



DIRECTIVES POUR L'ANALYSE DES BESOINS HUMANITAIRES EN MATIÈRE DE NUTRITION

Étapes à suivre pour réaliser une analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition

L'objectif de ces directives itératives est de décrire les étapes (résumées par la figure 1 ci-dessous) à suivre pour effectuer une analyse de la situation nutritionnelle, en identifiant les informations nécessaires pour la Synthèse des besoins humanitaires (HNO) qui sert à alimenter les plans de réponse et leurs mises à jour, que le système de Cluster de l'IASC ait été activé ou non. Cela comprend l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan annuel d'évaluation de la nutrition et une analyse de la situation nutritionnelle (ou son alignement avec les résultats de l'IPC sur la malnutrition aiguë (AMN)), ainsi que les principaux chiffres clés pour le HNO.

Figure 1. Aperçu des étapes à suivre pour réaliser une analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition

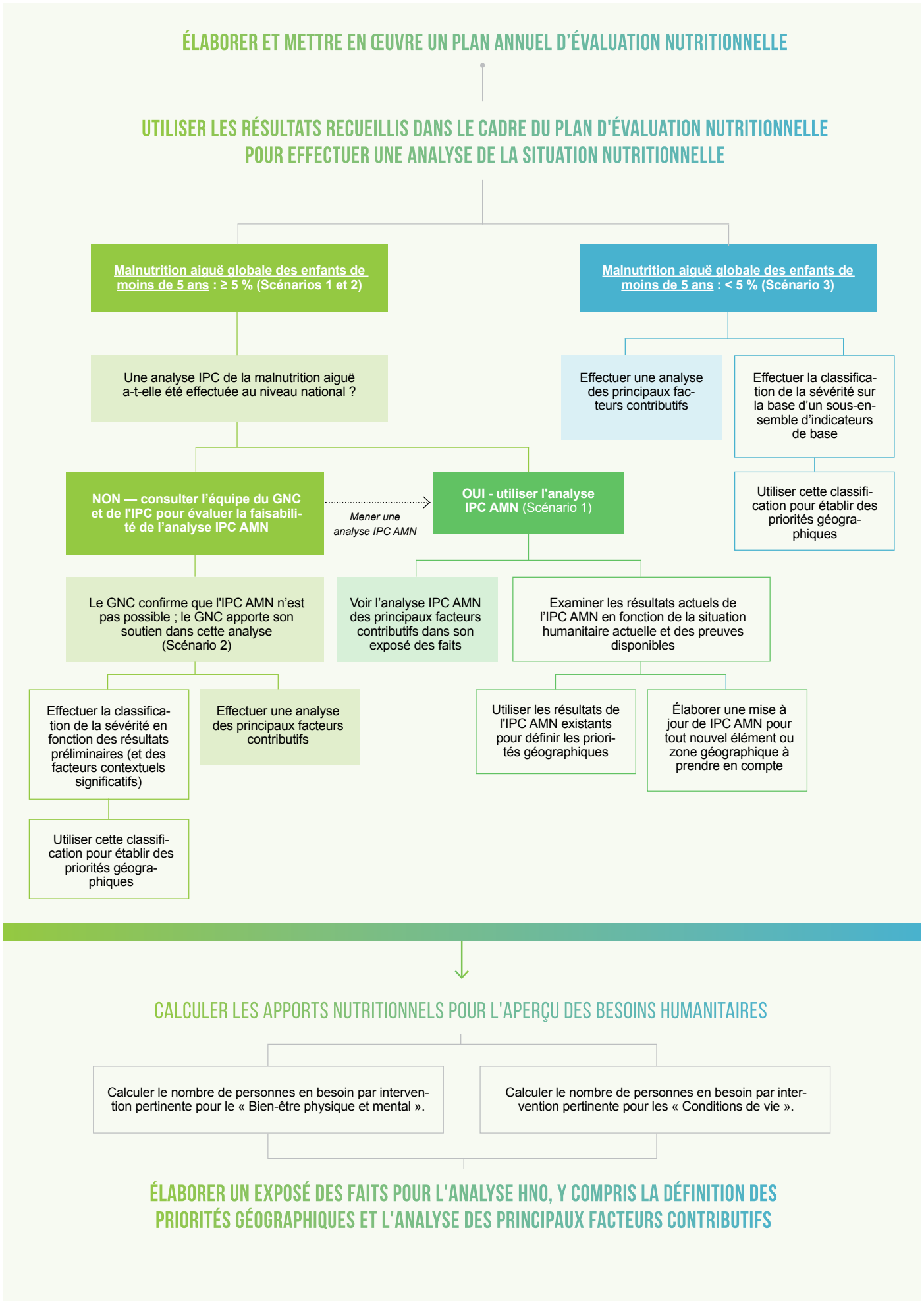


TABLE DES MATIÈRES

Étapes à suivre pour réaliser une analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition	01	<ul style="list-style-type: none"> • Calcul du PiN pour les Scénarios 1 et 2 • Calcul du PiN pour le Scénario 3 • Contributions au HRP • Conclusion 	41 41 42 43
Remerciements	04		
Limitations	04		
Abréviations	05	Références	43
Liste des Tableaux	06	<u>Annexe 1</u>	44
Liste des Figures	06	Principaux éléments du cadre analytique de la malnutrition aiguë	
Glossaire	07	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats • Facteurs contributifs ou déterminants 	45 45
Objectif, public et champ d'application	10	<u>Annexe 2</u>	46
1 Élaborer un plan annuel d'évaluation nutritionnelle	12	Considérations relatives au genre pour l'évaluation et l'analyse des besoins nutritionnels	
2 Effectuer une analyse de la situation nutritionnelle	16	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte d'information sur le genre pour guider la planification de la réponse humanitaire • Un pas de plus vers des interventions nutritionnelles transformatrices en matière de genre 	47 48
<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs nutritionnels « de base » recommandés pour la planification des réponses • <u>Scénario 1</u> Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est $\geq 5\%$ avec une analyse IPC existante de la malnutrition aiguë (AMN) • <u>Scénario 2</u> Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est $\geq 5\%$ et où aucune analyse IPC de l'AMN ne peut être effectuée • <u>Scénario 3</u> Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est $< 5\%$ 	18 27 27 29	<u>Annexe 3</u> Exemple d'un plan annuel d'évaluation nutritionnelle	49
		<u>Annexe 4</u> Terminologie clé de l'aperçu des besoins humanitaires et du plan de réponse	50
		<u>Annexe 5</u> Informations minimales requises pour la section Nutrition des HNO	52
3 Préparer les chiffres clés relatifs à la nutrition pour l'aperçu des besoins humanitaires et les plans de réponse ultérieurs (uniquement applicable aux clusters de l'IASC)	32		



REMERCIEMENTS

Ces directives ont été conçues par le Cluster Global de Nutrition (GNC) grâce à un financement de l'USAID (Attribution No 720FDZ201000019). Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID.

Le groupe de travail technique du GNC pour le HNO, créé dans le cadre du groupe de travail sur le système d'information nutritionnelle (du mécanisme mondial d'assistance technique) a supervisé la préparation de ce document, sous la direction de la coordinatrice adjointe du GNC, Anna Ziolkovska. Le GNC reconnaît la contribution technique de Victoria Sauveplane, qui a élaboré le projet initial. Nous remercions tout particulièrement les membres du groupe de travail technique : Alessandro Iellamo (Save the Children, Comité de pilotage IFE Core Group), Anna Ziolkovska (GNC-CT), Douglas Jayasekaran (IPC Global Support Unit), Gwenaëlle Garnier (WFP), Hassan Ali Ahmed (Action Contre la Faim Canada), Lilian Kastner (UNICEF), Louise Mwirigi (UNICEF), David Rizzi (GNC-CT), Shabib AlQobati (GNC-CT), et Yara Sfeir (GNC-CT) ; ainsi que le GTAM NISWG pour leur soutien dans l'identification des indicateurs de base : Alexandra Rutishauser-Perera (Action Against Hunger UK), Andi Kendle (IMC), Esther Busquet (IMC), Kerstin Hanson (WFP), Oleg Bilukha (CDC), Suzanne Brinkmann (IMC).

LIMITATIONS

Ces directives au niveau global représentent un document dynamique qui doit s'améliorer en incorporant les leçons apprises de son utilisation concernant l'Analyse des Besoins Humanitaires (HNO) en Nutrition. Il est important toutefois de bien circonscrire, dès le présent stade, certaines limites de ces directives : 1) il va de soi que des indicateurs clés du Tableau 1 empruntés à d'autres secteurs comme l'AEPAH, la Sécurité alimentaire ou la Santé devront être discutés avec les contreparties de ces secteurs avant leur inclusion finale dans les directives; 2) la proposition de notation mise en avant dans le Scénario 3 de l'analyse nutritionnelle ne reflète pas nécessairement les réalités du terrain avec son système de points (voir les détails en page 16) pour certains indicateurs clés montrant des seuils basés sur des simulations sommaires qui méritent d'être testées et améliorées précisément lors de leur utilisation; 3) le fait que certains pays adoptent la note et d'autres non, risque de limiter la comparabilité des résultats synthétiques obtenus.

Pour toute suggestions et recommandations quant à l'amélioration des directives présentes (qui en sont encore à un stade pilote), veuillez contacter l'équipe du GNC-CT.

ABRÉVIATIONS

4W	Who ?, What ?, Where ? and When ? (Qui ?, Quoi ?, Où ? et Quand ?)	cMAG	Malnutrition aiguë globale combinée (indicateur combiné de MAG basé sur le rapport P/T et de MAG basé sur le PB)
AMN	Malnutrition aiguë (acronyme en anglais)	MAG	Malnutrition aiguë globale
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	MAM	Malnutrition aiguë modérée
ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence	cMAS	Malnutrition aiguë sévère combinée (indicateur combiné de MAS basé sur le rapport P/T et de MAG basée sur le PB)
BSFP	Blanket Supplementary Feeding Programme (Programme d'alimentation complémentaire)	MAS	Malnutrition aiguë sévère
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centre de contrôle et de prévention des maladies)	MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête de cluster à indicateurs multiples)
ENA	Emergency Nutrition Assessment (software) (Logiciel d'évaluation de l'urgence nutritionnelle)	NCC	Nutrition Cluster Coordinator (Coordinateur du Cluster Nutrition)
ENAs	Actions Essentielles de Nutrition	NIE	Nutrition in Emergencies (Nutrition en situation d'urgence (NSU))
FA	Femmes allaitantes	NIS	Nutrition Information System (Système d'information nutritionnel)
FAP	Femmes en âge de procréer	NIS TWG	Nutrition Information System Technical Working Group (Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle)
FE	Femmes enceintes	OCHA	(Nations Unies) Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (BCAH)
FEFA	Femmes enceintes et allaitantes	ODD	Objectif pour le Développement Durable (SDG en anglais)
FEFA VIH	Femmes enceintes et allaitantes porteuses du VIH	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
GNC	Cluster Nutrition Global	OTP	Programme Thérapeutique Ambulatoire (PTA)
GNC-CT	Équipe cadre du Cluster Nutrition Global	PAM	Programme Alimentaire Mondial
GSU	Global Support Unit (Unité de soutien global)	PB	Périmètre brachial
GTAM	Global Technical Assistance Mechanism for Nutrition (Mécanisme Mondial d'Assistance Technique pour la Nutrition)	PCAM	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
HINI	Interventions de nutrition à fort impact	PIN	People in Need (Personnes en besoin)
HNO	Humanitarian Needs Overview (Synthèse des besoins humanitaires)	PTZ	Rapport poids/taille (P/T)
HRP	Humanitarian Response Plan (Plan de réponse humanitaire)	RUSF	Ready-to-Use Supplementary Food (Aliments complémentaires prêts à l'emploi)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent inter-institutionnel des Nations Unies)	RUTF	Ready-to-Use Supplementary Food (Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi)
IFE	Groupe d'experts pour la sensibilisation et les ressources en ANJE-E.	SADD	Données ventilées selon le sexe et l'âge (DVSA)
Core Group		SLM	Substitut du lait maternel
IDP	Internally Displaced Persons (Personnes déplacées internes)	SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Suivi et évaluation standardisée des urgences et transitions)
IMC	International Medical Corps	SRO	Sels pour la réhydratation orale
IMO	Information Management Officer (Chargé de la gestion de l'information)	TAZ	Rapport taille-pour-âge (T/A)
IPC	Integrated Food Security Phase classification (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire)	U2	Enfants âgés de moins de 2 ans
IPC AMN	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire pour la malnutrition aiguë (Integrated Food Security Phase Classification for Acute Malnutrition)	U5	Enfants de moins de 5 ans
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	UNICEF	United Nations Children's Fund
JIAF	Joint Inter-sectoral Analysis Framework (Cadre conjoint d'analyse intersectorielle)	VAD	Carence en vitamine A
		VBG	Violences basées sur le genre
		WASH	Water-supply, Sanitation and Hygiene (Approvisionnement en Eau Potable, Assainissement et Hygiène -AEPAH)

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1** Indicateurs nutritionnels de base pour l'analyse de la situation nutritionnelle
- Tableau 2** Définitions des catégories de données démographiques humanitaires
- Tableau 3** Liste de considérations et adaptations à prendre en compte lors d'une analyse sectorielle de la nutrition
- Tableau 4A** Synthèse des calculs de PiN par *sous-alimentation aiguë et chronique, suralimentation*
- Tableau 4B** Synthèse des calculs de PiN par *pratique d'ANJE*
- Tableau 4C** Synthèse des calculs de PiN par *carence en micronutriments*

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** Aperçu des étapes pour réaliser une analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition
- Figure 2** Tableau des scores de fiabilité de l'IPC pour les preuves des besoins nutritionnels en cas de malnutrition aiguë
- Figure 3** Représentation des catégories de données démographiques globales
- Figure 4** Sous-ensemble de domaines d'intérêt tirés des ENAs de l'OMS

- **Malnutrition aiguë** : causée par une réduction (soudaine et) drastique de la prise alimentaire et/ou une maladie, souvent aggravée par des pratiques alimentaires inadaptées aux nourrissons et aux jeunes enfants, entraînant une perte de poids significative (avec de graves conséquences sur la santé). Il existe deux niveaux de classification de la malnutrition aiguë chez un individu : sévère et modérée. La malnutrition aiguë est une préoccupation majeure car les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont 9 fois plus de chances de mourir que les enfants ne souffrant pas de malnutrition aiguë¹. La malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de 0-59 mois est évaluée à l'aide des indices nutritionnels du poids par rapport à la taille ou du poids par rapport à la longueur (rapport P/T), du périmètre brachial (PB) et des signes d'œdèmes bilatéraux, également connus sous le nom de MAG basée sur le rapport P/T, MAG basé sur le PB ou d'un indicateur agrégé des deux connu sous le nom de MAGc.
- **Cadre d'analyse** : écosystème méthodologique visant à aborder un problème avec logique et à guider les processus de création de sens basés sur des cadres théoriques (une représentation générale et visuelle de ce qui sera étudié) et conceptuels (la façon dont les données seront obtenues et analysées) nécessaires pour estimer et comprendre les conditions humanitaires de la population touchée.
- **Mesures anthropométriques** : évaluation de la taille, de la forme et des proportions du corps humain (par ex., la taille, le poids, le périmètre brachiale - PB) pour déterminer l'état nutritionnel d'un individu ou d'une population en comparant des indices (par ex., le poids par rapport à la taille) à des normes, des références ou des seuils².
- **Substituts au lait maternel** : tout aliment commercialisé ou autrement représenté comme substituts partiel ou total du lait maternel, qu'il soit ou non adapté à cette fin.
- **Malnutrition chronique** : classée par niveau de retard de croissance en fonction de l'index standardisé du rapport taille-pour-âge chez les enfants (taille ou longueur pour sexe et âge spécifiques). Le retard de croissance est la mesure du retard de croissance en raison d'une incapacité persistante à satisfaire les besoins minimums en micro et macronutriments, de la récurrence des épisodes de malnutrition aiguë, ou d'une combinaison de ces facteurs.
- **Alimentation complémentaire** : défini comme le processus commençant lorsque le lait maternel seul ne suffit plus à répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons et lorsque, par conséquent, d'autres aliments et liquides sont nécessaires, en plus du lait maternel.
- **Évaluations coordonnées** : également qualifiées de conjointes ou multisectorielles. Elles se produisent lorsque des évaluations sont planifiées et réalisées en partenariat avec d'autres acteurs humanitaires, les résultats étant partagés au profit de l'ensemble de la communauté humanitaire afin d'identifier les besoins de la population affectée par une situation humanitaire.
- **Allaitement maternel exclusif** : défini comme excluant tout autre aliment ou boisson, même l'eau, à l'exception du lait maternel (y compris le lait tiré ou provenant d'une nourrice) pendant 6 mois de vie, mais permettant au nourrisson de recevoir des SRO, des gouttes et des sirops (vitamines, minéraux et médicaments)³.
- **Incidence** : mesure de la proportion de nouveaux cas dans une population au cours d'une période donnée (généralement un an) qui développeront une certaine maladie ou condition.
- **Inclusion des personnes handicapées** : cette inclusion est réalisée quand des personnes handicapées (voir leur définition ci-après) peuvent participer activement dans toute leur diversité, quand leurs droits sont reconnus et quand leurs préoccupations sont prises en compte en accord avec la Charte sur les Droits des Personnes Handicapées connue sous le nom de CDPH.
- **Normes de genre** : des normes et des attentes auxquelles les femmes et les hommes se conforment généralement, dans un cadre qui définit une société, une culture et une communauté particulières à un moment donné. Intériorisées au début de la vie, les normes de genre peuvent établir un cycle de vie de socialisation et de stéréotypes sexistes. Bien que les normes de genre soient apprises, elles ne sont ni statiques, ni universelles et elles varient au fil du temps.
- **Personnes handicapées** : personnes qui présentent à long terme des déficiences sensorielles, physiques, psychosociales, intellectuelles ou autres, lesquelles, en interaction avec diverses barrières, les empêchent de participer ou d'avoir accès à des programmes, des services ou une protection humanitaires. Ces personnes constituent un groupe diversifié. Elles ont des déficiences différentes et des identités diverses (femmes, autochtones, enfants, etc.).
- **Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC)** : échelle mondiale commune visant à classer

¹ Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, et al. (2013) [Associations de la croissance insuffisante avec la mortalité toutes causes confondues et la mortalité par cause spécifique chez les enfants de moins de cinq ans : Une analyse regroupant dix études prospectives.](#)

² Pour plus d'informations sur les indices, les références et les seuils, consulter : Cashin, K. & Oot, L. (2018) [GUIDE D'ANTHROPOMÉTRIE Un outil pratique pour les planificateurs, les gestionnaires et les chargés de la mise en œuvre des programmes.](#)

³ Tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé dans ses [recommandations sur l'alimentation des nourrissons.](#)

la sévérité et l'ampleur de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition, y compris le processus visant à établir un consensus technique fondé sur des données probantes entre les principales parties prenantes, une approche permettant de consolider des données probantes de grande envergure, une démarche visant à fournir des connaissances factuelles pour la prise de décisions stratégiques et une plateforme permettant de garantir une analyse rigoureuse et neutre.

- **Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)** :

terme pour décrire les pratiques d'alimentation recommandées pour les nourrissons (moins de 12 mois) et les jeunes enfants (12-23 mois). Les programmes se concentrent sur la protection, la promotion et l'assistance de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif ; l'introduction en temps opportun, en toute sécurité et de manière appropriée de l'alimentation complémentaire et de la poursuite de l'allaitement maternel ; et les questions de politique et de législation relatives à la création d'environnements favorables pour les femmes et leurs enfants, couvrant des aspects essentiels tels que l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U), la conformité avec les directives opérationnelles d'ANJE-U, la commercialisation de préparations pour nourrissons, les SLM, les aliments complémentaires commerciaux pour les nourrissons et les jeunes enfants, les protocoles et les directives dans le système de santé, les communautés, le lieu de travail et les conditions de travail pour les femmes.

- **Évaluations harmonisées** : lorsque les agences collectent, traitent et analysent les données séparément, mais là où les données collectées sont suffisamment comparables (en raison de l'utilisation de séries de données opérationnelles communes, d'indicateurs clés et de la synchronisation géographique et temporelle) elles sont compilées dans une base de données unique puis utilisées dans une analyse partagée.

- **Carence en micronutriments** : lorsque certaines vitamines et minéraux essentiels sont déficitaires, en raison d'un apport alimentaire insuffisant et/ou d'une absorption insuffisante et/ou d'une utilisation inappropriée des vitamines ou minéraux. Des manifestations cliniques et des symptômes spécifiques peuvent apparaître.

- **Périmètre brachial (PB)** : mesuré sur un bras gauche tendu à mi-chemin entre la pointe de l'épaule (acromion) et la pointe du coude (olécrane) et utilisé pour évaluer la malnutrition aiguë ou l'émaciation. Chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, un PB < 115 mm indique que l'enfant souffre de malnutrition sévère, et un PB entre 115 mm et 125 mm indique que l'enfant souffre de malnutrition modérée. Un PB faible (< 125 mm) combiné à la présence d'œdèmes bilatéraux par piqûre est rapporté comme étant une MAG basée sur le PB.

