



**DEFINITION ET MISE EN ŒUVRE DU PAQUET INTEGRE
D'ACTIVITES MULTISECTORIELLES POUR LA NUTRITION EN
SITUATION D'URGENCE (CAS SPECIFIQUE DU BURKINA FASO)**

Octobre 2020

TABLE DE MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	5
1.1. CONTEXTE et JUSTIFICATION	5
1.1.1. EVOLUTION DU CONTEXTE HUMANITAIRE.....	5
1.1.2. JUSTIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE PAQUETS D'ACTIVITES INTEGRE ET MULTISECTORIEL EN NUTRITION.....	7
1.2. ANALYSE DE SITUATION	7
1.2.1. SITUATION NUTRITIONNELLE	7
1.2.2. SITUATION DE LA SECURITE ALIMENTAIRE.....	11
1.2.3. SITUATION DE L'ACCES A L'EAU POTABLE ET A L'ASSAINISSEMENT.....	12
1.2.4. SITUATION SANITAIRE.....	13
CHAPITRE II : ANALYSE DE LA REPOSE HUMANITAIRE EN COURS.....	15
2.1 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA NUTRITION	15
2.2 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SANTE.....	16
2.3 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SECURITE ALIMENTAIRE	17
2.4 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA WASH :.....	18
CHAPITRE III : PROPOSITION DE PAQUETS MULTISECTORIELS.....	19
I. OBJECTIFS	19
1. OBJECTIF GENERAL.....	20
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	20
3. METHODOLOGIE UTILISEE	20
II. DEFINITION DES PAQUETS MULTISECTORIELS.....	21
III. PAQUET D'ACTIVITES MULTISECTORIELLES EN NUTRITION	21
I. COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS.....	28
1. ORGANISATION DES SUPERVISIONS FORMATIVES.....	28
2. ORGANISATION DES ENQUETES ET EVALUATION.....	28
ANNEXES :.....	31

SIGLES ET ABREVIATIONS

AME : Allaitement Maternel Exclusif

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

ASBC : Agent de santé à base communautaire

ATPE : Aliment thérapeutique prêt à l'emploi

BCC : CCC en anglais

CREC : Communication du risque et l'engagement communautaire

BSFP : Programme de supplémentation alimentaire

C19 : Covid 19

CCC : Communication pour le changement de comportement

CS : Centre de Santé

CONASUR : Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation

CPN : Consultation Pré natal

CPON : Consultation Post Natal

CPS : Chimio Prophylaxie saisonnière

CSPS : centre de Santé et de Promotion Sociale

CREN : Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle

DN : Direction de la nutrition

DRS : Direction régionale de la santé

DS : District sanitaire

ECD : Early Child Development/ Développement de la petite enfance

EHA : Eau Hygiène et Assainissement

FEFA : Femme Enceinte/Femme allaitantes

FS : Formation Sanitaire

GASPA : Groupe d'appui et de soutien aux activités de l'ANJE

GFD : General Food Distribution/ Distribution Alimentaire Générale

IEC : Information Education Communication

IPC : Integrated Phase Classification

INO : Inventaire National des Ressources en eau

IRA : Infection Respiratoire Aigue

JVA : Journées de Supplémentation en Vitamine A

MAG : Malnutrition aiguë globale

MAM : Malnutrition aiguë modérée

MAS : Malnutrition aiguë sévère

MEA : Ministère de l'Eau et de l'Assainissement

PB : Périmètre brachial

PCA : Prise en charge ambulatoire

PCI : Prise en charge en interne

PCIMA : Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PDI : Personne déplacées interne

PMA : Paquet minimum d'activités

SAME : Sécurité Alimentaire et moyen d'existence

SECAL: Sécurité Alimentaire

SLEAC: Evaluation of Access and Coverage

SQUEAC : Évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture

WASH/EHA : Eau, Hygiène et Assainissement

CHAPITRE I : INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE et JUSTIFICATION

1.1.1. EVOLUTION DU CONTEXTE HUMANITAIRE

Depuis janvier 2015, le Burkina Faso connaît une situation sécuritaire des plus instables, avec des niveaux de violence jamais connus à partir de 2019. Cette aggravation de l'insécurité, qui pourrait se généraliser à l'ensemble du territoire national, intensifie les besoins humanitaires dans le pays et ce, principalement dans les 6 régions¹ déclarées en état d'urgence par le Gouvernement National.

Cette détérioration sécuritaire a un impact négatif sur l'accès aux services de base pour les populations, principalement dans les domaines de l'éducation, de l'eau, hygiène et l'assainissement et de la santé y compris la nutrition, dû en partie à la fermeture ou au fonctionnement à minima des formations sanitaires (Centres de santé et de promotion sociale ou CSPS).

Tableau I : Situation de fonctionnalité des Centres de Santé en fin septembre 2020

Situation des PDIs au 8 septembre et du fonctionnement des formations sanitaires dans les 6 régions à forts défis sécuritaires						
Régions sanitaires	Total des FS dans la région	Somme de FS Fermées	Somme de FS Partiellement Fonctionnelle	Somme de FS Abritant les PDIs dans la zone	Somme de Population affectée	Total PDIs de la région
BOUCLE DU MOUHOUN	288	7	30	54	42,393	44,859
Centre Est	205	3	8	0	32,079	23,392
CENTRE-NORD	189	12	42	45	138,814	422,267
EST	189	4	29	22	212,181	66,460
NORD	265	14	22	33	143,364	74,527
SAHEL	133	55	68	29	603,076	344,569
Total général	1269	95	199	183	1 171 907	976 074

Sources : *Cluster Santé (fonctionnement des FS au 8 septembre 2020)
*CONASUR (situation des PDIs au 8 Septembre 2020)

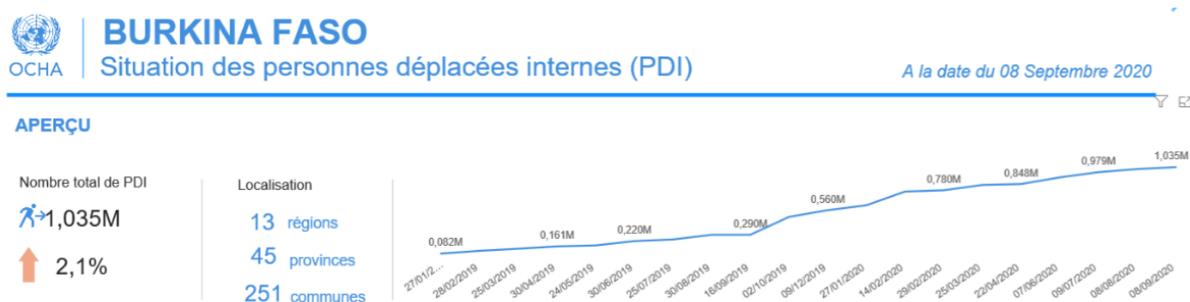
Au niveau sanitaire, la fermeture des structures de santé a réduit l'accès de la population aux services de soins de santé primaires. Selon les dernières informations disponibles, 95 centres de santé sont fermés, tandis que 199 fonctionnent à minima sur les 1269 centres de santé des 6 régions en Urgence, privant ainsi 1,171,907 personnes d'accès aux services de santé de base.

Au niveau des mouvements de population, l'insécurité a causé le déplacement forcé de plus d'un million de personnes en moins de deux ans. Selon le Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR), au 08 septembre 2020, on dénombrait 976 074 personnes déplacées dans les 6 régions à forts défis sécuritaires (Boucle du Mouhoun, Centre Nord, Est, Nord et Sahel) soit une augmentation de 5,7 pour cent par rapport à la situation du 09 Juillet 2020 avec une répartition proportionnelle comme suit : Centre-Nord (40,8 pour cent), Sahel

¹ Boucle du Mouhoun, Centre Est, Est, Centre-Nord, Centre-Est, Nord et Sahel

(33,3 pour cent), Nord (7,2 pour cent), Est (6, 4 pour cent) Boucle du Mouhoun (4,3 pour cent), et Centre Est (2,3 pour cent).

Les enfants représentent 60,38 pour cent des populations affectées par ces (dont 37,10 pour cent ont moins de 5 ans), et les femmes près de 23 pour cent. Les zones affectées par ces déplacements sont également en augmentation avec 15 communes additionnelles d'accueil de personnes déplacées, ce qui porte à 256 le nombre de communes d'accueil à travers le pays qui compte au total 351 communes (soit 72,93pour cent). Les principales localités affectées se trouvent dans les régions du Centre-Nord, Sahel, Nord, Est et Boucle du Mouhoun.



Source : OCHA/CONASUR 08 Aout 2020

Figure 1 : Situation des populations déplacées internes au 8 Septembre 2020

La situation sécuritaire continue à se dégrader, avec, entre janvier et le 8 octobre 2020, 406 incidents sécuritaires enregistrés, causant 623 décès, dont 30 enfants, avec 43 incidents dus aux engins explosifs improvisés. Le pays enregistre aussi une augmentation de la criminalité et des risques d'enlèvement. Les conséquences de la dégradation de l'insécurité, incluent d'une part une limitation de l'accès humanitaire par les acteurs opérationnels et d'autre part, une réduction de l'accès des populations aux services sociaux de base (écoles et centres de santé fermés, restrictions administratives de mouvements, manque de ressources financières pour payer pour les services médicaux, accès limité aux services d'eau et assainissement, et aux services sociaux).

Les contraintes d'accès humanitaire et leur intensité varient selon les zones et sont très variables dans le temps. Selon, la section sécurité, les zones les plus difficiles d'accès sont actuellement situés dans la région du Sahel (Djibo et Gorom Gorom), au Centre Nord (Foubé et Kelbo) et à l'Est (Pama, Diapaga et Gayeri). Notons aussi que la situation est variable dans le temps selon les incidents qui surviennent. Chaque type de contrainte nécessite une réponse spécifique en termes de plaidoyer ou de modification de mode opératoire ou de stratégie de partenariat et de mise en œuvre pour la fourniture de l'assistance. Aussi pour résoudre, les difficultés d'accès de la population aux structures de santé dans les zones d'insécurité, le Ministère de la Santé et ses partenaires ont adapté les stratégies de mise en œuvre des interventions de nutrition par :

- ✓ L'élaboration des « directives nationales pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le contexte d'insécurité » approches simplifiées (qui consistent en utilisation d'un seul critère de d'admission et de décharge par la mesure du Périmètre Brachial, et l'administration d'un seul intrant pour la prévention et la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë),
- ✓ les cliniques mobiles,
- ✓ la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe communautaire
- ✓ et le recours à la stratégie avancée.

