

# Test-pilote pour des Directives sur l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition

Le jeudi 18 juin 2020





1. Processus pour le développement des directives
2. Le but et les étapes des directives
3. Liste des indicateurs
4. Analyse de la situation nutritionnelle
5. Calculs PiN (nombre de personnes en besoin)
6. Questions et réponses
7. Prochaines étapes

# Processus de développement

- Groupe de travail dans le cadre du Groupe de travail thématique mondial sur les systèmes d'information nutritionnelle créé en octobre 2019
- Le travail a commencé en janvier jusqu'à fin mai 2020
- Processus consultatif fondé sur des recommandations pour l'analyse et la préparation des besoins des ABH (HNO)





## Ces directives n'ont pas pour objectif

- D'incorporer les considérations du Cadre d'analyse intersectorielle (JIAF en anglais) — un addendum sera préparé une fois que la méthodologie de la JIAF sera prête.
- D'être **complet/normatif** avec ses trois scénarios ni sur la liste d'indicateurs clés particulièrement en compte tenu de la pandémie COVID-19

## Ces directives visent à

- Fournir une orientation étape par étape pour orienter les discussions et **l'établissement d'un consensus** sur l'analyse de la situation nutritionnelle et des besoins nutritionnels
- Être **itératif** car les versions ultérieures seront préparées une fois qu'il sera mis à l'essai ou que de nouvelles lignes directrices auront été publiées
- Assurer une réponse **collective** fondée sur des données de qualité et axée sur les résultats

# Étapes de ces directives

Élaborer un plan annuel d'enquêtes nutritionnelles



Effectuer une analyse de la situation nutritionnelle



Préparer des chiffres clés pour le HNO et le HRP

- Dirigé par le NIS TWG ou son équivalent dans le pays
- Considérations clés (par exemple la saisonnalité) et la fiabilité de la collecte de données

## Approche basée sur des scénarios:

1. Situations où une analyse de malnutrition aiguë d'IPC (Cadre intégré de classification) peut être menée/utilisée;
2. Situations où une analyse de malnutrition aiguë d'IPC ne peut pas être menée et la MAG chez les enfants de moins de 5 ans est une préoccupation primordiale (c.-à-d. d'une prévalence  $\geq 5\%$ )
3. Situations où la MAG chez les enfants de moins de 5 ans est  $< 5\%$

# Liste recommandée d'indicateurs « clés »



- Pour les caractéristiques de phase et les seuils des normes internationales pour la MAG et ses facteurs contributifs
- Destinée à **standardiser** le processus d'analyse et à ne pas dépasser la longue liste d'indicateurs qui peuvent être utilisés à des fins de programmation ou de surveillance

Category	Alignment with IPC AMN framework	Core Nutrition Indicators to guide response planning	Humanitarian Consequence		Severity Scale based on IPC/OCHA phases					Sources used for the thresholds	
			US GAM ≥5% (Scenarios 1 and 2)	US GAM < 5% (Scenario 3)	Phase 1 Acceptable / Minimal	Phase 2 Alert/ Stress	Phase 3 Serious/ Severe	Phase 4 Critical/ Extreme	Phase 5 Extremely Critical/ Catastrophic		
Nutrition outcomes	Acute and chronic malnutrition	Prevalence of GAM based on WHZ<-2 and/or bilateral pitting oedema among children 0-59 months (if no data, use 6-59 months)	Physical and Mental Well-being		<5%	5-9.9%	10-14.9%	15-29.9%	≥30%	IPC Global Partners (2019) <a href="#">Integrated Food Security Phase Classification Technical Manual Version 3.0</a>	
		Prevalence of GAM based on MUAC <sup>a</sup> <125mm and/or bilateral pitting oedema among children 6-59 months	Physical and Mental Well-being		<5%		5%-9.9%		≥15%		Preliminary thresholds suggested by IPC Global Partners (2016) <a href="#">Integrated Food Security Phase Classification Technical Manual Version 3.0</a>
							10%-14.9%				
Prevalence of GAM based on MUAC<210-230mm (depending on the country's guidelines) among PLW	Physical and Mental Well-being		<12.6%	12.6-19.9%	20-24.9%	25-34.9%	≥35%	Preliminary thresholds based on Somalia's Food Security and Nutrition Analysis Unit (FSNAU)			
Prevalence of stunting based on HAZ <-2 among children 0-5	Living Standards	Physical and Mental Well-being	<2.5%	2.5-9.9%	10-19.9%	20-29.9%	≥30%	De Onis et al (2018) <a href="#">Prevalence thresholds for wasting, overweight, and stunting in children under 5 years</a>			