- **Évaluation des besoins** : ensemble des activités nécessaires pour comprendre une situation donnée qui implique la collecte, la mise à jour et l'analyse des données relatives à la population concernée (besoins, capacités, ressources, etc.).
- **Interventions spécifiques à la nutrition** : elles abordent les déterminants immédiats de la nutrition et du développement du fœtus et de l'enfant (c.-à-d. apport adéquat en nourriture et en nutriments, alimentation, soins et pratiques parentales, et faible charge de morbidité liée aux maladies infectieuses).
- **Interventions sensibles à la nutrition** : abordent respectivement les déterminants sous-jacents de la malnutrition (c.-à-d. sécurité alimentaire ; ressources adéquates pour les soins de la mère, ménages et communauté ; et accès aux services de santé et à un environnement sécurisé et hygiénique).
- **Œdèmes** : accumulation excessive de liquide extracellulaire dans l'organisme. La présence d'œdèmes bilatéraux (rétention de liquide des deux côtés du corps) est un signe clinique de malnutrition aiguë sévère, il est appelé œdème nutritionnel.
- **Personnes âgées** : se réfère aux personnes âgées de 50 ans et plus, en tenant compte de la construction sociale du vieillissement dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en rapport avec l'âge de départ à la retraite appliqué dans les pays à revenus élevés.
- **Surpoids** : se produit lorsqu'une personne présente un excès de graisse corporelle et un poids supérieur à celui d'une personne en bonne santé de même taille, l'obésité constituant sa forme la plus grave⁴. Le surpoids et l'obésité sont des conditions complexes aux causes multiples. Il s'agit notamment d'un déséquilibre entre les calories consommées et les calories dépensées, un faible niveau d'activité physique, des conditions médicales et la génétique, entre autres. Bien que la sous-alimentation reste la principale préoccupation dans les pays en développement, à l'échelle mondiale, le surpoids et l'obésité sont associés à un plus grand nombre de décès que l'insuffisance pondérale. Ce qui n'était auparavant considéré que comme un problème pour les pays à revenu élevé est maintenant une menace émergente pour la santé publique dans les pays du monde entier, créant un double fardeau de malnutrition dans de nombreux pays en développement qui continuent à avoir une forte prévalence de sous-alimentation.
- **Prévalence** : mesure la proportion d'individus dans une population souffrant d'une certaine maladie ou ayant une condition à un moment précis.
- **Dépistages** : évaluations rapides de la population, principalement menées pour identifier les personnes susceptibles de souffrir de malnutrition et les orienter vers des examens

⁴ Cashin, K. & Oot, L. (2018) [GUIDE D'ANTHROPOMÉTRIE Un outil pratique pour les planificateurs, les gestionnaires et les chargés de la mise en œuvre des programmes.](#)

et des traitements plus approfondis, souvent effectués dans un établissement de santé ou dans un cadre communautaire.

- **Saisonnalité** : variation saisonnière de divers facteurs affectant les conditions nutritionnelles, telles que la maladie, les conditions météorologiques, les migrations, les sources de nourriture et le cycle agricole.
- **Données ventilées par sexe et par âge** : collecte des données par sexe et par âge (DVSA), et analyse de ces données, en utilisant en partie une analyse de genre sur les rôles, conduites, attitudes et caractères socialement construits qu'une société donnée juge appropriés, en considérant les hommes et les femmes au sein du contexte du pays, de la région et de la crise en question. C'est l'un des moyens les plus efficaces pour comprendre les différents besoins au sein d'une population.
- **Analyse de la situation** : processus délibéré par lequel la situation humanitaire de l'incident en cours, les facteurs pertinents de cet incident et leurs conséquences sont examinés. Des stratégies alternatives sont évaluées et un plan d'incident est recommandé.
- **Sous-alimentation** : conséquence d'un apport et/ou d'une absorption inadéquate d'aliments, et/ou d'une maladie, dont les principaux types sont les suivants : malnutrition aiguë (émaciation, maigreur et/ou d'œdèmes bilatéraux), malnutrition chronique (retard de croissance), insuffisance pondérale (combinaison de retard de croissance et d'émaciation) et carences en micronutriments (par ex., carences en vitamine A, en fer).



OBJECTIF, PUBLIC ET CHAMP D'APPLICATION

L'objectif de ces directives étape par étape est de fournir aux personnes impliquées dans la coordination en matière de nutrition des outils, des informations et des ressources appropriés pour effectuer une analyse de la situation nutritionnelle, en identifiant les informations pour une synthèse des besoins humanitaires (HNO), qui alimente les plans de réponse et les mises à jour, y compris le plan de réponse humanitaire (PRH). Applicable à tous les contextes nationaux et à tous les types de situations humanitaires, qu'il s'agisse de crises aiguës ou latentes, de catastrophes naturelles, de conflits ou de crises prolongées, ce document complète les [Directives actuelles sur le cycle de programme humanitaire](#) de l'IASC visant à garantir une réponse collective fondée sur des preuves et axée sur les résultats et à laquelle contribuent les clusters et les organisations. Les sections de ces directives sont organisées selon une approche basée sur des scénarios : Scénario 1 dans les situations où une analyse IPC de la malnutrition aiguë peut être réalisée ou utilisée, le Scénario 2 dans les situations où une analyse IPC de la malnutrition aiguë ne peut être réalisée et où la MAG pour les enfants de moins de 5 ans ($\geq 5\%$) est la principale préoccupation, ou le Scénario 3 pour les situations où la MAG $< 5\%$ (résumé dans la figure 1 ci-dessus) avec les étapes suivantes pour un pays donné :

- Élaborer un plan annuel d'évaluation nutritionnelle ;
- Effectuer une analyse de la situation nutritionnelle selon l'un de ces trois scénarios ;
- Préparer les chiffres clés relatifs à la nutrition pour le HNO et le PRH ultérieur (uniquement applicable aux clusters de l'IASC).



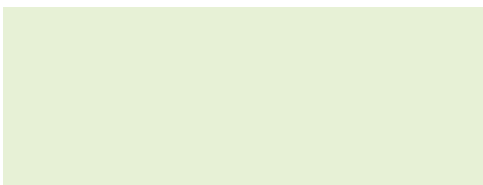


Syrian Arab Republic.
© UNICEF/UNI308394/Sanadki

En utilisant un calendrier indicatif, ces directives devraient servir de **guide pour les discussions et la recherche d'un consensus sur l'analyse de la situation et des besoins nutritionnels dans les situations de crise, ainsi que sur la planification et le suivi de la réponse**, que le système des clusters du IASC ait été activé ou non.

Ces directives ont été conçues pour être utilisées conjointement avec :

- le tableur qui l'accompagne, **Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster**.
- identifié par des ► ou des étapes clés figurant dans des encadrés spéciaux.
- Des relevés complémentaires, des outils et des références sont également proposés dans les encadrés.



- ainsi que les éléments clés mis en évidence par : ■ s.

Entre autres personnes impliquées dans la coordination de la nutrition dans les situations humanitaires, **ces directives opérationnelles s'adressent principalement aux coordinateurs des clusters de nutrition (NCC), aux responsables de la gestion de l'information (IMO), aux partenaires des clusters de nutrition et au personnel de la Cluster Lead Agency**. Cela est également pertinent pour les équipes de coordination, les partenaires des secteurs de la nutrition et les partenaires d'autres clusters/secteurs ; particulièrement pour ceux ayant un rapport avec les résultats en matière de nutrition et étant responsables de la consolidation et de l'analyse de la situation des besoins nutritionnels des populations touchées. Les résultats découlant de ces orientations sont pertinents pour tous les acteurs humanitaires, y compris, mais sans s'y limiter, les décideurs, les coordinateurs humanitaires, les équipes de coordination humanitaire (HCT), les organisations humanitaires contribuant aux évaluations coordonnées, les responsables politiques, les donateurs, les autorités nationales et locales pendant les phases de préparation et d'intervention inter-institutions dans des situations humanitaires.

L'Addendum 1 fournit des détails sur la manière dont ces chiffres contribuent au cadre d'analyse intersectorielle conjointe (JIAF).

1 | ÉLABORER UN PLAN ANNUEL D'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE



1. ÉLABORER UN PLAN ANNUEL D'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

Calendrier indicatif : Dernier trimestre de l'année précédente/ premiers mois de l'année en cours

Un NIS est un ensemble de processus intégrés et coordonnés de manière centralisée permettant de collecter, d'analyser et d'interpréter en permanence les données relatives à la nutrition, de les transformer en informations tangibles et de les diffuser afin de prendre des décisions opportunes et efficaces pour améliorer la santé nutritionnelle d'une population. Afin d'éclairer des stratégies de réponse appropriées, l'élaboration et le maintien régulier d'un plan annuel d'évaluation nutritionnelle (voir les directives fournies à l'Annexe 2) garantissent que des données actualisées et de qualité sont utilisées pour les analyses de la situation (ou des tendances) nutritionnelle, afin d'aider à cibler les zones ou les populations vulnérables présentant un risque élevé ou ayant un besoin accru d'assistance nutritionnelle. Une fois le système des clusters de l'IASC activé, ce plan doit être directement lié au cycle du programme humanitaire, en tenant compte des considérations saisonnières et de la contribution des décideurs, car ils jouent un rôle important dans la définition des unités d'analyse, de la couverture géographique et de la préparation ultérieure de l'aperçu des besoins humanitaires et des plans de réponse.

Les considérations relatives à l'élaboration éventuelle d'un calendrier annuel de l'IPC peuvent également être applicables compte tenu de la situation humanitaire – voir l'encadré A pour plus de détails.

ENCADRÉ A. ÉLABORATION D'UN CALENDRIER ANNUEL IPC

Dans les contextes où une analyse de la malnutrition aiguë peut être nécessaire (à savoir $MAG \geq 5\%$), il est important d'entamer des discussions avec le GNC-CT et le GSU IPC sur les ressources, le calendrier et les exigences financières nécessaires à la mise en œuvre éventuelle de l'IPC dans le pays.

Dirigé par le Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle (NIS TWG) du pays ou son équivalent⁵, les étapes suivantes sont recommandées pour aider à la contextualisation du plan d'évaluation nutritionnelle :

⁵ Des informations supplémentaires sur les rôles et les responsabilités du Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle sont disponibles [ici](#).

01

Discuter des données sur les résultats nutritionnels (voir Annexe 1) qui sont disponibles (y inclus la désagrégation par sexe, âge, handicap et d'autres caractéristiques), manquantes et nécessaires à la prise de décision et à la planification.

02

Discuter des indicateurs disponibles, manquants et nécessaires pour les principaux facteurs contributifs (c-à-d. les causes/moteurs de la malnutrition – voir Tableau 1 ci-dessous et Annexe 1). Convenir avec d'autres clusters/secteurs sur les indicateurs sensibles en matière de nutrition qui seront inclus dans les méthodologies d'évaluation et sur la justification de leur collecte et de leur utilisation. Convenir, au besoin, si certains de ces indicateurs peuvent ou doivent être collectés dans le cadre des évaluations nutritionnelles (par ex., la vaccination contre la rougeole) afin d'éviter tout doublon.

Lors de l'examen des besoins en données primaires, il faut garder à l'esprit l'importance du sexe, de l'âge et de l'handicap dans les données ventilées. Il est également important d'examiner les barrières liées au sexe (voir l'Annexe 2) et les normes de genre qui peuvent avoir un impact négatif sur les résultats nutritionnels. Par exemple, les femmes peuvent ne pas avoir de pouvoir de décision à la maison sur ce qu'elles mangent ou comment elles utilisent l'argent. En outre, des tabous alimentaires ou des pratiques alimentaires culturelles liées à la consommation alimentaire peuvent désavantager les jeunes filles. Envisager des consultations et d'autres méthodes qualitatives, comme des discussions en groupes bien ciblées pour entendre les voix et les opinions de la communauté, en fournissant de l'information sur les personnes différemment impactées et sur les raisons pour lesquelles elles le sont⁶.

03

Identifier les principales lacunes en matière de données sur la base de ce qui précède et examiner les moyens de les combler directement par la collecte de données primaires, ce qui est souvent possible en utilisant la [méthodologie SMART](#) recommandée. Ceci peut changer en fonction de la situation humanitaire, notamment lors d'une épidémie ou d'une pandémie⁷.

04

Élaborer et coordonner un plan annuel (harmonisé avec les autres secteurs) d'évaluation nutritionnelle (voir Annexe 3) pour soutenir la coordination des évaluations nutritionnelles et de leurs résultats, en tenant compte des délais d'analyse des données, des considérations clés (voir l'encadré B

⁶ Vous trouverez des informations supplémentaires sur les consultations avec les filles et les femmes [ici](#).

⁷ Vous trouverez les considérations relatives à la collecte de données primaires pendant la pandémie COVID-19 [ici](#).

ci-dessous) et de la fiabilité de certaines méthodes de collecte par rapport à d'autres (voir figure 2). Des directives supplémentaires figurent aux pages 161-162 du [Manuel technique IPC version 3.0.](#) Afin de faciliter leur comparaison, il est préférable que toutes les évaluations soient effectuées au cours de la même saison. Les données doivent être analysées le plus rapidement possible après leur collecte.

05

Examiner les outils d'évaluation et les questionnaires et les modifier si nécessaire pour s'assurer que l'ensemble des indicateurs spécifiques et sensibles en matière de nutrition soit pris en compte.

06

S'assurer de la mise en œuvre du plan et de la validation en temps utile des données collectées.

07

Veiller à ce que les résultats soient partagés avec les parties prenantes concernées et stockés sous forme consolidée pour faciliter toute analyse ultérieure des tendances et/ou de la situation nutritionnelle.

ENCADRÉ B. PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS LORS DE LA VÉRIFICATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISION ET LA PLANIFICATION

- **Accessibilité** : Dans certains cas, la nature de la crise humanitaire (par ex., un conflit) peut limiter l'accès des organisations à la collecte de preuves suffisantes et affecter la couverture géographique. D'autres facteurs doivent être respectés – voir le résumé des directives de l'IPC pour la collecte de données dans les zones à accès humanitaire limité/inexistant (pages 193-195 du Manuel technique IPC version 3.0; des directives plus détaillées sont disponibles sur demande auprès du GSU IPC).
- **Pertinence** : Il est préférable de choisir un petit nombre d'indicateurs bien établis, basés sur une expérience préalable et un consensus d'experts.
- **Facteurs contextuels** : Contexte (par ex., double fardeau de la malnutrition, épidémies de rougeole, paludisme), événements (par ex., événements politiques), changements dans les activités des programmes de nutrition, pénurie de denrées.
- **Couverture démographique** : Si le ou les indicateurs sélectionnés peuvent être utilisés comme une approximation des besoins de l'ensemble du groupe de population ou seulement d'un sous-ensemble (par ex., la prévalence de la MAS des enfants de moins de 5 ans).
- **Désagrégation** : Peut être effectué par groupe de population, par catégorie d'âge, par sexe, par handicap, d'autres caractéristiques de diversité ou par niveau administratif permettant d'assurer la représentativité des résultats d'une enquête à l'unité d'analyse. Il est important de toujours considérer comment différentes groupes de population peuvent être affectés de manière différente.
- **Représentativité** : Une mesure de la qualité ou de la précision avec laquelle un échantillon reflète la population dont il est tiré, souvent assurée par des méthodes d'échantillonnage probabiliste (aléatoires).
- **Saisonnalité** : Fluctuations de la malnutrition dues aux changements saisonniers ; informations sur l'influence de la saisonnalité pouvant être établies sur la base des données provenant des centres d'alimentation ou des données de surveillance nutritionnelle nationale.
- **Méthodes statistiques et de gestion des données efficaces** : Utilisation de méthodes appropriées et statistiquement viables pour la collecte, l'analyse et la gestion des données afin de garantir une interprétation précise des informations.

Figure 2. Tableau des scores de fiabilité de l'IPC pour les preuves des besoins nutritionnels en cas de malnutrition aiguë

F ₂ = Fiable F ₁ = Partiellement fiable		Pertinence temporelle (T)	
		Bonne (T ₂)	Limitée (T ₁)
Robustesse de la méthode (M)	Bonne (M ₂)	F ₂	F ₁ -
	Limitée (M ₁)	F ₁ +	X
Partie B: définitions et orientations pour l'évaluation de M et de T			
Robustesse de la méthode (M)	Bonne (M ₂)	<p>MAG basée sur le PTZ provenant d'enquêtes représentatives à l'échelle de l'unité d'analyse avec une précision adéquate et validée par une autorité du pays</p> <ul style="list-style-type: none"> Enquêtes en grappes avec ≥25 grappes Enquêtes aléatoires simples ou systématiques avec ≥ 150 observations. 	
	Limitée (M ₁)	<p>MAG basée sur le PTZ qui répond partiellement aux normes de représentativité et de qualité ou MAG basée sur le PB et est collectée à partir de méthodes de qualité minimale acceptable</p> <ul style="list-style-type: none"> Enquêtes représentatives à l'échelle de l'unité d'analyse. <ul style="list-style-type: none"> Estimations 'validées avec prudence' (réservé à la MAG basée sur le PTZ) Estimations reposant sur la MAG basée sur le PB à partir d'enquêtes jugées de bonne qualité méthodologique MAG basée sur le PTZ à partir de données d'enquête désagrégées représentatives d'une unité administrative plus élevée. <ul style="list-style-type: none"> ≥ 5 grappes et ≥100 observations MAG selon le PTZ/PB provenant de sites sentinelles. <ul style="list-style-type: none"> ≥5 sites par unité d'analyse avec ≥200 observations au total (si la zone est pastorale, un nombre ≥5 sites et ≥100 observations est acceptable) MAG basée sur les mesures de PB provenant d'un dépistage. <ul style="list-style-type: none"> Dépistage exhaustif (selon la méthode du porte-à-porte) conduit à l'échelle de l'unité d'analyse (>80% de couverture) ou Dépistage sur ≥ trois sites (sélectionnés de manière aléatoire ou sur un mode raisonné pour des raisons de variabilité) à partir de l'unité d'analyse avec ≥ 600 observations au total (sélectionnés de manière aléatoire ou avec ≥ 80% de couverture) Enquêtes issues de zones analogues. <ul style="list-style-type: none"> MAG basée sur le PTZ provenant d'une enquête de bonne qualité méthodologique sur une zone analogue. 	
Pertinence temporelle (T)	Bonne (T ₂)	<p>Preuves reflétant les conditions actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> Preuves collectées pendant la même saison d'analyse quand il existe des tendances de saisonnalité. Preuves collectées à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois quand il n'existe aucune saisonnalité ou choc significatif exercé sur les facteurs contributifs de la malnutrition aiguë. 	
	Limitée (T ₁)	<p>Preuves inférées pour refléter les conditions actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimations inférées de preuves collectées dans les 6 derniers mois mais ne portant pas sur la même période au regard de la malnutrition aiguë (12 mois pour les zones sans saisonnalité particulière) Données historiques collectées au cours de la saison de malnutrition aiguë sur au moins 2 années similaires au cours des 5 dernières années — à n'utiliser qu'en l'absence de chocs inhabituels. 	

2 | EFFECTUER UNE ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE



2. EFFECTUER UNE ANALYSE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE

Calendrier indicatif : 1-3 mois par cycle d'analyse en fonction du calendrier saisonnier de la sous-alimentation, de la couverture géographique et d'autres paramètres ; cela exclut le temps nécessaire à sa planification. Les procédures HNO/PRH ont généralement lieu entre août et octobre dans les pays où elles sont récurrentes.

L'objectif d'une analyse de la situation nutritionnelle est de **définir/classer la sévérité d'une situation humanitaire donnée dans les zones géographiques affectées en fonction de l'ampleur des besoins nutritionnels de la population** afin d'orienter les décisions stratégiques et opérationnelles. Il aborde les questions suivantes : Quelle est la sévérité de la situation ? Quand et où se trouvent les zones les plus affectées ? Combien ? Pourquoi ? Qui ? Quelles sont les principales caractéristiques de la situation ?

Cette analyse vise à établir un **consensus** sur la classification de la sévérité en fonction de l'ampleur des besoins nutritionnels (par ex., la prévalence de différentes formes de malnutrition) des groupes de population vulnérables (c'est-à-dire les plus à risque/touchés) et de leurs principaux moteurs (facteurs contributifs) en catégories significatives pour soutenir la réponse. Cela implique un examen critique des données disponibles (par ex., les résultats du plan annuel d'évaluation nutritionnelle), du contexte et des tendances existantes pour chaque zone géographique touchée. Une information nuancée peut également être nécessaire pour éclairer la nécessité d'une action visant à intensifier le traitement et la prévention de la malnutrition pour les populations touchées, sur la base des questions suivantes :

- Quelle est la prévalence des différentes formes de malnutrition (par ex., résultats de la malnutrition aiguë et chronique, carences en micronutriments) dans les zones géographiques concernées ? Existe-t-il des différences importantes à prendre en compte selon le groupe d'âge (par ex., les nourrissons, les adultes souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées) ou le sexe (par ex., est-ce que les filles U5 ont tendance de souffrir plus de la malnutrition) ?
- Certaines zones géographiques sont-elles plus affectées que d'autres par la malnutrition accompagnée de niveaux élevés ou croissants de ses causes (par ex., les écarts de consommation alimentaire entre les individus) ?
- Certains moyens de subsistance, certains groupes socio-économiques, d'âge ou de sexe (par ex., FEFA adolescentes) sont-ils plus touchés que d'autres par la malnutrition ? Quels facteurs les rendent plus susceptibles

à la malnutrition (par ex., les normes de genre en relation avec les régimes alimentaires) ?

- Existe-t-il des tendances, saisonnières et/ou à long terme, dans la prévalence de la malnutrition ?

Basée sur le cadre de l'Annexe 1 et les différentes étapes selon divers scénarios (figure 1), cette analyse est généralement dirigée par le coordinateur du cluster de nutrition et codirigée par les représentants des gouvernements nationaux en partenariat avec les partenaires du cluster tels que les institutions/organisations de la société civile, les partenaires ressources, les agences des Nations Unies, les membres du Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle ou équivalent, et seulement si nécessaire, le groupe de travail technique de l'IPC (voir l'encadré C).

Ces représentants doivent se réunir pour convenir de la portée et de l'orientation de l'analyse de la situation, et déterminer quel scénario (1, 2 ou 3) est le **plus pertinent** selon le contexte. **Un seul scénario doit être choisi pour tout le pays.** Si la prévalence de MAG chez les U5 oscille autour de 5% (le seuil entre scénarios 2 et 3) pour les zones affectées d'intérêt et qu'une analyse IPC AMN (scénario 1) n'est pas faisable, c'est la prévalence majoritaire à travers toutes les zones affectées qui détermine quel scénario utiliser.

