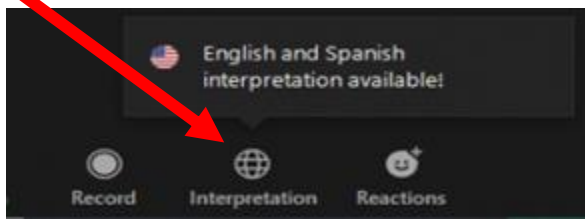


**L'approche commune "Resourcing Families for Better Nutrition"
(Ressourcer les familles pour une meilleure nutrition) : Comparaison de
l'efficacité et du rapport coût-efficacité des interventions Cash Plus
dans la prévention de la malnutrition aiguë en Somalie**

Vous pouvez accéder à la traduction en cliquant sur l'icône du globe dans la partie inférieure de l'écran.

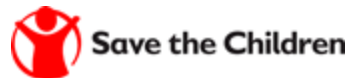


**L'approche intégrée "Resourcing Families for Better Nutrition"
(Ressourcer les familles pour une meilleure nutrition) : Comparaison
de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des interventions Cash
Plus dans la prévention de la malnutrition aiguë en Somalie**

10 avril 2025 02:00 CTE



Groupe de travail sur la nutrition (Cash and Voucher - CVA)



Soutenir les donateurs



Note : Ce webinaire est rendu possible grâce au soutien généreux de tous nos donateurs. Toutefois, son contenu relève de la responsabilité de la GNC et des présentateurs individuels et ne reflète pas nécessairement les opinions de ces donateurs.

Objectifs du webinaire :

- Présenter les résultats de l'étude "Research to Action in Humanitarian Setting (R2HC)", qui a testé l'efficacité et le rapport coût-efficacité des interventions "Cash Plus" sur l'émaciation des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes et allaitantes (y compris des sous-études sur l'analyse des facteurs de malnutrition aiguë et de rechute de l'émaciation).
- Discuter de l'utilité des résultats de cette étude

Agenda du webinaire

Section	La durée	Calendrier (heure de Genève)
Bienvenue et introduction	10 minutes	14:00-14:10
1) Le projet "Research to Action in Humanitarian Setting" (R2HC) : Présentation des résultats du projet de recherche	30 minutes	14:10-14:40
2) Approche intégrée "Resourcing Families for Better" (RF4BN) dans un contexte humanitaire : leçons tirées de la mise en œuvre des interventions "Cash Plus" et "nutrition".	10 minutes	14:40-14:50
3) Session interactive avec questions en direct des participants	20 min	14:50-15:10
4) Messages des décideurs : Quelle est la signification de ce projet pour les programmes et politiques futurs en matière d'argent liquide pour la nutrition ?	20 minutes	15:10-15:25
Clôture et remarques finales	5 min	15:25-15:30



Aujourd'hui Facilitateurs et présentateurs



Shelley Walton,
Associé de recherche principal,
Co-investigateur de la recherche
Université John Hopkins (JHU)



Omer, Meftuh,
Responsable de la santé, de la nutrition et
de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène
(WASH),
Save The Children Somalie



Marina Tripaldi,
Conseiller principal CVA
Coprésident du groupe de travail
CVA, GNC
Save The Children International
(SCI)



Dr Osama Abdi Ali,
Ministère de la santé (MoH)
Somalie



Nadia Akseer,
Scientifique associé,
Chercheur principal (CP) ;
Université John Hopkins (JHU),



Nick Anderson
Head of Cash and Livelihoods
Save The Children International (SCI)



Yusuf Mahdi,
Spécialiste de la nutrition,
Save The Children SC Somalie



Kate Golden,
Conseiller principal en nutrition,
Concern Worldwide,
Équipe de direction GNC



Dahir Isaq
Spécialiste technique de la
protection sociale adaptée
aux enfants
Save The Children Somalie

Question du sondage :

Pensez-vous que le transferts d'argent peut être efficace pour prévenir la malnutrition ?

- Oui
- Non
- Pas sûr

SESSION 1 Research to Action in Humanitarian Crises (R2HC): Cash Plus to Prevent Acute Malnutrition



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

Results Presentation

April 10th, 2025



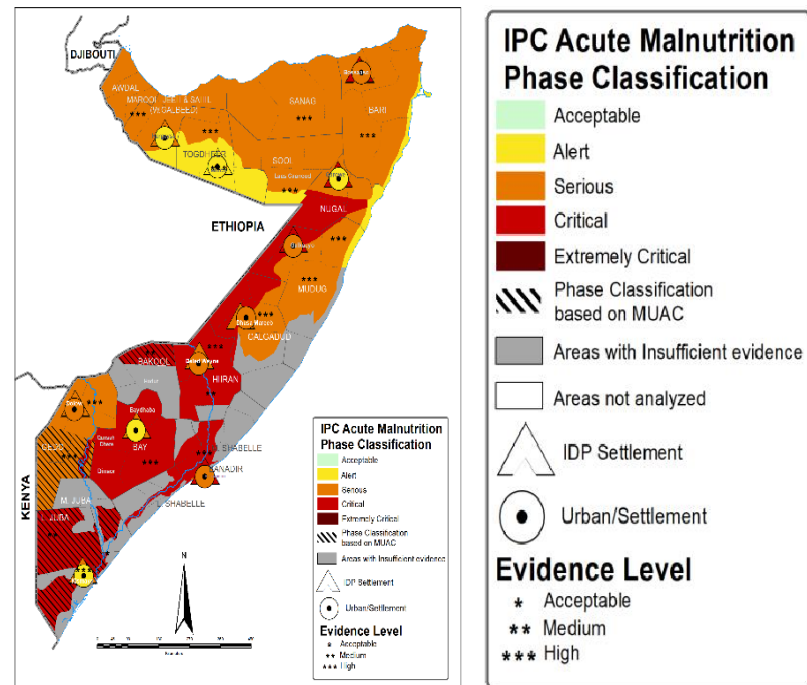
Somalie Contexte & Contexte de la malnutrition



L'état de la malnutrition en Somalie

- ▶ Estimation récente de l'IPC : **1,7 million d'UC5** souffriraient de malnutrition aiguë entre JANVIER et JUIN 2025.
 - ▶ Nombre d'enfants SAM : 466,000
 - ▶ Nombre d'enfants MAM 1 257 000
 - ▶ 61% de cette charge se concentre sur les populations rurales, 23% sur les personnes déplacées et 16% sur les populations urbaines.
 - ▶ **GAM global CU5 (en utilisant WHZ) : 11.4%**
- 3,4 millions de personnes (17 %) de la population sont en situation de crise ou pire (phase 3 de l'IPC et plus) entre janvier et mars 2025.
- Au cours de la période de projection allant d'avril à juin 2025, la sécurité alimentaire devrait encore se détériorer, avec **4,4 millions de personnes (23%)** de la population totale en situation de crise ou pire (IPC phase 3 et plus).
- ▶ En raison des faibles précipitations, des inondations localisées, des conflits et de l'insécurité, des prix élevés des denrées alimentaires, des maladies et du manque d'accès aux soins de santé, les niveaux d'insécurité alimentaire aiguë et de malnutrition restent élevés dans de nombreuses régions de la Somalie et contribuent fortement à l'augmentation de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans en Somalie.
- ▶ Les épidémies de la saison des pluies, associées à la réduction de l'aide humanitaire, devraient encore aggraver la malnutrition.

Résultats nutritionnels projetés (avril-juin 2025)



Somalie et aide humanitaire

- ▶ **2024 : 1,3 million de personnes (35 à 40 % de la population dans le besoin) en Somalie ont reçu une aide à la sécurité alimentaire entre juin et août 2024.**
 - ▶ Insécurité alimentaire, insécurité hydrique, besoin d'un abri, manque de ressources WASH
 - ▶ En raison de la pénurie de fonds, l'aide humanitaire a diminué depuis mars 2024.
- ▶ L'aide comprend des **transferts d'argent**
 - Exemple : en Somalie, plus de 250 000 ménages devraient recevoir une aide financière d'urgence de la Banque mondiale en décembre 2023 à la suite d'importantes inondations.
- ▶ **Pourquoi de l'argent ?**
 - Promouvoir la dignité et l'autonomie
 - Permet aux bénéficiaires d'utiliser les fonds pour ce dont ils ont le plus besoin.
 - Soutien aux marchés locaux

[https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/where/africa/somalia_en#:~:text=In%202024%2C%20at%20least%206.9,saving%20humanitarian%20and%20protection%20assistance](https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/where/africa/somalia_en#:~:text=In%202024%2C%20at%20least%206.9,saving%20humanitarian%20and%20protection%20assistance;) ;
<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/12/15/over-250-000-afe-somali-households-to-benefit-from-cash-transfers-to-cope-with-flooding-and-food-insecurity>

Rapport REACH sur la santé publique. Taux de mortalité en Somalie : une analyse intégrée de la santé publique. https://repository.impact-initiatives.org/document/impact/0d28044a/IMPACT_HO_MSNA-PH-Report_Somalia_Jan2025_final-3.pdf



Objectifs de la recherche, méthodes et principaux résultats




Manque de données sur l'utilisation de l'argent dans le cadre de l'aide humanitaire

- ▶ **Manque de données** sur les approches les plus efficaces, les plus rentables et les plus acceptables de l'aide, y compris les **transferts monétaires pour la nutrition**, dans les **situations humanitaires**.
 - Les données existantes se concentrent principalement sur les transferts d'argent pour la sécurité alimentaire.
 - Peu de données sont disponibles sur l'utilisation du CVA (Cash and Voucher Assistance) pour les résultats nutritionnels dans les situations humanitaires, malgré une utilisation importante de cette typologie d'aide.
 - Pour Save the Children, la plupart de ces données proviennent de leur approche intégré Resources Families for better Nutrition (RF4BN) (CVA+SBCC -> composantes de base) qui est utilisée dans des contextes de développement ; il est nécessaire de la tester dans des contextes humanitaires.
- ▶ Il y a un besoin de :
 - Recherche sur la durée et le montant de la CVA
 - Conception du rapport coût-efficacité
 - Production de preuves dans les situations humanitaires



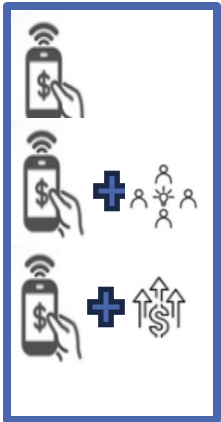
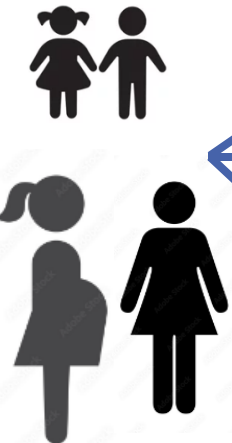
Objectifs de l'étude

- Pour combler ces lacunes, la présente étude s'est fixé les objectifs suivants :
1. **Comparer l'émaciation des CU5 et de leurs mères** recevant de l'argent, ou de l'argent + SBCC, ou de l'argent + complément, après 3 et 6 mois.
 - Durée du CVA et composantes de l'intervention
 2. **Évaluer les coûts et le rapport coût-efficacité** des différents bras d'intervention
 - La conception du rapport coût-efficacité
 3. **Comprendre les déterminants et les moteurs des interventions** du programme et les expériences des ménages en la matière
 - La production de données probantes dans les situations humanitaires
 4. **Comprendre la concordance des méthodes MUAC et WHZ** pour mesurer l'émaciation chez l'enfant
 - Remédier aux lacunes en matière de fiabilité de la mesure de l'émaciation dans le cadre de programmes
 5. **Comprendre les taux et les déterminants de la rechute des enfants souffrant d'émaciation** dans les 6 mois suivant la fin du traitement (sous-étude)
 - Comblent les lacunes en matière de données probantes sur les taux et les facteurs de risque de rechute en Somalie
- 

Méthodologie de l'étude principale

Sujets : CU5,
Mères

Randomisation en
grappes



Inscription

Mois



Base de
référence

Ligne
médiane

Fin de ligne

Cohorte prospective



Quelles ont été les interventions ?

- ▶ Chaque participant a reçu un transfert d'argent mobile par mois pendant 6 mois ; le montant du transfert a été établi sur la base du panier de dépenses minimum (MEB).

- ▶ Bras 1 : uniquement de l'argent
 - ▶ Bay : 90 USD
 - ▶ Hiraan : 70 USD



- ▶ Bras 2 : argent + SBCC
 - ▶ Bay : \$90 USD + SBCC
 - ▶ Hiraan : \$70 USD + SBCC



- ▶ Bras 3 : argent + complément en argent
 - ▶ Bay : 90 USD + 35 USD de complément = 125 USD au total
 - ▶ Hiraan : 70 USD + 35 USD de complément = 105 USD au total



Thèmes SBCC : Allaitement maternel dans la première heure ; allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ; alimentation complémentaire ; hygiène ; stimulation physique et mentale de l'enfant ; nutrition des personnes vivant avec le VIH/sida.

Détails de la session SBCC : Dirigées par une mère responsable formée qui facilite la discussion avec 10 à 15 mères ; hebdomadaires pendant 12 semaines à raison de 45 à 60 minutes par séance ; offrent également aux mères un lieu sûr pour échanger des idées, partager des expériences.



Principaux résultats de l'étude



Résultats primaires

L'enfant



Résultats pour l'enfant - Principales conclusions

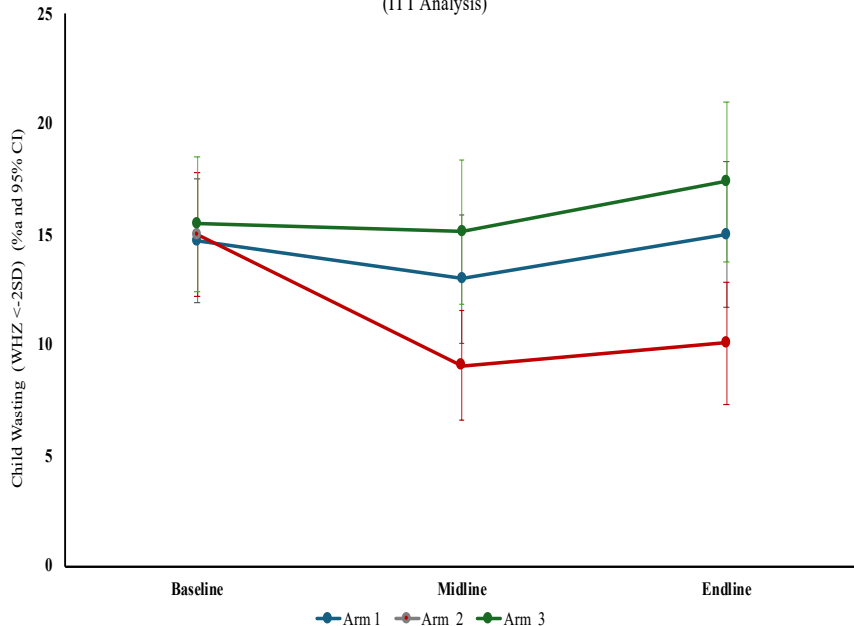
- ▶ Les principales caractéristiques des enfants n'ont pas varié dans le temps ou selon le bras, ce qui indique que l'échantillon est resté représentatif et comparable d'un bras à l'autre.
 - ▶ À l'exception du déplacement, qui a touché 15 % de l'échantillon et qui diffère selon le bras.
- ▶ **Le bras 2 (argent + SBCC) semble avoir obtenu le bénéfice le plus important et le plus durable dans la réduction/prévention de l'émaciation de l'enfant (dans l'analyse de la prévalence et de l'incidence) ; également dans les régions de Bay et de Hiraan.**

Message clé : L'échantillon de l'étude est représentatif ; les bras sont équilibrés et comparables ; le bras 2 est le plus bénéfique pour réduire la prévalence de l'émaciation (analyse de la prévalence) et également pour prévenir l'émaciation (analyse des incidents).



Résultats pour l'enfant - Principales conclusions

Figure 1 (a): Child wasting prevalence using WHZ by Arm
(ITT Analysis)



	Baseline	Midline	Endline
Bras 1	14.74	12.99	15.03
IC À 95	2.8	2.9	3.3
IC À 95 % (L, U)	(12.1, 17.7)	(10.3, 16.1)	(12.0, 18.6)
Bras 2	15.03	9.07	10.08
IC À 95	2.8	2.5	2.75
IC À 95 % (L, U)	(12.4, 18.0)	(6.8, 11.8)	(7.6, 13.1)
Bras 3	15.49	15.12	17.39
IC À 95	3.05	3.25	3.6
IC À 95 % (L, U)	(12.6, 18.7)	(12.1, 18.6)	(14.0, 21.2)



Prévalence de l'émaciation chez l'enfant en comparant les armes

Différences de test entre les bras de l'étude			
	IC À 95	IC À 95	Valeur P (Chi2)
Base de référence			
Bras 1 contre bras 2	12.2, 17.6	12.5 , 18.0	0.881
Bras 1 vs bras 3	12.2, 17.6	12.7, 18.7	0.712
Bras 2 vs bras 3	12.5, 18.0	12.7 18.7	0.823
Ligne médiane			
Bras 1 contre bras 2	10.3, 16.1	6.9, 11.8	0.039*
Bras 1 vs bras 3	10.4, 16.2	12.2, 18.6	0.323
Bras 2 vs bras 3	6.9 ,11.8	12.2, 18.6	0.003*
Fin de ligne			
Bras 1 contre bras 2	12.1, 18.5	7.7, 13.1	0.020*
Bras 1 vs bras 3	12.1, 18.5	14.2, 21.1	0.326
Bras 2 vs bras 3	7.7, 13.1	14.2, 21.1	0.001*

Le bras 2 est le seul qui soit statistiquement différent des deux autres bras
-> Le bras 2 a apporté le plus grand bénéfice

Aucune différence de base -> la randomisation a fonctionné !

Incidence de l'émaciation chez l'enfant - Entre les bras

Comparaison de l'incidence de l'émaciation entre les groupes d'étude

	Bras 1	IC À 95	Bras 2	IC À 95	Bras 3	IC À 95	Chi2
Base de référence (cohorte propre)							
Échantillon N(%)	572 (35.6%)		555 (34.6%)		479 (29.8%)		
WHZ							
Non émacié	567 (100.0%)		554 (100.0%)		478 (100.0%)		Réf
émacié	0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		
MUAC							
Non émacié	572 (100.0%)		554 (100.0%)		479 (100.0%)		Réf
émacié	0 (0%)		0 (0%)		0 (0%)		
Midline (2eme mesure)							
Échantillon N(%)	544 (33.9%)		563 (35.0%)		500 (31.1%)		
WHZ							
Non émacié	469 (87.0%)	.838946 .8960241	501 (90.9%)	.8821821 .9305977	421 (84.9%)	.8144052 .8777611	0.010
émacié	70 (13.0%)	.1039759 .161054	50 (9.1%)	.0694023 .1178179	75 (15.1%)	.1222389 .1855948	
MUAC							
Non émacié	535 (99.3%)	.9803555 .9972181	546 (98.9%)	.9759366 .9951085	488 (98.2%)	.9654469 .9905476	0.275
émacié	4 (0.7%)	.0027819 .0196445	6 (1.1%)	.0048915 .0240634	9 (1.8%)	.0094524 .0345531	
Endline (3eme mesure)							
Échantillon N(%)	489 (33.2%)		517 (35.1%)		467 (31.7%)		
WHZ							
Non émacié	407 (85.0%)	.8147126 .8790396	446 (89.9%)	.8693557 .9228217	380 (82.6%)	.788584 .8581341	0.004
émacié	72 (15.0%)	.1209604 .1852874	50 (10.1%)	.0771783 .1306443	80 (17.4%)	.1418659 .211416	
MUAC							
Non émacié	475 (98.8%)	.9723498 .9943733	491 (98.8%)	.9732898 .9945661	449 (97.6%)	.9572788 .9867295	0.260
émacié	6 (1.2%)	.0056267 .0276502	6 (1.2%)	.0054339 .0267102	11 (2.4%)	.0132705 .0427212	

Le bras 2 présente le bénéfice le plus important et le plus durable en matière de prévention de l'émaciation (différence statistiquement significative par rapport aux deux autres bras à chaque point dans le temps).

Résultats primaires

Résultats pour la mère



Résultats pour la mère - Principaux résultats

- ▶ La prévalence de l'émaciation chez la mère a chuté entre le premier mesurément (baseline) et le deuxième (midline), mais a rebondi au troisième (endline); il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les bras, bien que le bras 1 semble le plus mal loti à la fin de l'étude.
 - ▶ La tendance observée peut être une tendance séculaire plutôt que liée à l'intervention
- ▶ L'incidence de l'émaciation maternelle suit un schéma similaire à celui de la prévalence (pas de différences statistiquement significatives entre les bras), le bras 1 semblant le plus mal loti et le bras 2 le plus protégé.

Message clé : L'intervention ne semble pas bénéficier autant à l'émaciation maternelle qu'à l'émaciation infantile ; bien que l'argent seul ait les pires résultats et que l'argent + SBCC semble le mieux protégé.



Résultats en matière de coût-efficacité et de rentabilité

Message clé :

Le bras 2 (argent + SBCC) était rentable et le bras le plus rentable d'un point de vue programmatique et sociétal.



Déterminant des résultats d'émaciation selon les groupes d'intervention



Facteurs déterminants pour l'ensemble des armes - Facteurs immédiats

- ▶ Au niveau immédiat, la diversité du régime alimentaire des enfants - y compris la consommation de protéines d'origine animale - s'est améliorée dans tous les groupes de l'étude, le groupe 3 affichant les niveaux les plus élevés à la fin de l'étude. Les cas de maladie chez les enfants ont diminué dans les groupes 1 et 2, mais ont augmenté dans le groupe 3.

Déterminants de l'émaciation chez l'enfant	Bras d'étude	Baseline Pourcentage (IC 95 %)	Midline Pourcentage (IC 95 %)	Endline Pourcentage (IC 95 %)
Attendu la diversité alimentaire minimale pour les enfants (MDD-C), %.		n=415	n=904	n=1,022
	Bras 1	5.1 (2.6, 9.9)	35.0 (29.1, 40.2)	28.1 (23.3, 33.3)
	Bras 2	12.0 (7.5, 18.8)	33.4 (28.4, 38.9)	32.3 (27.6, 37.1)
	Bras 3	10.4 (6.1, 17.2)	36.6 (31.4, 42.2)	42.5 (37.3, 47.8)
L'enfant a reçu des protéines d'origine animale (viande, œufs, lait), %.		n=478	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	53.1 (45.7, 60.4)	76.2 (71.5, 80.4)	73.5 (68.7, 77.8)
	Bras 2	58.8 (50.9, 66.2)	74.9 (70.2, 79.0)	73.3 (68.7, 77.4)
	Bras 3	56.6 (48.3, 64.6)	69.4 (64.6, 73.8)	81.6 (77.4, 85.1)
A eu une maladie infantile* 2 semaines auparavant (paludisme, diarrhée et/ou toux), %.		n=477	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	41.1 (34.0, 48.6)	31.5 (26.8, 36.6)	25.4 (21.2, 30.2)
	Bras 2	31.4 (24.7, 39.1)	31.8 (27.2, 36.7)	27.8 (23.6, 32.4)
	Bras 3	25.9 (19.3, 33.7)	30.8 (26.4, 35.6)	36.6 (31.9, 41.5)



Facteurs sous-jacents – Déterminants communs aux différents bras de l'intervention

► Les indicateurs d'insécurité alimentaire - faim modérée/sévère et scores de consommation alimentaire limite/pauvre - se sont améliorés dans tous les bras, sauf dans le bras 3, où les scores de consommation alimentaire se sont détériorés.

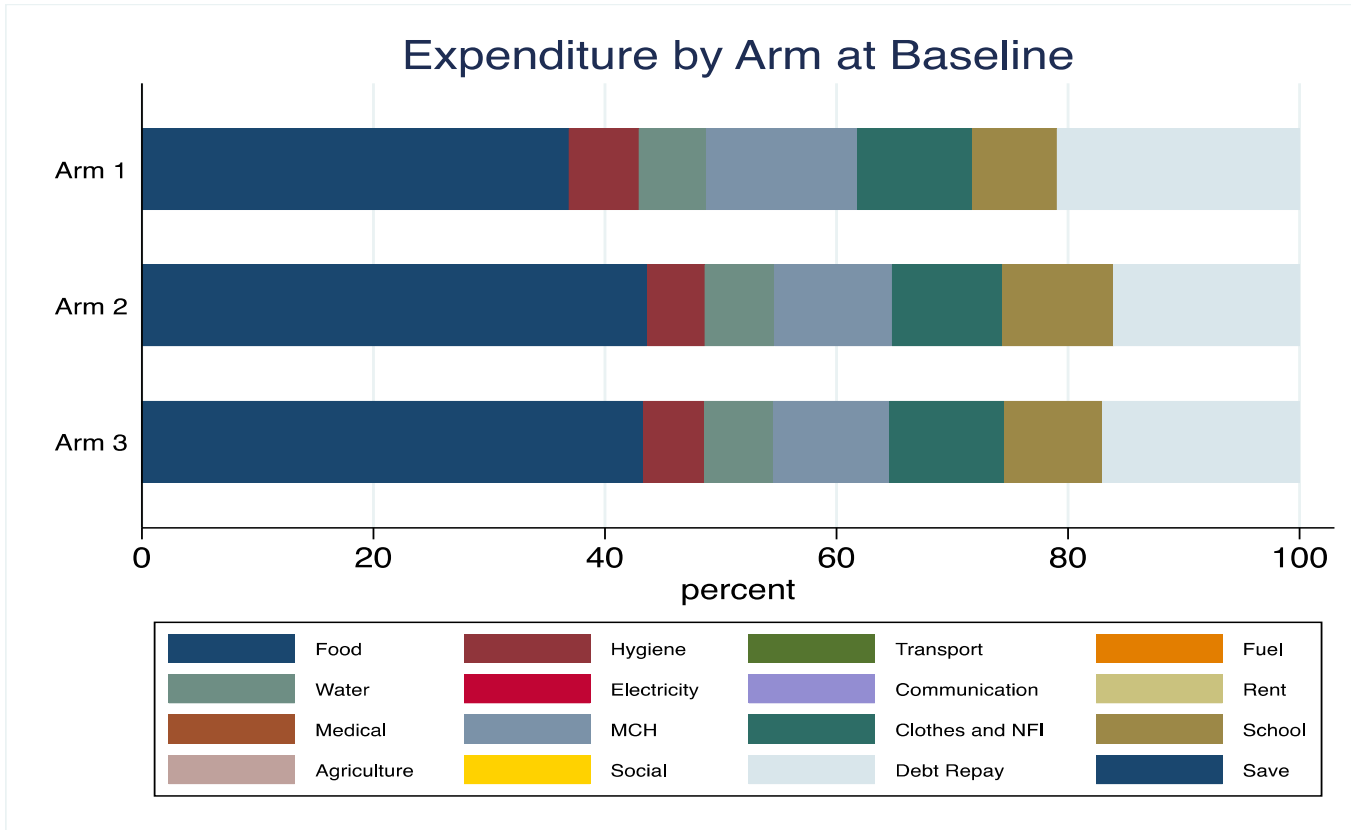
► La couverture vaccinale a augmenté dans tous les bras, le bras 2 atteignant les taux les plus élevés à la fin de l'étude.

► L'accès à des sources d'eau protégées s'est amélioré, bien que la défécation à l'air libre ait persisté et même augmenté dans le bras 3.

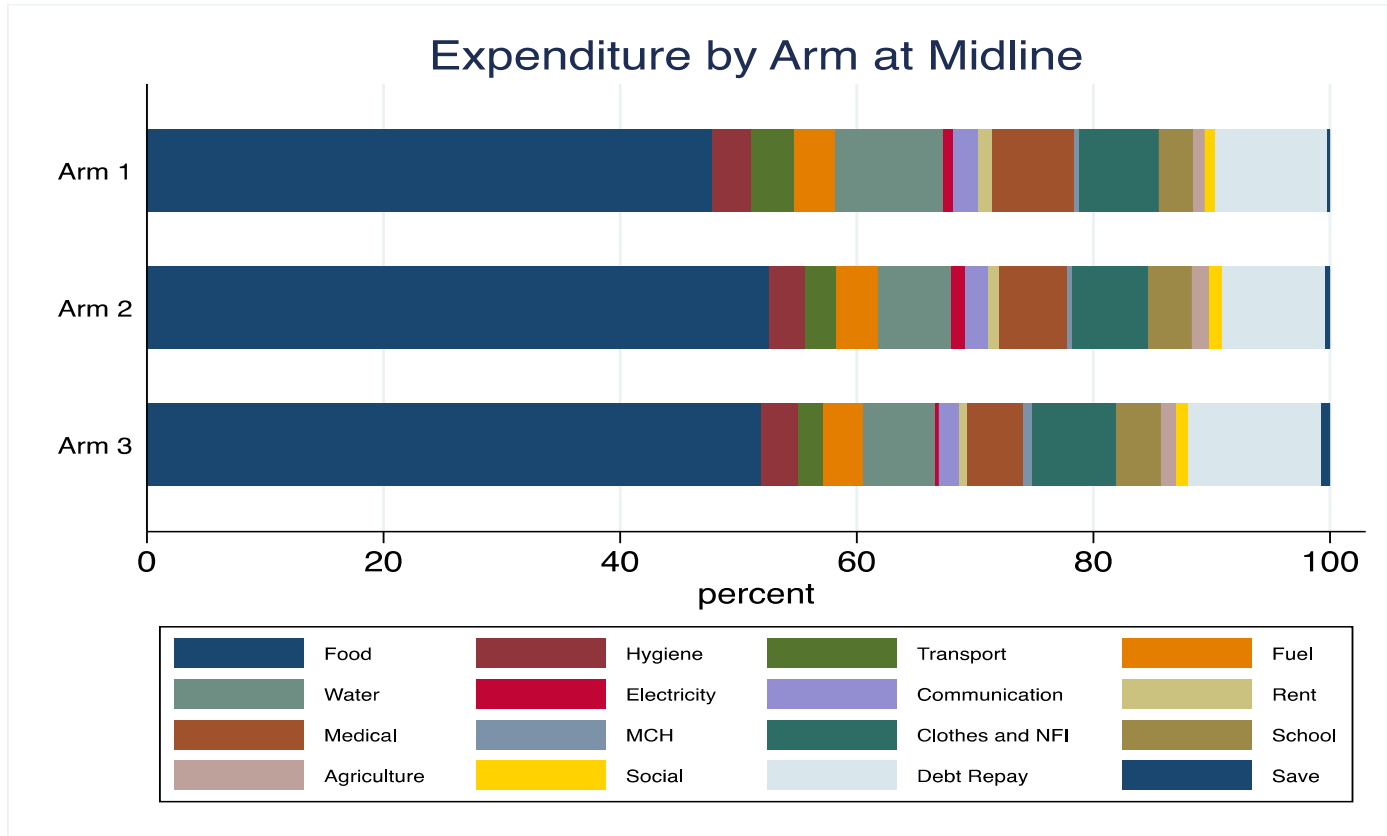
► Les installations de lavage des mains sont devenues plus accessibles, mais les progrès ont été limités dans le bras 3.

Déterminants de l'émaciation chez l'enfant	Bras d'étude	Baseline	Midline	Endline
		Pourcentage (IC 95 %)	Pourcentage (IC 95 %)	Pourcentage (IC 95 %)
Score de consommation alimentaire à la limite de la pauvreté, en %.		n=1,489	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	75.5 (71.6, 79.1)	52.4 (47.1, 57.6)	64.1 (59.0, 68.9)
	Bras 2	78.5 (73.6, 83.4)	48.9 (43.9, 54.0)	63.3 (58.4, 67.8)
	Bras 3	58.3 (51.1, 65.1)	51.7 (46.7, 56.6)	54.2 (49.2, 59.1)
Score de l'indice des stratégies d'adaptation (moyenne, IC)		n=1,489	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	14.5 (13.7, 15.3)	13.5 (12.5, 14.5)	14.5 (13.5, 15.5)
	Bras 2	15.3 (14.5, 16.0)	14.3 (13.2, 15.3)	14.6 (13.5, 15.7)
	Bras 3	14.9 (14.0, 15.7)	12.4 (11.5, 13.3)	14.1 (13.1, 15.0)
Ont reçu une vaccination infantile, en %.		n=1,477	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	50.9 (43.4, 58.2)	62.7 (57.5, 67.7)	79.8 (75.4, 83.7)
	Bras 2	48.4 (40.7, 56.2)	59.4 (54.3, 64.2)	86.8 (83.0, 89.7)
	Bras 3	46.2 (38.1, 54.4)	67.6 (62.8, 72.1)	75.4 (70.9, 79.5)
Ménages pratiquant la défécation à l'air libre, en %.		n=1,485	n=1,086	n=1,140
	Bras 1	23.5 (20.0, 27.4)	28.7 (24.1, 33.8)	22.7 (18.7, 27.3)
	Bras 2	13.7 (10.9, 17.0)	15.0 (11.7, 19.0)	19.0 (15.4, 23.2)
	Bras 3	21.3 (17.8, 25.2)	27.3 (23.1, 32.0)	33.5 (29.0, 38.4)
Pas d'accès à des installations pour se laver les mains %		n=1,489	n=1,112	n=1,153
	Bras 1	95.5 (93.3, 97.0)	97.7 (95.5, 98.9)	78.8 (74.2, 82.7)
	Bras 2	99.0 (97.6, 99.6)	94.4 (91.5, 96.3)	83.3 (79.3, 86.6)
	Bras 3	98.7 (97.2, 99.4)	99.2 (97.6, 99.8)	89.8 (86.3, 92.4)

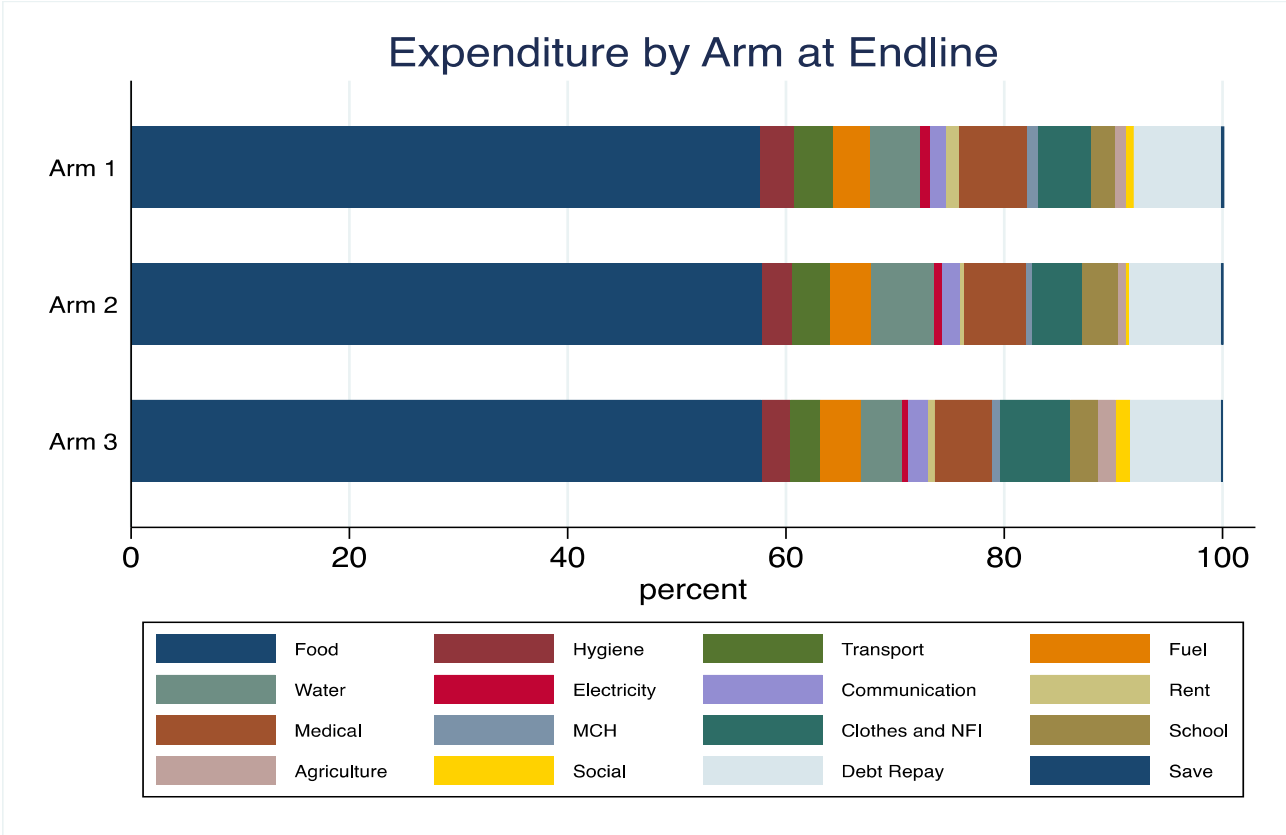
Dépenses des ménages par bras au baseline



Dépenses des ménages par bras au midline



Dépenses des ménages par bras au endline



Les résultats qualitatifs contextualisent les résultats quantitatifs

De base

- Quant : Au fil du temps, plus d'argent est consacré à l'alimentation et moins à la réduction des dettes.
- Qual : L'aide en espèces a été utilisée pour la nourriture, l'eau, les besoins médicaux, les dépenses scolaires et d'autres besoins du ménage. Bien que certains participants aient indiqué diverses façons de rembourser les dettes, comme la vente de bétail, l'utilisation de l'argent pour rembourser les dettes a été fréquemment mentionnée.

Sous-jacents

- Quant : La faim chez les ménages a considérablement diminué et les niveaux de faim sont similaires dans les deux régions.
- Qual : Les obstacles à l'accès à la nourriture comprennent le manque d'argent, l'inflation, le coût des aliments, les routes bloquées et les problèmes environnementaux (sécheresses, inondations, criquets). Les marchés sont éloignés et il n'y a pas de moyens de transport adéquats.

Immédiate

- Quant : La diversité alimentaire des ménages et des enfants s'est accrue au fil du temps.
- Qual : Les femmes ont compris l'importance de la diversité alimentaire pour la santé et les participantes ont déclaré avoir utilisé l'aide financière pour acheter différents aliments nutritifs.

"Cette aide en espèces a permis de couvrir certains de nos besoins essentiels comme les dépenses en eau, l'électricité, les frais de scolarité, la nourriture et le lait pour les enfants..."

- Mère, Hiraan, bras 2

"Il y a beaucoup de choses que je ne peux pas m'offrir, comme la viande et le lait, par manque d'argent"

- Mère, Bay, Arm 3

"Nous sommes en pleine inflation. La route entre Baidoa et Mogadiscio est coupée. Il n'y a pas assez de nourriture pour nous."

- Mari, Bay

"Il sert à acheter des aliments nutritifs pour les enfants, tels que des bananes, des œufs et des aliments mous qui leur seront d'une grande utilité."

- Mère, Hiraan, Arm1

"Manger une variété d'aliments est bon pour la santé."

- Mère, Bay, bras 2

Comprendre les vues du programme Cash Plus

- ▶ **Qualité et satisfaction du programme** : En général, les participants ont parlé positivement du programme et ont indiqué qu'il avait eu un impact positif non seulement sur les bénéficiaires, mais aussi sur la communauté. Cependant, ils ont demandé une augmentation du montant et de la durée de l'aide financière, ainsi que davantage de formations et de sensibilisation.

"Avant le programme, nous n'avions rien et lorsque nous avons bénéficié du programme, nous étions prospères et nous n'avions jamais vu un programme comme celui-ci. - Mère, Bay, Arm 3

- ▶ **Rôle du SBCC** : Les participants ont déclaré avoir appris sur de nombreux sujets, notamment la nutrition, l'alimentation des jeunes enfants, la recherche de santé et l'hygiène.

"Après avoir reçu les messages, nous avons changé nos comportements antérieurs et nous avons opté pour l'alimentation" - Mère, Hiran, bras 1



Concordance des mesures de l'émaciation

Résultats



Analyse de concordance des mesures de l'émaciation: Objectifs

- ▶ Objectifs de l'analyse :
 - ▶ 1) Générer des prévalences d'émaciation en utilisant MUAC, MUACZ, et WHZ
 - ▶ 2) Comparer la concordance et l'accord entre MUAC, MUACZ et WHZ, et stratifier en fonction de l'âge de l'enfant (9-23 mois vs 24-59 mois).
 - ▶ 3) Examiner la sensibilité et la spécificité des seuils MUAC et MUACZ plus élevés par rapport au WHZ.
 - Comment l'augmentation du seuil du MUAC au-delà de 12,5 cm influe-t-elle sur sa capacité de diagnostic ?

Termes clés pour l'analyse

Concordance : accord entre deux méthodes de diagnostic d'une maladie.

MUACZ : score MUAC z ajusté en fonction de l'âge et du sexe.



Résultat de la concordance : Prévalences de l'émaciation

- ▶ La prévalence de l'émaciation varie de manière significative en fonction de la technique de mesure

Technique de mesure	Prévalence de l'émaciation				
	Échantillon complet	Filles	Garçons	6-23 mois	24-59 mois
MUAC	1.5%	1.3%	1.7%	4.1%	0.9%
MUACZ	8.5%	7.9%	9.2%	5.56%	9.23%
WHZ	14.8%	12.7%	16.9%	12.22%	15.38%
Lignes directrices de l'OMS (MUAC, WHZ et œdème)	15.5%	13.3%	17.7%	14.07%	15.82%

- ▶ Le **MUAC** identifie l'émaciation chez les **jeunes enfants** (6-23 mois).
- ▶ **WHZ** a identifié une émacyation chez les **garçons et les enfants plus âgés** (24-59 mois).

Résultats de la concordance et messages clés

- ▶ Le MUAC seul **ne permet pas de diagnostiquer 94 % des enfants souffrant d'émaciation**
- ▶ MUAC et WHZ n'étaient que **légèrement d'accord** ; MUACZ et WHZ **étaient assez/modérément d'accord.**
- ▶ **L'âge** est un facteur important à prendre en compte pour la mesure de l'émaciation

Message clé :

Idéalement, le WHZ devrait être adopté pour le dépistage communautaire en tant qu'étalon-or pour la mesure de l'émaciation.

Cependant, les seuils de MUAC spécifiques à l'âge peuvent constituer un moyen pratique de dépister avec précision et d'orienter vers un traitement les enfants les plus émaciés lorsqu'il n'est pas possible de mesurer le poids de l'enfant par rapport à sa taille.

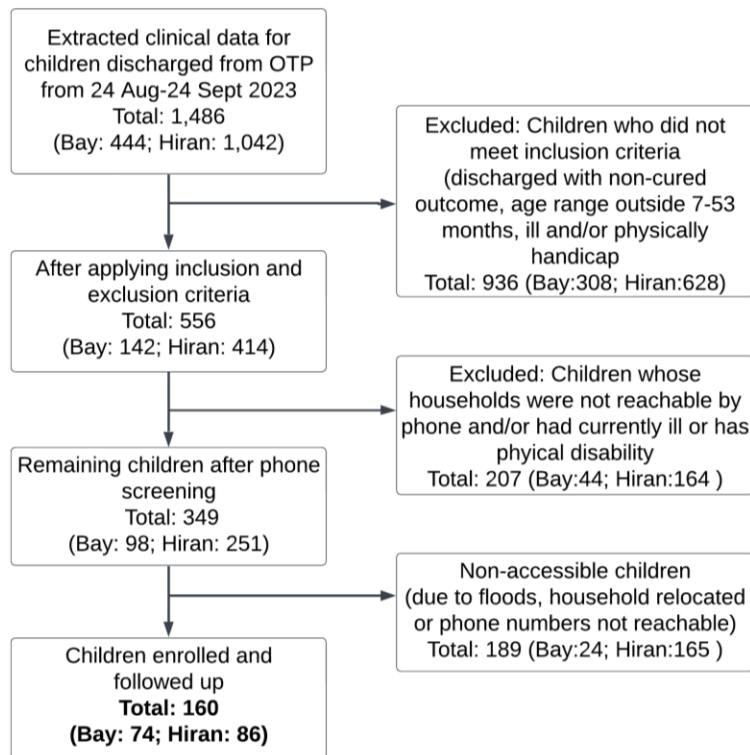


Résultats de la sous-étude sur les rechutes

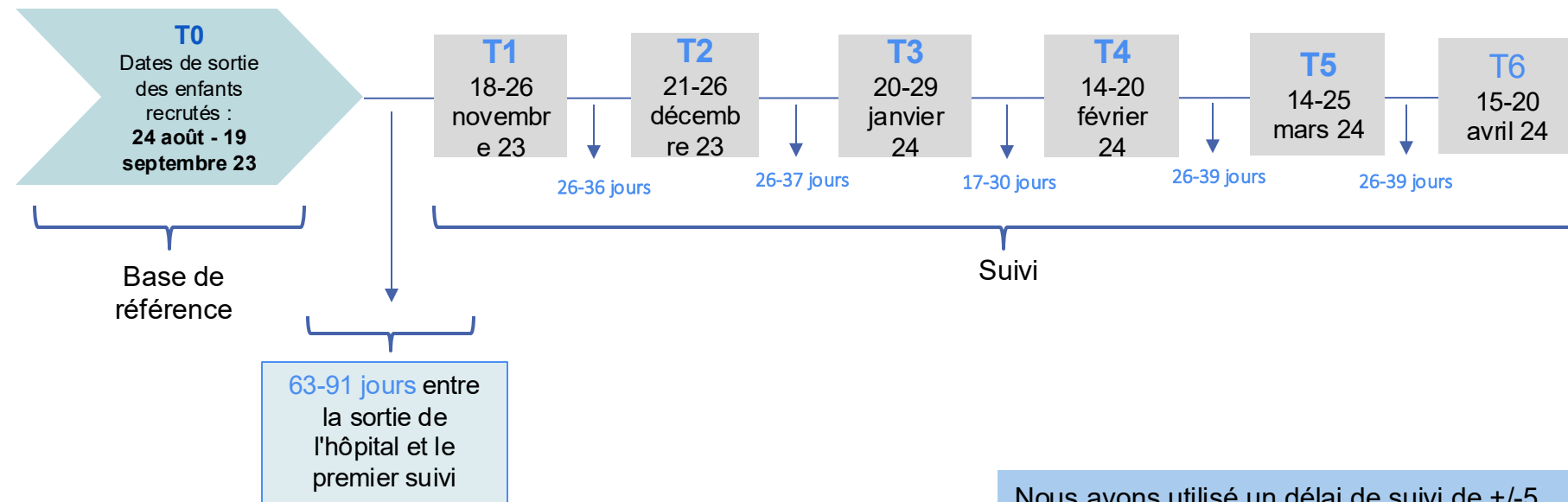


Objectifs

1. Estimer les taux cumulés de rechute après le traitement de la MAS et de la MAM chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, chaque mois pendant 6 mois après la sortie de l'hôpital.
2. Identifier les facteurs associés à la rechute au niveau de l'enfant et du ménage.



Calendrier de la collecte des données



Approche de l'analyse des rechutes

Catégories d'enfants à la sortie

Échantillon : N 160

L'émaciation par WHZ

Normal	108 (67.5%)
MAM	26 (16.2%)
SAM	26 (16.2%)

L'émaciation par le MUAC

Normal	22 (13.8%)
MAM	138 (86.2%)

NOTE :

1. Le transfert programmé des critères d'OTP vers TSFP est à MUAC $\geq 11,5$ cm
2. Par WHZ, 26 enfants sont dans la catégorie SAM. Ces enfants ont été exclus de l'analyse.

COHORTES D'ANALYSE

1. **COHORT 1** : Cohorte normale + MAM (n=108+26=134) suivie pour **SAM** en utilisant WHZ (WHZ -3 SD) (**ROUGE**)
2. **COHORT 2** : Cohorte normale + MAM (n=22+138= 160) suivie pour **SAM** en utilisant MUAC (**VERT**)
3. **COHORT 3** : Cohorte normale (n=108) suivie pour **MAM** en utilisant WHZ (**BLEU**)

Taux de rechute (incidence et cumulatif)

	Time	Taux de rechute		IC À 95
		Incidence	cumulatif	
COHORT 1				
Suivi de la MAS par le WHZ (n= 134)	T1 (2 mois)	5.2%	5.2%	0.0253 0.1064
	T2 (3 mois)	9.1%	14.3%	0.0938 0.2153
	T3 (4 mois)	6.1%	20.4%	0.1446 0.2831
	T4 (5 mois)	1.6%	22.0%	0.1580 0.3002
	T5 (6 mois)	0.7%	22.7%	0.1648 0.3089
	T6 (7 mois)	3.3%	26.0%	0.1934 0.3449
COHORT 2				
Suivi de la MAS par le MUAC (n= 160)	T1 (2 mois)	8.8%	8.8%	0.0528 0.1433
	T2 (3 mois)	2.5%	11.3%	0.0725 0.1729
	T3 (4 mois)	1.2%	12.5%	0.0827 0.1875
	T4 (5 mois)	0.0%	12.5%	0.0827 0.1875
	T5 (6 mois)	0.7%	13.2%	0.0880 0.1949
	T6 (7 mois)	0.0%	13.2%	0.0880 0.1949
COHORT 3				
Suivi de la MAM par le WHZ (n=108) (>=-3 &<-2 SD)	T1 (2 mois)	26.9%	26.9%	0.1950 0.3628
	T2 (3 mois)	9.3%	36.2%	0.2795 0.4607
	T3 (4 mois)	2.9%	39.1%	0.3059 0.4899
	T4 (5 mois)	4.9%	44.0%	0.3518 0.5395
	T5 (6 mois)	4.0%	48.0%	0.3892 0.5785
	T6 (7 mois)	2.1%	50.1%	0.4097 0.6001

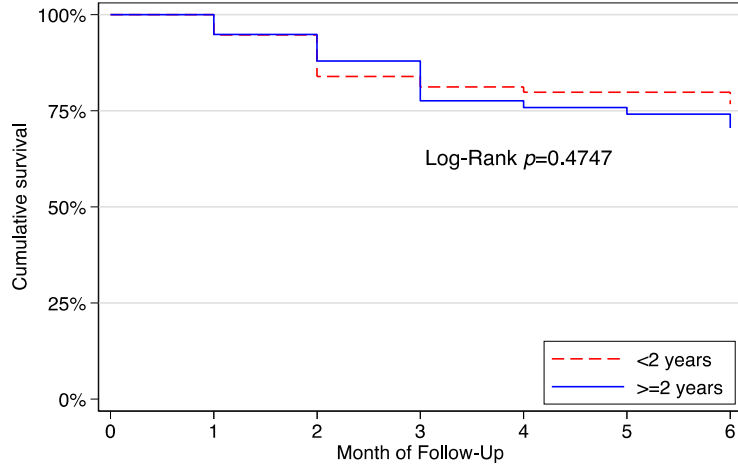
Résumé

- Le taux de rechute MAS est de 26% 7 mois après la sortie de l'OTP.
- Le taux de rechute de la MAM est de 50 %.



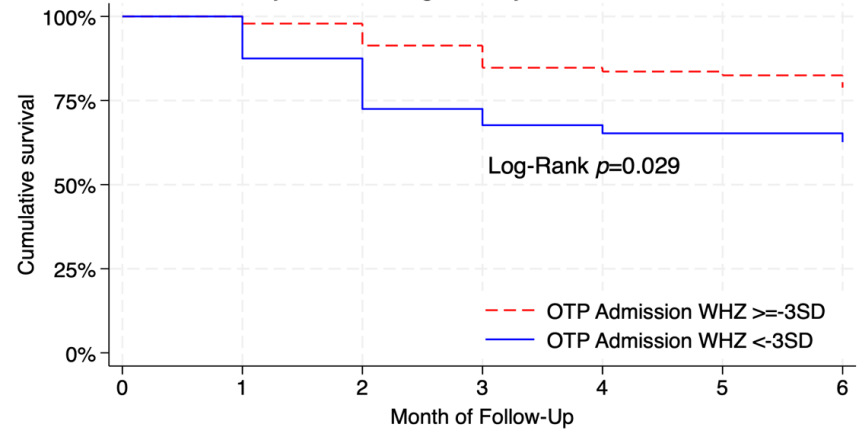
Estimations de la rechute à l'émaciation de la MAS après la sortie de l'OTP (CRENAS): Selon l'âge et la sévérité du WHZ

Survival Estimates of SAM Wasting Following OTP Discharge
By Age at Discharge



Number at risk		0	1	2	3	4	5	6
<2 years	76	76	70	62	58	57	52	
>=2 years	58	58	55	51	45	44	41	

Survival Estimates of SAM Wasting Following OTP Discharge
By WHZ Wasting Severity at Admission



Number at risk		0	1	2	3	4	5	6
OTP Admission WHZ $\geq -3SD$	94	94	90	83	75	74	68	
OTP Admission WHZ $< -3SD$	40	40	35	30	28	27	25	

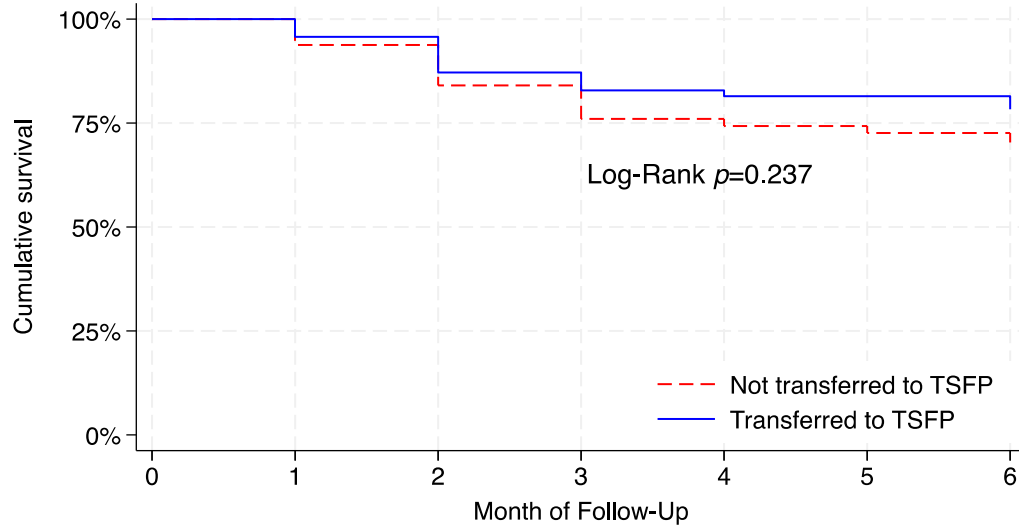


Estimations de la rechute à l'émaciation de la MAS après la sortie de l'OTP :

Par transfert de l'OTP au TSFP

Survival Estimates of SAM Wasting Following OTP Discharge

By Transfer from OTP to TSFP



Number at risk		0	1	2	3	4	5	6
Not transferred to TSFP	64	64	58	52	45	44	41	
Transferred to TSFP	70	70	67	61	58	57	52	



Facteurs de risque de la rechute

Relapse Factors	Unadjusted		Adjusted+	
	Risk ratio (95% CI)	p-value	Risk ratio (95% CI)	p-value
Admission factors				
Anthropometric at Admission				
WHZ < -3	2.05 (1.04-4.03)	0.029	2.22 (1.04-4.72)	0.039
MUAC < 11.5 cm	1.25 (0.52-3.03)	0.603	1.86 (0.63-5.48)	0.262
HAZ < -2	0.98 (0.49-1.95)	0.946	1.09 (0.51-2.32)	0.831
Length of Stay in OTP, days	1.02 (1.00-1.03)	0.021	1.02 (1.00-1.04)	0.027
Maternal characteristics				
Mother age (continuous)	1.02 (0.95-1.10)	0.560	1.03 (0.95-1.12)	0.455
Formal education	0.85 (0.16-4.36)	0.838	0.80 (0.15-4.19)	0.796
Mother is head of household	0.56 (0.12-2.48)	0.424	0.43 (0.09-2.03)	0.285
Mother is decision maker on income	0.65 (0.13-3.36)	0.597	0.58 (0.11-3.06)	0.517
Mother is decision maker on healthcare	0.74 (0.14-3.82)	0.712	0.76 (0.14-4.03)	0.750
Mother weight (continuous)	0.99 (0.97-1.02)	0.733	0.99 (0.97-1.02)	0.727
Mother MUAC measurement (continuous)	0.98 (0.90-1.07)	0.602	0.97 (0.89-1.06)	0.532
Maternal wasting, MUAC <23 cm	1.20 (0.53-2.72)	0.645	1.25 (0.55-2.83)	0.600

+ Ajusté en fonction de l'âge de l'enfant, du sexe, de la liveness zone et du temps écoulé avant la rechute



Facteurs de risque de la rechute

Relapse Factors	Unadjusted		Adjusted+	
	Risk ratio (95% CI)	p-value	Risk ratio (95% CI)	p-value
<i>Child feeding indicators</i>				
Acceptable FCS	0.52 (0.10-2.67)	0.413	0.54 (0.10-2.95)	0.474
<i>Child vaccination & illness history</i>				
Ever received a vaccination	0.87 (0.10-7.24)	0.897	0.93 (0.09-9.58)	0.949
Child was ill 2 weeks prior to survey	1.15 (0.56-2.38)	0.688	1.21 (0.58-2.51)	0.608
Child had access to care when ill				
Immediately (in the last 2 weeks)	0.65 (0.33-1.29)	0.201	0.65 (0.33-1.30)	0.224
Immediately (in the last 6 month)	0.95 (0.19-4.92)	0.954	1.20 (0.22-6.54)	0.835
Child was admitted in wasting program (in the last 12 months)-other than the last admission	0.63 (0.14-2.80)	0.528	0.53 (0.10-2.69)	0.443
<i>Child household and environment</i>				
Household was affected by a recent flooding	1.43 (0.58-3.56)	0.421	2.05 (0.69-6.07)	0.196
Received BHA cash assistance	0.52 (0.26-1.02)	0.044	0.44 (0.22-0.90)	0.025
Crowded Household (≥ 5 people)	1.49 (0.29-7.67)	0.625	1.56 (0.30-8.12)	0.594
Household with ≥3 U5 children	2.24 (0.50-10.00)	0.267	2.12 (0.47-9.54)	0.329
Uses improved toilet	1.40 (0.17-11.64)	0.748	1.66 (0.18-15.09)	0.653
Uses improved drinking water source	1.34 (0.16-11.13)	0.780	1.29 (0.15-11.36)	0.816
Lacked access to sufficient quantity of drinking water in last 30 days (≥ 2 times)	1.27 (0.28-5.66)	0.750	1.32 (0.28-6.14)	0.724
Have access to handwashing facility	0.95 (0.11-7.90)	0.961	0.76 (0.08-7.06)	0.810

+ Ajusté en fonction de l'âge de l'enfant, du sexe, de la liveness zone et du temps écoulé avant la rechute

Résumé

- LoS plus longue et WHZ faible à l'admission sont des prédicteurs statistiquement significatifs d'un risque plus élevé de rechute
- Le programme BHA est protecteur

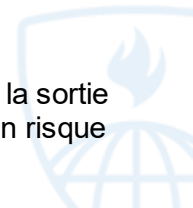


Résumé et prochaines étapes



Synthèse générale - Principaux enseignements

1. **Principaux résultats** : Le bras 2 (argent + SBCC) a été le plus efficace pour réduire la prévalence et l'incidence de l'émaciation chez l'enfant.
2. **Qualitatifs** : Les résultats qualitatifs permettent d'expliquer et de contextualiser les résultats quantitatifs et donnent un aperçu des différents niveaux de l'UNICEF Framework.
3. **Rapport coût-efficacité** : Le bras 2 (argent + SBCC) a été rentable par rapport au bras 1, tandis que le bras 3 ne l'a pas été. Le coût supplémentaire de la composante SBCC du bras 2 n'était que de 1 \$ par foyer/mois.
4. **Facteurs déterminants dans l'ensemble des groupes d'intervention** : Les facteurs déterminants dans l'ensemble des groupes d'intervention aident à expliquer les principaux résultats liés à l'émaciation. Par exemple, le groupe 3 n'a pas atteint les mêmes améliorations en matière de sécurité alimentaire des ménages au fil du temps. Cela renforce l'importance de la combinaison du transfert monétaire et de la communication pour le changement social et comportemental (Cash + SBCC) dans la réduction de la prévalence et de l'incidence de l'émaciation chez l'enfant.
5. **Concordance** : L'utilisation de seuils MUAC spécifiques à l'âge ou MUACZ peut être un moyen pratique de dépister avec précision et d'orienter vers un traitement les enfants les plus émaciés lorsqu'il n'est pas possible de mesurer le poids par rapport à la taille de l'enfant.
6. **La rechute** : Les enfants rechutent. Le taux de rechute des MAS est de 26 % et celui des MAM de 50 % sept mois après la sortie de l'OTP. Une durée du traitement plus longue et une WHZ faible à l'admission sont des facteurs prédictifs significatifs d'un risque plus élevé de rechute. Les programmes de subsistance, par exemple le programme BHA, protègent.



Prochaines étapes - Des résultats à l'action

- ▶ Activités de diffusion à l'échelle nationale prévues - T2 2025
 - ▶ Décideurs politiques, donateurs, responsables de la mise en œuvre
 - ▶ Discuter des recommandations et des priorités politiques dans le contexte somalien
 - ▶ Informer les prochains documents politiques et stratégiques sur la prévention de la MAS et de la MAM (+ rechute)
- ▶ Les conclusions de ces études peuvent être largement utilisées au-delà du contexte somalien, dans d'autres contextes humanitaires par le monde universitaire, les groupes d'orientation, les groupes techniques sur la protection sociale et financière, les groupes sectoriels sur la sécurité alimentaire et la nutrition, l'IPC.



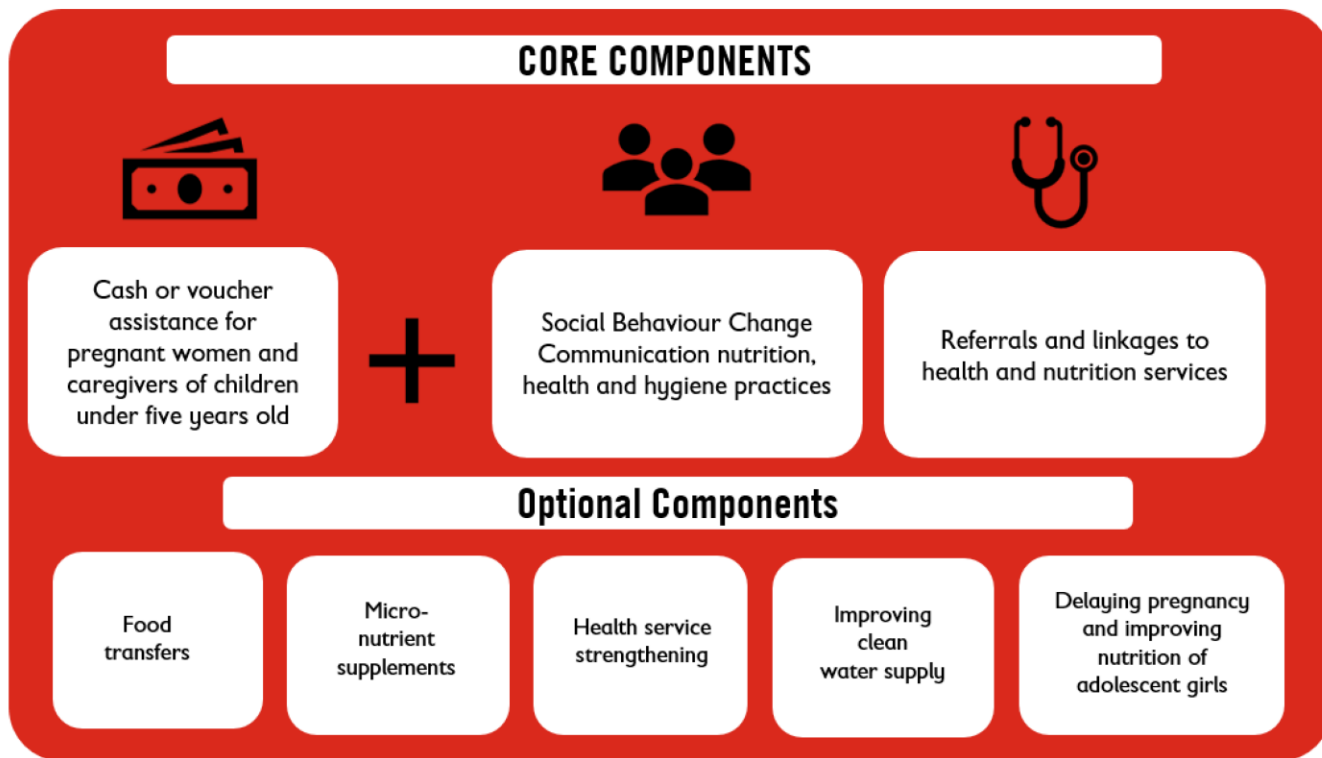
SESSION 2 :

**Enseignements
tirés de la mise
en œuvre du
programme
“Cash Plus en
nutrition”.**



**Yusuf Mahdi, spécialiste en nutrition
Isaq Dahir, spécialiste de la protection sociale
Save The Children -SOMALIE**

Ressourcer les familles pour une meilleure nutrition



Objectif : Améliorer les résultats nutritionnels des mères et des enfants grâce à l'argent et à la SBCC pendant le cycle du projet.

Mise en œuvre du volet du programme SBCC

Couverture des sites :
L'intervention a été menée sur **11 sites** dans les deux régions cibles.

Groupes de soutien créés : Au total, **44 groupes de soutien de mère à mère** ont été créés dans les localités ciblées.

Structure du groupe : chaque groupe était composé de **12 mères**, avec une **mère chef de file** qui supervisait le groupe.

Bénéficiaires : Le programme a touché un total de **534 mères**.

Fréquence des sessions :
Séances hebdomadaires de **45 minutes** dans un lieu qui convient aux participants.

Soutien technique : Chaque mère responsable a reçu une formation spécifique et chaque groupe a également été assisté par un **promoteur de l'ANJE formé à cet effet**.

Messages clés et durée : Les groupes ont reçu **12 messages clés** sur une **période de 12 semaines**.

Doublement du groupe M2MSG : Après le cycle initial de trois mois, **chaque mère a participé à un deuxième cycle de 12 semaines de la M2MSG** afin de renforcer l'apprentissage et d'approfondir leur compréhension.

Supervision régulière : la participation des mères a été contrôlée afin de s'assurer qu'elles participent pleinement à toutes les séances.

Strengthening IYCF Practices: Integrated Strategy



Awareness & Attitude: Heightened awareness of proper nutrition and its health impact through strategic messaging and education. Positive shift in attitudes toward optimal IYCF practices, health-seeking behaviors, and healthy eating by challenging cultural beliefs and reshaping social norms.

Access & Action: Improved access to nutritious, age-appropriate, locally available, and affordable foods through Cash support. Mothers are empowered with knowledge, creative recipe ideas, and practical food preparation skills.

Strategic Approaches: Community mobilization through leaders and influencers; context-specific SBCC to promote feeding, hygiene, and healthcare practices; caregiver and health worker training; integration into health and social services; and policy support for sustainable scale-up.

Activités du SBCC

SBCC Activities



Visites à domicile auprès de l'approche des 1 000 jours

Groupes de soutien de mère à mère (M2MSG)

Groupes de soutien de père à père (F2FSG)

Une séance/semaine, quatre séances/mois

12 sessions tout au long du programme pendant 3 mois

Démonstrations culinaires avec les mères

Séances communautaires avec les maris et les grands-mères

Mobilisation des autorités locales et du système de santé

Sensibilisation aux comportements de recherche de santé

Mobilisation des anciens de la communauté et des leaders d'opinion pour qu'ils participent aux activités de SBCC dans la communauté

Mobilisation et sensibilisation par le biais d'un système de messagerie mobile envoyé directement sur les téléphones des bénéficiaires



Session du MtMSG



FtFSG avec les dirigeants de la communauté



Conseil individuel en matière d'IYCF SMI.



Conseils de groupe sur l'IYCF à Baidoa, site de Hanano 2.

- SCI implemented CVA in Somalia for decades, building trust and understanding with communities
- SCI CVA Operational readiness capacity– SOPs, FRAs, Skilled staff, Partnership with MMOs, Presence across the country, coordination with CWGs and clusters.
- SCI Deep understanding of local context, culture, and needs shapes SCI's Cash program design and delivery
- Beneficiaries/communities are familiar with our Cash modality and delivery mechanism
- Engaging local leaders and community members in all stages promotes buy-in and accountability – helps acceptance, smoother implementation

Effective Cash Delivery in Somalia



- L'argent mobile a permis des décaissements efficaces de l'aide, rapidement, à grande échelle et de manière flexible
 - Transaction directe (pas besoin d'encaisser)
- Suivi du marché des denrées alimentaires et des aliments nutritifs pour contrôler l'adéquation de la valeur de transfert
- Une coordination étroite avec les équipes de nutrition permet d'améliorer l'efficacité et d'optimiser la rentabilité grâce au partage des ressources (personnel, logistique).
- Centrage sur le bénéficiaire - de la communication transparente et de la mobilisation des communautés à la prise de décision fondée sur des données et aux mécanismes de retour d'information réactifs.

Distribution efficace d'argent liquide en Somalie





**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

SESSION 3 : QUESTIONS ET RÉPONSES

Question sur la piscine

*Que pensez-vous maintenant de l'efficacité de l'argent liquide pour
prévenir la malnutrition ?*

Oui

Non

Pas sûr

Question sur la piscine

Comment utiliseriez-vous les résultats de cette recherche dans votre environnement ?

- Améliorer la conception des programmes*
- Renforcer la mise en œuvre*
- Intégrer à d'autres interventions*
- Soutenir les décisions de financement*
- Pour des recherches plus approfondies*
- Plaider en faveur d'un changement de politique*
- Adapter le système de protection sociale*

SESSION 4 :

Discussion avec les décideurs

Que signifie ce projet pour la programmation et les politiques futures en matière de CVA pour la nutrition ?

De Omer, Meftuh, responsable de la santé, de la nutrition et de l'hygiène, SC Somalie

- ❑ En 2025, environ 1,8 million d'enfants (âgés de 6 à 59 mois) devraient souffrir de malnutrition aiguë, dont : 479 000 enfants souffrant de MAS et 1 321 000 enfants souffrant de MAM.

La recherche met en évidence les principaux facteurs de malnutrition aiguë en Somalie

- ❑ Faibles précipitations ou régime pluviométrique irrégulier
- ❑ Sécheresse fréquente et inondations dues au changement climatique
- ❑ Conflits et insécurité entraînant des déplacements fréquents et la perte de la résilience acquise
- ❑ Prix élevés des denrées alimentaires/insécurité alimentaire élevée (accès, disponibilité, accessibilité financière et qualité)
- ❑ Charge de morbidité élevée et fermeture des services de santé et de nutrition
- ❑ Faible couverture des soins de santé primaires pour la mère et l'enfant (nutrition, vaccinations, continuum de soins maternels)
- ❑ Accès limité à l'eau potable, à l'assainissement et aux services d'hygiène
- ❑ Mauvaises pratiques en matière de ANJE
- ❑ Facteurs socio-économiques et environnementaux (pauvreté et possibilités de revenus limitées, inégalité des sexes affectant l'accès aux ressources, dégradation de l'environnement et changement climatique)

Qu'est-ce que ces données signifient pour la programmation future de SC Somalie ?

- L'argent offre de précieuses possibilités de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition aiguë lorsqu'il est correctement intégré aux stratégies de changement social et comportemental (SBC). Ces considérations doivent être prises en compte lors de la conception des projets, tant dans le contexte humanitaire que dans celui du développement.
- Le coût de l'intégration de la SBC est minime et renforce l'impact et le rapport coût-efficacité des programmes d'aide financière par rapport à l'aide financière seule pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition aiguë. Cette stratégie devrait être privilégiée dans les zones à forte charge de morbidité et pour amplifier l'impact.
- En outre, les recherches démontrent que la programmation intégrée de la nutrition, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), de la santé, de la protection et de l'argent liquide a un effet protecteur sur les enfants contre la malnutrition dans les situations humanitaires.
- En tant que pays, il est nécessaire d'élaborer des lignes directrices sur l'approche CASH plus SBC (notamment en ce qui concerne les composantes de la SBC, la superposition et l'ordonnancement des interventions de type "cash plus") qui puissent être facilement adoptées à grande échelle par le gouvernement et les partenaires. En tant que pays, aligner la programmation de l'aide financière à la nutrition sur les politiques nationales (comme la stratégie nutritionnelle multisectorielle de la Somalie).
- Les futurs programmes "Cash Plus pour la nutrition" en Somalie ne devraient pas se limiter à un simple transfert d'argent, mais devraient intégrer intentionnellement la SBC pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition, notamment en ce qui concerne l'alimentation, les soins et les comportements en matière de santé.
- Nous devons aborder la rechute de l'émaciation dans notre programme en identifiant les causes sous-jacentes et en mettant en place des modèles d'intervention préventive qui traitent ces causes et soutiennent la récupération des enfants sortis des programmes de traitement.

Le projet “**Cash Plus pour la nutrition**”, et plus particulièrement les **interventions “Cash Plus plus”** testées en Somalie, a des implications importantes pour les programmes et politiques futurs visant à lutter contre la malnutrition dans les contextes humanitaires.

Vers des interventions basées sur l'argent

Le succès des programmes Cash Plus dans l'amélioration des résultats nutritionnels suggère que les interventions basées sur l'argent peuvent être une alternative efficace ou un complément à l'assistance traditionnelle en nature. Cela permet aux bénéficiaires d'être plus autonomes dans l'achat de la nourriture et des services dont ils ont besoin

Élaboration de politiques fondées sur des données probantes

Le succès des interventions Cash Plus, fondées sur des recherches rigoureuses, encouragera l'adoption de politiques fondées sur des données probantes. Les décideurs politiques seront plus enclins à intégrer les transferts d'argent dans les programmes nationaux de nutrition en raison des données solides étayant leur efficacité dans l'amélioration de la diversité alimentaire et de la sécurité alimentaire.

Changement de politique à long terme

Cette recherche soutient le passage des modèles traditionnels d'aide alimentaire à des solutions plus durables et plus locales. Les gouvernements pourraient commencer à élaborer des stratégies nationales qui intègrent les transferts monétaires à d'autres interventions nutritionnelles afin d'améliorer les résultats en matière de santé.

L'argent seul ne suffit pas, la combinaison de la SBCC et de l'argent a des effets synergiques, des preuves solides dans différents contextes.

- Continuer à investir dans la production d'éléments probants sur le programme Cash+SBCC, car c'est rentable et efficace.
- Importance de l'accès et de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, mais ces programmes peuvent entraîner une augmentation de la demande de services de santé.
- Une exposition plus longue a un impact plus important : La durée du projet (au moins 6, 9, 12 mois) est essentielle pour améliorer les résultats (au-delà des effets saisonniers) et permettre des changements de comportement.
- Intérêt d'étudier les changements dans la prise de décision sur les dépenses lorsque la durée du projet est plus longue et d'explorer les liens avec la protection sociale
- Inclure une analyse de genre dans la conception du projet, car la dynamique de genre (c'est-à-dire l'accès et le contrôle des ressources, les tendances séculaires pour les mères, les comportements nutritionnels) peut constituer un obstacle important.
- SBCC : continuer à utiliser les plateformes existantes pour le SBCC dans un contexte humanitaire, afin de permettre un changement de comportement dans des délais limités ;
- SUR L'ARGENT : Fixation des montants des transferts - Équilibre entre la nécessité de combler le déficit d'accessibilité des régimes alimentaires nutritifs, la dynamique de genre, le contrôle de l'argent liquide et l'extensibilité.

- Le comité de surveillance poursuivra son partenariat fructueux avec des partenaires de recherche locaux tels que le ministère de la santé et le bureau national des statistiques, et internationaux tels que l'université JHU ;
- Un partenariat réussi avec les acteurs locaux facilite la présentation de la recherche aux communautés locales et aux parties prenantes, ainsi que la diffusion et l'utilisation de la recherche ;
- Investir davantage dans la recherche rigoureuse, malgré les défis et les imprévus.
- Le partenariat avec un institut de recherche mondial tel que le JHU garantit des méthodes rigoureuses, un soutien technique solide aux équipes nationales et une expérience de la gestion de la recherche permettant de surmonter les difficultés et d'assurer une mise en œuvre sans heurts ;
- Inclure un financement dédié à la composante recherche depuis la conception

De Kate Golden, Conseillère Senior en nutrition, Concern Membre du groupe de travail CVA, Global Nutrition Cluster

- **Met en évidence les facteurs complexes à l'origine de la malnutrition aigue des enfants:**
 - Beaucoup dépendent du contexte et de la saison;
 - Les TM peut aider à résoudre certains problèmes, mais pas tous;
- **Renforce le fait que les TM, si pas intégré, améliorent rarement la nutrition. → Il faut la composante additionnelle = dans le cas de la Somalie, c'est le changement social et comportemental**
- **Un étude similaire – a étudié l'utilisation des TM pour la Nutrition (Concern & UCL 2019) – mais avec des résultats différents:**
 - Les TM conditionnelle pour enregistrer l'enfant et accéder aux services de Santé;
 - **Pas d'impact sur l'état nutritionnel**
 - **Amélioration de Couverture vaccinale...** Peut-être en raison du fait que le personnel de santé a renforcé la conditionnalité lors de l'inscription de nouveaux enfants;
 - Les TM conditionnelle associée aux interventions de changement de comportement (SBCC), messages partagées surtout à travers les téléphones (sur forme de théâtre)
 - **Pas d'impact sur l'état nutritionnel**
 - L'utilisation des TM pour soutenir l'accès au traitement de la malnutrition nécessite de toute urgence d'apprentissage et des lignes directrices;
 - Plusieurs acteurs expérimentent cette approche comme option alternative au IN KIND, mais on dispose pas des preuves (expérience pas documentée)
- **Le PB basé sur l'âge pourrait offrir une solution pratique au dilemme WHZ vs PB. (exemple= Déplacement de planches de hauteur et d'échelles vers des zones éloignées)**

Priorité du
Groupe TM pour
la Nutrition

Lignes guide sur
comment utiliser les
SBCC liées aux TM –
disponible bientôt ...

Priorité pour le
secteur Nutrition:

Plus de recherches sur
la précision et la
faisabilité du PB basé
sur l'âge, différents
contextes



Comparaison de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des interventions Cash Plus dans la prévention de la malnutrition aiguë en Somalie RESOURCES CLES

Présentation du projet de recherche:

[Comparing Effectiveness and Cost Effectiveness of Cash Plus SBCC in Somalia](#)

Articles sur La recherche en version pré-impression:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.21.25322679v1>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.21.25322675v1>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.19.25322555v1>

Model de mise en oeuvre: L'approche commune « Ressourcer les familles pour une meilleure nutrition »

Brochure:

<https://resourcecentre.savethechildren.net/document/resourcing-families-better-nutrition-common-approach>

Outils de suivi evaluation et Projet Pilot de l'approche commune dans l'humanitaire

<https://www.informedinternational.org/rf4bn-meal>

Prochaines étapes et clôture !

Vous recherchez un soutien dans le domaine de la nutrition en situation d'urgence ?

	Type de soutien nécessaire	Fournisseur
1	Je souhaite bénéficier d'une assistance technique à distance ou dans le pays	GNC
2	Je souhaite engager directement un consultant	GNC
3	J'ai besoin d'un avis technique rapide	GNC
4	Je souhaite bénéficier du soutien de mes pairs	www.en-net.org

Visitez [: https://nutritioncluster.net/](https://nutritioncluster.net/) pour demander de l'aide ou scannez le code QR



Comment accéder au soutien

Request support on coordination, information management, integration for nutrition outcomes or technical nutrition in emergencies assistance.

[Request Support](#)



[About Us](#) - [Strategic Priorities](#) - [Where We Work](#) - [Capacity Strengthening](#) - [Resources](#) - [News And Events](#) -



[GNC CT](#) [Global Partners](#) [SAG](#) [RRT](#)



About us



nutritioncluster.net

Veillez remplir la brève évaluation du webinaire
cela prendra moins de 5 minutes
(il apparaîtra lorsque vous fermerez le webinaire)