1.1.2. JUSTIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE PAQUETS D'ACTIVITES INTEGRE ET MULTISECTORIEL EN NUTRITION

Dans le cadre de la réponse à l'urgence humanitaire que traverse actuellement le pays, les différents clusters actifs ont la responsabilité d'assurer une coordination de la réponse sectorielle. Les analyses réalisées au sein des clusters nutrition, santé, sécurité alimentaire et WASH ont mis en évidence que la couverture des populations affectées et ciblées par la réponse demeurerait faible, du fait de différents facteurs :

1. Accès humanitaire restreint du fait de l'insécurité grandissante dans les zones déclarées en état d'urgence,
2. Absence de synergie multisectorielle dans les zones affectées limitant ainsi l'impact des interventions au bénéfice des populations dans le besoin
3. Mise en œuvre d'interventions sectorielles parcellaires par certains partenaires

Compte tenu de la multi-causalité de la malnutrition aiguë, du contexte d'insécurité qui réduit l'accès de la population à l'assistance humanitaire et de la limitation des ressources, le cluster Nutrition propose la mise en œuvre de paquets intégrés d'activités multisectorielles. Aussi pour la Nutrition en urgence, dans les zones classifiées en Priorité 1 (Critique) et Priorité 2 (Sérieuse) selon la classification des Districts Sanitaires par degré de priorité² faite par le Cluster Nutrition (voir annexe 1), la mise en œuvre de ces paquets visera à prévenir les risques de détérioration de l'état nutritionnel des enfants tout en assurant leur prise en charge.

La mise en œuvre de paquets intégrant la prévention et la prise en charge de la malnutrition représente une opportunité sans commune mesure afin d'assurer une réponse efficace et efficiente aux besoins des populations dans un contexte de rareté des ressources financières, de problème d'accès et de pandémie COVID-19. Il s'agit là de créer la synergie d'action et ainsi d'accélérer la réponse de la nutrition en urgence.

La définition de ces paquets d'intervention (Cf. chapitre III) est le fruit d'un travail intersectoriel collaboratif entre les clusters Nutrition, Santé, WASH et Sécurité Alimentaire dans l'analyse des besoins, de la réponse en cours, des gaps identifiés et des problèmes d'accès. Ce paquet multisectoriel intégré a pour vocation de guider la formulation des projets dans le cadre du plan de réponse humanitaire 2021 et vient en complément des documents de référence existants et des outils de formation élaborés par le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Nutrition dans le domaine de la nutrition.

1.2. ANALYSE DE SITUATION

1.2.1. SITUATION NUTRITIONNELLE

La situation nutritionnelle au Burkina Faso s'est dégradée depuis l'année 2019 à la suite d'une augmentation du nombre d'incidents sécuritaires, au déplacement massif des populations, à la fermeture et ou fonctionnement à minima des formations sanitaires, à l'irruption de la pandémie de COVID-19.

Les six régions du Burkina Faso (Sahel, Centre Nord, Centre Est, Nord, Est et Boucle du Mouhoun) actuellement sous état d'urgence sont traditionnellement les plus touchées par la malnutrition

² Les critères de classification : (i) Les taux de MAS basés sur les résultats des différentes enquêtes nutritionnelles SMART réalisées , (ii) Les résultats de l'analyse l'IPC-MA « integrated Food Security classification- Malnutrition aiguë » pour la période projetée de juin à aout 2020, (iii)La fonctionnalité de formations sanitaires et (iv) la proportion des Personnes déplacées internes (PDI)

aiguë avec des taux de malnutrition aiguë globale et sévère atteignant respectivement 12,8% et 3,1% au Sahel [en 2018](#).

- L'enquête nutritionnelle rapide (SMART Method) menée en [Octobre 2019](#), dans six communes accueillant des PDI, dans la région du Sahel, du Centre Nord, de l'Est et du Nord montrait une prévalence de la malnutrition aiguë (GAM) au-delà du seuil de 10% (seuil d'alerte de l'OMS) à l'exception de la commune de Kaya. La situation était particulièrement critique à Barsalogo aussi bien sur le site d'accueil (GAM : 19,7%) que dans la commune (GAM : 17,2%) et également à Djibo (GAM : 16,9%) témoignant d'une situation d'urgence. Les prévalences de la MAG dans les autres communes à savoir : Arbinda (GAM : 12,7%), Maticoali (GAM : 11,7%), Titao (GAM : 11,2%) et Kaya (GAM : 9,3%) étaient également aussi élevées méritant donc une attention particulière. En ce qui concerne le taux de malnutrition aiguë sévère (MAS), la situation était particulièrement dégradée avec des taux dépassant largement le seuil d'urgence de 2% avec 7,8% dans le site de Barsalogo, 6,4% dans la commune d'Arbinda et de 5,1% à Djibo.
- En Juillet-Aout 2020, le suivi de la situation nutritionnelle dans ces régions a été fait à travers une nouvelle [enquête nutritionnelle rapide](#) (SMART méthode) ciblant onze communes abritant 57% des PDI du pays. Les résultats sont montrant une situation alarmante. Le taux de MAG est au-delà de 15% dans la commune de Gorom-Gorom (Sahel) et sur le site PDI de Barsalogo (Centre-Nord) avec respectivement 18,4% et 16,1%. Pour les communes de Dori, Gorgadji, Bourzanga et Fada N'Gourma, la prévalence de la MAG varie entre 12,5% à 13,6%. Enfin, une prévalence de MAG entre 8,6 et 9,6% dans les communes de Barsalogo, Kongoussi, Ouahigouya, Kaya et Maticoali. La situation de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a connu une évolution inquiétante par rapport à la précédente enquête d'octobre 2019. La situation de la mortalité à Djibo et Gorgadji est au bord de l'urgence. Les taux de mortalité calculés dépassent le seuil d'alerte (>1décès/jour/10000 enfants) à Djibo (1,7‰), Gorgadji (1,7‰) et le site d'accueil de Barsalogo (1,3‰). La dégradation de la situation sanitaire marquée par la fermeture des centres de santé dans les localités à sécurité précaire et la recrudescence des épidémies de rougeole dans la plupart des districts sanitaires du pays pourraient expliquer la hausse du niveau de mortalité.

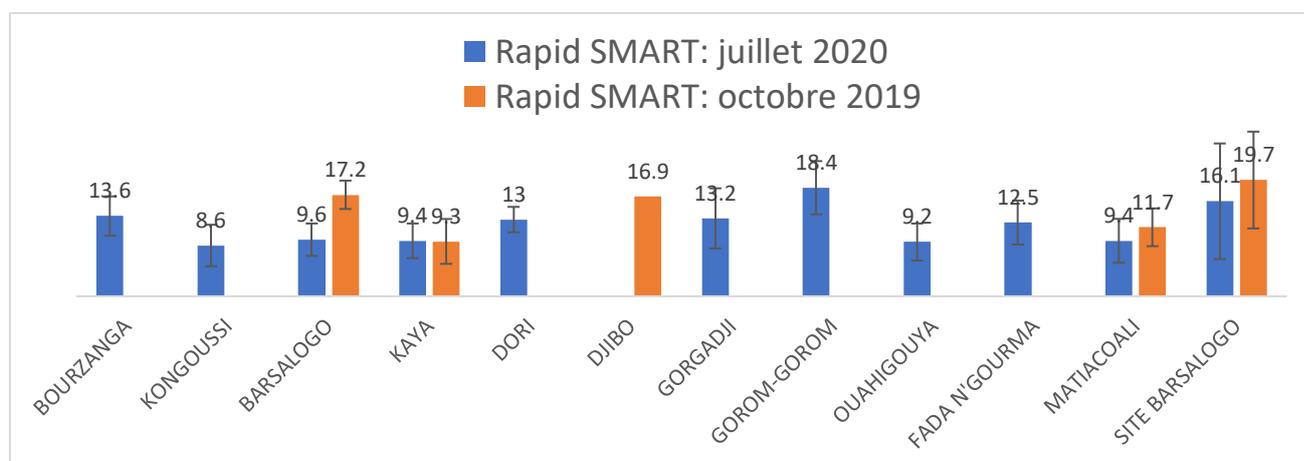


Figure 2 : Prévalences des MAG issues des SMART Rapides : SMART 2020 vs SMART 2019

En Septembre 2020, les partenaires du Cluster Nutrition ont mené une analyse de vulnérabilité nutritionnelle en tenant compte de quatre facteurs qui sont les suivants :

- Les taux de MAS basés sur les résultats des différentes enquêtes nutritionnelles SMART réalisées (SMART nationale de 2019, SMART rapides 2019 et 2020, SMART nationale 2018 pour les dix provinces sans données disponibles).
- Les résultats de l'analyse l'IPC-MA « integrated Food Security classification- Malnutrition aigüe » pour la période projetée de juin à août 2020
- La fonctionnalité de formations sanitaires dans les zones affectées par l'insécurité au 8 Septembre
- La proportion des Personnes déplacées internes (PDI) par rapport à la population des localités d'accueil