Une fois que le scénario a été décidé, les représentants doivent discuter de la liste des indicateurs nutritionnels « de base » recommandés et partager les données pertinentes⁸ concernant les groupes de population, les zones géographiques et/ou les questions thématiques convenus. Lors de la sélection des indicateurs pour l'analyse de la situation nutritionnelle, il est important de garder à l'esprit l'importance du sexe, de l'âge et du handicap dans les données ventilées. Bien que les données ventilées ne tiennent pas compte de la classification de la sévérité, elles joueront un rôle important dans l'estimation de l'ampleur des besoins nutritionnels. Par exemple, à partir du Tableau 1 ci-dessous, les indicateurs relatifs à l'accès WASH peuvent être très différents pour les hommes en comparaison avec ceux des adolescentes.

⁸ Fiabilité détaillée dans la Figure 2 ci-dessus pour les preuves des besoins nutritionnels en cas de malnutrition aiguë.

ENCADRÉ C.**GRUPE DE TRAVAIL (TWG) DE L'IPC**

Constitué au niveau régional, national ou infranational, le groupe de travail technique de l'IPC doit être hébergé dans une structure existante au lieu de créer un organe de coordination parallèle à vocation unique. Un mandat clair (TDR) doit être élaboré pour garantir l'engagement dans le partenariat de l'IPC ; cela comprend l'objectif et les adhésions, les rôles et responsabilités de ses membres, du président et du coprésident, ainsi que sa structure et ses modalités de travail. Un accord formel ou la signature du mandat clair par les cadres supérieurs de toutes les organisations membres est fortement recommandé. Pour plus d'informations sur ce TWG, veuillez contacter le GSU de l'IPC.

INDICATEURS NUTRITIONNELS « DE BASE » RECOMMANDÉS POUR LA PLANIFICATION DES RÉPONSES

Cette liste d'indicateurs recommandée a été préparée par le groupe de travail du GNC HNO et les membres du groupe de travail du NIS pour les caractéristiques des phases et les seuils des normes internationales pour la MAG et ses principaux facteurs contributifs. Il vise à **rationaliser ce processus d'analyse et n'a pas pour but de remplacer la longue liste d'indicateurs nutritionnels qui peuvent être utilisés à des fins de programmation ou de suivi**⁹ – Voir la feuille de travail ► **Registre des indicateurs de l'Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster.**

⁹ Voir le [Registre des indicateurs du Cluster Nutrition Global](#) avec les indicateurs d'évaluation des besoins et de suivi des performances.

Conformément au cadre analytique IPC AMN susmentionné, le Tableau 1 (également disponible dans la feuille de travail

► **Seuils de classification**) propose une liste d'indicateurs de base, décrits selon la/les :

- **Catégorie** : les principaux résultats en matière de nutrition, les facteurs contextuels facultatifs axés sur les groupes vulnérables communs qui peuvent être pris en compte pour aider à orienter les décisions concernant les types d'intervention qui pourraient être mieux adaptés à une situation humanitaire donnée, et les principaux facteurs contributifs sélectionnés par le groupe de travail ;
- **Harmonisation avec le cadre analytique de l'IPC AMN** (Annexe 1) : les indicateurs d'état nutritionnel, les indicateurs de mortalité, les causes immédiates et sous-jacentes, et d'autres problématiques ;
- **Conséquences humanitaires** : pertinentes pour le « Bien-être physique et mental » et les « Conditions de vie » en matière de nutrition. Ultérieurement, cela s'avérera important dans l'analyse lors de la détermination des données démographiques clés pour la planification de la réponse. Celles-ci peuvent différer selon que la MAG pour les enfants de moins de 5 ans est $\geq 5\%$ (Scénarios 1 et 2) ou $< 5\%$ (Scénario 3) ;
- **Les Seuils et leurs sources** : disponibles pour chaque indicateur appliqué dans les phases de sévérité (selon la terminologie IPC/OCHA). Ils peuvent également inclure des seuils préliminaires utilisés uniquement dans les cas où les seuils globaux pour cet indicateur ne sont pas disponibles à ce moment précis. Il s'agit d'une limitation technique importante, en particulier lors de l'évaluation de la malnutrition aiguë et/ou chronique en tant que **résultat principal**.

Le GNC reconnaît et préconise le traitement de toutes les formes de malnutrition aiguë, y compris de tous les enfants présentant un PB faible, un rapport P/T faible ou d'œdèmes bilatéraux – connu sous le nom de MAG combiné (MAGc)¹⁰. Toutefois, aux fins de cette analyse de situation, une préférence est accordée aux MAG basées sur le rapport P/T¹¹ ; les MAG basées sur les PB ne doivent être utilisées qu'en l'absence de MAG basée sur le rapport P/T, et toujours en utilisant la convergence des preuves avec les facteurs contributifs pour arriver à la conclusion finale de l'analyse de situation.

¹⁰ Les MAGc seront privilégiées dans la section 3 des présentes directives pour calculer le nombre de personnes ayant des besoins nutritionnels dans la HNO et le PRH. [Logiciel ENA pour SMART \(Version 2020\)](#) génère automatiquement ces chiffres dans les Tableaux 3.7 et 3.8 de son rapport d'enquête.

¹¹ Conformément à l'IPC AMN, la MAG basée sur la classification PB est fondée sur une analyse de la relation entre le rapport P/T et le PB dans le domaine de l'analyse et de la convergence des preuves. Dans des conditions exceptionnelles où la MAG basée sur le PB décrit une situation beaucoup plus grave que la MAG basée sur le rapport P/T (c-à-d. deux phases ou plus), la MAG basée sur le PB doit également être prise en compte dans la classification des phases. Les classifications basées sur le PB doivent être étayées par la relation entre la MAG basée sur le rapport P/T et la MAG basée sur le PB dans la zone d'analyse. La convergence des preuves doit se concentrer sur l'évaluation de l'état des facteurs contributifs (par ex., l'apparition de maladies, la crise de la sécurité alimentaire) ainsi que sur les tendances historiques.

Tableau 1. Liste des indicateurs nutritionnels de base pour guider l'analyse de la situation nutritionnelle

Catégorie	Alignement avec le cadre analytique de l'IPC AMN	Indicateurs nutritionnels de base pour guider la planification des réponses	Conséquence humanitaire		Échelle de sévérité basée sur les phases IPC/OCHA					Sources utilisées pour les seuils	
			MAG des enfants de moins de 5 ans ≥ 5 % (Scénarios 1 et 2)	MAG des enfants de moins de 5 ans < 5 % (Scénario 3)	Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique		
Résultats nutritionnels	Malnutrition aiguë et chronique	Prévalence de la MAG basée sur le rapport P/T < - 2 et/ou présence d'œdèmes bilatéraux chez les enfants de 0-59 mois (en l'absence de données, utiliser 6-59 mois)	Bien-être physique et mental		<5%	5-9.9%	10-14.9%	15-29.9%	≥30%	IPC Global Partners (2019) Manuel technique de la classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire, version 3.0.	
		Prévalence de la MAG basée sur le PB ¹² <125 mm et/ou présence d'œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6-59 mois	Bien-être physique et mental		<5%						Seuils préliminaires suggérés par IPC Global Partners (2019) Manuel technique de la classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire, version 3.0.
							5%-9.9%				
							10%-14.9%		≥15%		
Prévalence de la MAG basée sur le PB < 210-230 mm (selon les directives du pays) chez les FEFA	Bien-être physique et mental		<12.6%	12.6-19.9%	20-24.9%	25-34.9%	≥35%	Seuils préliminaires basés sur l'unité d'analyse de la sécurité alimentaire et de la nutrition de la Somalie (FSNAU)			
Autres causes	Prévalence du retard de croissance basé sur le T/A < -2 chez les enfants de moins de 5 ans	Conditions de vie	Bien-être physique et mental	<2.5%	2.5-9.9%	10-19.9%	20-29.9%	≥30%	De Onis et al (2018) Seuils de prévalence de l'émaciation, du surpoids et du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans		
		Conditions de vie	Bien-être physique et mental	<2.5%	2.5-4.9%	5-9.9%	10-14.9%	≥15%	De Onis et al (2018) Seuils de prévalence de l'émaciation, du surpoids et du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans		
(Facteurs contextuels)	Malnutrition aiguë	Prévalence de la MAG basée sur le rapport de l'IMC-pour-l'âge < 2 chez les adolescents ¹³		Bien-être physique et mental		<2.5%	2.5-4.9%	5-9.9%	10-14.9%	≥15%	Seuils préliminaires suggérés par les membres du groupe de travail et du NISWG
		Prévalence de la MAG basée sur un PB < 210 mm chez les personnes âgées		Bien-être physique et mental		<5%	5-9.9%	10-14.9% or 5-9.9% ¹⁴	≥15% or 10%-14.9% ^{ibid}		HelpAge (2013) Interventions nutritionnelles pour les personnes âgées en situation d'urgence
	Carences en micronutriments	Prévalence de l'anémie (Hb < 11 g/dl) chez les FE		Bien-être physique et mental		<5%	5-19.9%	20-39.9%	≥40%		OMS (2011) Concentrations d'hémoglobine pour le diagnostic de l'anémie et l'évaluation de la sévérité
		Prévalence de l'anémie (Hb < 11 g/dl) chez les enfants de 6-59 mois		Bien-être physique et mental		<5%	5-19.9%	20-39.9%	≥40%		
Indicateurs de mortalité	Taux brut de mortalité/Taux de mortalité (décès/ 10 000 personnes/ jour)		Bien-être physique et mental		<0.5		0.5-0.9	1-1.9	≥2	IPC Global Partners (2019) Manuel technique de la classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire, version 3.0.	
	Taux de mortalité des moins de 5 ans (décès/10 000 enfants de moins de 5 ans/jour)		Bien-être physique et mental		<1		1-1.9	2-3.9	≥4		
Principaux facteurs contributifs	Causes immédiates (Consommation alimentaire)	Diversité alimentaire minimale chez les enfants de 6-23 mois		Conditions de vie		>70%	40-70%	20-39.9%	10-19.9%	<10%	Seuils préliminaires suggérés par l'IFE Core Group
		Régime alimentaire minimum acceptable chez les enfants âgés de 6-23 mois*		Conditions de vie		>70%	40-70%	20-39.9%	10-19.9%	<10%	Seuils préliminaires suggérés par l'IFE Core Group
		Allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de 0-5 mois		Conditions de vie		>70%	50-70%	30-49.9%	11-29.9%	<11%	Inspiré de la fiche d'évaluation de l'UNICEF sur l'allaitement maternel
	Causes sous-jacentes (Pratiques de soins et d'alimentation)	Nourrissons de 0-5 mois qui ne sont pas allaités au sein et qui ont accès à des produits de SLM et à un soutien conformément au code et aux normes et recommandation des Directives opérationnelles IFE		Conditions de vie		>60%	40-60%	20-39.9%	10-19.9%	<10%	Seuils préliminaires suggérés par l'IFE Core Group
Nourrissons de 6-11 mois qui ne sont pas allaités au sein et qui ont accès à des produits de SLM et à un soutien conformément au code et aux normes et recommandation des Directives opérationnelles IFE		Conditions de vie		>60%	40-60%	20-39.9%	10-19.9%	<10%	Seuils préliminaires suggérés par l'IFE Core Group		

Principaux facteurs contributifs

Causes sous-jacentes (WASH)	% des ménages ayant accès à une source d'eau assainie	Conditions de vie	L'eau provient d'une source d'eau assainie située sur le site	L'eau provient d'une source d'eau assainie, à condition que le temps de collecte ne dépasse pas 30 minutes pour un aller-retour, y compris le temps d'attente	L'eau provient d'une source assainie pour laquelle le temps de collecte dépasse 30 minutes pour un aller-retour, y compris le temps d'attente	L'eau provient d'une source d'eau non assainie	L'eau provient directement des rivières, des lacs, des étangs, etc.	En conformité avec le pourcentage majoritaire de réponses aux évaluations spécifiques de l'AEPAH (MSNA/DTM), tel que suggéré par nos collègues de WASH du JIAF. Voir aussi Limitations page 3. Si vous utilisez ces indicateurs dans l'analyse des facteurs contributifs, prendre contact avec le Cluster WASH.
	% des ménages ayant accès à une quantité suffisante d'eau pour la boisson, la cuisine, le bain, la toilette ou d'autres usages domestiques	Conditions de vie	Suffisamment d'eau pour la boisson, la cuisson, l'hygiène personnelle et d'autres usages domestiques OU plus de 50 l/j/p	Suffisamment d'eau pour la boisson ET la cuisson ET l'hygiène personnelle, MAIS PAS pour d'autres usages domestiques OU 15 l ou plus mais moins de 50 l/j/p	Suffisamment d'eau pour la boisson ET SOIT pour la cuisson SOIT pour l'hygiène personnelle OU 9 l ou plus mais moins de 15 l/j/p	Suffisamment d'eau pour la boisson MAIS PAS pour la cuisson ET l'hygiène personnelle OU 3 l ou plus mais moins de 9 l/j/p	Pas assez d'eau pour la boisson OU moins de 3 l/j/p	
	% des ménages ayant accès à des installations sanitaires fonctionnelles et améliorées	Conditions de vie	Accès à des installations sanitaires améliorées, non partagées avec d'autres ménages	Accès à des installations sanitaires améliorées, partagées avec moins de 20 personnes	Accès à des installations sanitaires améliorées, partagées avec plus de 20 personnes	Accès à des installations non améliorées OU accès à des installations améliorées partagées avec plus de 50 personnes	Élimination des excréments humains dans des espaces ouverts ou avec les déchets solides	
	% des ménages ayant accès à des installations de lavage des mains fonctionnelles, avec de l'eau et du savon disponibles ou % des ménages ayant accès à du savon	Conditions de vie	Savon disponible au domicile ET installation de lavage des mains sur place avec de l'eau et du savon disponibles		Savon disponible au domicile MAIS aucune installation de lavage des mains sur place avec de l'eau et du savon disponibles		Savon disponible au domicile	
Causes sous-jacentes (Immunisation)	Couverture du DTC3 (DPT3/PENTA3) chez les enfants < 1 an, par unité administrative	Bien-être physique et mental	> 90%	85% - 90%	75% - 85%	65% - 75%	< 65%	Ces données peuvent être disponibles par le biais de projections, mais si c'est le cas, la qualité des données doit être vérifiée et notée. Dans certaines enquêtes, les données sont recueillies auprès d'enfants âgés de 12-23 mois. Veuillez vous assurer de mentionner la tranche d'âge sur laquelle portent les données. Seul le premier seuil a été testé et a été étayé par des preuves. Les autres ont été choisis arbitrairement et ne doivent pas être considérés comme des mesures précises à ce stade
	Couverture vaccinale systématique contre la rougeole (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture vaccinale systématique contre la polio (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture de supplémentation systématique en vitamine A (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture de la campagne de vaccination contre la rougeole (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture de la campagne de vaccination contre la polio (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture de la campagne de supplémentation en vitamine A (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
	Couverture vaccinale contre la rougeole à partir des enquêtes (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés
Couverture vaccinale contre la polio d'après les enquêtes (%)	Bien-être physique et mental						Pas de seuils proposés	
								Ne provient pas de la liste officielle du Cluster Santé de leurs indicateurs clés. Utilisez le consensus et le jugement des experts au niveau des pays pour analyser les facteurs contributifs.

Principaux facteurs contributifs

	Couverture de la supplémentation en vitamine A à partir des enquêtes (%)	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					Ne provient pas de la liste officielle du Cluster Santé de leurs indicateurs clefs.
	Couverture de tous les vaccins de base à partir des enquêtes (%)	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					Utilisez le consensus et le jugement des experts au niveau des pays pour analyser les facteurs contributifs.
	Pourcentage d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans ayant été vaccinés contre la rougeole	Bien-être physique et mental	> 95 % dans les camps/zones urbaines > 90 % dans les zones dispersées ou rurales	< 94 - 85 % zones urbaines et camps < 89 - 84 % dans les zones dispersées ou rurales	75%-85%	65%-75%	<65%	Cet indicateur est utilisé pour estimer la couverture vaccinale de la stratégie totale de l'EPI. Pour éviter toute surestimation, la couverture vaccinale contre la rougeole est utilisée comme approximation puisqu'elle est généralement inférieure à la couverture du DTC3. Ces deux indicateurs doivent être calculés sur une base annuelle et peuvent donner une bonne indication des performances du système de santé. Il est nécessaire d'évaluer la qualité des données disponibles. Seul le premier seuil a été testé et a été étayé par des preuves. Les autres ont été choisis arbitrairement et ne doivent pas être considérés comme des mesures précises à ce stade
	Nombre de cas pour certaines maladies pertinentes dans le contexte local (par ex., le choléra, la rougeole, la méningite aiguë, la COVID-19)	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés, recours au consensus et à l'avis d'experts	Cet indicateur est principalement une mesure au niveau national et ne peut pas être facilement agrégé pour être utilisé à des niveaux plus élevés. La liste des maladies est spécifique au contexte. La collecte de données peut être problématique car la surveillance des établissements de santé peut être peu sensible à des affections qui ne sont pas habituellement traitées en clinique. L'accès aux services de santé est un autre facteur	Nombre de cas pour certaines maladies pertinentes dans le contexte local (par ex., le choléra, la rougeole, la méningite aiguë, la COVID-19)	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés, recours au consensus et à l'avis d'experts	Cet indicateur est principalement une mesure au niveau national et ne peut pas être facilement agrégé pour être utilisé à des niveaux plus élevés. La liste des maladies est spécifique au contexte. La collecte de données peut être problématique car la surveillance des établissements de santé peut être peu sensible à des affections qui ne sont pas habituellement traitées en clinique. L'accès aux services de santé est un autre facteur. Prendre contact avec les collègues du Cluster Santé local si vous utilisez cet indicateur.
Causes immédiates (État de santé)	Taux de létalité pour certaines maladies	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					Mélange de sévérité de la maladie et de la qualité du soin de santé. Probable biais vers le haut attendu car seuls les cas les plus sévères se retrouvent en établissement hospitalier. Cet indicateur est avant tout une mesure au niveau des pays et ne saurait être agrégée facilement à des niveaux plus globaux. La liste des maladies est à replacer dans le contexte local et la collecte de données peut être problématique, sauf pour les cas traités en établissement hospitalier. L'accès à ceux-ci est un autre facteur. Prendre contact avec les collègues du Cluster Santé local si vous utilisez cet indicateur.
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					
	Prévalence de VIH/SIDA	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre dans les zones à risque de paludisme	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont présentés des infections respiratoires aiguës (IRA) au cours des deux dernières semaines	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					
	Nombre de cas signalés de choléra ou de Diarrhée aqueuse aiguë (AWD)	Bien-être physique et mental	Pas de seuils proposés					Ne provient pas de la liste officielle du Cluster Santé de leurs indicateurs clefs. Utilisez le consensus et le jugement des experts au niveau des pays pour analyser les facteurs contributifs.

Principaux facteurs contributifs

Causes sous-jacentes ¹⁵ (Disponibilité et accès aux services de santé)	Pourcentage d'établissements de soins de santé qui fournissent un ensemble de services de santé de base (incluant la nutrition)	Conditions de vie	Pas de seuils proposés					Ne provient pas de la liste officielle du Cluster Santé de leurs indicateurs clefs. Utilisez le consensus et le jugement des experts au niveau des pays pour analyser les facteurs contributifs.
	Bonne hygiène de vie selon les enquêtes de population	Conditions de vie	Pas de seuils proposés					Ne provient pas de la liste officielle du Cluster Santé de leurs indicateurs clefs. Utilisez le consensus et le jugement des experts au niveau des pays pour analyser les facteurs contributifs.
	Pourcentage de la population ayant accès à des soins de santé primaires à moins d'une heure de marche de son domicile	Conditions de vie	≥ 80%	75% - 80%	70% - 75%	65% - 70%	< 65%	Selon les directives de JIAF. Seul le premier seuil a été testé et a été étayé par des preuves. Les autres ont été choisis arbitrairement et ne doivent pas être considérés comme des mesures précises à ce stade
	Nombre de ménages avec soins obstétricaux d'urgence de base/500 000 habitants, par unité administrative	Conditions de vie	4+	3 - 4	2 - 3	1 - 2	< 1	Selon les directives de JIAF. Indicateurs de substitution pour la disponibilité physique et l'accessibilité géographique des services obstétricaux d'urgence et leur répartition dans les districts des zones affectées. Un déséquilibre entre la disponibilité des BEmOC et des CEmOC (avec trop peu de BEmOC) est souvent observé. Seul le premier seuil a été testé et a été étayé par des preuves. Les autres ont été choisis arbitrairement et ne doivent pas être considérés comme des mesures précises à ce stade
	Nombre de personnel qualifié pour les accouchements (médecins, infirmières, sages-femmes certifiées) pour 10 000 habitants	Conditions de vie	≥ 23	≥ 20	≥ 17	≥ 14	≥ 11	Selon les directives de JIAF.
Causes immédiates (Consommation alimentaire)	PRIORITÉ : Cluster Sécurité Alimentaire/Analyse sectorielle	Conditions de vie	1	2	3	4	5	À harmoniser avec l'analyse finale ou les résultats de l'analyse d'IPC sur la sécurité alimentaire en termes de phases fournies par les collègues de la sécurité alimentaire dans le pays
	Score de consommation alimentaire	Conditions de vie	Acceptable et stable	Acceptable mais détérioration par rapport au niveau typique	Valeur limite	Pauvre	Pauvre	Sous-ensemble suggéré par les collègues de la Sécurité alimentaire pour le JIAF – voir Limitations p.3
	Indice domestique de la faim	Conditions de vie	0 (aucun)	1 (léger)	2 ou 3 (modéré)	4 (sévère)	5 ou 6 (sévère)	
	Indice de stratégie d'adaptation réduit	Conditions de vie	0 à 3	4 à 18	≥ 19	≥ 19	≥ 19	
	Score de diversité alimentaire des ménages	Conditions de vie	5-12 groupes d'aliments et stabilité	5-GA mais détérioration > 1 / niveau typique	3-4 GA	0-2 GA	0-2 GA	

*Exige une fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois, ainsi qu'une diversité alimentaire minimale chez les enfants de 6-23 mois.

