipients en plastique, d'autres des vieux fûts en acier. Les ménages qui pouvaient se le permettre ont acheté du savon pour se laver les mains, les autres utilisaient uniquement de l'eau.

« Notre village a beaucoup changé. Nos maisons sont propres et nous utilisons les latrines, nos enfants sont en bonne santé et peuvent désormais aller régulièrement à l'école ». (M. Hassan)

2.4. LUTTER CONTRE LES VECTEURS DES MALADIES À DES FINS NUTRITIONNELLES

Les vecteurs sont des organismes vivants qui transportent des agents pathogènes capables de transmettre des maladies infectieuses d'un hôte (animal ou humain) à un autre[150]. Le moustique, par exemple, est un vecteur très connu de plusieurs maladies, notamment du paludisme. Il en existe d'autres comme les tiques, les mouches, les phlébotomes, les puces, les triatomes, etc[151].

NOTE

Selon les dernières estimations de l'OMS, le paludisme entraîne plus de 600 000 décès par an, la plupart étant des enfants de moins de 5 ans. Le paludisme est présent dans 97 pays dans le monde et représente un risque pour environ 3,4 milliards de personnes (OMS, 2014).

Les maladies à transmission vectorielle sont responsables de plus de 17 % des maladies infectieuses, et provoquent plus d'un million de décès chaque année[152]. Parmi les maladies infectieuses (dengue, fièvre jaune, leishmaniose, etc.), le paludisme est particulièrement important en raison de son influence démontrée sur la sous-nutrition. Il est donc vital de lutter contre le paludisme et de promouvoir sa prévention. Le paludisme et la sous-nutrition forment un cercle vicieux : *« les enfants en situation de malnutrition ont un système immunitaire défaillant, donc leur corps opposent moins de résistance aux maladies comme la paludisme. Et inversement, les enfants touchés par le paludisme ont plus de risques de devenir gravement malnutris*[153]. » Des études ont montré que les programmes de lutte contre le paludisme, s'ils sont menés seuls et sans prendre en compte la nutrition, peuvent ne pas aboutir aux effets escomptés sur la mortalité et la morbidité infantile[154]. La combinaison de tous ces facteurs fait qu'il convient d'apporter une réponse intégrée.

On estime que 42 % du fléau mondial que représente le paludisme pourrait être évité par une meilleure gestion des facteurs environnementaux, y compris les ressources en eau et les installations d'assainissement[155]. Par exemple, le fait

150 - OMS (2014) "Maladies à transmission vectorielle"
151 - Ibid
152 - Ibid
153 - Lewis S (2013) "Undernutrition and malaria: A vicious circle"
154 - Ehrhardt S et al. (2006) "Malaria, Anemia, and Malnutrition in African Children—Defining Intervention Priorities"
155 - OMS (2016) "Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks"

de réduire les populations de moustiques en éliminant les eaux stagnantes (mauvais drainage, réservoirs non couverts) est un facteur important pour réduire les cas de paludisme[156]. Les moustiques se reproduisent dans les flaques que l'on retrouve à proximité des habitations. En éliminant ce type de lieux de reproduction, on réduit le nombre de moustiques et donc le risque d'être victime du paludisme diminue.

Afin d'éliminer les sites de reproduction des moustiques, il est possible d'assécher les eaux stagnantes, de niveler le terrain, d'installer des gouttières et des canalisations et d'assurer la bonne gestion des installations d'eau[157].

NOTE

La période de soudure, lorsque la sous-nutrition atteint son niveau le plus élevé, coïncide généralement avec la saison des pluies. C'est aussi la période de reproduction des moustiques et le moment où le nombre de cas de paludisme augmente (Lewis S, 2013).

La gestion environnementale contre le paludisme comprend trois approches qui peuvent potentiellement limiter les contacts entre l'homme et les vecteurs pathogènes afin de préserver, de manière optimale, la santé des populations/communautés cibles (Tableau 12)[158].

TABLEAU 12 : DÉFINITIONS DE L'OMS DE LA GESTION ENVIRONNEMENTALE

	DÉFINITIONS	EXEMPLES
MODIFICATION ENVIRONNEMENTALE	Transformation durable ou permanente du terrain, de l'eau ou de la végétation pour éviter, limiter ou éliminer les habitats favorables à la reproduction des vecteurs ou des hôtes intermédiaires (maladies hydriques à transmission vectorielle) ou les conditions environnementales favorisant la transmission des maladies hydriques ou liées au manque d'hygiène	Nivellement, rebouchage, drainage, terrassement, habitations, évacuation des eaux urbaines
GESTION ENVIRONNEMENTALE	Changement environnemental temporaire qui crée des conditions défavorables à la reproduction des vecteurs et à la transmission des maladies	Variation du niveau de l'eau, modification de la vitesse d'écoulement, chasses d'eau, désherbage, modification de la salinité
MODIFICATION OU GESTION DE L'HABITAT OU DU COMPORTEMENT HUMAIN	Toute mesure visant à réduire les contacts entre l'homme et les vecteurs et/ou entre l'homme et les pathogènes	Moustiquaires, protection individuelle, écrans à insectes pour les maisons, lavoirs et bains propres et sains, latrines, traitement des eaux usées, approvisionnement en eau

Source : OMS (1982)

Le choix des méthodes de lutte anti-vectorielle doit dépendre des préférences de la population cible et du contexte local. Il est essentiel que la population connaisse les options possibles et participe activement au choix et à la mise en œuvre des activités de lutte anti-vectorielle adaptées à sa situation[159]. Une méthode convenable dans un contexte ne le sera pas forcément dans un autre. Dans certains cas, l'utilisation d'insecticides et de moustiquaires imprégnées sera la méthode privilégiée pour lutter contre le paludisme, dans d'autres, l'approche de gestion environnementale sera plus adaptée. Avant de s'investir dans des méthodes de lutte anti-vectorielle à l'échelle de la communauté, il faut demander aux agents de santé quelles sont les mesures qui ont le plus de chances de fonctionner dans le contexte local. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : l'espèce vectrice et son comportement, la compatibilité de la méthode de lutte anti-vectorielle avec la culture locale, son prix et son accessibilité financière à long terme, le besoin d'une expertise, etc[160]. L'expérience de terrain 12 montre comment la prévention du paludisme peut faire partie d'un programme de nutrition intégré.

156 - Ibid
157 - Markle WH, Fisher MA, Smego RA. (2007) "Understanding Global Health"
158 - OMS (2016) "Preventing disease through healthy environments : a global assessment of the burden of disease from environmental risks"
159 - OMS (1997) "Vector control Methods for use by individuals and communities"
160 - Ibid

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 12

Aborder à la fois la sous-nutrition et le paludisme comme des problèmes de santé publique au Nigéria

Médecins Sans Frontières (MSF) est l'un des organismes qui considère que la sous-nutrition et le paludisme sont des problèmes majeurs de santé publique. L'organisation a intégré la prévention et le traitement contre ces maladies dans les mesures de santé de base ciblant les femmes enceintes et les jeunes enfants. MSF utilise actuellement cette approche dans le nord du Nigéria. En 2012, un plan à grande échelle pour le traitement de la sous-nutrition a été organisé et mis en œuvre, mais il ne tenait pas compte des autres besoins en matière de santé, notamment concernant la prévention du paludisme et la vaccination. Le plan n'a pas tenu compte du fait qu'un enfant, bien que nourri correctement, court toujours le risque d'être victime du paludisme ou d'infections respiratoires. En août 2012, l'augmentation rapide des cas de paludisme a coïncidé avec un pic inhabituel d'admissions pour le traitement de la MAS. Plus de 70 % des enfants atteints de la MAS admis dans les services hospitaliers intensifs étaient atteints de paludisme, alors qu'en saison sèche, ce chiffre est inférieur à 10 %. Il est donc très probable que les crises de paludisme aient été à l'origine des cas de sous-nutrition chez les enfants vulnérables. Cette « combinaison fatale » entre paludisme et sous-nutrition confirme que la prévention et le traitement efficaces de la sous-nutrition passent par la lutte contre les maladies sous-jacentes.

En vue de réduire la mortalité infantile, MSF effectue systématiquement le dépistage et le traitement du paludisme et de la sous-nutrition ainsi que la vaccination contre d'autres maladies infantiles. Simultanément, pour améliorer l'impact des campagnes de prévention du paludisme, les équipes MSF distribuent des moustiquaires imprégnées d'insecticides (un moyen efficace de lutte contre le paludisme) en donnant la priorité aux femmes enceintes et aux enfants, les deux groupes les plus vulnérables.

2.5. FAIRE LE LIEN ENTRE WASH, NUTRITION ET AGRICULTURE

Il a déjà été démontré que l'augmentation de la production agricole à elle seule ne suffit pas à améliorer le statut nutritionnel des populations. Au cours des dernières décennies, beaucoup de pays africains ont connu la croissance économique sans pour autant constater un effet positif sur les indicateurs nutritionnels comme le taux de retards de croissance[161]. La raison est simple : il ne suffit pas d'avoir assez de nourriture pour assurer le bon statut nutritionnel d'une population. La bonne nutrition, c'est aussi des comportements alimentaires adéquats, des soins adaptés aux enfants ainsi qu'un accès suffisant et fiable à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène.

Les bonnes pratiques WASH sont indispensables aux bonnes pratiques agricoles (des semis à la période post-récolte) et le fait de les promouvoir dans les systèmes agricoles et alimentaires peut contribuer à améliorer la santé et le statut nutritionnel. **L'objectif qui consiste à améliorer l'environnement sanitaire « du champ à la fourchette »** permet de limiter l'exposition à l'eau et aux aliments contaminés en vue d'améliorer la nutrition et la santé[162]. Voici quelques exemples d'actions dont le but est de limiter l'ingestion d'agents pathogènes du fait de pratiques agricoles inadéquates : [163]

- **Veiller à ce que les eaux de ruissellement d'irrigation ne soient pas utilisées pour la consommation.** Les eaux d'irrigation peuvent être contaminées par des pathogènes provenant d'excréments animaux ou des substances toxiques provenant de pesticides ou d'autres traitements chimiques. Elles ne doivent jamais entrer en contact avec l'eau potable consommée par les ménages. Toutefois, **ces eaux d'écoulement peuvent être réutilisées pour des activités agricoles sensibles à la nutrition comme les jardins potagers.**
- **Adopter l'approche des services d'eau à usages multiples (en anglais : Multiple-Use water Services ou MUS).** L'approche des MUS consiste à optimiser la qualité et la disponibilité de l'eau au niveau de la communauté afin de subvenir aux besoins en eau des ménages et de l'agriculture ainsi que d'assurer une gestion durable des ressources en eau. La majeure partie de l'eau douce prélevée est utilisée par l'agriculture, mais il n'est pas rare de voir des réserves d'eau servir à la fois pour les besoins domestiques et pour l'agriculture (p.ex. boisson, potager et bétail). Généralement, les systèmes ne sont pas prévus ou gérés dans l'optique d'un usage multiple, ce qui entraîne des problèmes au niveau de la durabilité et de l'environnement, mais également des risques pour la santé humaine. Il existe plusieurs façons d'adapter l'approche MUS en y ajoutant des activités sectorielles pour de meilleurs résultats. Par exemple : 1) rajouter un paquet WASH complet avec assainissement et lavage des mains pour augmenter la quantité d'eau potable ; ou 2) délivrer des formations sur les pratiques horticoles améliorées et

161 - USAID (2013) "Water, Sanitation and Hygiene : Essential components for food security"
162 - USAID (2015) "WASH and Nutrition : WATER AND DEVELOPMENT STRATEGY- Implementation Brief"
163 - Adapté de : SOIL ecological sanitation in Haiti (2010) et ACF-US (2016)(2010) and ACF-US (2016)

faciliter l'approvisionnement du matériel pour les mettre en place (ou promouvoir d'autres utilisations productives de l'eau). Les MUS sont surtout adaptés aux régions où les ressources en eau sont limitées ou dans le cas où la communauté ne dispose que d'une seule source d'eau pour satisfaire tous ses besoins.

- **Limiter la contamination chimique.** Il existe plusieurs sortes de polluants chimiques pour les aliments : les engrais organiques et inorganiques, les pesticides et les fongicides. Les eaux d'irrigation véhiculent elles-aussi des contaminants (chimiques et biologiques). Si les produits chimiques ne sont pas utilisés et éliminés correctement, cela peut entraîner une hausse de la morbidité et de la mortalité, notamment chez les personnes dont le système immunitaire est déjà affaibli par une dégradation de leur statut nutritionnel et/ou leur santé.
- **Rassembler, composter et recycler de manière sûre les excréments humains pour les réutiliser dans l'agriculture.** Il existe des approches et des technologies à bas coût comme les toilettes Ecological Sanitation (EcoSan) qui permettent à la fois d'améliorer la santé publique (en fournissant un service d'assainissement de base), d'accroître la production agricole (en valorisant les excréments humains à travers le compostage et l'amendement) et de limiter la dégradation de l'environnement (pollution).
- **Installer des lave-mains et des toilettes dans les champs.** S'il n'est pas possible, d'un point de vue pratique, de respecter l'utilisation des toilettes dans les champs, il existe d'autres méthodes à promouvoir comme l'enfouissement ou la méthode du chat.
- **Communiquer sur les bonnes pratiques d'hygiène dans une optique de changement social et comportemental.** Par exemple inciter à se laver les mains après être allé aux toilettes et à ne pas manipuler les aliments quand on est malade.

ENCADRÉ 13 : LIMITER LA CONTAMINATION PAR LES EXCRÉMENTS D'ANIMAUX

Les bonnes pratiques sont aussi valables pour la gestion des animaux. Les interventions visant à clôturer les animaux et à éviter que les mains des enfants ne soient exposées aux bactéries fécales provenant de la terre ou de sols contaminés, sont tout aussi importantes, voire plus, que le lavage des mains et le traitement de l'eau. Une étude a révélé que, chez les enfants, la plupart des microbes transmis par voie oro-fécale provenaient de l'ingestion de terre ou de fientes de poules après un contact avec les mains (Ngure et al., 2013). Le fait que les enfants rampent et se trainent sur des surfaces contaminées par les excréments et les déjections animales est un comportement à risque.

La bonne gestion des excréments, en construisant par exemple des enclos pour les poules, limite les risques de contamination. Pour les animaux produisant du lait, l'hygiène du trayeur (se laver les mains avant et après la traite), du pis de l'animal, du récipient et du lait doit être respectée. Actuellement, les interventions WASH et Agriculture ne se penchent pas suffisament sur ces voies de transmission oro-fécales et sont inefficaces pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants de l'ingestion de pathogènes via la terre et les excréments, alors que ces enfants vivent là une période critique de leur développement et de leur croissance.

On notera que l'agriculture est une activité qui nécessite des efforts physiques qui peuvent affecter le statut de l'accompagnant. Les caractéristiques de ciblage visent généralement les accompagnants de premier plan (à savoir les mères) qui, dans certains contextes, travaillent dans les champs (p.ex. les femmes dans les rizières en Asie du Sud-Est). Il est important d'adresser également les messages aux accompagnants de second plan comme les grands frères/sœurs et les grands parents. Ceci est vrai pour l'agriculture, mais aussi pour tout autre type de main d'œuvre (p.ex. femmes travaillant à l'usine).

EN SAVOIR PLUS

- Plus d'information sur l'Assainissement Productif et ses liens avec la sécurité alimentaire : *http://www.susana.org/en/resources/wiki/factsheet-wg-5-food-security-and-productive-sanitation-systems#akvopedia*
- Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement, document expliquant comment traiter et réutiliser les excrétas et les eaux usées de manière sûre : *http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ssp-manual/en/*

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 13

Le projet NOURISH au Cambodge

Financé par USAID et le gouvernement américain à travers l'initiative Feed the Future, le projet NOURISH cherche à accélérer la baisse du taux de retard de croissance en s'attaquant directement aux facteurs de risque de la sous-nutrition chronique au Cambodge (pauvreté, accès insuffisant aux services de nutrition et à l'alimentation de qualité, environnement insalubre, pratiques et normes sociales allant à l'encontre du développement et de la croissance optimums de l'enfant). L'objectif du projet NOURISH est d'améliorer le statut nutritionnel et le bien-être des femmes et des enfants de 555 communautés rurales défavorisées des provinces de Battambang, Pursat et Siem Reap, par une action intégrée santé/nutrition, eau, assainissement et hygiène (WASH) et agriculture.

Le projet NOURISH se base sur 4 axes stratégiques :

1. **Améliorer les plateformes proposant des services communautaires pour une meilleure nutrition :** *Une des principales plateformes soutenues par le projet NOURISH est le programme communautaire de prévention du retard de croissance. Son rôle est d'établir des lieux fixes pour la promotion de la croissance de l'enfant avec des systèmes de référencement et de suivi des enfant malades et atteints de malnutrition sévère vers les systèmes existants d'aide sociale et de santé. Le projet soutient les Groupes de soutien à la santé des villages (Village Health Support Groups ou VHSG) afin qu'ils proposent des services nutritionnels de qualité et qu'ils établissent des liens solides avec les centres de santé. La collaboration avec le secteur agricole permet d'aborder la question des impératifs en matière de sécurité alimentaire et de promouvoir le changement social et comportemental à des fins nutritionnelles auprès d'une plus grande partie de la communauté.*

2. **Susciter la demande au niveau des pratiques, services et produits en matière de santé, d'eau-assainissement-hygiène et d'agriculture :** *Les Transferts Monétaires Conditionnels (TMC), les systèmes de coupons alimentaires, et la communication pour le changement social et comportemental (CCSC) fonctionnent pour susciter la demande de services, produits et pratiques éprouvés. Le TMC est un bon moyen de motiver les femmes à fréquenter les services de nutrition tout en contribuant à la lutte contre les contraintes liées à la pauvreté. L'assainissement total piloté par la communauté suscite la demande en produits sanitaires, et la distribution de coupons aide financièrement les ménages pauvres à acheter des aliments issus de l'agriculture (p.ex. légumes, poisson) et des produits sanitaires (p.ex. filtres pour l'eau, latrines, lave-mains).*

3. **Utiliser le secteur privé pour accroître l'offre en produits agricoles et sanitaires :** *Concernant l'offre, NOURISH travaille avec des petites et moyennes entreprises pour étendre le marché des produits agricoles et sanitaires. En faisant croître l'offre en fonction de la demande, on fait en sorte que les ménages et les communautés puissent avoir accès aux produits sanitaires et agricoles, ce qui contribue à améliorer la diversification alimentaire et les pratiques d'assainissement des ménages et des communautés.*

4. **Renforcer la capacité du gouvernement et de la société civile à intégrer la nutrition :** *NOURISH renforce la capacité de ses partenaires par le développement organisationnel, la formation et le plaidoyer dans les secteurs Nutrition, Agriculture, Assainissement et Hygiène. Le projet aide les leaders locaux à encourager les membres de la communauté à participer aux activités de nutrition et à se rendre dans les centres de nutrition. Il aide également à relayer les messages sur le changement social et comportemental.*

MESSAGES CLÉS

L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Afin d'optimiser l'impact sur la nutrition des enfants et des femmes enceintes, **il faut mettre en œuvre des programmes WASH couvrants au sein des communautés** et éliminer les barrières qui entravent **l'accès et la mise à l'échelle** des services et des comportements adéquats en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

- Il existe de **nombreuses possibilités permettant de coupler les activités WASH et Nutrition clés de façon intégrée, lorsqu'elles ciblent les mêmes communautés.** Cela peut permettre d'économiser des ressources, de repérer les domaines qui se chevauchent (p.ex. discuter des pratiques d'hygiène alimentaire tout en faisant la promotion des aliments nutritifs et sains) et de renforcer les interventions en utilisant des méthodes de communication communes.

- Cela signifie : harmoniser les messages WASH, Nutrition et Santé ; inclure différentes stratégies faisant appel à l'engagement communautaire (ATPC, PHAST, SM) dans les programmes de nutrition ; organiser, à l'échelle de la communauté, la prévention et la lutte contre les maladies à transmission vectorielle à des fins nutritionnelles, etc.

- Il a déjà été démontré que l'augmentation de la production agricole à elle seule, ne suffisait pas à améliorer le statut nutritionnel des populations. **Les bonnes pratiques WASH sont indispensables aux bonnes pratiques agricoles** (des semis à la période post-récolte) et leur promotion dans les systèmes agricoles et alimentaires contribue à l'amélioration de la santé et du statut nutritionnel.

- **Limiter la contamination par les excréments d'animaux** au niveau de la communauté est essentiel pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants de l'ingestion de pathogènes via la terre et les excréments.

- Parmi les acteurs clés à cibler et à impliquer dans les interventions communautaires WASH'Nutrition, on compte : les fournisseurs privés d'articles d'hygiène et de produits pour traiter l'eau à domicile, les chefs religieux, les associations d'agriculteurs, les infirmières, les agents de santé communautaire, les pharmaciens, les équipes d'accouchement, les enseignants, les agents pour le développement de la petite enfance, etc.

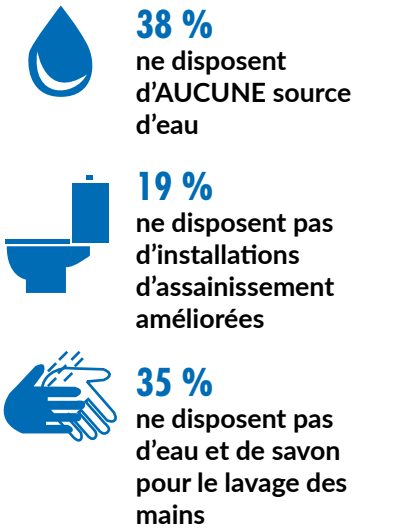
3. AU NIVEAU DES INSTITUTIONS (STRUCTURES DE SANTÉ & ÉCOLES)

Jovana Dodos © ACF - Sénégal, 2015

L'existence de services adéquats d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les structures de santé permet de prévenir les infections et la propagation des maladies, de protéger le personnel et les patients et de *« préserver la dignité des populations vulnérables, y compris les femmes enceintes et les personnes handicapées »*[164]. Si les structures de santé ne disposent pas de ces services, les conséquences sur la santé et la nutrition sont significatives. On estime que 15 % des patients hospitalisés contractent une ou plusieurs infections lors de leur séjour à l'hôpital. Les nouveau-nés sont particulièrement touchés, selon les estimations, la septicémie ainsi que d'autres infections sévères comptent parmi les principales causes de mortalité et entraînent 430 000 décès chaque année. Les risques de septicémie sont 34 fois supérieurs dans les structures défavorisées. L'absence d'accès à l'eau et à l'assainissement dans les structures de santé peut dissuader les femmes de venir y accoucher ou retarder le moment où les patients décident de venir se faire soigner[165].

Bien que cela soit vital pour la population, de nombreuses structures de santé défavorisées ne disposent d'aucun service WASH, ce qui compromet leur capacité à offrir des soins de qualité et entraîne des risques sérieux pour la santé des soignants comme pour celle des personnes qui viennent se faire soigner[166]. Devant ce constat, la stratégie WASH'Nutrition préconise la garantie d'un paquet minimum WASH (voir Chapitre 3) au niveau des centres de santé et de nutrition afin de protéger le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri » des infections et des facteurs pouvant dégrader la santé et le statut nutritionnel.

FIGURE 21 : COUVERTURE DES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ DANS LE MONDE



Source : OMS (2015) "Delivering quality, people-centred health care for all"

De plus, l'OMS et l'UNICEF ont établi un Plan d'action mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins qui vise à garantir que, *« d'ici 2030, tous les établissements de soins, quel que soit le contexte, soient dotés d'installations et de pratiques WASH adaptées, gérées correctement, durables et satisfaisant le personnel comme les patients en vue de fournir des soins de qualité, axés sur les personnes et avec une attention particulière portée aux besoins des femmes, des filles et des enfants*[167]*. »*

164 - OMS/UNICEF (2015) "L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire"
165 - Ibid
166 - OMS/UNICEF (2015) "L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire"
167 - OMS/UNICEF (2015) "Water, Sanitation and Hygiene (WASH) in Health Care Facilities Global Action Plan"

3.1. AMÉLIORATION DES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

L'accès à l'eau, l'assainissement et l'hygiène est critique pour offrir des services de santé et de nutrition de qualité. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les structures de santé manquent souvent des nécessités hygiéniques de base, d'une source d'eau sûre et fiable et d'un assainissement adéquat. Beaucoup de pays disposent de normes et de politiques lacunaires et n'ont pas assez de ressources humaines et financières pour assurer un environnement sanitaire adéquat dans leurs structures de santé[168]. Malgré cela, il est tout de même possible de mettre en œuvre des interventions peu coûteuses qui limitent les risques d'infection et conduisent à des résultats positifs sur la santé et la nutrition. Par exemple, en installant un dispositif pour se laver les mains avec de l'eau et du savon, on permet aux soignants de se laver les mains avant d'examiner les patients et avant de manipuler les aliments ou les médicaments. Si la structure n'est pas alimentée en eau courante, il est possible de mettre en place des systèmes de récupération d'eau de pluie ou des « tippy taps », solutions bricolées à partir de jerricans ou de récipients de récupération. De petits aménagements au niveau des latrines collectives, comme l'utilisation de cendres lorsqu'il n'y a pas de savon, sont autant de pas vers l'amélioration des services WASH dans les centres de santé et de nutrition[169]. Pour référence, consultez le Tableau 13 qui présente les normes de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les structures de santé. L'instauration et l'application de ces normes sont des mesures qui permettent de renforcer l'accès, d'améliorer les services et de préserver la santé du personnel et des patients. L'expérience de terrain 14 illustre l'expérience que possède ACF dans la mise en œuvre d'activités WASH au niveau des centres de santé en vue de garantir de meilleurs résultats nutritionnels chez les enfants hospitalisés pour cause de sous-nutrition.

Jovana Dodos © ACF – Sénégal, 2015

Photo 6 : Lieu de stockage pour déchets médicaux d'un centre santé ne disposant pas d'incinérateur

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 14

Amélioration des conditions WASH dans les centres nutritionels au Burkina Faso

Depuis juillet 2008, ACF met en œuvre un programme de prévention et de prise en charge de la sous-nutrition dans la province de Tapoa. Il vise à renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la sous-nutrition aigüe pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes. En accord avec sa stratégie WASH'Nutrition, ACF travaille sur l'amélioration des conditions sanitaires dans les centres de nutrition afin de réduire les risques d'infections nosocomiales chez les enfants hospitalisés. Les principales activités menées au sein des centres de santé et de nutrition incluent :

- *La fourniture de kits de traitement d'eau dans 30 centres de santé et Centres de Réhabilitation et d'Éducation Nutritionnelle (CREN), avec une formation pour leur utilisation*
- *La construction et réhabilitation de puits, latrines, lave-mains, lavoirs et douches*
- *La formation de 30 comités de gestion des points d'eau.*
- *L'organisation d'un cadre de concertation pour la gestion des points d'eau dans les structures de santé*
- *L'organisation d'un concours « CSPS Propre » (Centre de Santé et de Promotion Sociale) pour encourager et motiver les centres de santé à adopter les bonnes pratiques d'hygiène, à gérer et entretenir les points d'eau et les lave-mains de façon hygiénique ainsi qu'à nettoyer la cour et les salles de soins*

L'implication du personnel de santé dans le choix des options techniques (latrines, lave-mains, douches, traitement de l'eau, etc.) a été la clé pour assurer l'adéquation et la durabilité des interventions.

