

Modèle de rapport d'évaluation nutritionnelle

(D'après le manuel d'Évaluation Nutritionnelle en Situation d'Urgence de Save the Children Fund et la méthodologie SMART pour les enquêtes HCR SENS)

Pour consulter un modèle de rapport SENS, voir :
Outil 18 du pré-module SENS -Kakuma SENS Rapport 2012 (en anglais seulement)

RAPPORT D'ENQUÊTE NUTRITIONNELLE SENS **(Région, camp, pays etc.)**

Enquête réalisée en : (mois, année)

Date de finalisation du rapport : (mois, année)



UNHCR

EN COLLABORATION AVEC

(Nom et logo des agences impliquées)

Consulter le pré-module HCR SENS (Étapes de déroulement d'une enquête et échantillonnage) ainsi que les modules d'enquête individuels (modules 1 à 6) pour des conseils de rédaction du rapport. Ce rapport est une version modifiée du rapport standard généré par le logiciel ENA pour SMART (version 2012).

Résumé (4-6 pages seulement; inclure un tableau récapitulatif tel que présenté ci-dessous)

- Zone géographique enquêtée, type de population, chiffres de population (totale et de moins de 5 ans)
- Dates de l'enquête
- Objectifs
- Méthodologie utilisée (échantillonnage, taille d'échantillon, indicateurs principaux)
- Résumé des résultats tel que présenté dans le tableau ci-dessous et autres résultats importants
- Brève interprétation des résultats
- Recommandations (immédiate, moyen et long terme)

TABLEAU 1 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

	Nombre / total	% (IC 95%)	Classification du niveau de sévérité ou cible à atteindre en termes de santé publique (si applicable)
ENFANTS 6 à 59 mois			
Malnutrition aiguë (Standards de croissance OMS 2006)			
Malnutrition aiguë globale (MAG)			Critique si $\geq 15\%$
Malnutrition aiguë modérée (MAM)			
Malnutrition aiguë sévère (MAS)			
Œdèmes			
Périmètre brachial (PB)			
PB <125mm et/ou œdèmes			
PB 115-124 mm			
PB <115 mm et/ou œdèmes			
Retard de croissance (Standards de croissance OMS 2006)¹			
Retard de croissance global			Critique si $\geq 40\%$

¹ Notez que le calcul de l'indice taille-pour-âge en z-scores requiert une estimation exacte de l'âge à deux semaines près (CDC/WFP: A manual: Measuring and Interpreting Mortality and Malnutrition, 2005).

	Nombre / total	% (IC 95%)	Classification du niveau de sévérité ou cible à atteindre en termes de santé publique (si applicable)
Retard de croissance sévère			
Couverture programme			
Vaccination anti-rougeole selon carte ou de mémoire (9-59 mois)			Cible ≥ 95%
Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois selon carte ou de mémoire			Cible ≥ 90%
Diarrhée			
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines			
Anémie			
Anémie totale (Hb <11 g/dl)			Élevée si ≥ 40%
Légère (Hb 10-10,9)			
Modérée (Hb 7-9,9)			
Sévère (Hb <7)			
ENFANTS de 0-23 mois			
Indicateurs ANJE			
Initiation précoce de l'allaitement			
Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois			
Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer			
Alimentation au biberon			
FEMMES de 15-49 ans			
Anémie (non-enceintes)			
Anémie totale (Hb <12 g/dl)			Élevée si ≥ 40%
Légère (Hb 11-11,9)			
Modérée (Hb 8-10,9)			
Sévère (Hb <8)			
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE			
Distribution de vivres			
Proportion de ménages avec carte de ration			
Durée moyenne - en nombre de jours- de la ration alimentaire sur un cycle de [insérer cycle] jours ² (moyenne, E.T. / étendue)			

² Dans les contextes où les distributions de rations complètes et de demi-rations coexistent, ne rapportez cette valeur que pour les ménages recevant une ration complète.

	Nombre / total	% (IC 95%)	Classification du niveau de sévérité ou cible à atteindre en termes de santé publique (si applicable)
Stratégies d'adaptation néfastes			
Proportion de ménages déclarant n'avoir utilisé aucune stratégie d'adaptation au cours du mois dernier			
Diversité alimentaire au sein du ménage			
SDAM moyen (moyenne, E.T. / étendue)			
EAH			
Qualité de l'eau			
Proportion de ménages utilisant une source d'eau de boisson améliorée			
Quantité d'eau			
Proportion de ménages utilisant :			Quantité moyenne d'eau disponible par personne/jour ≥ 20 litres
≥ 20 lpppj			
15 - <20 lpppj			
<15 lpppj			
Satisfaction par rapport à l'approvisionnement en eau			
Proportion de ménages se disant satisfaits de l'approvisionnement en eau			
Élimination hygiénique des excréta			
Proportion de ménages utilisant :			
Un système amélioré d'élimination des excréta (toilettes améliorées, non partagées)			
Des toilettes familiales partagées (toilettes améliorées, partagées entre 2 ménages seulement)			
Des toilettes communes (toilettes améliorées, partagées entre 3 ménages ou plus)			
Toilettes non améliorées (toilettes non améliorées ou toilettes publiques)			
COUVERTURE EN PROVISION DE MOUSTIQUAIRES			
Possession d'une moustiquaire			
Proportion de ménages possédant au			Cible >80%

	Nombre / total	% (IC 95%)	Classification du niveau de sévérité ou cible à atteindre en termes de santé publique (si applicable)
moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MILD)			
Nombre de personnes par MILD en moyenne			2 personnes par MILD
Utilisation des moustiquaires			
Proportion de personnes (de tous âges) ayant dormi sous une MILD			
Proportion d'enfants de 0-59 mois ayant dormi sous une MILD			
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILD			
Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (FACULTATIF)			
Proportion de ménages ayant bénéficié d'une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent			

1. Introduction

Description géographique de la zone enquêtée

- Nom du pays, province, district, sous-district, etc.
- Nom du (des) camp(s) ou installations(s)
- Type de configuration (ex : rurale, urbaine, camp, etc.)
- Année d'établissement du (des) camp(s) ou installation(s) si applicable
- Si disponible/applicable, superficie de la zone
- Si applicable, brève description du terrain (ex : montagnes, désert, etc.)
- Si applicable, brève description du climat et de la saison à laquelle l'enquête a été conduite

Description de la population

- Nombre total de personnes vivant dans la zone d'enquête (population totale et <5ans)
- Si applicable, type de population (résidents, personnes déplacées, réfugiés, mélangée, etc.)
- Si applicable, depuis combien de temps la population réside dans le(s) camp(s) ou installation(s)
- Si applicable, groupes ethniques et/ou religieux
- Moyens d'existence principaux dans la région (ex : pratique de l'agriculture, pastoralisme, commerce, etc.)

État de la sécurité alimentaire

- Programmes d'assistance dans la région
- Type d'aide alimentaire, description du panier alimentaire et nombre de personnes bénéficiant d'une aide alimentaire, etc.
- Qualité des routes, accès aux marchés, etc.

Situation sanitaire

- Disponibilité des services de santé
- Décrire les activités de vermifugation pour les jeunes enfants, ex : groupes-cibles, date de la dernière campagne
- Présentez les graphiques suivants à l'aide des données SIS du HCR sur l'année précédant l'enquête : (c'est-à-dire taux de mortalité brut et des moins de 5 ans, 5 premières causes de morbidité chez les moins de 5 ans).

Pour générer ces graphiques recommandés, un outil est disponible :
cf. **Outil 12 du pré-module SENS -Tendances et graphiques.**

FIGURE 1 TAUX DE MORTALITÉ BRUT ET DES MOINS DE 5 ANS

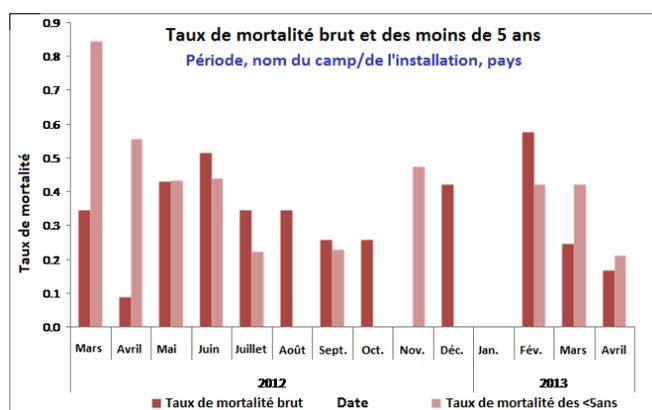
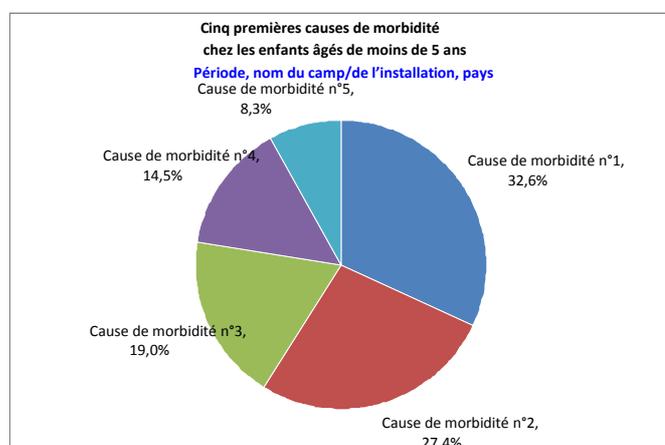


FIGURE 2 CINQ PREMIÈRES CAUSES DE MORBIDITÉ CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



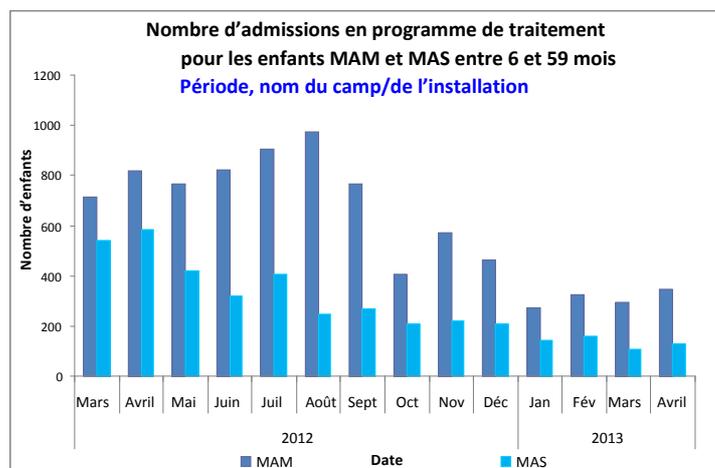
Situation nutritionnelle

- Services et activités nutritionnels
- Admissions en programmes d'alimentation thérapeutique et en programmes d'alimentation complémentaire ciblée sur les 12 derniers mois (présenter la figure suivante)

Pour générer ces graphiques recommandés, un outil est disponible :
cf. **Outil 12 du pré-module SENS -Tendances et graphiques.**

- État nutritionnel et situation de l'anémie au sein de la population
- Résultats d'évaluations rapides ou d'autres types d'évaluations nutritionnelles

FIGURE 3 NOMBRE D'ADMISSIONS EN PROGRAMMES DE TRAITEMENT DE LA MAM ET DE LA MAS CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS



1.1 Objectifs d'enquêtes

Objectifs primaires :

- Mesurer la prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Mesurer la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Déterminer la couverture de la vaccination anti-rougeole chez les enfants âgés de 9-59 mois (ou autre groupe cible selon le contexte ex : 9-23 mois).
- Déterminer la couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Évaluer la prévalence de diarrhée sur une période rétrospective de 2 semaines chez les enfants âgés de 6 à 59 mois
- Mesurer la prévalence de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer entre 15 et 49 ans (non-enceintes).
- Étudier les pratiques d'ANJE chez les enfants âgés de 0 à 23 mois.
- Déterminer la couverture en cartes de ration et la période de temps pendant laquelle dure la ration alimentaire pour les ménages bénéficiaires.
- Déterminer dans quelle mesure des stratégies d'adaptation néfastes sont utilisées par les ménages.
- Évaluer le niveau de diversité alimentaire au sein des ménages.
- Déterminer le niveau d'accès de la population à l'eau potable et aux systèmes d'hygiène et d'assainissement, ainsi que leur niveau d'utilisation.

- Déterminer la proportion de ménages qui possèdent une moustiquaire (tous types confondus et MILD).
- Déterminer le niveau d'utilisation des moustiquaires (tous types confondus et MILD) par la population totale, les enfants de 0-59 mois et les femmes enceintes.
- Déterminer le niveau de couverture en pulvérisations intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent au sein des ménages.
- *Inclure les objectifs additionnels négociés dans le cadre de l'enquête.*
- Établir des recommandations sur les actions à mener face à la situation à *[insérer installation de réfugiés concernée]*.

Objectifs secondaires :

- Déterminer le niveau de couverture des programmes d'alimentation supplémentaire et d'alimentation thérapeutique pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Déterminer le niveau d'enrôlement en centres de soins prénataux et la couverture de la supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes.

2. Méthodologie

2.1 Taille de l'échantillon

Pour consulter un exemple sur la façon de rapporter les informations relatives à la taille de l'échantillon :
cf. Annexe 3-Exemple de calcul d'échantillon et procédure d'échantillonnage.

- Quelle méthodologie d'échantillonnage (ex : échantillonnage aléatoire systématique, échantillonnage en grappes, etc.) avez-vous choisie ? Pourquoi ?
- Comment avez-vous calculé la taille de l'échantillon anthropométrique ? (montrez les calculs de taille d'échantillon, y compris les hypothèses utilisées pour estimer la prévalence et l'effet de grappe (si pertinent ou si applicable) attendus, ainsi que la précision requise); si le nombre d'enfants a été converti en nombre de ménages, décrire comment cela a été fait, quel logiciel a été utilisé et quelle version.
- Comment avez-vous calculé la taille de l'échantillon pour les autres indicateurs ?
- Décrivez comment les tailles d'échantillons ont été ajustées pour tenir compte du taux de non-réponse et si cela a été le cas, et justifiez la valeur utilisée
- Si enquête en grappe, comment avez-vous décidé du nombre de grappes et de ménages à enquêter par grappe ?

2.2 Procédure d'échantillonnage : sélection des grappes (si applicable)

- Quels chiffres de population avez-vous obtenus et de qui (par exemple, listes ProGres des bénéficiaires, listes de bénéficiaires émanant de partenaires,

énumération des ménages, chiffres de populations à l'échelle des villages provenant du conseil/autorités de/du district) ? De combien de temps datent ces données populationnelles ?

- Comment avez-vous attribué les grappes ? (par exemple, 30 grappes ont été attribuées en utilisant une probabilité de sélection proportionnelle à la taille de la population)
- Décrire tout changement apporté à la sélection des grappes pendant l'enquête. Combien de grappes n'ont pas pu être visitées et pourquoi ? Ont-elles été remplacées et si oui, comment les grappes de remplacement ont-elles été identifiées ?

2.3 Procédure d'échantillonnage : sélection des ménages et des individus

- Comment avez-vous choisi les ménages et les enfants à l'intérieur d'une grappe ?
- Si un échantillonnage aléatoire simple a été utilisé, décrivez brièvement comment cela a été réalisé sur le terrain.
- Si une sélection aléatoire après énumération, ou encore, après segmentation a été utilisée, décrivez brièvement comment cela a été réalisé sur le terrain.
- Si un échantillonnage aléatoire systématique a été utilisé pour sélectionner les maisons dans la grappe, décrivez comment le nombre total de maisons à enquêter dans la grappe, le pas de sondage et le point aléatoire de départ ont été déterminés.
- Si la méthode EPI a été utilisée, décrivez les procédures-clés (comment la direction initiale a été déterminée, comment le 1^{er} ménage a été sélectionné, comment les ménages suivants ont été sélectionnés, etc.)
- Si d'autres méthodes telles que la segmentation ont été utilisées, expliquez pourquoi et décrivez brièvement ces méthodes
- Si plusieurs méthodes de sélection ont été utilisées selon la grappe, expliquez quelles méthodes ont été utilisées et combien de grappes ont utilisé chaque méthode ?
- Les ménages vides ou les ménages avec enfants absents ont-ils été revisités ? Si oui, selon quelle procédure ?
- Les ménages absents ou non-répondants ont-ils été remplacés ? Si oui, comment ?
- Tous les enfants éligibles des ménages sélectionnés ont-ils été pesés et mesurés ?
- Qui étaient les répondants, et comment ont-ils été choisis au sein des ménages ?

2.4 Questionnaire et méthodes de mesure

Questionnaire

Pour consulter le questionnaire HCR SENS complet, voir :
Outil 9 du pré-module – Questionnaire complet.

- Montrer le questionnaire en appendice
- Dans quelle langue le questionnaire a-t-il été utilisé sur le terrain ?
- Dans quelle(s) langue(s) les entretiens ont-ils été conduits sur le terrain ?
- Si applicable, le questionnaire a-t-il été traduit et rétro-traduit par une personne différente avant l'enquête ?
- Le questionnaire a-t-il été pré-testé (piloté) avant l'enquête ?
- Les copies du questionnaire en français et dans la langue locale sont-elles comprises dans les appendices ?
- Qui a réalisé les entretiens et géré les questionnaires (ex : chef d'équipe) ?

- Est-ce que les interviews ont été conduites avec un traducteur sur le terrain ?

Méthodes de mesure

1. Pour une description des méthodes d'enquêtes à utiliser pour chaque module SENS, consultez la section réservée à cet effet dans chacun des modules.

2. Pour consulter un résumé de toutes les méthodes de mesures utilisées lors d'une enquête nutritionnelle SENS, voir : **Outil 18 du pré-module SENS –Kakuma Rapport SENS 2012 (page 22-23 ; en anglais seulement).**

- Comment les données ont-elles été collectées pour chaque indicateur ? (voir directives SENS)

2.5 Définitions de cas, critères d'inclusion et calculs

1. Pour une description des définitions de cas, critères d'inclusion et calculs à utiliser pour chaque module SENS consultez la section réservée à cet effet dans chacun des modules.

2. Un résumé de 3 pages sur les définitions de cas, critères d'inclusion et calculs à utiliser dans une enquête SENS est disponible dans l'**outil 18 du pré-module SENS –Kakuma Rapport SENS 2012 (pages 24-27 ; en anglais seulement).**

- Quelle était votre définition d'un ménage ?
- Dans quelle tranche d'âge les enfants inclus dans l'enquête anthropométrique se trouvaient-ils ? Quelles étaient les tranches d'âges étudiées pour les autres modules individuels ?
- Si l'âge n'était pas connu, sur quelle base avez-vous décidé d'inclure les enfants ou non ?
- Quelle limite numérique avez-vous utilisée pour décider si la taille d'un enfant devait être mesurée debout ou en position allongée ?
- Quelle était votre définition de cas pour la MAG et la MAS ? Avez-vous vérifié la présence ou non d'un œdème bilatéral ? Si oui, comment ?
- Quel standard de croissance (NCHS ou OMS) avez-vous utilisé pour rapporter vos principaux résultats d'anthropométrie ?
- Quel événement bien connu avez-vous utilisé pour expliquer aux répondants de l'enquête quel était le début de la période de rappel ?
- Si d'autres indicateurs (ex : anémie, vaccination anti-rougeole, diarrhée, ANJE) ont été mesurés, mentionnez les définitions de cas utilisées, comment ils ont été évalués (ex : à l'aide d'un HemoCue, ou de la carte vaccinale de l'enfant), leur mode de calcul et spécifiez qui les répondants étaient pour ces questions (ex : chef de ménage, mère, père, etc.).

2.6 Classification des problèmes de santé publique et cibles

1. Pour une description de la classification des problèmes de santé publique et des cibles à utiliser dans une enquête SENS, consultez la section réservée à cet effet dans chacun des modules.

2. Pour consulter un résumé de la classification des problèmes de santé publique et des cibles à utiliser dans une enquête SENS, voir l'**outil 18 du pré-module SENS - Kakuma Rapport SENS 2012 (pages 27-29 ; en anglais seulement).**

- Inclure les valeurs-limites disponibles pour la classification des problèmes de santé publique et les cibles à atteindre pour les indicateurs mesurés.

2.7 Formation, coordination et supervision

Équipes d'enquête et supervision

- Quelle était la composition de l'équipe d'enquête ?
- Combien d'équipes ont reçu une formation, et combien ont participé à l'enquête ?
- Quelles étaient les qualifications (formation, expérience) des agents d'enquête ?
- Combien de superviseurs d'équipes ont participé à l'enquête ?
- Quelles étaient les qualifications (formation, expérience) des superviseurs d'équipes ?
- Les équipes d'enquête ont-elles été supervisées en permanence ou les superviseurs partageaient-ils leur temps entre plusieurs équipes ?

Training

- Qui a dirigé la formation des équipes d'enquête ?
- Quels aspects la formation a-t-elle couverts (ex : objectifs généraux de l'enquête, aperçu du design de l'enquête, procédures de sélection des ménages, mesures anthropométriques, signes et symptômes de la malnutrition, collecte des données et compétences requises pour l'interview, interview de mortalité) ?
- Des exercices de standardisation pour l'anthropométrie et la mesure de l'hémoglobine ont-ils été menés comme partie intégrante de la formation ? Si oui, combien d'enfants ont été mesurés par les équipes ?
- Combien de temps a duré la formation ?
- Un test-pilote a-t-il été conduit ? Si oui, combien d'enfants/de ménages ont été inclus dans cet exercice ?

2.7 Collecte des données

Collecte des données

- Combien de temps a duré la collecte des données ?
- Comment les équipes se sont-elles présentées et comment ont-elles introduit l'enquête auprès des ménages ?
- Quelle procédure l'équipe a-t-elle suivi pour demander le consentement ? Référez le lecteur au formulaire de consentement en appendice.

Téléphones Android (si les smartphones sont utilisés pour la collecte des données)

- Quel système d'exploitation téléphonique a été utilisé ?
- Quel logiciel de collecte des données a été utilisé ?
- Une collecte de données papier a-t-elle aussi été utilisée ?
- Comment les questionnaires ont-ils été développés ?
- Le soutien externe d'un expert a-t-il été fourni ?
- Combien de téléphones chaque équipe a-t-elle utilisé ?

2.9 Analyse des données

- Par qui, où et quand les données ont-elles été saisies ?
- Quels types de programmes informatiques avez-vous utilisés ?

- Quelles procédures de contrôle de la qualité (ex : double-saisie des données, vérifications aléatoires sur un certain pourcentage d'entrées saisies, etc.) ont été utilisées ?
- Les valeurs extrêmes trouvées dans les données anthropométriques ont-elles été exclues de l'analyse ? Si oui, comment les limites d'exclusion ont-elles été définies (ex : +/- 3 ET du PTZ à partir du PTZ moyen observé) ?
- Les données brutes nettoyées ont-elles été partagées avec le bureau UNHCR et le siège du HCR ?

3. Résultats

TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ÉTUDE

Total ménages enquêtés	<i>[exclure ménages absents et refus; inclure seulement les ménages avec données]</i>
Total population enquêtée	
Total <5 ans enquêtés	
Taille moyenne des ménages	<i>[total population enquêtée divisé par total ménages enquêtés]</i>
% de <5ans	<i>[total 0-59 mois enquêtés divisé par total population enquêtée × 100]</i>

Le taux de non-réponse observé doit être ajouté en bas du tableau 2 dans le rapport d'enquête final.

3.1 Enfants de 6-59 mois

Taille d'échantillon et grappes

TABLEAU 3 NOMBRE D'INDIVIDUS CIBLES ET NOMBRE FINAL ATTEINT

	Cible (Nb)	Total enquêtés (Nb)	% de la cible
Enfants de 6 à 59 mois			
Grappes (si applicable)			

TABLEAU 4 ENFANTS 6-59 MOIS – RÉPARTITION DE L'ÂGE ET DU SEXE DANS L'ÉCHANTILLON
(CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUÉMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

ÂGE (mois)	Garçons		Filles		Total		Ratio Garçon : Fille
	nb	%	nb	%	nb	%	
6-17 mois							
18-29 mois							
30-41 mois							
42-53 mois							
54-59 mois							
Total							

À noter :

- La proportion d'enfants sans date de naissance exacte fournie dans le rapport de plausibilité d'ENA pour SMART doit figurer en bas du **Tableau 4** dans le rapport final. C'est utile par exemple pour interpréter la fiabilité des données sur le retard de croissance et l'insuffisance pondérale (ces deux indicateurs utilisent l'âge).
- Le pourcentage d'enfants recrutés sur la base de la taille (si applicable) doit aussi figurer dans le rapport final en bas du **Tableau 4**.

Résultats anthropométriques (basés sur les standards de croissance OMS de 2006; normes de croissance NHCS 1977 disponibles en appendice)

Excluez les z-scores à partir de la moyenne observée c'est-à-dire les flags SMART : PTZ -3 à 3; TAZ -3 à 3; PAZ -3 à 3.

En général, les résultats anthropométriques devraient être présentés sur la base des standards de croissance OMS de 2006 dans le corps du rapport et les résultats basés sur la référence NCHS de 1977, dans les appendices.

TABLEAU 5 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGÜE BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES (ET/OU OEDÈMES) ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	All n =	Boys n =	Girls n =
Prévalence de malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de malnutrition modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, pas d'œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

La prévalence des œdèmes est de %

À surveiller :

- Souvent, les gens désagrègent les principaux résultats d'enquête par catégories d'âge des enfants, nationalité, statut de résidence ou même grappe pour réaliser des analyses statistiques et comparer les résultats sans considérer les limites de ces procédés. Ces analyses doivent être interprétées avec précaution car la taille de l'échantillon peut ne pas être suffisante pour détecter des différences si elles existent ou des différences peuvent être identifiées alors qu'elles ne reflètent pas la réalité. Cependant, les différences majeures qui peuvent apparaître dans les résultats entre certains groupes doivent être examinées et justifient une

investigation approfondie après l'enquête nutritionnelle pour tenter de comprendre si cette différence était réelle et si oui, la raison de celle-ci.

- Les résultats de prévalence de la MAG et de la MAS d'une année à l'autre doivent être présentés comme dans l'exemple fourni dans la figure ci-dessous.

FIGURE 4 TENDANCES DE PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË GLOBALE ET SÉVÈRE BASÉES SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE OMS 2006 CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2012. NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS. IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILISÉES PROVIENNENT D'ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

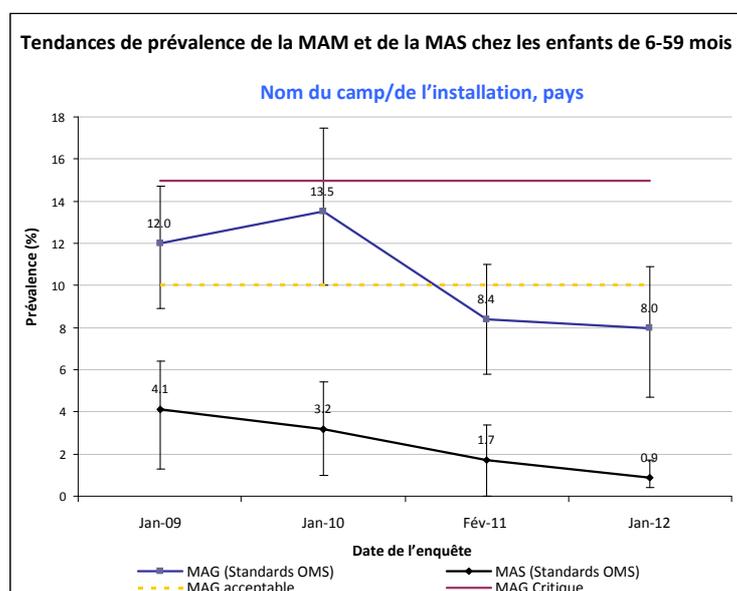


TABLEAU 6 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË PAR CLASSE D'ÂGE, BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES ET/OU OEDÈMES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

Age (mois)	Nb total	Émaciation sévère (<-3 z-score)		Émaciation modérée (>= -3 and <-2 z-score)		Normale (> = -2 z score)		Œdèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17									
18-29									
30-41									
42-53									
54-59									
Total									

- La tendance de prévalence de l'émaciation par classe d'âge illustrée dans le **Tableau 6** doit aussi être présentée sous forme graphique telle que dans l'exemple de la figure ci-dessous.

FIGURE 5 TENDANCE DE PRÉVALENCE DE L'ÉMACIATION PAR CLASSE D'ÂGE CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

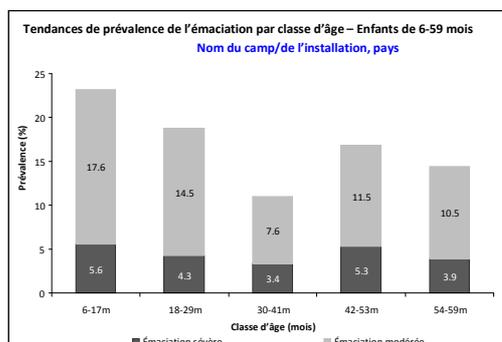
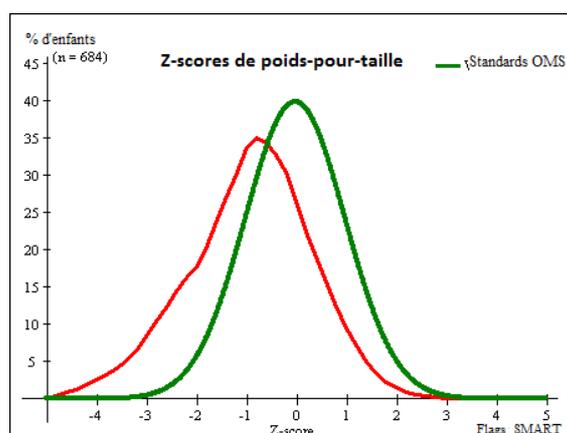


TABLEAU 7 RÉPARTITION DE LA MALNUTRITION AIGUË SÉVÈRE ET DES OEDÈMES BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	<-3 z-score	>=-3 z-score
Présence d'œdèmes	Kwashiorkor marasmique Nb (%)	Kwashiorkor Nb (%)
Absence d'œdèmes	Marasme Nb (%)	Pas de malnutrition sévère Nb (%)

FIGURE 6 RÉPARTITION DES Z-SCORES DE L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE (BASÉS SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE DE L'OMS; LA POPULATION DE RÉFÉRENCE APPARAÎT EN VERT ET LA POPULATION ENQUÊTÉE, EN ROUGE) DANS LA POPULATION D'ENQUÊTE COMPARÉE À LA POPULATION DE RÉFÉRENCE (CETTE FIGURE EST GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)



TABEAU 8 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION D'APRÈS LE PB (CES RÉSULTATS SONT GÉNÉRÉS AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART; CEPENDANT VOUS DEVEZ MODIFIER LA DESCRIPTION DES VALEURS-LIMITES D'APRÈS LES DÉFINITIONS DU HCR TEL QUE CI-DESSOUS)

	Total n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence de PB < 125 mm et/ou œdèmes	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de PB < 125 mm and >= 115 mm, pas d'œdèmes	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence MUAC < 115 mm et/ou œdèmes	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABEAU 9 PRÉVALENCE DE MALNUTRITION PAR CLASSE D'ÂGE, BASÉE SUR LES VALEURS-LIMITES DE PB ET/OU OEDÈMES (CES RÉSULTATS SONT GÉNÉRÉS AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART; CEPENDANT, VOUS DEVEZ MODIFIER LA DESCRIPTION DES VALEURS-LIMITES D'APRÈS LES DÉFINITIONS DU HCR TEL QUE CI-DESSOUS)

Age (mois)	Nb total	PB < 115 mm		PB >= 115 mm et < 125 mm		PB >= 125 mm		Œdèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17									
18-29									
30-41									
42-53									
54-59									
Total									

TABEAU 10 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Total n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence d'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence d'insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence d'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABLEAU 11 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE BASÉ SUR L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUÉMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Total n =	Garçons n =	filles n =
Prévalence du retard de croissance (<-2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du retard de croissance modéré (<-2 z-score and >=-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du retard de croissance sévère (<-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

FIGURE 7 TENDANCES DE PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE GLOBAL ET SÉVÈRE BASÉ SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE OMS CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILISÉES PROVIENNENT D'ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

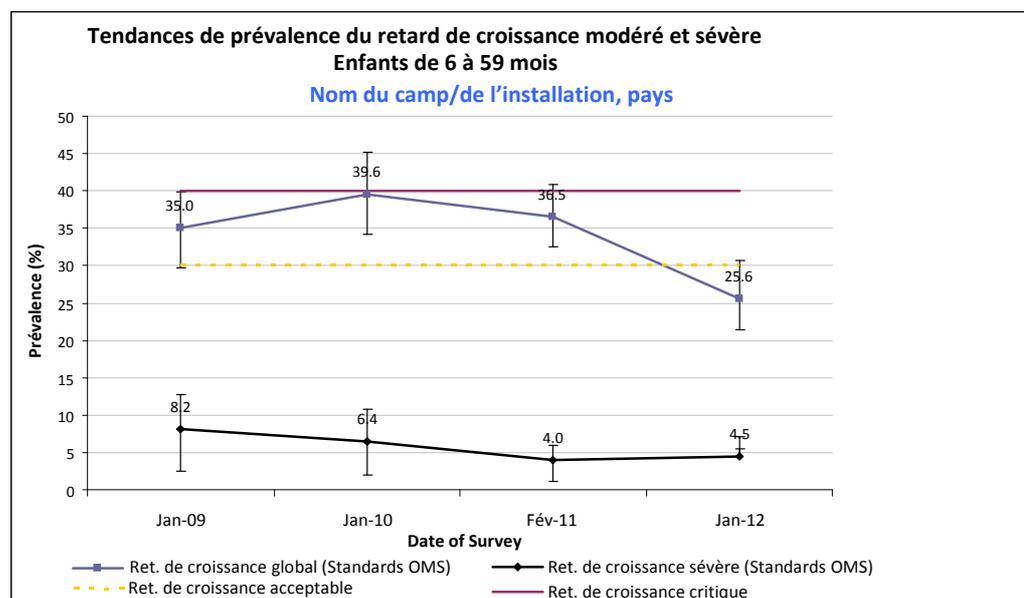


TABLEAU 12 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR CLASSE D'ÂGE BASÉ SUR L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUÉMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

Age (mois)	Nb total	Retard de croissance sévère (<-3 z-score)		Retard de croissance modéré (>= -3 and <-2 z-score)		Normal (> = -2 z score)	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17							
18-29							
30-41							
42-53							
54-59							
Total							

- La tendance de prévalence du retard de croissance par classe d'âge illustrée dans le **Tableau 12** doit aussi être présentée sous forme graphique telle que dans l'exemple de la figure ci-dessous.

FIGURE 8 TENDANCES DE PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR CLASSE D'ÂGE CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

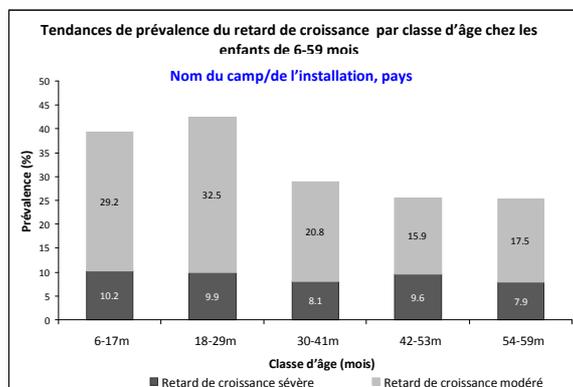


FIGURE 9 RÉPARTITION DES Z-SCORES DE L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE (BASÉS SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE DE L'OMS; LA POPULATION DE RÉFÉRENCE APPARAÎT EN VERT ET LA POPULATION ENQUÊTÉE, EN ROUGE) DANS LA POPULATION D'ENQUÊTE COMPARÉE À LA POPULATION DE RÉFÉRENCE (CETTE FIGURE EST GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

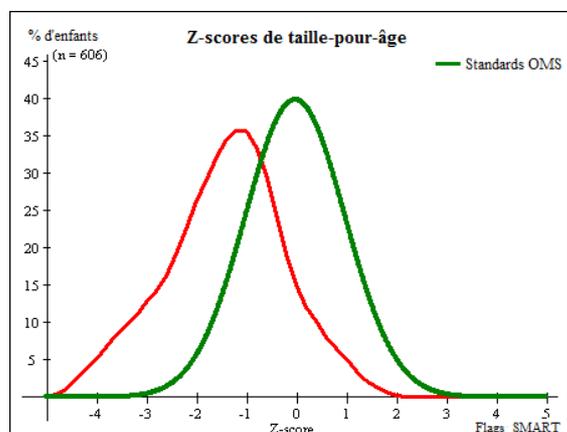


TABLEAU 13 Z-SCORES MOYENS, EFFETS DE GRAPPE OBTENUS ET SUJETS EXCLUS (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART; IL NE FAUT PRESENTER D'EFFET DE GRAPPE SI UN ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE SIMPLE OU SYSTÉMATIQUE A ÉTÉ UTILISÉ)

Indicateur	n	z-score moyen ± ET	Effet de grappe (z-score < -2)	z-scores non disponibles*	z-scores hors normes
Poids-pour-taille	Moyenne ±ET du PTZ				
Poids-pour-âge	Moyenne ±ET du PAZ				
Taille-pour-âge	Moyenne ±ET du TAZ				

* Comprend les Z-scores du Poids-pour-taille et Poids-pour-âge des enfants avec œdèmes.

- Les critères des flags utilisés pour les indices anthropométriques doivent être ajoutés dans la section analyse du rapport final. (ex : flags SMART et fourchettes utilisées, par exemple -/+3 à partir de la moyenne observée).

Résultats relatifs au niveau de couverture des programmes d'alimentation

TABLEAU 14 COUVERTURE PROGRAMME POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AIGUS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Couverture programme d'alimentation supplémentaire		
Couverture programme d'alimentation thérapeutique		

- Ce calcul est basé sur les critères d'admission utilisés dans la zone d'enquête. Là où l'admission est basée sur le PB, le PTZ et les œdèmes vous pouvez montrer deux tableaux de résultats : un tableau illustrant la couverture programme basée sur le PB et les œdèmes, et l'autre illustrant la couverture programme basée sur les trois critères d'admission.

Pour consulter les deux tableaux recommandés, voir :
Outil 18-Kakuma Rapport SENS 2012 (page 38 ; en anglais seulement).

- Les enfants avec un flag PTZ doivent être exclus de l'analyse sur la couverture.

Résultats sur la couverture vaccinale anti-rougeole

TABLEAU 15 COUVERTURE VACCINALE ANTI-ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 9 À 59 MOIS (OU AUTRE GROUPE-CIBLE SPÉCIFIQUE SELON LE CONTEXTE) (N=)

	Rougeole (avec carte) n= % (IC 95%)	Rougeole (avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère) n= % (IC 95%)
OUI		

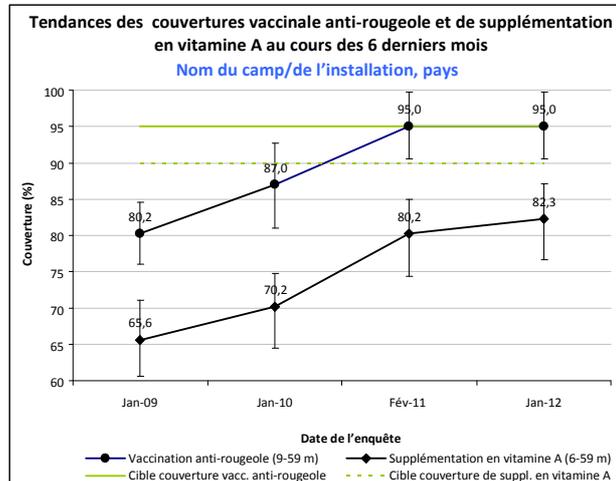
Résultats sur la couverture de la supplémentation en vitamine A

TABLEAU 16 SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (OU AUTRE GROUPE-CIBLE SPÉCIFIQUE SELON LE CONTEXTE) (N=)

	Capsule de vitamine A (avec carte) n= % (IC 95%)	Capsule de vitamine A (avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère) n= % (IC 95%)
YES		

- Les résultats portant sur les couvertures vaccinale anti-rougeole et de supplémentation en vitamine A d'une année à l'autre doivent être illustrés comme dans l'exemple de la figure ci-dessous.

FIGURE 10 TENDANCES DES COUVERTURES VACCINALE ANTI-ROUGEOLE ET DE SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2011. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



Diarrhée

TABLEAU 17 PRÉVALENCE DE LA DIARRHÉE RÉTROSPECTIVE À DEUX SEMAINES

	Nombre/total	% (IC 95%)
Diarrhée au cours des deux dernières semaines		

Anémie

TABLEAU 18 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE TOTALE, DE L'ANÉMIE PAR CATÉGORIES ET CONCENTRATION MOYENNE EN HÉMOGLOBINE CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS AU TOTAL ET PAR CLASSE D'ÂGE

	6-59 mois n =	6-23 mois n =	24-59 mois n =
Anémie totale (Hb<11,0 g/dL)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Anémie légère (Hb 10,0-10,9 g/dL)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Anémie modérée (7,0-9,9 g/dL)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Anémie sévère (<7,0 g/dL)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Hb moyenne (g/dL) (ET / IC 95%) [étendue]	g/dL (ET ou IC 95%) [min, max]	g/dL (ET ou IC 95%) [min, max]	g/dL (ET ou IC 95%) [min, max]

TABLEAU 19 PRÉVALENCE COMBINÉE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE ET DE L'ANÉMIE MODÉRÉE CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS AU TOTAL ET PAR CLASSE D'ÂGE

	6-59 mois n =	6-23 mois n =	24-59 mois n =
Anémie modérée et sévère (Hb<10.0 g/dL)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

- Les résultats de prévalence (légère, modérée et sévère) et l'hémoglobine moyenne chez les enfants de 6 à 59 mois d'une année à l'autre doivent être présentés tels que dans les exemples de figures ci-dessous.

FIGURE 11 TENDANCES D'ANÉMIE PAR CATÉGORIES CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILISÉES PROVIENNENT D'ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

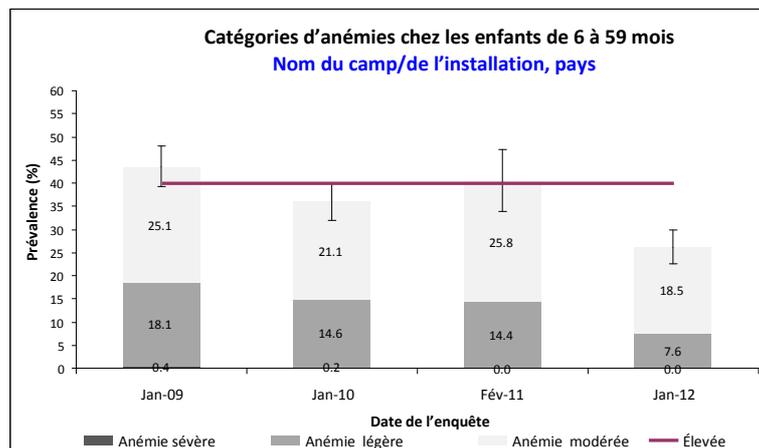


FIGURE 12 TENDANCES DE L'ANÉMIE TOTALE (<11 G/DL) ET DE L'ANÉMIE COMBINÉE MODÉRÉE ET SÉVÈRE (<10 G/DL) AVEC LEURS IC 95% CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILSÉES PROVIENNENT D'ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

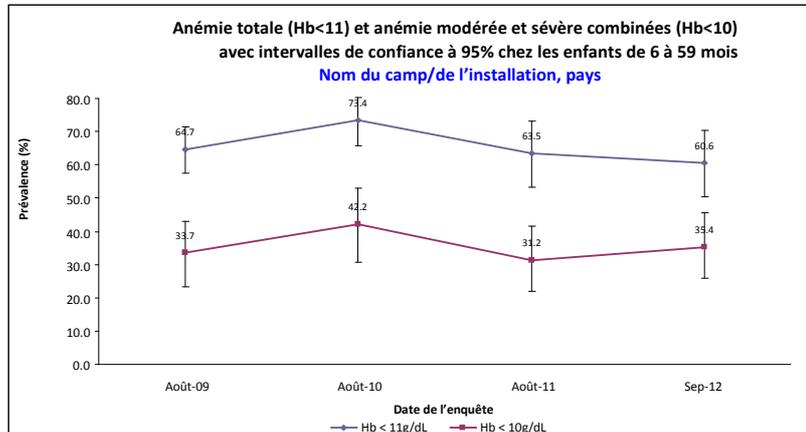
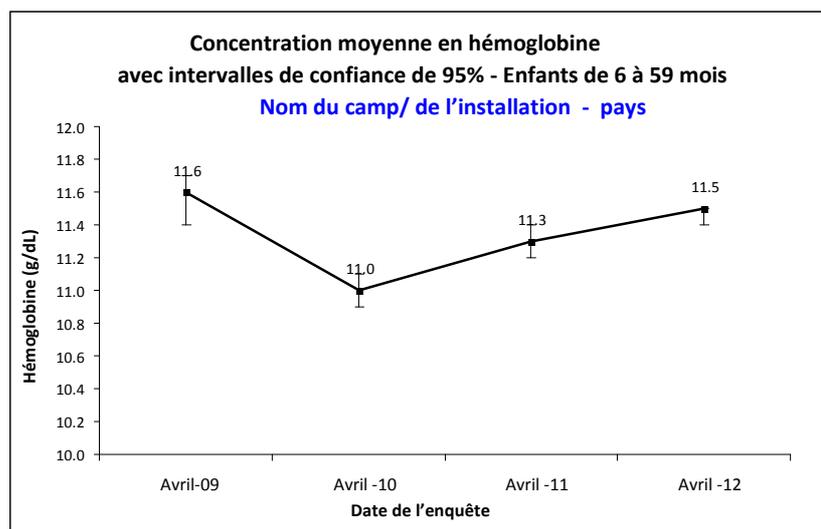


FIGURE 13 TENDANCE DE LA CONCENTRATION MOYENNE EN HÉMOGLOBINE AVEC UN IC 95% CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILSÉES PROVIENNENT D'ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



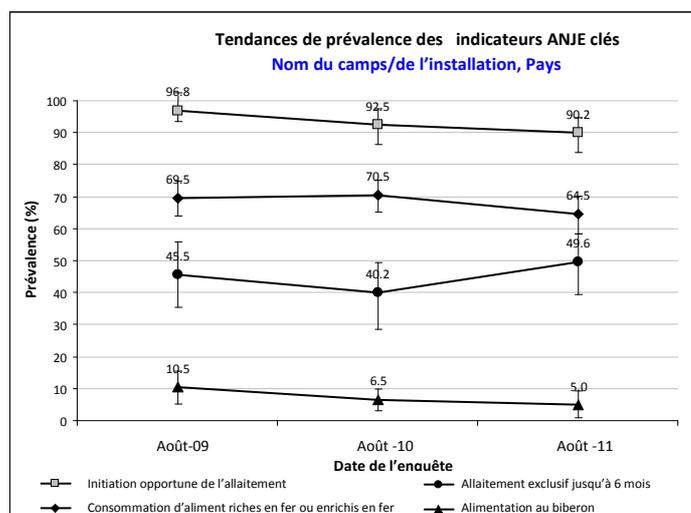
3.2 Enfants de 0 à 23 mois

TABLEAU 20 PRÉVALENCE DES INDICATEURS RELATIFS AUX PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Indicateur	Tranche d'âge	Nombre/ total	Prévalence (%)	IC 95%
Initiation opportune de l'allaitement	0-23 mois			
Allaitement exclusive avant 6 mois	0-5 mois			
Allaitement poursuivi jusqu'à 1 an	12-15 mois			
Allaitement poursuivi jusqu'à 2 ans	20-23 mois			
Introduction des aliments solides, semi-solides ou mous	6-8 mois			
Consommation d'aliments riches en fer ou fortifiés en fer	6-23 mois			
Alimentation au biberon	0-23 mois			

- Les prévalences de certains indicateurs ANJE d'une année à l'autre doivent être présentées telles que dans les exemples de figures ci-dessous.
- Quand les indicateurs ANJE sont collectés lors des enquêtes nutritionnelles dont le design est basé sur la MAG des enfants âgés de 6 à 59 mois, il n'est pas possible d'atteindre une taille d'échantillon suffisante pour que tous les indicateurs soient estimés avec la précision désirée, notamment en ce qui concerne les indicateurs qui couvrent une tranche d'âge étroite (ex : 12 à 15 mois, 6 à 8 mois). De ce fait, les analyses de tendances doivent être interprétées avec précaution. Cependant, celles-ci sont utiles pour évaluer la situation et les différences majeures observées d'une année à l'autre justifient des investigations plus approfondies.

FIGURE 14 TENDANCE DES INDICATEURS-CLÉS SUR LES PRATIQUES D'ANJE DE 2009 À 2011
(CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



Prévalence des apports

Préparation pour nourrissons

TABLEAU 21 APPORT DE PRÉPARATION POUR NOURRISSONS CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 23 MOIS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois qui reçoivent des préparations pour nourrissons (enrichi ou non)		

Aliments composés enrichis

TABLEAU 22 APPORT D'ACE CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 23 MOIS [PRODUIT À ADAPTER : L'ACE PEUT ÊTRE DU CSB+ PAR EXEMPLE; NE PAS INCLURE CE TABLEAU SI AUCUN ACE N'EST DISTRIBUÉ]

	Nombre /total	% (IC 95%)
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent un ACE		

TABLEAU 23 APPORT D'ACE++ CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 23 MOIS [PRODUIT À ADAPTER : L'ACE++ PEUT ÊTRE DU CSB++ PAR EXEMPLE; NE PAS INCLURE CE TABLEAU SI AUCUN ACE++ N'EST DISTRIBUÉ]

	Nombre /total	% (IC 95%)
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent un ACE++		

Produits nutritionnels spéciaux

TABLEAU 24 APPORT DE SUPPLÉMENT NUTRITIONNEL À BASE DE LIPIDES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 23 MOIS [PRODUIT À ADAPTER : LE SNL PEUT ÊTRE DU NUTRIBUTTER® OU DU PLUMPY'DOZ® PAR EXEMPLE; NE PAS INCLURE CE TABLEAU SI AUCUN SNL N'EST DISTRIBUÉ]

	Nombre /total	% (IC 95%)
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent un SNL		

TABLEAU 25 APPORT DE POUVRE DE MICRONUTRIMENTS (MNP) CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 23 MOIS [PRODUIT À ADAPTER : LE MNP PEUT AVOIR UN NOM SPÉCIFIQUE; NE PAS INCLURE CE TABLEAU SI AUCUN MNP N'EST DISTRIBUÉ]

	Nombre /total	% (IC 95%)
Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent une poudre de micronutriments		

3.3 Femmes de 15 à 49 ans

TABLEAU 26 STATUT PHYSIOLOGIQUE ET ÂGE DES FEMMES

Statut physiologique	Nombre/total	% de l'échantillon
Non-enceinte		
Enceinte		
Âge moyen (étendue)		

TABLEAU 27 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE ET CONCENTRATION EN HÉMOGLOBINE CHEZ LES FEMMES NON-ENCEINTES EN ÂGE DE PROCRÉER (15-49 ANS)

Anémie chez les femmes non-enceintes en âge de procréer (15-49 ans)	Total n =
Anémie totale (<12,0 g/dL)	(n) % (IC 95%)
Anémie légère (11,0-11,9 g/dL)	(n) % (IC 95%)
Anémie modérée (8,0-10,9 g/dL)	(n) % (IC 95%)
Anémie sévère (<8,0 g/dL)	(n) % (IC 95%)
Hémoglobine moyenne (g/dL) (ET / IC 95%) [étendue]	g/dL (ET or IC 95%) [min, max]

- Les prévalences d’anémie (légère, modérée et sévère) ainsi que les résultats sur la concentration moyenne en Hb chez les femmes en âge de procréer (non enceintes) d’une année à l’autre doivent être présentés tels que dans les exemples de figures ci-dessous.

FIGURE 15 TENDANCES D’ANÉMIE PAR CATÉGORIES CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (NON-ENCEINTES) DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU’UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D’AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILSÉES PROVIENNENT D’ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L’AIDE DE L’OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

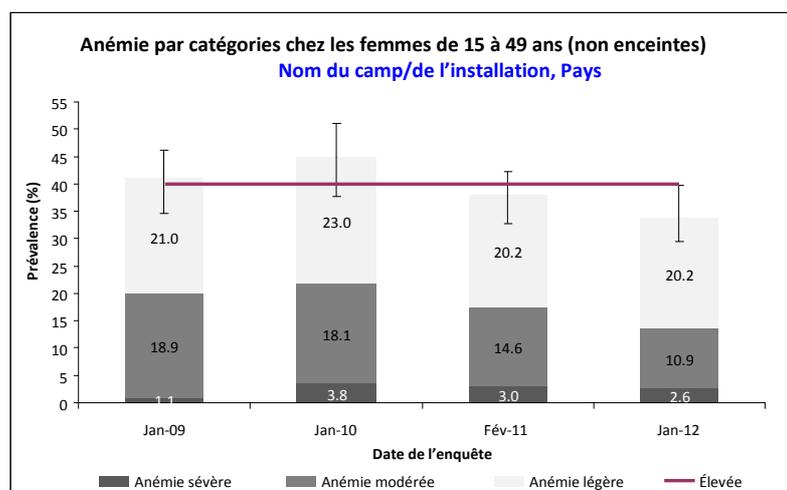


FIGURE 16 TENDANCE DE LA CONCENTRATION MOYENNE EN HÉMOGLOBINE AVEC UN IC 95% CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (NON-ENCEINTES) DE 2009 À 2012. **NOTEZ QU’UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D’AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** IL EST CONSEILLÉ QUE LES DONNÉES DE PRÉVALENCE UTILSÉES PROVIENNENT D’ENQUÊTES CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L’AIDE DE L’OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

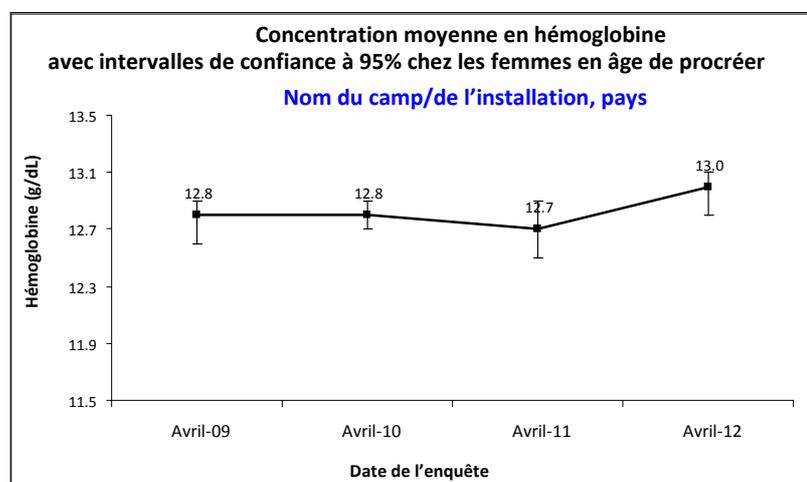


TABLEAU 28 COUVERTURE D'ENROLEMENT EN PROGRAMME DE SOINS PRÉNATAUX ET DE SUPPLÉMENTATION EN FER-ACIDE FOLIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES (15-49 ANS)

	Nombre /total	% (IC 95%)
Actuellement enrôlée dans un programme de soins prénataux		
Recevant actuellement des comprimés de fer-acide folique		

3.4 Sécurité alimentaire

TABLEAU 29 INFORMATIONS D'ÉCHANTILLONNAGE POUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Données ménages	Prévu	Obtenu	% de la cible
Nombre total de ménages enquêtés sur la sécurité alimentaire		<i>[n'inclure que les ménages avec données; exclure ménages absents et refus]</i>	

Résultats sur l'accès à l'aide alimentaire

TABLEAU 30 COUVERTURE EN CARTES DE RATION

	Nombre /total	% (IC 95%)
Proportion de ménages avec carte de ration		

Fournissez une description explicative des ménages qui ont déclaré ne pas avoir de cartes de ration si cela est pertinent :

[INSÉRER PROPORTION] ont déclaré que cela était dû au fait qu'on ne leur avait pas remis de carte de ration lors de l'enregistrement, même s'ils étaient inclus dans les critères de ciblage; [INSÉRER PROPORTION] ont déclaré avoir perdu celle-ci; [INSÉRER PROPORTION] disent l'avoir échangée ou vendue; [INSÉRER PROPORTION] ont expliqué qu'ils étaient arrivés récemment et qu'ils étaient éligibles mais n'avaient pas encore été enregistrés; [INSÉRER PROPORTION] ont dit ne pas répondre aux critères d'inclusion, et [INSÉRER PROPORTION] ont fourni d'autres raisons.

TABLEAU 31 DURÉE RAPPORTÉE DE LA RATION ALIMENTAIRE 1³

Durée moyenne en jours de la ration alimentaire (écart-type ou IC 95%)	Rapport durée moyenne (%) sur durée théorique de la ration*
jours	%

*Par exemple, si le temps moyen que dure la ration alimentaire en nombre de jours est de 21 sur les 30 jours prévus, alors la durée moyenne en relation avec la durée théorique de la ration se calcule comme suit : 21 jours/30 jours x 100=70%.

TABLEAU 32 DURÉE DE LA RATION ALIMENTAIRE 2

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages déclarant que la ration alimentaire a duré la totalité du cycle		
Proportion de ménages déclarant que la ration alimentaire a duré :		
≤75% du cycle [INSÉRER JOURS]		
>75% du cycle [INSÉRER JOURS]		

Stratégies d'adaptation néfastes

TABLEAU 33 STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES PAR LES MÉNAGES DE LA POPULATION ENQUÊTÉE AU COURS DU MOIS DERNIER

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages déclarant avoir utilisé les stratégies d'adaptation suivantes au cours du mois dernier* :		
Emprunt d'argent liquide, nourriture ou autres, <i>avec ou sans intérêts</i>		
Vente de biens qui auraient normalement été conservés (meubles, stocks de semences, outils, autres articles non alimentaires, bétail, etc.)		
Demandes de transferts d'argent ou dons plus élevés que la normale		
Réduction de la quantité et/ou fréquence des repas		
Mendicité		
Engagement dans des activités potentiellement dangereuses [LISTER LES ACTIVITÉS]		
Proportion de ménages déclarant n'avoir utilisé aucune de ces stratégies d'adaptation au cours du mois dernier		

* Le total dépassera les 100% car il est possible que les ménages utilisent plusieurs stratégies d'adaptation néfastes.

³ Dans les contextes où les distributions de rations complètes et de demi-rations coexistent, ne rapportez cette valeur que pour les ménages recevant une ration complète.

Niveau de diversité alimentaire au sein des ménages

Les informations suivantes doivent être présentées sous forme textuelle dans les résultats :

« La dernière distribution générale de vivres s’est terminée [INSERER NOMBRE] jours avant le début de la collecte des données d’enquête. OU des bons ou des remises d’argent liquide pour l’achat de nourriture ont été délivrés [INSERER DATE] [ex : [INSERER NOMBRE] jours avant le début de la collecte des données d’enquête »

Une distribution générale de vivres en nature dure en général plus d’une journée et peut être organisée par ordre de taille des familles; par conséquent, les ménages enquêtés se trouveront à différents moments du cycle, ce qui peut avoir un impact sur les résultats de SDAM, et cela doit être pris en compte dans l’interprétation des données.

Vous devez aussi fournir des explications sur la saison à laquelle l’enquête a été conduite et les répercussions sur la disponibilité des aliments. Par exemple : « l’enquête a été conduite pendant la période de soudure annuelle, durant laquelle la disponibilité des aliments en général est limitée. Il est donc probable que le score de diversité alimentaire au sein des ménages soit plus bas qu’après la période de récoltes par exemple ». Notez aussi tout événement inhabituel/exceptionnel susceptible d’avoir affecté les apports alimentaires des ménages, tel qu’une sécheresse ou une fête.

TABLEAU 34 SDA MOYEN DES MÉNAGES*

	Moyenne (Écart-type ou IC 95%)
SDAM moyen	

* Le SDAM maximum s’élève à 12.

FIGURE 17 PROPORTION DE MÉNAGES AYANT CONSOMMÉ PLUSIEURS GROUPES D’ALIMENTS DIFFÉRENTS DANS LES DERNIÈRES 24 HEURES (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L’AIDE DE L’OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

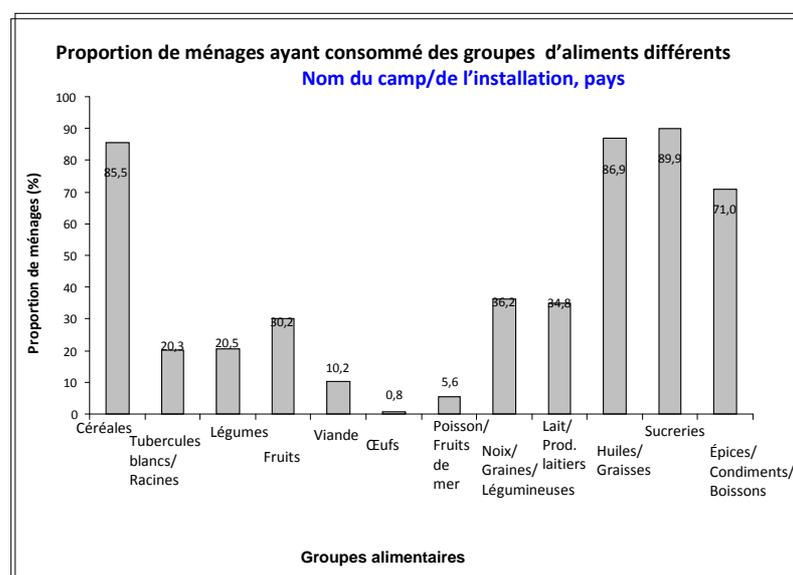


TABLEAU 35 CONSOMMATION D'ALIMENTS RICHES EN MICRONUTRIMENTS PAR MÉNAGE

	Nombre/ total	% (IC 95%)
Proportion de ménages <i>n'ayant consommé aucun-e</i> légume, fruit, viande, œufs, poisson/fruits de mer, ou lait/produits laitiers		
Proportion de ménages ayant consommé une source végétale ou animale de vitamine A		
Proportion de ménages ayant consommé de la viande (abats ou chair) ou du poisson/fruits de mer (sources alimentaires de fer hémérique)		

3.5 Flux d'aide alimentaire (FACULTATIF)

Insérer analyse du flux d'aide alimentaire (voir module 4 pour plus de détails).

3.6 EAH

TABLEAU 36 INFORMATIONS D'ÉCHANTILLONNAGE POUR L'EAH

Données ménages	Prévu	Obtenu	% de la cible
Nombre total de ménages enquêtés sur l'EAH		<i>[n'inclure que les ménages avec données; exclure ménages absents et refus]</i>	

TABLEAU 37 QUALITÉ DE L'EAU

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages utilisant une source d'eau de boisson améliorée		
Proportion de ménages utilisant un récipient couvert ou à goulot étroit pour stocker leur eau potable		

TABLEAU 38 QUANTITÉ D'EAU : NOMBRE DE LITRES D'EAU UTILISÉS PAR PERSONNE PAR JOUR

Proportion de ménages qui utilisent :	Nombre/total	% (IC 95%)
≥ 20 lpppj		
15 – <20 lpppj		
<15 lpppj		

Ajoutez la quantité moyenne d'eau utilisée en lpppj en bas du **Tableau 38** dans le rapport final.

TABLEAU 39 SATISFACTION PAR RAPPORT À L'APPROVISIONNEMENT EN EAU

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages se disant satisfaits de l'approvisionnement en eau de boisson		

FIGURE 18 PROPORTION DE MÉNAGES SE DISANT SATISFAITS DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU DE BOISSON (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

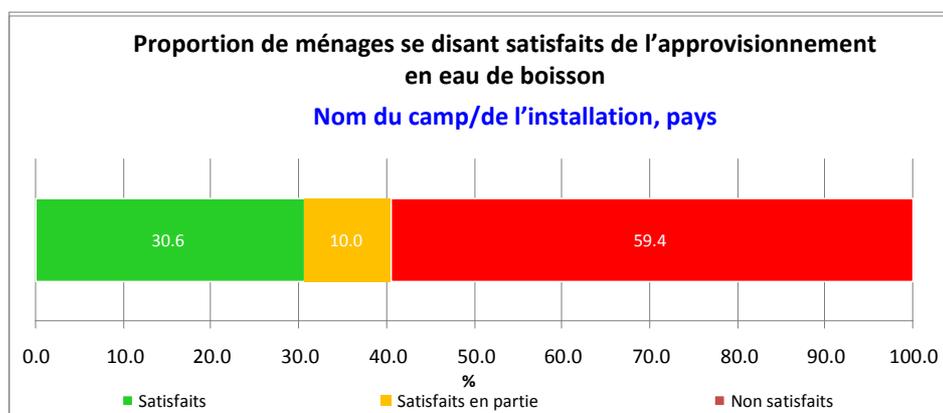


FIGURE 19 PRINCIPAL MOTIF D'INSATISFACTION PARMIS LES MÉNAGES NON SATISFAITS PAR L'APPROVISIONNEMENT EN EAU (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

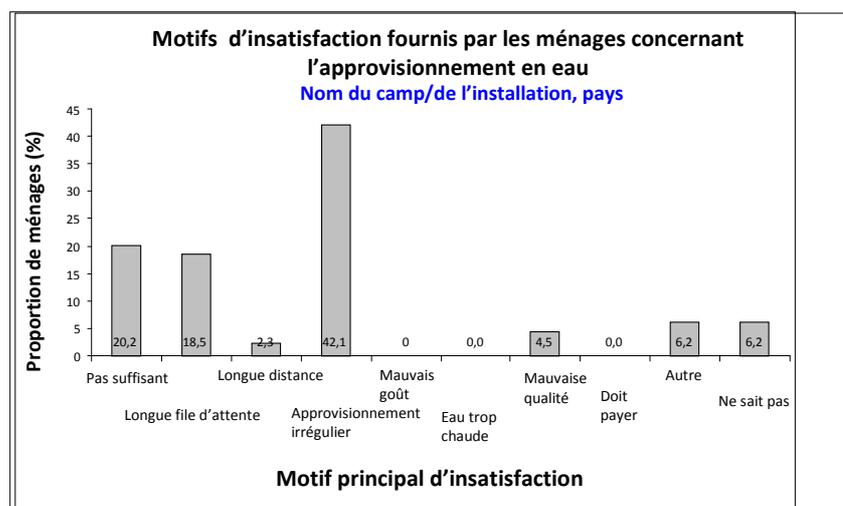


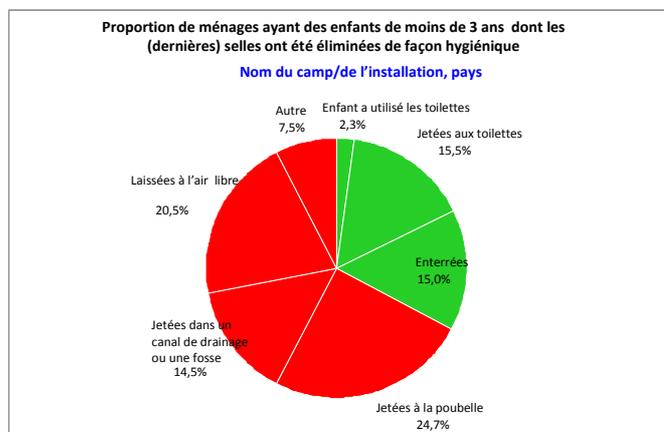
TABLEAU 40 ÉLIMINATION HYGIÉNIQUE DES EXCRÉTAS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages utilisant :		
Un système amélioré d'élimination des excréta (toilettes améliorées, 1 ménage)*, **		
Des toilettes familiales partagées (toilettes améliorées, 2 ménages)**		
Des toilettes communes (toilettes améliorées, partagées entre 3 ménages ou plus)		
Toilettes non améliorées (toilettes non améliorées ou toilettes publiques)		
Proportion de ménages ayant des enfants de moins de 3 ans et qui éliminent leurs selles de façon hygiénique		

*Pour préserver la cohérence du module EAH HCR-SENS avec les autres instruments d'enquête (ex : enquête en grappes à indicateurs multiples), celui-ci inclut dans la catégorie **“système amélioré d'élimination des excréta”** les toilettes faisant partie de la catégorie « améliorée » **ET** non partagées avec d'autres familles / ménages.

Le système de suivi EAH du HCR, définit un **“système amélioré d'élimination des excréta” d'une façon différente des instruments d'enquête et fait référence à des toilettes faisant partie de la catégorie “améliorées” **ET** partagées par un *maximum* de 2 familles / ménages ou pas plus que 12 individus. Par conséquent, les deux catégories suivantes : « système amélioré d'élimination des excréta » et « toilettes familiales partagées » sont considérées comme une seule catégorie intitulée “ système amélioré d'élimination des excréta ” pour le système de suivi EAH du HCR.

FIGURE 20 PROPORTION DE MÉNAGES AYANT DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS ET DONT LES (DERNIÈRES) SELLES ONT ÉTÉ ÉLIMINÉES DE FAÇON HYGIÉNIQUE (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



3.7 Couverture en provision de moustiquaires

TABLEAU 41 INFORMATIONS D'ÉCHANTILLONNAGE POUR LA COUVERTURE EN PROVISION DE MOUSTIQUAIRES

Données ménages	Prévu	Obtenu	% de la cible
Nombre total de ménages enquêtés sur la couverture en provision de moustiquaires		<i>[inclure seulement les ménages avec données; exclure ménages absents et refus]</i>	

TABLEAU 42 POSSESSION DE MOUSTIQUAIRES AU SEIN DES MÉNAGES

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire (tous types confondus)		
Proportion de ménages possédant au moins une MILD		

FIGURE 21 POSSESSION D'AU MOINS UNE MOUSTIQUAIRE DANS LES MÉNAGES (TOUS TYPES CONFONDUS) (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

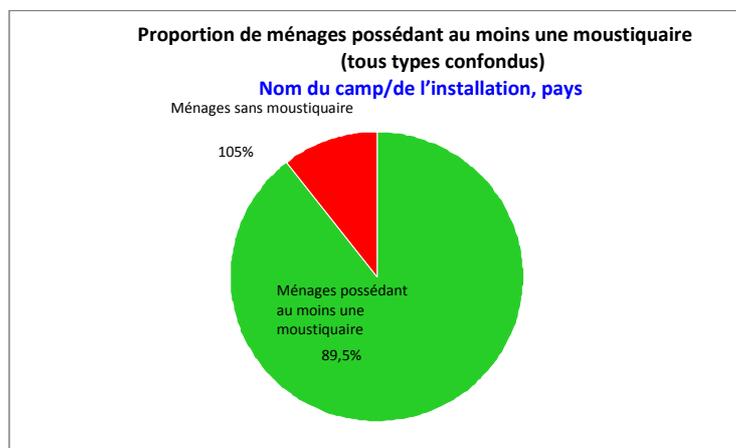


FIGURE 22 POSSESSION D'AU MOINS UNE MILD DANS LES MÉNAGES (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUÉMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

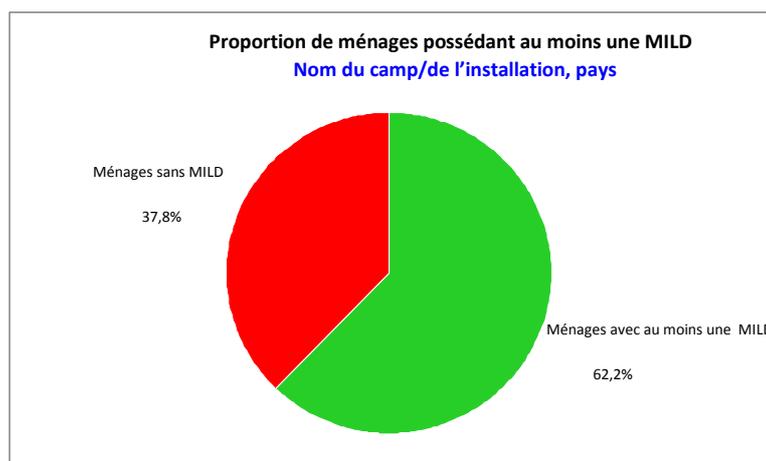


TABLEAU 43 NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES

Nombre moyen de MILD par ménage	Nombre moyen de personnes par MILD
Moyenne	Moyenne

TABLEAU 44 UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES. **NOTEZ QU'IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'INCLURE DES INTERVALLES DE CONFIANCE POUR CES INDICATEURS CAR LEUR CALCUL EST COMPLEXE.**

	Proportion de la population totale (tous âges confondus)		Proportion de 0-59 mois		Proportion de femmes enceintes	
	Nb total=	%	Nb total =	%	Nb total =	%
A dormi sous une moustiquaire (tous types confondus)	Nb	%	Nb	%	Nb	%
A dormi sous une MILD	Nb	%	Nb	%	Nb	%

FIGURE 23 UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES PAR SOUS-GROUPE (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 12 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

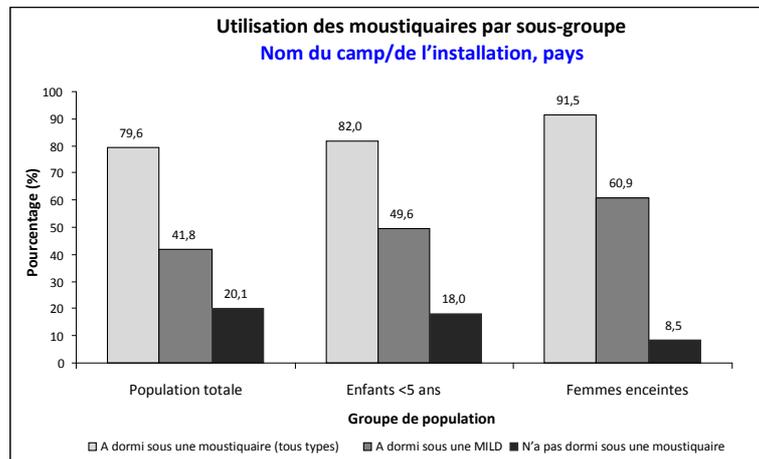


TABLEAU 45 COUVERTURE EN PULVÉRISATIONS INTRADOMICILIAIRE D'INSECTICIDE À EFFET RÉMANENT (FACULTATIF)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Proportion de ménages couverts par la campagne de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent		

3.8 Autres résultats

Inclure les autres résultats et figures.

3.9 Limitations

Inclure les limitations de l'enquête. Ex : mauvaise qualité des données d'âge ayant un impact sur la fiabilité des résultats relatifs au retard de croissance et à l'insuffisance pondérale; données de population non fiables pour la sélection des grappes; qualité de la formation; supervision limitée dû à des problèmes de sécurité; qualité globale des données anthropométriques d'après le contrôle SMART de plausibilité.

4. Discussion

4.1 Statut nutritionnel des jeunes enfants

- Discuter le sexe ratio de l'échantillon — présence de biais ? Si oui, expliquez pourquoi vous pensez qu'il existe un biais
- Prévalence de la malnutrition aiguë
- Si des données d'enquêtes passées sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines (ex : population locale voisine du (des) camp(s) ou installation(s) ?
- À quel niveau la prévalence de malnutrition se trouve-t-elle en comparaison avec les références nationales ?
- La prévalence de la malnutrition est-elle typique ou pas ?
- Quelles sont les causes majeures de la malnutrition si elles sont connues ou suspectées (considérant les causes qui font déjà l'objet d'autres interventions) ? Analysez les causes immédiates, sous-jacentes et primaires.
- Quelles sont les perspectives pour les prochains mois ? La situation est-elle amenée à s'améliorer ou à se détériorer (considérez les changements de saison, etc.)
- Qui est le plus affecté ?
- Quelles sont les causes chroniques de la malnutrition ?
- Que recommande la communauté ?
- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse ?
- Un diagramme représentant le cadre causal de la malnutrition serait utile.

4.2 Couverture programme

- Couverture vaccinale anti-rougeole, de supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois, couverture des programmes d'alimentation supplémentaire et d'alimentation thérapeutique, dispensaires de soins prénataux, et de supplémentation en fer-acide folique.
- Si des données d'enquêtes passées sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents ?
- Quel niveau la (les) prévalence(s) de couverture atteint-elle (atteignent-elles) comparé aux cibles spécifiques aux programmes de couverture ?
- Explications sur les résultats (bonne/mauvaise/pourquoi)

4.3 L'anémie chez les jeunes enfants et les femmes

- Prévalence de l'anémie
- Si des données d'enquêtes précédentes sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines ?
- Comment la prévalence actuelle d'anémie se place-t-elle par rapport aux références existantes ?
- La prévalence de l'anémie est-elle typique ?
- Quelles sont les causes majeures de l'anémie (considérant les causes qui font déjà l'objet d'autres interventions) ?
- Qui est le plus affecté ?
- Que recommande la communauté ?
- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse ?

4.4 Indicateurs ANJE

- Résultats concernant les indicateurs-clés
- Si des données d'enquêtes précédentes sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines ?
- Que recommande la communauté ?
- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse

4.5 Sécurité alimentaire

- Résultats concernant les indicateurs-clés
- Si des données d'enquêtes précédentes sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines ?
- Dans quel état se trouve le pipeline/la chaîne d'approvisionnement ?
- Y a-t-il eu un changement récent dans l'aide alimentaire fournie ?
- Que recommande la communauté ?
- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse

4.6 EAH

- Résultats concernant les indicateurs-clés
- Si des données d'enquêtes précédentes sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines ?
- À quel niveau se placent les résultats actuels quand on les compare avec les références utilisées pour les indicateurs EAH ?
- Que recommande la communauté ?

- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse

4.7 Couverture en provision de moustiquaires

- Résultats sur les niveaux d'acquisition et d'utilisation des moustiquaires par type, pour la population totale et chez les groupes vulnérables de la population (ex : enfants <5 ans et femmes enceintes).
- Si des données d'enquêtes précédentes sont disponibles, comment sont les résultats actuels comparés aux précédents, ou à ceux des régions voisines ?
- À quel niveau se placent les résultats actuels comparés aux références utilisées pour l'évaluation de la couverture en provision/utilisation de moustiquaires ?
- Que recommande la communauté ?
- L'interprétation est-elle plausible ? Dans le cas contraire, quelles questions demeurent sans réponse

4.8 Autres informations/données collectées

- Inclure interprétation des résultats

5. Conclusions

Conclusions générales sur la sévérité de la situation et le degré d'urgence de la réponse à apporter

6. Recommandations et priorités

Pensez à prioriser les recommandations et essayez de placer leur délai de mise en œuvre dans un cadre de temps approprié (ex : immédiat, moyen ou long terme).

Suivi nutritionnel à venir

- Faut-il réaliser une autre enquête nutritionnelle dans cette zone dans un avenir proche ? Qui devrait la conduire ? Faudrait-il apporter des changements à la méthodologie d'enquête ? Quand cette enquête devrait-elle avoir lieu ?

7. Références

Listez toutes les sources d'informations secondaires auxquelles vous avez fait référence dans le texte.

8. Remerciements

1. Listez tous les départements du gouvernement, agences internationales, ONG internationales et nationales ainsi que les autres organisations qui ont appuyé l'enquête ou y ont participé. (Tous ceux qui se sont impliqués dans la planification de l'enquête, et ces organisations ou individus qui ont fourni du personnel des véhicules, de l'équipement ou de la logistique).
2. Listez les donateurs et autres sources de financement
3. Listez les individus impliqués dans l'enquête
 - Superviseur/Gestionnaire :
 - Consultants/ formateurs/ conseillers/ analystes :
 - Logisticiens/administrateurs :
 - Membres d'équipe :
 - Traducteurs :
 - Chauffeurs :
 - Autres
4. (Facultatif) Listez tous ceux qui ont fourni des permissions/ autorisations et ont soutenu l'enquête de façon indirecte.

9. Appendices

Appendice 1

Rapport SMART de contrôle de plausibilité (CP)

Les instructions de présentation du rapport de CP report sont les suivantes :

- Si le CP < 15%, ne présentez que le tableau récapitulatif sur la qualité globale des données.
- Si le CP >15%, examinez soigneusement les données anthropométriques pour toutes les équipes ensemble puis équipe par équipe; présentez aussi les détails relatifs aux points problématiques du rapport dans l'appendice. Le siège du HCR doit être contacté pour de l'assistance dans l'analyse des scores jugés problématiques d'après les rapports SMART de CP.

Appendice 2

Attribution des grappes

Unité géographique Taille de la population Grappe sélectionnée

Appendice 3

Évaluation des énumérateurs (résultats du test de standardisation anthropométrique)

Appendice 4

Tableaux des résultats selon la référence NCHS de 1977

TABLEAU 46 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES (ET/OU OEDÈMES) ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Total n =	Garçons n =	filles n =
Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, pas d'œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

La prévalence des œdèmes est de %

TABLEAU 47 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË PAR CLASSE D'ÂGE, BASÉ SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES ET/OU OEDÈMES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

Age (mois)	Nb total	Émaciation sévère (<-3 z-score)		Émaciation modérée (>= -3 and <-2 z-score)		Normal (> = -2 z score)		Œdèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17									
18-29									
30-41									
42-53									
54-59									
Total									

TABLEAU 48 RÉPARTITION DE LA MALNUTRITION AIGUË ET DES ŒDÈMES BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	<-3 z-score	>=-3 z-score
Œdèmes présents	Kwashiorkor marasmique Nb (%)	Kwashiorkor Nb (%)
Œdèmes absents	Marasme Nb (%)	Pas de malnutrition sévère Nb (%)

TABLEAU 49 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DE LA MÉDIANE ET/OU ŒDÈMES (BASÉE SUR LA RÉFÉRENCE NCHS) (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	n =
Prévalence de la malnutrition aiguë globale (<80% et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition aiguë modérée (<80% and >= 70%, pas œdèmes)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition aiguë sévère (<70% et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)

TABLEAU 50 PRÉVALENCE DE MALNUTRITION PAR CLASSE D'ÂGE BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN POURCENTAGE DE LA MÉDIANE ET LES OEDÈMES (D'APRÈS LA RÉFÉRENCE NCHS) (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

Age (mois)	Nb total	Émaciation sévère (<70% de la médiane)		Émaciation modérée (>=70% et <80% de la médiane)		Normal (> =80% de la médiane)		Œdèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17									
18-29									
30-41									
42-53									
54-59									
Total									

TABLEAU 51 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Total n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence de l'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABLEAU 52 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE BASE SUR L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EN Z-SCORES ET PAR SEXE (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Total n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence du retard de croissance (<-2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du retard de croissance modéré (<-2 z-score and >=-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du retard de croissance sévère (<-3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABLEAU 53 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR CLASSE D'ÂGE BASÉ SUR L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EN Z-SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

		Retard de croissance sévère (<-3 z-score)		Retard de croissance modéré (>= -3 and <-2 z-score)		Normal (>= -2 z score)	
Age (mois)	Nb total	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-17							
18-29							
30-41							
42-53							
54-59							
Total							

TABLEAU 54 Z-SCORES MOYENS, EFFETS DE GRAPPE ET SUJETS EXCLUS (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART; NE PAS PRÉSENTER D'EFFET DE GRAPPE SI UN ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE SIMPLE OU SYSTÉMATIQUE A ÉTÉ UTILISÉ)

Indicateur	n	Z-scores moyens ± ET	Effet de grappe (z-score < -2)	z-scores non disponibles *	z-scores hors-norme
Poids-pour-taille	moyenne±ET du PTZ				
Poids-pour-âge	moyenne±ET du PAZ				
Taille-pour-âge	moyenne±ET du TAZ				

Appendice 5

Cartes de la zone

Appendice 6

Questionnaires

Appendice 7

Calendrier d'événements locaux utilisé pendant l'enquête pour estimer l'âge des jeunes enfants