¹² Voir l'encadré E ci-dessous.

¹³ En général, il s'agit de personnes âgées de 10-19 ans. Vous trouverez plus de détails sur les graphiques de l'IMC-pour-l'âge pour les garçons et les filles, basés sur la référence de croissance de l'OMS de 2007, à la p. 94 du [GUIDE D'ANTHROPOMÉTRIE Un outil pratique pour les planificateurs, les gestionnaires et les responsables de la mise en œuvre des programmes.](#)

¹⁴ En cas de présence de facteurs aggravants qui comprennent : une ration alimentaire générale inférieure à 2 100 kcal par personne et par jour ; une épidémie (par ex., choléra ou paludisme) ; un approvisionnement en eau potable et un assainissement inadéquat ; des abris inadéquats ; la guerre et les conflits, les troubles civils, les migrations et les déplacements.

¹⁵ Pour plus d'informations sur les indicateurs potentiels relatifs à l'inégalité entre les sexes sont détaillées dans l'annexe 2.

La série suivante d'étapes standardisées selon le scénario vise à fournir une **approche commune** pour classer la sévérité de la malnutrition et identifier ses principaux facteurs afin de garantir la possibilité de l'appliquer dans tous les contextes, ce qui permettra aux décideurs de comparer les situations entre une zone et une autre, tant au sein d'un même pays que de plusieurs pays. Pour les Scénarios 1 et 2 où la prévalence de MAG est $\geq 5\%$, une analyse IPC AMN doit être idéalement utilisée ou planifiée – voir l'encadré D ci-dessous pour plus de détails.

ENCADRÉ D.

ÉLABORATION D'UNE ANALYSE DE LA MALNUTRITION AIGUË IPC

Calendrier indicatif : généralement d'avril à octobre, en fonction de la saisonnalité et de la disponibilité des données d'évaluation.

Une demande adressée à l'Unité de soutien mondial de l'IPC et au GNC-CT lance la discussion sur la possibilité de bénéficier d'un soutien pour effectuer une analyse IPC de qualité de l'AMN dans des délais raisonnables. Une analyse IPC AMN nécessite :

- des analystes suffisamment formés (à savoir des agents techniques) provenant des agences et des secteurs concernés, ainsi qu'un président du gouvernement lorsque cela est possible ;
- des intervenants nationaux et/ou régionaux informés du processus d'analyse et des dates potentielles de la réunion d'analyse ;
- un consensus clair sur l'unité d'analyse, la portée géographique et la période de validité afin de garantir que les exigences minimales en matière de preuve soient respectées lors de l'évaluation au regard des critères de fiabilité (figure 2) ;
- des dispositifs logistiques et financiers pour l'atelier d'analyse – cela dépend de la disponibilité des ressources financières et humaines pour effectuer l'analyse au niveau de l'unité d'analyse prévue. Il convient donc d'examiner la faisabilité du nombre d'unités à analyser et à classer ;
- une préparation des protocoles de l'IPC AMN (c'est à dire. les fiches d'analyse, les modèles de communication, etc.)



Nombre de considérations clés et d'adaptations sont possibles (tableau 3) lors de la consolidation des données fiables¹⁶ disponibles et peuvent se révéler nécessaires avant de parvenir à un consensus pour l'analyse de la situation nutritionnelle. Afin de parvenir à un consensus, le temps nécessaire et les facteurs contextuels en jeu lors de la classification et de la description aussi précises que possible des conditions de malnutrition et de leurs principaux contributeurs doivent être bien compris dès le départ. Parvenir à un accord mutuel sur la base des données disponibles et d'une bonne compréhension du contexte de la zone analysée n'est pas toujours évident et nécessite une gestion attentive pour atténuer les préjugés, encourager l'ouverture et, dans certains cas, concilier les conflits interpersonnels. Celui-ci est particulièrement important lorsque des données non récentes sur les résultats nutritionnels¹⁷ sont utilisées en conjonction avec des données récentes sur les principaux contributeurs – voir l'encadré E ci-dessous.

¹⁶ La fiabilité des données des enquêtes nutritionnelles en termes de temps, de pertinence, de solidité de la méthodologie utilisée est décrite dans la Figure 2 ci-dessus.

¹⁷ Celui-ci peut être le cas lors d'une épidémie ou pandémie sanitaire, ou d'autres événements provoquant des restrictions de mobilité généralisées qui affectent la collecte des données – vous trouverez plus de détails sur les recommandations peuvent être trouver [ici](#).

ENCADRÉ E.**CONSIDÉRATIONS CLÉS POUR UTILISER DES DONNÉES DATÉES SUR LA NUTRITION**

Dans les situations où il y a un manque de données à jour sur les résultats nutritionnels (p. ex., MAG datant d'il y a ≥ 2 ans), il est important d'examiner ce qui suit lors de l'analyse de la situation nutritionnelle :

1. Revoir la prévalence datée de MAG avec les résultats concernant les facteurs contributifs de la même période et identifier quelques hypothèses initiales en tenant compte du contexte ;
2. À l'aide du cadre analytique de l'IPC AMN, déterminer un ensemble d'hypothèses initiales sur le niveau actuel de MAG (p. ex. réduction/stabilisation/détérioration prévue) qui prennent en compte :
 - la disponibilité de données récentes sur les facteurs contributifs (p. ex. les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, l'apport alimentaire, la morbidité, l'accès aux services de santé et de WASH, la sécurité alimentaire des ménages, les pratiques d'alimentation et de soins, la pauvreté, etc.);
 - examen des données récentes sur le rendement des programmes et des systèmes de routine (c.-à-d. données CMAM, conseils et séances d'ANJE, suivi de la croissance, immunisation, supplémentation en micronutriments, protection sociale, etc.) et comparer aux années précédentes pour identifier tout changement dans les tendances aux changements dans les données sur les résultats nutritionnels autres que les changements saisonniers;
3. Discuter avec les représentants la façon dont ces hypothèses préliminaires influeraient sur les données périmées des résultats nutritionnels en termes de classification de la sévérité (c.-à-d. si il y a des changements dans les phases);
4. Documenter les hypothèses finales convenues avec les représentants pour savoir comment, le cas échéant, ces hypothèses ajustent la classification de sévérité pour l'analyse actuelle de la situation nutritionnelle et ses effets sur le calcul du nombre de personnes en besoin nutritionnel. Ces considérations peuvent différer légèrement dans les contextes qui effectuent une analyse d'IPC AMN lorsque l'on discute des projections.



Tableau 3. Considérations et adaptations pour réaliser une analyse sectorielle de la nutrition

Unité d'analyse	Considérations clés et adaptations possibles aux données nutritionnelles disponibles
<p>Zone géographique concernée</p> <p>(provinces, districts, sous-districts, municipalités, villages, établissements, etc.)</p>	<p>Utilisation des données disponibles recueillies par des enquêtes nutritionnelles fiables basées sur la population qui est idéalement représentative de la zone géographique affectée.</p> <p>Pour les scénarios 1 et 2, la MAG basée sur les données PTZ d'enquêtes représentatives à un niveau administratif supérieur à celui de l'unité concernée, peut être utilisée dans certaines conditions pour obtenir des estimations valables pour les unités administratives inférieures¹⁸. Le déterminant principal dans le cas de données d'enquête ventilées est l'effet de grappe¹⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'effet de grappe de la MAG basé sur les données PTZ pour l'enquête administrative supérieure est < 1,3, son estimation peut être utilisée pour tous les niveaux administratifs inférieurs, sans désagrégation des données. • Si l'effet de grappe de la MAG basé sur les données PTZ obtenue au niveau administratif supérieur se situe entre 1,3 et 1,7, les données peuvent être ventilées pour des niveaux administratifs inférieurs avec ≥ 5 clusters et ≥ 100 observations. Les estimations désagrégées peuvent être utilisées selon les valeurs de l'effet de grappe : <ul style="list-style-type: none"> • Pour un effet de grappe $\leq 1,7$: utiliser l'estimation ponctuelle. • Si l'effet de grappe est > 1,7, utiliser la limite inférieure de l'intervalle de confiance de 95% comme phase minimale (Noter que la phase minimale se réfère à la phase dans laquelle une zone serait classée comme la limite inférieure de l'intervalle de confiance - c'est-à-dire que la zone serait au minimum dans cette phase). Il ne s'agit que d'une phase indicative. La phase finale de la zone devrait être décidée en tenant compte de cette phase indicative ainsi que des phases basées sur l'estimation ponctuelle et l'intervalle de confiance supérieur, avec une convergence des preuves pour les facteurs contributifs. • Si l'effet de grappe de la MAG basé sur les données PTZ obtenu au niveau administratif supérieur est > 1,7, les données d'enquête ne devraient pas être ventilées pour des niveaux administratifs inférieurs. <p>Pour les scénarios 2 et 3 SEULEMENT, s'il y a une lacune dans les données récentes du recensement, envisager d'utiliser des données historiques pour déterminer la classification de la sévérité en fonction des 5 phases par indicateur pertinent (voir le tableau 1). Alternativement, envisager d'utiliser les données d'enquêtes existantes provenant de zones comparables pour déterminer quelle classification de la sévérité par phase serait pertinente pour la zone géographique affectée qui est concernée.</p> <p>Pour le scénario 3, des considérations similaires peuvent être faites pour la Malnutrition Chronique (Prévalence du retard de croissance basée sur TAZ < -2) et pour les données pertinentes sur les Carences en Micronutriments (et seulement lorsque pertinente, la surnutrition peut être prise en compte) chez les enfants U5 et les groupes vulnérables en fonction de la fiabilité des données en termes de pertinence du temps et de solidité de la méthode (voir la Figure 2 ci-dessus).</p>
<p>Groupes affectés</p> <p>(personnes déplacées, communautés d'accueil, réfugiés, populations non déplacées mais affectées, etc.)</p>	<p>Utilisation des données disponibles recueillies par des enquêtes nutritionnelles fiables basées sur la population qui est idéalement représentative de la zone géographique affectée.</p> <p>Pour tous les scénarios, si les objectifs de l'enquête n'ont pas désagrégé les résultats par groupe de population affectée, alors l'on ne peut pas supposer de différences entre les groupes affectés. Les résultats deviennent représentatifs de tous les groupes affectés sur les zones enquêtées, à moins que d'autres données fiables ne puissent démontrer le contraire. Il s'ensuit que les données sur la prévalence peuvent être répétées pour chaque groupe affecté présent dans une zone géographique donnée.</p> <p>Si des données sont disponibles pour chaque groupe affecté (c'est-à-dire, les communautés d'accueil et les réfugiés), désagréger alors les données brutes pour chaque zone géographique touchée. S'assurer que les étapes subséquentes suivent la même désagrégation puisque l'on dispose de preuves à l'appui des résultats.</p>

¹⁸ Cela peut être le cas lors d'une épidémie ou d'une pandémie sanitaire, ou d'autres événements causant des restrictions généralisées à la mobilité qui affecteraient la collecte de données primaires – plus de détails sur les recommandations peuvent être trouvés [ici](#).

¹⁹ De même que les paramètres d'analyse d'IPC AMN, une préférence pour la [MAG basée sur PTZ](#) est recommandée. La MAG basée sur le PB ne peut être utilisée qu'en l'absence de la MAG basée sur PTZ. Dans les cas exceptionnels où la MAG basé sur le PB dépeint une situation beaucoup plus grave que celle basée sur PTZ (c.-à-deux phases ou plus), la MAG basée sur le PB devrait également être prise en compte avec une analyse critique des facteurs contributifs avant une phase finale soit déterminée.

Malawi, 2020
© UNICEF/UNI303004



<p>Groupes démographiques</p> <p>(Sexe, âge désagrégé par des intervalles de temps pertinents)</p>	<p>Utilisation des données disponibles recueillies par des enquêtes nutritionnelles fiables basées sur la population qui est idéalement représentative de la zone géographique affectée. Elles sont ventilées par sexe et par groupes d'âge (ceci est automatiquement disponible dans les rapports d'enquête SMART).</p> <p>Si la ventilation n'est pas directement disponible, l'accès aux données brutes de l'enquête peut pallier à ce manque en téléchargeant les données dans ENA pour le logiciel SMART et en produisant à nouveau les rapports. Sinon, le pourcentage de garçons par rapport aux filles de moins de cinq ans au niveau national (l'OCHA dispose généralement de cette information) peut être appliqué aux résultats de la population U5 pour obtenir des résultats ventilés selon le sexe.</p> <p>Pour les données ventilées selon l'âge, il devrait suffire d'avoir des données et des résultats spécifiques à U5. Pour des désagréments plus fines, des estimations grossières peuvent être obtenues au niveau du pays pour les 0-5 mois, les 6-23 mois et les 24-59 mois; cette ventilation est généralement produite automatiquement par les rapports d'enquête SMART.</p>
<p>Groupes ayant des besoins spécifiques</p> <p>(FEFA, personnes âgées, handicapées, etc.)</p>	<p>Utilisation des données disponibles recueillies par des enquêtes nutritionnelles fiables basées sur la population qui est idéalement représentative de la zone géographique affectée.</p> <p>Pour la nutrition, les FEFA et, dans certains contextes, les personnes âgées sont des groupes cibles habituellement vulnérables sur le plan nutritionnel et il faut donc s'assurer que leurs besoins nutritionnels ont été pris en compte lors de l'analyse de la situation nutritionnelle.</p> <p>Pour les personnes handicapées, le Cluster de protection devrait fournir des données permettant des estimations grossières, sinon, utiliser 15% de la population totale et 10% pour la population d'enfants. Les pourcentages peuvent être appliqués aux résultats globaux pour l'ensemble des groupes cibles de population afin d'obtenir des résultats ventilés par handicap.</p>
<p>Catégories ou vulnérabilité spécifiques</p> <p>(rural/urbain, groupes ethniques/minoritaires spécifiques, etc.)</p>	<p>Utilisation des données disponibles recueillies par des enquêtes nutritionnelles fiables basées sur la population qui est idéalement représentative de la zone géographique affectée.</p> <p>Pour chacune de ces vulnérabilités, utiliser les données nationales du Cluster de Protection pour avoir des estimations qui seront appliquées aux résultats des enquêtes pour chaque groupe cible de population et obtenir ainsi les résultats ventilés.</p>

SCÉNARIO 1

Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est $\geq 5\%$ avec une analyse IPC AMN existante

1. Accéder et revoir la classification de l'IPC AMN existante déjà réalisée au niveau national sur la base du tableau de référence IPC de la malnutrition aiguë pour les caractéristiques des phases, et les seuils des normes internationales;
2. Revoir les indicateurs utilisés pour l'analyse IPC AMN, avec la MAG chez les filles et garçons en première ligne. Assurer l'inclusion de différentes perspectives lors de l'analyse de ces données, y compris le ratio de sexe entre garçons et filles – par exemple, les ménages dirigés par les femmes peuvent avoir des niveaux de diversité alimentaire moins importants que leur contrepartie masculine. De même, le principe d'éco-stabilité des femmes dans certaines circonstances de la pénurie alimentaire²⁰ peut contribuer à des niveaux plus élevés de malnutrition chez les garçons que chez les filles;
3. Examiner la période de validité de la classification de sévérité de l'IPC AMN existante. Si la situation a changé de manière significative, utiliser les directives de l'IPC relatives à la mise à jour de l'analyse ;
4. Utiliser les résultats de l'analyse IPC AMN pour votre analyse de la situation nutritionnelle.

SCÉNARIO 2

Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est $\geq 5\%$ et aucune analyse IPC AMN ne peut être effectuée

1. Contacter le GNC-CT pour discuter de la faisabilité de la préparation d'une analyse IPC AMN – voir l'encadré D sur les principales étapes et aspects à prendre en compte. Si possible et en accord avec le GNC-CT, réaliser une analyse IPC AMN et utiliser ses résultats.

À défaut, le GNC-CT peut prendre en charge les étapes suivantes : veuillez noter qu'il s'agit d'une mesure exceptionnelle et qu'elle ne peut être utilisée qu'après consultation du GNC-CT lorsqu'aucune autre possibilité d'effectuer l'IPC AMN dans le pays n'a été trouvée.

2. Utiliser le cadre analytique sur la malnutrition aiguë de l'IPC (voir Annexe 1) pour encadrer la convergence des preuves pour cette analyse ;
3. Respecter les paramètres clés comme les règles de classification de la sévérité – voir ► **Scénario 2** Feuille de travail de **l'Analyse nutritionnelle de l'Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster** :

3.1 Procéder à la **classification de la sévérité** de la MAG en fonction des seuils du Tableau 1 et en se basant sur les éléments suivants :

- Insérer la prévalence par zone géographique pour la MAG des enfants de moins de 5 ans basée sur le rapport P/T dans la **colonne B**. Cette prévalence sera la source principale de la classification, effectuée automatiquement dans la **colonne E**.
- Dans les cas où la MAG des enfants de moins de 5 ans basé sur le rapport P/T n'est pas disponible, ► insérer la MAG des enfants de moins de 5 ans basée sur le PB dans la **colonne C**. Un message « justifier la valeur » est indiqué lorsque les données doivent être insérées dans la **colonne F**.
- Insérer la prévalence de la MAG des FEFA basée sur le PB dans la **colonne D**. Ce n'est que dans les rares cas où aucune MAG des enfants de moins de 5 ans basée sur le rapport P/T ou le PB n'est disponible que celui-ci sera utilisé pour la classification, sinon il sera utilisé pour le prochain calcul des PiN.



Aleppo, Syrian Arab Republic
© UNICEF/UNI271372/AI-Issa

²⁰ Pour plus de détails sur le principe d'éco-stabilité des femmes [ici](#).

3.2 Effectuer une analyse des principaux facteurs contributifs/ contextuels basés sur les seuils du Tableau 1 utilisant le ► **Scénario 2 Facteurs contributifs** de l'**Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster** basé sur ce qui suit :

- ► Insérer les prévalences par zone géographique pour les Facteurs contextuels et les indicateurs de conditions de vie disponibles dans les **colonnes B-L**. Notez que la Fréquence minimale des repas pour les enfants de 6-23 mois est utilisée ici sur l'indicateur composite Régime alimentaire minimum acceptable pour les enfants de 6-23 mois
- ► Insérer les taux de mortalité par zone géographique pour les indicateurs disponibles de Taux de mortalité brut et de Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les **colonnes M-N**.
- ► Insérer le numéro de la phase correspondante (voir la feuille de travail ► **Seuils de classification** pour plus de détails) pour chaque indicateur pertinent de sécurité alimentaire, WASH, et de santé pour chaque zone géographique dans les **colonnes O-AN**.
- Une analyse qualitative des principaux facteurs contributifs sera effectuée par colonne complétée, similaire à l'analyse IPC AMN, sur la base des seuils suivants :

4. Assurer l'inclusion de différentes perspectives lors de l'analyse de ces données y compris le ratio de sexe entre garçons et filles – par exemple, l'accès aux services nutritionnels peut être différent pour les hommes et les femmes.
5. Préparer le rapport en utilisant le **consensus** de la classification de sévérité et ses principaux facteurs contributifs pour la définition des priorités géographiques – revoir l'encadré E ci-dessus en cas de données datées sur la nutrition;
6. Résumer la fiabilité de toutes les preuves utilisées dans la feuille de travail ► **Fiabilité des preuves utilisées** basée sur les scores indiqués dans l'IPC AMN susmentionnés dans la figure 2 ;
7. Présenter les résultats²¹ aux décideurs sur la base des points clés de l'Annexe 5 tout en soulignant les éventuels **mouvements de population et les questions d'accessibilité** à prendre en considération ;
8. Documenter toute insuffisance de ressources, y compris les insuffisances en termes de capacités et de preuves, afin d'informer les futures analyses de la situation nutritionnelle à l'intention de l'unité de soutien mondial du GNC-CT et/ou de l'IPC sur toute question technique et de mise en œuvre pour l'élaboration et la révision des documents d'orientation et de formation existants.

Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique	Aucune donnée
Aucun facteur contributif	Facteur contributif mineur	Facteur contributif majeur	Facteur contributif critique		

²¹ Inclure des détails sur le raisonnement critique utilisé pour la période en cours, en particulier lorsque la convergence des preuves est utilisée pour arriver à une conclusion, les sources de preuves utilisées et leur analyse, une brève description des caractéristiques de la population par zone géographique, la durée de l'analyse (c'est-à-dire la période de validité), les principaux facteurs de malnutrition aiguë et toute limitation de l'analyse de la situation.