168 - OMS/UNICEF (2015) "L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaired"
169 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene"

TABLEAU 13 : NORMES DE L'OMS SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

ÉLÉMENT	RECOMMANDATION	EXPLICATION
QUANTITÉ D'EAU	5 - 400 litres/personne/jour	Les services ambulatoires nécessitent moins d'eau, tandis que les blocs opératoires et les salles d'accouchement en utilisent davantage. La limite supérieure concerne les centres d'isolement des patients atteints de fièvre hémorragique virale (par exemple Ebola).
ACCÈS À L'EAU	Points d'eau sur site	Des points d'eau devraient être disponibles dans toutes les salles de soins et dans les salles d'attente.
QUALITÉ DE L'EAU	0 Escherichia coli/pour 100 ml Présence de chlore résiduel Plans pour la sécurité sanitaire de l'eau	L'eau de boisson devrait être conforme aux normes énoncées dans les directives sur la qualité pour l'eau de boisson adoptées par l'OMS pour les aspects microbiens, chimiques et physiques. Les établissements devraient adopter une approche de gestion des risques afin de veiller à la sécurité sanitaire de l'eau de boisson.
NOMBRE D'INSTALLATIONS D'ASSAINISSEMENT	1 toilette pour 20 utilisateurs dans les services hospitaliers Au moins 4 toilettes par service de consultations externes Toilettes distinctes pour les patients et le personnel	Les toilettes devraient être présentes en nombre suffisant pour les patients, le personnel et les visiteurs.
ACCÈS À L'ASSAINISSEMENT	Installations sur site	Les installations d'assainissement devraient se situer à l'intérieur de l'établissement et être accessibles à toutes les catégories d'utilisateurs (femmes, hommes et personnes en situation de handicap).
QUALITÉ DE L'ASSAINISSEMENT	Approprié aux ressources financières et techniques disponibles localement, sûr, propre, accessible à tous les utilisateurs, y compris ceux à mobilité réduite	Les toilettes devraient être construites selon des spécifications techniques de façon à assurer une gestion hygiénique des excréments.
HYGIÈNE	Un point d'eau fiable avec du savon, ou des produits de nettoyage des mains à base d'alcool, disponible dans toutes les salles de traitement, dans les salles d'attente et à proximité des latrines, pour les patients et le personnel	De l'eau et du savon (ou des produits de nettoyage des mains à base d'alcool) devraient être disponibles dans toutes les zones les plus fréquentées de l'établissement afin de promouvoir des pratiques sûres d'hygiène des mains.

Voici quelques **éléments essentiels pour l'entretien des services :**

- Produits de chloration pour la potabilisation de l'eau (turbidité < 10 NTU et taux de chlore libre résiduel (CLR) ≥ 0,5 mg/l), pour le lavage des mains (taux de CLR ≥ 50 mg/l), pour la désinfection des surfaces, du matériel, des outils et des latrines (taux de CLR ≥ 0,5 g/l)
- Outils et consommables pour mesurer la qualité de l'eau (turbidimètre, kit de test piscine et pastille de rouge phénol pour mesurer le pH et DPD1 pour le CLR)
- Matériel pour le nettoyage et la désinfection (pulvérisateurs, éponges, chiffons et balais)
- Un stock de réserve pour réparer et remplacer les équipements (joints de robinets, seaux)

EN SAVOIR PLUS

- Document OMS : L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249610/1/9789242508475-fre.pdf*
- Manuel UNICEF sur la conception et la construction d'installations d'eau et d'assainissement dans les centres de santé : *http://www.unicef.org/wash/schools/files/WASH_in_Health_Facilities_-_Design_Manual.pdf*

3.2. CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

© ACF – Pakistan, 2016

Photo 7 : Un personnel du programme dirige une session d'hygiène personnelle au centre de santé

Les centres de nutrition et de santé sont des endroits propices pour organiser des interventions intégrées et atteindre les mères/accompagnants et leurs enfants de façon régulière. Beaucoup de services de santé courants, comme le conseil nutritionnel, les soins prénatals et le suivi de croissance nécessitent plusieurs visites régulières dans une structure de santé. Ces visites sont l'occasion de véhiculer des messages sur la nutrition et l'eau, l'assainissement et l'hygiène auprès des mères/accompagnants, mais également de promouvoir les comportements souhaités pour la prévention de la sous-nutrition. Les agents de santé communautaire, les bénévoles des soins de santé ou tout autre personnel de santé formé, peuvent profiter du temps d'attente (rendez-vous médical ou remise de médicaments) pour effectuer des démonstrations sur le lavage des mains et le traitement de l'eau[170]. Ils pourront aussi aborder les sujets tels que la contamination fécale, la préparation saine des aliments ou l'amélioration des conditions sanitaires à domicile avec les mères/accompagnants pendant les bilans de santé de routine, les visites d'enfants malades, les jours de vaccination, etc.

Il est aussi possible d'organiser des activités intégrées dans les programmes de prise en charge hospitalière ou ambulatoire de la MAM et la MAS. Par exemple, lors des distributions hebdomadaires d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) on peut organiser des séances de promotion de l'hygiène auprès des mères/accompagnants. Ce sont des moments propices pour inciter à adopter les bonnes pratiques de soin et d'hygiène permettant de limiter les cas de rechute et les risques de maladies liées aux conditions sanitaires pendant la prise en charge. Ces séances peuvent inclure des activités telles que des démonstrations sur le traitement de l'eau et des discussions de groupe sur différents sujets pertinents (Encadré 14).

Il convient de noter que les séances de promotion de l'hygiène sont généralement accompagnées d'une distribution de kits WASH. Si cela est réalisable logistiquement parlant, on peut organiser des visites à domicile pendant et juste après le traitement nutritionnel pour faire un rappel sur les messages d'hygiène et sur l'utilisation du kit WASH.

170 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene"

ENCADRÉ 14 : PRINCIPAUX MESSAGES UTILISÉS PAR LA MISSION ACF-TCHAD LORS DES SÉANCES HEBDOMADAIRES DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE DANS LES CENTRES DE SANTÉ

1. Aménagez un espace de jeu dédié aux enfants pour qu'ils évitent d'ingérer de la terre ou des excréments d'animaux
2. Lavez régulièrement vos enfants avec du savon (mains, visage)
3. Évacuez de façon hygiénique les excréments de vos enfants dans une latrine ou en les enfouissant dans un trou
4. Lavez-vous les mains avec du savon après avoir déféqué, après être allé aux toilettes ou avoir été en contact avec des excréments humains ou animaux, avant de préparer/servir des aliments et avant de nourrir votre enfant
5. Conservez l'eau potable dans un récipient fermé, en hauteur et hors de portée des animaux
6. L'eau que l'on donne à boire aux enfants de plus de 6 mois doit être traitée à l'aide d'un système de traitement à domicile adéquat
7. DIvers messages relatifs aux bonnes pratiques d'hygiène alimentaire (préparation et conservation sans risque des aliments, nettoyage des ustensiles de cuisine et de la cuisine, etc.)

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 15

Amélioration de l'hygiène à des fins nutritionnelles et sanitaires - Promotion de l'hygiène dans le cadre du programme de vaccination de routine au Népal

Ce projet a été lancé en 2014 par WaterAid et le Ministère de la Santé et de la Population du Népal (département Santé infantile) afin de mettre en place une intervention de promotion de l'hygiène à l'échelle nationale dans le cadre du programme de vaccination. Le pilotage se déroule actuellement dans quatre districts (Bardiya, Jajarkot, Myagdi et Nawalparasi) auprès de 35 000 mères/accompagnants ayant des enfants de 0 à 12 mois, avec la participation de 1200 agents de santé et 2200 femmes agents de santé communautaire bénévoles. Le pilotage a été conçu pour définir, tester et mettre en œuvre un paquet de promotion de l'hygiène simple et évolutif qui pourra être proposé durablement par le système de santé népalais. En général, les approches traditionnelles de l'éducation à l'hygiène s'adressent aux écoles et aux communautés, ici, l'intervention sera organisée dans les cliniques de vaccination. Les nourrissons népalais et leurs mères/accompagnants doivent se rendre au moins cinq fois dans un centre de vaccination lors de la première année de l'enfant pour obtenir une couverture vaccinale complète. Le principe de l'intervention est basé sur la mise à profit du temps d'attente dans les cliniques en fournissant aux mères/accompagnants des outils et des compétences qui leur permettront de protéger la santé de leurs enfants. L'intervention part de l'hypothèse selon laquelle les mères/accompagnants sont plus « réceptifs » aux messages de santé quand ils sont dans une clinique que lorsqu'ils sont dans leur communauté. Les sessions de vaccination constituent donc un « point de rencontre » plus régulier qu'en temps normal, entre les mères/accompagnants et le personnel de santé.

Les interventions de promotion de l'hygiène sont menées par des femmes agents de santé communautaire bénévoles qui délivrent des soins de base et des conseils d'hygiène au sein de leur communauté. En temps normal, ces bénévoles proposent leur aide aux cliniques de vaccination en plus de leurs occupations habituelles. Dans le cadre du projet, elles endossent un rôle officiel consistant à diriger des séances mensuelles de promotion de l'hygiène, avant chaque session de vaccination, à l'aide d'un paquet pour la promotion de l'hygiène au caractère innovant et créatif.

Ce paquet va au-delà de l'incitation à se laver les mains avec du savon et à utiliser les toilettes. Il vise également à promouvoir des comportements concernant la nutrition comme l'allaitement maternel exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant, l'incitation à bien faire cuire et réchauffer les aliments et le traitement de l'eau et/ou du lait. Le projet a mis au point un slogan de campagne : « Famille Propre, Famille Heureuse ». L'idée derrière ce slogan est de motiver les familles à atteindre un objectif : la « famille modèle », en participant aux cinq sessions de vaccination et en exécutant les cinq comportements promus. Le kit d'outils inclut un ensemble de méthodes innovantes, créatives et simples : aides à la promotion et à la démonstration (adaptées au niveau d'alphabétisation des femmes bénévoles et des mères/accompagnants avec des illustrations parlantes et des sons locaux), jeux, récits d'histoires, rituels pour le lavage des mains, concours, prise d'engagements, certificats pour les mères/accompagnants ayant terminé le programme. D'autre part, les mères/accompagnants repartent avec des rappels visuels de façon à se souvenir d'exécuter les comportements au quotidien (éventail pour allumer le feu et chasser les mouches et bavoir pour l'alimentation des enfants). La plupart des outils et des techniques de démonstration ont été élaborés en fonction de ressorts émotionnels qui changent selon les contextes.

Un des éléments cruciaux du programme consiste à faire en sorte que les femmes bénévoles restent motivées et impliquées. L'accent a donc été mis sur le renforcement des compétences des femmes bénévoles par la formation, le renforcement du respect envers les femmes bénévoles, la fourniture d'outils attirants et plaisants et la rémunération des femmes bénévoles en fonction des activités dirigées et d'après les normes officielles.

S'il s'avère efficace, ce système sera généralisé à tout le pays en même temps que l'ajout du vaccin contre les rotavirus dans le programme de vaccination.

Pour en savoir plus sur le projet : http://www.wateraid.org/policy-practice-and-advocacy/hygiene-promotion-through-immunisation

3.3. DISTRIBUTION DE KITS WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

Le but des distributions de kits WASH est de permettre aux mères/accompagnants d'exécuter, à domicile, les bonnes pratiques d'hygiène pendant et après le traitement de leurs enfants malades en leur donnant accès à une source d'eau sûre (voir aussi le Chapitre 3 sur le paquet minimum WASH en complément du traitement de la MAS).

La remise des kits WASH doit se faire au début de la prise en charge (admission), en complément du traitement, plutôt qu'à la sortie (décharge), comme une récompense ou une motivation contre l'abandon. Idéalement, les kits WASH sont mis à disposition dans les structures de santé. Ils sont remis (par le personnel de santé/nutrition) avec la première ration d'ATPE ou renouvelés lors de la deuxième visite. Le volume de ces distributions est généralement de petite taille et facile à gérer, comparé aux distributions en situation d'urgence. Le contenu doit être simple, composé d'articles abordables et disponibles localement (p.ex. 500 g de savon pour lavage de mains, 1 jerrican pour transporter l'eau et le matériel nécessaire pour traiter l'eau à domicile pendant au moins 2 mois)[171]. Voici d'autres conseils pour vous aider à **déterminer le contenu du kit :**

- Il doit être léger, simple, peu coûteux, axé prioritairement sur le savon et le traitement/stockage de l'eau ,et contenir une documentation sur les pratiques d'hygiène (prospectus, fascicule).
- Renseignez-vous auprès des équipes de nutrition sur la durée (de 8 à 10 semaines en moyenne) d'une prise en charge pour estimer la quantité de consommables nécessaires. Normes SPHERE pour le savon :
  250 g/mois/pers. pour l'hygiène personnelle et 200 g/mois/pers. pour la lessive.
- Les produits pour le traitement de l'eau à domicile seront probablement utilisés par toute la famille, en effet, il est presque impossible (et peu pratique) de ne préparer de l'eau que pour l'enfant malade. En fonction des consommations moyennes (p.ex. 3 litres/jour/pers. pour la consommation/cuisson, soit environ 20 litres/jour/ménage), calculer la quantité de produits nécessaires pour la durée de la prise en charge (p.ex. 60 Aquatabs de 67 mg pour 2 mois de traitement).

Jovana Dodos © ACF – Sénégal, 2015

Photo 8 : Kit pour l'hygiène et le traitement de l'eau remis aux mères/accompagnants d'enfants admis dans le programme thérapeutique ambulatoire de prise en charge de la MAS dans la région de Matam au Sénégal

- Si les ménages n'ont pas le matériel adéquat pour conserver ou transporter l'eau, penser à inclure des récipients.
- Dans les régions à haut risque de paludisme, les moustiquaires sont fortement recommandées pour les enfants malades.
- Certains prestataires peuvent fournir des articles en nature (récipients, moustiquaires). On peut envisager des systèmes de coupons ou de transferts monétaires pour les articles de base comme le savon, les seaux ou l'eau de javel, s'ils sont disponibles sur les marchés locaux.

Quelques recommandations clés et retours d'expérience concernant la distribution des kits WASH :

- Si les ATPE sont remis au moment du dépistage, il peut s'avérer utile d'attendre la deuxième visite pour remettre le kit WASH et ainsi éviter les plaintes des parents dont l'enfant n'a pas été admis au programme.
- La remise du kit doit s'accompagner d'une véritable sensibilisation et d'une formation sur l'utilisation adéquate du kit. Il est nécessaire d'expliquer en détail les raisons et l'objectif du kit et de travailler en coordination avec le personnel de santé. Les centres doivent afficher des informations/messages gratuits qui serviront de support pour la formation des bénéficiaires à l'utilisation du kit WASH.

171 - Groupe Régional WASH Afrique de l'Ouest et Centrale (2015) "WASH in Nut" Stratégie pour le Sahel

- Former les agents de santé sur les messages de sensibilisation à communiquer lors de la remise des kits WASH : traitement de l'eau à domicile, moments critiques pour se laver les mains, etc.
- Prendre en compte la distance, le trajet et la facilité de transport. Recommander des kits légers avec uniquement du savon et des produits pour le traitement de l'eau, qui sont faciles à transporter. Si les bénéficiaires parcourent de longues distances pour se rendre dans la structure de santé et que les kits contiennent des seaux et d'autres articles, en plus des ATPE, il faut alors envisager de rapprocher le site de distribution des ménages.
- Effectuer le suivi de la distribution, à l'aide de liste de bénéficiaires et d'un suivi post-distribution. Idéalement, pour ne pas avoir plusieurs listes et éviter les doublons et les risques d'erreur, les bénéficiaires de kits WASH doivent figurer dans la liste des bénéficiaires d'ATPE/services nutritionnels.
- Le suivi des concentrations de chlore dans l'eau des ménages peut être intégré au suivi de l'alimentation thérapeutique, dans l'optique de réduire les coûts opérationnels. Suivre de près l'intérêt porté au paquet WASH qui peut attirer l'attention des populations d'autres zones de couverture.
- Inclure systématiquement le suivi des articles du kit pendant les visites à domicile (vérifier que les articles sont utilisés correctement).
- Essayer d'inclure le kit WASH dans la liste des « produits » pour le traitement de la MAS afin qu'il n'y ait qu'une chaîne de commande, d'approvisionnement, de transport et de distribution. La chaîne sera gérée par le personnel de santé responsable de la prise en charge de la MAS.

3.4. WASH ET NUTRITION DANS LES ÉCOLES

Les écoles sont des institutions communautaires permanentes et respectées. Elles sont très importantes car les enfants y jouent, grandissent, apprennent et acquièrent des compétences essentielles pour leur avenir. En faisant la promotion des bonnes habitudes sanitaires en milieu scolaire, on améliore la santé des enfants qui pourront ainsi profiter pleinement de leur éducation. De plus, les interventions de santé en milieu scolaire s'adressent à tous les enfants, quelle que soit leur appartenance sociale, ce qui contribue à la réduction des inégalités en donnant à tous les mêmes chances d'avoir une vie saine et productive[172].

NOTE

Certaines expériences de terrain montrent que les distributions de kits WASH dans les structures de santé augmentent le nombre de personnes se présentant pour le dépistage. Par conséquent, plus d'enfants souffrant de la MAS seront pris en charge dans les programmes nutritionnels. Mais il faut faire attention aux « fausses » demandes d'admission motivées uniquement par l'obtention du kit. Devant ce constat, il est très important de se pencher sur les potentiels effets indésirables des activités de distribution ; dans certains contextes il est préférable de ne pas en organiser.

Les programmes en milieu scolaire ciblent les enfants de plus de cinq ans, cette tranche d'âge ne fait pas partie du groupe principalement ciblé par la stratégie WASH'Nutrition et ses interventions. Cependant, **en ciblant les enfants d'âge scolaire, particulièrement les jeunes adolescentes qui deviendront des mères, cela permet de travailler sur la prévention de la sous-nutrition à long terme.** Les interventions WASH et Nutrition qui s'adressent aux adolescents leur permettent d'acquérir des habitudes sanitaires qu'ils garderont à l'âge adulte. Notons que les enfants d'âge scolaire peuvent très bien devenir des agents du changement : plusieurs études rapportent que les communautés commencent à construire des latrines à la suite des programmes de sensibilisation menés dans les écoles[173].

Il existe plusieurs types d'interventions WASH en milieu scolaire qui permettent d'avoir un impact positif sur le statut nutritionnel de l'enfant :

1) L'APPROCHE « FIT FOR SCHOOL » : UN PROGRAMME À GRANDE ÉCHELLE, INTÉGRÉ, RENTABLE, EFFICACE ET FONDÉ SUR DES PREUVES QUI FAIT LE LIEN ENTRE LES SECTEURS

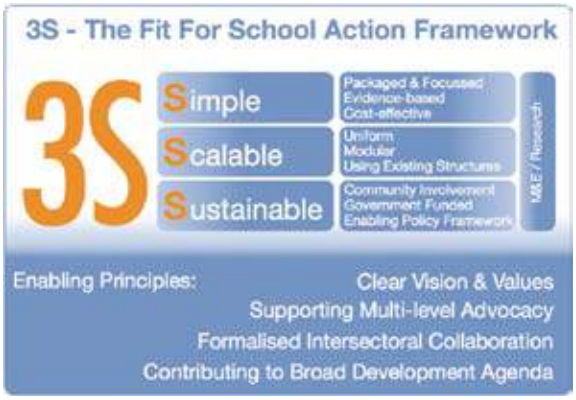
En Asie du Sud-Est, beaucoup d'enfants d'âge scolaire souffrent de la diarrhée, d'infections respiratoires aigües, d'infections intestinales et de carries. Chacune de ces pathologies est évitable et leur cause principale est le manque d'hygiène. Ces maladies ont de graves conséquences sur le développement cognitif et physique de l'enfant et ont un impact négatif sur leur faculté d'apprentissage. L'approche « Fit for school » a été lancée en 2008 aux Philippines. Elle s'intéresse aux programmes de santé en milieu scolaire qui peuvent être financés localement et qui utilisent les ressources

172 - GIZ (2014) "Fit for School approach - Improving health for better education and child development"
173 - UNICEF Népal (2006) "Guidelines on School led Total Sanitation"

du secteur de l'éducation pour leur mise en œuvre.

L'approche consiste à faire appliquer des actions préventives fondées sur des preuves scientifiques, comme le lavage des dents, le lavage des mains avec du savon et la vermifugation régulière, en vue de lutter contre les maladies ayant un impact considérable sur les enfants d'âge scolaire. Ces mesures sont accompagnées d'actions visant à améliorer les installations WASH dans les écoles[174]. Dans l'emploi du temps normal, les enseignants prévoient quotidiennement des activités en groupe consistant à se laver les dents avec du dentifrice fluoré et les mains avec du savon. Ces rituels quotidiens ont un effet durable sur les pratiques d'hygiène et viennent compléter les cours traditionnels sur la santé qui sont, la plupart du temps, basés sur le transfert de connaissances et non la pratique.

FIGURE 22 : CADRE D'ACTION DE L'APPROCHE « FIT FOR SCHOOL »



Source : web

D'autre part, les enfants bénéficient de deux traitements vermifuges (distribution d'un cachet d'Abendazol) par an, opération réalisée par ou avec les enseignants, en cohérence avec l'OMS, Le ministère de la santé et l'UNICEF. Le programme cherche, entre autre, à améliorer la qualité de l'approvisionnement en eau et des installations sanitaires dans les communautés impliquées activement dans la construction d'installations de ce type et dans les écoles qui n'ont pas accès à l'eau ou l'assainissement. En améliorant les installations d'eau et d'assainissement dans les écoles, on crée un environnement scolaire sain, ce qui est essentiel pour préserver la santé à long terme[175].

Par rapport aux écoles avec un système traditionnel de cours de santé, les écoles ayant adopté l'approche « Fit for school » affichent des résultats très encourageants : baisse de 20 % des cas de sous-poids, baisse de 40 % des cas de nouvelles carries, réduction de moitié des infections parasitaires et baisse de 30 % de l'absentéisme dû aux maladies[176]. Le programme a aussi amélioré considérablement les installations sanitaires et l'accès à l'eau dans les écoles. Le fonctionnement et la propreté des toilettes et des lavabos des écoles participantes ont été améliorés de manière significative[177].

Plus d'un million d'enfants philippins ont bénéficié du programme « Fit for school » qui a ensuite été élargi au Cambodge, au Laos et en Indonésie[178].

2) ASSAINISSEMENT TOTAL PILOTÉ PAR LES ÉCOLES

L'Assainissement Total Piloté par Les Écoles (en anglais SLTS) est un programme complet visant à garantir l'accès à l'assainissement (toilettes) pour tous, dans toutes les écoles et les communautés, puis à promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène de façon durable. Il met l'accent sur l'élimination complète de la défécation à l'air libre dans les écoles en tant que condition préalable à l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement[179]. Son caractère participatif responsabilise les communautés qui verront l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement comme un droit à la dignité, à la santé et au développement ; et la défécation à l'air libre comme une pratique suscitant le dégout et la honte. L'Assainissement Total Piloté par Les Écoles repose sur plusieurs principes directeurs : la participation, la synergie, l'intégration, l'innovation et la reconnaissance de l'assainissement comme un bien public au service de l'intérêt général[180].

Grâce à leurs relations durables avec la communauté, les écoles constituent un point d'entrée pour faire la promotion de l'assainissement. L'approche SLTS met l'accent sur la mobilisation des enfants dans le but de motiver les communautés à construire des latrines et à les utiliser. Les élèves sont donc considérés comme un groupe de pression incitant leurs parents à construire des toilettes et à adopter des comportements hygiéniques. La motivation des élèves et de la communauté est une étape clé pour changer les comportements et faire la promotion des toilettes à travers un partenariat étroit entre les écoles, les organisations locales et la communauté[181].

Cette approche a démontré son efficacité auprès des parents qui s'intéressent au programme scolaire d'assainissement pour deux raisons. D'une part il améliore la santé des enfants et préserve leur intimité, d'autre part il modifie durablement l'hygiène et l'assainissement de la communauté grâce à l'appui continu du partenariat entre l'école et la communauté.

74 - Fit for school : Benzian & al, http://www.fitforschool.international/wp-content/ezdocs/Fit_for_School_Action_Framework_Benzian_et_al_2012.pdf
175 - GIZ (2014) "Fit for School approach - Improving health for better education and child development"
176 - GIZ (2014) "Fit for School approach - Improving health for better education and child development"
177 - Ibid
178 - Ibid
179 - Adhikari, K (2010) "School led Total Sanitation : Principles and Practices"
180 - Ibid
181 - UNICEF Nepal (2006) "Guidelines on School led Total Sanitation"

À long terme, ce type de programme réduit la mortalité infantile et les maladies diarrhéiques. L'expérience au Népal montre que dans les communautés ayant recours à l'ATPE et qui se déclarent « sans défécation à l'air libre », le taux d'absentéisme scolaire pour cause de maladie diarrhéique ou d'infection intestinale a baissé et le nombre de cas de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans a également diminué de 7 % à 5 % entre 2005 et 2007[182].

EN SAVOIR PLUS

- Assainissement Total Piloté par les Écoles : School Facilitator Training Guide : *http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/SLTS_Handbook_Malawi.pdf*

3) CAMPAGNES DE VERMIFUGATION EN MILIEU SCOLAIRE

Selon l'OMS, il est fortement recommandé de généraliser l'administration de médicaments vermifuges dans toutes les zones où plus de 20 % des enfants sont infectés. Dans la mesure où ces médicaments ne présentent ni risques, ni effets secondaires pour les non malades, le dépistage au cas par cas n'est pas recommandé par l'OMS[183]. Il a été démontré que la vermifugation en milieu scolaire est la meilleure façon d'atteindre toute la population à risque à moindre coût grâce à l'utilisation d'infrastructures publiques existantes. La vermifugation en milieu scolaire est une méthode simple, sûre et probablement la plus rentable et efficace pour réduire l'absentéisme scolaire. On estime pouvoir faire baisser l'absentéisme de 25 % pour un coût de 0,50 dollar par enfant[184]. L'ensemble de la communauté se porte mieux lorsque les principaux vecteurs des maladies que sont les enfants, sont traités de façon périodique. Comme pour la vaccination, la vermifugation entraîne un effet « d'immunité grégaire », autrement appelée immunité de communauté[185].

Marielle Labadens © ACF - Sénégal, 2015

Photo 9 : Promotion de l'hygiéne durant une journée de vermifugation

Les traitements vermifuges peuvent être administrés par des enseignants formés, des agents de santé communautaire ou des infirmières. Les groupes clés à cibler pour cette activité sont : les enfants d'âge pré-scolaire, les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer dont les femmes enceintes (2e et 3e trimestre) et allaitantes[186]. Avant de lancer une campagne de vermifugation en milieu scolaire, il est important d'en informer les parents, les leaders communautaires, les chefs religieux et les agents de santé locaux ; ils doivent connaître les objectifs de la vermifugation et savoir en quoi elle consiste. La sensibilisation de la communauté est importante : les enseignants, les parents et les enfants doivent connaître la fréquence, les raisons, les avantages et le caractère bénin de la vermifugation en milieu scolaire[187]. Il est déjà arrivé que des programmes échouent en raison d'un manque de communication auprès de la communauté. La sensibilisation de la communauté est cruciale pour la réussite et la durabilité du programme. Les journées de vermifugation en milieu scolaire se dérouleront d'autant mieux, même pour les enfants qui ne vont pas à l'école[188].

Les campagnes de vermifugation sont des occasions propices pour promouvoir les bons comportements en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Une équipe de promotion de l'hygiène pourra par exemple venir faire une démonstration sur le lavage des mains avec du savon et le traitement de l'eau à domicile, auprès des mères qui attendent pour la vermifugation. On pourra proposer aux adolescentes des activités d'éducation à l'hygiène alimentaire. Apprendre aux filles à préparer les aliments de façon saine permet d'améliorer leur santé et celle de leur famille[189].

182 - UNICEF (2008) "School led Total Sanitation seems unstoppable – Case Study from Nepal"
183 - Deworm the World Initiative (2014) "Mass deworming: It's good public policy"
184 - Deworm the World Initiative (2014) "Mass deworming: It's good public policy"
185 - Phénomène par lequel la propagation d'une maladie infectieuse peut être enrayée dans une population si un certain pourcentage des individus sont immunisés, ce qui protège indirectement aussi les individus non immunisés.
186 - OMS (2015) "Deworming to combat the health and nutritional impact of helminth infections"
187 - Deworm the World (2010) "School-based deworming: A planner's guide to proposal development for national school-based deworming programmes"
188 - Ibid
189 - Elizabeth I. et al. (2015) "Nutrition for women and adolescent girls. Why it matters?"

MESSAGES CLÉS

L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET LES ÉCOLES

- Bien que cela soit vital pour la population, de nombreuses structures de santé défavorisées **ne disposent d'aucun service WASH,** ce qui compromet leur capacité à offrir des soins de qualité et entraîne des risques sérieux pour la santé des soignants comme pour celle des personnes qui viennent se faire soigner. Malgré cela, il est tout de même possible de mettre en œuvre des interventions peu coûteuses qui limitent les risques d'infection et conduisent à des résultats positifs sur la santé et la nutrition.