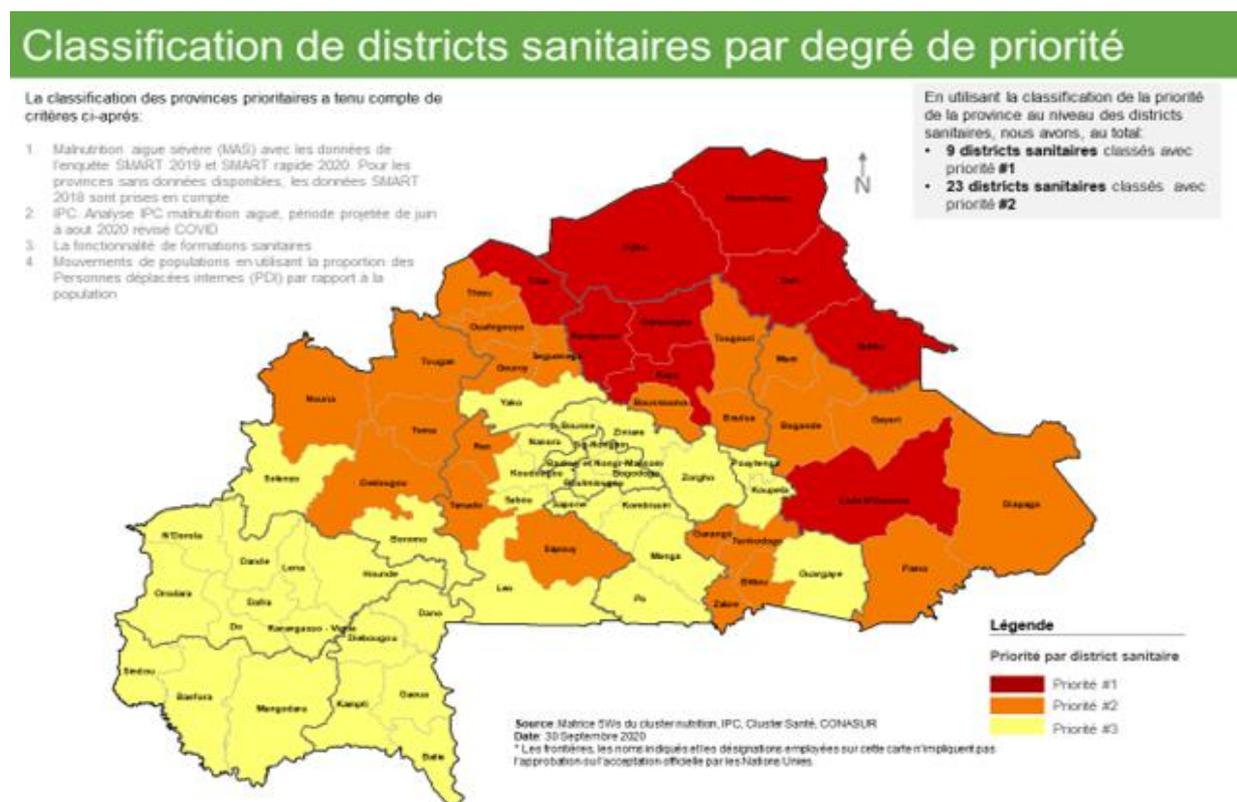


Figure 3 : Carte de répartition des districts sanitaires par degré de priorité

Cette analyse a permis de classer les districts sanitaires en trois zones prioritaires (Annexe 1).

- **9 districts sanitaires en priorité 1** : districts sanitaires avec les données des quatre critères définis ci-dessus
- **23 districts sanitaires en priorité 2** : District sanitaire avec 2 à 3 critères
- **38 DS moins affectés** : avec moins de 2 critères
 - **Tableau II : Classification des districts sanitaires par degré de priorité**

Region	Province	District sanitaire	Priorité
Centre-Nord	Bam	Kongoussi	1
Centre-Nord	Sanmatenga	Barsalogo	1

Centre-Nord	Sanmatenga	Kaya	1
Est	Gourma	Fada N'Gourma	1
Nord	Loroum	Titao	1
Sahel	Oudalan	Gorom-Gorom	1
Sahel	Seno	Dori	1
Sahel	Soum	Djibo	1
Sahel	Yagha	Sebba	1
Boucle du Mouhoun	Kossi	Nouna	2
Boucle du Mouhoun	Mouhoun	Dedougou	2
Boucle du Mouhoun	Nayala	Toma	2
Boucle du Mouhoun	Sourou	Tougan	2
Centre-Est	Boulgou	Bittou	2
Centre-Est	Boulgou	Garango	2
Centre-Est	Boulgou	Tenkodogo	2
Centre-Est	Boulgou	Zabre	2
Centre-Nord	Namentenga	Boulsa	2
Centre-Nord	Namentenga	Tougouri	2
Centre-Nord	Sanmatenga	Boussouma	2
Centre-Ouest	Sanguie	Reo	2
Centre-Ouest	Sanguie	Tenado	2
Centre-Ouest	Ziro	Sapouy	2
Est	Gnagna	Bogande	2
Est	Gnagna	Mani	2
Est	Komandjori	Gayeri	2
Est	Kompienga	Pama	2
Est	Tapoa	Diapaga	2
Nord	Yatenga	Ouahigouya	2
Nord	Yatenga	Seguenega	2
Nord	Yatenga	Thiou	2
Nord	Zondoma	Gourcy	2
Boucle du Mouhoun	Bale	Boromo	3
Boucle du Mouhoun	Banwa	Solenzo	3
Cascades	Comoe	Banfora	3
Cascades	Comoe	Mangodara	3
Cascades	Leraba	Sindou	3
Centre	Kadiogo	Baskuy Et Nongr-Massom	3
Centre	Kadiogo	Bogodogo	3
Centre	Kadiogo	Boulmiougou	3
Centre	Kadiogo	Sig-Nonghin	3
Centre-Est	Koumpelgo	Ouargaye	3
Centre-Est	Kouritenga	Koupela	3
Centre-Est	Kouritenga	Pouytenga	3
Centre-Ouest	Boulkiemde	Koudougou	3

Centre-Ouest	Boulkiemde	Nanoro	3
Centre-Ouest	Boulkiemde	Sabou	3
Centre-Ouest	Sissili	Leo	3
Centre-Sud	Bazega	Kombissiri	3
Centre-Sud	Bazega	Sapone	3
Centre-Sud	Nahouri	Po	3
Centre-Sud	Zoundweogo	Manga	3
Hauts-Bassins	Houet	Dafra	3
Hauts-Bassins	Houet	Dande	3
Hauts-Bassins	Houet	Do	3
Hauts-Bassins	Houet	Karangasso - Vigue	3
Hauts-Bassins	Houet	Lena	3
Hauts-Bassins	Kenedougou	N'Dorola	3
Hauts-Bassins	Kenedougou	Orodara	3
Hauts-Bassins	Tuy	Houde	3
Nord	Passore	Yako	3
Plateau Central	Ganzourgou	Zorgho	3
Plateau Central	Kourweogo	Bousse	3
Plateau Central	Oubritenga	Ziniare	3
Sud-Ouest	Bougouriba	Diebougou	3
Sud-Ouest	Ioba	Dano	3
Sud-Ouest	Noumbiel	Batie	3
Sud-Ouest	Poni	Gaoua	3
Sud-Ouest	Poni	Kampti	3

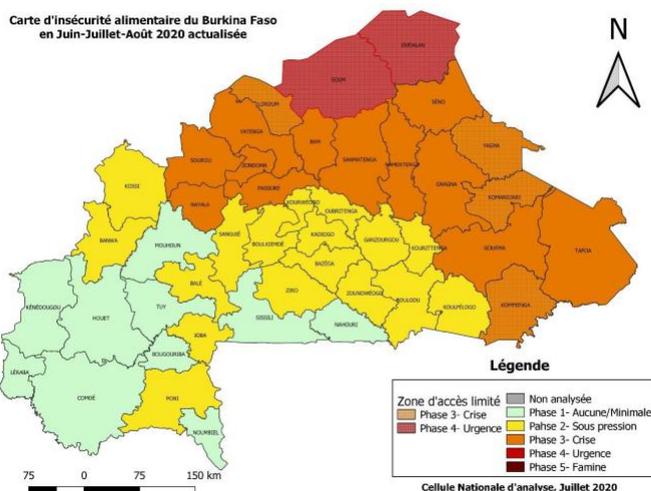
Ainsi, dans le cadre de la réponse nutritionnelle d'urgence, la priorité doit être mise sur les districts sanitaires qui sont classés en priorité 1 et 2.

Selon les estimations faites par le Cluster Nutrition dans le cadre de l'analyse des besoins humanitaires pour 2020, le nombre total d'enfants souffrant de malnutrition aiguë est estimé à 535 677 enfants dont 156 453 souffrants de malnutrition aiguë sévère.

1.2.2. SITUATION DE LA SECURITE ALIMENTAIRE

Selon le dernier exercice du Cadre Harmonisé (CH) réalisé en juillet 2020³, pour la période de soudure de Juin à Août 2020 :

³FICHE DE COMMUNICATION Résultats de l'analyse de l'insécurité alimentaire aiguë actuelle du 11 Juillet 2020



- **2 provinces sont projetées en phase 4 (urgence)** : Les provinces du Soum et de l'Oudalan dans la région du Sahel. Cette classification est relative à la dégradation de la situation humanitaire, forte dégradation des moyens d'existence des ménages, etc.),

- **16 provinces en phase 3 « crise »** : 16 provinces dont cinq provinces de la région de l'Est (Gnagna, Gourma, Komondjari, Komienga et Tapoa), trois provinces de la région du Centre-Nord (Bam, Namentenga et

Sanmatenga), quatre provinces de la région du Nord (Loroum, Zondoma, Passoré et Yatenga), deux provinces de la région du Sahel (Séno et Yagha), et trois provinces de la région de la Boucle du Mouhoun (Sourou et Nayala).

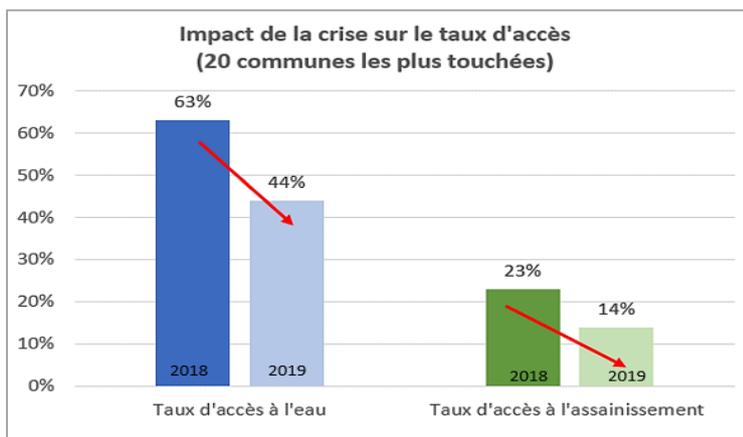
Cette situation tient compte de la dégradation de la consommation alimentaire des ménages, de la situation sécuritaire et des effets de la maladie à COVID-19. Au moins 20 pour cent des ménages de ces provinces font face à des déficits alimentaires considérables et à une malnutrition aiguë avec des taux élevés ou supérieurs à la normale.

Le Cluster Sécurité Alimentaire estime qu'environ 3,280,800 personnes sont en insécurité alimentaire (**Phase 3 à 5**) et ont besoin d'une assistance humanitaire immédiate, soit 15% de la population totale du pays. Cette situation est en hausse d'environ 57% par rapport à la situation projetée en mars 2020.

1.2.3. SITUATION DE L'ACCES A L'EAU POTABLE ET A L'ASSAINISSEMENT

En 2019, seulement 17% de la population rurale avait accès aux installations sanitaires améliorées. 55% de la population totale du Burkina Faso pratique la défécation à l'air libre (soit 9% en milieu urbain contre 75% en milieu rural). Environ 15% des formations sanitaires n'ont pas accès à l'eau potable. Le taux d'accès à l'eau potable au niveau national est passé de 63% en 2018 à 44% en 2019 alors que le taux d'accès à l'assainissement est passé de 23% en 2018 à 14% en 2019.