SCÉNARIO 3

Situations humanitaires où la prévalence de la MAG des enfants de moins de 5 ans est < 5 %

1. Utiliser le cadre analytique sur la malnutrition aiguë de l'IPC (voir Annexe 1) pour encadrer la convergence des preuves pour cette analyse ;

Dans la feuille de travail ► **Scénario 3 Analyse nut.**, effectuer la classification de la sévérité en utilisant un **système de notation préliminaire** dans les **colonnes P-U** qui prend en compte à la fois la vulnérabilité des groupes cibles et la fiabilité de ces 10 indicateurs²² (en prenant note de l'utilisation du Régime alimentaire minimum acceptable pour les enfants de 6-23 mois si disponible) jugés pertinents pour ce scénario. Un 11^{ème}

indicateur facultatif avec un nombre fixe de points associés (voir la dernière ligne ci-dessous) est inclus pour les intrants des pays si cela est jugé nécessaire compte tenu du contexte, par exemple, la prévalence de la malnutrition aiguë basée sur le PTZ (voir le Tableau 1 ci-dessus pour d'autres indicateurs à considérer). Il n'est pas recommandé d'inclure des indicateurs de mortalité à moins que seuls les décès non traumatiques ne soient pris en compte. Par défaut, la phase 1 est supposée pour tous ces indicateurs pour le système de notation préliminaire du scénario 3 (voir Limitations):

SYSTEME DE NOTATION PRELIMINAIRE*	Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique	
100.00	1,00	5,00	14,00	30,00	50,00	
Prévalence en % de l'allaitement exclusif chez les enfants de 0-5 mois	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	55%
Diversité alimentaire minimale chez les enfants de 6-23 mois (si disponible, utiliser le Régime alimentaire minimum acceptable chez les enfants âgés de 6-23 mois)	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	
Prévalence du retard de croissance en % (T/A) pour les enfants de 0-59 mois	0,11	0,55	1,54	3,30		
Prévalence du surpoids chez les enfants de 0-59 mois	0,11	0,55	1,54	3,30	9,17	
Prévalence d'anémie chez les enfants de 6-59 mois	0,11	0,55	1,54	3,30		
Prévalence d'anémie chez les femmes enceintes	0,10	0,50	1,40	3,00		30%
% des nourrissons de 0-5 mois non allaités et ayant accès à l'approvisionnement en substituts de lait maternel (SLM)	0,10	0,50	1,40	3,00	5,00	
% des nourrissons de 6-11 mois non allaités et ayant accès à l'approvisionnement en substituts de lait maternel (SLM)	0,10	0,50	1,40	3,00	5,00	
Prévalence de la MAG en % pour les personnes âgées (MUAC<210mm)	0,05	0,25	0,70	2,25		15%
Prévalence de la MAG en % pour les adolescents (IMC-pour-l'âge)	0,05	0,25	0,70	1,50	3,75	
Contribution du pays (si pertinent)	0,05	0,25	0,70	1,50	3,75	

²² La logique provient d'un système à points proposé par le Groupe de Travail de la GNC en vertu duquel les indicateurs en pourpre représentent 55% du nombre total de points par phase, ceux en bleu, 30% et ceux en vert 10% seulement. Par exemple, si la prévalence d'émaciation de moins de 5 ans est en Phase 3, 1,54 points seront attribués tandis que pour une prévalence de MAG chez les personnes âgées, l'allocation n'est que de 0,7 points. Pour des données manquantes, le tableur affecte automatiquement le statut de Phase 1 à l'indicateur. Une telle séparation n'est pas fondée sur des réalités solides du terrain mais plutôt sur une vulnérabilité et performance supposées pour les 10 indicateurs de ce Scénario. (Voir aussi le paragraphe Limitations en page 3 sur ce même sujet).

1.1 ► Insérer la prévalence par zone géographique pour l'un des 10 indicateurs facilement disponibles dans les colonnes B-L.

1.2 Une classification automatique basée sur les seuils du tableau 1 sera effectuée dans ces colonnes. Sur la base de cette classification, le nombre de points associés sera pris et ajouté dans la colonne M.

1.3 Sur la base du nombre total de points calculés, la classification de la sévérité associée par zone géographique sera automatiquement indiquée dans colonne N en utilisant les seuils préliminaires suivants (voir Limitations p. 3) :

TABLEAU D'INTERPRETATION	Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique
Seuils préliminaires basés sur l'évaluation de la sévérité	≤4	5-13	14-29	30-49	≥50

2. Effectuer une analyse des principaux facteurs contributifs/ contextuels basés sur les seuils du Tableau 1 utilisant le ► **Scénario 3 Facteurs contributifs** de l'**Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster** basé sur ce qui suit :

- Insérer les taux de mortalité par zone géographique pour les indicateurs disponibles de Taux de mortalité brut et de taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les colonnes B-C.
- Insérer le numéro de la phase correspondante (voir la feuille de travail ► **Seuils de classification** pour plus de détails) pour chaque indicateur pertinent

de sécurité alimentaire, WASH, et de santé pour chaque zone géographique dans les colonnes D-AC.

- Une analyse qualitative des principaux facteurs contributifs sera effectuée par colonne complétée, similaire à l'analyse IPC AMN, sur la base des seuils suivants :

Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique	Aucune donnée
Aucun facteur contributif	Facteur contributif mineur	Facteur contributif majeur	Facteur contributif critique		

3. Assurer l'inclusion de différentes perspectives lors de l'analyse de ces données y compris le ratio de sexe entre garçons et filles – par exemple, les ménages dirigés par les femmes peuvent avoir des niveaux de diversité alimentaire moins importants que leur contrepartie masculine.
4. Préparer le rapport en utilisant le consensus de la classification de la sévérité basée dans ► **Scénario 3 Analyse Nut.** et ses principaux facteurs contributifs pour la définition des priorités géographiques – revoir l'encadré E ci-dessus en cas de données datées sur la nutrition ;
5. Résumer la fiabilité de toutes les preuves utilisées dans la feuille de travail ► **Fiabilité des preuves utilisées** basée sur les scores indiqués dans l'IPC AMN susmentionnés dans la figure 2 ;
6. Présenter les résultats²³ aux décideurs sur la base des points clés de l'Annexe 5 tout en soulignant les éventuels **mouvements de population et les questions d'accessibilité** à prendre en considération ;
7. Documenter toute insuffisance de ressources, y compris les insuffisances en termes de capacités et de preuves, afin d'informer les futures analyses de la situation nutritionnelle à l'intention de l'unité de soutien mondial du GNC-CT sur toute question technique et de mise en œuvre pour l'élaboration et la révision des documents d'orientation et de formation existants.

²³ Inclure des détails sur le raisonnement critique utilisé pour la période en cours, en particulier lorsque la convergence des preuves est utilisée pour arriver à une conclusion, les sources de preuves utilisées et leur analyse, une brève description des caractéristiques de la population par zone géographique, la durée de l'analyse (c'est-à-dire la période de validité), les principaux facteurs de malnutrition aiguë et toute limitation de l'analyse de la situation.



3 | PRÉPARER LES CHIFFRES CLÉS RELATIFS À LA NUTRITION POUR L'APERÇU DES BESOINS HUMANITAIRES ET LES PLANS DE RÉPONSE ULTÉRIEURS



3. PRÉPARER LES CHIFFRES CLÉS RELATIFS À LA NUTRITION POUR L'APERÇU DES BESOINS HUMANITAIRES ET LES PLANS DE RÉPONSE ULTÉRIEURS (UNIQUEMENT APPLICABLE AUX CLUSTERS DE L'IASC)

Calendrier indicatif : En parallèle avec l'analyse de la situation nutritionnelle.

Les résultats de l'analyse de la situation nutritionnelle alimentent les données démographiques de la HNO et du HRP définis dans la figure 3 et le Tableau 2 de l'Annexe 4, où ces informations communément demandées dans les situations humanitaires constituent l'épine dorsale de toute opération humanitaire. Une terminologie incohérente, des méthodologies peu claires et un manque de transparence, de coordination et de standardisation dans la collecte des données conduisent souvent les acteurs humanitaires à opérer avec des informations différentes. Parallèlement, la compréhension de l'ampleur de la situation à différents niveaux de sévérité permet de planifier les réponses en identifiant le nombre de personnes en besoin (PiN), par secteur et de manière intersectorielle (ce point est abordé dans l'Addendum 1 du JIAF).

Pour le Cluster Nutrition, les PiN représentent le nombre de personnes en difficulté nutritionnelle, en raison de conséquences humanitaires, dans chaque zone géographique, sur la base de l'analyse situationnelle des données/informations. En utilisant l'**Outil de calcul pour l'analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition du Cluster**, les PiN doivent être calculé pour chaque besoin nutritionnel spécifique et exprimé en tant que tel, alors que la HNO sert déjà de projection des besoins nutritionnels pour l'année à venir. Une fois que la donnée PiN des besoins est obtenue, une estimation des PiN faisant face à des contraintes d'accès humanitaire peut être déterminée. Le calcul est basé sur l'incidence ou la prévalence estimée des personnes qui ont besoin de ce service spécifique (par ex., le nombre d'enfants de moins de 2 ans touchés par une situation humanitaire et ayant besoin d'une assistance nutritionnelle dans le cadre d'un programme d'ANJE). Quelle que soit la nature de la situation humanitaire, diverses Actions Essentielles de Nutrition (ENAs)²⁴ pourraient influencer sur les déterminants d'une nutrition, d'une croissance et d'un développement optimaux grâce à des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition (figure 4).



Mauritania
© UNICEF/UNI353698/Pouget

²⁴ Organisation Mondiale de Santé (2019) *Actions Essentielles de Nutrition : intégrer la nutrition tout au long de la vie.*

Figure 4. Sous-ensemble de domaines d'intérêt tirés des ENAs de l'OMS

	Contextes (tous ou ciblés)	Actions Essentielles de Nutrition	Autres secteurs impliqués
1. Nourissons	Tous	A. Moment le plus opportun pour couper le cordon ombilical	
	Tous	B. Protection, promotion et soutien d'allaitement	Social (protection de maternité) L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH)
	Ciblés	C. Soins pour les bébés présentant un faible/très faible poids à la naissance	
	Ciblés	D. Diagnostique et prise en charge de l'émaciation	
	Ciblés	E. Supplémentation en vitamine A chez les nourissons âgés de moins de 6 mois	
2. Enfants	Tous	A. Alimentation complémentaire appropriée	Education, commerce et industrie
	Tous	B. Suivi de la croissance	Education
	Ciblés	C. Diagnostique et prise en charge de l'émaciation	Education, commerce et industrie
	Ciblés	D. Supplémentation en micronutriments contenant du fer	Education, commerce et industrie
	Ciblés	E. Supplémentation en vitamine A	Education, commerce et industrie
	Ciblés	F. Supplémentation en iode	Education, commerce et industrie
	Ciblés	G. Supplémentation en zinc chez les enfants âgés de 6-59 mois	Education, commerce et industrie
3. Adolescents	Ciblés	A. Supplémentation en micronutriments contenant du fer	Education, commerce et industrie
4. Adultes	Tous	A. Soins nutritionnels pour les femmes pendant la grossesse et le post-partum	Education, commerce et industrie Social (protection de la maternité et congé parental)
	Ciblés	B. Supplémentation en micronutriments contenant du fer	Education, commerce et industrie
	Ciblés	C. Supplémentation en iode	Education, commerce et industrie
5. Personnes âgées	Ciblés	A. Soins nutritionnels pour les personnes âgées à risque	Education, commerce et industrie

Compte tenu de l'évolution des conditions et du contexte humanitaires, la HNO (modèle fourni par l'OCHA et/ou le gouvernement au niveau national) est un produit **itératif** destiné à aider tous les acteurs humanitaires, les autorités locales et nationales, la société civile et les communautés touchées à développer une compréhension commune de l'impact et de **l'évolution d'une situation humanitaire**.

Les résultats de l'analyse de la situation nutritionnelle jettent les bases d'une réponse humanitaire cohérente et efficace basée sur l'ampleur identifiée, notamment par le biais du HRP, et son suivi basé sur les questions 4W ainsi que d'autres outils de rapport et de suivi. Le cas échéant, les informations concernant les réfugiés et leur contexte, leurs besoins, leurs vulnérabilités et leur situation spécifiques doivent également être intégrées²⁵. En outre, les besoins des personnes handicapées devraient être pris en compte pour s'assurer que ce groupe vulnérable et à risque ne soit pas laissé pour compte dans la réponse humanitaire (voir encadré F).

En fonction de la situation humanitaire, il est important de commencer par ce qui est déjà connu pour les différents groupes et sous-groupes de population (par , les personnes handicapées), les dynamiques de genre, les zones géographiques et/ou les questions spécifiques. L'inventaire des interventions nutritionnelles existantes permet d'identifier les questions clés nécessaires pour éclairer la planification et la prise de décision en matière de réponse, sur la base de leurs réalisations, de leurs lacunes et de la manière dont elles ont influencé les **conséquences humanitaires** : une différenciation importante pour le développement des HNO et des HRP. Comme indiqué précédemment, la nutrition se concentre sur les deux conséquences humanitaires suivantes :

- **« Le bien-être physique et mental »** : ces conséquences ont un effet direct sur la survie, l'intégrité mentale et physique et/ou la dignité des personnes à court terme (au cours des six mois suivants), sachant qu'elles ont également des effets à plus long terme (par ex., la malnutrition aiguë et/ou chronique, le décès et la morbidité). Pour la nutrition, les conséquences sur le « Bien-être physique et mental » sont basées sur des données anthropométriques. L'urgence de la réponse peut varier en fonction de la durée de leur effet (survie à court terme contre survie à long terme) et de leur degré d'irréversibilité en l'absence de réponse.
- **« Les conditions de vie »** : ces conséquences ont un effet direct sur la capacité des personnes à poursuivre normalement leurs activités économiques et sociales et à satisfaire leurs besoins fondamentaux de manière autonome. Elles se manifestent par différents types de carence et le recours à divers mécanismes d'adaptation pour répondre aux besoins fondamentaux (par ex., le manque de nourriture, de revenus, d'accès aux soins de

ENCADRÉ F. INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPÉES

On estime que les personnes handicapées représentent 15 % de la population mondiale. Dans les urgences humanitaires, elles peuvent former un pourcentage beaucoup plus élevé. Elles comptent parmi les personnes les plus marginalisées des communautés touchées par la crise et sont touchées de manière disproportionnée par les conflits et les situations d'urgence. En cas de catastrophe, leur taux de mortalité est deux à quatre fois plus élevé que celui des personnes non handicapées. Dans de nombreux contextes, les données ventilées par handicap (telles que les données administratives ou les prévalences nationales) sont inexistantes ou peu fiables. Les données primaires pour éclairer les estimations locales des personnes handicapées devraient idéalement être recueillies à l'aide de méthodes reconnues à l'échelle internationale, telles que les outils de l'Ensemble du groupe de Washington. Dans le cas où la collecte de données primaires n'est pas réalisable, il est recommandé de supposer que 15 % du PiN adultes aura une forme quelconque d'handicap (le même pourcentage s'applique aux FEFA) et 10 % du PiN pour les enfants à utiliser dans la planification de l'inclusion de personnes handicapées. Ces estimations sont utilisées dans le HNO à des fins de planification; ces estimations ne devraient pas être utilisées pour signaler que les personnes handicapées sont atteintes par les services de nutrition – voir des [conseils sur l'intégration du handicap dans les HNO et des conseils sur les cadres de surveillance inclusifs des personnes handicapées](#).

santé, à l'eau, à l'assainissement, au logement et à l'éducation) et de comprendre leurs différences pour chaque groupe de population.

Les Tableaux 4A, 4B, 4C ci-dessous décrivent respectivement trois catégories de besoins nutritionnels : Sous-alimentation aiguë et chronique, suralimentation ; pratiques d'ANJE ; et carence en micronutriments. Ces trois Tableaux indiquent également le calcul des PiN pour des groupes de population spécifiques pour un **sous-ensemble minimum** d'interventions clés propres à la nutrition (par exemple, l'assistance en ANJE, le traitement des MAM et MAS²⁶, l'alimentation complémentaire générale ou ciblée, la supplémentation en vitamine A).

²⁵ Ce document et ces modèles ne porteront pas préjudice aux directives communes OCHA-UNHCR sur les situations mixtes.

²⁶ Remarque : le nombre de cas identifiés souffrant de MAM ou de MAS constituant la base des PiN pour le traitement peut être calculé en utilisant la prévalence combinée de MAS/MAM identifiée par le rapport P/T et/ou le PB (c-à-d. la MAGc). La légende donne des explications sur la méthode.

Veillez noter que le contenu des Tableaux 4A, 4B, 4C ne se veut pas exhaustif (à savoir qu'il n'inclut pas les interventions sensibles à la nutrition) et doit être pris en compte en fonction du contexte spécifique, des directives nationales existantes et de la nature de la situation de crise.

Avant de passer à la vérification des calculs automatiques, **insérer les informations démographiques suivantes** dans la feuille de travail ► **Données démographiques** pour obtenir les PiN suivants :

Admin 2 pour les zones d'intérêt « affectées » et les données démographiques (de l'OCHA et/ou du gouvernement) ; toutes les informations démographiques disponibles pour les enfants de moins de 5 ans, ventilées par catégories d'âge pertinentes **et ventilées par dimensions pertinentes incluant le genre, l'handicap et d'autres caractéristiques de diversité** si disponibles :

- Si aucune information n'est disponible pour les 0-5 mois et les 6-11 mois, nous pouvons supposer que chacun représente 1,8 % du pourcentage total selon les données du groupe²⁷ ;
- Si aucune information n'est disponible pour les 6-23 mois, nous pouvons supposer, sur la base des données du groupe susmentionné, qu'ils représentent 5,4 % de la population totale ;
- Si aucune information n'est disponible sur le nombre de personnes handicapées, nous pouvons supposer qu'ils représentent 15 % du PiN total chez les adultes (même pourcentage s'applique pour FEFA) et 10% du PiN total chez les enfants.
- Si aucune information relative aux FEFA n'est disponible, nous pouvons supposer que ce groupe représente 7 % de la population totale et 4 % des FE.

Chacun de ces Tableaux résume les principales considérations lors du calcul des PiN par besoin nutritionnel sur la base de ce qui suit :

- **Besoin nutritionnel (Actions Essentielles de Nutrition)** : sur la base des trois catégories détaillées ci-dessus et des ENAs correspondantes (si disponibles) ;
- **Harmonisation avec un sous-ensemble de Nutrition à fort impact** : une série d'interventions spécifiques à la nutrition promues par l'OMS pour répondre à ces besoins nutritionnels ;
- **Groupes potentiels de population à inclure** : groupes de population ayant besoin d'interventions spécifiques en matière de NiE, comme par exemple, les enfants de 0-23 mois, de 0-59 mois (moins de 5 ans), les FEFA, les personnes âgées. La décision relative à la sélection des groupes à inclure doit être basée sur l'analyse de la situation nutritionnelle et d'autres informations pertinentes ;
- **Indicateurs et considérations clés** : La liste des indicateurs de base (la MAG étant divisée entre la MAS et la MAM) et d'autres indicateurs pertinents provenant du Cluster Nutrition Global [Registre des indicateurs et cadre](#) en tenant compte de considérations essentielles dans leur estimation. Si la MAGc²⁸ est disponible au niveau du pays, **la MAGc (ainsi que ses dérivés MAMc et du MASc) sera privilégiée pour le calcul de Nutrition des PiN** ;
- **Formules de calcul de PiN** : Des formules claires par indicateur pertinent sont incluses. La ventilation par sexe, groupe d'âge et handicap doit être effectuée lorsque les données sont disponibles. L'**outil de calcul HNO du Cluster Nutrition**, issu du Registre des indicateurs et cadre du Cluster Nutrition Global et de son Outil de calcul des cas, peut être utilisé pour calculer automatiquement le nombre de personnes sur la base d'une série d'étapes détaillées en utilisant les feuilles de calcul ► **PiN**. Le processus doit être bien documenté pour indiquer où les chiffres cessent d'être représentatifs et où l'avis des experts doit avoir une influence équivalente.

■ Pour l'analyse interne du Cluster Nutrition pour la HNO et le HRP, il n'est pas nécessaire de consolider les PiN par besoin nutritionnel selon les conséquences humanitaires. Un Total Nutrition PiN est utile lors de la préparation du HRP et pour l'analyse du cadre d'analyse intersectorielle (JIAF) - voir Addendum 1.

²⁷ Extrait de l'Annexe 2 de l'OMS [Protocoles d'évaluation sanitaire rapide en situation d'urgence](#).

²⁸ MAGc : indicateur combiné MAG basé sur le rapport P/T et la MAG basée sur le PB.