- Les services de santé courants, comme le conseil nutritionnel, les soins prénatals et le suivi de croissance nécessitent plusieurs visites régulières dans une structure de santé. Ces visites sont l'occasion de véhiculer des messages sur la nutrition et l'eau, l'assainissement et l'hygiène auprès des mères/accompagnants, mais également de promouvoir les comportements souhaités et soutenir la prévention de la sous-nutrition. L'exemple du Népal montre qu'il est possible de **proposer durablement des paquets de promotion de l'hygiène à travers le système de santé existant** en profitant d'activités courantes comme le conseil prénatal et les journées de vaccination.

- La construction et la réhabilitation des installations d'eau et d'assainissement dans les structures de santé doivent être accompagnées par un suivi et un **contrôle de l'environnement sanitaire** et une sensibilisation du personnel de santé à l'importance des bonnes conditions d'hygiène.

- **La remise des kits d'hygiène et de traitement d'eau** dans les centres de santé et de nutrition associée à une véritable sensibilisation et une formation sur l'utilisation du kit devrait permettre aux mères/accompagnants d'exécuter, à domicile, les bonnes pratiques d'hygiène, ce qui limite les risques d'infection ou de maladie pendant et après le traitement de l'enfant.

- Les programmes en milieu scolaire ciblent les enfants de plus de cinq ans, cette tranche d'âge ne fait pas partie du groupe principalement ciblé par la stratégie WASH'Nutrition et ses interventions. Cependant, **en ciblant les enfants d'âge scolaire, particulièrement les jeunes adolescentes, cela permet de travailler sur la prévention de la sous-nutrition à long terme.** Les interventions WASH et Nutrition qui s'adressent aux adolescents leur permettent d'acquérir des habitudes sanitaires qu'ils garderont à l'âge adulte.

- Les programmes de vermifugation - réalisés de manière coordonnée avec le Ministère de la Santé, de l'Éducation, ainsi qu'avec l'OMS et l'UNICEF - sont à systématiser (dans les écoles) afin de prévenir la sous-nutrition.

4. AU NIVEAU NATIONAL

Laila Khalid © ACF – Pakistan, 2015

Pour pouvoir lutter contre les causes sous-jacentes et multidimensionnelles de la sous-nutrition il est nécessaire d'élaborer des partenariats et des coalitions ainsi que d'établir des mécanismes de coordination au niveau national. La clé pour parvenir à améliorer durablement le statut et la sécurité nutritionnelle d'une population est d'adopter une approche multisectorielle vis à vis de la faim, la sous-nutrition, la santé et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Cela passe par l'intégration de la nutrition dans les politiques et stratégies des secteurs de la santé, l'éducation, l'agriculture, l'eau et l'assainissement et par la création d'un environnement institutionnel et de politiques favorisant l'intégration à différents niveaux administratifs (national, régional, local). En travaillant par exemple avec plusieurs ministères sur les stratégies de changement de comportement multisectorielles, cela permettra de proposer des messages uniformisés, cohérents et approuvés par le gouvernement en matière de nutrition et d'hygiène. Les résultats sur la santé et la nutrition que l'on peut obtenir de cette façon peuvent difficilement être atteints si chacun travaille de son côté. Ceci est valable pour bon nombre d'actions comme la formation, la communication de masse, l'organisation communautaire, le conseil, le plaidoyer, etc.

NOTE

À elles seules, les politiques ne suffisent pas à garantir des résultats positifs sur la santé et la nutrition. Toutefois, une politique de nutrition qui reconnaît l'importance des conditions sanitaires, favorise le développement des programmes intégrés à tous les niveaux.

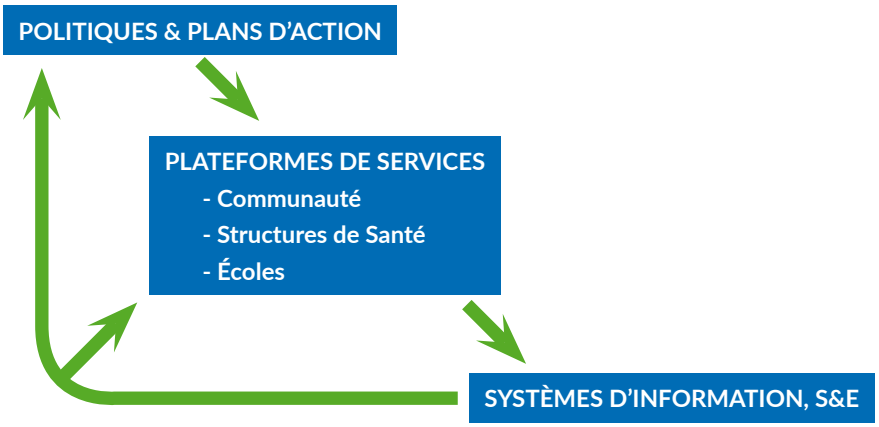
NOTE

Les politiques fixent des objectifs, expliquent comment y parvenir et définissent les responsabilités. Il est essentiel de se familiariser avec les politiques du pays pour repérer les opportunités de projet, les partenaires potentiels et organiser des projets en accord avec les objectifs nationaux.

4.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES D'INTÉGRATION WASH'NUTRITION

En matière d'intégration du secteur WASH dans les politiques et les plans d'action du secteur Nutrition, chaque pays en est à un stade différent. Certains n'ont pas encore d'approche intégrée WASH'Nutrition, d'autres ont adopté des politiques et des stratégies de développement qui reconnaissent l'importance des conditions sanitaires pour obtenir des résultats sur la nutrition et œuvrent pour la mise en place d'interventions WASH à grande échelle avec des actions Nutrition. De ce fait, selon les opportunités et les défis propres à chaque contexte, les approches de développement ou de renforcement des politiques nationales par l'intégration d'éléments WASH et Nutrition sont différentes. En plus d'établir des politiques, il convient de développer des indicateurs WASH'Nutrition interdépendants et mesurables qui permettront d'améliorer les stratégies, les directives techniques et la gestion des services intégrés. La figure 24 présente une approche holistique qui met l'accent sur l'interaction et l'influence entre les différents éléments des systèmes (politiques, stratégies, plateformes de services, mécanismes de suivi & évaluation). En intégrant simultanément les secteurs WASH et Nutrition dans ces différents éléments, on obtient de meilleurs résultats sur la santé publique.

FIGURE 23 : APPROCHE HOLISTIQUE DE L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION



Adapté de UNICEF Indonésie
"Promotion d'une approche globale pour cibler conjointement la sous-nutrition chronique et l'accès à l'eau et à l'assainissement"

ENCADRÉ 15 : ABORDER LA NUTRITION COMME UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique et la nutrition sont des secteurs interdépendants. Cette synergie permet d'envisager l'amélioration de la nutrition des populations vulnérables **en proposant des interventions de santé publique (accès aux services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de santé, prévention et traitement des maladies) intégrant des éléments du secteur Nutrition** comme l'apport de micronutriments et la promotion de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant. **En intégrant les actions de santé publique et de nutrition, les ressources existantes pourront servir de levier afin de maximiser les impacts** (UNICEF, 2013). Pour cela, le ministère de la Santé doit intégrer des objectifs nutritionnels dans son fonctionnement et son système de suivi et de reddition des comptes. Autrement dit, cela implique l'inclusion d'indicateurs nutritionnels dans les programmes de santé du continuum de soins (p.ex. soins prénatals, soins postnatals, planification familiale, vaccination) et au sein des plateformes de services (structures de santé, services ambulatoires, soins communautaires). Cela signifie aussi que les interventions nutritionnelles doivent être dotées de systèmes de suivi robustes dès leur conception, et qu'il faut intégrer des indicateurs nutritionnels dans les systèmes d'information de gestion sanitaire.

Faire de la nutrition optimale un objectif de santé publique implique également **l'intégration d'activités sensibles à la nutrition (WASH, agriculture, sécurité alimentaire, etc.) dans les programmes de santé**, les stratégies nationales et les documents de planification, en vue d'aborder la nutrition par une approche multisectorielle.

4.2. WASH, NUTRITION ET RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Il est communément admis que les objectifs nationaux et internationaux, comme ceux du Programme de développement durable à l'horizon 2030, seront impossibles à atteindre si l'on n'investit pas plus (quantité et qualité) dans les services et les systèmes de santé. Un système de santé qui fonctionne correctement doit pouvoir proposer des services de qualité à ceux qui en ont besoin, à l'endroit où ils en ont besoin, quand ils en ont besoin et à un prix abordable[190]. Toutefois, le renforcement des systèmes de santé est une tâche difficile en raison de la complexité de ces systèmes. On peut définir le renforcement des systèmes de santé comme le *« processus d'identification des problématiques et de mise en œuvre des changements en matière de politiques et de pratiques dans le système de santé d'un pays afin que ce dernier puisse répondre de manière plus efficace à ces problématiques » ou « toute initiative ou stratégie qui renforce une ou plusieurs fonctions du système de santé dans le but de préserver la santé en améliorant l'accès, la couverture, la qualité et l'efficacité des services*[191] *».* Compte tenu du rôle central des systèmes de santé dans l'intégration WASH'Nutrition, ACF travaille sur l'identification

190 - USAID (2015) "Health System Strengthening".
191 - OMS (2015) "Renforcement des systèmes de santé".

d'opportunités permettant de renforcer les piliers des systèmes de santé en harmonisant les actions WASH et Nutrition. Voici quelques-unes des principales recommandations[192] classées par pilier :

1. **Ressources humaines/personnel de santé :** Former le personnel de santé (district, sous-district et région) et renforcer ses compétences en matière de communication et de services WASH'Nutrition intégrés, particulièrement en cas de circonstances compliquées comme lors d'urgences humanitaires ; plaider pour l'intégration des programmes WASH et Nutrition de base à tous les niveaux du système de santé ; organiser régulièrement des séances d'échange d'information entre les équipes des secteurs WASH et Nutrition, notamment pendant les pics saisonniers de diarrhée, de paludisme et de MAS.
2. Prestations de services : Mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'eau utilisée pour les tests d'appétit dans les centres nutritionnels ; renforcer les programmes et les infrastructures de santé publique proposant des services d'eau et d'assainissement ; réguler la filière Eau en incitant les fournisseurs à respecter les normes de qualité et d'équité ; intégrer la promotion des pratiques de soins infantiles (hygiène, allaitement, alimentation complémentaire, vermifugation) dans les systèmes de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.
3. **Financement du système de santé :** Souligner l'importance des campagnes de sensibilisation WASH et Nutrition ; améliorer la coordination au sein des ONG Internationales/Consortiums en matière de levée de fonds et de soutien financier.
4. **Produits médicaux, vaccins et technologies :** Renforcer la chaîne d'approvisionnement afin de garantir l'accès aux suppléments et produits nutritionnels permettant de soigner et prévenir les carences en micronutriments et la malnutrition aigüe sévère. Coupler la distribution de filtres/matériel de traitement d'eau pour les ménages vulnérables avec la distribution de compléments en acide folique/fer pour les enfants et les femmes enceintes.
5. **Leadership et gouvernance :** Plaider en faveur d'une stratégie WASH'Nutrition d'ampleur nationale ; travailler sur l'amélioration des mécanismes de coordination entre les secteurs WASH/Nutrition et les clusters (si possible) ; créer un groupe de travail WASH'Nutrition au niveau national/régional/local.
6. **Système d'Information Sanitaire (SIS) :** Améliorer la précision, l'exactitude et la normalisation des données WASH et Nutrition ; soutenir le gouvernement pour l'analyse et l'exploitation des données.

MESSAGES CLÉS

L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION AU NIVEAU NATIONAL

- Pour pouvoir lutter contre les causes sous-jacentes et multidimensionnelles de la sous-nutrition il est nécessaire d'élaborer des partenariats et des coalitions ainsi que d'établir des mécanismes de coordination au niveau national. La clé pour parvenir à améliorer durablement le statut nutritionnel d'une population est d'**adopter une approche multisectorielle.**
- En matière d'intégration des secteurs WASH et Nutrition dans les politiques et les stratégies, chaque pays en est à un stade différent. **Selon les opportunités et des défis propres à chaque contexte,** les approches de développement ou de renforcement des politiques nationales par l'intégration d'éléments WASH et Nutrition sont différentes.
- **La Santé Publique et la Nutrition sont des secteurs interdépendants.** En intégrant les actions de santé publique et de nutrition, les ressources existantes pourront servir de levier afin de maximiser les impacts. Pour cela, le ministère de la Santé doit intégrer des objectifs nutritionnels dans son fonctionnement et son système de suivi et de reddition des comptes.
- Les systèmes de santé jouent un rôle déterminant dans l'intégration WASH'Nutrition. Il existe plusieurs méthodes pour **renforcer les piliers des systèmes de santé par l'intégration et l'harmonisation des interventions WASH et Nutrition.**

192 - Recommandations issues de l'atelier technique organisé par ACF sur le WASH et la Nutrition à Nairobi en 2013.

5. INTERVENTIONS INTÉGRÉES EN SITUATION D'URGENCE

© Tdh/F. Stuzik

La dernière décennie du XXe siècle a vu presque deux milliards de personnes (un tiers de la population mondiale) touchées par les catastrophes naturelles ; les inondations et les sécheresses représentent 86 % de ces catastrophes[193]. En plus de l'alimentation et de l'hébergement, l'eau et l'assainissement sont des priorités d'intervention en situation d'urgence, ces deux aspects sont d'une importance cruciale pour préserver la santé des populations touchées. À moins de fournir sans tarder des services d'eau et d'assainissement adéquats et de veiller à ce que les personnes ciblées respectent les bonnes pratiques d'hygiène, le risque de propagation des maladies liées aux conditions sanitaires (diarrhée, choléra, rougeole, scorbut, etc.) augmente rapidement[194]. Ceci est valable pour tout type d'urgence allant des crises brutales provoquées par les catastrophes naturelles jusqu'aux crises de longue durée engendrées par des facteurs multiples et complexes. On estime que chaque année 310 millions de personnes dans le monde sont touchées par des crises, 172 millions sont victimes de conflits et 139 millions de catastrophes naturelles. Les rapports CE-DAT véhiculent un message clair : la malnutrition aigüe est un problème croissant dans les pays touchés par les conflits[195].

Étant donné que les mauvaises conditions sanitaires et les maladies qui en découlent sont des causes de sous-nutrition, de défauts de croissance, de défaillances du système immunitaire et entraînent l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité, il paraît essentiel d'inclure des objectifs spécifiques à la nutrition dans les programmes WASH proposés par les acteurs de l'aide humanitaire. Voici quelques mesures spécifiques pour renforcer le lien entre les interventions WASH et Nutrition en vue d'améliorer les résultats nutritionnels en situation d'urgence :

- Veiller à ce que les normes minimales relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène en situation d'urgence soient respectées *(voir le Projet **SPHERE** http:// www.spherehandbook.org/en/)*
- Promouvoir la mise en place d'un paquet minimum WASH dans les centres de santé et de nutrition (y compris dans les cliniques mobiles)
- Intégrer des messages nutritionnels clés dans les stratégies de promotion de l'hygiène
- Faire en sorte que les plus pauvres aient accès à l'eau en les dispensant des frais d'utilisation ou en organisant, par exemple, un système de transfert monétaire couvrant les besoins minimums en eau
- Veiller à ce que les plateformes de coordination WASH et Nutrition se concertent pour décider du contenu des phases de préparation, réponse et rétablissement des programmes

193 - Humanitarian Coalition (2015) "Emergency Water, Sanitation and Hygiene"
194 - UNICEF (2014) "Emergency WASH"
195 - CE-DAT, 2012 and IFRC Report 2013

- Construire des latrines pour éviter les risques de contamination fécale ; éloigner suffisamment les latrines des endroits où l'on prépare l'alimentation, des points d'eau potable, des endroits où l'on range les ustensiles, etc. ; les latrines doivent être construites correctement (p.ex. dalle béton) afin d'éviter les infections d'helminthes
- Évaluer les ressources en eau et les moyens économiques des ménages avant de planifier une intervention. Cela permettra d'ajuster les services d'approvisionnement en eau potable et d'éviter les tensions entre les groupes de personnes ayant des priorités différentes
- Profiter des opérations WASH d'aide humanitaire pour mettre en place des transferts conditionnels d'argent ou d'aliments et pour inciter les bénéficiaires à construire leurs propres installations WASH[196] [197]

© A. Parsons/i-Images pour Action contre la Faim

Si possible, ces actions doivent être planifiées et mises en œuvre en coordination avec toutes les parties prenantes concernées, y compris les leaders et/ou les représentants des communautés, et en accord avec les autorités locales/nationales. L'égale participation des hommes, des femmes et des enfants aux prises de décisions, à la planification et à la gestion des opérations WASH d'urgence permet de faire en sorte que toute la population ait un accès sûr et facile aux services WASH et que ces derniers ne produisent pas d'impacts négatifs sur le statut nutritionnel des groupes vulnérables, en particulier sur celui des femmes et des enfants.

Les questions de genre en rapport avec l'eau, l'assainissement et l'hygiène méritent toute l'attention nécessaire afin d'éviter la dégradation du bien-être des femmes et des enfants. Parmi ces interventions sensibles au genre et à la nutrition, on peut citer : l'allègement de la corvée d'eau pour les femmes ou l'amélioration de la protection des femmes et des jeunes filles en améliorant la configuration des installations WASH dans les camps de réfugiés ou de déplacés.[198]

ENCADRÉ 16 : ÉLIMINER LA DISTINCTION ENTRE AIDE HUMANITAIRE ET DÉVELOPPEMENT DANS LA LUTTE CONTRE LA SOUS-NUTRITION

La plupart des situations d'urgence se déroulent dans des contextes où les taux de retard de croissance et/ou d'émaciation sont déjà élevés en raison de facteurs structurels qui vont bien au-delà de l'action humanitaire. D'autre part, la sous-nutrition existe et persiste hors des contextes d'urgence.

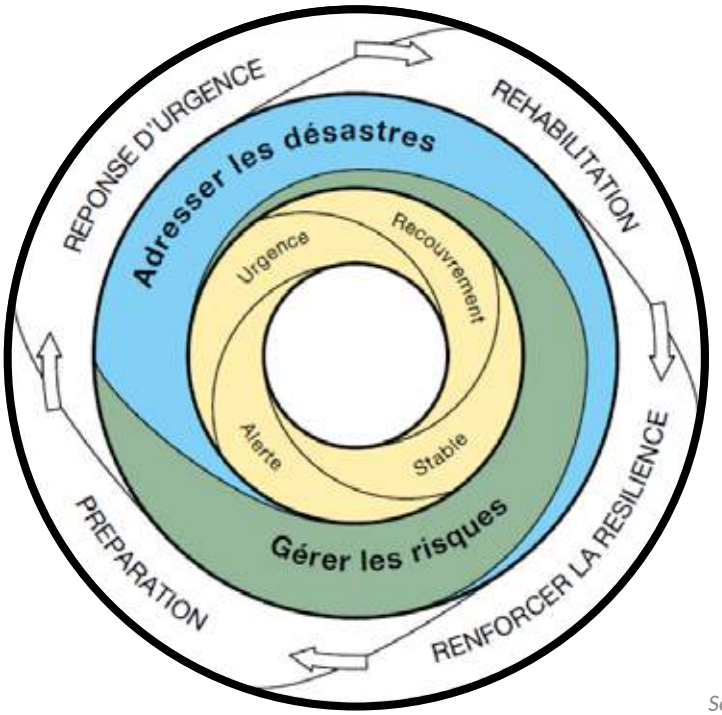
Initialement, on pensait que les liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement étaient linéaires : la phase d'aide d'urgence, ou de secours, précède la phase de réhabilitation, ou de reconstruction, qui laisse place ensuite au développement, ou coopération, à plus long terme. Toutefois, dans les années 1990 et 2000, on s'est rendu compte que cette séparation en phases distinctes et successives était souvent artificielle. Désormais, l'accent est mis sur l'utilisation simultanée de moyens complémentaires en vue non seulement de dépasser la séparation classique entre les différentes phases, mais également pour une meilleure coordination entre l'aide humanitaire et la coopération au développement par la création de synergies entre elles (Wagner L.J, 2016).

Le concept de base d'aide à la transition permet premièrement d'éviter les ruptures, en créant systématiquement des liens entre les mesures de long et de court terme, et ensuite d'établir les conditions propices au succès de la coopération au développement à long terme. Par exemple, une intervention d'aide humanitaire à court terme visant à réparer provisoirement les systèmes d'approvisionnement en eau endommagés peut s'accompagner de la reconstruction, en parallèle, d'un réseau d'eau potable et d'un réseau d'eaux usées. À terme, cette activité de reconstruction est susceptible de remplacer celle de réparation.

Ainsi, il faut chercher à éliminer la distinction artificielle entre les programmes de développement et ceux d'aide humanitaire (ECHO, 2013). Le traitement et la prévention des nouveaux foyers de sous-nutrition nécessitent une action conjointe entre les acteurs du développement et ceux de l'aide humanitaire. En coordonnant leurs actions (p.ex. analyse de vulnérabilité et planification opérationnelle réalisées conjointement) les organisations d'aide humanitaire et de développement seront plus à même de lutter durablement contre la sous-nutrition et de renforcer la résilience des populations les plus vulnérables.

196 - ECHO (2013) "Addressing undernutrition in emergencies"
197 - ACF (2005) "Water, Sanitation and Hygiene for populations at risk"
198 - ECHO (2013) "Addressing undernutrition in emergencies"

FIGURE 24 : CYCLE DRM (DISASTER RISK MANAGEMENT), CONTINUUM ET CONTIGUUM



Source : ACF 2011

EXPÉRIENCE DE TERRAIN 16

Intervention d'urgence intégrée WASH, nutrition et santé en Afghanistan

Située dans la région des hauts plateaux, la province de Ghor présente des conditions géographiques défavorables (montagnes arides et sols pierreux ou sablonneux), une forte exposition aux catastrophes naturelles (sécheresses et inondations éclair), une forte insécurité, de nombreux déplacements de populations en raison des conflits et une faible présence des acteurs humanitaires (qui sont concentrés dans les districts contrôlés par le gouvernement). La combinaison de ces facteurs de risque est à l'origine de la grande vulnérabilité de la population et du besoin colossal en aide humanitaire. Le taux d'accès à l'eau potable dans la province est estimé à 20 % ; une situation critique à laquelle s'ajoutent des taux élevés de maladies hydriques, de mortalité et de morbidité infantiles. L'enquête SMART dirigée par ACF en septembre 2014 a montré que parmi les 34,9 % des enfants qui sont tombés malades dans les deux semaines précédant l'enquête, 78 % ont été atteints d'un épisode diarrhéique. Selon l'Aperçu des besoins humanitaires en 2015, document rédigé par l'OCHA, la province de Ghor est classée comme une « priorité très élevée » vis-à-vis de la mortalité et des pratiques d'hygiène et comme une « priorité élevée » pour l'accès à l'eau potable. La province présente également un taux de malnutrition aigüe globale qui avoisinait, en 2014, le seuil « critique » défini par l'OMS : la prévalence de la MAG était de 9,2 %, celle de la MAS de 14 %.

Actuellement, ACF est l'une des rares organisations humanitaires encore présentes dans la province de Ghor. Elle y travaille dans le but d'améliorer le statut nutritionnel de la population et de faire baisser la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans en y organisant des interventions intégrées (santé, nutrition et WASH) à caractère vital dans la région de Alla Yar. Ces interventions incluent :

- *L'identification des cas de malnutrition aigüe chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes allaitantes par un dépistage de masse et le référencement des enfants atteints de MAS vers des structures mobiles*
- *La prise en charge ambulatoire de la MAS par des équipes mobiles et le soutien à la prise en charge de la MAS dans l'hôpital de la province*
- *La distribution ciblée d'aliments complémentaires pour tous les enfants de moins de cinq ans et des distributions générales (de type « blanket ») d'aliments complémentaires pour toutes les femmes enceintes et allaitantes*
- *La prise en charge intégrée des maladies infantiles par les équipes mobiles*
- *La distribution de chlore/Aquatabs aux personnes ne disposant pas d'accès à un point d'eau protégé*
- *La réhabilitation des puits qui ne fonctionnent plus*
- *La distribution de « filtres à bio-sable » pour les personnes qui vont chercher l'eau à la rivière*
- *La formation des agents de santé communautaire et des mollahs aux bonnes pratiques d'hygiène*
- *La promotion de l'hygiène et la sensibilisation de la population aux messages nutritionnels clés diffusés par les équipes mobiles dans des villages.*

5.1. SOUTIEN À L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT EN SITUATION D'URGENCE

Lorsque les populations sont touchées par des crises plus ou moins brutales provoquées par des catastrophes naturelles, des situations d'urgence complexes ou des déplacements massifs de populations, elles voient leurs conditions de vie chamboulées. De manière générale, cela provoque la dégradation de leurs conditions d'hygiène et de leur sécurité alimentaire. Dans ces contextes, les personnes les plus vulnérables et susceptibles de tomber malade ou de succomber à la sous-nutrition ou aux maladies sont les enfants de moins de cinq ans ; les mauvaises pratiques alimentaires aggravent la situation[199]. Hors situation d'urgence, les nourrissons de moins de six mois non allaités ont 14 fois plus de risques de mourir (toutes causes confondues) que les enfants exclusivement allaités[200]. En situation d'urgence, ces risques sont décuplés et, en général, leur taux de mortalité augmente considérablement.

En situation d'urgence, il y a un risque élevé de dégradation des pratiques de soin et d'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants et de leur mère/accompagnant. En raison des mauvaises conditions d'assainissement, d'un accès insuffisant à l'alimentation et de la dégradation des conditions de vie, l'urgence est synonyme d'une plus grande vulnérabilité à la diarrhée et aux autres maladies, dont la propagation est favorisée par ce contexte. C'est pourquoi, le maintien et la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en situation d'urgence sont considérés comme des interventions à caractère vital (en anglais « life-saving »), essentielles pour la prévention comme pour le traitement de la sous-nutrition[201].

NOTE

Le but de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en situation d'Urgence (ANJE-U) n'est pas de faire changer les comportements à long terme, mais plutôt de fournir un soutien immédiat aux mères au moyen d'actions pratiques leur permettant d'allaiter leur enfant le plus longtemps possible. L'ANJE-U vise également à aider les accompagnants et les familles à fournir des aliments complémentaires adéquats aux enfants et à préserver la nutrition et le bien-être des mères.

L'évaluation des pratiques d'ANJE et des facteurs associés doit se faire rapidement afin de déterminer à quel point la crise a affecté les pratiques alimentaires et l'accès aux aliments. La plupart du temps, la distribution de type « blanket » (ou distribution générale) de compléments alimentaires est une intervention prioritaire, elle consiste à distribuer des aliments enrichis prêts à consommer (sans préparation) aux familles avec des enfants âgés de 6 à 23 mois. La promotion de l'allaitement exclusif des enfants de moins de six mois par le changement de comportement et le conseil, reste une priorité. Mais dans certains contextes d'urgence, on peut constater qu'un nombre important de mères nourrissaient leurs enfants au lait artificiel avant la crise (cas rencontré en 2010 après le séisme de Port-au-Prince en Haiti et actuellement en Syrie). Les femmes peuvent mettre du temps à retrouver leur production de lait et à mettre en place allaitement ; certaines femmes estiment qu'elles ne sont pas en mesure d'essayer en raison d'autres besoins plus urgents. Dans de telles situations, les agences d'aide humanitaire doivent protéger la santé et la nutrition des enfants nourris au lait artificiel (ou nourris à un mélange de lait maternel et artificiel) en assurant à court terme l'approvisionnement des mères non allaitantes en lait artificiel et en veillant à ce que la préparation soit faite de façon d'hygiénique. On déconseille vivement l'utilisation de biberons qui sont des nids à bactéries, on privilégie plutôt l'approche tasse-cuillère.

En situation d'urgence, il est essentiel de respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Il existe des cas où les entreprises « donnent » des produits étiquetés et en profitent pour attirer de nouveaux clients potentiels sans faire attention aux risques de contamination. Le soutien psycho-social pour les mères et les accompagnants peut également s'avérer essentiel puisque la santé mentale, en particulier après un traumatisme, a une influence sur la capacité de la mère à interagir avec son enfant et sur son approche de l'alimentation.