Dans les zones en insécurité, les mécanismes de gestion et de maintenance des ouvrages d'eau ont été perturbés. À la suite de la dégradation des équipements, de nombreux réseaux d'eau sont à l'arrêt à cause de vandalisations ou par faute d'approvisionnement en carburant. Ceci est le cas pour 37 réseaux d'eau dans la région du Sahel, 22 dans le Nord et 9 dans l'Est. On note aussi une suspension ou ralentissement des programmes et activités de contrôle des services techniques de l'Etat.



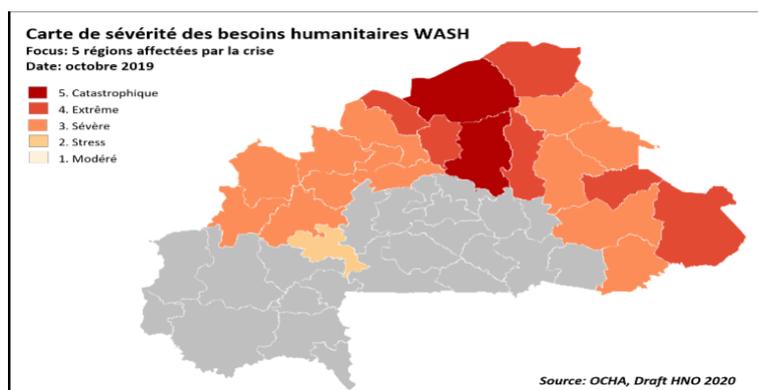
Dans les communautés d'accueil des PDI, les ouvrages d'eau sont surexploités ce qui augmente les pannes. La défécation à l'air libre augmente. Les femmes et les enfants sont parfois obligés de marcher jusqu'à 5-7 km pour chercher de l'eau, et sont parfois obligés de passer la nuit au point d'eau, avec des risques accrus de protection. Dans les 20 communes accueillant le plus de déplacées, le taux moyen d'accès à l'eau est de 44% selon les données du

Cluster WASH. Il était de 63 pour cent avant la crise (données du Ministère de l'Eau et l'Assainissement).

Pour l'assainissement, dans les 20 communes accueillant le plus de PDI le taux moyen d'accès à l'assainissement est de 14 pour cent selon les données du Cluster WASH. Il était de 23 pour cent avant l'arrivée des personnes déplacées (données du Ministère de l'Eau et de l'Assainissement (MEA). Ainsi, on constate que dans les zones les plus touchées par la crise, le taux d'accès à l'eau a subi une dégradation moyenne d'environ 20 pour cent dans l'espace d'un an. Les villes avec les taux d'accès à l'eau les plus faibles sont Djibo au Sahel et Fada à l'Est pour l'assainissement.

Dans les sites de déplacés, on note un besoin de construire et/ou d'améliorer les points d'eau et des services d'assainissement dans un contexte hydrogéologique peu favorable, un habitat dense ou des problèmes fonciers. On observe une augmentation exponentielle du nombre de personnes dans le besoin humanitaire WASH. Ce nombre est passé de 472,430 personnes en début 2019 (personnes déplacées + communautés qui les accueillent) à 1,9 millions de personnes en début 2020 soit une augmentation de 300 pour cent pendant la période. Six mois plus tard, en Juin 2020, il est passé à 2,373,528 personnes soit une augmentation de 25,5 pour cent dans les 5 régions en crise humanitaire, dont 35 pour cent au Centre Nord, 28 pour cent au Sahel, 14 pour cent au Nord, 12 pour cent à l'Est, 10 pour cent dans la Boucle du Mouhoun.

Les zones les plus affectées sont : Région du Centre-Nord, province du Sanmatenga et Namentenga, communes de : Kaya, Barsalogho, Pissila, Bourzanga, Kongoussi



Région du Sahel, province du Soum et du Seno et Oudalan, communes de Djibo, Dori, Arbinda, Gorom-Gorom

Région du Nord, province du Yatenga, commune de Ouahigouya

Région de l'est, province du Gourma, commune de Fada N'gourma

Les communes à besoins accrus en WASH, se retrouvent dans les districts sanitaires identifiés en priorité 1 par le cluster nutrition.

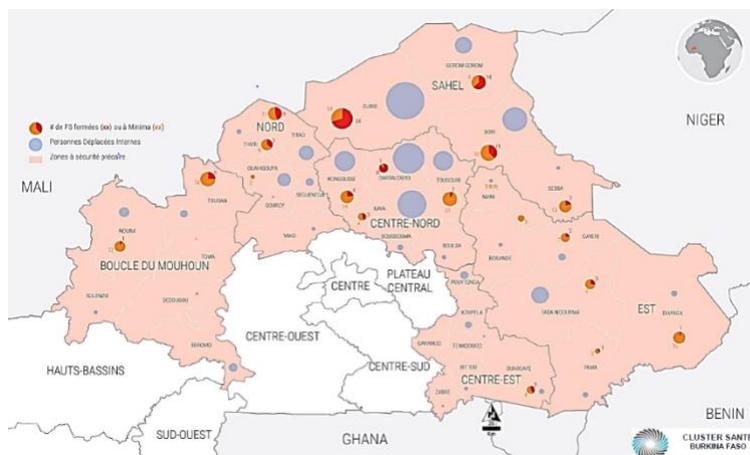
1.2.4. SITUATION SANITAIRE

Le système de santé est organisé en 13 régions sanitaires et 70 districts sanitaires. La couverture du système de santé est de 70% ce qui laisse une proportion de population de 30% sans accès

aux soins de santé. Le Burkina Faso a mis en place une plateforme de santé communautaire qui lui a permis de mettre à l'échelle les services de santé maternelle, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans.

Les indicateurs relatifs au secteur de la santé montrent un taux de mortalité infantile de 81/1000 naissances vivantes, alors que le ratio de mortalité maternelle est de 330 pour 100,000 naissances vivantes. Les quatre principales causes de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso sont : le paludisme (23,8 pour cent) ; les maladies néonatales (21,9 pour cent), les infections respiratoires aiguës (13,3 pour cent) et la diarrhée (11,5 pour cent).

La crise sécuritaire que traverse le Burkina Faso met à rude épreuve le fonctionnement du système de santé, surtout dans les cinq régions les plus affectées.



En date du 8 Septembre 2020, un total de 95 formations sanitaires, était fermées et 199 fonctionnaient à minima sur un total de 1,269 soit une proportion de 7,48 pour cent de formations sanitaires fermées dans six régions du pays privant l'accès aux soins de santé à une population de plus de 1,171,907 personnes. Noter que 60 pour cent de ces formations sanitaires se retrouvent dans la région du

Sahel dans trois districts sanitaires (Djibo, Gorom-Gorom et Dori), 15 pour cent dans la région du Nord et 13 pour cent au Centre Nord.

On note une forte augmentation d'utilisation des services dans ces formations sanitaires avec un plateau technique inadéquat et une insuffisance en ressources humaines qualifiées pour prendre en charge certaines catégories de malades telles que les personnes blessées graves.

En plus des maladies courantes qui affectent les enfants de moins de 5 ans, on note une recrudescence des épidémies parmi lesquelles la rougeole, la méningite, la poliomyélite et la pandémie de COVID-19. En 2019, le pays a enregistré 1111 cas suspects de rougeole et les 6 régions les plus touchées par l'insécurité ont rapporté 678 cas suspects de rougeole soit 61 pour cent.

L'année 2020 a été particulièrement marquée par la survenue de la pandémie de la COVID-19 dont les premiers cas ont été enregistrés le 09 mars 2020 et atteint un total de 2562 cas de COVID-19 au 5 Novembre 2020 avec 2366 cas guéris. Notons que 88 pour cent de ces cas sont dans la région du Centre, (ville Ouagadougou). La pandémie de COVID-19 a entraîné un retard dans la mise œuvre des activités de santé et de nutrition surtout pendant la période de mise en place des mesures de protection dans les services, de même qu'une réduction de la fréquentation des services surtout dans la région du centre.

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA REPONSE HUMANITAIRE EN COURS

2.1 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA NUTRITION

Avant la dégradation de la situation humanitaire, le pays avait amorcé une intégration de la réponse nutritionnelle dans son système de santé. Ainsi les interventions nutritionnelles dont la PCIMA étaient intégrées dans le système de santé national, de même que le système d'approvisionnement et le système d'information nutritionnelle. Les partenaires ONG avaient réduit l'accompagnement apporté au Ministère de la santé par des activités visant à renforcer l'intégration à l'exception des régions du Sahel, du Nord et de l'Est dont les taux de malnutrition aiguë globale restaient proches de 10%. Les agences des Nations-Unies (notamment UNICEF et PAM) continuaient, quant à elles, d'assurer leur appui technique et financier auprès du Ministère de la Santé et des partenaires opérationnels dans les interventions de prévention (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), Blankett Supplementary Feeding Program (BSFP) , Vitamine -A, Campagne de Chimio prophylaxie Saisonnière du paludisme (CPS), la détection précoce et le traitement des cas de MAG (MAS et MAM), l'approvisionnement en intrants nutritionnels et matériels anthropométriques, le renforcement des capacités des acteurs au niveau national et sous-national.

Depuis 2019, la présence d'ONG qui intervenaient dans le domaine de la nutrition en partenariat avec le Ministère de la Santé s'est renforcée, et le Cluster Nutrition a été activé le 11 Décembre 2019. La majorité des acteurs opérationnels de Nutrition interviennent dans les 5 régions affectées par la crise humanitaire.

Tableau III : Etat de la réponse du cluster nutrition au 30 Septembre 2020

La réponse : Localité	Caseload	Admission OTP	Admission IPF	Admission Totale	Couverture indirecte
Burkina Faso	156,453	60,780	7,798	68,578	43.83%
Boucle du Mouhoun	13,625	5,973	816	6,789	49.83%
Cascades	5,825	2,139	91	2,230	38.29%
Centre	20,713	2,722	562	3,284	15.85%
Centre Est	8,532	3,166	587	3,753	43.99%
Centre-Nord	16,184	7,517	1,251	8,768	54.18%
Centre Ouest	8,466	6,325	674	6,999	82.68%
Centre Sud	2,451	1,220	118	1,338	54.60%
Est	15,613	7,818	1,367	9,185	58.83%
Hauts Bassins	5,329	4,274	459	4,733	88.82%
Nord	18,423	6,293	817	7,110	38.59%
Plateau Central	7,753	2,065	378	2,443	31.51%
Sahel	21,333	9,091	222	9,313	43.66%
Sud Ouest	7,945	2,177	456	2,633	33.14%

Le nombre de femmes enceintes ou allaitant des enfants de moins de 2 ans, ayant bénéficié des conseils sur les bonnes pratiques de l'ANJE est de 349,245.