Tableau 4A. Synthèse des calculs de PiN pour la sous-alimentation aiguë et chronique, la suralimentation

Besoin nutritionnel (Actions Essentielles de Nutrition)	Harmonisation avec un sous-ensemble d'interventions à fort impact sur la nutrition (HNI)	Groupes de population potentiels à inclure	Indicateurs (de base) et considérations clés	Formules de calcul PiN
<p>Malnutrition aiguë (AMN) (Gestion de l'émaciation)</p>	<p>Dépistage nutritionnel et orientation</p> <p>Prise en charge hospitalière de la MAS (centres de stabilisation -CS)</p>	<p>Tous les enfants de moins de 5 ans FEFA Adolescents Personnes âgées²⁹</p> <p>Tous les enfants de moins de 6 mois atteints de MAS Couples mère/nourrisson à haut risque Filles et garçons âgés de 6-59 mois qui présentent d'œdèmes bilatéraux sévères (+++) ou une malnutrition aiguë sévère avec complications médicales FEFA atteintes de MAS et complications médicales</p> <p><i>Le cas échéant :</i> <i>Femmes et hommes âgés atteints de MAS</i> <i>Adolescents, filles et garçons, atteints de MAS et avec complications médicales</i></p> <p>Pour les mesures de changement de comportement : Il convient d'inclure les activités de communication pour le développement (changements de comportement) au niveau des établissements. Estimation d'un soignant par enfant (l'enfant admis pour un traitement de MAS soit comme patient de CS ou PCAM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'enfants de moins de 5 ans devant faire l'objet d'un dépistage de la malnutrition Nombre de FEFA devant faire l'objet d'un dépistage de la malnutrition Nombre d'adolescents devant faire l'objet d'un dépistage de la malnutrition Nombre de personnes âgées devant faire l'objet d'un dépistage de la malnutrition <p>100 % des enfants estimés devraient être ciblés pour le dépistage.</p> <p>Lorsqu'un programme de nutrition existe déjà et que les données de l'année précédente sont disponibles pour définir la proportion de population de chaque groupe dans la zone d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Prévalence de MASc chez les enfants de moins de 5 ans (si non disponible, utiliser 6-59 mois)</u> <u>Prévalence de MAS chez les enfants de 0-59 mois basée sur le rapport P/T et/ou présence d'œdèmes bilatéraux (si non disponible, utiliser 6-59 mois)</u> <u>Prévalence de MAS chez les enfants de 6-59 mois basée sur le rapport P/T et/ou présence d'œdèmes bilatéraux</u> Prévalence de MAS chez les personnes âgées basée sur le PB. Prévalence de MAS chez les adolescents sur la base de l'IMC-pour-l'âge <p>Si la prévalence de MAG est connue, alors que la prévalence de MAS ne l'est pas, penser à utiliser une estimation moyenne de 20 % des patients atteints de MAG souffrant de MAS.</p> <p>En moyenne, 5-20 % des enfants atteints de MAS devraient être orientés vers un traitement en milieu hospitalier. Cette proportion dépendra du statut du programme PCAM.</p>	<p>Nombre d'enfants devant être soumis à un dépistage de la malnutrition (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % d'enfants de moins de 5 ans</p> <p>Nombre de FEFA devant faire l'objet d'un dépistage de la malnutrition = Données démographiques des zones « affectées » x % de FEFA</p> <p>Nombre d'adolescents devant être soumis à un dépistage de la malnutrition (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % d'adolescents</p> <p>Nombre de personnes âgées devant être soumis à un dépistage de la malnutrition (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % de personnes âgées</p> <p>Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le besoin atteints de MAS³⁰ (ventilé par sexe) = Prévalence de MASc x population U5 des zones « affectées » x k (facteur incident de la MAS)</p> <p>Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS ayant besoin d'un traitement hospitalier^{30d} (ventilé par sexe) = Nombre de cas de MAS (sur la base de la MASc par défaut) x Proportion prévue de cas de MAS pour un traitement hospitalier</p> <p>Nombre de personnes âgées en difficulté nutritionnelle (ventilé par sexe) = Prévalence de MAS basée sur le PB x population de personnes âgées des zones « affectées »</p> <p>Nombre d'adolescents en difficulté nutritionnelle (ventilé par sexe) = Prévalence de MAS basée sur l'IMC-pour-l'âge x population d'adolescents des zones « affectées »</p>
	<p>Gestion des patients ambulatoires (PCAM, Programme Thérapeutique Ambulatoire- PTA)</p>	<p>Filles et garçons âgés de 6-59 mois qui présentent d'œdèmes bilatéraux légers à modérés (+, ++) ou une émaciation sévère sans complications médicales FEFA atteintes de MAS sans complications médicales</p> <p><i>Le cas échéant : Adolescents, filles et garçons, atteints de MAS sans complications médicales</i></p>	<p>Au début d'un programme PCAM, un nombre élevé de cas compliqués peut être renvoyé au CS, de sorte que la proportion sera élevée et pourrait se situer autour de 15-20 %. Dans un programme PCAM qui fonctionne bien, cette proportion peut diminuer au fil du temps et se situer autour de 5-10 %.</p>	<p>Nombre d'enfants âgés de 6-59 mois atteints de MAS ayant besoin d'un traitement ambulatoire³¹ (ventilé par sexe) = prévalence de la MASc x population des enfants de 6-59 mois des zones « affectées » x k (facteur incident de la MAS) x proportion attendue de cas de MAS pour le traitement ambulatoire</p> <p>Mêmes détails de calcul ci-dessus pour les FEFA et les adolescents.</p>
	<p>Traitement de la MAM</p>	<p>Filles et garçons de 6-59 mois souffrant de malnutrition aiguë modérée FEFA souffrant de malnutrition aiguë (sévère et modérée) avec des nourrissons de 0-5 mois, FEFA VIH souffrant de malnutrition aiguë, sévère, modérée et légère</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Prévalence de MAMc chez les enfants de moins de 5 ans (si non disponible, utiliser 6-59 mois)</u> <u>Prévalence de MAM chez les enfants de moins de 5 ans basée sur le rapport P/T (si non disponible, utiliser 6-59 mois)</u> <u>Prévalence de MAM chez les enfants de 6-59 mois basée le PB</u> <u>Prévalence de MAM chez les FEFA basée sur le PB</u> Prévalence de MAG chez les FEFA VIH basée sur le PB < 210 mm <p>Si la prévalence de MAM n'est pas connue, penser à utiliser une estimation moyenne de 80 % des patients MAG atteints de MAM.</p>	<p>Nombre d'enfants dans le besoin atteints de MAM âgés de 6-59 mois (ventilé par sexe) = Prévalence de la MAMc (par défaut) x population des enfants de 6-59 mois des zones « affectées » x k (facteur incident de la MAM)</p> <p>Nombre d'enfants âgés de 6-59 mois atteints de MAM ayant besoin d'un programme (ventilé par sexe) = prévalence de la MAMc (par défaut) x population des enfants de 6-59 mois des zones « affectées » x k (facteur incident MAM) x proportion attendue de cas de la MAM pour le programme</p> <p>Nombre de FEFA dans le besoin atteints de MAM = Prévalence de la MAM x population de FEFA des zones « affectées »</p>
	<p>Programme d'alimentation complémentaire (BSFP)</p>	<p>Filles et garçons âgés de 6-23 mois FEFA.</p> <p><i>Si les ressources le permettent, envisager d'inclure les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'enfants de 6-23 mois ayant besoin d'un BSFP Proportion de FEFA ayant besoin d'un BSFP <p>70 - 80% des enfants de moins de 2 ans et des FEFA estimés devraient être ciblés pour le BSFP.</p>	<p>Nombre d'enfants de 6-23 mois ayant besoin d'un BSFP (ventilé par sexe) = Population des enfants âgés de 0-23 mois des zones « affectées » x Couverture prévue pour le BSFP</p> <p>Nombre de FEFA ayant besoin d'un BSFP = population de FEFA des zones « affectées » x Couverture prévue pour la BSFP</p>
<p>Malnutrition chronique</p>	<p>Prévention de la malnutrition</p>	<p>Filles et garçons entre 0-59 mois</p>	<p><u>Prévalence du retard de croissance des enfants de moins de 5 ans basée sur le T/A</u></p>	<p>Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le besoin en retard de croissance (ventilé par sexe) = Prévalence du retard de croissance x population d'enfants de moins de 5 ans des zones « affectées »</p>
<p>Surpoids</p>	<p>Prévention de la malnutrition</p>	<p>Filles et garçons entre 0-59 mois</p>	<p><u>Prévalence du surpoids des enfants de moins de 5 ans basée sur le rapport P/T</u></p>	<p>Nombre d'enfants de moins de 5 ans dans le besoin en surpoids (ventilé par sexe) = Prévalence du surpoids x population d'enfants de moins de 5 ans des zones « affectées »</p>



Viet Nam
© UNICEF/UNI279934/VietHung

²⁹ La définition de l'ONU désigne les personnes de 60 ans et plus (≥ 60) comme âgées. Vous pouvez cependant adapter cette définition en fonction du contexte : dans certains pays (par ex., en Afrique subsaharienne), la vieillesse est un concept plutôt social ou culturel (par ex., le départ à la retraite, les cheveux blancs...), et il est logique de cibler les personnes âgées de 50 ou 55 ans. Certains pays ont leur propre définition. S'il n'existe pas de définition nationale des personnes âgées, utiliser la définition de l'ONU (≥ 60).

³⁰ Elle sera corrigée sur la base du prochain guide de l'UNICEF pour l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement contre l'émaciation, basé sur des données de recherche sur les enfants de 6-59 mois.

³¹ Consulter le prochain guide de l'UNICEF pour l'estimation du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement contre l'émaciation, basé sur des données de recherche sur les enfants de 6-59 mois.

Tableau 4B Calculs sommaires des PiN par pratique d'ANJE

Besoin nutritionnel (Actions Essentielles de Nutrition)	Harmonisation avec un sous-ensemble d'interventions à fort impact sur la nutrition (HNI)	Groupes de population potentiels à inclure	Indicateurs (de base) et considérations clés	Formules de calcul PIN
Pratiques d'ANJE (Protection, promotion et soutien pour un allaitement maternel optimal)	Création d'espaces sécurisés d'ANJE	FEFA Aidants pour filles et garçons de moins de 2 ans <i>(si possible, accès par l'intermédiaire des chefs et des défenseurs de la communauté)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de FEFA conseillée en ANJE Proportion de FEFA participant aux réunions de groupe sur l'ANJE <u>Allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de 0-5 mois</u> <u>Nourrissons (de 0-5 mois) non allaités et ayant accès à l'approvisionnement SLM conformément au code et aux normes et recommandation des Directives opérationnelles IFE</u> <u>Nourrissons (de 6-11 mois) non allaités et ayant accès à l'approvisionnement en SLM conformément au code et aux normes et recommandation des Directives opérationnelles IFE</u> Proportion d'enfants de 0-11 mois ne bénéficiant pas de l'allaitement maternel (ventilée par sexe) Poursuite de l'allaitement maternel à l'âge de 1 an (proportion d'enfants de 12-15 mois nourris au lait maternel) Lorsque les données ne sont pas disponibles, supposer que : <ul style="list-style-type: none"> les 0-5 mois représentent 1,8 % de la population ; les 6-11 mois représentent 1,8 % de la population ; les FEFA représentent 7 % de la population. 	<p>Nombre de FEFA conseillées (individuellement) en ANJE = Données démographiques des zones « affectées » x % de FEFA x Proportion de FEFA conseillées pour l'ANJE</p> <p>Nombre de FEFA participant à des réunions de groupe sur l'ANJE = Données démographiques des zones « affectées » x % de FEFA x Proportion de FEFA participant à des sessions sur l'ANJE</p> <p>Nombre d'enfants de 0-5 mois ayant besoin d'un allaitement exclusif (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants âgés de 0-5 mois x (1- proportion d'allaitement exclusif)</p> <p>Nombre d'enfants de 0-5 mois non allaités ayant besoin d'approvisionnement et d'assistance en SLM³² (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x (nombre d'enfants non allaités de 0-5 mois ayant besoin d'approvisionnement et d'assistance en SLM / nombre total d'enfants de 0-5 mois participant à l'enquête)</p> <p>Nombre d'enfants âgés de 6-11 mois non allaités au sein ayant besoin d'approvisionnement et d'assistance en SLM (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x (nombre d'enfants non allaités de 6-11 mois ayant besoin d'approvisionnement et d'assistance en SLM / nombre total d'enfants de 6-11 mois participant à l'enquête)</p> <p>Nombre d'enfants âgés de 0-11 mois non allaités au sein (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x (nombre d'enfants non allaités de 0-11 mois / nombre total d'enfants de 0-11 mois participant à l'enquête)</p> <p>Nombre d'enfants encore allaités à l'âge de 1 an (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x (nombre d'enfants de 12-15 mois nourris au lait maternel / nombre total d'enfants de 12-15 mois participant à l'enquête)</p>
	Conseil (individuel) Communauté Établissements de nutrition et de santé Autres dispositifs (par ex., distributions de nourriture et d'argent, espaces adaptés aux femmes), le cas échéant			
	Conseil (réunions de groupe) Communauté Établissements de nutrition et de santé Autres dispositifs (par ex., distributions de nourriture et d'argent, espaces adaptés aux femmes), le cas échéant			
	Assistance spécialisée pour les nourrissons non allaités ou partiellement allaités* (c-à-d. les enfants à charge nourris au lait maternisé) <i>* peut inclure la mise à disposition et l'assistance en SLM ainsi qu'un kit SLM</i>	FEFA Aidants pour filles et garçons non allaités de 0-5 mois, de 6-11 mois et de nourrissons vulnérables sur le plan nutritionnel		
Pratiques ANJE (Alimentation complémentaire appropriée)	Promotion et aide à une alimentation complémentaire appropriée, en temps utile et sûre	Familles avec garçons et filles de moins de 2 ans FEFA Une couverture globale peut être envisagée lorsqu'il est trop difficile de cibler un groupe spécifique de bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> <u>Diversité alimentaire minimale chez les enfants de 6-23 mois</u> <u>Fréquence minimale des repas chez les enfants de 6-23 mois</u> <u>Régime alimentaire minimum acceptable chez les enfants âgés de 6-23 mois</u> Lorsque les données ne sont pas disponibles, supposer que : <ul style="list-style-type: none"> les 6-23 mois représentent 5,4 % de la population. 	<p>Nombre d'enfants de 6-23 mois ayant besoin d'une aide à la diversité alimentaire minimale (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants âgés de 6-23 mois x (1- proportion Diversité alimentaire minimale)</p> <p>Nombre d'enfants de 6-23 mois ayant besoin d'une aide à la diversité alimentaire minimale (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants âgés de 6-23 mois x (1- proportion Fréquence minimale des repas)</p> <p>Nombre d'enfants de 6-23 mois ayant besoin d'une aide en Régime alimentaire minimum acceptable (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % (1- proportion Régime alimentaire minimum acceptable)</p>
	Accès aux produits nutritionnels spécialisés		Voir les PiN du BSFP dans le Tableau 4A ci-dessus, ou le PIN de la supplémentation en micronutriments dans le Tableau 4C ci-dessous	
	Alimentation complémentaire appropriée par le biais de mesures d'apport d'espèces et de bons d'achat	Des critères de ciblage précis doivent être établis au niveau national dans le cas des mesures d'apport d'espèces et de bons d'achat. Les critères de ciblage doivent être basés sur des critères de vulnérabilité = population cible à risque (FEFA, enfants de moins de 2 ans)		
	Alimentation complémentaire appropriée par le biais de distributions de nourriture (en nature)			

³² **Mise en garde** : Le nombre de nourrissons et de jeunes enfants âgés de 0-5 ou 6-11 mois ayant besoin d'approvisionnement et d'assistance en SLM doit être utilisé pour orienter les priorités du programme et non pour prévoir ou demander des produits. L'interprétation de ce chiffre doit aider à définir les priorités en matière d'alimentation des nourrissons, notamment pour s'assurer que les personnes les plus vulnérables et leurs nourrissons reçoivent le soutien nécessaire. Celui-ci peut consister en des conseils en ANJE de qualité et en une étude des options telles que la reprise de lactation, l'allaitement par une autre femme et le don de lait maternel, en fonction de ce qui est culturellement acceptable et faisable. La mise à disposition ainsi que l'assistance en SLM doivent être effectuées en dernier recours, en respectant des critères stricts et en conformité avec les recommandations et les normes prévues dans les Directives opérationnelles pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence.

Tableau 4C. Calculs sommaires des PiN par carence en micronutriments

Besoin nutritionnel (Actions Essentielles de Nutrition)	Harmonisation avec un sous-ensemble d'interventions à fort impact sur la nutrition (HNI)	Groupes de population potentiels à inclure	Indicateurs (de base) et considérations clés	Formules de calcul PIN
Carences en micronutriments (supplémentation en micronutriments contenant du fer pour les enfants, les adolescents, les femmes pendant la grossesse et le post-partum)	Supplémentation en fer ou en fer/acide folique	Filles et garçons âgés de 6-23 mois (si les ressources le permettent, 6-32 ou 6-59 mois peuvent être pris en compte) Femmes enceintes FAP dans les populations où la prévalence d'anémie chez les femmes non enceintes est de 20 % ou plus Femmes en postpartum Hommes et femmes âgés	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence d'anémie Hb < 11 g/dl chez les enfants de 6-59 mois Prévalence d'anémie Hb < 11 g/dl chez les FE Proportion d'enfants âgés de 6-59 mois recevant des suppléments de micronutriments contenant du fer en quantité suffisante Proportion de FE ayant bénéficié d'une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique au cours des 6 derniers mois avant/pendant la grossesse Dans les zones où la prévalence de MAG est élevée, ne pas oublier de soustraire les enfants atteints de MAG car ils bénéficient de RUTF/RUSF contenant déjà des micronutriments	Nombre d'enfants de 6-59 mois anémiques (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-59 mois x prévalence de l'anémie des enfants de moins de 5 ans Nombre de FE anémiques = Données démographiques des zones « affectées » x % de FE x prévalence de l'anémie des FE Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant besoin d'une supplémentation en fer (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-59 mois x (1- Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant bénéficié de compléments en micronutriments contenant suffisamment de fer) Nombre de FE ayant besoin d'une supplémentation en fer = Données démographiques des zones « affectées » x % de FE x (1- Proportion de FE ayant bénéficié de compléments en micronutriments contenant suffisamment de fer)
	Supplémentation en calcium pendant la grossesse	Femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de FE ayant bénéficié d'une supplémentation en calcium pendant la grossesse Proportion de FE ayant bénéficié d'une supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse Si aucune donnée n'existe, supposer que les FE représentent 4 % de la population (pays à faible revenu uniquement)	Nombre de FE ayant besoin d'une supplémentation en calcium = Données démographiques des zones « affectées » x % de FE x (1- Proportion de FE ayant bénéficié de compléments de calcium pendant la grossesse)
	Supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse			Nombre de FE ayant besoin d'une supplémentation en micronutriments multiples = Données démographiques des zones « affectées » x % de FE x (1- Proportion de FE ayant bénéficié de compléments en micronutriments multiples pendant la grossesse)
	Supplémentation protéino-énergétique équilibrée pendant la grossesse et l'allaitement	Femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de FE ayant bénéficié d'une supplémentation protéino-énergétique pendant la grossesse/l'allaitement Si aucune donnée n'existe, supposer 4 % des FE, vers 3 % des FA (pays à faible revenu uniquement)	Nombre de FEFA ayant besoin d'une supplémentation protéino-énergétique équilibrée = Données démographiques des zones « affectées » x % de FEFA x (1- Proportion de FEFA ayant bénéficié de compléments protéino-énergétique équilibrés pendant la grossesse et l'allaitement)
Carences en micronutriments (Supplémentation en Vitamine A)	Administration de vitamine A et prévention de la carence en vitamine A (CVA)	Filles et garçons de 6-59 mois, ventilés en 6-11 mois et 12-59 mois dans les populations où la prévalence d'héméralopie est de 1 % ou plus chez les enfants de 24-59 mois ou lorsque la prévalence de CVA est de 20 % ou plus chez les nourrissons et les enfants de 6-59 mois <i>Le cas échéant :</i> FE dans les populations où la prévalence d'héméralopie est de 5 % ou plus chez les femmes enceintes ou les enfants âgés de 24-59 mois Filles et garçons atteints de la rougeole Filles et garçons atteints de MAS (voir le protocole existant au niveau national ou international concernant l'administration de la vitamine A et la prise en charge des cas de MAS) Hommes et femmes âgés	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence de carence subclinique en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu de la vitamine A au cours des 6 mois précédents Assurer la liaison avec le Cluster Santé car la distribution de vitamine A se produit souvent pendant les campagnes de vaccination ou pendant les journées de la santé de l'enfant et est administrée aux enfants atteints de rougeole dans le cadre du traitement de la rougeole	Nombre d'enfants de 6-59 mois en CVA (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-59 mois x prévalence de CVA chez les enfants de 6-59 mois Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant besoin d'une supplémentation en vitamine A (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-59 mois x (1- Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu de la vitamine A au cours des 6 mois précédents)
Carences en micronutriments (Supplémentation en iode)	Supplémentation en iode et iodation du sel	Filles et garçons âgés de 6-23 mois visés par une supplémentation en iode dans les pays où la consommation de sel iodé est inférieure à 20 % FEFA visées par une supplémentation en iode dans les pays où la consommation de sel iodé est inférieure à 20 %. Dans les cas où il est difficile d'atteindre les femmes enceintes, une supplémentation de toutes les FAP est conseillée. Hommes et femmes âgés <i>Le cas échéant :</i> Tous les ménages visés par la distribution de sel iodé dans les pays où la consommation de sel iodé est de 20 % ou plus.	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence de carence en iode chez les enfants de 6-23 mois Prévalence de carence en iode chez les FEFA Prévalence de carence en iode chez les personnes âgées 	Nombre d'enfants de 6-23 mois souffrant d'une carence en iode (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-23 mois x prévalence de carence en iode chez les enfants de 6-23 mois Nombre de FEFA souffrant d'une carence en iode = Données démographiques des zones « affectées » x % des FEFA x prévalence de carence en iode chez les FEFA Nombre de personnes âgées souffrant d'une carence en iode (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des personnes âgées x prévalence de carence en iode chez les personnes âgées
Carences en micronutriments (supplémentation en zinc dans la prise en charge de la diarrhée)	Supplémentation en zinc chez les enfants âgés de 6-59 mois	Filles et garçons âgés de 6-59 mois avec prise en charge de la diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant reçu du zinc au cours des 6 mois précédents Si aucune donnée n'existe, supposer que les enfants de 6-59 mois représentent 18-21 % de la population (pays à faible revenu uniquement). Appliquer la prévalence de diarrhée en se basant sur les données de l'OMS	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant besoin d'une supplémentation en zinc (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 6-59 mois x (1- Proportion d'enfants de 6-59 mois ayant bénéficié d'une supplémentation en fer)
Autres carences en micronutriments (La pellagre, par exemple)	Non applicable	Groupe cible	<ul style="list-style-type: none"> Proportion du ou des groupes cibles présentant une carence en un micronutriment spécifique 	Nombre de groupes cibles ayant besoin d'une supplémentation en micronutriments donnée (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x groupe(s) cible(s) x prévalence d'une carence en micronutriments donnée
Prévention et prise en charge des maladies	Vermifuge (par ex., schistosomes et les helminthes transmis par le sol)	Filles et garçons âgés de 12-59 mois Filles et garçons en âge de scolarisation Adolescents, filles et garçons FE Hommes et femmes âgés	<ul style="list-style-type: none"> Proportion du groupe de population cible ayant été traité par vermifuge 	Nombre d'enfants âgés de 12-59 mois ayant besoin de vermifuge (ventilé par sexe) = Données démographiques des zones « affectées » x % des enfants de 12-59 mois x (1- Proportion d'enfants de 12-59 mois ayant été traités par vermifuge) Mêmes calculs par autre groupe de population.