Il semble évident que l'ANJE en situation d'urgence n'est pas juste un problème de nutritionnistes : tous les acteurs et les secteurs de l'aide d'urgence doivent tenir compte des besoins vitaux des nourrissons et des jeunes enfants lorsqu'ils mettent en place leurs actions. L'ANJE en situation d'urgence implique de porter une attention particulière à l'ANJE dès le déclenchement d'une réponse d'urgence (évaluation des besoins, politiques et coordination), de prendre en compte les besoins spécifiques des nourrissons, des jeunes enfants, des mères allaitantes et des accompagnants dans tous les secteurs, de manière à leur garantir l'accès aux services de base : hébergement, sécurité, assistance alimentaire, eau-assainissement-hygiène, santé[202].

199 - UNHCR (2001) "Infant feeding in Emergencies".
200 - ECHO (2014) "Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence – Guide pour la programmation".
201 - ACF (2015) "Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence - document de positionnement".
202 - ECHO (2014) "Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence – Guide pour la programmation".

En situation d'urgence, l'association des interventions de promotion WASH et ANJE est cruciale. Les acteurs du secteur WASH disposent de plusieurs méthodes pour rendre les programmes WASH d'urgence sensibles à l'ANJE :

- Contacter les acteurs du secteur Nutrition pour inclure des éléments ANJE clés dans les évaluations WASH (s'ils ne sont pas déjà inclus dans l'évaluation multisectorielle ou nutritionnelle)
- Garantir des bonnes conditions d'hygiène et l'accès suffisant à l'eau potable sûre et à l'assainissement pour les mères et les accompagnants dans les ménages, les communautés et les camps
- Faire la promotion des pratiques d'hygiène relatives à la préparation des aliments et des laits artificiels (si besoin) à travers des actions de communication pour le changement de comportement au niveau des « points de rencontre » clés
- Faire la promotion de l'allaitement (ou des autres méthodes d'alimentation complémentaire le cas échéant) pendant les campagnes d'hygiène et au niveau des « points de rencontre »
- Veiller à ce que les installations d'eau et d'assainissement dans les centres de santé et de nutrition soient propres
- Aménager des espaces à proximité des points d'eau pour que les femmes puissent allaiter (car ce sont elles qui sont généralement de corvée d'eau)
- Faire en sorte que les points d'eau ne soient pas trop éloignés et que les récipients soient suffisants afin que les femmes puissent se dégager du temps pour nourrir leurs enfants et s'occuper d'eux

Voici quelques questions qui permettent de vérifier si la réponse d'urgence en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène tient compte des besoins propres aux nourrissons, aux enfants de moins de 2 ans, aux femmes enceintes et allaitantes et aux accompagnants :

1. *Les risques sanitaires relatifs l'ANJE sont-ils correctement traités ?*
2. *Les mères/accompagnants sont-ils en mesure de fournir aux enfants de moins de 2 ans les soins et l'alimentation dont ils ont besoin dans de bonnes conditions d'hygiène ? Existe-t-il des espaces dédiés aux femmes pour nourrir leurs enfants ?*
3. *Est-ce que les ménages comptant des nourrissons et des jeunes enfants disposent de récipients et d'un accès facile à un point d'eau ?*
4. *Les bonnes pratiques d'hygiène pour l'alimentation des enfants sont-elles respectées au niveau de la communauté ? Au niveau des centres de santé et de nutrition ? Au niveau des ménages ?*
5. *Quelle est la longueur des files d'attentes au niveau des points d'eau et des sites de distribution ?*
6. *Les questions d'ANJE d'urgence sont-elles incluses dans les dispositifs d'éducation à la santé des projets d'assistance alimentaire, de PCMA et de santé ainsi que dans les projets WASH en tant que partie intégrante de la promotion de l'hygiène ? Ces questions sont-elles formulées de manière adaptée et cohérente pour le public ciblé ?*

EN SAVOIR PLUS

- Document de positionnement d'ACF sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence :
  http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_IYCF-E_Position_Paper_Final.pdf
- ECHO "Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence – Guide pour la programmation" :
  https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf
- Kit d'outils ANJE-U développé par Save the Children (disponible en anglais, français et arabe) :
  https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit
- Introduction à la promotion de l'hygiène en situation d'urgence, outils et approches, ALNAP :
  http://www.alnap.org/event

5.2. LES INTERVENTIONS D'EAU, D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIÈNE EN SITUATION D'URGENCE CENTRÉES SUR LES ENFANTS

En se focalisant davantage sur les enfants, les agences et les programmes d'aide humanitaire des secteurs WASH, Nutrition et Santé pourraient adopter une approche plus intégrée.

Les taux de mortalité et de morbidité sont bien plus élevés chez les enfants de moins de cinq ans que dans la population globale. Dans les situations d'urgences, les enfants de moins de cinq ans représentent une grande partie de la population touchée (17 % des réfugiés syriens et 21 % des réfugiés du Sud-Soudan). Les femmes et les enfants (quel que soit leur âge et leur sexe) sont souvent responsables de l'approvisionnement en eau. Les filles doivent généralement s'occuper de leurs frères et sœurs cadets. Devant ces constats, les programmes WASH d'urgence seront plus efficaces s'ils tiennent compte spécifiquement des besoins des enfants. Cela ne doit pas être vu comme un « plus » mais bien comme un aspect fondamental de toute intervention WASH en situation d'urgence[203].

1) L'ASSAINISSEMENT

Il a été prouvé que les excréments des jeunes enfants sont plus dangereux que ceux des adultes. Pourtant la gestion des excréments des bébés et des enfants en situation d'urgence n'est pas systématiquement prise en charge, ce qui revient à sous-estimer les risques qu'ils représentent. Les besoins en matière de gestion des excréments varient en fonction de l'âge des enfants. Les interventions d'assainissement d'urgence doivent donc proposer des solutions différentes en fonction des tranches d'âge. En-dessous de 12 mois, les enfants ne savent pas se retenir. Généralement, ils n'y arrivent qu'entre 18 mois et 2 ans. Certains enfants doivent attendre 3 ans pour être prêts à utiliser le pot ou les toilettes. Notons que le stress inhérent aux situations d'urgence n'est pas propice à l'apprentissage de l'utilisation du pot.

Dans le tableau 14 se trouve la liste des différentes solutions pour la gestion des excréments en fonction de l'âge des enfants (les limites d'âge dépendent du contexte et du souhait des parents et des enfants). Le choix de la méthode d'élimination doit reposer sur des discussions avec les mères.

TABLEAU 14 : OPTIONS POUR LA GESTION DES EXCRÉMENTS DES JEUNES ENFANTS EN SITUATION D'URGENCE

TRANCHES D'ÂGE	SOLUTIONS POUR LA GESTION DES EXCRÉMENTS		COMMENTAIRES
BÉBÉS DE MOINS DE 18 MOIS	Couches lavables en tissu ou langes	Couches jetables	Les couches et les couches-culottes biodégradables ou compostables ne sont proposées que par un nombre limité de fournisseurs Discuter des besoins avec les accompagnants (quantité, nettoyage, élimination, besoin éventuel d'un seau avec un couvercle ou de lessive pour les couches lavables, etc)
ENFANTS DE 18 MOIS À 5 ANS	Pots avec couvercle	Toilettes à l'air libre prévues pour les enfants ou toilettes pour adultes adaptées aux enfants (p. ex. privilégier les pots aux trous pour défécation en position accroupie ou fournir une pelle et une truelle ou toilettes mixtes adulte/enfant avec 2 trous pour défécation)	L'élimination des excréments est toujours nécessaire ainsi que le nettoyage de pots Besoin de place en plus dans les toilettes pour l'accompagnant, utilisation possible de sacs «Peepoo» Faire attention à la hauteur des dispositifs pour se laver les mains
ENFANTS DE 5 À 11 ANS	Toilettes adaptées aux enfants	Toilettes pour adultes adaptées aux enfants	Aménagements pour les enfants en situation de handicap Inclure et faire la promotion du lavage des mains Faire attention à la taille des trous et à la hauteur des dispositifs pour se laver les mains, des interrupteurs et des barres de maintien
ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS	Toilettes pour adultes	Toilettes adaptées aux enfants dans les écoles	Installations d'hygiène menstruelle pour les adolescentes Aménagements pour les enfants en situation de handicap Inclure et faire la promotion du lavage des mains

Source : Save the Children (2014) "Emergency WASH for children"

203 - Save the Children (2014) "Emergency WASH for children".

Toutes les options ci-dessus doivent s'accompagner de la promotion des bonnes pratiques d'hygiène pour faire en sorte que les installations et le matériel fournis soient entretenus et utilisés convenablement (élimination des excréments après utilisation du pot, nettoyage des couches usagées réutilisables, gestion des eaux usées). En couplant les conseils sur l'allaitement et les messages d'hygiène avec un assainissement adéquat (comme la bonne gestion des couches lavables ou la distribution de pots) et un accès aux interventions de santé adéquates, on augmente considérablement les chances de survie des jeunes enfants et des nourrissons.

2) APPROVISIONNEMENT EN EAU

En situation d'urgence il existe plusieurs méthodes pour modifier les infrastructures afin de les rendre accessibles aux enfants. On peut citer entre autres : l'installation de marchepieds pour atteindre les lavabos et la fourniture de récipients de petite taille que les enfants peuvent transporter.

Quelques recommandations pour qu'en situation d'urgence, les installations d'approvisionnement en eau soient adaptées aux enfants :

1. Consulter les enfants (qui sont des usagers à part entière) sur la conception et la configuration des points d'eau et veiller à ce que leur avis soient pris en compte et que les infrastructures choisies soient adaptées à leurs besoins
2. Si possible, installer des robinets solides, difficiles à casser. C'est un atout pour que l'accès à l'eau soit plus pérenne
3. Penser à inclure des enfants plus âgés dans les comités WASH et à impliquer plus souvent les enfants dans les discussions à propos de l'entretien des installations et à travers leur participation aux clubs d'hygiène

3) PROMOTION DE L'HYGIÈNE

La promotion de l'hygiène est un axe essentiel qui doit accompagner la mise en oeuvre d'infrastructures d'eau et d'assainissement. Les enfants ne doivent pas être uniquement considérés comme des participants aux séances d'éducation à l'hygiène mais bien comme de potentiels agents du changement au sein de leur communauté.

La promotion de l'hygiène peut et doit inclure des éléments qui concernent les enfants, en utilisant plusieurs modes d'interaction et en les impliquant dans la conception et l'essai du matériel. Voici quelques exemples d'approches axées sur les enfants qui ont déjà été mises en œuvre en situation d'urgence :

- Approche « Child-to-Child » ou « Enfant à Enfant » (et « Enfant à Communauté ») (voir Encadré 17)
- CHAST (formation des enfants à l'hygiène et à l'assainissement) - en Somalie
- Clubs de santé dans les écoles - dans de nombreux pays
- Clubs de santé communautaire (peuvent inclure des enfants mais aussi des clubs réservés aux enfants) - en Ouganda dans les camps IDP et au Darfour
- Éducation par les pairs[204]

© Save the Children/Humanitarian Innovation Fund

Photo 10 : Enfants autour d'une pompe manuelle qui approvisionne un village éthiopien en eau potable propre. La pompe a été installée par Save the Children après un tremblement de terre en 2009.

204 - Save the Children (2014) "Emergency WASH for children".

ENCADRÉ 17 : APERÇU DE L'APPROCHE « ENFANT À ENFANT »

L'approche « Enfant à Enfant » est une méthode d'enseignement qui encourage les enfants à participer activement au processus d'apprentissage et à mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Elle peut rendre l'éducation à la santé plus enthousiasmante. Elle met en avant le fait que, dans beaucoup de pays, les enfants s'occupent de leurs frères et sœurs plus jeunes. Ce rôle d'accompagnant leur confère une importance cruciale pour l'éducation à la santé et l'encadrement de leurs cadets. Les enfants peuvent aussi influencer d'autres membres de leur famille en les incitant à agir en faveur de la promotion de la santé dans les ménages et dans la communauté. Les écoles peuvent aussi devenir un exemple sanitaire pour le reste de la communauté ce qui crée une interaction en zigzag entre l'école et la communauté.

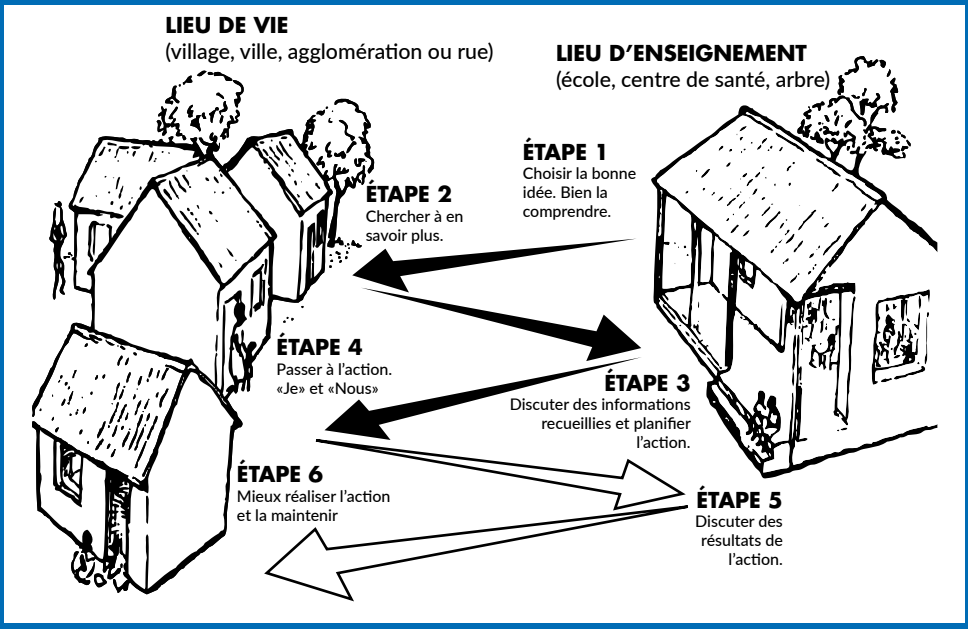


Figure 25 : Interaction zigzag de l'approche Enfant à Enfant

A - DÉMARRER LE PROJET

Rassemblement des enfants : les projets adoptant l'approche « Enfant à Enfant » doivent trouver un endroit qui permet de rassembler les enfants facilement et de façon régulière. Ce peut être une école, un centre de santé, ou tout autre lieu choisi par la communauté, comme un centre de nutrition, un point d'eau ou encore à l'ombre d'un arbre.

Choix des activités :
Les activités et les sujets abordés sont choisis par le comité de pilotage, le responsable du projet, les enfants ou une combinaison de ces personnes.

Toutes les activités doivent être :

- importantes pour la santé des enfants et de leur communauté
- faciles à comprendre pour les enfants
- simples à réaliser par les enfants
- intéressantes et ludiques !

B - DÉROULEMENT DU PROJET

L'expérience montre que les activités « Enfant à Enfant » sont plus efficaces si elles sont introduites étape par étape comme expliqué ci-dessous.

ÉTAPE 1 - PRÉSENTER « L'IDÉE » ET AIDER LES ENFANTS À MIEUX LA COMPRENDRE

Par exemple : Si l'idée consiste à soigner les enfants qui souffrent de la diarrhée : la diarrhée est dangereuse car elle peut provoquer la sous-nutrition voire le décès. Pour l'éviter, il faut un environnement propre, de l'eau potable et bien manger. Les enfants souffrant de la diarrhée peuvent mourir de déshydratation car la diarrhée entraîne une perte excessive de l'eau contenue dans le corps. C'est pourquoi il faut les réhydrater. Les boissons spéciales (SRO) peuvent être préparées par les enfants pour réhydrater un enfant touché par la diarrhée et éviter sa déshydratation. Pour aider les enfants à mieux comprendre les réactions et les sentiments des individus, on pourra utiliser des activités pratiques comme les jeux de rôle, les marionnettes, le récit d'histoires et les jeux. Par exemple, on pourra inciter les enfants à décrire leurs expériences à propos de la diarrhée en utilisant leur propre vocabulaire.

ÉTAPE 2 - INCITER LES ENFANTS À APPROFONDIR LA QUESTION

Les enfants sont capables d'obtenir des informations auprès d'autres enfants, de leurs parents et d'autres membres de leur communauté.

Par exemple : ils peuvent savoir combien de membres de leur famille ou groupe ont déjà eu la diarrhée et quels effets cela a-t-il produit sur eux?

ÉTAPE 3 - DISCUTER DES INFORMATIONS RECUEILLIES PAR LES ENFANTS ET PLANIFIER LES ACTIVITÉS.

Discuter des différentes actions possibles, chercher d'autres personnes qui pourraient aider les enfants à réaliser les actions pratiques et élaborer un plan d'action.

Par exemple : Que puis-je faire pour éviter d'avoir la diarrhée ? Que pouvons-nous faire lorsqu'un autre enfant est touché ? Que pouvons-nous faire pour que les autres connaissent les risques ?

ÉTAPE 4 - PASSER À L'ACTION

Organiser des activités pratiques à la maison. Partager les nouvelles idées et messages avec les membres de la famille et les amis. Organiser des activités dans le camp.

Par exemple : Préparer, mélanger et goûter une boisson thérapeutique réhydratante (SRO), administrer la SRO aux enfants souffrant de la diarrhée, veiller à faire connaître l'effet déshydratant de la diarrhée.

ÉTAPE 5 - DISCUTER DES RÉSULTATS DES ACTIVITÉS

Tester les connaissances et les compétences des enfants participants et des autres enfants du camp. Observer les comportements et les pratiques des adultes et des enfants.

Par exemple : Combien d'entre nous savent désormais préparer une boisson réhydratante ? Combien ont transmis les idées autour d'eux ?

ÉTAPE 6 - MIEUX RÉALISER L'ACTION LA PROCHAINE FOIS !

MESSAGES CLÉS

L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION EN SITUATION D'URGENCE

- À moins de fournir sans tarder des services d'eau et d'assainissement adéquats et de veiller à ce que les personnes ciblées respectent les bonnes pratiques d'hygiène, le risque de propagation des maladies liées aux conditions sanitaires (diarrhée, choléra, rougeole, scorbut, etc.) augmente rapidement. Ceci est valable pour tout type d'urgence allant des crises brutales provoquées par les catastrophes naturelles jusqu'aux crises de longue durée engendrées par des facteurs multiples et complexes.

- Il est essentiel d'inclure des **objectifs spécifiques à la nutrition dans les programmes WASH proposés par les acteurs de l'aide humanitaire.** Les réponses d'urgence en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène doivent tenir compte des besoins particuliers des nourrissons, des enfants de moins de deux ans, des femmes enceintes et allaitantes et des accompagnants.

- **En situation d'urgence, l'association des interventions de promotion WASH et ANJE est cruciale.** Le maintien et la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence sont considérés comme des interventions à caractère vital, essentielles pour la prévention comme pour le traitement de la sous-nutrition.

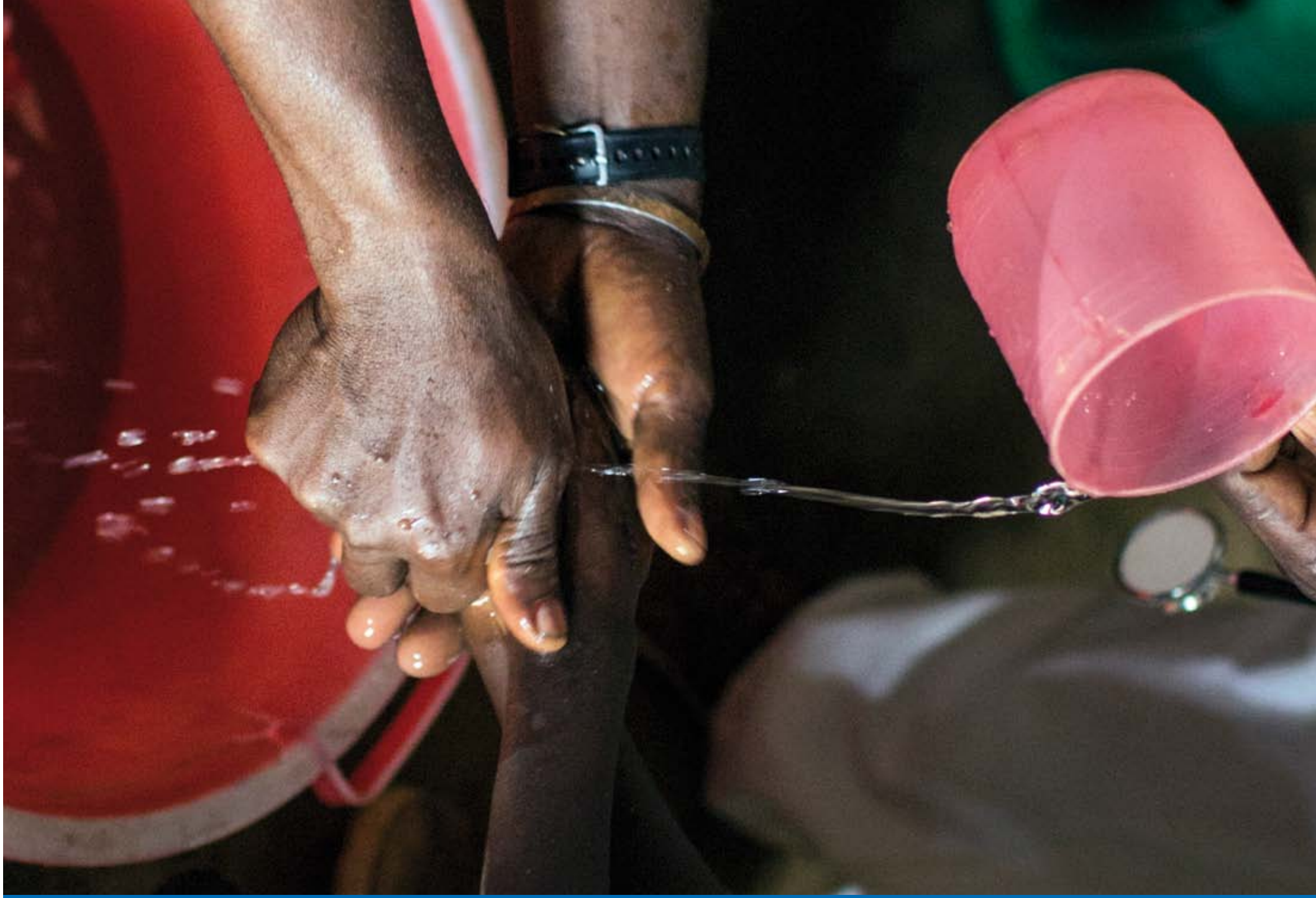
- En se focalisant davantage sur les enfants, les agences et les programmes d'aide humanitaire des secteurs WASH, Nutrition et Santé pourraient adopter une approche plus intégrée. Cela ne doit pas être vu comme un « plus » mais bien comme un aspect fondamental de toute intervention WASH en situation d'urgence.

5

DISPOSITIFS DE **SUIVI ET D'ÉVALUATION** DES **INTERVENTIONS INTÉGRÉES**

1. ASSURER LE SUIVI DES ACTIVITÉS INTÉGRÉES

2. ÉVALUER L'IMPACT DES ACTIVITÉS INTÉGRÉES



DISPOSITIFS DE **SUIVI ET D'ÉVALUATION** DES **INTERVENTIONS INTÉGRÉES**

CRITÈRES DE QUALITÉ POUR LA PROGRAMMATION ET L'ÉVALUATION D'UN PROJET

(Comité d'aide au développement, OCDE, adapté par ACF 2011)

1. ASSURER LE SUIVI DES ACTIVITÉS INTÉGRÉES

© B. Stevens/i-Images pour Action contre la Faim

Comme les projets classiques, ceux qui adoptent une stratégie intégrée doivent aussi être évalués en vue de connaître leur progression et de repérer les domaines à améliorer pour de futures intégrations. Le plan du suivi-évaluation du projet permettra d'évaluer en continu les activités WASH et Nutrition et leurs résultats. La base du suivi intégré repose sur l'élaboration d'un plan de suivi à partir du cadre logique du projet, en concertation avec les différents secteurs impliqués dans le projet, les partenaires et les autres parties prenantes concernées (p.ex. le personnel de santé et les agents de santé communautaire). Pour chaque objectif du cadre logique, le plan de suivi doit comprendre :

1. Pour chaque indicateur, la description des informations à recueillir et à analyser
2. Les méthodes de collecte de données (entretiens, observations, enquêtes CAP, etc.) et d'analyse
3. La fréquence des collectes de données et des analyses (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.)
4. Qui se charge de recueillir et d'analyser les données ?
5. Comment les données seront-elles utilisées, et dans quel format ? À qui seront-elles communiquées, par qui et quand ?

Le suivi intégré peut s'avérer compliqué car chaque secteur a ses propres indicateurs et ses propres méthodes de mesure. Pour éviter ces difficultés, les secteurs concernés discuteront ensemble des indicateurs à retenir et des méthodes de mesure. Ils regarderont **ensemble** les résultats du suivi afin d'identifier les questions ayant un intérêt commun et décideront **ensemble** des réponses à apporter aux informations issues du suivi, etc. Ainsi, tous les secteurs concernés seront impliqués et tenus responsables du suivi global des actions conjointes.

Les indicateurs propres à l'intégration en sont encore au stade d'élaboration[205]. Quoi qu'il en soit, les indicateurs retenus

205 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policy and programmers"

pour un projet intégré dépendent du contexte, du système d'information existant et des capacités d'action. L'important est de choisir des indicateurs interconnectés et mesurables ainsi que d'axer la réflexion sur les résultats. Il existe des indicateurs utilisés à l'échelle internationale qui peuvent servir à réaliser le suivi des activités WASH et Nutrition. L'Encadré 18 indique les indicateurs clés et indirects (proxy), préconisés par la stratégie WASH'Nutrition, pour effectuer le suivi des résultats à l'échelle de la région et du pays. On notera que ces indicateurs sont spécifiques à la prévention et au traitement de la malnutrition aigüe sévère. Les Lignes directrices multisectorielles pour le Suivi et Évaluation (2016), document développé par ACF, encouragent la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation qui soient multisectoriels et systématiques et incitent à travailler de manière transversale, entre les secteurs, pour améliorer et rationaliser les activités de suivi. Ci-dessous, figurent les indicateurs clés recommandés par ACF en fonction des secteurs. La partie ressources opérationnelles comprend un tableau avec des exemples d'indicateurs utilisés par l'OMS, l'UNICEF et USAID[206] pour évaluer les résultats et les impacts des projets WASH et Nutrition.

NOTE

Les indicateurs sur le lavage des mains sont délicats à mesurer et nécessitent une observation directe. Certaines ONG se basent encore sur des auto-déclarations pour mesurer ces indicateurs, mais il est désormais acté depuis longtemps, que l'auto-déclaration donne des résultats 2 à 3 fois supérieurs à ce qui est observé en réalité. Si on demande aux gens s'ils se lavent les mains avec du savon, ils répondront oui à 90 % ; mais l'observation montre qu'en moyenne, environ 17 % seulement se lavent les mains en sortant des toilettes (Curtis, 2014).

ENCADRÉ 18 : PROPOSITION D'INDICATEURS DE SUIVI POUR LA STRATÉGIE WASH'NUTRITION

INDICATEURS CLÉS :

- Pourcentage des centres de nutrition qui proposent le paquet minimum WASH
- Nombre d'enfants pris en charge pour la MAS ayant reçu le paquet minimum WASH (kit WASH avec des messages d'hygiène clés/comportement recommandés à l'attention des parents/accompagnants, et/ou participation aux activités WASH organisées au niveau de la communauté)
- Au moins un indicateur qualitatif comme par exemple le pourcentage de centres de nutrition dont l'eau utilisée pour les tests d'appétit contient du chlore résiduel

LES INDICATEURS PROXY sont également nécessaires au niveau de la communauté pour évaluer les pratiques des mères et enfants souffrant de malnutrition dans les ménages :

- Quelle quantité d'eau consommez-vous au niveau du ménage ?
- Combien vous faut-il de temps pour aller chercher l'eau dont le ménage a besoin ?
- Quel est la concentration de chlore résiduel dans l'eau conservée à domicile ?
- % des ménages disposant d'un accès permanent à une source d'eau améliorée
- % des ménages pratiquant le traitement de l'eau à domicile
- Consommation d'eau par personne et par jour
- % des ménages disposant de réserves d'eau conformes aux normes de l'OMS
- % des ménages qui mettent moins de 30 minutes pour aller chercher l'eau dont le ménage a besoin
- % des ménages disposant de savon
- % des mères qui se lavent les mains aux moments critiques
- % des ménages qui pratiquent la gestion hygiénique des excréments des enfants
- % des ménages qui utilisent des toilettes améliorées bien entretenues

206 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policy and programmers"

INDICATEURS CLÉS EN EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (WASH)

1. Prévalence de la diarrhée (% des enfants de moins de 5 ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux semaines précédentes)
2. Présence d'incitatifs pour le lavage des mains (% de ménages disposant d'un endroit bien identifié pour se laver les mains avec de l'eau et du savon/cendres)
3. Connaissance des moments critiques pour se laver les mains (% des ménages dont la personne responsable de l'eau connaît les cinq moments critiques : après avoir déféqué, après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué, avant de préparer des aliments, avant de manger et avant de nourrir un enfant)
4. Accès à une source d'eau améliorée (% de personnes disposant d'un accès à un point d'eau amélioré)
5. Utilisation des toilettes pour éliminer les excréments (% de ménages qui déclarent utiliser les toilettes à domicile ou collectives pour déféquer)
6. Gestion hygiénique des excréments des enfants (% de ménages qui déclarent les éliminer dans des toilettes protégées disposant d'un système de traitement et d'élimination des boues, ou par une autre méthode hygiénique)
7. Disponibilité des équipements WASH opérationnels dans les centres de santé, les hôpitaux et les écoles (% de centres de santé, d'hôpitaux et d'écoles disposant des 3 équipements WASH minimum (toilettes, eau et savon/cendres)

INDICATEURS CLÉS EN NUTRITION-SANTÉ

1. Couverture des interventions de santé essentielles (mettre l'accent sur les interventions pour la santé des enfants comme la prévention et/ou la prise en charge de la pneumonie, des IRA, de la diarrhée, du paludisme, de la vaccination contre la rougeole)
2. Couverture de la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA). La couverture fait référence aux personnes qui ont besoin d'un traitement par rapport à celles qui sont effectivement traitées
3. Proportion des patients de la PCMA déchargés guéris/rétablis (MAS et/ou MAM : nombre de patients rétablis divisé par le nombre total de patients sortants, multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage)
4. Proportion des patients de la PCMA déchargés décédés (MAS et/ou MAM : nombre de patients décédés pendant la prise en charge divisé par le nombre total de patients sortants, multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage)
5. Proportion des patients de la PCMA déchargés qui sont classifiés comme des abondants (MAS et/ou MAM : nombre d'abandon pendant la prise en charge* divisé par le nombre total de patients sortants, multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage)

   ** personne ayant manqué 2 visites consécutives et confirmé vivant par une visite à domicile*
6. Proportion de la population cible qui reçoit et prend une supplémentation en micronutriments avec une posologie correcte et une fréquence adaptée (% de personnes vivant dans la zone d'intervention et qui reçoivent une supplémentation en micronutriments : vitamine A, Zinc-SRO, micronutriments en poudre, supplémentation en fer et acide folique)

INDICATEURS CLÉS EN SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS (SMPS)

1. Évolution des pratiques liées à un allaitement optimal* chez les mères allaitantes : mesure la pertinence des pratiques d'allaitement pour les enfants âgés de 0-23 mois en tenant compte de l'âge de l'enfant et du type d'allaitement maternel (< 6 mois : allaitement maternel exclusif, entre 6 et 23 mois : poursuite partielle de l'allaitement). L'augmentation du nombre de mères ayant recours aux pratiques optimales d'allaitement a une influence indirecte sur la santé et la nutrition des enfants)

   ** Allaitement adapté à l'âge*
2. Évolution de la qualité des interactions entre les accompagnants et leurs enfants : mesure la pertinence et la qualité des interactions entre un proche soignant et un enfant (< 5 ans). Proportion des couples accompagnant-enfant dont les interactions sont de qualité

Source : ACF multisectorial - M&E Guideline 2016

2. ÉVALUER L'IMPACT DES ACTIVITÉS INTÉGRÉES

Cette dernière phase du cycle du projet consiste à effectuer l'appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité[207]. L'évaluation permet d'apprécier la pertinence et les résultats du projet mais aussi de le réorienter et, si besoin, d'y mettre un terme. L'évaluation sert aussi à souligner les enseignements que l'on peut tirer et les recommandations pour les projets futurs.

Lorsqu'on évalue un projet intégré qui comprend des initiatives WASH et Nutrition, deux questions essentielles s'imposent : À quel point l'approche était-elle intégrée ? Quels ont été les apports de l'approche intégrée ? Le Tableau 15 donne un aperçu des critères d'évaluation[208] qui peuvent être utilisés pour évaluer les projets intégrés WASH'Nutrition.

TABLEAU 15 : ÉVALUATION D'UN PROJET INTÉGRÉ

CRITÈRES D'ÉVALUATION	QUESTIONS D'ÉVALUATION
IMPACT	▸ Le projet a-t-il assez tenu compte du contexte social, culturel et institutionnel ? ▸ Le partage d'information entre les deux secteurs a-t-il permis de repérer les groupes cibles clés et de connaître l'impact du projet sur ces derniers ? ▸ L'intégration des deux secteurs a-t-elle un effet (court-terme) ou un impact (long-terme) tengible en terme de santé ?
COHÉRENCE	▸ La stratégie nutrition comprend-elle une dimension WASH ? Et inversement ? ▸ Le projet a-t-il été conçu en tenant compte des politiques WASH et Nutrition ?
COUVERTURE	▸ Dans quelle mesure les groupes cibles clés ont-ils bénéficié des éléments des deux secteurs du projet (WASH et Nutrition) ? Combien de personnes ont bénéficié a) des interventions uniquement WASH, b) des interventions uniquement nutritionnelles, c) des interventions intégrées ? ▸ Les deux secteurs ont-ils utilisé les moyens à leur disposition pour atteindre les groupes les plus vulnérables et ainsi assurer une couverture équitable, proportionnelle aux besoins ?
DURABILITÉ	▸ Le changement de comportement (analyse et conception) a-t-il été abordé avec une approche collaborative en tenant compte des bonnes pratiques reconnues ? ▸ Les modifications des installations WASH réalisées localement étaient-elles basées sur une analyse collaborative du contexte social et culturel ?
PERTINENCE ET APPROPRIATION	▸ L'objectif du projet a-t-il été traité de façon intégrée (analyse, planification, mise en œuvre) ? ▸ À quel point les personnes ciblées se sont-elles approprié les éléments WASH et nutrition du projet ?
EFFICIENCE	▸ Les ressources mobilisées pour le renforcement des capacités des équipes ont-elles été réparties en fonction des besoins des secteurs ? ▸ Le déploiement sur le terrain des équipes WASH et Nutrition a-t-il été effectué en tenant compte de l'expérience et des compétences de chacun ?
EFFICACITÉ	▸ Le projet, dans sa conception et sa gestion, a-t-il assez pris en compte les liens entre les objectifs communs ? ▸ La progression vers les objectifs s'est-elle faite de manière intégrée ?
QUESTIONS TRANSVERSALES	▸ Les deux secteurs ont-ils traité les questions transversales (p.ex. âge, sexe, handicap) de façon pertinente ?

Adapté du Guide ACF «Intégration des activités WASH et SMPS pour l'amélioration des projets d'aide humanitaire», (2013)

207 - Système d'évaluation de l'ONU (2016)
208 - D'après les critères OCDE CAD

© ACF Tchad, 2016

Photo 11 : Réunion de suivi d'un projet communautaire

Il existe plusieurs indicateurs permettant d'apprécier les effets à long terme ou les impacts résultant de l'action commune. On mesure généralement les indicateurs d'impact en comparant la situation finale à la situation initiale en terme de santé publique.

L'impact des interventions WASH sur la nutrition peut être amélioré par la mesure et le suivi d'indicateurs allant au-delà du simple accès aux services, à savoir l'utilisation, l'entretien des installations et le changement de comportement. Les indicateurs que l'on utilise le plus souvent pour évaluer l'impact des interventions WASH sont la prévalence[209] et l'incidence[210] de la diarrhée dans la population cible. On peut aussi utiliser d'autres indicateurs de morbidité comme la prévalence du paludisme ou des parasites intestinaux. Parmi les indicateurs d'impact sur le statut nutritionnel, on compte : la prévalence du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans, la proportion des femmes en situation de sous-poids[211], **la proportion des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer souffrant d'anémie et la proportion des bébés ayant un poids insuffisant à la naissance (< 2500 g).**

Les indicateurs anthropométriques, comme le poids et la taille, couplés à l'évaluation post-intervention WASH et Nutrition devraient également permettre de déterminer l'impact de l'action commune sur le statut nutritionnel. Il est important de signaler qu'il n'est pas possible de mesurer l'impact sur le retard de croissance sur une courte période. Il faut des programmes qui durent au moins 2 ans pour que ces conclusions soient valables[212].

209 - La prévalence désigne la proportion de personnes atteintes par une maladie à un instant donné
210 - L'incidence désigne le nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus durant une période de temps donnée dans une population donnée.
211 - Indice de masse corporel < 18.5
212 - OMS/UNICEF/USAID (2015) "Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene: practical solutions for policy and programmers"

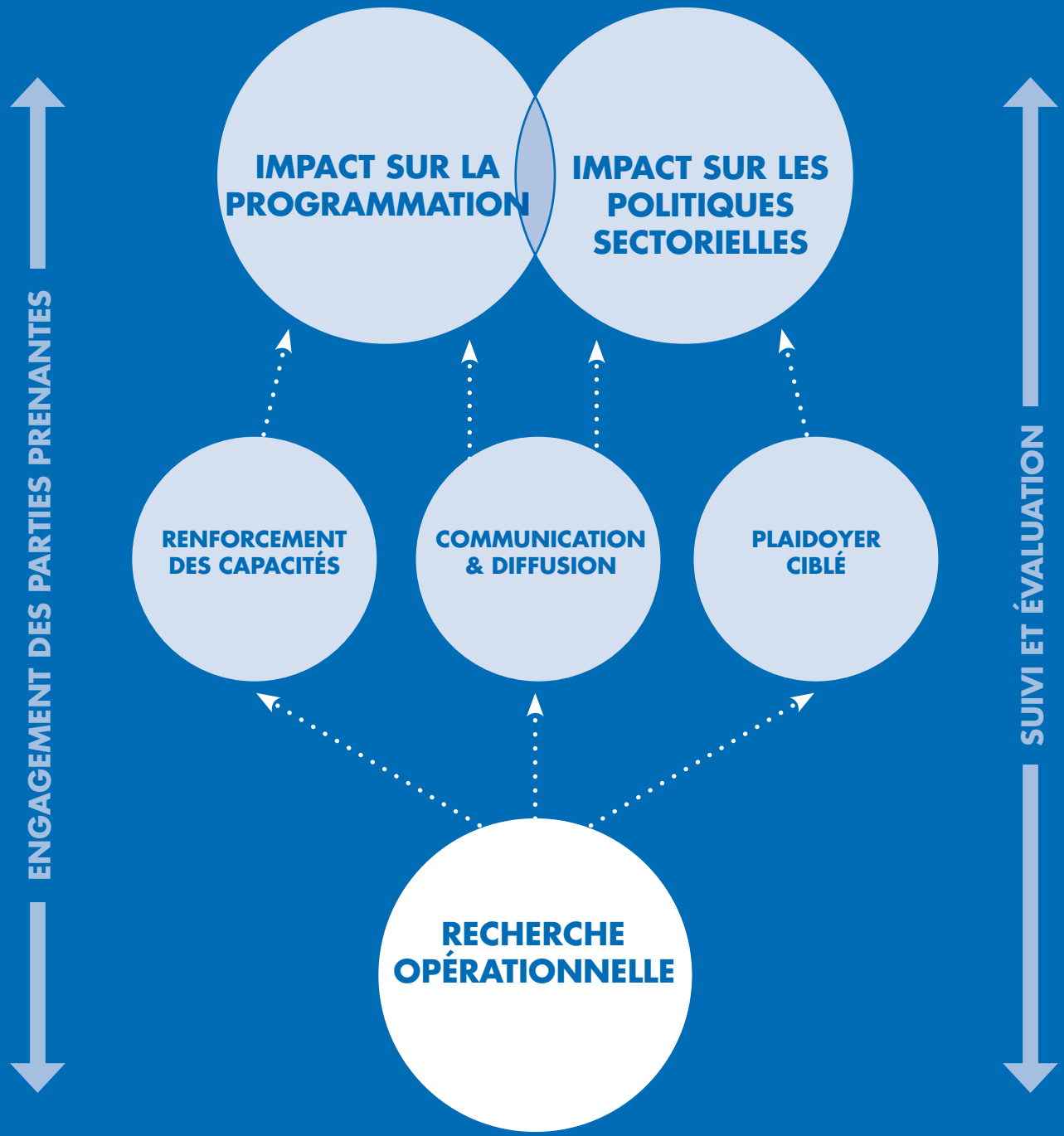
6

VERS LA MISE À L'ÉCHELLE

1. RECHERCHES OPÉRATIONNELLES
2. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS
3. COMMUNICATION ET DIFFUSION D'INFORMATIONS
4. PLAIDOYER CIBLÉ

© ACF – Pakistan, 2015

ASH Nutrition
RUM 2015
November 2015 • Gremiensaal • Deutsche Welle • Bonn
Federal Ministry for Economic Cooperation and Development
SANITATION AND WATER FOR ALL
GENERATION NUTRITION
giz
share



PROCESSUS DE MISE À L'ÉCHELLE

(UPTAKE)

1. RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

De plus en plus d'études montrent que la qualité de l'environnement sanitaire a non seulement des effets sur la réduction des maladies mais également sur le statut nutritionnel des enfants[213]. Les interventions WASH ont un impact positif sur le taux de retard de croissance, en particulier chez les enfants de moins de 2 ans[214]. Une étude menée au Pérou a montré que les enfants âgés de 2 ans vivant dans des conditions d'eau, d'assainissement et d'hygiène déplorables sont de plus petite taille (en moyenne 1,0 cm) que ceux qui ont accès aux meilleures conditions sanitaires possibles[215]. L'analyse des données transversales issues de 65 pays indique que 54 % des variations de taille des enfants au niveau mondial s'explique par la défécation à l'air libre. Cette corrélation est d'autant plus forte que la densité de population est élevée[216]. En Inde, la défécation à l'air libre est très répandue et la densité de population relativement élevée, les enfants sont donc plus exposés aux risques de retard de croissance, ce qui pourrait expliquer le « paradoxe asiatique » selon lequel les enfants asiatiques sont plus petits, en moyenne, que leurs homologues africains qui sont plus pauvres[217]. Alors que la corrélation entre les mauvaises conditions sanitaires (en particulier le mauvais assainissement) et le retard de croissance (faible taille pour l'âge) n'est plus à démontrer, les effets des interventions WASH sur le faible rapport poids/taille (émaciation) doivent encore faire l'objet de recherches approfondies. Davantage de données sont nécessaires pour mieux connaître les mécanismes WASH qui jouent sur les résultats nutritionnels et ainsi déterminer les modalités qui permettront aux interventions d'avoir un impact fort et durable[218]. Les recherches opérationnelles qui sont en cours devraient apporter de précieuses informations dans le domaine : l'étude Ouadinut[219]menée par ACF au Tchad, l'étude SHINE[220] (Sanitation Hygiene Infant Nutrition Efficacy) au Zimbabwe et les études menées par WASH Benefits[221] au Bangladesh et au Kenya.

ENCADRÉ 19 : EFFICACITÉ DE L'AJOUT D'UN KIT WASH « DOMICILIAIRE » DANS UN PROGRAMME AMBULATOIRE DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE

La stratégie WASH'Nutrition est très répandue dans la région du Sahel, elle comprend 5 piliers dont l'un consiste à fournir un paquet minimum WASH au niveau des structures de santé et des ménages. La remise d'un kit WASH « domiciliaire » aux accompagnants d'enfants atteints de malnutrition aigüe sévère (MAS) est faite en général dans le centre de santé. Ce kit est prévu pour limiter l'exposition de l'enfant à de nouveaux épisodes diarrhéiques améliorant ainsi les résultats en matière de nutrition. Toutefois, les preuves de son efficacité ne sont pas encore totalement avérées.

Dans le cadre d'un programme ambulatoire de réhabilitation nutritionnelle des enfants atteints de MAS, nous émettons l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la qualité de l'eau et des pratiques relatives à l'hygiène dans les ménages aurait un impact sur l'incidence des maladies liées aux conditions sanitaires, comme la diarrhée, les nématodes et l'entéropathie environnementale. Cela pourrait donc avoir un impact sur le gain de poids, le rétablissement et le taux de rechute. Afin de tester ces hypothèses, Action contre la Faim a mis en œuvre en 2016 dans les districts de Mao et Mondo (région de Kanem, au Tchad), un essai randomisé contrôlé par grappes dans le cadre d'un programme nutritionnel ambulatoire de nutrition en comparant deux bras : 1) groupe témoin : programme nutritionnel ambulatoire « classique », 2) groupe d'intervention : programme nutritionnel ambulatoire + kit WASH « domiciliaire ». Celui-ci comprend un récipient de stockage de l'eau de boisson, des consommables pour la désinfection de l'eau, du savon, une tasse et un fascicule de promotion de l'hygiène, le tout remis à l'accompagnant au début du traitement de la MAS. Les deux groupes ont participé à des séances de promotion de l'hygiène organisées toutes les semaines dans les centres de santé. Le projet de recherche a suivi (de l'admission à la décharge) 1600 enfants âgés de 6 à 59 mois pris en charge pour la MAS sans complications dans 20 centres de santé. Les enfants déchargés (sortant du programme) considérés comme guéris ont aussi été suivis a posteriori : deux visites à 2 et 6 mois après la décharge. L'objectif principal est de comparer les taux de guérison et de rechute des deux groupes. Les objectifs secondaires consistent à comparer la durée de traitement, le gain de poids, le taux de morbidité, la qualité de l'eau à domicile et les pratiques d'hygiène dans les deux groupes.

Ce projet est réalisé en partenariat avec Action contre la Faim - France, l'Institut de médecine tropicale d'Antwerp en Belgique et l'Association Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) au Tchad. Le financement du projet est assuré par ACF et le Département Britannique du Développement International (DFID). Les résultats complets seront publiés prochainement.

Source : ACF, ITM, ASRADD : L'étude Ouadinut, région de Kanem, Tchad

Même si des incertitudes demeurent, les acteurs de l'aide humanitaire, bailleurs inclus, s'accordent à dire qu'il y a suffisament de preuves pour justifier et soutenir l'approche intégrée WASH'Nutrition dans leurs interventions.

213 - Dangour et al, 2013 ; Ikeda et al, 2013.
214 - Dangour et al, 2013.
215 - Checkley, W., R.H. Gilman, R.E. Black, et al (2004) "Effect of water and sanitation on childhood health in a poor Peruvian peri-urban community".
216 - Spears D & the World Bank (2013) "How much international variation in child height sanitation can explain?"
217 - SHARE/LSHTM/WaterAid (2015) "Undernutrition and water, sanitation and hygiene".
218 - WASHPlus (2015) "Integrating WASH and Nutrition – learning brief".
219 - https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02486523
220 - https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01824940
221 - http://www.washbenefits.net/

2. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Un certain nombre d'institutions proposent des ateliers, et mettent à disposition (en ligne) des supports de formation et des manuels qui s'adressent à plusieurs types d'acteurs : décideurs, leaders communautaires, agents des pouvoirs publics mais aussi personnel technique, élèves et familles. Si vous voulez élargir et approfondir vos connaissances sur la santé, la nutrition ou l'eau-assainissement-hygiène, la liste de formations ci-dessous vous aidera à trouver les informations que vous cherchez.

INSTITUTION	SUJET	DOCUMENTS DE FORMATION	LANGUES
ACF Fondée en France, Action contre la Faim est reconnue comme l'une des principales organisations luttant contre la faim dans le monde.	WASH Nutrition Santé Pratiques de soins	Matériel d'auto-formation : *http://www.actionagainsthunger.org/media/policies-manuals*	Anglais Français Espagnol
CAWST Organisation caritative canadienne spécialisée dans l'ingénierie. Sa mission consiste à lutter contre le manque d'eau et d'assainissement par l'amélioration des connaissances et des compétences des populations afin que les individus puissent les mettre en œuvre par eux-mêmes.	WASH	Nombreux documents d'auto-formation : *http://resources.cawst.org/home?lang=en* Ateliers de formation : *http://www.cawst.org/services/training*	Anglais Français Espagnol
Emergency Nutrition Network Organisation caritative internationale basée au Royaume-Uni. Elle a été créée pour améliorer les pratiques et renforcer la mémoire institutionnelle des organismes d'aide humanitaire dans les secteurs de l'alimentation et de la nutrition d'urgence.	Nutrition	Programme des ateliers et formations : *http://www.en-net.org/forum/15.aspx*	Divers
FHI360 Organisation de développement humain à but non lucratif dédiée à l'amélioration durable des conditions de vie en proposant des solutions intégrées et dirigées localement.	WASH Santé Nutrition	Ateliers et cours de formation : *http://www.fhi360.org/services/capacity-building*	
Réseau allemand du secteur WASH (GWN) Ce réseau a été fondé en 2011, c'est un partenariat d'ONG allemandes impliquées dans l'aide d'urgence, l'aide de transition et dans la coopération internationale pour le développement.	WASH	Programme des ateliers et formations, incluant la série de formations : «WASH in Emergencies » *http://www.washnet.de/en/training/*	German English
GIZ La Deutsche Gesellschaft für Internationale. Zusammenarbeit (GIZ) GmbH dirige des projets pour améliorer l'assainissement dans plus de 25 pays, elle est financée par le Ministère Fédéral de la Coopération Économique (BMZ).	WASH	Soutien à l'élaboration des stratégies de développement des ressources humaines via des ateliers, des cours universitaires et des programmes scolaires en proposant des documents et des cours de formation en ligne : *https://www.giz.de/en/ourservices/sustainable_infrastructure.html*	Allemand Anglais
Global Nutrition Cluster Il a pour but de coordonner et d'améliorer l'efficacité des programmes de réponse humanitaire en jouant sur la prédictibilité, la redevabilité et le partenariat.	Nutrition Santé	Modules de formation et enseignement en ligne sur l'urgence, la sensibilisation, l'évaluation, etc. : *http://nutritioncluster.net/trainings/*	Anglais Français
Global WASH Cluster Il a pour but de coordonner et d'améliorer l'efficacité des programmes de réponse humanitaire en jouant sur la prédictibilité, la redevabilité et le partenariat.	WASH	Ressources de formation et enseignement en ligne sur la promotion de l'hygiène et l'urgence : *http://washcluster.net/training-resources/* Kit d'outils WASH (p.ex. outils, évaluation, données, plan stratégique, visualisation, reporting...) : *http://washcluster.net/im-toolkitpage/*	Anglais Français Espagnol
SuSanA L'alliance pour l'assainissement durable (Sustainable Sanitation Alliance - SuSanA) est un réseau ouvert international dont les membres partagent une vision commune de l'assainissement durable.	WASH	Matériel d'auto-formation et documents pour conférences : *http://www.susana.org/en/resources/library* Programme des ateliers, des formations et des webinaires : *http://forum.susana.org/forum/categories/9-announcements-and-miscellaneous*	Divers

Université de Southampton Université consacrée à la recherché publique, elle est située à Southampton en Angleterre. Elle fait partie des principales universités de recherche britanniques et elle obtient systématiquement de très bonnes évaluations sur ses activités d'enseignement et d'apprentissage. Elle propose un large choix de cours en ligne gratuits.	WASH Nutrition Santé Épidémiologie Statistiques	Cours en ligne gratuits sur les statistiques. Ce module de cours en ligne enseigne les notions de base des statistiques en rapport avec la santé. *http://www.med.soton.ac.uk/stats_eLearning/index.html* Autres documents d'enseignement en ligne dédiés principalement au personnel médical (santé mentale, santé publique) : *https://www.som.soton.ac.uk/learn/elearning/materials/som/*	Anglais
UNICEF Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance est une agence des Nations Unies basée à New York consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants. Elle propose son aide, dans les domaines de l'humanitaire et du développement, aux enfants et aux mères des pays en développement.	WASH-Nutrition	Kit d'outils WASH'Nutrition : Guide for Practical Joint Actions Nutrition-Water, Sanitation and Hygiene (WASH) - UNICEF East Asia and Pacific Regional Office Juin 2016. Ce document fait partie de la Stratégie Nutrition UNICEF EAPRO qui contient un module WASH obligatoire et des conseils proposés par le trio OMS/UNICEF/USAID sur les solutions pratiques pour améliorer la nutrition avec des actions WASH. *https://www.unicef.org* Stratégie "WASH in NUT" : Groupe Régional WASH Afrique de l'Ouest et Centrale 2014. Cette stratégie régionale a été développée en 2012 lors de la crise alimentaire et nutritionnelle au Sahel. Elle a été mise à jour en 2015. Révisée à l'occasion d'un processus consultatif en 2014, elle reste une stratégie inter-sectorielle qu'il est possible d'adapter au contexte local et national de chaque pays. *http://www.pseau.org/outils/biblio/resume.php?d=6035*	Anglais Anglais Français
WASHplus Dirigé par le FHI 360, ce projet est dédié au soutien des ménages et des communautés afin d'améliorer l'accès, les pratiques et les résultats sur la santé en rapport avec l'eau, l'assainissement et l'hygiène.	WASH WASH-Nutrition	Outils et matériels de formation sur le changement de comportement, l'hygiène menstruelle, l'école et les ménages : *http://www.washplus.org/resources/tools-and-training-resources* Webinaires : *http://www.washplus.org/resources/webinars*	Divers
WaterAid ONG internationale consacrée à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement.	WASH	Matériel d'auto-formation : *http://www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications*	Anglais Français Espagnol Portugais
WEDC Le Centre de l'Eau, de l'Ingénierie et du Développement (WEDC) est l'un des principaux établissements d'enseignement et de recherche WASH au monde et a pour mission de développer les connaissances et les capacités en eau et assainissement WASH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.	WASH	Notes techniques sur les situations d'urgence dédiées aux techniciens, ingénieurs, agents pour la promotion de l'hygiène et personnel d'agence (sièges sociaux) : *http://wedc.lboro.ac.uk/knowledge/notes_emergencies.html* Guide pratiques d'auto-formation : *https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/search.html?q=series %3A %22WEDC+Guide %22&l=10&p=1&s=score&o=desc*	Anglais Français
OMS - UNICEF - USAID L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est une agence spécialisée des Nations Unies consacrée à la santé publique dans le monde Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance est une agence basée à New York consacrée à l'amélioration et à la promotion de la condition des enfants. Elle propose son aide, dans les domaines de l'humanitaire et du développement, aux enfants et aux mères des pays en développement. L'USAID est l'agence gouvernementale des États-Unis qui œuvre pour éliminer l'extrême pauvreté et permettre aux sociétés résilientes et démocratiques de développer leur potentiel.	WASH-Nutrition	Document : Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene Ce document propose des solutions pratiques pour les politiques et les programmes, il a été élaboré conjointement par l'UNICEF, l'OMS et l'USAID. Il résume les connaissances actuelles sur les bienfaits des améliorations sanitaires sur la nutrition. Il décrit comment inclure des interventions WASH dans les politiques et les programmes nationaux de nutrition. *http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/washandnutrition/en/*	Anglais

3. COMMUNICATION ET DIFFUSION D'INFORMATIONS

Dans les pages suivantes, vous trouverez une description rapide des plateformes de communication et des réseaux techniques qui réunissent divers acteurs ayant comme centre d'intérêt commun la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène. Ces plateformes jouent un rôle essentiel si vous souhaitez vous tenir au courant des recherches et résultats récents, avoir accès à divers documents en ligne, participer à des discussions techniques, en savoir plus concernant les projets WASH et Nutrition à travers le monde et diffuser des informations concernant vos propres expériences et projets.

SUSTAINABLE SANITATION ALLIANCE - SUSANA

L'alliance pour l'assainissement durable (Sustainable Sanitation Alliance - SuSanA) est un réseau ouvert international dont les membres partagent une vision commune de l'assainissement durable et dont l'objectif est d'améliorer le partage des connaissances et des expériences dans le domaine de l'assainissement durable, et de renforcer la prise de conscience politique sur ce sujet. SuSanA a vu le jour début 2007 et se positionne comme une plateforme de coordination et de travail, un organe de réflexion et un contributeur au dialogue politique sur l'assainissement durable.
Elle fait le lien entre les expériences de terrain et une communauté engagée constituée de professionnels, de responsables politiques, de chercheurs et d'universitaires de différents niveaux, dans le but de promouvoir l'innovation et les bonnes pratiques en matière de politique, de programmation et de mise en œuvre. L'objectif général de SuSanA est de contribuer à atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) par une approche systémique de l'assainissement qui tient compte de tous les aspects de la durabilité. En plus de son site internet, qui propose une bibliothèque en ligne, un calendrier d'évènements, plus de 10 groupes de travail thématiques et un chapitre régional, SuSanA encourage un dialogue dynamique et régulier à travers un forum d'expression libre où peut avoir lieu un apprentissage mutuel et des échanges (questions, réponses, opinions) entre les membres du réseau. Les rencontres SuSanA ont généralement lieu en même temps que les réunions des groupes de travail ce qui est l'occasion d'échanger et prendre contact avec des passionnés de l'assainissement durable.
L'assainissement et la nutrition sont deux axes stratégiques qui font partie de la Feuille de route 2015-2018 de SuSanA, ils sont traités par le groupe de travail n°12 : WASH et Nutrition. La plateforme en ligne de SuSanA propose de nombreuses ressources sur le sujet : une sélection d'articles dans la bibliothèque, la documentation complète du Forum WASH'Nutrition (Bonn, Allemagne 2015) et un forum dédié au groupe de travail WASH et Nutrition dans lequel sont publiées des actualités, des activités et des questions sur le sujet.
http://www.susana.org/en/working-groups/wash-and-nutrition

EMERGENCY NUTRITION NETWORK - ENN

L'ENN est une organisation caritative internationale basée au Royaume-Uni. Elle a été créée pour améliorer les pratiques et renforcer la mémoire institutionnelle des organismes d'aide humanitaire dans les secteurs de l'alimentation et de la nutrition d'urgence. Fondée à Dublin en 1996 par Jeremy Shoham et Fiona O'Reilly, elle a déménagé à Oxford en 2004. À travers son réseau et son soutien à l'apprentissage, l'ENN contribue à constituer une base de données factuelles pour la programmation en nutrition. Son action se focalise sur les communautés en situation de crise, typiquement les situations d'urgence humanitaire, et dans les endroits où la sous-nutrition est un problème grave et récurrent. Le travail de l'ENN couvre à la fois la programmation spécifique à la nutrition, comme la prise en charge de la sous-nutrition aigüe, et la programmation sensible à la nutrition, qui touche à la protection sociale, l'agriculture, la santé et l'eau-assainissement-hygiène (WASH).
L'ENN a adopté une nouvelle stratégie qui consiste à élargir son champ d'action au-delà des contextes de crise pour couvrir également les États fragiles, touchés par les conflits et les pays confrontés au lourd fardeau de la sous-nutrition. L'ENN va adopter un rôle croissant dans la gestion des connaissances du SUN Movement et du Global Nutrition Cluster.
http://www.ennonline.net

COALITION BABYWASH

C'est une initiative qui a été lancée en septembre 2016 pour une durée initiale de 5 ans. C'est un groupe multi-acteurs dont le but est d'améliorer l'intégration des secteurs WASH, Développement de la petite enfance (DPE), Nutrition et Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans les programmes, les politiques et les financements dans le but de préserver le bien-être des enfants au cours de leurs 1000 premiers jours.

Elle reconnaît que les barrières à l'intégration sont nombreuses (politiques, attitudes, financements) et vise donc à fédérer les forces pour faire tomber ces barrières et faire entendre que l'approche intégrée est utile et nécessaire pour atteindre les ODD. Pour ce faire, la coalition s'engage à mettre l'accent sur le plaidoyer, le développement d'indicateurs intégrés et la publication de recommandations sur les bonnes pratiques de programmation.
http://babywashcoalition.org/

WASHPLUS

Depuis 2010, le projet WASHplus, financé par l'USAID, intervient au niveau mondial et national pour stimuler le dialogue et renforcer les connaissances et les preuves concernant l'intégration d'éléments WASH dans les programmes Nutrition. L'initiative cherche également à mettre en commun les expériences et les approches en matière d'intégration des deux secteurs. Le projet WASHplus a largement contribué à inscrire des éléments WASH dans la Stratégie multisectorielle pour la nutrition de l'USAID 2014-2025, tout comme le volet Nutrition fait partie intégrante de la Stratégie eau et développement 2013-2018 de l'agence.
http://washplus.org/

COALITION EAU

La Coalition Eau est un regroupement d'ONG françaises du secteur de l'eau et de l'assainissement. Depuis 2006, la Coalition Eau se mobilise autour de messages forts, qu'elle porte auprès des décideurs à tous les niveaux, pour promouvoir un accès durable à l'eau potable et à l'assainissement pour tous, tout en préservant les ressources en eau. Elle vise à alerter les décideurs pour faire de l'eau une priorité politique et financière de l'agenda national et international. La Coalition Eau est un collectif informel, selon le souhait de ses ONG membres. Son fonctionnement s'apparente à celui d'une association. En plus de ses activités de plaidoyer, la Coalition Eau propose ses services en expertises et analyses, mobilisation des réseaux, formation, informations et sensibilisation, y compris en relation avec les secteurs WASH et Nutrition.
http://www.coalition-eau.org

END WATER POVERTY (EWP)

Lancée en 2007, End Water Poverty est la première campagne mondiale pour mettre fin à la crise de l'eau et de l'assainissement. En 2007, la coalition regroupait un petit nombre d'ONG, aujourd'hui, elle est composée de 260 organisations qui mènent ces campagnes dans 60 pays à travers le monde. Chaque organisation mène sa campagne avec d'autres membres d'End Water Poverty à des moments stratégiques de l'année, comme la période autour de la Journée mondiale des toilettes ou de la Journée mondiale de l'eau, ou en intervenant dans le processus d'élaboration des politiques internationales, comme l'Agenda 2030 pour le développement durable. En 2010, les campagnes EWP ont abouti à la création du Partenariat Eau et Assainissement pour tous (Sanitation and Water for All - SWA).
http://www.endwaterpoverty.org

GERMAN WASH NETWORK (GWN)

Le réseau WASH allemand regroupe 20 ONG allemandes internationales du secteur de l'eau-assainissement-hygiène. L'objectif de ce réseau est de renforcer le secteur WASH par le plaidoyer, le partage de connaissances et des projets de collaboration spécifiques.
Avec son réseau d'organisations spécialisées dans les différents domaines clés des secteurs WASH et Nutrition, le réseau WASH allemand a décidé de se focaliser sur la relation négligée entre WASH et nutrition à travers l'organisation de la Conférence de Bonn sur les interactions entre les secteurs eau, énergie et sécurité alimentaire en 2011. Dès lors, le réseau plaide pour une meilleure intégration WASH'Nutrition avec l'appui de ses partenaires. Le GWN a tenu deux séminaires sur l'eau-assainissement-hygiène et la nutrition lors de la Semaine mondiale de l'eau de Stockholm en 2012 et 2015. L'initiative a débouché sur l'organisation d'un Forum WASH et Nutrition à Bonn en 2015, première conférence internationale axée spécifiquement sur le thème de l'interaction entre les secteurs WASH et Nutrition.
www.washnet.de/en

4. PLAIDOYER CIBLÉ

INTRODUCTION

C'est grâce à l'action de plaidoyer que l'on peut influencer les politiques. Le plaidoyer désigne toute action citoyenne ou menée par des organisations de la société civile dans le but de changer les politiques, les comportements et les pratiques, qu'ils soient sociétaux ou gouvernementaux, et de défendre les droits et les lois. Dans le cadre de l'intégration WASH'Nutrition, le plaidoyer joue un rôle essentiel pour trois raisons :

1. Il donne la parole aux citoyens, en particulier aux plus vulnérables, sur des sujets qui sont importants pour eux et vise à préserver leurs droits et à encourager le changement au niveau des politiques publiques
2. Il aide les populations à accéder aux informations et aux services
3. Il permet d'assurer la redevabilité des gouvernements : la société civile et les acteurs non-gouvernementaux demandent et rappellent aux gouvernements de respecter les lois et d'assumer leurs responsabilités[222]

Le travail de plaidoyer varie beaucoup selon l'objectif, le groupe cible, l'échelle et les ressources à disposition. Les principaux défis du plaidoyer WASH'Nutrition sont la sensibilisation à la corrélation entre les deux secteurs et le partage de connaissances entre les deux secteurs. Plusieurs initiatives et coalitions ont commencé à plaider pour des programmes et des politiques WASH et Nutrition dirigés de façon intégrée. Si l'on cherche à atteindre des objectifs communs, l'action conjointe a prouvé son efficacité pour améliorer les services, faciliter le dialogue avec les gouvernements et parvenir à modifier les politiques. Un autre facteur de réussite dans la poursuite d'objectifs communs est la participation de « champions » (hommes politiques, leaders communautaires, agents de santé, enseignants, personnalités, etc.), défenseurs de la lutte contre la sous-nutrition infantile. N'hésitez pas à faire appel à ces « champions » pour soutenir l'intégration WASH'Nutrition.

Il existe plusieurs mécanismes possibles pour plaider en faveur de l'harmonisation des actions en matière d'eau-assainissement-hygiène et de nutrition. Le Tableau 16 propose une liste d'approches et d'outils de plaidoyer basés sur les suggestions formulées par WaterAid. Voici d'autres méthodes qui peuvent servir à élaborer votre plaidoyer :

- Production de supports d'information (fiche d'information, newsletter, clips vidéo[223])
- Organisation de forums d'échange entre les parties prenantes (bailleurs, ONG)[224]
- Création de partenariats avec des hommes politiques ou des personnalités qui soutiennent votre cause
- Organisation de forums d'échange entre les parties prenantes (bailleurs, ONG)[225]

Les Journées mondiales, définies par les Nations Unies, sont d'excellentes occasions pour organiser des activités de plaidoyer conjointes WASH'Nutrition au niveau local, national mais aussi international. (voir Encadré 20)

NOTE

Quelques conseils avisés pour accroître l'impact de vos plaidoyers :

- *Les fiches d'information qui s'adressent au grand public et aux personnes décisionnaires doivent être simples et faciles à comprendre. Afficher les chiffres les plus parlants et les plus importants au début du document ou dans des encadrés afin qu'ils soient bien en vue.*
- *Maintenir une communication régulière avec les personnes décisionnaires pour qu'elles gardent vos demandes à l'esprit. Pour ce faire, il faut leur adresser fréquemment des documents, publications et études récentes.*

222 - WaterAid/ UKaid (2013) "Engagement and advocacy for better WASH governance"
223 - Exemple de clip vidéo : Generation Nutrition (2015), "Sanitation and nutrition: Let's break the vicious cycle!"
224 - WASplus (2015), WASHplus Learning Brief – Integrating WASH and Nutrition
225 - Ibid

TABLEAU 16 : OUTILS DE PLAIDOYER POUR PROMOUVOIR L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION

TOUS NIVEAUX	ORGANISATIONS À BASE COMMUNAUTAIRE (OBC)
▸ Invoquer les lois, les constitutions des pays, les droits et les politiques en tant que fondement du plaidoyer ▸ Création de réseaux et recherche d'alliés ▸ Organisation de rencontres, dialogues, tables rondes, etc. ▸ Organisation de réunion multi-acteurs ▸ Organisation de visites d'apprentissage	**SENSIBILISATION** ▸ Théâtre/musique/comédie ▸ Récit d'histoires ▸ Donner des exemples à partir d'études de cas ▸ Débats communautaires ▸ Outils de cartographie sociale et d'évaluation participative ▸ Réunions entre les structures de niveau communautaire ▸ Participer aux évènements sportifs, concerts, etc. ▸ Organiser des visites d'apprentissage entre les communautés ▸ Réunions entre les communautés et leurs leaders, chefs, etc. ▸ Prospectus, manuels, etc
COMMUNICATION ET MÉDIAS	**COLLECTE DE PREUVES ET ENVIRONNEMENT EXTERNE AU PLAIDOYER**
▸ Création de groupes de journalistes spécialistes WASH et Nutrition ▸ Interviews, communiqués de presse et articles ▸ Programmes radio et spots TV ▸ Présentations vidéo et DVD ▸ Prospectus, fascicules, magazines, affiches, etc. ▸ Mobilisation lors des Journées mondiales (ou nationales) liées aux secteurs WASH et Nutrition (p.ex. Journée mondiale du lavage des mains) ▸ Diffusion de documents sur la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène	▸ Carte communautaire de performances (en anglais : community scorecard) ▸ Services de cartographie ▸ Audits et suivi des budgets des instances publiques ▸ Jurys populaires ▸ Ateliers médiatiques réunissant communautés et journalistes

ENCADRÉ 20 : JOURNÉES MONDIALES D'INTÉRÊT COMMUN POUR LES SECTEURS WASH ET NUTRITION

- Journée mondiale de l'eau 22 mars
- Journée mondiale de la santé 7 avril
- Journée mondiale contre le paludisme 25 avril
- Journée mondiale de l'hygiène menstruelle 28 mai
- Journée mondiale de l'environnement 5 juin
- Journée mondiale de l'allaitement maternel semaine du 1 au 7 août
- Journée mondiale de l'aide humanitaire 19 août
- Journée mondiale du lavage des mains 15 octobre
- Journée mondiale de l'alimentation 16 octobre
- Journée mondiale des toilettes 19 novembre
- Journée mondiale de l'enfance 20 novembre
- Journée mondiale des droits de l'Homme 10 décembre

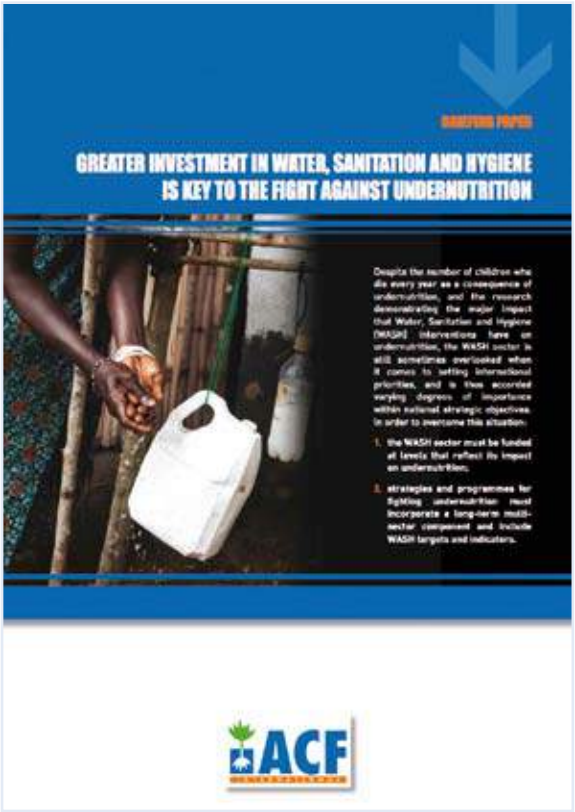


Photo 12 : Exemple de prospectus de plaidoyer WASH'Nutrition
Source : ACF, Afghanistan, 2014

CAMPAGNES DE PLAIDOYER

BONN WASH Nutrition FORUM 2015

DIALOGUE POLITIQUE & FORUM DE DISCUSSIONS THÉMATIQUES

Depuis la Conférence de Bonn sur les interactions entre les secteurs Eau, Énergie et Sécurité Alimentaire en 2011, le lien entre la WASH et la nutrition est devenu un sujet stratégique du Forum allemand. De façon à sensibiliser la communauté internationale à cette question, le réseau et ses partenaires ont tenu deux séminaires sur la WASH et la nutrition pendant les Semaines mondiales de l'eau de Stockholm et ont créé le groupe de travail WASH et Nutrition du Sustainable Sanitation Alliance (SuSanA) en 2012. L'initiative a débouché sur le Forum WASH et Nutrition de Bonn en 2015, première conférence internationale axée spécifiquement sur le thème de l'interaction entre les secteurs WASH et Nutrition. Le Forum avait pour objectif de faciliter le dialogue au niveau institutionnel et opérationnel. L'événement a permis de regrouper des experts WASH et Nutrition de plus de 50 organisations et 23 pays qui ont apporté divers points de vue et contributions aux débats et discussions pendant les « sessions miroir ». Ces sessions miroir ont été menées pour les deux rapports internationaux de suivi (le GLAAS et le Global Nutrition Report), pour les deux plateformes internationales principales (le Partenariat eau et assainissement pour tous et le Mouvement SUN) et les Clusters Globaux. Les participants ont pu entendre divers points de vue : celui de pays (le Burkina Faso et le Sud-Soudan), celui d'un bailleur de fonds (l'Allemagne), ceux de réseaux de la société civile (End Water Poverty et Génération Nutrition) et celui d'une organisation à base communautaire (Progress Coordinating Trust, Zimbabwe). Les conclusions du Forum ont permis d'établir un ensemble de recommandations, une feuille de route et des engagements concernant les approches opérationnelles viables, la recherche, les politiques et le plaidoyer adapté à l'approche WASH'Nutrition.

GENERATION NUTRITION

Campagne internationale organisée par Action contre la Faim et menée par la société civile entre 2014 et 2016. L'objectif de la campagne était de travailler auprès des pouvoirs publics pour les inciter à mettre fin aux décès d'enfants liés à la sous-nutrition. 85 organisations partenaires ont concouru à la campagne, dans 12 pays : Burkina Faso, République Tchèque, France, Inde, Italie, Kenya, Népal, Philippines, Espagne, Royaume-Uni, États-Unis et Zimbabwe. Plusieurs ONG et coalitions des secteurs de l'eau et de l'assainissement ont rejoint la campagne dont End Water Poverty, WaterAid et Coalition Eau. Étant donné l'impact des mauvaises conditions sanitaires sur la sous-nutrition des enfants, la campagne a œuvré pour garantir des améliorations durables dans les secteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Dans cette optique, Génération Nutrition appellait les gouvernements et les acteurs du développement à 1) réaliser suffisamment d'investissements dans l'eau, l'assainissement et l'hygiène et 2) intégrer davantage les programmes nutrition, santé et WASH. Une des façons d'encourager cette intégration consiste à instaurer des mécanismes de financement plus flexibles permettant d'investir dans les trois secteurs mais dans le cadre d'un seul programme. La campagne incluait également un travail de sensibilisation du grand public : dans le cadre de la Journée mondiale des toilettes 2015, Génération Nutrition a réalisé une petite vidéo expliquant les liens entre l'assainissement et la nutrition. La vidéo a été traduite en six langues et partagée sur le web.

NO WASTED LIVES

Fondée en 2016, la campagne No Wasted Lives regroupe USAID, UKAID, ECHO, UNICEF et ACF dans le but de catalyser la lutte mondiale contre la malnutrition aigüe sévère (MAS), la forme la plus mortelle de la maladie. En effet, la MAS touche aujourd'hui 16 millions d'enfants dans le monde et est à l'origine de 1 à 2 millions de morts par an. L'objectif de No Wasted Lives est de faire en sorte que d'ici à 2020, les 6 millions d'enfants sévèrement malnutris puissent avoir accès à un traitement de secours, ce qui équivaut à doubler le nombre d'enfants ayant accès au traitement.

La campagne a défini 3 objectifs précis : faire de la MAS une priorité, trouver des moyens de prévention et de traitement efficaces et mobiliser des fonds tout en optimisant la façon de le dépenser. Pour atteindre ces objectifs, la coalition développera trois axes de travail : un catalyseur technique (développement d'idées innovantes incitant à l'apprentissage et à l'action), un Forum bailleurs (pour inciter les gouvernements et les bailleurs à débloquer des nouveaux fonds pour la santé), un programme de plaidoyer (pour une meilleure compréhension de la MAS).

ACF est activement impliquée dans la coalition No Wasted Lives par sa participation à la mise à l'échelle du traitement de la MAS et à la promotion de l'approche multisectorielle pour lutter contre ce fléau.

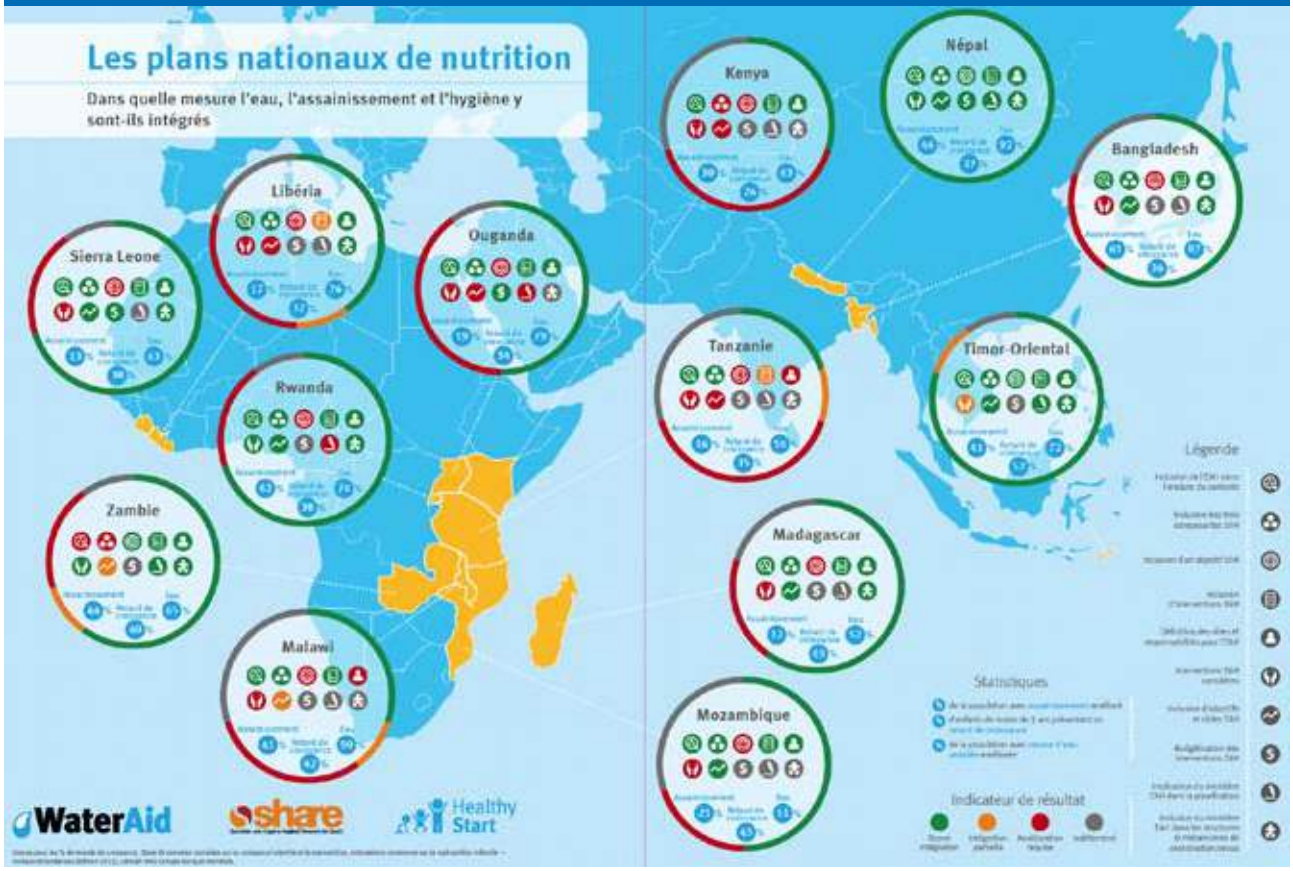
EN SAVOIR PLUS

- Document de suivi du Forum WASH-Nutrition de Bonn 2015 : *http://us4.campaign-archive2.com/?u=bc3ae3e573afc6e78bf46bfd1&id=6cb40c5326&e=b36d315897*
- En savoir plus sur Génération Nutrition : *www.generation-nutrition.org*
- Vidéo assainissement et nutrition : "Let's break the vicious circle" *https://www.youtube.com/watch?v=APBiK3RVz-U*
- WASH et nutrition fiche d'information : *http://www.generation-nutrition.org/sites/default/files/editorial/generation_nutrition_factsheet_no._1_wash.pdf*
- Pour en savoir plus sur la coalition No Wasted Lives *http://www.nowastedlives.org/*

ENCADRÉ 21 : RAPPORT « LES INGRÉDIENTS MANQUANTS » : WATERAID ET CONSORTIUM SHARE

Le rapport « Les ingrédients manquants » analyse la coordination et l'intégration entre les secteurs WASH et Nutrition dans les plans nationaux et les politiques de 13 pays. Sur la base des conclusions de ce rapport et d'après d'autres preuves et rapports d'expériences, on peut tirer cinq conclusions principales :

1. Le degré d'intégration des éléments WASH dans le secteur nutrition varie beaucoup. Tous les plans d'action nationaux et les politiques étudiés reconnaissent l'importance des conditions sanitaires, cependant, le degré d'intégration des éléments WASH dans les objectifs, cibles, interventions et indicateurs varie beaucoup d'un pays à l'autre.
2. L'intégration de la nutrition dans le secteur WASH reste très limitée. Très peu de plans d'actions du secteur WASH mentionnent la nutrition ou cherchent à intégrer des campagnes et des interventions de nutrition ou de santé. Cette remarque est valable pour tous les pays excepté le Libéria.
3. Pas de solution universelle. Il n'existe pas de recette unique pour l'intégration d'éléments WASH dans les plans d'action nutritionnels, ni pour rendre les programmes WASH plus sensibles à la nutrition. Néanmoins, certains concepts, principes et approches clés peuvent être d'une grande aide dans le processus. Par exemple : concevoir des programmes WASH qui ciblent les populations les plus vulnérables à la sous-nutrition et/ou trouver le moyen d'intégrer des activités de changement de comportement dans la promotion de l'hygiène personnelle ou alimentaire.
4. Approche du continuum. Pour que les parties concernées des deux secteurs puissent travailler ensemble quel que soit le moment, la collaboration/intégration doit être envisagée comme un continuum, avec plusieurs degrés et approches. À son niveau le plus élémentaire, cette coordination peut se résumer au partage d'information ; à l'opposé, elle peut prendre la forme d'un programme intégré.
5. Les politiques et les plans d'actions seuls ne sont pas suffisants. La réussite des programmes ne repose pas uniquement sur un bon plan d'action. Les plans d'action intégrés doivent reposer sur un financement suffisant, une coordination efficace, un suivi régulier des résultats et un environnement institutionnel (processus et mécanismes) plus solide incitant les ministères à collaborer.



INITIATIVES ET ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX

En plus des Objectifs de Développement Durable (ODD), il existe d'autres engagements internationaux en matière de WASH et Nutrition qui peuvent servir de socle aux actions de plaidoyer et inciter les pouvoirs publics à renforcer l'intégration WASH'Nutrition :

- **La Résolution 65/6 pour un Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant,** approuvée en 2012 par l'Assemblée mondiale de la Santé. La résolution incite les États à agir de façon intégrée sur la santé, l'alimentation et d'autres secteurs (dont le secteur WASH) et établit une liste de six objectifs mondiaux sur la nutrition pour la période 2012-2025[226].
- **Le Sommet mondial de l'alimentation de 2002,** qui reconnait le rôle essentiel de l'eau et l'assainissement dans la poursuite des objectifs en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle[227].
- **Le Plan d'action mondial pour la lutte contre la diarrhée et la pneumonie de l'OMS/UNICEF,** qui inclut des interventions WASH et Nutrition à la base de sa stratégie visant à éliminer les décès évitables d'enfants dus à la pneumonie et à la diarrhée d'ici à 2025[228].
- **La Convention internationale relative aux droits de l'enfant,** qui incite les États à fournir « des aliments nutritifs et de l'eau potable » pour combattre les maladies et la sous-nutrition chez les enfants[229].
- **La Stratégie mondiale 2015-2020 de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène** pour accélérer et pérenniser les progrès dans la lutte contre les maladies tropicales négligées, qui encourage l'amélioration des conditions sanitaires pour lutter contre les maladies comme les géohelminthiases et la schistosomiase qui ont toutes deux une influence directe sur la dégradation du statut nutritionnel[230].
- **Le Cadre d'action de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2),** adopté en 2014. Le cadre est composé de 60 « mesures recommandées » pour améliorer durablement la nutrition ; trois d'entre elles concernent l'eau et l'assainissement.
- **Les neuf stratégies issues des deux Conférences internationales sur la nutrition** (la première en 1992 et la deuxième en 2014) qui incitent les États à préserver et promouvoir le bien-être nutritionnel, ainsi que l'accès à l'eau et l'assainissement[231].

En plus de ces engagements internationaux, le plaidoyer WASH'Nutrition peut également reposer sur des plateformes internationales comme le **Mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) et le Partenariat Eau et Assainissement pour Tous (SWA - Sanitation and Water for All).**

1) MOUVEMENT SUN (SCALING UP NUTRITION)

Le mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) pour le renforcement de la nutrition a vu le jour en 2010 en partant du principe que tout le monde a droit à une bonne nutrition et une bonne alimentation. Le mouvement rassemble plusieurs groupes de parties prenantes (gouvernements, société civile, ONU, bailleurs, entreprises et scientifiques) pour une action collective visant l'amélioration de la nutrition. Actuellement, 56 pays font partie de ce mouvement : les décideurs politiques de ces pays se mobilisent pour faire de la lutte contre la sous-nutrition une priorité. Ces États cherchent à établir un environnement politique favorable à la mise en œuvre des programmes et la mobilisation des ressources afin de « mettre à l'échelle » ou renforcer la nutrition. Les deux axes de réflexion sont l'autonomisation/responsabilisation des femmes et « la période des 1000 jours » autrement appelée « fenêtre d'opportunité » pour la nutrition.

Les États membres du SUN sont organisés en réseaux de soutien, c'est le deuxième aspect du système SUN. Le rôle de ces réseaux consiste à faciliter la coordination, mettre les ressources en commun et encourager la collaboration de manière à ce que les agendas nationaux et internationaux soient plus cohérents en matière de nutrition. À l'échelle nationale, les membres des Réseaux SUN soutiennent les gouvernements en participant aux plateformes multi-acteurs et en adaptant les activités aux objectifs du pays, à l'aide d'un cadre de résultats communément adopté. Plus de 2000 organisations se sont engagées dans le soutien aux plans nationaux. Le Mouvement SUN est financé par la Fondation Bill et Melinda

226 - OMS (2012)
227 - FAO (2002)
228 - OMS/UNICEF (2013)
229 - ONU (1989)
230 - OMS (2015)
231 - FAO/OMS (1992)

Gates, le Canada, l'Union Européenne, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ; son secrétariat se situe en Suisse. **Une des grandes réussites du mouvement est l'intégration d'éléments WASH dans les stratégies nutritionnelles des États membres du SUN.** *http://scalingupnutrition.org*

2) PARTENARIAT ASSAINISSEMENT ET EAU POUR TOUS (SANITATION AND WATER FOR ALL PARTNERSHIP - SWA)

SWA est un partenariat mondial rassemblant plus de 100 acteurs tels que pouvoirs publics, organismes d'assistance extérieure, organisations de la société civile et autres partenaires du développement qui travaillent de concert pour mobiliser le leadership et l'action politique, renforcer la redevabilité et faire meilleur usage des ressources. Les partenaires s'efforcent de concrétiser leur vision commune de l'accès universel (pour tous, en tout temps et en tout lieu) à l'eau potable et à l'assainissement adéquat.

SWA fournit à ses partenaires un cadre leur permettant de mettre en œuvre **une action coordonnée** afin qu'ils puissent collaborer aux niveaux mondial, régional et national dans trois domaines prioritaires :

1. Donner une priorité politique plus importante au secteur WASH
2. Promouvoir la constitution d'une base de données robustes
3. Renforcer les processus de planification pilotés par les gouvernements

SWA est une plateforme qui travaille pour **le renforcement de la responsabilité mutuelle** : le suivi de l'avancement dans le respect des engagements pris aux Réunions de Haut Niveau (RHN) est le mécanisme clé du partenariat SWA pour le renforcement de la responsabilité mutuelle ou redevabilité.

SWA est une plateforme pour l'impulsion d'**un Dialogue de Haut Niveau (DHN)** : les partenaires de SWA prennent part aux processus politiques existants et plaident pour que davantage d'attention et de ressources soient accordées au secteur WASH, au niveau national comme au niveau mondial. Le Dialogue de Haut Niveau sur les Engagements (DHNE) est conçu pour encourager le dialogue politique permanent au niveau national et mondial, et il se concentre sur les résultats à obtenir sur le terrain. Tous les deux ans, SWA organise une Réunion de Haut Niveau au cours de laquelle les ministres et les bailleurs participants présentent les engagements qu'ils ont mis au point au cours du Dialogue de Haut Niveau sur les Engagements.

SWA est une plateforme qui aide à intégrer la question de l'efficacité de l'aide au développement dans le secteur WASH : les partenaires SWA doivent respecter les Principes directeurs du Partenariat qui sont largement inspirés de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et du Programme d'action d'Accra[232].

La préparation et le suivi des Réunions de Haut Niveau permet aux parties prenantes de définir ensemble des engagements destinés à surmonter les principaux blocages qui entravent les progrès du secteur. Ce processus repose sur une base factuelle solide permettant d'orienter les investissements au profit des populations et des zones qui en ont le plus besoin. Ce système a permis de renforcer le dialogue au niveau national, de promouvoir la coordination inter-ministérielle et d'apporter une cohésion entre les pouvoirs publics, la société civile et les autres parties prenantes clés. *http://sanitationandwaterforall.org*

ENCADRÉ 22 : « UN MONDE SANS FAIM » (ONE WORLD NO HUNGER) : L'INITIATIVE SPÉCIALE ALLEMANDE

Lancée par le ministre fédéral, Dr. Gerd Müller, l'initiative occupe une position centrale dans l'aide au développement allemande. L'initiative attire de plus en plus d'investissements pour lutter contre la faim dans le monde. Afin de mettre en œuvre la nutrition et la sécurité alimentaire de manière intégrée, l'initiative combine les activités nouvelles et existantes, y compris celles portant sur l'éducation à la nutrition et à la santé intégrée au secteur WASH (une composante stratégique essentielle).

232 - Déclaration de Paris et Programme d'action d'Accra : http://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.html

RESSOURCES OPÉRATIONNELLES

© B. Stevens/i-Images pour Action contre la Faim

USAID

CYCLE DE PROJET

(Gestion du cycle de projet, Manuel 2004 de la Commission Européenne)

1. PROGRAMMATION

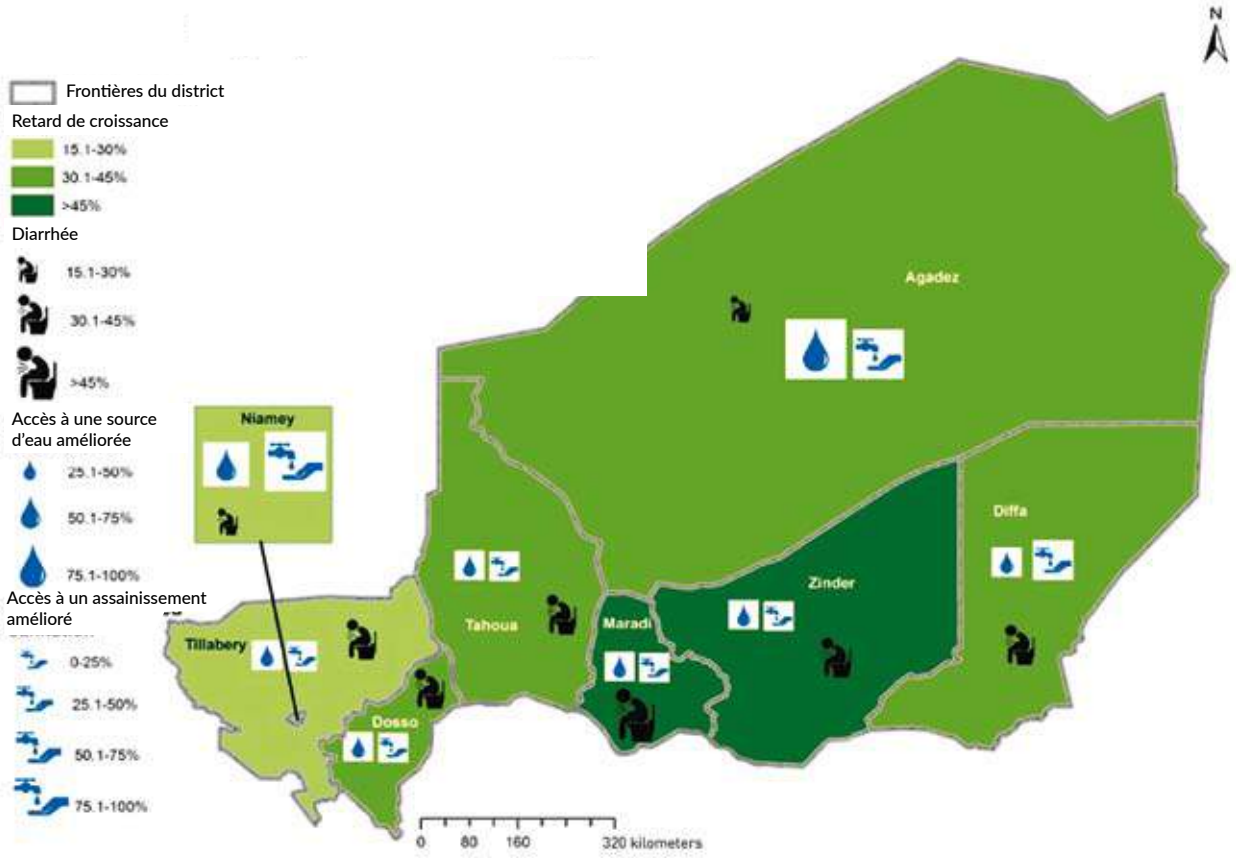
EXEMPLE DE CALENDRIER SAISONNIER INTÉGRÉ

Pays :	Pakistan
Base/Zone :	Dadu
Année :	2013

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Variations saisonnières de la faim et de la sous-nutrition dans la communauté :												
Période de soudure												
Prévalence de la malnutrition aiguë												
Caractéristiques de chaque saison :												
Saison des pluies/mousson	Élevé						Mousson	Mousson	Élevé			Élevé
Température	Extrême (-1)	Froid			> 50	> 50	Très	Élevé	48		Froid	Extrême
Vent												
Pénurie d'eau d'irrigation												
Zone aride												
Zone non aride												
Pénurie d'eau potable												
Zone aride												
Zone non aride												
Problème d'état des routes/de transport							Johi, Indus zone de couverture					
Période de récolte (aliments de base)			Blé	Blé	Blé				Coton	Coton	Coton/ Riz	Riz
Période de récolte (fruits et légumes)	Piment, tomate, chou-fleur					leg/fruit	fruit	fruit		Pomme de terre		Haricot
Production/Disponibilité du lait									Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
Prix élevé des aliments de base	Blé	Blé				Riz	Riz	Riz	Riz			
Faible pouvoir d'achat												
Opportunités d'emplois occasionnels			Récolte blé			Culture du riz					Récolte du riz	
Déplacements de population saisonniers			Pour les récoltes				Mousson - vers zones irriguées				Pour les récoltes	
Tendances saisonnières et risques climatiques												
Sécheresses												
Inondations												
Moussons												
Catastrophes sur les 4 dernières années												
Tendances saisonnières des autres risques												
Taux élevé de mortalité infantile												
Diarrhée												
Paludisme, choléra												
Maladies de peau (ex. gale)												
Ravageurs							Ravageurs du coton					
Maladies animales												
Rougeole												
Accompagnants												
Périodes de forte activité / charge de travail des femmes			Récolte blé			Culture en rizière					Récolte en rizière	
Activités saisonnières liées aux moyens d'existence de la communauté, classé par sexe:												
Bétail HOMMES							Vente bétail					
Bétail FEMMES	LES FEMMES EFFECTUENT LA PLUPART DES TACHES LIÉES AU BÉTAIL											
Pêche HOMMES - partout						interdiction	interdiction	Élevé	Élevé			
Pêche FEMMES - uniquement lac Munsher						interdiction	interdiction	Élevé	Élevé			
Ramassage de bois de chauffage - H, F, enfants												
Fabrication d'objets artisanaux HOMMES	peu	peu			peu			peu	peu	peu		
Fabrication d'objets artisanaux FEMMES												
Travail quotidien hors communauté HOMMES - récolte, coton, districts voisins						pluvial	pluvial	pluvial	les deux	irrigation	irrigation	
Divers												
Jours fériés et festivals								Aïd		Aïd		
Mariages												
Période scolaire / frais de scolarité			frais/admissions				fermé	fermé				fermé
Conflits entre communautés ou ethnies												
Incendies			liés à la récolte du blé									

Source : ACF, Pakistan 2013

CARTE 5 : NIGER, 2000 : RETARD DE CROISSANCE, DIARRHÉE ET WASH



Les disticts de Maradi et Zinder souffrant de taux de retard de croissance élevé (> 45 %) présentent également de fort taux de diarrhée (> 30 %) et patissent d'un accès réduit à l'eau et à l'assainissement (< 50%).

Source : Save the Children, Niger 2000

2. IDENTIFICATION

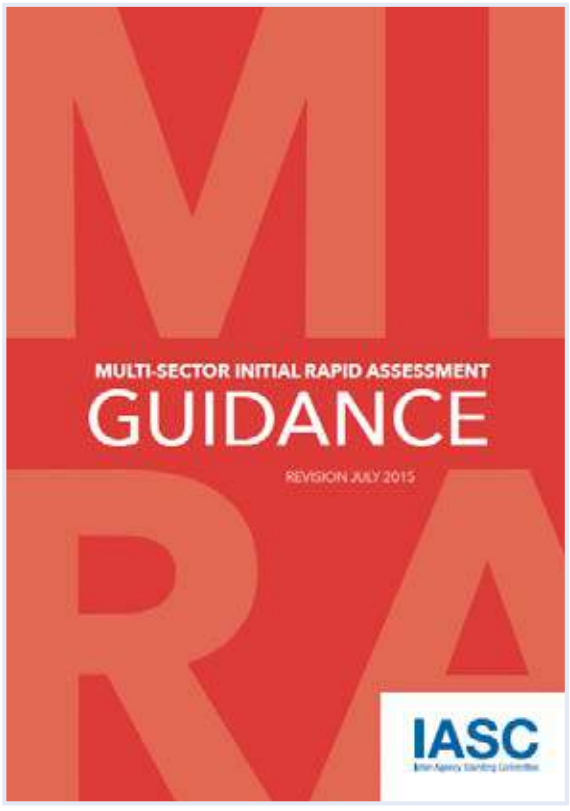
LE MIRA (ÉVALUATION MULTISECTORIELLE INITIALE RAPIDE)

L'évaluation multisectorielle initiale rapide (en abrégé le MIRA) a pour objectif d'identifier les priorités stratégiques humanitaires lors des premières semaines qui suivent une urgence. Le principal avantage du MIRA est l'élaboration, dès le déclenchement de la crise, d'une image opérationnelle concertée reposant sur les meilleures informations proposées par les sources primaires et secondaires. Cette image s'exprime par deux produits clés : une définition du scénario préliminaire (PSD), diffusée 72 heures après le déclenchement de la catastrophe, et un Rapport MIRA, rendu public après deux semaines. Le MIRA est conforme au Guide opérationnel IASC pour la coordination des évaluations des crises humanitaires, qui préconise la mise en œuvre d'une évaluation conjointe pendant les deux premières phases de l'urgence et, par la suite, la coordination des évaluations plus approfondies menées par les agences et les clusters.

Le MIRA est la première étape dans la réponse de l'équipe humanitaire d'un pays à une situation d'urgence. Sur la base de ses conclusions, les acteurs humanitaires peuvent développer un plan stratégique conjoint, mobiliser des ressources, et suivre à la fois le déroulement de la crise et celui des opérations. Cependant, il ne faut pas attendre du MIRA qu'il fournisse des informations détaillées pour la conception d'interventions localisées. Le MIRA devrait être réalisé par une équipe de spécialistes en situations d'urgence, laquelle doit inclure des spécialistes en matière d'évaluation ainsi que des spécialistes sectoriels issus des divers clusters/secteurs présents dans le pays, ceci afin de garantir une bonne intégration des connaissances locales dans les conclusions de l'évaluation. Un soutien supplémentaire de la région ou du siège peut être nécessaire selon l'ampleur de la situation d'urgence.

Il propose un cadre d'analyse pour orienter l'identification des besoins en termes d'informations ainsi que la collecte, la compilation et l'analyse systématique des données secondaires et primaires. Les modèles de définition du scénario préliminaire et du Rapport MIRA reposent sur ce Cadre. La définition du scénario préliminaire et le Rapport MIRA présentent les conclusions de l'évaluation à des moments critiques du déroulement de la crise. La définition du scénario préliminaire devrait être intégrée dans l'Appel éclair initial, tandis que les principales conclusions du Rapport MIRA devraient être présentées dans le tableau de bord humanitaire et incluses dans la révision de l'appel afin de mettre en lumière les preuves sur lesquelles celui-ci repose.

Le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) coordonne l'évaluation, appuie la compilation des données secondaires fournies par les divers clusters/secteurs et assure la gestion de l'information au nom du Coordinateur résident/humanitaire. Si OCHA n'est pas présent ou n'est pas en mesure de remplir cette fonction, le Coordonnateur résident/humanitaire peut désigner une autre agence.

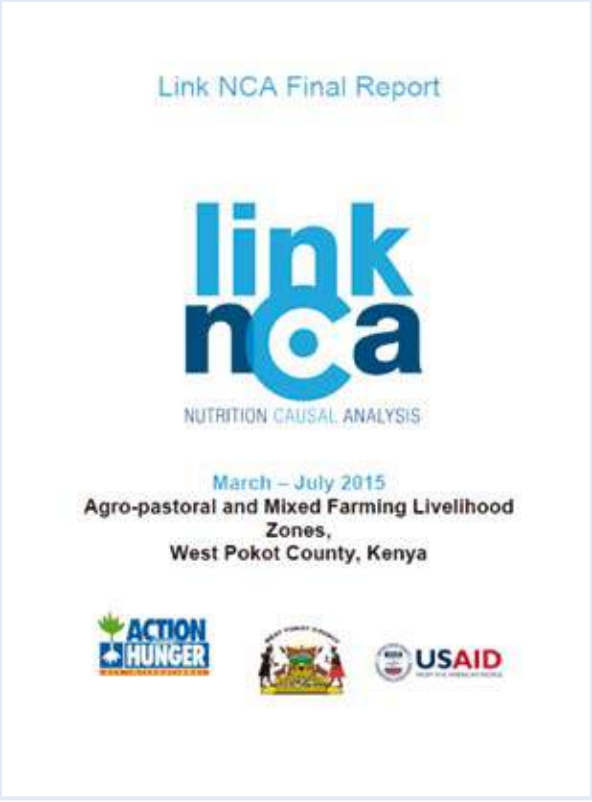


Ce manuel comprend 20 pages et cinq annexes fournissant des renseignements complémentaires :
https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/2012_04_mira_manual.pdf

LINK NCA (ANALYSE CAUSALE DE LA SOUS-NUTRITION)

Développée en 2010 par ACF et son Comité scientifique, la méthode Link NCA est un outil d'analyse qui peut aider les équipes WASH et nutrition à mettre au point une vision commune intégrée concernant les facteurs relatifs à la sous-nutrition et les actions prioritaires. Le secteur WASH comme celui de la nutrition font partie intégrante du domaine d'analyse et d'évaluation de la méthode, et les liens entre les deux sont mis en avant au cours du processus. La méthode Link NCA est structurée, participative, holistique, basée sur le schéma causal de l'UNICEF. Elle promeut l'élaboration d'un consensus dans un contexte local.

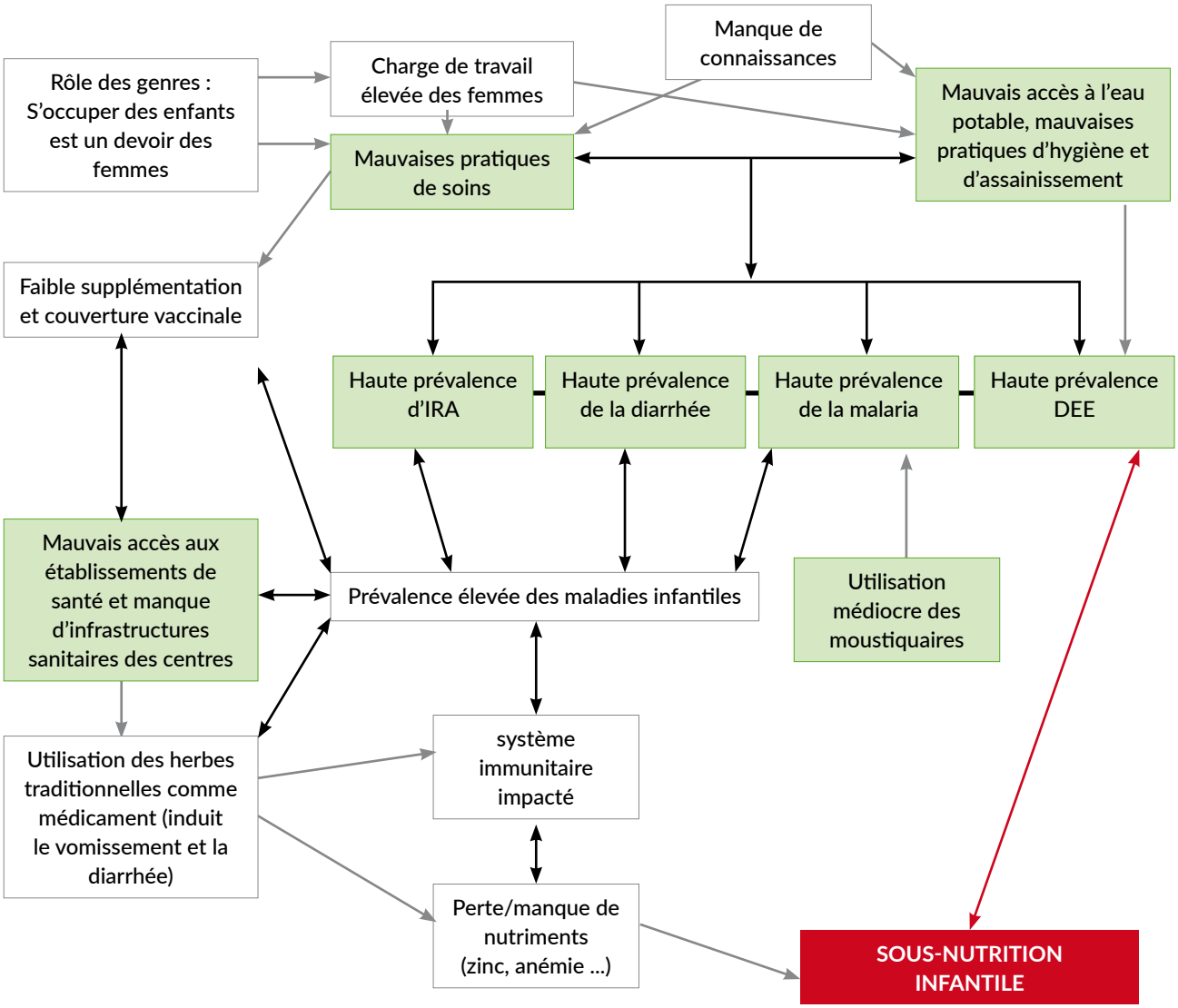
- **« Structurée » :** les étapes de la méthode sont décrites précisément et ont toutes été testées sur le terrain.
- **« Participative »** : l'étude est l'occasion pour les participants (informateurs clés, experts techniques, membres des communautés cibles et autres parties prenantes concernées) d'exprimer leurs opinions et perceptions sur les causes de la sous-nutrition. Les participants sont incités à débattre, critiquer et enfin valider les conclusions de l'étude.
- **« Holistique »** : la sous-nutrition est examinée de manière globale, évitant une approche verticale ou sectorielle, afin de comprendre les interdépendances entre les mécanismes de causalité. On ne peut pas comprendre les causes de la sous-nutrition si on prend uniquement en compte les aspects sécurité alimentaire et nutrition par exemple, il faut tenir compte de toutes les facettes du système.
- **« Basée sur le schéma causal de l'UNICEF »** : la méthode Link NCA utilise le schéma causal de l'UNICEF comme point de départ pour identifier les possibles facteurs de risque et les mécanismes de la sous-nutrition.
- **« Objectif d'élaboration d'un consensus sur les causes plausibles de la sous-nutrition basé sur des données factuelles »** : l'exercice principal de l'étude NCA est d'arriver à identifier et classer par ordre d'importance les causes plausibles de la sous-nutrition afin de parvenir à un consensus. Pour ce faire, l'analyste NCA étudie différentes sources d'information : la littérature grise et la littérature scientifique, les connaissances des experts techniques, la situation des femmes dans la communauté, les résultats de l'enquête réalisée au niveau des ménages et l'interprétation du calendrier saisonnier. D'après ces informations, l'analyste NCA, les experts techniques et les femmes de la communauté proposent et valident le schéma causal de la sous-nutrition.
- **« Dans un contexte local »** : les causes de la sous-nutrition sont souvent différentes d'un endroit à un autre. L'objet de cette méthode est d'aller au-delà des interventions génériques en caractérisant le contexte particulier ainsi que les causes plus générales afin de proposer des solutions adaptées. Le caractère saisonnier de la sous-nutrition par exemple, peut être très variable d'une zone géographique à une autre. La méthode Link NCA n'est PAS une démonstration statistique des causes de la sous-nutrition que l'on peut extrapoler à l'échelle nationale.



Link NCA : études et méthodologie :
http://www.linknca.org/

3. FORMULATION

EXEMPLE D'ARBRE CAUSAL POUR UN PROJET WASH'NUTRITION



Source : ACF, Kenya 2015

EXEMPLE D'UNE ANALYSE DE CADRE LOGIQUE D'UN PROJET WASH'NUTRITION

	LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES	SOURCES DE VÉRIFICATION
OBJECTIF PRINCIPAL	Assurer la sécurité nutritionnelle des ménages les plus vulnérables à travers une approche multisectorielle		
OBJECTIF SPÉCIFIQUE	Améliorer le statut nutritionnel des personnes déplacées et vulnérables en soutenant des programmes durables de traitement et de prévention des maladies dans les provinces de Sindh et de KPK	Indicateur 1 : Le programme de traitement nutritionnel atteint les taux de couverture de la norme SPHERE ; **Valeurs cibles recommandées : > 50-70% en zone rurale ; > 70% en zone urbaine, > 90% dans les camps**	Base de données du programme et enquête SQUEAC
		Indicateur 2 : Pourcentage de baisse des maladies hydriques (diarrhée) dans la communauté cible / Valeur cible : 10%	Rapport de suivi DIMA d'ACF
RÉSULTAT 1	Traitement et prévention de la sous-nutrition, ANJE, production de données sur la nutrition	Indicateur 1 : Nombre de d'enfants atteints de MAS dépistés et pris en charge dans un programme de traitement thérapeutique / **Valeurs cibles : 9 614 cas de MAS pour Sindh et 1 529 pour KPK**	Base de données du programme ; Système d'information nutritionnel ; Fiches patients PTA
		Indicateur 2 : Nombre de d'enfants atteints de MAM dépistés et pris en charge dans un programme de traitement de la MAM. **Valeurs cibles : 18 713 cas de MAM pour Sindh et 3 822 pour KPK**	Base de données du programme ; Système d'information nutritionnel ; Fiches patients PTA et PAC
		Indicateur 3 : Nombre de femmes enceintes et allaitantes dépistées et bénéficiant de suppléments en micronutriments / **Valeurs cibles : 44 759 pour Sindh et 10 641 pour KPK**	Base de données du programme ; Système d'information nutritionnel
		Indicateur 4 : Le programme de PCMA atteint les normes SPHERE (pourcentages) concernant le nombre de décharges, d'abandons et le taux de mortalité / **Valeur cible : taux de guérison > 75%**	Base de données du programme ; Système d'information nutritionnel ; Fiches patients PTA et PAC ; Rapport de mi-parcours et rapport final
		Indicateur 5 : Proportion de PLW et d'accompagnants qui assistent aux sessions de conseils sur la santé, la nutrition et l'ANJE et dont les pratiques d'ANJE évoluent positivement (Sindh) / **Valeur cible : 25%**	Base de données du programme ; Rapports Baseline (situation initiale) et Endline (situation finale) ; Enquête CAP
RÉSULTAT 2	La population vulnérable ciblée dispose d'un accès amélioré à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène dans les provinces de Sindh et KPK	Indicateur 1 : Nombre de personnes disposant d'une quantité suffisante d'eau salubre pour la boisson, la cuisine et l'hygiène personnelle / **Valeurs cibles : 32 400 pour Sindh et 10 000 pour KPK**	Rapport final sur la vérification de l'approvisionnement en eau et des systèmes de traitement d'eau à domicile
		Indicateur 2 : Nombre de d'établissements humains ne présentant aucun excrément humain au sol ou autour du site / **Valeur cible : 20%**	Rapport d'enquête CAP ; Rapport d'avancement mensuel d'ACF ; Rapport des visites de suivi à domicile
		Indicateur 3 : Proportion (%) de la population ciblée ayant améliorée leur pratique du lavage des mains une fois le projet terminé / **Valeur cible : Hausse de 30%**	Rapport d'enquête CAP ; Rapport d'avancement mensuel d'ACF ; Rapport des visites de suivi à domicile
		Indicateur 4 : Proportion des bénéficiaires en nutrition des villages ciblés par les interventions WASH concernés par les activités WASH / **Valeur cible : 90%**	Base de données nutritionnelles ; Base de données WASH ; Rapports de vérification PQA

ACTIVITÉS	
1.1	Identification et référencement des enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aigüe et des PLW vers des établissements de soins adaptés (Sindh et KPK)
1.2	Traitement des enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aigüe (Sindh et KPK)
1.3	Organisation de sessions de sensibilisation à la nutrition et à la santé
1.4	Conseil et soutien à l'ANJE effectué par des conseillers spécialistes de l'allaitement
2.1	Fourniture d'un accès durable et fiable à une source d'eau (Sindh)
2.2	Amélioration de l'accès à un assainissement durable (Sindh)
2.3	Amélioration des comportements en matière d'hygiène et d'assainissement (Sindh)
2.4	Amélioration de l'accès à une source d'eau sûre en situation d'urgence (KPK)
2.5	Amélioration de l'accès à l'assainissement d'urgence pour les IDP et les communautés hôtes (KPK)
2.6	Organisation de sessions sur le changement de comportement en matière d'hygiène et d'assainissement (KPK)

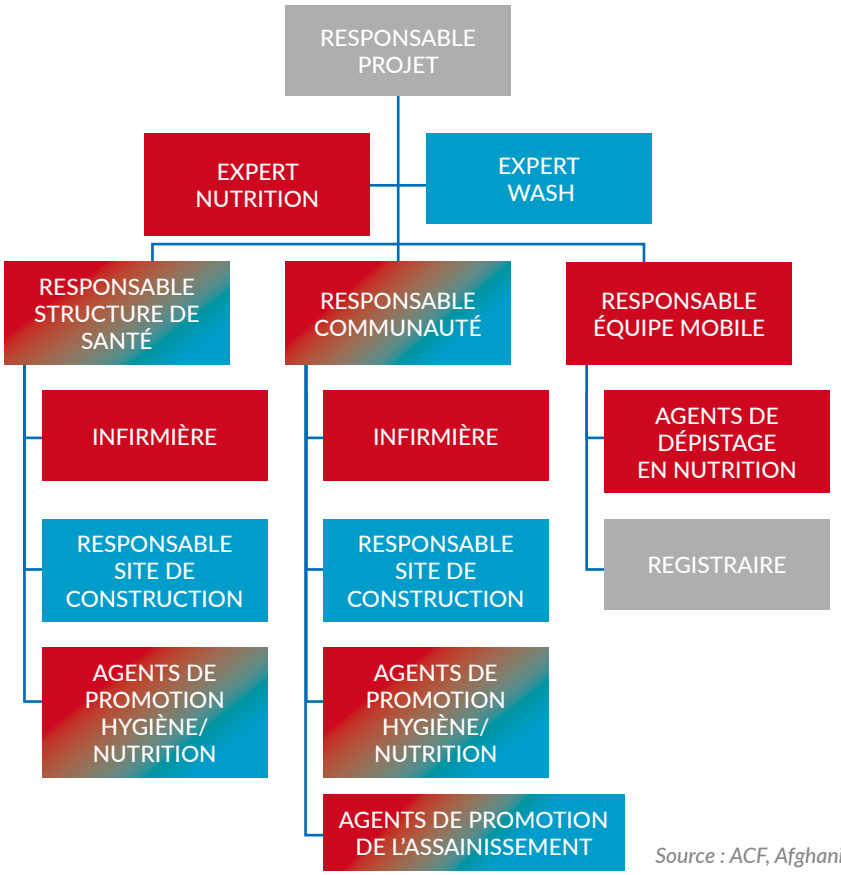
Source : ACF, Pakistan 2013

EXEMPLE DE CALENDRIER D'UN PROJET WASH'NUTRITION

	ACTIVITÉS	MOIS 1	MOIS 2	MOIS 3	MOIS 4	MOIS 5	RESSOURCES
RÉSULTAT 1	1. Études de faisabilité technique pour la construction/réhabilitation des infrastructures sanitaires et d'eau dans les centres de nutrition ciblés.	X					Dans cette case, inscrivez les ressources nécessaires pour mener les activités, y compris le personnel WASH et Nutrition, le matériel, les véhicules, l'équipement, les paper-boards, etc.
	2. Construction/réhabilitation des infrastructures WASH des centres de nutrition ciblés		X	X			
	3. Promotion de l'hygiène au niveau des centres de nutrition, y compris la fourniture de matériel (pour la gestion des déchets biomédicaux)		X	X	X	X	
RÉSULTAT 2	1. Distribution de kits d'hygiène comprenant des produits pour le traitement de l'eau, aux mères/accompagnants - enfants malnutri, après leur décharge	X	X	X	X	X	
	2. Promotion de l'hygiène auprès des communautés à fort taux de sous-nutrition		X		X		
	3. Activités de sensibilisation auprès des hommes et des leaders communautaires ayant une influence sur les femmes et sur leur participation au processus			X		X	

Source : ACF, 2013

EXEMPLE D'ORGANIGRAMME D'UN PROJET WASH'NUTRITION



Source : ACF, Afghanistan 2015

TÂCHES	COMPÉTENCES PRINCIPALES
RESPONSABLE PROJET	
• Planification, suivi • Gestion du personnel • Rapports des comptes	• Gestion globale • Connaissances sur la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène
EXPERT NUTRITION DE TERRAIN	**EXPERT WASH DE TERRAIN**
• Assurer la qualité technique de la mise en œuvre • Suivi technique • Rapports pour le responsable projet et le responsable secteur	• Connaissances approfondies sur la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène
RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTÉ	
• Formation du personnel de santé • Planification et rapports mensuels/hebdomadaires	• Connaissances approfondies sur la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène
RESPONSABLE COMMUNAUTÉ	
• Mobilisation de la communauté • Formation du personnel de santé • Planification et rapports mensuels/hebdomadaires	• Connaissances approfondies sur la nutrition et l'eau-assainissement-hygiène
RESPONSABLE ÉQUIPE MOBILE	
• Dépistage et enregistrement de la population • Planification et rapports mensuels/hebdomadaires	• Connaissances approfondies sur le dépistage en nutrition
RESPONSABLE SITE DE CONSTRUCTION	
• Assurer la qualité technique des infrastructures WASH • Mobilisation de la communauté • Suivi et rapport techniques	• Connaissances approfondies des installations WASH
AGENTS DE PROMOTION HYGIÈNE/ NUTRITION	
• Assurer la diffusion de messages simples sur la nutrition/ hygiène • Mobilisation de la communauté	• Connaissances de base sur la nutrition et l'hygiène • Connaissances approfondies des secteurs spécifiques
AGENTS DE PROMOTION DE L'ASSAINISSEMENT	
• Assurer la diffusion de messages simples sur la nutrition/ hygiène • ATPC/gestion des déchets • Mobilisation de la communauté	• Connaissances de base sur la nutrition et l'hygiène en matière d'assainissement • Connaissances approfondies sur l'assainissement
RESPONSABLE SITE DE CONSTRUCTION	
• Saisie des données	• Compétences en informatique

4. FINANCEMENT

EXEMPLE DE LIGNES BUDGÉTAIRES D'UN PROJET WASH'NUTRITION

A	**Ressources Humaines**
A1	**Personnel national**
A1.1	Assistant Coordinateur Nutrition
A1.2	Équipe nutrition - Damaturu
A1.3	Équipe WASH - Damaturu
A1.4	Équipe de soutien - Damaturu
A1.5	**Équipe de soutien - Abuja**
A1.6	Équipe de soutien - Maiduguri
A1.7	Équipe WASH - Maiduguri
A2	**Personnel international**
A2.1	Équipe de soutien coordination - Abuja
A2.2	Coordinateur du Programme Nutrition
	Coordination ONGI
A2.3	Coordinateur ONGI
B	**Matériel**
B1	**Matériel de faible valeur**
B1.4	Groupe électrogène 5kVA
B2	**Matériel de valeur**
B3	**Dévalorisation**
C	**Fournitures et matériaux**
C1	**Résultat 1 : Intégration PCMA et ANJE**
C1.1	Soutien hebdomadaire SMNI
C1.2	Coûts de soutien PTA
C1.3	Activités ANJE & PCMA
C1.4	Coordination programme NUT, visites conjointes & suivi
C2	**Résultat 2 : WASH**
C2.1	Dispositifs lave-mains & articles d'hygiène pour les ES
C2.2	Renforcement du Comité des usagers de l'eau
C2.3	Sensibilisation à l'hygiène à base communautaire
C2.4	Kits d'hygiène pour les patients atteints de la MAS
C2.5	Fourniture d'installations WASH
C3	**Résultat 3 : Renforcement des capacités (WASH & NUT)**
C3.1	Formation des agents de santé PCMA
C3.2	Formation des BC à la PCMA
C3.3	Formation des BC à l'ANJE
C3.4	Formation des informateurs clés
C3.5	Renforcement des capacités WASH
C4	**Résultat 4 : Suivi & Évaluation**
C4.1	Baseline (situation initiale), Suivi & Reporting
C4.2	Introduction à la Open Data Collection
C4.3	Enquête SQUEAC
C4.4	Enquête CAP
C4.5	Évaluation multisectorielle
C5	**Résultat 5 : WASH & hébergement (Maiduguri, état de Borno)**
C5.1	Distribution de kits de PNA (WASH & hébergement)
C5.2	Latrines d'urgence
D	**Coûts de fonctionnement**
D1.1	Frais de bureau
D1.2	Frais de communication
D1.3	Frais des véhicules
D1.4	Transport, location & fret
D1.5	Frais groupe électrogène
D1.6	Frais administratifs (financiers et juridiques)
D1.7	Autres
	Coordination ONGI
D1.8	Frais de bureau : (Coordination ONGI)
D1.9	Frais de communication : (Coordination ONGI)
D1.10	Frais des véhicules : (Coordination ONGI)
D1.11	Frais groupe électrogène : (Coordination ONGI)
E	**Communication, visibilité, information**
E1.1	Visibilité du programme
F	**Autres coûts opérationnels**
F1	**Sous-traitance**
F1.1	Entreprise de sécurité
F1.2	Consultant externe (ODK)
F1.5	Analyses de la qualité de l'eau

Source : ACF, Nigeria 2015

EXAMPLES DE BAILLEURS QUI SOUTIENNENT LES PROJETS WASH'NUTRITION

Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO)	À travers sa politique d'aide humanitaire, l'UE cherche à lutter contre les causes immédiates et sous-jacentes de la sous-nutrition. ECHO insiste sur le fait que les interventions nutritionnelles doivent adopter une approche multisectorielle et conjointe entre le développement et l'aide humanitaire. La Commission encourage à inclure des objectifs spécifiques à la nutrition dans les interventions WASH humanitaires en situation d'urgence où la nutrition est une problématique majeure. *http://ec.europa.eu/echo/what/humanitarian-aid_en*
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	L'UNICEF est à la fois un bailleur de fonds et un organisme d'intervention dans les domaines, entre autres, de la nutrition et de l'eau-assainissement-hygiène. L'agence part du principe que l'amélioration du statut nutritionnel des populations vulnérables passe par l'investissement dans les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Elle incite également à aborder la nutrition par une approche multisectorielle. *http://www.unicef.org/*
United States Agency for International Development (USAID)	L'USAID est l'agence gouvernementale des États-Unis qui œuvre pour éliminer l'extrême pauvreté et permettre aux sociétés résilientes et démocratiques de développer leur potentiel. Sa stratégie Eau et Développement 2013-2018 incite à accroître l'intégration entre les programmes WASH et sécurité alimentaire, comme par exemple en améliorant l'accès et la qualité des services sensibles à la nutrition, dont l'accès à l'eau, aux installations d'assainissement et à l'hygiène. *https://www.usaid.gov/what-we-do*
Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Économique et du Développement (BMZ)	Le Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Économique et du Développement (BMZ) a mis la priorité sur l'alimentation, la sécurité alimentaire et le développement rural, d'où le lancement de l'initiative spéciale « Un monde sans faim ». Via cette initiative, le ministère se focalise non seulement sur l'alimentation et la nutrition, mais également sur les causes sous-jacentes de la sous-nutrition en incluant des éléments WASH au cœur de sa stratégie. *https://www.bmz.de/webapps/hunger/index.php#/en/*
La Banque mondiale	La Banque mondiale « Water Global Practice » inclut le Programme eau et assainissement, un partenariat multi-bailleurs qui propose son soutien aux personnes en situation de pauvreté afin qu'elles puissent avoir un accès durable, sûr et abordable aux services d'eau et d'assainissement. Le groupe de la Banque mondiale adopte une approche intégrée WASH-nutrition-santé pour au moins 13 de ses projets. *http://www.worldbank.org/en/topic*
Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF)	La Fondation Bill et Melinda Gates finance plusieurs projets dans les secteurs WASH et nutrition. La fondation a adopté une nouvelle approche pour la nutrition, il s'agit de cibler les femmes et les enfants en leur proposant des solutions éprouvées en matière de nutrition, comme l'allaitement maternel, les aliments enrichis en micronutriments. Elle poursuit également ses travaux de recherche sur la mise au point de nouvelles approches innovantes. *http://www.gatesfoundation.org/*
Département Britannique pour le Développement International (DFID)	Le DFID soutient les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition. L'organisme cherche à produire des preuves afin que les futures interventions puissent s'en inspirer, l'accent est mis sur la période critique des 1000 premiers jours. Le DFID encourage les bailleurs à collaborer avec les gouvernements et pouvoirs publics en vue de contribuer à l'élimination de la sous-nutrition. *https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-international-development*
Agence Suédoise de Développement International (SIDA)	L'objectif majeur de l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement est de permettre aux populations défavorisées d'être capables d'améliorer leurs conditions de vie. Avec d'autres bailleurs, l'agence soutient des projets de protection des enfants, d'amélioration des conditions sanitaires et de politique sociale ainsi que plusieurs projets de nutrition (souvent en lien avec la santé). *http://www.sida.se/English/*
Affaires Mondiales Canada (GAC)	Le GAC (Global Affairs Canada) ou en français l'AMC (Affaires Mondiales Canada) finance des programmes de sécurité alimentaire et de croissance économique durable pour l'avenir des enfants et de la jeunesse. Le gouvernement du Canada a augmenté le nombre de ses pays cibles à 25 et fournit une assistance humanitaire lorsque survient une catastrophe, une crise ou un conflit grave. *http://www.international.gc.ca/international/index.aspx?lang=eng*
Agence Suisse pour le développement et la coopération (DDC)	La DDC, sous la direction du Ministère Fédéral des Affaires étrangères, déploie des activités d'aide humanitaire et de coopération au développement à plus long terme dans des pays du Sud et de l'Est. L'eau, la santé et l'aide d'urgence font partie des thèmes de travail. *https://www.eda.admin.ch/sdc*

5. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI

CHECKLIST DE SUIVI DU PAQUET MINIMUM WASH POUR LES MÉNAGES

PAQUET MINIMUM WASH DANS LES MÉNAGES TOUCHÉS PAR LA SOUS-NUTRITION	
1. Les récipients utilisés par les enfants pour transporter/conserver l'eau ont un couvercle et leur utilisation ne présente pas de risque de contamination	OUI / NON
2. L'eau destinée à la consommation est chlorée et contient 0,3 - 1 mg/l de chlore résiduel ou 0 coliformes fécaux par 100 ml	OUI / NON
3. Présence de dispositifs pour se laver les mains (avec du savon ou un autre désinfectant) à proximité ou dans le ménage	OUI / NON
4. Les mères/accompagnants ont connaissance des moments critiques pour se laver les mains avec du savon	OUI / NON
5. Absence d'excréments d'enfants autour du ménage, en particulier autour des enfants sous traitement contre la sous-nutrition	OUI / NON
6. Les latrines sont propres : pas d'excréments, pas de mouches, pas d'odeurs	OUI / NON
Présence du paquet minimum WASH dans le ménage abritant un couple « mère/accompagnant - enfant malnutri »	OUI / NON
*si une seule des réponses est un NON, alors le paquet minimum n'est pas considéré comme présent	
Indicateur essentiel de fonctionnement au niveau des ménages pour le couple « mère/accompagnant - enfant malnutri »	
L'eau destinée à la consommation contient du chlore résiduel	OUI / NON

CHECKLIST DE SUIVI DU PAQUET MINIMUM WASH POUR LES STRUCTURES HOSPITALIÈRES

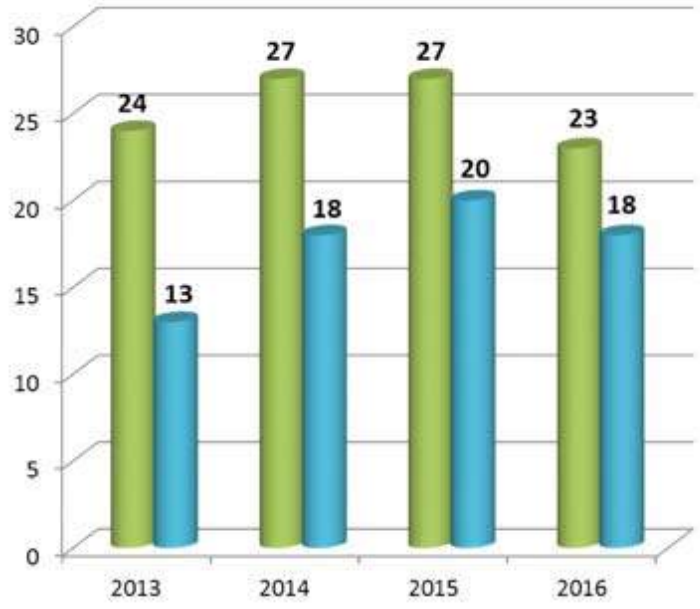
PAQUET MINIMUM WASH POUR LES CENTRES DE NUTRITION AVEC PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	
1. Les patients et le personnel médical disposent d'un accès à l'eau potable (chlorée) et existence d'un dispositif adapté aux besoins pour conserver l'eau	OUI / NON
2. Les patients et le personnel médical disposent d'un accès à un lavabo et de savon pour se laver les mains en différents points clés : consultations, hospitalisation, toilettes, cuisine, points de distribution	OUI / NON
3. La structure dispose de douches nettoyées régulièrement	OUI / NON
4. Existence d'une gestion adéquate des déchets médicaux/non-médicaux + absence de déchets médicaux/non-médicaux visibles dans la structure et ses alentours	OUI / NON
5. Le centre diffuse des messages de prévention intégrés WASH'Nutrition	OUI / NON
6. Le personnel est formé aux bienfaits d'un environnement sain	OUI / NON
7. La structure dispose d'un système d'assainissement amélioré et hygiénique (avec lave-mains à proximité et sans traces de défécation à l'air libre), avec séparation hommes/femmes et patients/personnel	OUI / NON
8. Un responsable pour le nettoyage, l'entretien et la désinfection du matériel « eau et assainissement » est désigné parmi le personnel du centre de nutrition. Les salles sont propres et désinfectées + les kits d'entretien sont mis à disposition	OUI / NON
Présence du paquet minimum WASH dans le centre de nutrition avec prise en charge hospitalière	OUI / NON
*si une seule des réponses est un NON, alors le paquet minimum n'est pas considéré comme présent	
Indicateur essentiel de fonctionnement	
L'eau destinée à la consommation pour les tests d'appétit contient du chlore résiduel (mesure positive tous les mois)	OUI / NON

CHECKLIST DE SUIVI DU PAQUET MINIMUM WASH POUR LES STRUCTURES AMBULATOIRES

PAQUET MINIMUM WASH POUR LES CENTRES DE NUTRITION AMBULATOIRES	
1. Les patients et le personnel médical ont accès à l'eau potable (chlorée) et existence d'un dispositif adapté pour conserver l'eau	OUI / NON
2. Les patients et le personnel médical disposent d'un accès à un lavabo pour se laver les mains et le savon est présent en quantité suffisante (consultations, hospitalisation, toilettes, cuisine, points de distribution)	OUI / NON
3. Le centre dispose d'un système de gestion de l'eau	OUI / NON
4. Le centre diffuse des messages de prévention intégrés WASH'Nutrition	OUI / NON
5. Le personnel est formé aux bienfaits d'un environnement sain	OUI / NON
6. Le centre dispose d'installations d'assainissement améliorées ou bien d'un système alternatif pour la gestion hygiénique des excréments/solution temporaire en cas d'urgence	OUI / NON
7. Un responsable pour le nettoyage, l'entretien et la désinfection du matériel « eau et assainissement » est désigné parmi le personnel du centre de nutrition. Les salles sont propres et désinfectées + les kits d'entretien sont mis à disposition	OUI / NON
Présence du paquet minimum WASH dans le centre de nutrition ambulatoire	OUI / NON
* si une seule des réponses est un NON, alors le paquet minimum n'est pas considéré comme présent	
Indicateur essentiel de fonctionnement	
L'eau destinée à la consommation pour les tests d'appétit contient du chlore résiduel (mesure positive tous les mois).	OUI / NON

SUIVI DE L'INTÉGRATION WASH'NUTRITION AU NIVEAU DES QUARTIERS GÉNÉRAUX

Suivi annuel du nombre de missions ayant une stratégie WASH'Nutrition (bleu) parmi un échantillon aléatoire de missions (vert)



Source : ACF, 2016

6. ÉVALUATION

EXEMPLES D'INDICATEURS DE RÉSULTATS DES PROJETS WASH'NUTRITION (voir aussi Chapitre 5)

DOMAINE	INDICATEUR
Soutien des pouvoirs publics et des politiques pour l'intégration d'éléments WASH dans les programmes de nutrition	- Le pays a développé un plan d'action national pour la nutrition qui inclut le secteur WASH - Les plans nationaux du secteur WASH ciblent spécifiquement les zones à fort taux de malnutrition et d'insécurité alimentaire - Nombre de stratégies, initiatives et/ou partenariats/accords plaidant pour l'intégration d'éléments WASH et Nutrition dans les programmes - Proportion des institutions ciblées qui financent (davantage) des programmes intégrés WASH'Nutrition.
Planification conjointe et ciblage	- Proportion des institutions ciblées qui font état d'une collaboration entre les programmes WASH et Nutrition (p.ex. documents, politiques, décisions, plans d'action conjoints) - Proportion ou nombre de villages/zones où les programmes de nutrition mis en œuvre incluent un élément WASH - Proportion ou nombre de villages/zones à forte prévalence de malnutrition aigüe étant ciblés par des activités WASH - Proportion ou nombre de villages/zones à forte prévalence de retard de croissance étant ciblés par des activités WASH - Proportion des ménages ayant des enfants pris en charge pour la malnutrition aigüe et qui bénéficient d'un paquet minimum de services incluant un élément WASH
Développement des ressources humaines	- Proportion des organismes ciblés ayant modifié leur système de suivi et de contrôle en y incluant des éléments WASH - Nombre de professionnels de la nutrition ayant été formés aux éléments WASH sur une population de 100 000 personnes
Portée des activités conjointes du programme	- Proportion des ménages dans les zones ciblées ayant participé à une activité délivrant des messages WASH et Nutrition - Nombre d'enfants de moins de 5 ans couverts par un (des) programme(s) conjoints WASH et Nutrition
Eau	- Proportion des ménages disposant d'un accès à une source d'eau améliorée - Proportion des ménages qui conservent leur eau potable de manière sûre - Proportion des ménages qui traitent constamment l'eau de consommation avec un système de traitement d'eau à domicile recommandé - Proportion des ménages qui ont connaissance d'au moins un système de traitement de l'eau à domicile
Assainissement	- Proportion des ménages disposant d'un accès à des installations d'assainissement améliorées - Proportion des ménages qui éliminent hygiéniquement les excréments des enfants - Nombre de villages ayant atteint le statut de « sans défécation à l'air libre » - Proportion des ménages disposant d'installations d'assainissement qui sont accessibles aux enfants et aux personnes handicapées du ménage
Hygiène	**Lavage des mains** - Proportion des ménages disposant d'une installation pour se laver les mains dans l'enceinte de la maison - Proportion des ménages dont la personne responsable des soins connaît les moments critiques pour se laver les mains **Hygiène alimentaire** - Proportion des ménages qui nettoient les endroits pour préparer et servir les aliments aux enfants - Proportion des ménages qui conservent la nourriture des enfants de manière sûre - Proportion des ménages qui utilisent des ustensiles propres (pour nourrir les enfants) - Proportion des ménages qui utilisent de l'eau traitée et/ou conservée de manière sûre pour préparer l'alimentation des enfants - Proportion des ménages qui nettoient les légumes à l'eau traitée avant de les préparer pour les enfants - Proportion des ménages qui font réchauffer correctement la nourriture avant de la servir aux enfants **Hygiène de l'environnement** - Proportion des ménages ne présentant pas d'excréments visibles (humains et animaux) dans l'enceinte de la maison, ni dans le jardin, ni à l'endroit où les enfants jouent - Proportion des ménages où les animaux domestiques ne peuvent pas accéder aux endroits où l'on prépare l'alimentation
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	- Proportion des nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont allaités exclusivement au lait maternel - Proportion des enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent le minimum nécessaire d'aliments - Proportion des enfants allaités au sein dans leur première heure de vie - Proportion des enfants âgés de 12 à 15 mois qui reçoivent du lait maternel - Proportion des enfants âgés de 20 à 23 mois qui reçoivent du lait maternel

Source : OMS/UNICEF/USAID (2015)
"Improving nutrition outcomes with better water, sanitation and hygiene : practical solutions for policy and programmers"

NOTES

NOTES

NOTES

DOCUMENT RÉALISÉ AVEC LE SOUTIEN DES PARTENAIRES SUIVANTS :

GÉNÉRATION NUTRITION

GERMAN WASH NETWORK

WaterAid

CONCERN worldwide

fhi360 THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

WASH ADVOCATES water sanitation hygiene for everyone

sustainable sanitation alliance

welt hunger hilfe For a world without hunger

washplus Supportive Environments for Healthy Communities

Malteser International

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

universitätbonn

giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Save the Children

German Toilet Organization

zef Center for Development Research University of Bonn

Terre des hommes Helping children worldwide. tdh.ch

ACTION CONTRE LA FAIM

CANADA
Action contre la Faim
720 Bathurst St. - Suite 500
Toronto, ON - M5S 2R4
www.actioncontrelafaim.ca

ESPAGNE
Acción Contra el Hambre
C/ Duque de Sevilla, 3
28002 Madrid
www.accioncontraelhambre.org

ÉTATS-UNIS
Action Against Hunger
One Whitehall Street 2F
New York,
NY 10004
www.actionagainsthunger.org

FRANCE
Action contre la Faim
14-16 boulevard de Douaumont
75017 Paris
www.actioncontrelafaim.org

ROYAUME-UNI
Action Against Hunger
First Floor,
Rear Premises, 161-163
Greenwich High Road,
London, SE10 8JA
www.actionagainsthunger.org.uk