Dans les régions ciblées par la réponse humanitaire :

- ❖ Le nombre d'enfant MAM pris en charge est de : 36, 393 soit 19,61 pour cent
- ❖ Le nombre de FE/FA MAM prises en charge : 27,129 soit 14,17 pour cent
- ❖ Le nombre d'enfants ayant bénéficié du programme de supplémentation alimentaire est : 41,865 soit 41,87 pour cent

Bien que des efforts de coordination sont en place pour assurer une meilleure coordination de la réponse nutritionnelle, il ressort les défis et gaps suivants pour une meilleure réponse aux besoins des populations en situation d'urgence :

- Le paquet d'activités nutrition actuellement délivré dans la plupart des zones prioritaires demeure incomplet malgré la présence des partenaires humanitaires : rares sont les partenaires qui mettent en œuvre deux interventions spécifiques ;
- La couverture du programme PCIMA reste faible : 43,83 pour cent MAS en fin septembre 2020 et 20 pour cent MAM
- La référence des enfants dépistés malnutris est faible : insuffisance dans le système de référence actuel, dû aux moyens de transport limité, refus des accompagnants d'amener les enfants vers les formations sanitaires. Difficultés d'adapter les stratégies de réponse nutritionnelle dans les zones avec défis d'accès (cas de Djibo et Gorom Gorom dans le Sahel).
- Insuffisance de financement surtout pour couvrir les besoins en prévention nutritionnelle d'urgence (distribution alimentaire de prévention aux enfants de 6 à 23 mois, les plus à risque de malnutrition)

2.2 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SANTE

Les incidents sécuritaires ont occasionné des mouvements des populations dans toutes les 13 régions mais le système de santé aussi été touché par la fermeture des formations sanitaires. Cette situation a entraîné une forte augmentation des besoins pour assurer l'offre des soins de santé au travers des stratégies adaptées dont les cliniques mobiles additionnels et des postes médicaux avancés qui dépassent des projections de notre réponse humanitaire. Enfin de répondre aux besoins sanitaires critiques des populations touchées par la crise humanitaire, les épidémies, les conflits et les aléas climatiques qui ont entraînés des mouvements de population liés aux attaques et catastrophes naturelle mais aussi détérioration de la fonctionnalité des formations sanitaires. Il en découle dans les zones en sécurité précaire :

- Un accès limité à certains districts qui sont restées enclavés et en proie aux forces armées négatives. Environ 1,4 million des personnes ont été privées d'accès aux soins de santé pour
- Les recrudescences des attaques ont entraîné la fuite des personnels soignants et une fermeture des formations sanitaires dépassant les projections du Cluster Santé avec 12% des formations sanitaire fermées et 15% autres partiellement fonctionnelles.
- Les nombres d'épidémies qui ont touchées le Burkina (la rougeole, la poliomyélite et la COVID-19 et l'hépatite E) ont entraînés des conséquences socio-économiques grave en plus des conséquences sanitaires.

Aussi la situation de la réponse du secteur en fin septembre se présente de la manière suivante :

Tableau IV : Objectifs sectoriels du cluster santé et niveau d'atteinte au 3^e trimestre

OBJECTIFS SECTORIELS	CIBLE	ATTEINT Q1	ATTEINT Q2	ATTEINT Q3
CLHEA/CO1. Assurer la prévention, la détection et la réponse aux maladies à potentielle épidémique	900,000	134,618	48,981	122,710
CLHEA/CO2. Déployer une réponse rapide d'offre des soins de santé pour tout choc entraînant le déplacement massif des populations	900,000	182,750	66,960	41,550
CLHEA/CO3. Améliorer l'offre des soins de santé d'urgence curatifs, préventifs et promotionnels intégrée pour la population affectée par la crise humanitaire incluant le transfert monétaires	2,2 M	368,750	371,844	298,600
CLHEA/CO4. Mettre en place un système des prise en charge intégrée des personnes vulnérables et ceux avec besoins spécifiques	238198	12,718	20,370	16,772

- Selon les indicateurs, la réponse se présente comme ci-dessous :

Tableau V : Niveau d'atteinte des indicateurs du cadre de réponse sectorielle du cluster santé

Libellé de l'indicateur	Cible 2020	Atteint T1	Atteint T2	Atteint T3
Pourcentage des personnes ayant bénéficiées des soins de santé primaires (curatif/préventif)	80%	72% (368 750)	89% (371,844)	67% (298,600)
Pourcentage des alertes épidémiques signalés ayant été vérifiés et investigués dans le 48 heures	100%	100% (134 618)	100% (48,981)	100% (122,710)
Pourcentage des personnes couvertes par les services de soins de santé de qualifié au travers le mécanisme de réponse aux mouvements de population	80%	68,7% (182 750)	31,4% (66,960)	23% (41,550)
Les victimes de violence sexuelle bénéficient de soins de santé de manière sûre selon le protocole national/international	100%	100%	100%	100%

Il a été noté une baisse de la couverture vaccinale et de la fréquentation des centres de santé après l'irruption de la pandémie à corona virus.

2.3 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SECURITE ALIMENTAIRE

La couverture des besoins dans ce secteur reste faible. Selon les résultats actualisés du cadre harmonisé, 3,280 millions de personnes (phase 3 et plus) étaient projetées en insécurité alimentaire durant la période de soudure 2020 (Juin-Août) et ont besoin d'une assistance humanitaire immédiate et de l'appui à l'amélioration des moyens d'existence, soit 15 pour cent de la population totale. Cette situation est en hausse d'environ 57 pour cent par rapport à la situation projetée en mars 2020 et de 32 pour cent (687,458) par rapport à la soudure 2019. On dénombre, 2,761,903 en phase 3, plus de 500,000 personnes en phase 4 (urgence) et environ 11,394 personnes en phase 5 (famine).

De janvier à Septembre 2020 le Cluster Sécurité Alimentaire a facilité l'accès à une assistance alimentaire d'urgence à **1 000 631 personnes** (dont 761 488 PDIs et 239 144 hôtes); le cluster a aussi protégé les moyens d'existence de **259 489 personnes par la livraison des intrants agro-Sylvio-pastoraux** et **40 006 personnes ont reçu un appui aux Activités Génératrices de Revenus (AGR)**. Soit une réponse totale de **1 121 293 personnes**, sur une cible totale de **2,5 Millions de personnes** Comprenant les personnes affectées par l'impact socioéconomique du COVID-19 et prenant en compte le maximum d'indicateurs du secteur sécurité alimentaire.

A ce stade, les gaps majeurs rencontrés sont les suivants :

- les acteurs opérationnels sur des interventions visant à renforcer les moyens d'existence des populations reste minime, avec un Gap de 95 pour cent en lien avec les besoins de couverture des personnes en besoin d'assistance
- **Gap de ciblage et de paquets intégrés de l'Assistance Alimentaire d'urgence et de redressement et filets sociaux**, au regard de l'augmentation exponentielle du nombre de déplacés internes et des besoins.
- Les besoins pour fournir une assistance durable permettant autonomisation des PDIs tout en renforçant leur capacité de production et indépendance alimentaires sont de plus en plus pressants vu l'insoutenabilité financière à assister 12 mois sur 12 plus de 1, 1 million de personnes (plus de 704 Millions d'Euros sans les frais d'implémentation, sur une base de 35 000 CFA/Mois par ménage PDI).

2.4 AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA WASH

Tableau VI : Situation de la réponse du cluster EHA 2020 en fin septembre

Mois	EAU	ASSAINISSEMENT	HYGIENE	TOTAL
Janvier	6,623	5,621	41,922	45,650
Février	46,078	2,256	53,988	79,099
Mars	18,159	20,236	37,922	52,302
Avril	70,231	25,689	29,257	96,912
Mai	44,967	11,661	97,891	135,724
Juin	49,444	12,329	125,293	137,901
Juillet	56,551	54,557	124,777	153,550
Août	64,151	64,302	75,182	149,959
Septembre	52,917	42,494	117,377	149,664
Octobre	81,532	36,060	96,418	145,144
Grand Total	490,653	275,205	800,027	1,145,905
Cible	985000	690000	1050000	1050000
% progres	50%	40%	76%	109%

A ce niveau, les gaps constatés dans la réponse et les défis se situent :

- Réponse insuffisante en termes de (1) Couverture, (2) Rapidité, (3) Qualité
- Financements insuffisants, de courts délais et peu flexibles géographiquement qui limitent la capacité de réponse des partenaires (ressources humaines, logistique, stock de contingence)
- Capacité de stockage et de transport limité par l'absence d'infrastructures et services adéquats et par l'absence de mécanisme mutualisé

- Dégradation du contexte sécuritaire limitant l'accès aux populations dans le besoin et engendrant des nombreux appels d'offres infructueux
- Absence de données sur les PDI et la population hôte désagrégés au niveau site/quartier limitant une bonne analyse des besoins et des gaps.
- Ralentissement de la réponse et augmentation des coûts logistiques en raison des restrictions liées au COVID-19

L'analyse de la réponse dans ces différents secteurs fait ressortir les observations suivantes :

La couverture de la réponse par rapport aux besoins est globalement faible dans les 4 secteurs (nutrition, sécurité alimentaire, santé et WASH). Les différents goulots ressortis dans chacun de ces secteurs seraient parmi les causes de cette faible couverture

Certains défis rencontrés dans la mise en œuvre des activités des quatre secteurs sont les mêmes à savoir :

Le problème d'insécurité réduisant l'accès

Les ressources financières insuffisantes : selon le bilan financier du plan de réponse humanitaire, la santé n'a reçu que 7,8 Millions USD sur les 38,8 Millions USD attendus soit 20%, la Nutrition a reçu 13 Millions USD sur le 26 Millions attendus soit 50 pour cent, le secteur WASH a reçu 42,7 Millions de USD dont 48,6 pour cent acquis et la sécurité alimentaire 125,1 Millions USD dont 45 Millions USD reçus (36 pour cent).

Insuffisance des capacités en ressources humaines et difficultés d'adaptation rapide à un contexte évoluant rapidement

Multiplicité des partenaires dans certaines zones mettant en œuvre des interventions sectorielles très parcellaires

Faibles capacités de résilience du système étatique face à la crise humanitaire.

CHAPITRE III : PROPOSITION DE PAQUETS MULTISECTORIELS

I. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liée à la malnutrition dans les zones les plus vulnérables des 6 régions en urgence du Burkina Faso.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Définir des paquets d'activités intégrées et multisectorielles de la nutrition en situation d'urgence
- Assurer leurs adoption et mise en œuvre par les membres du cluster Nutrition, et autres secteurs associés

3. METHODOLOGIE UTILISEE

La définition de paquets multisectoriels de réponse nutrition s'est faite de manière participative à travers un groupe de travail restreint des secteurs santé, Wash, sécurité alimentaire et nutrition. A l'issu des différents échanges, la priorisation des zones et les opportunités intersectorielles d'intégration des activités nutrition ont été définies.

Ci-dessous, un tableau présentant les critères de vulnérabilité pris en compte par les différents Clusters pour établir la priorisation des besoins :

Tableau VII : Critères de vulnérabilité des différents secteurs

NUTRITION	WASH	SANTE	Sécurité alimentaire
Taux de Malnutrition Aiguë Sévère	Accès à l'eau potable et à l'assainissement : secteur WASH (sur base d'Inventaire National des ressources en eau (INO 2018 du Ministères de l'Eau et de l'Assainissement). Les PDIs : CONASUR	Fermeture des formations de santé : Ministère de la Santé	Cadre harmonisé, septembre 2019, actualisé en avec les données de mars 2020
Fermeture des formations de santé		Les PDIs: CONASUR	
Cadre harmonisé mars 2020 et IPC Malnutrition Aigue		Couverture Vaccinale	Les PDIs : CONASUR
Les PDIs : CONASUR		Flambée épidémique Taux d'accouchement à domicile)	

Sur cette base, il apparait que le secteur de la nutrition intègre au moins un des critères de vulnérabilité définis par les autres secteurs. Ceci met de nouveau en évidence la prise en compte de déterminants multisectoriels dans l'analyse de la situation nutritionnelle, et appelle donc les acteurs à une convergence sectorielle des zones d'urgence en vue d'envisager des approches intégrées de mise en œuvre pour une meilleure efficacité de la réponse.

II. DEFINITION DES PAQUETS MULTISECTORIELS

La définition des paquets s'est faite sur la base :

- Du paquet minimum d'activité de chaque secteur (échange avec les clusters)
- De l'analyse des opportunités d'intersectorialité des activités entre la Nutrition et les autres secteurs

Le cluster Nutrition préconise que les projets de nutrition s'articulent et/ou recherchent des synergies avec les autres secteurs.

Ce paquet contient des interventions spécifiques et sensibles reconnues à haut impact pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition afin d'atteindre les résultats fixés dans le plan d'Action Humanitaire et des priorités du cluster de nutrition

III. PAQUET D'ACTIVITES MULTISECTORIELLES EN NUTRITION

Comme mentionné plus haut, le paquet intégré multisectoriel proposé ci-dessous vient en complément aux directives nationales du Ministère de la Santé, et devra guider la formulation des projets sectoriels dans le cadre du plan de réponse humanitaire 2021. Ce document a une vocation dynamique au regard de la situation évolutive, et pourra subir des changements au gré des nouvelles analyses menées par les différents Clusters.

ZONE CRITIQUE – PRIORITE 1 selon la classification par degré de priorité | Cluster Nutrition

Paquet Minimum de Services Nutritionnels	Cibles	Opportunités d'intersectorialité	Activités	Zones accessibles	Zones non accessibles	Sites PDI
BSFP (distributions alimentaires préventives ciblées)	FEFA avec enfants <6mois Enfants (6-24 mois)	CREC (intégration des messages clés C19)	FEFA avec enfants < 6 mois et Enfants (6-23 mois) * Ciblage des mêmes ménages pour la BSFP et les GFD/Voucher	X	X	X
		Food SEC (GFD/voucher)				
		Santé (PCIME Communautaire (traitement diarrhée/IRA) + vaccination + CPN/CPON)	* Couplage BSFP avec activités de santé et de nutrition	X		X
		Nutrition (dépistage actif et référencement/ JVA) CCC (C19, WASH, Santé, et Nut)				
Dépistage actif	Enfants (6-59 mois)		En Stratégies avancées/mobiles * Couplage avec Soins de santé primaire	X	X	X
			* Couplage avec JVA	X	X	X
		Santé (Consultation de l'enfant (suivi) + Vaccination (PEV et Rattrapage))	* Couplage avec CPS	X		X
			En Point Fixe * Couplage avec Soins de santé primaire	X	X	X
		Nutrition (JVA)	* Couplage avec BSFP	X		X
			* Couplage avec JVA	X	X	X
			* Couplage avec CPS	X		X
Campagnes de supplémentation en Vitamine A, déparasitage et dépistage de la MA	Enfants (6-59 mois)		En Stratégies avancées/mobiles * Couplage avec Dépistage et Référencement	X	X	X
		Nutrition (Dépistage + Référencement des cas)	* Couplage avec CPS	X		X
			En Point Fixe * Couplage avec Soins de santé primaire	X	X	X
		Santé (CPS Malaria)	* Couplage avec Dépistage et Référencement	X	X	X

Prévention et prise en charge des enfants MAM et MAS sans complication	Enfants (6-59 mois)	Santé communautaire/PCIME communautaire (Traitement Palu simple / Traitement Diarrhée et IRA)	* Protocole simplifié		X	
			* Protocole Standard	X		X
			* Couplage Santé communautaire (Palu Simple et Diarrhée/IRA)	X	X	X
		Food Sec (BSFP ration de protection pour les enfants du ménages / Voucher pour la famille)	* Suivi des cas déchargés avec Voucher/Cash transfert	X	X	X
		WASH (Installations WASH)	* Installations WASH (Lavage des mains et assainissements dans les CSP) + Distribution KITS WASH pour les MAS	X		X
PEC MAS compliqués	Enfants (0-59 mois)	FOOD SEC (Voucher conditionnel pour référence / GFD ou Cash ou Voucher pour la famille en sortie d'hospitalisation)	* Référence avec Voucher conditionnel		X	X
			* Suivi des cas déchargés avec Voucher/Cash transfert	X	X	X
		WASH (Kits : Seau, Tasses, Savon, Pastille de chloration / Infrastructures)	* Installations WASH (Lavage des mains et assainissements dans les CSP)	X		X
			* Distribution KITS WASH pour les MAS et accompagnants	X	X	X
		NUT (Non Food item : Couverture / Espaces AME + ECD ?)	* Installations de espaces AME/ECD	X		X
INTERVENTIONS TRANSVERSALES						
Communication/sensibilisation/CCC	Communautés Parents des enfants MA ASBC Leaders communautaires	CCC (C19, WASH, Santé, et Nut)	* ASBC	X	X	X
			* Groupements (Femmes, Agricoles, etc...)	X		X
			* Médias de masse	X	X	X
Surveillance multisectorielle mensuelle et analyse conjointe de sécurité Nutritionnelle sur base d'outils/ Processus harmonisés	Systèmes de Santé (CSP) ASBC	Analyse des tendances et de la fonctionnalité des CSP avec la Santé	* Sites Sentinelles	X	X	X
			* Enquête SMART Rapide		X	X
		Analyse Food Security (enquête FS)	* Weekly transmission	X	X	X
		WASH au niveau des CSP	* Coordination sectorielle, intersectorielle (niveaux National, Régional et/ou Districts)	X		X
		Analyse des risques et des gaps dans les interventions	* In-situ training	X		X
		Pré positionnement intrants nutritionnels	* Job Aids Online Training WhatsApp messaging/webinar		X	
	* Pré positionnement au niveau des CSP	X				

			* Pré positionnement au niveau des ASBC	X			
Renforcement des capacités	Système de santé (CSP) ASBC Familles Communautés	CREC (intégration des messages clés C19)	Système de Santé * Coordination sectorielle, intersectorielle (niveaux National, Régional et/ou Districts)	X		X	
		WASH (Messages clefs mesures d'hygiène)	* Job-aids avec paquet intégré (C19, Nut, Santé et WASH à minima sur les messages clefs)	X		X	
		Santé PCIME communautaire (Prévention sur les maladies infantiles, CPN, et Pratiques familiales essentielles)	* Online Training (Personnels de Santé) avec paquet intégré (C19, Nut, Santé et WASH à minima sur les messages clefs)			X	
		Food Sec (Valeurs nutritives des aliments)	* Formations conjointes avec équipes mixtes (Nut in Health / Wash in NUT)	X			X
			Communautés et Familles * Radios communautaires * Réseau d'acteurs communautaires * Points de contact (GASPA, Comité WASH, Mairies, Chefs Traditionnels, Enseignants, Leaders communautaires)	X	X	X	X

ZONE SERIEUSE – PRIORITE 2 selon la classification par degré de priorité | Cluster Nutrition

Paquet Minimum de Services	Cibles	Opportunités d'intersectorialité	Activités	Zones accessibles	Zones non accessibles	Sites IDPs
BSFP (distributions alimentaires préventives ciblées)	FEFA avec enfants <6mois Enfants (6-23 mois)	CREC (intégration des messages clés C19) Food SEC (GFD/Voucher) Santé /PCIME communautaire (Traitement Diarrhée/IRA)+ Vaccination + Suivi de la croissance + CPN/CPON) Nutrition (Dépistage actif et référencement/ JVA-) CCC/IEC (C19, WASH, Santé, et Nut)	<u>FEFA avec enfants < 6 mois et Enfants (6-23 mois)</u> * Ciblage des mêmes ménages pour la BSFP et les GFD/Voucher	x	x	x
			* Couplage BSFP avec activités de santé et de Nutrition	x	x	x
Dépistage actif	Enfants (6-59 mois)	Santé (Consultation de l'enfant (suivi enfant sain) + Vaccination (PEV et Rattrapage)) Nutrition (JVA)	<u>En Stratégies avancées/mobiles (Au-delà de 10 Km)</u> * Couplage avec Soins de santé primaire	x	x	x
			* Couplage avec JVA	x	x	x
			* Couplage avec CPS	x	x	x
			<u>En Point Fixe</u> * Couplage avec Soins de santé primaire	x		x
			* Couplage avec BSFP	x		x
			* Couplage avec JVA	x		x
			* Couplage avec CPS	x		x
Campagnes de supplémentation en Vitamine A, déparasitage et dépistage de la MA	Enfants (6-59 mois)	Nutrition (Dépistage + Référencement des cas) Santé (CPS Malaria)	<u>En Stratégies avancées/mobiles</u> * Couplage avec Dépistage et Référencement	x	x	x
			* Couplage avec CPS	x	x	x
			<u>En Point Fixe</u> * Couplage avec Soins de santé primaire	x	x	x

			* Couplage avec Dépistage et Référencement	X	X	X
Prévention et prise en charge des enfants MAM et MAS sans complication	Enfants (6-59 mois)	Santé PCIME communautaire (Traitement Palu simple / Traitement Diarrhée et IRA) Food Sec (BSFP ration de protection pour les enfants du ménages / Voucher pour la famille) WASH (Installations WASH au niveau CSI)	* Protocole simplifié		X	
			* Protocole Standard	X		X
			* Couplage Santé communautaire (Palu Simple et Diarrhée/IRA)	X	X	X
			* Installations WASH (Lavage des mains et assainissements dans les CSP) + Distribution KITS WASH pour les MAS	X	X	X
PEC MAS compliqués	Enfants (0-59 mois)	FOOD SEC (Voucher conditionnel pour référence / GFD ou Cash ou Voucher pour la famille en sortie d'hospitalisation) WASH (Kits : Seau, Tasses, Savon, Pastille de chloration / Infrastructures) NUT (Non Food item : Couverture / Espaces AME + ECD ?)	*Voucher/ ration alimentaire pour les parents enfants admis	X	X	
			* Installations WASH (Lavage des mains et assainissements dans les HG/CMA)	X	X	
			* Distribution KITS WASH pour les MAS et accompagnants	X	X	
			* Installations de espaces AME/ECD	X	X	
INTERVENTIONS TRANSVERSALES						
Communication/sensibilization/CCC	Communautés Parents des enfants MA ASBC Leaders communautaires	CCC/ IEC (C19, WASH, Santé, et Nut)	* ASBC	X	X	X
			* Leaders Communautaires	X	X	X
			* Groupements (Femmes, Agricoles, etc....)	X	X	X
			* Médias de masse	X	X	X
Surveillance multisectorielle mensuelle et analyse conjointe de sécurité Nutritionnelle sur base d'outils/ Processus harmonisés	Systèmes de Santé (CSP) ASBC	Analyse des tendances et de la fonctionnalité des CSPS avec la Santé Analyse Food Security (enquête FS) WASH au niveau des CSPS Analyse des risques Prépositionnement intrants nutritionnels	* Coordination multisectorielle (Régional et/ou Districts)	X	X	
			* In-situ training	X	X	X
			* Prépositionnement au niveau des CSP	X	X	

			* Prépositionnement au niveau des ASBC		X	
Renforcement des capacités	Système de santé (CSP) ASBC Familles Communautés	CREC (intégration des messages clés C19) WASH (Messages clés mesures d'hygiène) Santé PCIME (Prévention sur les maladies infantiles, CPN, et Pratiques familiales essentielles) Food Sec (Valeurs nutritives des aliments)	Système de Santé * Coordination sectorielle, intersectorielle (niveaux National, Régional et/ou Districts)	X	X	
			* Job-aids avec paquet intégré (C19, Nut, Santé et WASH à minima sur les messages clés)	X	X	X
			* Formations conjointes avec équipes mixtes (Nut in Health / Wash in NUT)	X	X	X
			Communautés et Familles * Radios communautaires	X	X	X
			* Points de contact (GASPA, Comité WASH, Mairies, Chefs Traditionnels, Enseignants, Leaders communautaires)	X	X	X

IV- COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS

Pour assurer le déploiement de ce paquet une coordination intersectorielle va se mettre en place tant au niveau central qu'au niveau des régions d'intervention. Cette coordination facilitera la mise en place d'outils commun d'analyse et de coordination (déjà une 4W multisectorielle serait la bienvenue), les échanges d'informations, assurera l'analyse sectorielle puis conjointe de l'évolution de la situation, le suivi de la réponse multisectorielle et le plaidoyer conjoint pour l'harmonisation de la réponse entre les secteurs et les partenaires.

1. ORGANISATION DES SUPERVISIONS FORMATIVES

Le suivi de la réponse sera renforcé au niveau opérationnel (DS, Aire de Santé) par une démarche participative et d'échange d'expérience, d'où la nécessité de développer une stratégie de partenariat claire et durable avec les actions plus long terme et plans et budgets annuels des DRS, des DS et de la DN. Des supervisions conjointes intégrées (EHA, Nutrition, santé et sécurité alimentaire) seront réalisées mensuellement selon le calendrier établi. Ces supervisions vont renforcer les capacités de la des acteurs des différents secteurs, DN et de la DRS à analyser la situation nutritionnelle dans les différentes zones d'intervention et de prendre des décisions adéquates pour une meilleure mise en œuvre du paquet.

2. ORGANISATION DES ENQUETES ET EVALUATION

Pour apprécier l'évolution de la situation humanitaire les enquêtes SMART, et de couverture (SQUEAC, SLEAC,) doivent être réalisées selon les différents protocoles nationaux. Par ailleurs, le secteur nutrition doit assurer la coordination/synergie avec les autres secteurs pour la collecte de certains indicateurs nutrition (nombre d'admission, couverture indirecte, nombre de bénéficiaires par interventions, etc.) dans les enquêtes des autres secteurs. Il est attendu aussi une meilleure contribution/implication du secteur nutrition dans les CH, notamment en termes de partage de données et analyse Nutritionnelle en amont des CH.

V- Budget par secteurs

Nutrition :

Interventions	Total bénéficiaires	Coûts unitaires	Coût Total
Cout intrants prise en charge enfants MAS	96 754	\$ 92,00	\$ 8 901 368
Cout intrants prises en charge enfants MAM	291 629	\$ 26,76	\$ 7 803 992
Cout PEC protocole simplifié MAS sans complications médicales	2 153	\$ 68,37	\$ 147 191

Cout PEC protocole simplifié MAM	12 067	\$ 25,88	\$ 312 324
cout prise en charge MAS avec Complications médicales(MASC+)	17 074	\$ 165,00	\$ 2 817 210
Cout ration accompagnant UPCI(Hospitalisation)	17 074	\$ 6,28	\$ 107 225
Cout intrants prises en charge Femmes enceintes et allaitantes	57 340	\$ 27,16	\$ 1 557 354
Cout intrant BSFP enfants de 6-23 mois	125 952	\$ 30,23	\$ 3 807 529
Sous-Total 1			\$ 25 454 193
Cout activités de promotion des pratiques ANJE en situation d'urgence	305 706	\$ 11,50	\$ 3 515 619
Coûts d'activités MAS,MAM,BSFP	379 377	\$ 34,85	\$ 13 221 288
Coûts opérationnels, coordination, enquêtes, suivi et évaluation (10%)			\$ 4 219 110
Sous-Total 2			\$ 20 956 018
Total			\$ 46 410 211

Secteur Santé

Intervention	Nombre de bénéficiaires	Coût Unitaire	Coût Total
Renforcer le système santé pour la surveillance épidémiques	140,000	22.5 \$	\$ 3,150,000
Cout de PEC des personnes exposés aux épidémies	1,403,287	22.5 \$	\$ 31,573,958
Renforcer les capacités de transfusion sanguine	76,000	22.5 \$	\$ 1,710,000
Cout de l'oxygène et médicament génériques essentiels pour la prise en charge des enfants sévèrement malnutris avec des complications	14,057	22.5 \$	\$ 316,283
Cout des médicament essentiels et kit d'urgences	150,000	22.5 \$	\$ 3,375,000
Appui en personnel de santé qui assurent l'offre des services	100	2,500 \$	\$ 250,000
Cout opérationnel		2,018,762	\$ 2,018,762
TOTAL			\$ 42,394,002

Secteur EHA

Intervention	Coût Unitaire	Nombre de bénéficiaires	Coût Total
Amélioration de l'accès à l'eau potable	24	1 235 000	\$29 700 000
Amélioration de l'accès à l'assainissement	34	950 000	\$31 860 000
Amélioration des pratiques d'hygiène	5	1 600 000	\$8 450 000
TOTAL	44	1 600 000	\$70 010 000

Secteur Sécurité alimentaire

Intervention	Coût Unitaire	Nombre de bénéficiaires	Coût Total
OS1.2 Assistances Alimentaire d'urgence Mouvements de Population	14,5 USD (x personne)	980K	151 M USD
OS1.2 Assistances Alimentaire Saison de Soudure	14,5 USD (x personne)	1,05 M	46 M USD
Objectif sectoriel 2.1: Protéger les moyens d'existence des populations affectées par les crises Alimentaires et soutenir l'amélioration des productions Végétale, animale et des AGR des ménages Vulnérables	250 USD (x ménage)	500K	18 M USD
Objectif sectoriel 2.2 : Protéger les moyens d'existence des populations affectées par les crises Alimentaires et soutenir l'amélioration des productions Végétale et animale des ménages Vulnérables et de retour	250 USD (x ménage)	1 M	36 M USD
TOTAL			251 M USD

ANNEXES :

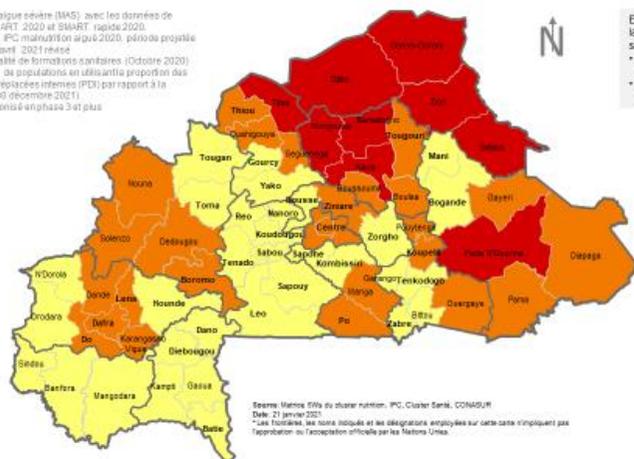
Annexe 1 : Classification des Districts Sanitaires par degré de priorité | Zones de convergence pour les intégrées et multisectorielle | Septembre 2020



Classification de districts sanitaires par degré de priorité (Janvier 2021)

La classification des provinces prioritaires a tenu compte de critères ci-après :

1. Malnutrition aigue sévère (MAS) avec les données de l'enquête SMART 2020 et SMART rapide 2020.
2. IPC, analyse IPC malnutrition aigue 2020, période post-épidémie de février à avril 2021 révisé.
3. La faisabilité de formations sanitaires (Octobre 2020).
4. Mouvements de population en relation proportion des Personnes déplacées internes (PDI) par rapport à la population (30 décembre 2021).
5. Cadre Harmonisé d'urgence 3 et plus.



En utilisant la classification de la priorité de la province au niveau des districts sanitaires, nous avons, au total :

- 9 districts sanitaires classés avec priorité #1
- 28 districts sanitaires classés avec priorité #2



Source: Matrice 50/50 du cluster nutrition, IPC, Cluster Santé, CONASUR
 Date: 21 janvier 2021
 *Les frontières, les noms locaux et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas l'approbation ou l'acceptation officielle par les Nations Unies.

Classification de districts sanitaires par degré de priorité

Exercice de priorisation en mars 2020



Exercice de priorisation en septembre 2020



- Les districts de en priorité #1 passent de 8 à 9 et les districts de priorité #2 passe de 15 à 23
- Les 8 districts sanitaires en priorité #1 de l'exercice de mars restent toujours en priorité #1
- Le district de Fada N'Gourma passe de priorité #2 à priorité #1. Ce changement est dû à la prise en compte de l'enquête SMART rapide de 2020 et au nombre croissant de IDPs
- Tous les autres districts de la région de l'Est sont en priorité #2
- 4 districts de la région du Centre-Est passent de niveau priorité #3 à priorité #2
- Le district sanitaire de Sapouy dans la région du Centre-Ouest passe de niveau priorité #3 à priorité #2

Classification de districts sanitaires par degré de priorité

Mode calcul

1. Malnutrition aigue sévère (MAS) : critere1
 - + Si Prévalence MAS < 1, valeur critere1 = 1
 - + Si Prévalence MAS Entre 1 et 2, valeur critere1 = 2
 - + Si Prévalence MAS > 2, valeur critere1 = 3
2. Classification IPC: critere2
 - + Si Classification IPC = « Alerte », valeur critere2 = 1
 - + Si Classification IPC = « Alerte », valeur critere2 = 2
 - + Si Classification IPC = « Alerte », valeur critere2 = 3
3. Formation sanitaire fermées (% de la population affecté):critere3
 - + Si % de la population affecté < 10%, valeur critere3 = 1
 - + Si % de la population affecté Entre 10% et 30%, valeur critere3 = 2
 - + Si % de la population affecté > 30%, valeur critere3 = 3
4. IDP (% de IPD par rapport à la population)
 - + Si % de IPD < 1%, valeur critere3 = 1
 - + Si % de IPD Entre 1% et 10%, valeur critere3 = 2
 - + Si % de IPD affecté > 10%, valeur critere3 = 3

Classification district : Valeur globale

- + Valeur globale = critere1*2 + critere2*3 + critere3 + critere4
 - + Si Valeur globale \geq 15, PRIORITE#1
 - + Si Valeur globale Entre 10 et 14, PRIORITE#2
 - + Si Valeur globale < 10, PRIORITE#3

La région du centre Nord :

La province de BAM avec une prévalence MAS de 4,4% > à 2 % pondération 3, IPC 2020 révisé dans la zone « sérieuse » pondération 2, Formations sanitaires - 10 Aout 2020 de 6% < 10% pondération 1, Proportion des PDI par rapport à la population de 14,2% > à 10% pondération 3 est en priorité 1.

La région Sahel

Soum dans la Région du Sahel avec une prévalence MAS de 6,4% > 2% pondération 3, IPC 2020 révisé dans la zone « Critique » pondération 3, Formations sanitaires - 10 Aout 2020 de 62% > 30% : valeur pondérée 3 ; IDP (% de IPD par rapport à la population) 29% > 10% : valeur pondérée 3 est en priorité

La région de l'est

Fada N'Gourma avec une prévalence MAS actuelle 2,4% > 2% contre à Mars 2020 la 1,5% entre 1 et 2% pondération 2 ; IPC 2020 révisé dans la zone « Sérieuse » pondération 2 pendant les deux périodes, % Formations sanitaires - 10 Aout 2020 de 1% les deux périodes pondération 1 ; Proportion des PDI par rapport à la population 8,6% entre 1 et 10% pondération 2 contre 2,7% en Mars est passé de la priorité 2 à 1 suite à l'augmentation de la Prévalence MAS et des PDI par rapport à la population

NB: la classification a été calculé par province puis appliqués au districts sanitaire de la dite province. Boussouma qui était en priorité 1 selon la province passe en priorité 2 selon le jugement des expert par il y a pas FS fermé et peu d'IDP

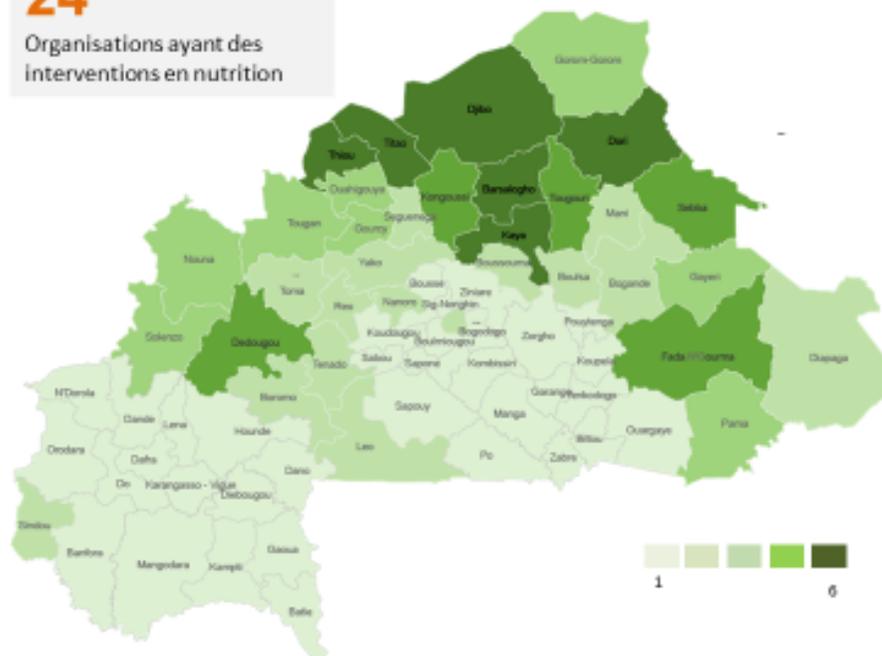
Annexe 2 : Présence opérationnelle des partenaires Nutrition



Présence opérationnelle des partenaires nutrition (Janvier-Août 2020)

24

Organisations ayant des interventions en nutrition



Date: 21 septembre 2020

Source: Cluster Nutrition et partenaires

* Les frontières, les noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas l'approbation ou l'acceptation officielle par les Nations Unies.

Centre-Nord	NORD	Sahel	Boucle du Mouhoun	Est
Barsalogo	GOURCY	Djibo	Dedougou	Bogande
ALIMA-K-SOS	Help	CICR	GRET	PAM
Help	PAM	CR Belgique	PAM	UNICEF
MSF Suisse	SEMUS	MDM-E	Tdl-L	Fada N'Gourma
PAM	UNICEF	PAM	UNICEF	ACF
SCI	Ouahigouya	UNICEF	Nouna	MSF-E
UNICEF	AMMIE	CR Belgique	AMMIE	PAM
Boulsa	Help	Help	PAM	UNICEF
PAM	PAM	PAM	Tdl-L	Gayeri
UNICEF	UNICEF	SCI	UNICEF	MSF-E
Boussouma	Segouéga	UNICEF	Solenzo	PAM
PAM	PAM	Gorom-Gorom	PAM	UNICEF
UNICEF	UNICEF	LVIA	Tdl-L	Mani
Kaya	Thiou	PAM	Toma	PAM
CRB + Mdm-E	ALIMA-K-SOS	UNICEF	UNICEF	UNICEF
Help	CICR	Gorom-Gorom	Sebba	Pama
PAM	Help	LVIA	Help	ACF
SCI	PAM	PAM	HI	PAM
UNICEF	UNICEF	UNICEF	PAM	UNICEF
Kongoussi	TITAO	Sebba	Tougou	
CR Belgique	AMMIE	Help	Tdl-L	
MDM-F	CICR	UNICEF	UNICEF	
PAM	Help	Sebba		
SCI	MSF France	Help		
UNICEF	PAM	HI		
Tougouri	SEMUS	PAM		
ALIMA-K-SOS	UNICEF	UNICEF		
CRB + Mdm-E	Yako			
PAM	PAM			
SCI	SEMUS			
UNICEF	UNICEF			

Annexe 3 : Présence opérationnelle des acteurs opérationnels dans les zones identifiées en PRIORITE 1

Localisation			Presence opérationnelle des acteurs			
Region	Province	District Sanitaire	Acteurs Nut	Acteur WASH	Acteurs Sécurité alimentaire	Acteurs Santé
Centre Nord	Sanmatenga	Barsalogo	ALIMA-K-SOS, Help, PAM, SCI, UNICEF, MSF-Suisse	CARE, CRS, CR Burkinabè, IRC, NRC, NRC, Oxfam, Plan, Winrock	PAM, FAO	MSF-CH
	Sanmatenga	Kaya	MdM-E+CRB, PAM, SCI, UNICEF, HELP	CARE, CRS, CICR, NRC, Oxfam, Plan, DRC, SI	PAM, FAO, CRS	ACTED, CRB, OMS
	Bam	Kongoussi	PAM, UNICEF, CRB, MdM-F	CR-Luxembourg, CR-Burkinabè, IRC, Plan, SI, Helvetas, Plan, WHH, CARE, DRC, NRC, RRM, SI, SOLIDEV	CRB, PAM, SCI	MdM-F, OMS
Nord	Loroum	Titao	PAM, UNICEF, AMMIE, CICR, HELP, MSF-F, SEMUS	TdH, IRC, MSF-F, SI, ACTED, CR Burkinabè, DRC, Intersos	OIM	Help
Sahel	Soum	Djibo	CICR, CR Belgique, MDM-E, PAM, UNICEF	DREA-SHL, SI, CICR, CRL, CR Burkinabè, IRC, MSF-S	PAM	CRB
	Seno	Dori	CR Belgique, HELP, PAM, UNICEF, SCI	DREA-SHL, Oxfam, DRC, IRC, SCI, DREA-SHL, MSF-S, OCADES, CICR, MSF-F, SI	FAO, AIHC Inc., PAM, CRB	CRB, HI, HELP
	Oudalan	Gorom-Gorom	LVIA, PAM, UNICEF	CICR, Oxfam, DREA-SHL	PAM	MSF-CH, MdM-F
	Yagha	Sebba	LVIA, PAM, UNICEF	DREA-SHL		HELP
Est	Gourma	Fada n'Gourma	ACF, MSF-E, PAM, UNICEF	ACF, ACTED, CICR, Initiative, RRM, UNICEF	PAM	MSF-E, MSF-CH, PUI, OMS