CALCUL DU PIN POUR LES SCÉNARIOS 1 ET 2

1. Insérer les données démographiques clés pour les groupes de population concernés par **sexe, catégorie d'âge et handicap si disponible** dans la *feuille de travail* ► **Données démographiques** ;
2. Revoir les calculs automatiques du nombre de personnes ayant des besoins nutritionnels sur la base des interventions pertinentes détaillées dans les Tableaux 4A-4B-4C en utilisant dans les *feuilles de calcul* ► **PiN** ;
3. Assurer que le nombre d'individus dans le besoin nutritionnel est désagrégé par dimensions pertinentes, inclut par genre (prenant en compte le ratio de sexe entre garçons et filles), par âge, par handicap et d'autres caractéristiques de diversité ;
4. Revoir ces estimations des PiN des Scénarios 1 et 2 par sexe et par handicap générées dans la *feuille de travail* ► **PiN Total**, ainsi que les sources d'information et leur fiabilité, en vous basant sur les exigences minimales de déclaration détaillées en Annexe 5 ;
5. Partager ce rapport avec les collègues concernés afin de contribuer à l'analyse globale de la HNO.

CALCUL DU PIN POUR LE SCÉNARIO 3

1. Insérer les données démographiques clés pour les groupes de population concernés par **sexe, catégorie d'âge et handicap si disponible** dans la *feuille de travail* ► **Données démographiques** ;
2. Revoir le calcul automatique du nombre de personnes ayant des besoins nutritionnels sur la base des interventions pertinentes détaillées dans les Tableaux 4A-4B-4C dans les *feuilles de calcul* ► **PiN** ;
3. Assurer que le nombre d'individus dans le besoin nutritionnel est désagrégé par dimensions pertinentes, inclut par genre (prenant en compte le ratio de sexe entre garçons et filles), par âge, par handicap et d'autres caractéristiques de diversité ;
4. Revoir ces estimations des PiN du Scénario 3 par sexe et par handicap générées dans la *feuille de travail* ► **PiN Total**, ainsi que les sources d'information et leur fiabilité, en vous basant sur les exigences minimales de déclaration détaillées en Annexe 5 ;
5. Partager ce rapport avec les collègues concernés afin de contribuer à l'analyse globale de la HNO.



CONTRIBUTIONS AU PRH

Sur la base de la compréhension de l'ampleur des besoins nutritionnels et de ses principaux facteurs à partir de l'analyse précédente de la situation nutritionnelle et des calculs de PiN par intervention, les objectifs de réponse prioritaires guident le développement du PRH afin de déterminer les interventions et les activités spécifiques les mieux adaptées pour lutter contre la malnutrition dans chaque zone d'intérêt. Cette hiérarchisation des personnes en besoins et des zones géographiques dans le cadre du PRH devrait être basée sur la sévérité, l'ampleur (nombre estimé de personnes en besoins), les causes sous-jacentes, les priorités des personnes elles-mêmes et l'analyse de l'évolution de la situation la plus probable, tandis que l'aspect temporel influence la hiérarchisation et le séquençage des interventions dans le cadre du PRH.

Une analyse des obstacles (voir Annexe 2), y compris les risques liés à la violence fondée sur le sexe (VGB) liés à la sécurité dans les services de nutrition, est une information importante pour guider l'élaboration de stratégies d'intervention dans le PRH. Sans s'attaquer aux obstacles et aux risques pour la sécurité liés au VGB dans les services et les installations de nutrition, les populations ciblées pourraient ne pas être en mesure d'accéder aux services de nutrition ou pourraient être confrontées au VGB lorsqu'elles le font. Ces obstacles et risques identifiés par la nutrition peuvent nécessiter une collaboration avec d'autres secteurs. Par exemple, une norme de genre liée au pouvoir de décision à la maison peut être un obstacle important pour améliorer l'état nutritionnel, mais difficile à traiter par les seuls acteurs de la nutrition. Dans ce cas, une planification conjointe avec d'autres acteurs comme les acteurs VGB serait utile. Dans ce cas, les acteurs de VGB peuvent examiner en faisant des activités de changement de comportement pour transformer les normes de genre liées à la prise de décision tandis que les acteurs de nutrition pourraient cibler les

femmes et les hommes sur la bonne consommation alimentaire pour de meilleurs résultats nutritionnels.

Sur la base de ce qui précède, les apports nutritionnels pour le PRH devraient se concentrer sur les sous-groupes de population identifiés (ventilés par sexe, âge et handicap) sur la base **d'une hiérarchisation géographique afin de livrer l'ensemble complet des interventions nutritionnelles**.

La prévention et le traitement de la malnutrition sont tous deux des considérations importantes dans les crises humanitaires : la malnutrition chronique peut être évitée, mais il existe peu de preuves qu'elle puisse être enrayerée ou traitée ; la malnutrition aiguë, qui peut survenir pendant une crise, peut être évitée et traitée grâce à des réponses nutritionnelles appropriées.

Compte tenu des questions liées à la mise en œuvre, telles que les capacités du gouvernement et des agences, le financement, l'insécurité dans la région, il est important de revoir les orientations existantes du GNC (voir l'encadré G) pour la préparation d'objectifs spécifiques, d'indicateurs et de cadre de suivi pour l'analyse des réponses du PRH.

Pour chacun des besoins nutritionnels identifiés ci-dessus, les NCC, les partenaires du Cluster Nutrition, le personnel de la Cluster Lead Agency et les partenaires des autres clusters, sont ensuite responsables de l'estimation du nombre de personnes ciblées pour une prestation de nutrition spécifique (c-à-d. quel pourcentage de personnes ont besoin de prestations de nutrition). Les objectifs de la réponse humanitaire fixés lors des processus de planification nutritionnelle définissent la proportion de personnes dans le besoin (PiN) qui doit être atteinte collectivement par tous les partenaires humanitaires pour un résultat précis. Elles constituent la base des plans d'intervention et des appels de fonds. Une feuille de travail résume tous les PiN calculés qui servent de base pour les contributions au HRP et son suivi – voir ► **PiN Total** avec le pourcentage ciblé fourni.

Conformément à l'engagement du SDG de « ne laisser personne de côté » et aux principes humanitaires, en particulier le principe d'impartialité, les objectifs de la réponse humanitaire **doivent être définis sur la base des seuls besoins humanitaires**, en donnant la priorité aux plus vulnérables (par exemple, les personnes handicapées) et en se gardant de toute pratique qui fausserait ou masquerait les besoins humanitaires. En tenant compte de l'accessibilité (par ex., en raison de l'insécurité) et des contraintes de temps (notamment en raison des délais impartis pour les documents de planification initiale, comme le premier mois d'une intervention), il est recommandé de prévoir un objectif plus nuancé, basé sur les besoins, où toutes les interventions humanitaires devraient tendre vers un objectif de 100 %. Des enquêtes sur la couverture des programmes permettent d'évaluer ces objectifs. La capacité opérationnelle et les tendances de financement pour une situation humanitaire précise ne doivent pas être prises en compte lors de la détermination de cet objectif basé sur les besoins.

Par conséquent, sur la base des lignes directrices de SPHERE, les programmes de lutte contre la malnutrition aiguë devraient viser au moins : 50 % dans les zones rurales, 70 % dans les zones urbaines et 90 % dans les camps.

ENCADRÉ G. CONSEILS SUR LES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES DU PLAN DE RÉPONSE HUMANITAIRE

Élaboré par le GNC, ces **directives** donnent des conseils aux clusters nutrition et à ses partenaires pour faciliter la planification d'une réponse collective et le développement d'interventions d'éducation non formelles une fois que les objectifs sectoriels spécifiques et le type d'interventions d'urgence ont été convenus. Elles s'alignent sur les principaux domaines d'intervention décrits dans les Tableaux 4A/4B/4C, en plus de la coordination des clusters, de la responsabilité envers la population touchée, de l'enquête nutritionnelle, de la surveillance nutritionnelle et de l'évaluation de la couverture du programme.

CONCLUSION

Ces directives et l'outil d'accompagnement visent à rationaliser le processus de discussion et de recherche de consensus, de conduite d'une analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition pour la planification des réponses. Les enseignements tirés seront rassemblés chaque année pour alimenter les versions suivantes, ainsi que l'Addendum 1 et les détails sur la manière dont ces chiffres contribuent au cadre d'analyse intersectorielle conjoint.

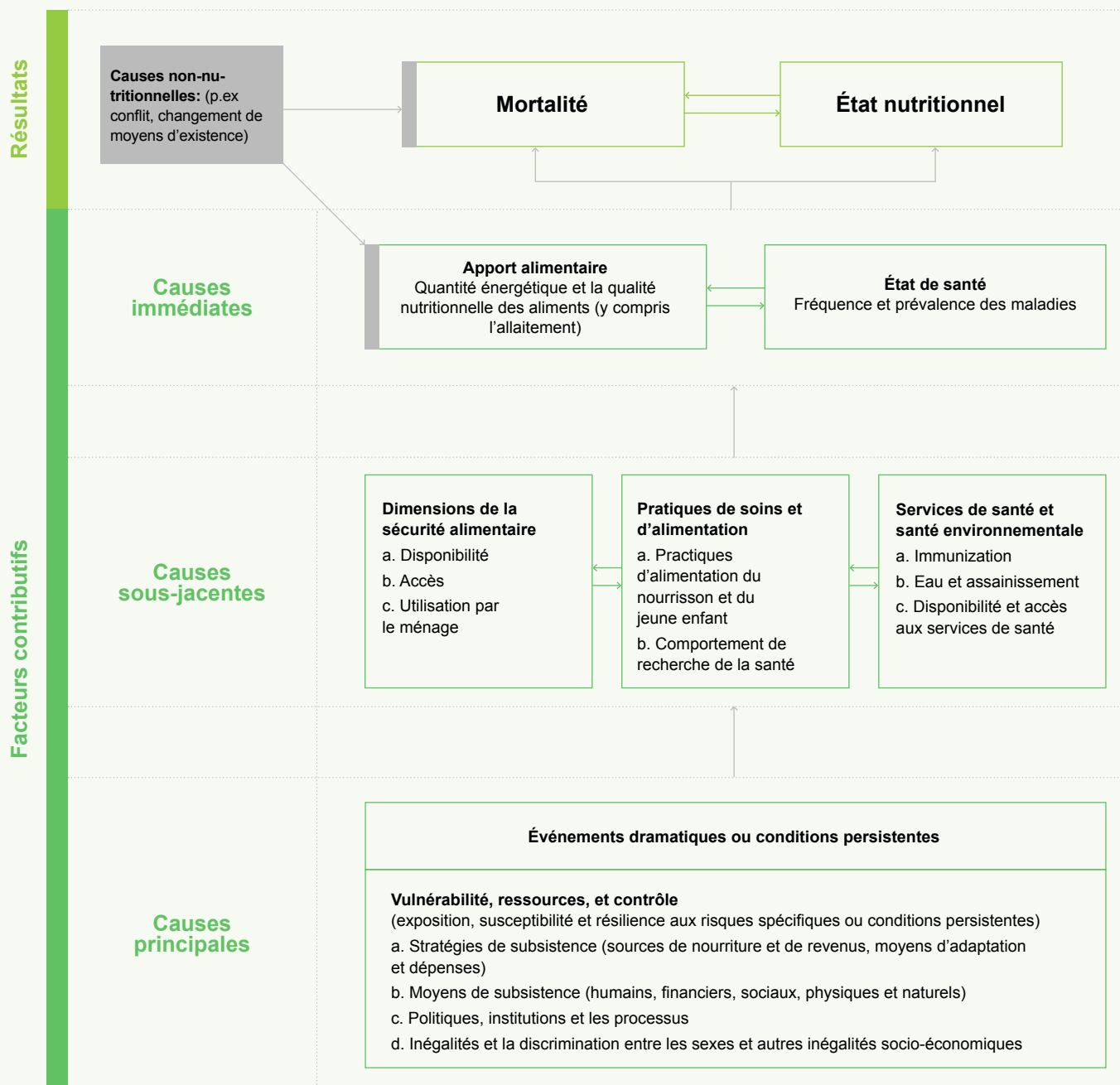
RÉFÉRENCES

- Cashin, K. & Oot, L. (2018) [GUIDE D'ANTHROPOMÉTRIE Un outil pratique pour les planificateurs, les gestionnaires et les chargés de la mise en œuvre des programmes](#)
- Groupe Technique sur le handicap (2020) [Comment évaluer une réponse au COVID-19 qui inclut le handicap](#)
- FANTA (2018). [Guide de formation pour la Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë \(PCAM\)](#).
- Cluster Nutrition Global (2013) [Manuel du GNC - Version finale](#)
- Cluster Nutrition Global (2016) [CONSEILS POUR LES INTERVENTIONS SUR LA NUTRITION dans le cadre du plan de réponse humanitaire](#)
- Cluster Nutrition Global (2019) [LIGNES DIRECTRICES DE PRÉPARATION POUR LA COORDINATION DE LA NUTRITION EN SITUATION D'URGENCE](#)
- Gender-Transformative Framework for Nutrition (2020) [Gender-Transformative Framework for Nutrition](#)
- HelpAge International, NutritionWorks, Cluster Nutrition Global (2013) [Kit de formation harmonisé \(HTP\) : Documentation pour la formation sur la nutrition en situation d'urgence. Module 23. Version 1 \(2013\) Nutrition des personnes âgées dans les situations d'urgence](#)
- IASC (2012) [Orientations opérationnelles sur les évaluations coordonnées dans les crises humanitaires](#)
- IASC (2015) [Module de référence pour la mise en œuvre du programme humanitaire cycle 2015 - Version 2](#)
- IASC (2016) [Guide d'aide à la définition du profil humanitaire](#)
- IASC (2019) [Guidelines – Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action](#)
- IPC Global Partners (2019) [Manuel technique de la classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire, version 3.0. Preuves et normes pour de meilleures décisions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.](#)
- OCHA (2019) [Guide pratique étape par étape pour les aperçus des besoins humanitaires, les plans de réponse humanitaires et leurs mises à jour](#)
- Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, et al. (2013) [Associations de la croissance insuffisante avec la mortalité toutes causes confondues et la mortalité par cause spécifique chez les enfants de moins de cinq ans : Une analyse regroupant dix études prospectives.](#)
- Sphere Association (2018) [Manuel Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires - Chapitre 6 : Sécurité alimentaire et nutrition, quatrième édition](#)
- Sphere (2019) [Glossaire Sphere](#)
- The Lancet (2013) [Synthèse de la série sur la nutrition maternelle et infantile de The Lancet](#)
- UNICEF (2013) [Prise en charge globale de la MAS \(mise à jour\) - Synthèse des résultats](#)
- UNICEF (2019) [Maternal and Child Nutrition UNICEF Strategy 2020–2030](#)
- Organisation Mondiale de la Santé (1999) [Protocoles d'évaluation sanitaire rapide en situation d'urgence](#)
- Organisation Mondiale de la Santé (2000) [Prise en charge de la nutrition dans les situations d'urgence majeure - Annexe 1 : Besoins énergétiques des populations touchées par une situation d'urgence](#)
- Organisation Mondiale de Santé et la Banque Mondiale (2011) [Rapport global sur les personnes handicapées](#)
- Organisation Mondiale de Santé (2016) [Obésité et surpoids. Fiche d'information](#)
- Organisation Mondiale de Santé (2019) [Actions Essentielles de Nutrition : intégrer la nutrition tout au long de la vie](#)

ANNEXE 1

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU CADRE ANALYTIQUE DE LA MALNUTRITION AIGUË DU IPC AMN

Regroupé avec le cadre conceptuel sur les déterminants de la nutrition maternelle et de l'enfant (UNICEF, 2019), ce cadre adapté d'IPC présente les relations entre les facteurs contributifs de la malnutrition et les résultats connexes afin de faciliter la compréhension de ses réalités complexes, de son processus et de ses liens selon ce diagramme simplifié :



RÉSULTATS

Visent à améliorer la survie, la santé, la croissance physique, le développement cognitif, la préparation à l'école et le rendement scolaire chez les enfants et les adolescents; l'amélioration de la survie, de la santé, de la productivité et des salaires des femmes et des adultes; et l'amélioration de la prospérité et de la cohésion dans les sociétés.

Indicateurs d'état nutritionnel

- Malnutrition aiguë
- Malnutrition chronique
- Carences en micronutriments

Indicateurs de mortalité

- Taux de décès brut
- Taux de décès des enfants de moins de 5 ans

FACTEURS CONTRIBUTIFS OU DÉTERMINANTS

Causes immédiates³³

Apport alimentaire avec emphase sur la quantité et la qualité de la diète

Diversité alimentaire minimale chez les femmes et les enfants, fréquence minimale des repas, régime alimentaire minimum acceptable, allaitement exclusif au sein avant 6 mois

État de santé

diarrhée, dysenterie, malaria/fièvre, infection respiratoire aiguë.

Fréquence et prévalence des maladies

prévalence du VIH/SIDA, Choléra ou diarrhée aqueuse aiguë, rougeole.

Causes sous-jacentes se focalisant sur une nourriture suffisante et un environnement salubre

Pratiques de soins et d'alimentation :

- ANJE : poursuite de l'allaitement maternel à 1 et/ou 2 an(s), introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous à l'âge de 6 mois.
- Bonne hygiène de vie
- Allocation des ressources au sein des ménages
- Croyances culturelles

Services de santé et santé environnementale

- Immunisation : Couverture vaccinale systématique contre la rougeole/polio, couverture systématique de la supplémentation en vitamine A, couverture de tous les vaccins de campagne contre la rougeole/polio, supplémentation en vitamine A de campagne, couverture de tous les vaccins de base à partir de données ou de rapports d'enquête ;
- Disponibilité et accès aux services de santé : personnel qualifié lors de l'accouchement, comportement de recherche de la santé, couverture du programme de sensibilisation (couverture du programme CMAM, par exemple).
- WASH : accès à une quantité d'eau suffisante, accès à des installations sanitaires améliorées, accès à une source d'eau potable améliorée.

Causes principales ou déterminants favorables

Événements dramatiques ou états de santé persistants

(naturelles, socio-économiques, conflits, maladies et autres)

Vulnérabilité, ressources et contrôle

les stratégies de subsistance (sources de nourriture et de revenus, moyens d'adaptation et dépenses) ; les moyens de subsistance (humains, financiers, sociaux, environnementaux) ; les politiques, les institutions, et les processus politiques et financiers; et les engagements multi-sectoriels pour faire avancer le droit à la nutrition ; les inégalités et la discrimination entre les sexes et autres inégalités socio-économiques, qui incluent les engagements culturels et sociaux pour faire avancer le droit des femmes et des enfants à la nutrition.

Les facteurs contributifs spécifiques à la nutrition (traumatisme, violence, VBG, génétique, etc.) sont également pris en compte.

³³ Il faut noter une relation réciproque et complexe entre les deux : les personnes qui vivent dans des ménages et qui ont accès à une quantité ou une qualité de nourriture insuffisantes pour la consommation sont plus susceptibles de tomber malades. Par ailleurs, elles sont plus susceptibles de manger moins, tandis que leur maladie peut avoir un impact sur la capacité des ménages à accéder à la nourriture et à l'utiliser, soit en raison d'un système immunitaire affaibli, soit en raison d'une capacité affaiblie à se livrer à des activités productives.

ANNEXE 2

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU GENRE POUR L'ÉVALUATION ET L'ANALYSE DES BESOINS NUTRITIONNELS

Lors de l'examen des besoins en données pour les analyses à venir, gardez à l'esprit l'importance de méthodes qualitatives pour compléter les données sur les résultats nutritionnels, en particulier lors d'une analyse comparative entre les sexes. Une analyse comparative entre les sexes axée sur la nutrition peut comprendre les renseignements suivants :

- Rôles et responsabilités entre les sexes en matière de nutrition (p. ex. préparation des aliments);
- Prise de décisions aux niveaux du ménage et de la collectivité pour les aspects liés à la nutrition (p. ex., qui décide du moment et de quoi manger, de l'allaitement maternel, de l'accès et de l'utilisation des installations nutritionnelles, etc.);
- L'accès et le contrôle des ressources (p. ex. argent, marchés, terres, etc.);
- Les normes sociales (p. ex. tabous et normes liés à l'alimentation pour les différents groupes - comme qui mange en premier et plus, etc.);
- La violence fondée sur le genre et l'identification des formes qui existent dans le contexte (y compris le déni de ressources comme la nourriture ou l'éducation) et les risques liés à la VGB associés aux interventions/installations nutritionnelles et à leur création potentielle de tensions au niveau ménage ou communautaire, par exemple).

Les consultations, les discussions de groupes de discussion, les entrevues avec les informateurs clés, les vérifications de la sécurité dans les établissements de santé et de nutrition ou les analyses des obstacles (voir encadré H) fournissent également un aperçu précieux des personnes touchées différemment et des raisons qui l'expliquent, dans un contexte donné. Pour la nutrition, il est important d'examiner les obstacles des soignants (hommes et femmes) des enfants U5, car ce sont eux qui décident et amènent les enfants aux services de nutrition. En outre, il aide à identifier les risques auxquels les femmes et les enfants sont confrontés lorsqu'ils essaient d'accéder aux services. Il pourrait également s'agir de risques pour VGB. L'un des obstacles courants et des risques de VGB auxquels les femmes sont confrontées est le manque d'approbation du mari pour accéder aux services de nutrition. Ce type d'obstacle n'est pas aussi évident qu'une distance par rapport au service, mais il est extrêmement important de comprendre un large éventail d'obstacles auxquels les hommes, les femmes et les enfants sont confrontés pour accéder aux services de nutrition. .