# Aperçu des indicateurs « clés »

Comprend également des indicateurs de:

- AEPAH (WASH)
- Vaccination
- État de santé
- Disponibilité et accès aux services de santé
- Consommation alimentaire

Category	Alignment with IPC AMN framework	Outcome Indicator Name/label
Primary Outcomes	Acute and chronic malnutrition	Prevalence of Global Acute Malnutrition (GAM) based on weight for height Z-score (WHZ)<-2 and/or bilateral pitting oedema among children 0-59 months (if no data, use 6-59 months)
		Prevalence of Global Acute Malnutrition (GAM) based on Mid-Upper Arm Circumference (MUAC) <125mm and/or bilateral pitting oedema among children 6-59 months
		Prevalence of Global Acute Malnutrition (GAM) based on Mid-Upper Arm Circumference (MUAC)<210-230 (depending on the contexts) and/or bilateral pitting oedema among PLW
		Prevalence of stunting based on height-for-age Z-score (HAZ)<-2 among children 0-59 months
Contextual Factors*	Other causes	Prevalence of overweight based on weight for height Z-score (WHZ)>2 among children 0-59 months
	Acute malnutrition	Prevalence of Global Acute Malnutrition (GAM) based on Mid-Upper Arm Circumference (MUAC)<210mm among Older People
*optional depending on the humanitarian situation		Micronutrient deficiencies
	Prevalence of anemia Hb <11g/dl in children 6-59 months	
	Mortality indicators	Prevalence of anemia Hb <11g/dl in pregnant women
		Crude Death/Mortality Rate (deaths/ 10,000 persons/ day)
Key Contributing Factors	Immediate causes (Food consumption)	Under-five Death/Mortality Rate (deaths/ 10,000 children U5/ day)
		Minimum Dietary Diversity in children 6 to 23 months
	Underlying causes (Caring and feeding practices)	Minimum Acceptable Diet in children 6 to 23 months*
		*Requires Minimum Meal Frequency in children 6-23 months to be derived
		Exclusive breastfeeding for infants 0-5 months
		Infants 0-5 months that are not breastfed who have access to Breast Milk Substitutes (BMS) supplies and support in line with the Code and the IFE OG standards and recommendations
		Infants 6-11 months that are not breastfed who have access to Breast Milk Substitutes (BMS) supplies and support in line with the Code and the IFE OG standards and recommendations



## Prévalence de la MAG $\geq 5\%$ chez les enfants de moins de 5 ans

Idéalement utiliser l'analyse d'IPC, sinon:

- **Classification de la sévérité** utiliser la MAG chez les enfants de moins de 5 ans basé sur le PTZ (comme des seuils sont fournis)
  - Si ceci n'est pas disponible, utiliser la MAG chez les enfants de moins de 5 ans basée sur le PB
    - Si ceci n'est pas disponible, utiliser la MAG chez les femmes enceintes et allaitantes basée sur le PB
- Analyse qualitative des facteurs contributifs

## Prévalence de la MAG $< 5\%$ chez les enfants de moins de 5 ans

- **Classification de la sévérité** utiliser un *système de notation* sur la base de 10 indicateurs qui tiennent compte à la fois de la vulnérabilité des groupes cibles et de la fiabilité des indicateurs
- Analyse qualitative des facteurs contributifs

Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5	No data
Acceptable/ Minimal	Alert/ Stress	Serious/ Severe	Critical/ Extreme	Extremely Critical/ Catastrophic	
No contributing factor	Minor contributing factor	Major contributing factor	Critical contributing factor		



# Préparer des chiffres clés pour le HNO et le HRP

Identification du **nombre de personnes en besoin (PiN)** pour chaque besoin nutritionnel spécifique dans chaque zone géographique en fonction de l'analyse de la situation selon les données/informations.

Un **sous-ensemble minimum** d'interventions clés spécifiques à la nutrition:

Sous-nutrition aiguë et  
chronique, surnutrition

Pratiques d'alimentation des  
nourrissons et des jeunes enfants

Carences en micronutriments

Nutritional need (Essential Nutrition Actions)	Alignment with a <u>subset of High Impact Nutrition Interventions</u>	Potential population groups to include	<u>(Core)</u> Indicators and key considerations	PiN Calculation formulas
	Nutrition Screening and referral	<ul style="list-style-type: none"> <li>-All children U5</li> <li>-PLW</li> <li>-Adolescents</li> <li>-Older people<sup>20</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Number of U5 children to be screened for malnutrition</li> <li>• Number of PLW to be screened for malnutrition</li> <li>• Number of Adolescents to be screened for malnutrition</li> <li>• Number of Older People to be screened for malnutrition</li> </ul> <p>100% of the estimated children should be targeted for screening.</p> <p>Where a nutrition program already <u>exists</u> and data is available from last year to define the proportion of population for each group in the area of intervention</p>	<p>Number of children to be screened for malnutrition (disaggregated by sex and disability when available) = <i>Population figures from "Affected" areas x % of children U5</i></p> <p>Number of PLW to be screened for malnutrition = <i>Population figures from "Affected" areas x % of PLW</i></p> <p>Number of Adolescents to be screened for malnutrition (disaggregated by sex and disability when available) = <i>Population figures from "Affected" areas x % of Adolescents</i></p> <p>Number of Older People to be screened for malnutrition (disaggregated by sex and disability when available) = <i>Population figures from "Affected" areas x % of Older People</i></p>
<b>Acute Malnutrition (AMN)</b> (Management of Wasting)	Inpatient management of SAM (Stabilization centres -SC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-All infants below 6 months of age with SAM</li> <li>-At high risk mother/infant pairs</li> <li>-Girls and boys between 6 and 59 months of age who have severe bilateral pitting oedema (+++) or severe acute malnutrition with medical complications</li> <li>-PLW with SAM and medical complications</li> </ul> <p><i>If relevant:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Older women and men with SAM</li> <li>-Adolescent girls and boys with SAM and medical complications</li> </ul> <p><i>For behaviour changes activities: Caretaker benefiting from communication for development (behaviour changes) activities at facility level should be included. Estimates of one caretaker per child (the child admitted for SAM treatment either as inpatient SC or CMAM)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Prevalence of cSAM in U5 children (if not available, then use 6-59 months)</u></li> <li>• <u>Prevalence of SAM in children 0-59 months based on WHZ and/or bilateral pitting oedema (if not available, then use 6-59 months)</u></li> <li>• <u>Prevalence of SAM in children 6-59 months based on MUAC and/or bilateral pitting oedema</u></li> <li>• Prevalence of SAM in Older People based on MUAC</li> <li>• Prevalence of SAM in Adolescents based on BMI-for-Age</li> </ul> <p>If the GAM rate is known but the SAM prevalence is not known, consider using on average an estimate of 20% of GAM patients are suffering from SAM.</p> <p>On average, a 5-20% of children with SAM are expected to be referred to inpatient treatment. This proportion will depend on the status of the CMAM program.</p>	<p>Number of SAM U5 children in need<sup>21</sup> (disaggregated by sex and disability when available) = <u>cSAM prevalence</u> x <i>population of U5 x k (SAM incident factor)</i></p> <p>Number of SAM U5 in need of Inpatient Treatment<sup>ibid</sup> (disaggregated by sex and disability when available) = <u>Number of SAM cases (based on cSAM by default)</u> x <i>Expected proportion of SAM cases for Inpatient treatment</i></p> <p>Number of Older People in nutritional need (disaggregated by sex and disability when available) = <i>SAM prevalence based on MUAC x population of Older People</i></p> <p>Number of Adolescents in nutritional need (disaggregated by sex and disability when available) = <i>SAM prevalence based on BMI-for-Age x population of Adolescents</i></p>



Élaborer un plan annuel d'enquêtes nutritionnelles



Effectuer une analyse de la situation nutritionnelle



Préparer des chiffres clés pour le HNO et le HRP

- Registre des indicateurs
- Seuils de classification

- Base de données avec leur fiabilité
- Composition de l'équipe d'analyse
- Scénario 2 Analyse nutritionnelle et facteurs contributifs
- Scénario 3 Analyse nutritionnelle et facteurs contributifs

- Chiffres de la population désagrégés par sexe et catégorie d'âge
- Feuilles de **calculs automatiques** pour les PiN

# Questions et réponses



# Prochaines étapes concernant ces directives



**Pour toute question, veuillez me contacter à:**

**[vsauveplane@unicef.org](mailto:vsauveplane@unicef.org)**