



© Rijasolo pour Action contre la Faim



Suède
Sverige

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË ET ACTIONS ANTICIPATOIRES



**ACTION
CONTRE
LA FAIM**

UNE APPROCHE INTÉGRÉE
NOTE MÉTHODOLOGIQUE



LISTE DES ACRONYMES

AA	Action anticipatoire
ACF	Action contre la Faim
CCGRC	Comité Communal de Gestion des Risques et Catastrophes
EPVC	Enquête Participative de Vulnérabilité et de Capacités
FEFA	Femmes Enceintes et Allaitantes
GD	Groupe de Discussion
GRC	Gestion des Risques de Catastrophes
GTAA	Groupe de travail Action Anticipatoires
PECMA	Prise en charge de la malnutrition aiguë
PoS	Procédure opérationnelle standard
S&N	Santé et Nutrition
SAP	Système d'Alerte Précoce
SERA	Suivi, Evaluation, Redevabilité, Apprentissage
SIDA	Swedish International Development Agency
TdR	Termes de Références
WHH	Welthungerhilfe

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF **5**

INTRODUCTION **6**

Les Actions Anticipatoires (AA et leur cadre général)	6
Pourquoi intégrer la PECMA dans les Actions Anticipatoires ?	7
Finalité, portée et complémentarité de cette note méthodologique	8

FAISABILITÉ ET DESCRIPTION DE L'APPROCHE **9**

Objectif et principes directeurs	9
Profils et compétences nécessaires pour la mise en œuvre	10

LES ÉTAPES PAS À PAS **11**

Étape 1 : Identification du protocole AA/des communautés cibles	12
Étape 2 : Définition du protocole d'enquête	13
Étape 3 : Revue de littérature (analyse secondaire)	14
Étape 4 : Collecte de données primaires communautaires et institutionnelles (qualitative & quantitative)	15
Étape 5 : Analyse et synthèse de l'impact des chocs sur la PECMA	19
Étape 6 : Intégration des résultats dans les protocoles ciblés et restitution	22
Étape 7 : Diffusion et renforcement des capacités	24
Étape 8 : Capitalisation	26

CONCLUSION **27**

Les idées, opinions et commentaires qui y sont exprimés relèvent de la seule responsabilité de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de SIDA.



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En 2025, Action contre la Faim (ACF), avec le soutien de son partenaire Swedish International Development Agency (SIDA), a développé et testé au Mali et à Madagascar une méthodologie rapide visant à intégrer la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë (PECMA) dans les protocoles d'Actions Anticipatoires (AA). Cette approche répond à un besoin identifié dans de nombreux contextes humanitaires : les cadres AA nationaux et sectoriels, bien que de plus en plus répandus, restent insuffisamment sensibles aux enjeux nutritionnels.

Les catastrophes naturelles et les crises anthropiques ont des impacts immédiats sur la sécurité alimentaire, la santé et l'accès aux soins. Dans les zones où les taux de malnutrition aiguë sont déjà élevés, ces perturbations entraînent une dégradation rapide du statut nutritionnel, aggravée par les ruptures dans les services de PECMA. Intégrer la nutrition dans les AA permet d'assurer la continuité des soins, de renforcer les capacités communautaires et de prévenir des détériorations évitables avant la survenue du choc.

Cette note méthodologique présente une approche opérationnelle, fondée sur l'expérience de terrain, pour intégrer les volets PECMA dans un protocole AA centré sur un aléa externe (inondation, sécheresse, cyclone, choc anthropique). Elle propose :

- 1/ Des critères pour identifier les contextes propices à cette intégration ;**
- 2/ Des outils de collecte et d'analyse de données primaires et secondaires ;**
- 3/ Des cadres pour la conduite d'ateliers participatifs et la formulation de recommandations ;**
- 4/ Des pistes pour la mise en œuvre et le suivi des actions identifiées.**

Ce document s'adresse particulièrement aux personnels cadres opérationnels et cadres techniques, de profils GRC ou santé & nutrition, issus de la société civile ou des autorités. Il vise à appuyer la révision et la création de protocoles AA intégrant les volets PECMA. Il peut être utile tant pour les équipes basées en capitale, impliquées dans les groupes de travail et protocoles nationaux AA, que pour les équipes sous régionales, en charge de la mise en œuvre et de la collecte de données sur le terrain.

Cette note ne remplace pas les manuels AA sectoriels ou globaux ; **elle en constitue un complément spécialisé, conçu pour renforcer la sensibilité nutritionnelle des protocoles AA et améliorer la résilience des communautés face aux chocs.** La liste ci-dessous est non exhaustive et nous vous invitons à consulter le site [Anticipation Hub](#) pour des ressources générales, spécifiques (risques, secteur).

MODULE DE FORMATION	Module de sensibilisation court AA – ACF Module de formation complet AA du groupe de travail Asie – Pacific Module de formation en ligne ANTICIPATION HUB Actions Anticipatoires localisées et sensibles au genre - CARE
MANUELS	Manuel Financement basés sur les prédictions - RC/RC Guide pas à pas pour l'identification et le développement d'action anticipatoire - WHH
PLATEFORMES ET OUTILS	Anticipation Hub Actions Anticipatoires - OCHA Manuels, guides et notes d'orientation - Start Fund Network

INTRODUCTION

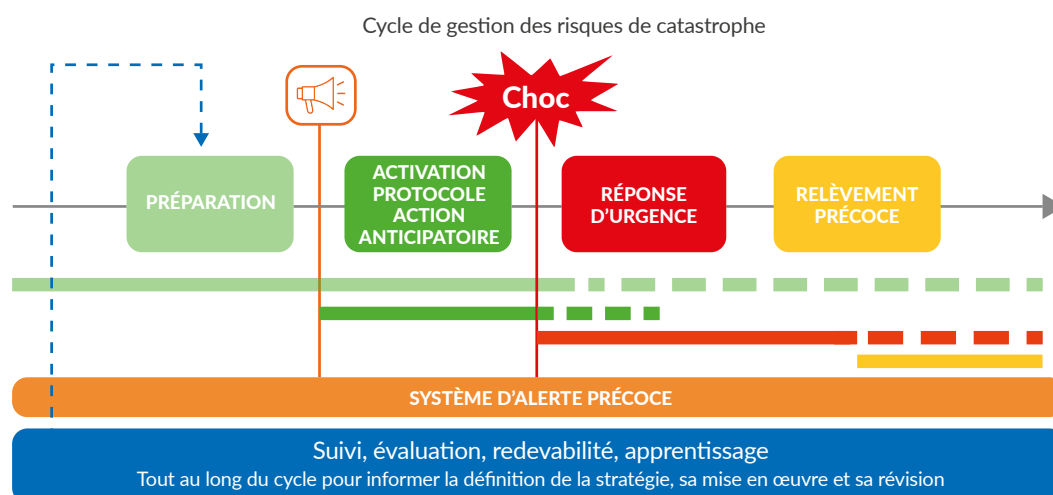
LES ACTIONS ANTICIPATOIRES (AA ET LEUR CADRE GÉNÉRAL)

La Gestion des Risques de Catastrophes (GRC) regroupe l'ensemble des stratégies visant à : prévenir l'apparition de nouveaux chocs (Réduction des Risques de Catastrophe), réduire l'impact des risques existants (Actions Anticipatoires et Préparation), répondre aux besoins créés par les risques résiduels (Préparation et Réponse) et renforcer la résilience des communautés exposées¹.

Dans ce cadre, l'Action Anticipatoire (AA) est une approche proactive de la GRC conçue pour agir en amont des événements dangereux prévus afin d'atténuer ou de limiter les impacts humanitaires. L'AA se caractérise par la présence de trois marqueurs spécifiques à sa nature et sa mise en œuvre. Ainsi un mécanisme AA intègre systématiquement¹ :

- ▶ Des alertes et des seuils de déclenchements prédéfinis ;
- ▶ Des actions rapides prédéfinies à mettre en œuvre lors de l'activation de l'alerte ;
- ▶ Un budget prédéfini et des sources de financements pré-acquis pour la mise en œuvre.

Figure 1. Le schéma ci-dessous décrit l'intégration des AA dans le cycle GRC d'Action contre la Faim²



¹ REAP, P.K CLARK, Glossaire des termes relatifs à l'action précoce, 2022

² Extrait du Papier de Positionnement AA - ACF France

L'AA n'est pas un secteur spécifique mais une modalité opérationnelle. AA peut être multisectorielle (recommandée), comme sectorielle dépendant du mandat et de l'expertise des parties prenantes au moment de la conception du plan avec les communautés, conçue pour compléter les mécanismes existants de GRC. Action contre la Faim a développé une expertise solide dans ce domaine et a formalisé en 2024 un papier de positionnement définissant son cadre d'intervention en matière d'anticipation.

Pour davantage de précisions sur les distinctions entre Réduction des Risques de Catastrophe, Préparation et Actions Anticipatoires-distinctions reposant principalement sur le moment où les mesures sont mises en œuvre par rapport au choc-des ressources complémentaires sont répertoriées dans la section résumé exécutif de cette note.

POURQUOI INTÉGRER LA PECMA DANS LES ACTIONS ANTICIPATOIRES ?

Les chocs naturels, climatiques ou anthropiques (lents ou rapides)³ ont des répercussions rapides et profondes sur la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance et l'accès aux services essentiels. Dans de nombreux contextes déjà fragiles, ces perturbations entraînent une augmentation immédiate des risques nutritionnels, en particulier pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes.⁴

Trois dynamiques essentielles justifient l'intégration systématique de la nutrition dans les protocoles AA :

1/ Les chocs aggravent rapidement la vulnérabilité nutritionnelle :

Perturbation des chaînes alimentaires, baisse de diversité alimentaire, hausse des prix, mortalité animale, destructions de cultures : autant de facteurs entraînant une diminution soudaine de l'accès aux nutriments essentiels. Chez les populations déjà vulnérables, les conséquences peuvent apparaître en quelques jours.

2/ Les systèmes de santé et de PECMA subissent des interruptions critiques :

Les chocs entraînent fréquemment :

- La rupture des consultations et dépistages ;
- L'affaiblissement des structures de santé ;
- L'interruption de traitements essentiels ;
- La difficulté d'accès aux points de service.

Ces ruptures contribuent à une dégradation rapide de l'état nutritionnel et peuvent compromettre des mois d'efforts de prévention et de prise en charge.

3/ Les cadres AA actuels restent insuffisamment nutrition-sensibles :

Les protocoles AA nationaux et sectoriels sont souvent centrés sur des risques généraux (pluviométrie, agriculture, inondation, sécheresse) et intègrent encore rarement la continuité des soins nutritionnels ou les besoins spécifiques des populations vulnérables.

3 Un choc "lent" est un choc dont l'impact se matérialise plusieurs mois après sa survenue (ex : une sécheresse dont les effets réels ne sont tangibles que plusieurs mois après lors de la campagne de récolte. Un choc "rapide" à l'inverse verra directement la matérialisation de ses conséquences sur les populations (ex: un cyclone où d'une heure à l'autre les communautés perdent tout biens).

4 À ce jour il n'est pas possible de faire des AA sur le risque de tremblement de terre, faut de capacités prédictives. Pour les risques de conflits "diffus" et donc non liés à un calendrier précis (ex: élections) l'approche a été testé avec un certain succès par des acteurs en Afrique Centrale mais demande un temps de mise en œuvre plus long et une expertise plus avancée.

Intégrer systématiquement la PECMA dans les protocoles AA permet :

- D'anticiper les besoins nutritionnels avant le choc ;
- De maintenir la continuité des soins ;
- De renforcer les pratiques communautaires protectrices ;
- De limiter les détériorations évitables du statut nutritionnel ;
- Et d'améliorer la résilience des communautés face aux impacts répétés des crises.

Deux options d'intégration existent :

- a) Intégrer la PECMA dans des protocoles AA centrés sur un aléa externe (inondation, cyclone, sécheresse).
- b) Traiter la malnutrition comme aléa principal, avec ses propres mécanismes d'alerte et seuils.

Cette note méthodologique concerne exclusivement le cas a), c'est-à-dire l'intégration de la PECMA dans un protocole AA existant ou en cours de conception portant sur un aléa naturel ou anthropique. Elle ne couvre pas les approches centrées sur la malnutrition comme risque principal, qui nécessitent des systèmes d'alerte spécifiques.e.

FINALITÉ, PORTÉE ET COMPLÉMENTARITÉ DE CETTE NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Cette note a été conçue afin de compléter la littérature existante sur les Actions Anticipatoires, leurs cadres et leurs mises en œuvre, en plus de fournir aux acteurs humanitaires une méthodologie opérationnelle claire pour intégrer la Prise en Charge de la Malnutrition (PECMA) dans des protocoles AA (existants ou en cours de conception).

Elle s'appuie sur l'approche développée et testée par Action contre la Faim et ses partenaires en 2025 au Mali et à Madagascar, dont elle synthétise les outils, étapes et recommandations. Elle vise à guider :

- Les acteurs gouvernementaux nationaux et locaux ;
- Les ONG et organisations de la société civile ;
- Les groupes de travail AA, GRC, Santé & Nutrition ;
- Ainsi que les équipes d'Action contre la Faim impliquées dans la conception ou la révision de protocoles AA.

La note décrit les outils conseillés par Action contre la Faim pour la prise en compte de la PECMA et des soins de santé qui y sont liés dans un protocole AA, existant ou en cours de création, portant sur l'anticipation d'un risque naturel ou anthropique. **Les éléments proposés par cette note et ses outils incluent :**

- **Les critères permettant d'identifier un contexte propice à l'intégration de la PECMA**
- **Les outils et méthodes de collecte de données primaires et secondaires nécessaires à l'intégration de la PECMA dans les protocoles AA**
- **Des conseils et cadres de référence pour l'analyse et l'analyse et synthèse des résultats**
- **L'organisation d'ateliers de restitution et de formulation de recommandations, ainsi que les supports de présentation**
- **Des recommandations pour les actions de suivi et d'intégration dans les cadres AA existants**

Enfin, cette note propose une méthodologie spécialisée permettant de rendre les cadres AA plus sensibles à la nutrition, tout en restant compatibles avec les pratiques et standards globaux.

FAISABILITÉ ET DESCRIPTION DE L'APPROCHE

OBJECTIF ET PRINCIPES DIRECTEURS

L'objectif de cette approche méthodologique est de fournir un processus rapide, opérationnel et reproductible permettant d'intégrer les volets PECMA dans un protocole d'Actions Anticipatoires (AA) centré sur un aléa externe. Développée et testée au Mali et à Madagascar en 2025, elle peut être mise en œuvre sur une période courte (2 à 6 semaines) par une équipe restreinte, en coordination étroite avec les autorités et les groupes de travail AA, Santé et Nutrition.

Cette approche permet de :

- Analyser les risques nutritionnels liés à un choc anticipé ;
- Comprendre comment ce choc affecte la PECMA et l'accès communautaire aux soins ;
- Identifier des actions anticipées réalistes, faisables et adaptées ;
- Les intégrer efficacement dans les protocoles AA existants ou en cours de développement.

Elle repose sur huit étapes successives, allant de l'identification du protocole AA ciblé à la diffusion des résultats et au renforcement des capacités. Son efficacité tient à l'utilisation d'outils légers, à une collecte de données mixte (secondaire + primaire), à une analyse croisée multi-acteurs, et à une validation institutionnelle permettant d'obtenir, en quelques semaines, une vision consolidée des risques nutritionnels et de la capacité du système PECMA à absorber le choc anticipé.

Cette approche privilégie :

- La simplicité des outils ;
- La mobilisation active des acteurs locaux ;
- L'analyse conjointe multisectorielle Nutrition-GRC-Santé ;
- L'intégration systématique dans les cadres nationaux existants ;
- Et la production de recommandations opérationnelles directement intégrables dans les Procédures Opérationnelles Standards (PoS) AA.

PROFILS ET COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE

Deux profils techniques sont recommandés pour la conduite de l'approche comme un standard minimum :

- **Un.e spécialiste Santé & Nutrition (S&N) :** Maîtrisant la PECMA, les déterminants de la malnutrition, les circuits d'approvisionnement en intrants nutritionnels, et les systèmes de prise en charge, leurs capacités et contraintes opérationnelles ;
- **Un.e spécialiste en Gestion des Risques de Catastrophes (GRC) :** Maîtrisant les protocoles nationaux AA, les systèmes d'alerte nationaux, la modélisation des aléas et l'intégration multisectorielle.

Compétences complémentaires nécessaires pour l'approche :

- Capacités de facilitation d'atelier ;
- Analyse qualitative et quantitative ;
- Connaissance du contexte (ou soutien local) ;
- Communication institutionnelle.

NB : La participation systématique des point focaux (gouvernemental/Ministère de la Santé, des groupes de travail/structures AA, clusters/groupes de coordination Santé ou Nutrition) est fortement recommandée pour la redevabilité institutionnelle, la légitimité du processus, et l'intégration finale.

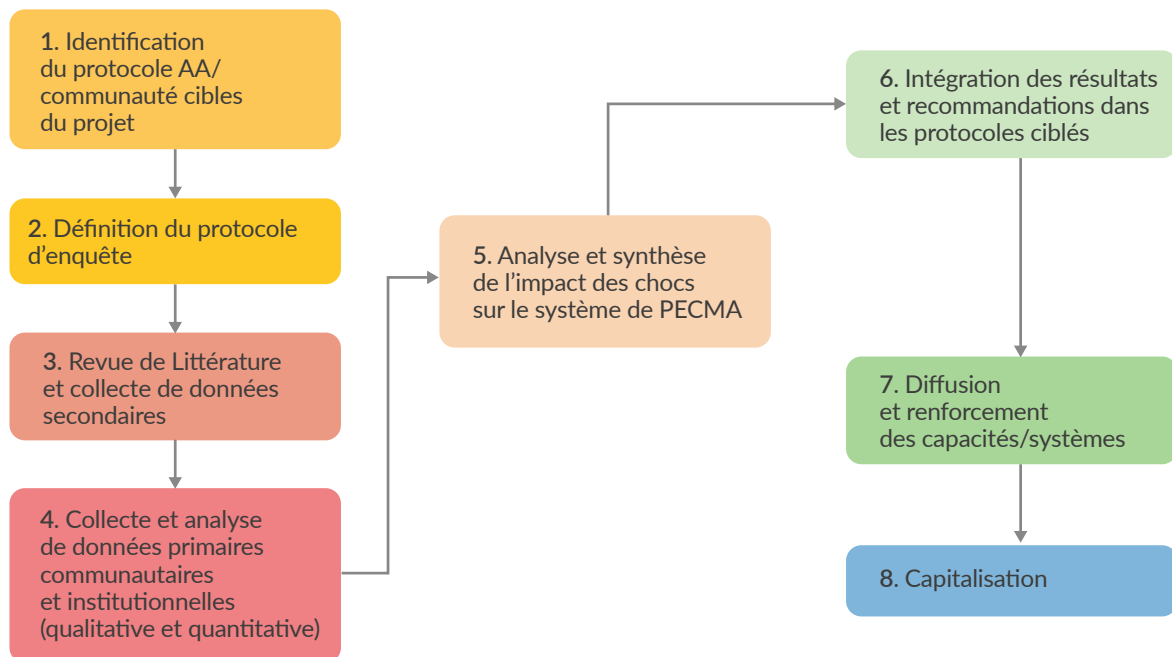


LES ÉTAPES PAS À PAS

L'approche s'articule autour de 8 étapes correspondant au schéma méthodologique du projet (graphique ci-dessous) :

1. Identification du protocole AA/des communautés cibles
2. Définition du protocole d'enquête
3. Revue de littérature (analyse secondaire)
4. Collecte de données primaires communautaires et institutionnelles (qualitative et quantitative)
5. Analyse et synthèse de l'impact des chocs sur la PECMA
6. Intégration des résultats dans les protocoles ciblés et restitution
7. Diffusion et renforcement des capacités
8. Capitalisation

Figure 2. Résumés des étapes de l'approche



ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DU PROTOCOLE AA/DES COMMUNAUTÉS CIBLES

L'Étape 1 constitue la fondation du processus. Elle vise à identifier, dès le départ, un cadre AA existant ou en cours de construction, dans lequel l'intégration PECMA pourra être menée de manière cohérente. Cette méthodologie n'a pas vocation à créer un protocole AA de zéro ou à se substituer à un cadre AA national inexistant : elle vient renforcer et enrichir un dispositif déjà en place ou en préparation.

À ce stade, il est notamment crucial de :

- Examiner des protocoles AA existants, en révision, ou en développement ;
- Analyser l'exposition de la zone à l'aléa(s) prioritaire(s) (inondation, sécheresse, cyclone, choc anthropique etc.) en concertation avec les autorités et autres acteurs/partenaires clés ;
- Réaliser une analyse rapide du SAP disponible et ces données, seuils de déclenchement, périodes de retour, et modèles saisonniers ;
- Identifier les communautés prioritaires en fonction :
 - De la vulnérabilité nutritionnelle préexistante
 - Du fonctionnement et de l'accessibilité des services PECMA
 - Des dynamiques communautaires et contraintes socioculturelles

3 éléments préalables essentiels au déploiement de l'approche :

DES PROTOCOLES AA DÉJÀ ÉTABLIS OU EN COURS D'ÉLABORATION	UN SYSTÈME D'ALERTE PRÉCOCE (SAP) FONCTIONNEL	UNE FORTE VOLONTÉ INSTITUTIONNELLE
<p>L'introduction de cette méthodologie est facilitée lorsque les acteurs locaux sont déjà familiarisés avec les concepts AA et disposent d'un minimum de cadre : mécanismes de coordination, principes d'anticipation, seuils ou prérequis opérationnels.</p> <p>Cela permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'éviter de longues étapes préparatoires (identification de mandats institutionnels, gouvernance AA, etc.) ; • D'offrir aux acteurs Santé et Nutrition un cadre clair pour orienter leur réflexion ; • De garantir une insertion fluide des recommandations PECMA dans des PoS existantes. <p>Deux configurations sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les protocoles AA et cadres existent déjà → la méthodologie peut être déployée sans adaptation majeure ; • Les protocoles AA n'existent pas encore mais un processus de création est en cours → les outils de diagnostic doivent alors être ajustés pour intégrer, dès le départ, les éléments PECMA. <p>Cela évite la duplication des diagnostics et garantit que les risques nutritionnels sont pris en compte dès la conception du protocole AA.</p>	<p>Un SAP est l'ensemble de mécanismes permettant d'anticiper un choc et d'alerter à temps les communautés et les services concernés. Dans une approche AA, le SAP doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi du contexte et des indicateurs critiques ; • La diffusion d'alertes graduées ; • Le déclenchement d'actions anticipées suffisamment tôt ; • La mise en œuvre de mesures adaptées à chaque seuil d'activation. <p>Les seuils sont toujours spécifiques à l'aléa couvert (pluviométrie, niveaux hydriques, prévision cyclonique, etc.).</p> <p>Un SAP robuste ou ne nécessitant que des renforts légers est fortement recommandé, car les projets AA disposent généralement de ressources limitées pour créer ou restructurer un système d'alerte complet.</p> <p><i>Important : Cette note méthodologique n'a pas pour objectif de définir des seuils liés à la malnutrition. L'intégration PECMA se fait dans un protocole AA centré sur un aléa externe, sans créer un SAP nutritionnel séparé.</i></p>	<p>La réussite de l'approche dépend d'une mobilisation active :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des autorités locales et coutumières ; • Des instances gouvernementales sectorielles (Santé, Nutrition, GRC) ; • Des plateformes AA ; • Des clusters ou groupes techniques ; • Des organisations internationales et de la société civile. <p>L'adhésion institutionnelle est indispensable pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder aux données ; • Mener les entretiens et collectes au niveau local ; • Garantir la participation aux ateliers de restitution ; • Assurer l'intégration finale des recommandations dans les protocoles AA nationaux et sous-nationaux. <p>Assurer cette mobilisation en amont est une condition clé pour éviter les blocages ultérieurs.</p>



Un format de diagnostic AA & Nutrition est disponible dans la boîte à outils de cette note pour la formalisation de cette étape.

ÉTAPE 2 : DÉFINITION DU PROTOCOLE D'ENQUÊTE

La définition de Termes de Références (TdR) constitue une étape essentielle pour cadrer précisément la mission de recherche. Les TdR clarifient :

- Les objectifs de la collecte ;
- Les méthodologies retenues ;
- Les résultats attendus ;
- Les responsabilités ;
- Le chronogramme et les ressources nécessaires (ex : ressources logistiques et humaines requises).

Dans cette approche, les TdR intègrent systématiquement une méthodologie duale :

- Collecte de données secondaires (revue documentaire- voir étape 3 pour plus des informations) ;
- Collecte de données primaires (Entretien experts, Groupe de discussion, ménage).

Le protocole d'enquête, élaboré conjointement par les spécialistes PECMA (nutrition) et GRC, garantit une compréhension partagée des enjeux, harmonise les méthodes, évite les doublons, assure la cohérence analytique et facilite la validation institutionnelle avant le déploiement.

Il doit être cohérent avec :

- Les besoins AA du contexte ;
- Les contraintes du terrain ;
- Les capacités réelles du système de santé et des structures PECMA ;
- Les temporalités liées à l'aléa couvert.



Un modèle de TdR est disponible dans la boîte à outils de cette note.

ÉTAPE 3 : REVUE DE LITTÉRATURE (ANALYSE SECONDAIRE)

La collecte et l'analyse des données secondaires constituent une étape déterminante du processus méthodologique. Elles permettent de construire une première compréhension du contexte, d'orienter la collecte primaire, d'identifier les lacunes documentaires et d'éviter de solliciter inutilement les acteurs institutionnels pour des informations déjà existantes.

Elle a notamment pour objectif : d'Identifier les cadres institutionnels, juridiques et opérationnels existant ; de recenser les PoS AA, les indicateurs SAP, les plans de contingence et les protocoles de réponse ou d'anticipation et de documenter les tendances nutritionnelles (prévalence, saisonnalité, facteurs aggravants).

Cette étape sert également à formuler des hypothèses initiales, qui guideront les entretiens qualitatifs et les enquêtes communautaires : vulnérabilités nutritionnelles possibles, contraintes déjà documentées dans la PECMA, dynamiques saisonnières, ou encore robustesse du système d'alerte précoce (SAP).

Les outils de collecte de données primaires seront par la suite adaptés en fonction des éléments manquants ou peu documentés.

L'outil dédié (tableau de collecte des données secondaires dans la boîte à outils) facilite l'identification, la compilation et la classification des documents pertinents pour la GRC, l'AA, la Santé, la Nutrition et la PECMA. Il mobilise principalement les points focaux nationaux ou régionaux, tels que :

- Ministères et directions techniques (Nutrition, Santé, GRC, SAP) ;
- Groupes de travail techniques (AA, GRC, Santé/Nutrition) ;
- Plateformes nationales de gestion des risques ;
- Systèmes de données sectorielles (DHIS2, SAP, bulletins saisonniers, clusters).



Bonnes pratiques

- Effectuer une recherche documentaire initiale (internet, bibliothèques sectorielles, portails institutionnels) ;
- Contacter les personnes ressource suffisamment tôt (ministères, SAP, clusters, directions régionales) ;
- Vérifier les incohérences ou données manquantes, qui orienteront les priorités de la collecte primaire ;
- Extraire systématiquement les informations pertinentes pour la PECMA et la GRC/AA, notamment :
 - Protocoles de préparation et de réponse existants ;
 - Fonctionnement et limites du SAP ;
 - Mécanismes de contingence du système de santé ;
 - Historique et saisonnalité des chocs ;
 - Situation nutritionnelle de la zone ;
 - Capacités et contraintes des structures PECMA.

Une fois consolidée, la revue de littérature fournit une charpente analytique solide, permettant de contextualiser les outils de terrain, d'aiguiller les thématiques prioritaires de la collecte primaire, et de préparer l'analyse croisée qui sera finalisée aux étapes suivantes.

ÉTAPE 4 : COLLECTE DE DONNÉES PRIMAIRES COMMUNAUTAIRES ET INSTITUTIONNELLES (QUALITATIVE & QUANTITATIVE)

La collecte de données communautaire constitue souvent le cœur qualitatif de la méthodologie. Elle permet de comprendre non seulement les vulnérabilités nutritionnelles, mais aussi les dynamiques sociales, les comportements, les représentations et impacts des chocs, et les mécanismes qui limitent ou facilitent l'accès aux services PECMA.

Cette étape requiert une forte capacité d'adaptation, car l'accès aux communautés, la disponibilité des participants et les conditions géographiques ou climatiques peuvent changer rapidement. Les enquêteurs doivent pouvoir ajuster :

- L'ordre des visites ;
- La composition des groupes ;
- La durée des discussions ;
- Les thématiques prioritaires selon les réalités locales.

UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LES PERCEPTIONS ET PRATIQUES LOCALES :

Les perceptions des risques, les habitudes alimentaires, les mécanismes communautaires de solidarité, et la connaissance des services PECMA varient fortement selon :

- La saison ;
- Le genre ;
- L'âge ;
- L'appartenance sociale ;
- Le niveau d'éducation.

Documenter ces variations permet d'identifier des groupes particulièrement vulnérables qui pourraient être affectés de manière disproportionnée par un choc anticipé.

COMPRENDRE LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES PECMA :

La collecte et ses outils doivent prendre en compte :

- Les distances et difficultés de déplacement (ex : pistes impraticables, crues, isolement saisonnier) ;
- Les coûts directs et indirects (ex : transport, perte de revenus, charges domestiques) ;
- Les croyances et normes sociales ;
- Les effets de genre (mobilité limitée, charge de soins concentrée sur les femmes) ;
- La confiance envers les autorités ou le système de santé.

Ces barrières influencent non seulement la PECMA en période stable, mais deviennent critiques lors d'un choc.

OUTILS DE COLLECTES DE DONNÉES PRIMAIRES

Contrairement aux évaluations nutritionnelles classiques (SMART, enquêtes de prévalence, etc.), la collecte primaire dans cette méthodologie :

- Ne cherche pas à mesurer le niveau exact de malnutrition aiguë ;
- Ne se concentre pas sur l'ensemble des pratiques nutritionnelles du ménage ;
- Vise plutôt à comprendre l'effet des chocs sur :
 - Les pratiques de soins ;
 - L'accès à la PECMA ;
 - Les comportements face au risque ;
 - Les contraintes saisonnières ;
 - Les capacités communautaires d'adaptation ;
 - La résilience des services de santé ;
 - Les lacunes critiques à combler via des actions anticipées ;
 - La cohérence ou discordance entre perceptions communautaires, institutionnelles et données quantitatives.

Les outils ont été conçus spécifiquement pour mettre en avant le lien entre chocs, systèmes PECMA, systèmes GRC et pratiques communautaires et opportunités pour la mise en place d'actions anticipatoires. La diversité des outils (enquêtes ménage, experts et GD permet une triangulation robuste de l'information, via l'adaptation, la contextualisation et la préparation de leur déploiement.

ACTIONS CLÉS À MENER AVANT LE DÉPLOIEMENT DES OUTILS FOURNIS

ADAPTATION	CONTEXTUALISATION	PRÉPARATION
<ul style="list-style-type: none">• Au type d'aléa (inondation, sécheresse, cyclone...);• À la langue locale ;• À la terminologie locale (Santé/Nutrition et GRC) ;• À la gouvernance locale (rôles, responsabilités, organigrammes) ;• Aux pratiques communautaires ;• Aux contraintes socioculturelles.	<ul style="list-style-type: none">• Demander explicitement si les agents connaissent les directives AA nationales ;• Vérifier l'application des plans de contingence ;• Documenter les ruptures déjà observées.	<ul style="list-style-type: none">• Encodage des formulaires ;• Formation des enquêteurs et superviseurs ;• Mobilisation des autorités locales ;• Identification des acteurs clés à rencontrer ;• Planification des sites et itinéraires.



Bonnes pratiques pour l'adaptation et le déploiement des outils de collecte

Adapter les méthodes selon les réalités locales :

- Accès sécurisé ;
- Contraintes socioculturelles ;
- Disponibilité des groupes cibles.

Identifier les ménages via :

- Consultations PECMA au centre de santé ;
- Cliniques mobiles ;
- Consultations pré/postnatales ;
- Dépistages communautaires (ASC, relais) ;
- Groupes mère-enfant ;
- Groupes d'entraide féminins ;
- Écoles maternelles/crèches (pour le dépistage) ;
- Distributions (kits hygiène, compléments alimentaires).

Former les enquêteurs.rices : l'approche AA-Nutrition combine des concepts complexes :

- Anticipatoire vs. Préparation ;
- Malnutrition aiguë vs. Insuffisance alimentaire ;
- Chaînes de risque et vulnérabilités systémiques.

Les enquêteurs doivent :

- Maîtriser les concepts ;
- Savoir expliquer les notions AA/PECMA ;
- Être formés à la collecte qualitative (captation fidèle du discours) ;
- Être supervisés en continu.

CIBLES ET ÉCHANTILLONNAGE DE LA COLLECTE DE DONNÉES PRIMAIRES

/ ! \ ÉCHANTILLONNAGE : LES QUOTAS INDIQUÉS SONT DES RECOMMANDATIONS MINIMALES ET LES CHIFFRES EXACTS DEVRONT ÊTRE REVUE À LA HAUSSE EN CAS DE PLUS GROSSE ZONE DE COUVERTURE			
OUTILS DONNÉES PRIMAIRES		CIBLE/SOURCE DE DONNÉES	CIBLE (MINIMA)
GRILLE D'ENTRETIEN MÉNAGE	QUANTITATIF	<ul style="list-style-type: none"> Ménages avec des Femmes Enceintes et/ou Allaitantes Ménages avec enfants de -5 ans 	150 personnes
	GRILLE DE GROUPE DE DISCUSSION	<ul style="list-style-type: none"> Organisations locales et communautaires Santé et Nutrition, tradipraticiens communautaires 	1 groupe
GRILLE DE GROUPE DE DISCUSSION	QUALITATIF	• Hommes de la communauté	1 groupe
	QUALITATIF	• Femmes de la communauté	1 groupe
	QUALITATIF	• Organisations locales et communautaires GRC	1 groupe
GRILLE D'ENTRETIEN EXPERTS.ES CLÉS	Les entretiens individuels avec agents de santé, responsables locaux, SAP ou leaders permettent de : <ul style="list-style-type: none"> Comprendre la perception institutionnelle des risques ; Clarifier la faisabilité des actions anticipées ; Vérifier la cohérence ou l'incohérence avec les données documentaires de l'Étape 3 ; Identifier les leviers de mobilisation et d'adhésion communautaire. 		
	QUALITATIF	• Responsable Structure de Santé	1x sous zone (ex. 1 / municipalité)
	QUALITATIF	• Responsable GRC et/ou SAP	1x sous zone et/ou région
	QUALITATIF	• Responsable/Point Focaux Nutrition	1x sous zone et/ou région
	QUALITATIF	• Représentant régional du ministère de la Santé	1x sous zone et/ou région
OBSERVATION DIRECTE	QUALITATIF	<p>L'observation directe apporte des informations essentielles pour vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> La qualité et la disponibilité des intrants et matériaux de soins; La capacité du personnel (effectifs, compétences, rotation); Les variations saisonnières du nombre de cas; Les contraintes d'infrastructure (stockage, ventilation, eau, chaîne du froid). <p>Cela permet d'anticiper les points de rupture susceptibles d'être aggravés par un choc (par exemple : rupture de stock déjà fréquente. → risque critique pendant une inondation).</p>	À chaque structure visitée

Les données qualitatives et quantitatives collectées à cette étape :

- Nourrissent la matrice d'impact Choc-PECMA (Étape 5) ;
- Permettent la priorisation des recommandations (Étape 6) ;
- Apportent un ancrage local solide aux recommandations validées en atelier (Étape 7).

Elles garantissent que les actions anticipées ne soient pas théoriques ou sectorielles, mais réalistes, adaptées et socialement acceptables.



Études de cas : déploiement de l'enquête au Mali (Juillet 2025)

Dans le cadre du pilote de cette initiative, la région de Ségou a été sélectionnée pour déployer l'enquête et ses outils. Après une phase de préparation, adaptation et contextualisation d'un mois des outils et protocoles de collecte, l'enquête s'est réalisée avec succès via :

- **Temporalité** : 2 semaines de collecte + 1 semaine de traitement/paramétrage de l'analyse des données
- **Équipe** : 9 enquêteurs.rices + 2 superviseurs ACF + 1 personnel SERA
- **Coût total** : 9 500 €

Ce cas prouve la faisabilité d'une collecte rapide et robuste, et a prouvé dans l'analyse la valeur ajoutée cruciale de la triangulation des données qualitatives et quantitatives, et entre ménages, communautés et experts de la zone afin d'obtenir une vision globale et multi niveau de la situation.



Les outils de collecte de données primaires (questionnaire ménage, questionnaire experts.es et questionnaire FGD) sont à disposition dans la boîte à outils.

ÉTAPE 5 : ANALYSE ET SYNTHÈSE DE L'IMPACT DES CHOCES SUR LA PECMA

L'analyse de l'impact des chocs repose sur l'ensemble des données primaires et secondaires collectées lors des étapes précédentes. Cette analyse vise non seulement à comprendre les vulnérabilités du système PECMA et des communautés mais aussi à mettre en lumière les capacités existantes, les stratégies d'adaptation et les pratiques qui pourraient être renforcées dans le cadre des AA.

Cette étape transforme la richesse des données collectées (qualitatives, quantitatives, institutionnelles, communautaires) en diagnostic consolidé, puis en pistes d'actions anticipées. Elle comporte trois grands volets :

1. Traitement et visualisation
2. Analyse et contextualisation
3. Production d'un rapport préliminaire d'enquête

1. TRAITEMENT ET STRUCTURATION DES DONNÉES

Le traitement initial est réalisé à l'aide d'un logiciel de visualisation (ex. Power BI), permettant de :

- Distinguer les résultats par zone (si déploiement multirégional ou multi-pays) ;
- Trianguler les données primaires et secondaires (eg. Vérifier le déploiement des politiques et procédures sur le terrain ;
- Comparer les productions qualitatives vs quantitatives ; notamment par l'illustration des résultats quantitatifs par des citations et récits des experts et de la communauté ;
- Analyser les variations selon :
 - Localisation des répondants
 - Sexe
 - Statut (ménage vs expert institutionnel)
 - Ménages avec ou sans enfants malnutris
 - Ménages avec FEFA vs sans FEFA

Cette désagrégation est essentielle pour identifier les groupes les plus vulnérables, les mécanismes d'exclusion, et les ruptures prévisibles du système PECMA.

2. ANALYSE ET CONTEXTUALISATION DES RÉSULTATS : RÔLE CLÉ DU BINÔME GRC-PECMA

L'analyse approfondie est effectuée conjointement par les spécialistes Nutrition/PECMA et GRC/AA. Ce croisement permet de mettre en lumière :

- ▶ L'impact du choc sur les communautés et les systèmes PECMA : Difficultés accrues d'accès aux soins ; Ruptures d'intrants aggravées par l'aléa ; Surcharge ou absence de personnel ; Interruption des dépistages et du référencement.
- ▶ Les pratiques & capacités existantes.

Certaines pratiques positives doivent être : Valorisées, Documentées, Renforcées, et/ou répliquées dans d'autres zones.

Les pratiques pouvant : détériorer le statut nutritionnel ; limiter la continuité des soins ; empêcher l'adoption de bonnes pratiques anticipatoires ; doivent être identifiées précisément pour proposer des mesures correctives concrètes.

- ▶ Le niveau de coordination : Coordination GRC/Santé/Nutrition existante ou insuffisante ; Absence d'échanges entre SAP, structures PECMA et communautés ; Mécanismes multisectoriels incohérents.
- ▶ Fonctionnement et efficacité du SAP : Capacité réelle à anticiper le choc ; Diffusion des alertes et compréhension communautaire ; Délais entre alerte et impact ; Capacité des services PECMA à réagir en amont.
- ▶ Vides institutionnels dans les cadres AA ou PECMA : Absence d'acteurs PECMA dans les groupes AA ; Communautés non intégrées dans les mécanismes d'alerte ; Lacunes dans les plans de contingence santé/nutrition. L'identification de ces « vides » est essentielle pour formuler des recommandations structurelles.

3. PRODUCTION DU RAPPORT PRÉLIMINAIRE D'ENQUÊTE

Le principal produit de cette étape est un rapport préliminaire structuré, comprenant :

- Les résultats clés ;
- Les analyses ;
- Les priorités ;
- Les premières pistes d'actions anticipées et de renforcement des systèmes



Bonnes pratiques pour la formulation des recommandations

Pré-pister les actions avant l'atelier

Les recommandations pré identifiées doivent prendre en compte : la priorisation des communautés, La faisabilité des mesures, L'urgence ; La pertinence pour l'AA ; Le mandat institutionnel.

Il est recommandé de définir des pistes de recommandations en amont, tout en précisant clairement qu'elles sont :

- Ouvertes à la discussion ;
- Re-formulables ;
- Adaptables ;
- Ou supprimables.

Trier les retours des répondants

Certaines recommandations proposées par les communautés ou institutions peuvent ne pas correspondre au cadre AA (ex. distribution post-choc).

Elles doivent être conservées, car elles alimentent :

- Les plans de contingence ;
- Les plans de réponse réactifs ;
- Des stratégies multisectorielles plus larges.

Lier systématiquement les recommandations aux problèmes identifiés

La formulation doit découler :

- D'un problème observé ;
- D'une analyse croisée ;
- D'une solution anticipatoire faisable.



Ce rapport sert de base à la discussion lors de l'atelier multisectoriel (Étape 6).

Un format de rapport est mis à disposition dans la boîte à outils.



Exemples de recommandations (selon problèmes identifiés)

Problème : Le SAP ne permet pas d'anticiper les impacts sur la PECMA ou les communautés

- Renforcer les relais communautaires (inclure femmes, tradipraticiens, ASC) ;
- Former les relais à la diffusion d'alertes ;
- Développer des messages d'anticipation intégrant des conseils nutritionnels et pratiques protectrices.

Problème : Discontinuité du dépistage et de la PECMA avant/pendant le choc

- Renforcement du dépistage et du référencement communautaire ;
- Distribution anticipée de rations ou compléments (Vitamines A, biscuits énergétiques) aux ménages ayant des cas de malnutrition ;
- Assistance monétaire pré-choc aux ménages vulnérables ;
- Formation du personnel santé pour renforcer les approches communautaires avant impact.

Problème : Manque de coordination multisectorielle

- Formation croisée GRC-Santé/Nutrition sur les interactions choc-nutrition ;
- Mise en place ou renforcement de groupes de travail AA multisectoriels ;
- Intégration des acteurs PECMA dans les processus AA.

ÉTAPE 6 : INTÉGRATION DES RÉSULTATS DANS LES PROTOCOLES CIBLÉS ET RESTITUTION

Une fois les analyses consolidées et les recommandations préliminaires formulées (Étape 5), il est essentiel de revenir vers l'ensemble des parties prenantes pour :

- Présenter les résultats ;
- Vérifier et trianguler les conclusions ;
- Construire et finaliser les actions anticipées ;
- Valider collectivement les mesures à intégrer dans les protocoles AA.

Cette étape est essentielle pour garantir la qualité technique des recommandations, leur faisabilité institutionnelle, et surtout leur appropriation par les acteurs responsables de leur mise en œuvre.

ORGANISATION DES ATELIERS DE RESTITUTION

Les ateliers se déroulent généralement à deux niveaux complémentaires :

- Sous-national (terrain/zone de collecte)
- National (validation et intégration stratégique)

OBJECTIFS ET PARTICIPATION CIBLE DES ATELIERS

	OBJECTIFS	PARTICIPANTS
ATELIER SOUS-NATIONAL (niveau terrain, zone d'ancrage du protocole AA)	<ul style="list-style-type: none"> Présenter les résultats de l'analyse ; Renforcer les capacités des acteurs locaux sur les concepts AA ; Coconstruire des recommandations précises à intégrer dans les protocoles AA ciblés. 	<ul style="list-style-type: none"> Informateurs clés (santé, nutrition, GRC, SAP) ; Acteurs locaux impliqués dans l'AA ; Groupes de travail AA ; Cluster Nutrition ou GRC ; Autorités locales.
ATELIER NATIONAL (niveau central/validation institutionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> Présenter les résultats consolidés ; Renforcer les capacités sur AA (selon besoins) ; Examiner les recommandations issues du niveau sous-national ; Intégrer ces recommandations dans les cadres AA nationaux et PoSs sectoriels. 	<ul style="list-style-type: none"> Cluster Nutrition ; Représentants Santé, Nutrition, GRC, SAP ; Groupes de travail AA nationaux ; Autorités nationales et ministères compétents ; Représentants AA locaux impliqués dans les protocoles.

Il est recommandé d'organiser l'atelier sur 2 jours (national et sous régional) afin de garantir la même compréhension des concepts par chaque participants, **le séquençage suivant est proposé :**

SÉQUENÇAGE DE L'ATELIER	
JOUR 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS AA	JOUR 2 : RESTITUTION ET CO-FORMULATION DES RECOMMANDATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Déclenchement anticipé ; SAP ; Fenêtres d'action ; Logique de prépositionnement anticipé vs réaction post-choc ; Rôle des services PECMA dans les AA. 	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des résultats de l'enquête ; Discussion des vulnérabilités clés ; Validation des recommandations proposées ; Formulation d'actions : <ul style="list-style-type: none"> - Précises - Faisables - Alignées sur les PoSs AA - Clairement assignées (qui fait quoi, quand, comment)



Les outils de facilitation (powerpoints) sont à disposition dans la boîte à outils Intégration dans les protocoles AA.

Les recommandations validées sont ensuite intégrées dans :

- Les protocoles AA existants ;
- Les protocoles sectoriels ;
- Les cadres multisectoriels AA.

Chaque recommandation doit être associée à :

- Une responsabilité claire ;
- Des prérequis logistiques ou institutionnels ;
- Une fenêtre d'activation ;
- Un indicateur de suivi/déclenchement.

Cette structuration garantit la faisabilité des actions et leur intégration complète dans le système AA national.



Un modèle de Fiches-actions anticipatoires est fournis dans la toolbox de cette note.




Études de cas : Madagascar (2024-2025)

L'atelier régional a réuni 47 participants (Ministère Santé Publique, Office National de la Nutrition, autorités locales, clusters Santé & Nutrition, ONG). Trois actions PECMA ont été intégrées dans le protocole AA sécheresse : un mécanisme communautaire de référencement anticipé, un pré-positionnement léger d'intrants nutritionnels, et un renforcement des dépistages communautaires avant le choc.

ÉTAPE 7 : DIFFUSION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Une fois les ateliers de restitution réalisés et les recommandations validées, cette étape vise à ancrer durablement les avancées obtenues. L'objectif est que les protocoles AA enrichis de volets PECMA ne restent pas des documents isolés, mais deviennent des outils utilisés, compris et actionnés par les acteurs concernés.

Plusieurs leviers complémentaires peuvent être activés selon le contexte : voir tableau suivant.

<p>DIFFUSION ET APPROPRIATION</p>	<p>Il est essentiel de diffuser largement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rapport d'enquête ; • La synthèse des résultats ; • Les recommandations validées ; • Les versions actualisées des protocoles AA. <p>Les destinataires prioritaires incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupes de travail sous-régionaux et nationaux (AA, GRC, Nutrition) ; • Autorités locales et nationales ; • Clusters sectoriels ; • SAP et mécanismes d'alerte ; • ONG et plateformes de coordination. <p>Cette diffusion doit être accompagnée d'un travail d'explication et de dialogue pour garantir une appropriation réelle.</p>
<p>RENFORCEMENT DES CAPACITÉS (MULTI-NIVEAUX)</p>	<p>L'intégration PECMA dans les AA nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une compréhension technique du fonctionnement des AA ; • Une maîtrise des mécanismes SAP ; • Une connaissance des pratiques optimales en nutrition et PECMA ; • Une coordination efficace entre acteurs. <p>Les formations peuvent cibler :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les autorités locales, • Les équipes sanitaires régionales et sous-régionales, • Les agents de santé communautaires, • Les SCAP, • Les leaders communautaires, • Les ONG locales, • Les membres des GTAA. <div data-bbox="564 1178 1275 1249" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: flex; align-items: center;">  <p>Il est possible d'utiliser les supports de formation de l'atelier de capitalisation (cf. boîte à outils).</p> </div>
<p>APPUI À LA RÉDACTION OU RÉVISION DE PROTOCOLES</p>	<p>Selon les pays, la mise en œuvre des recommandations peut nécessiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La révision de protocoles AA (nationaux ou régionaux) ; • L'intégration des actions PECMA dans des PoS multisectoriels ; • La mise à jour des plans de contingence ; • La clarification des responsabilités institutionnelles ; • La définition d'indicateurs d'activation ou de suivi ; <p>Ce travail de rédaction technique est souvent décisif pour transformer les recommandations en actions institutionnalisées</p>
<p>ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT</p>	<p>Certaines recommandations nécessitent un soutien direct aux communautés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des relais communautaires ; • Mise à niveau des comités GRC ; • Actions de sensibilisation sur les bonnes pratiques anticipatoires ; • Amélioration de la réception des alertes au niveau local ; • Renforcement de la préparation communautaire aux chocs. <p>Ces activités permettent de consolider la résilience locale et la réactivité face aux alertes SAP.</p>
<p>ACTIVITÉS AXÉES SUR LE SAP</p>	<p>L'intégration PECMA dans les AA peut nécessiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des améliorations dans la diffusion des alertes ; • La clarification des indicateurs d'activation ; • La formation à la compréhension et l'utilisation des alertes ; • L'équipement des relais ou communautés pour recevoir efficacement l'information (radios, dispositifs solaires...).

Ces exemples illustrent comment différents contextes ont mis en œuvre l'étape 7 :



Mali – 2025 : Suivi post-ateliers PECMA & AA

- Appui à la couverture médiatique du séminaire de validation du protocole national AA Inondation ;
- Renforcement des capacités AA/GRC par des formations locales destinées aux SCAP et leaders communautaires.



Madagascar – 2025 : Suivi post-ateliers PECMA & AA

- Dotation de radios à manivelle pour renforcer la réception des alertes au niveau communautaire ;
- Révision des protocoles du projet AVOSTE afin d'y intégrer la PECMA ;
- Redynamisation des Comités GRC dans quatre communes du projet AVOTSE, avec un axe spécifique AA + Nutrition ;
- Appui au CCGRC pour mener des sensibilisations de masse sur les AA ;
- Appui au GTAA national pour organiser un atelier de redynamisation du GTAA Grand Sud.
- Participation à la révision des plans de contingence nationaux (globaux et sectoriels).

ÉTAPE 8 : CAPITALISATION

La capitalisation du déploiement de cette initiative a pour but de collecter les leçons du processus afin d'améliorer les futures itérations de la méthodologie et d'en renforcer l'efficacité, l'efficience, et l'appropriation.

Pour garantir un apprentissage continu, il est recommandé d'entretenir un journal de bord tout au long du déploiement de l'approche, permettant de documenter de manière systématique :

- Les succès et difficultés techniques et opérationnels rencontrés ;
- La qualité et la disponibilité des données collectées ;
- La participation et l'engagement des acteurs institutionnels et communautaires ;
- Les limites méthodologiques observées ;
- Les volumes de données (nombre d'outils utilisés, participants, localités couvertes) ;
- Les questions, suggestions et recommandations formulées lors des ateliers ;
- Les temporalités de mise en œuvre de chaque étape.

Ces éléments permettent :

- D'alimenter les futures itérations dans d'autres zones ou pays ;
- D'améliorer l'adaptation de la méthodologie aux contextes ;
- D'affiner les outils de collecte, d'analyse et de restitution ;
- De renforcer l'efficacité du plaidoyer pour l'intégration de la PECMA dans les AA.

Un processus de capitalisation structuré constitue ainsi un volet central pour garantir l'amélioration continue et l'apprentissage organisationnel autour de cette approche.



CONCLUSION

Ce document vise à renforcer les capacités des acteurs de la GRC, de la santé et de la nutrition pour intégrer de manière effective la PECMA dans les protocoles d'Actions Anticipatoires. En s'appuyant sur une méthodologie éprouvée, rapide et adaptable, il offre un cadre opérationnel permettant d'anticiper les effets des chocs sur la nutrition et de renforcer la résilience des communautés les plus exposées.

L'approche présentée n'est ni exhaustive ni figée. Elle doit être adaptée aux réalités locales, enrichie par les retours d'expérience et alimentée par une collaboration étroite entre autorités, société civile, acteurs communautaires et partenaires techniques. C'est cette dynamique collective qui permet de garantir la pertinence et l'appropriation des actions anticipées.

Enfin, la pérennité de la démarche dépend de la mise en place de mécanismes réguliers de capitalisation, de documentation des apprentissages et de partage intersectoriel des bonnes pratiques. Ces éléments sont essentiels pour améliorer les futures initiatives, harmoniser les protocoles AA et renforcer durablement l'intégration de la PECMA dans les efforts d'anticipation.



Boîtes à outils

Les différents modèles et formats mobilisés dans cette approche sont mis à disposition pour une meilleure diffusion et appropriation de cette méthodologie par les parties intéressées en annexe de cette note. En cas de difficulté d'accès, veuillez contacter : errurequest@actioncontrelafaim.org

- Outil de diagnostic contexte AA et nutrition
- Modèles de Termes de Références de l'enquête
- Grille de collecte de données secondaires
- Formulaires de collecte de données primaires :
 - Grille d'entretien ménage (1)
 - Grilles d'entretien experts (4)
 - Grilles de discussion communautaire et de groupes (4)
- Trame fiche de synthèse recommandations actions sensibles et spécifiques à la PECMA
- Trame de rapport/synthèse des résultats de l'enquête et recommandations
- Outil de facilitation des ateliers de restitution (format powerpoint)