ENCADRÉ H. ANALYSE DES OBSTACLES

Une **analyse des obstacles** devrait être effectuée afin d'évaluer les obstacles auxquels les populations touchées peuvent être confrontées pour accéder aux services de nutrition. Une analyse des obstacles examine habituellement au moins quatre aspects différents : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services :

- **Disponibilité** : Il y a suffisamment de centres de santé, de biens et de services de nutrition fonctionnels et de programmes qui couvrent les lacunes et assurent un ratio acceptable de travailleurs qualifiés en nutrition par rapport aux besoins de la population
- **Accessibilité** : Il y a des centres de santé, des biens et des services de nutrition qui sont accessibles en toute sécurité, abordables et qu'il y a suffisamment d'information à leur sujet communiquée à la population sans discrimination
- **Acceptabilité** : Il existe des services nutritionnels, des biens et des services adaptés à la culture, sensibles au sexe et à l'âge, qui respectent la confidentialité et améliorent le statut nutritionnel des personnes concernées.
- **Qualité** : Il y a des centres de santé, des biens et des services de nutrition qui sont scientifiquement et médicalement approuvés et de bonne qualité.

Ceux-ci peuvent différer considérablement selon les groupes de population et leur accès aux services de nutrition. Une analyse des obstacles peut aider à identifier les difficultés pour (principalement) les femmes, les personnes handicapées et les enfants à accéder aux services de nutrition.

COLLECTE D'INFORMATION SUR LE GENRE POUR GUIDER LA PLANIFICATION DE LA RÉPONSE NUTRITIONNELLE

À l'image des indicateurs recommandés au tableau 1 ci-dessus, la liste suivante d'indicateurs potentiels fournit des renseignements précieux lorsqu'ils sont recueillis dans vos enquêtes démographiques (c.-à-d. les enquêtes SMART) ou par les méthodes qualitatives susmentionnées. Il est important d'examiner ce qui suit lors de la planification de sa collection :

- Déterminer les populations cibles les plus appropriés (particuliers/utilisateurs par rapport aux ménages) compte tenu de votre contexte;
- Saisir les conséquences sur les autres enfants et la charge de travail lors de la visite des services de nutrition ;

- Préciser le type de services et de centres de santé;
- Inclure des protocoles lors de l'administration du questionnaire afin que les répondants puissent parler librement aux énumérateurs;
- Désagréger les résultats du chef du ménage masculin et féminin lorsque cela est possible et pertinent;
- Consulter la page de [mesure VBG](#) pour plus d'informations;
- Pour être conscient des limites de ces données.

Échelle de sévérité basées sur les phases OCHA							
Indicateurs liés au Genre pouvant servir à guider la planification de la réponse nutritionnelle	Conséquence Humanitaire	Phase 1 Acceptable/ Minimale	Phase 2 Alerte/ Stress	Phase 3 Grave/ Sévère	Phase 4 Critique/ Extrême	Phase 5 Extrêmement critique/ Catastrophique	Commentaires/ Sources utilisés pour les seuils
Pourcentage de ménages/personnes se sentant en sécurité lorsqu'ils accèdent à des établissements de santé et de nutrition	<i>Standards de vie</i>	>80%	60-79%	40-59%	20-39%	<20%	Seuils préliminaires suggérés par les spécialistes du Genre
Pourcentage de ménages/individus/ utilisateurs (hommes et femmes) qui ont des difficultés /appréhensions en allant dans les centres de santé/ nutrition	<i>Standards de vie</i>	>80%	60-79%	40-59%	20-39%	<20%	Seuils préliminaires suggérés par les spécialistes du Genre
Nombres d'heures par jour de travail cumulé des femmes	<i>Standards de vie</i>	12	13	14	15	16	Partie d'une analyse de genre, soit par le biais de la collecte de données, soit par une revue de sources secondaires servant à planifier les interventions nutritionnelles.

Discriminations et normes sociales basées sur le Genre et liées aux pratiques nutritionnelles	<i>Standards de vie</i>	No	No	Oui (1 type*)	Oui (2 types)	Oui (plus de 2 types)	Partie d'une analyse de genre, soit par le biais de la collecte de données, soit par une revue de sources secondaires servant à planifier les interventions nutritionnelles. Des exemples de types * peuvent inclure : les préférences d'alimenter les garçons ou les filles ; les tabous sur la nourriture qui peuvent affecter le bol alimentaire des hommes, femmes, filles et/ou garçons ; des pratiques d'attention négatives pour les filles et/ou les garçons etc.
Taux de naissance chez les adolescents	<i>Standards de vie</i>	≤16	16-42	42-67	67-80	≥80	Indicateur de substitution qui peut être obtenu de l' Index sur l'Inégalité de Genre
Population ayant au moins un niveau d'éducation secondaire	<i>Standards de vie</i>	≤80%	70-80%	40-70%	30-40%	≥30% pour chaque sexe	Indicateur de substitution qui peut être obtenu de l' Index sur l'Inégalité de Genre . En utilisant cet indicateur prendre le pourcentage le plus bas, peu importe si celui des femmes ou des hommes s'impose: par exemple, si l'on a 80% pour les hommes et 50% pour les femmes, l'on garde 50% pour l'indicateur.
Mortalité maternelle	<i>Standards de vie</i>	≤13	13-63	63-180	180-543	≥543	Indicateur de substitution qui peut être obtenu de l' Index sur l'Inégalité de Genre

UN PAS DE PLUS VERS DES INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES TRANSFORMATRICES EN MATIÈRE DE GENRE³⁴

Les considérations susmentionnées soutiendraient des mesures visant à modifier les structures sociales, les normes culturelles et les relations entre les sexes afin de parvenir à une dynamique de pouvoir plus partagée et égalitaire et à un contrôle des ressources, à la prise de décisions et au soutien à l'autonomisation des femmes lors de la planification des interventions nutritionnelles.

³⁴ Pour plus de détails sur le [Gender-transformative framework for nutrition](#).

ANNEXE 3

EXEMPLE D'UN PLAN ANNUEL D'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

L'élaboration et la mise à jour d'un plan annuel d'évaluation nutritionnelle vise à rationaliser et à hiérarchiser la planification, la mise en œuvre et le compte rendu des évaluations nutritionnelles afin de garantir la disponibilité en temps utile d'informations de qualité pour la prise de décision. Certains détails changent selon les enquêtes, les contextes et les pays, mais les détails indiqués ci-dessous sont généraux et doivent être appliqués à toutes les évaluations nutritionnelles.

L'importance des évaluations nutritionnelles doit être discutée avec les personnes responsables au sein du gouvernement/ ministère de la santé et les membres du Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle ou équivalent afin de s'assurer que les évaluations nutritionnelles sont incluses dans le plan de travail annuel du gouvernement pour le secteur de la nutrition. Ce travail doit être effectué **le plus tôt possible** afin de garantir une préparation adéquate, le financement et l'organisation efficace des évaluations (budget, administration, planification logistique, formation des équipes d'enquête, etc.) Toutes les données collectées devraient être soumises à un processus de validation transparent (par exemple en utilisant le contrôle de plausibilité SMART pour les données anthropométriques) afin de garantir la validité des méthodes d'enquête et devraient être centralisées afin de faciliter leur utilisation et leur diffusion pour intervention. À son tour, la centralisation des données et des résultats de l'évaluation nutritionnelle devrait également renforcer les liens multisectoriels sur l'évaluation nutritionnelle et les informations d'autres clusters sensibles aux questions de nutrition tels que les clusters santé, WASH et la sécurité alimentaire. De plus, dans les situations d'urgence à déclenchement rapide, il est important de s'assurer que le plan annuel d'évaluation nutritionnelle s'intègre dans le système de gestion de l'information existant afin d'éviter de créer un système parallèle.

Il est important de noter que dans certains pays, les données nutritionnelles sont considérées comme des données sensibles et nécessitent toutes les autorisations nécessaires des institutions compétentes lors de la collecte, de l'analyse et de la publication des données et de leurs résultats.

En commençant par la [Base de données des enquêtes \(Version 2 – avril 2020\) du Cluster Nutrition Global en format Excel](#), les membres du Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle peuvent adapter et personnaliser cette base de données pour répondre aux besoins et aux demandes du contexte du pays. Elle doit inclure les types d'enquêtes suivants :

anthropométrique, ANJE et micronutriments, selon le cas. Pour la collecte de données anthropométriques, il est recommandé d'utiliser [les méthodes SMART](#) et le logiciel ENA pour SMART (version 2020), ainsi que les enquêtes démographiques auprès des ménages (DHS) et les enquêtes de clusters à indicateurs multiples (MICS), le cas échéant. Des indicateurs spécifiques de l'ANJE ou des micronutriments peuvent être ajoutés aux évaluations nutritionnelles en utilisant les méthodes SMART (tout en tenant compte de la mise en garde importante concernant la petite taille des échantillons) ou collectés séparément, en fonction de la priorité et du calendrier exigés pour l'utilisation des données.

Le plan annuel d'évaluation nutritionnelle est ventilé selon les 4W:

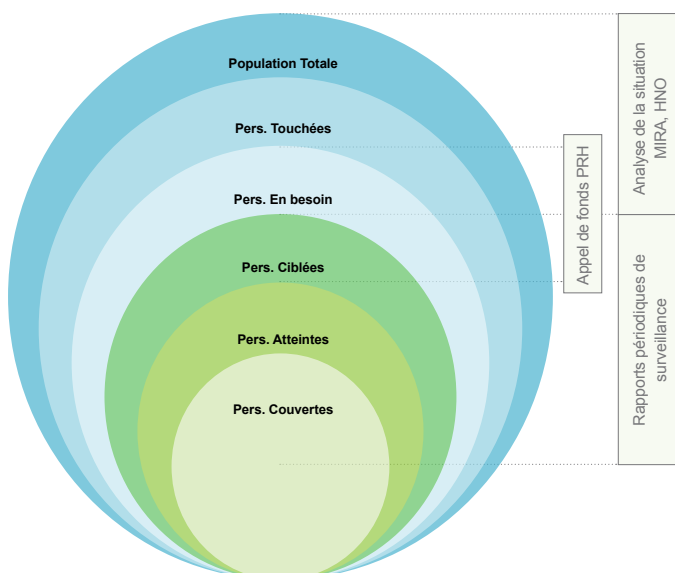
- **Qui** : donateur, financement par des agences des Nations unies (par ex., l'UNICEF), agence chargée de la mise en œuvre de l'enquête, autres agences/autorités impliquées, nom du coordinateur de l'enquête, adresse électronique du coordinateur et de son superviseur ;
- **Où** : zone(s) géographique(s), zones ou villages exclus des zones géographiques, nombre de clusters prévus, nombre de ménages envisagés, nombre de sujets d'enquête (notamment les enfants) à évaluer, commentaires ;
- **Quand** : date de début et date de fin prévues/réelles, saison, état de l'enquête ;
- **Quoi** : type d'évaluation nutritionnelle, méthodologie utilisée (par ex., SMART/Rapid SMART), indicateurs à inclure, état de l'analyse des données, état de la validation des données, actions de diffusion.

ANNEXE 4

TERMINOLOGIE CLÉ DE L'APERÇU DES BESOINS HUMANITAIRES ET DU PLAN DE RÉPONSE

Déterminer un nombre global et intersectoriel de personnes pour établir le nombre de personnes « affectées » et de « personnes en besoin » (PiN), en distinguant celles qui sont accessibles et celles qui sont confrontées à des contraintes d'accès humanitaire, est une exigence clé du HPC et de ses HNO et PRH correspondants, comme le montre le document de la Figure 3. Sur la base du PiN dérivé, le nombre de personnes « Ciblées » et « affectées » alimente ensuite le PRH, où le nombre d'individus « couverts » est contrôlé de manière régulière. La valeur du PiN, ainsi que celles de « Ciblée », « Touché » et « Couvert » par service³⁵ doit se calculer par chaque cluster et au niveau inter-clusters. Chacun de ces chiffres de données démographiques est défini plus en détail dans le Tableau 2 ci-dessous.

Figure 3. Représentation des catégories de chiffres globaux des données démographiques

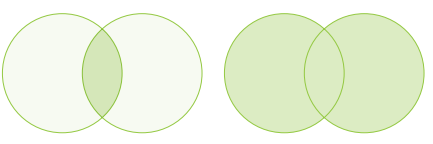


■ Au cours du processus de développement des HNO, il est important que toutes les données sectorielles et intersectorielles soient TOUTES basées sur la même approche conceptuelle afin d'assurer leur comparabilité et leur cohérence. Par exemple, la population totale et la population touchée doivent être les mêmes pour tous les calculs de nutrition et doivent être conformes aux chiffres utilisés dans les autres clusters.

Après l'analyse de la situation nutritionnelle, ses résultats alimenteront chacun de ces chiffres de données démographiques. Ces informations les plus couramment demandées dans les situations humanitaires constituent l'épine dorsale de toute opération humanitaire. Une terminologie incohérente, des méthodologies peu claires et un manque de transparence, de coordination et de standardisation dans la collecte des données conduisent souvent les acteurs humanitaires à opérer avec des informations différentes. Le fait de ne pas déterminer et de ne pas mettre à jour régulièrement des données démographiques bien précises démontre non seulement la faiblesse de la base de données, mais peut aussi avoir un impact négatif sur l'allocation des ressources.

³⁵ Les services d'ANJE, en particulier, doivent toujours être précisés. Il est important de savoir quels sont les services et qui sont ceux qui en ont besoin ou qui en sont les bénéficiaires ? : PLW, enfants de 0-23 mois, personnes s'occupant de nourrissons et de jeunes enfants de moins de 24 mois, personnes s'occupant d'enfants et autres membres de la famille bénéficiant de conseils, bénéficiaires de SLM

Tableau 2. Définitions des catégories de données démographiques humanitaires

Catégories	Définition	Exemple de travail
Population totale	<p>Toutes les personnes vivant à l'intérieur des frontières administratives d'un État-nation ; une décision stratégique spécifique à la crise peut être prise pour calculer la population totale en ne tenant compte que du niveau infranational.</p>	<p>8 millions de personnes vivent dans le pays X touché par une situation humanitaire, dont 500 000 réfugiés arrivés un an auparavant.</p> <p>Ces informations sont généralement fournies par une autorité centrale à tous les groupes/secteurs (OCHA, Organisation centrale des statistiques, par exemple)</p>
Touchée	<p>Nombre de personnes dont la vie a été impactée directement par la situation humanitaire. Il s'agit souvent de définir la portée ou les limites d'une évaluation des besoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proximité géographique d'une situation humanitaire ; • Impact physique/émotionnel, incluant l'exposition à une violation des droits de l'homme/incident de protection ; • Perte personnelle ou perte de capital et de biens résultant directement de la crise (un membre de la famille, du bétail, par exemple) ; • Être confronté à une menace immédiate résultant d'une situation humanitaire. <p>Les estimations des personnes « affectées » sont parmi les toutes premières informations requises au début d'une situation humanitaire. Elles sont tirées de la « population totale » sur la base des zones géographiques ou des groupes de population touchés.</p> <p>« Affectés » = somme des déplacés internes (IDP, réfugiés, demandeurs d'asile) et non déplacés (accueillies et non-accueillies)</p>	<p>5 millions de personnes du pays X, dont 200 000 réfugiés vivant dans 3 provinces, ont été exposées à des dommages et des destructions suite à un tremblement de terre, dont des blessures, des détériorations d'habitations avec un risque élevé de répliques.</p> <p>La population « Touchée » représente 5 millions de personnes dont 200 000 réfugiés.</p> <p>Ces informations sont généralement fournies par une autorité centrale à tous les groupes/secteurs (OCHA, Organisation centrale des statistiques, entre autres)</p>
En besoin (PiN)	<p>Nombre de personnes en besoin d'une assistance nutritionnelle humanitaire (des interventions/programmes de nutrition, également appelés « services », par exemple) qui constitue un sous-ensemble de personnes « affectées », définies comme des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dont la sécurité physique, les droits fondamentaux, la dignité, les conditions de vie ou les moyens de subsistance sont menacés ou ont été perturbés, ET • dont le niveau actuel d'accès aux services de base, aux biens et à la protection sociale est insuffisant pour rétablir des conditions de vie normales en temps voulu avec leurs moyens habituels et sans assistance supplémentaire. <p>Le PiN devra être surveillé et ajusté au fil du temps. Cela permet de définir l'ampleur d'une crise et l'estimation du coût global d'une réponse humanitaire. L'identification du nombre de PiN est également essentielle pour déterminer les domaines prioritaires d'intervention, lorsque ceux-ci sont définis en fonction des personnes en besoin, de l'accès et de la détérioration probable, etc.</p>	<p>Dans les provinces les plus peuplées, où résident 3 millions de personnes sur les 5 millions « affectées », sa population de moins de 5 ans représente 15 % de la population (750 000 enfants de moins de 5 ans). Elle est exposée à une grave pénurie alimentaire et à un accès limité à l'eau potable suite aux dégâts causés par le tremblement de terre. Un grand nombre des victimes du tremblement de terre s'occupaient de jeunes enfants.</p> <p>Sur les 750 000 enfants de moins de 5 ans, la proportion des enfants ayant besoin d'un traitement contre la malnutrition aiguë est estimée à 89 250.</p>
	<p>Nombre de personnes en besoin confrontées à des contraintes d'accès humanitaire (à savoir combien de personnes du PiN sont accessibles).</p>	<p>Les 89 250 personnes ayant besoin d'un traitement contre la malnutrition aiguë ne sont pas toutes confrontées à des contraintes d'accès humanitaire.</p>
Ciblée	<p>Nombre de personnes ciblées pour une intervention/programme de nutrition spécifique que les acteurs humanitaires au sein du Cluster Nutrition ont pour objectif ou prévoient d'aider. Il s'agit d'un sous-ensemble des « PiN » qui commence lors de la phase de hiérarchisation pour identifier les groupes de population, les conséquences humanitaires et les zones géographiques prioritaires parmi la gamme des besoins identifiés dans la HNO. Ce sous-ensemble est généralement plus petit car il est rare que les acteurs humanitaires internationaux puissent répondre à tous les besoins compte tenu des ressources disponibles et des contraintes d'accès. Le calcul du nombre de personnes ciblées pour une intervention/programme de nutrition spécifique est effectué au sein du Cluster Nutrition.</p>	<p>Sur la base de la situation humanitaire et des ressources disponibles, il est estimé que 62 475 personnes seront ciblées pour le traitement de la MAG (incluant les patients hospitalisés et les patients ambulatoires).</p>
Reached	<p>Nombre de personnes admises/inscrites/ayant bénéficié d'une forme quelconque d'intervention/programme de nutrition (pour éviter les doublons), c-à-d. dont les besoins nutritionnels sont satisfaits. Cela permet d'identifier où ces interventions/programmes de nutrition doivent être étendus ou réduits.</p> <p>Les « Personnes atteintes » sont un indicateur inclusif, car il inclut toutes les personnes couvertes par un type d'action, tandis que les « Personnes couvertes » sont un indicateur exclusif, car il exclut toute personne, ayant pas été pleinement intégrée par toutes les actions (qui l'ont ciblée).</p> <div data-bbox="913 1252 1344 1292" style="text-align: center;"> <p>Graphique 1. Différence entre les personnes « atteintes » et « couvertes »</p> </div> 	<p>Le nombre de personnes « Atteintes » par les services de PTA (de janvier à juin) correspond à toutes les personnes nouvellement admises au cours de cette période, plus celles déjà admises au 1er janvier, ce qui signifie que les décès survenus pendant le programme, les personnes défaitantes, etc. seront pris en compte dans ce calcul.</p>
Couvertes	<p>Nombre de personnes recevant une forme d'aide spécifique pendant une certaine période, c'est-à-dire les personnes dont les besoins nutritionnels spécifiques ont été satisfaits par intervention (voir le graphique ci-dessus). Il est recommandé de ne pas utiliser le terme Personnes couvertes (bien que l'OCHA l'utilise) ; la couverture dans le cadre de la MAS/MAM dans le contexte de la PCMA est bien définie par l'UNICEF.</p>	<p>Les besoins nutritionnels de 5 000 enfants de moins de 2 ans ont été satisfaits par les programmes de traitement du PTA pour les mois de janvier et juin.</p>

ANNEXE 5

INFORMATIONS MINIMALES REQUISES POUR LA SECTION NUTRITION DES HNO

Les sections sectorielles des HNO consistent généralement en une analyse de deux pages étayées par les informations suivantes :

- **Tableau récapitulatif avec les chiffres clés suivants :**
 1. PiN par groupes de population **ventilés par sexe, âge et handicap** pour le *Bien-être physique et mental* et conclusions de la classification de la sévérité ;
 2. PiN par groupes de population **ventilés par sexe, âge et handicap** pour les *Conditions de vie* et les principaux facteurs contributifs sur la base des résultats de l'analyse de la situation nutritionnelle ;
 3. En cas de mouvements de population et de problèmes d'accessibilité, les PiN sont confrontés à des contraintes d'accès humanitaire ;

- **Registre d'évaluation indiquant les sources d'information utilisées et leur fiabilité :**
 - Dépôt et fiabilité des preuves nutritionnelles utilisées (voir la *feuille de travail* ► **Dépôt de preuves, fiabilité**) ;
 - Données démographiques utilisées/fournies par l'OCHA/le gouvernement national et tout ajustement (par ex., le taux de croissance démographique utilisé) ;
 - Composition de l'équipe d'analyse (voir la *feuille de calcul* ► **Composition de l'équipe d'analyse**) ;

- **Identification des principaux défis et des enseignements tirés :**

- **Lacunes en matière d'information et mesures d'atténuation mises en place pour la collecte de ces données en vue de la prochaine analyse des besoins humanitaires en matière de nutrition.**

Les coordonnées du coordinateur du cluster de nutrition ainsi que celles des présidents du Groupe de travail technique sur les systèmes d'information nutritionnelle doivent être indiquées en cas de suivi.



nicef
for every child

Couverture:
© UNICEF/UNI302996/Sukali
Malawi

Quatrième de couverture:
© UNICEF/UNI308038/Schermbrucker
Lumbo Health Centre



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE