

ENQUÊTE STANDARDISÉE ÉLARGIE UNHCR – SENS POUR LES POPULATIONS DE RÉFUGIÉS

MODULE 2: ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ

GUIDE PRATIQUE

VERSION 3 (2018)





ENQUÊTE STANDARDISÉE ÉLARGIE UNHCR – SENS POUR LES POPULATIONS DE RÉFUGIÉS

MODULE **2**: **ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ**

GUIDE PRATIQUE

VERSION 3 (2018)

Table des matières

MESSAGES-CLÉS	4
DÉFINITION DE QUELQUES TERMES CLÉS	5
OBJECTIFS ET GROUPES-CIBLES	7
COLLECTE DES DONNÉES	10
MÉTHODES DE MESURE	10
ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE	13
DÉFINITIONS DE CAS ET CALCULS	15
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	18
PROCÉDURE STANDARD ET ASSURANCE-QUALITÉ	19
FORMATION	20
ERREURS FRÉQUENTES ET DIFFICULTÉS LORS DE LA FORMATION ET DE LA COLLECTE DES DONNÉES	21
SAISIE DES DONNÉES	24
QUESTIONNAIRE ET INSTRUCTIONS	25
PARAMÉTRAGE DU LOGICIEL ENA POUR SMART POUR LES ENQUÊTES SENS	36
VÉRIFICATION DES DONNÉES	37
VÉRIFICATION QUOTIDIENNE DU QUESTIONNAIRE	37
VÉRIFICATION DE LA BASE DE DONNÉES	37
RAPPORT DE PLAUSIBILITÉ SMART POUR LES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES	40
VÉRIFICATION QUOTIDIENNE DU RAPPORT DE PLAUSIBILITÉ SMART	41
VÉRIFICATION DU RAPPORT DE PLAUSIBILITÉ SMART À LA FIN DE L'ENQUÊTE	42
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	43
TABLEAUX DE RÉSULTATS ET FIGURES	44
ANALYSE DES DONNÉES	66
PROCÉDURES D'ANALYSE	66
ERREURS FRÉQUENTES ET DIFFICULTÉS LORS DE L'ANALYSE DES DONNÉES	69

UTILISATION DES RÉSULTATS	70
CLASSIFICATION DU PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE ET CIBLES	70
RECOMMANDATIONS	72
DOCUMENTATION DE RÉFÉRENCES DE L'INITIATIVE SMART	73
OUTILS POUR LA PLANIFICATION D'ENQUÊTE SMART	73
AUTRES OUTILS/DOCUMENTS ACCOMPAGNANT LA MÉTHODOLOGIE SMART	76
 ANNEXE 1 – CALENDRIER D'ÉVÈNEMENTS	 78
ANNEXE 2 – INFORMATIONS POUR LES COMMANDES	80
ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE SENS ENFANT	81
ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE SENS FEMME	85
ANNEXE 5 – FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE	87
ANNEXE 6 – FICHE DE CONTRÔLE ASSURANCE-QUALITÉ POUR L'ANTHROPOMÉTRIE	88
ANNEXE 7 – PHOTOS DES MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES	90
ANNEXE 8 – RAPPORT DE PLAUSIBILITÉ POUR LES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES	92
ANNEXE 9 – ANALYSE EPI INFO	103
ANNEXE 10 – ANALYSE DU "WAST"	131

Messages clés

- Les données de prévalence sur la malnutrition aiguë (basée sur l'indice poids-pour-taille et / ou la présence d'œdèmes) et le retard de croissance (basée sur l'indice taille-pour-âge) parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois sont des données essentielles à collecter dans le contexte de populations réfugiées, cela pour des raisons de suivi. Lorsque cela se justifie, d'autres tranches d'âge sont également incluses.
- Les données de couverture vaccinale anti-rougeole et de supplémentation en vitamine A dans les six derniers mois, et la prévalence de la diarrhée rétrospective à deux semaines chez les jeunes enfants sont également des informations essentielles à collecter dans le contexte de populations réfugiées, toujours pour des raisons de suivi.
- Dans le contexte des populations réfugiées il est recommandé de collecter au sein des enquêtes SENS les données sur l'enrôlement au sein des programmes nutritionnels (programme d'alimentation supplémentaire ciblé (CRENAM), thérapeutique (CRENAS/CRENI), et/ou supplémentaire de couverture (BSFP)).
- Lorsque cela est justifié, des objectifs additionnels concernant la couverture des programmes de déparasitage au cours des six derniers mois et l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) et du zinc durant un épisode de diarrhée chez les jeunes enfants, ainsi que la prévalence de malnutrition selon le PB chez les femmes (non enceintes et non allaitantes et/ou enceintes et allaitantes) peuvent être ajoutés.
- Pour collecter les indicateurs SENS, un questionnaire standard doit être utilisé.
- Offrir une formation de qualité aux équipes d'enquête, les superviser correctement et vérifier la qualité des données collectées de façon quotidienne aideront à garantir l'obtention de données fiables.
- Des méthodes standards ont été développées pour la collecte, l'analyse et la présentation des données dans les rapports (**référez-vous à la documentation de l'initiative SMART**). Standardiser ce processus permet de préserver la qualité, la fiabilité et l'utilisation des données d'enquêtes SENS.
- Les prévalences du retard de croissance (basée sur l'indice taille-pour-âge) et de l'insuffisance pondérale (basée sur l'indice poids-pour-âge) doivent être présentées dans le rapport ; cependant, les résultats doivent être interprétés avec précaution dans les cas où les données d'âge ne sont pas disponibles (ce qui est fréquent dans beaucoup de contextes de populations réfugiées).
- Il existe des manières standards de rapporter les résultats d'anthropométrie, de vaccination anti-rougeole, de supplémentation en vitamine A, de prévalence de la diarrhée, d'enrôlement au sein des programmes nutritionnels et de déparasitage ; ces modalités de rapportage doivent être suivies dans tous les rapports d'enquêtes SENS produits dans le contexte de populations réfugiées.

Définition de quelques termes clés

Alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) : Il s'agit d'un programme d'alimentation sélective dont l'objectif principal est de prévenir la détérioration de l'état nutritionnel, et par conséquent la morbidité et la mortalité associées, ainsi que de protéger l'état nutritionnel chez les membres d'un groupe à risque (par exemple chez les enfants âgés de 6 à 23 mois, 6 à 35 mois, 6 à 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes). Divers produits peuvent être utilisés, notamment les aliments composés enrichis (ex : SuperCereal Plus), les aliments supplémentaires prêts à l'emploi (ASPE) ou les produits nutritionnels spéciaux (ex : supplément nutritionnel à base de lipides en sachet ou en pot).

Alimentation supplémentaire : également appelée « alimentation supplémentaire ciblée » (CRENAM), elle consiste en la distribution d'une ration alimentaire additionnelle aux enfants (et/ou aux adultes) modérément malnutris.

Alimentation thérapeutique : traitement médicamenteux et nutritionnel destinés aux enfants atteints de la MAS incluant une prise en charge en ambulatoire (CRENAS) et une prise en charge gérée par les hôpitaux et les centres de santé (CRENI).

Anthropométrie : l'anthropométrie est l'étude et la technique de mesure du corps humain. Elle est utilisée pour mesurer et suivre l'état nutritionnel d'un individu ou d'un groupe de population.

Diarrhée : la diarrhée est définie par le fait d'avoir un minimum de 3 selles molles ou liquides par jour. La perte de liquide causée par la diarrhée peut entraîner une déshydratation et un déséquilibre d'électrolytes.

Émaciation : l'émaciation est une forme de malnutrition aiguë. Elle est définie par un périmètre brachial < 125 mm ou un z-score du poids-pour-taille (PTZ) < -2.

Helminthes : groupe de parasites communément appelés « vers ». Le groupe comprend les trématodes (schistosomes, douves), les cestodes (ténias) et les nématodes (vers ronds). Les espèces d'helminthes couvertes par ce manuel SENS sont les helminthes transmissibles par le sol ou nématodes. Quatre espèces de nématodes sont rassemblés sous le terme « helminthes transmissibles par le sol » : le ver rond, *Ascaris lumbricoides* ; le trichocéphale, *Trichuris trichiura* ; et les ankylostomes *Necator americanus* et *Ancylostoma duodenale*.

Kwashiorkor : forme de sous-nutrition sévère appelée également malnutrition avec œdèmes. Les symptômes peuvent inclure des œdèmes ; des cheveux fins, clairsemés ou décolorés ; et une peau avec des taches de décoloration pouvant se fissurer et peler. Voir Œdèmes bilatéraux.

Malnutrition aiguë : la malnutrition aiguë est une forme de sous-nutrition. Elle est causée par une baisse dans la consommation de nourriture et/ou une maladie causant des œdèmes bilatéraux ou une perte de poids soudaine. Elle est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou de l'émaciation (faible périmètre brachial ou faible z-score pour l'indice poids-pour-taille).

Malnutrition aiguë globale (MAG) : la MAG est un indicateur basé sur la population et représente la malnutrition aiguë globale définie par la présence d'œdèmes bilatéraux et/ou de l'émaciation exprimée par un z-score du poids-pour-taille (PTZ) inférieur à deux écarts types de la médiane de la population de référence. La MAG est composée de la malnutrition aiguë modérée et de la malnutrition aiguë sévère (MAG = MAM + MAS).

Malnutrition aiguë sévère (MAS) : la MAS est définie par la présence d'œdèmes bilatéraux ou de l'émaciation sévère (périmètre brachial < 115 mm ou PTZ < -3 z-score). Un enfant atteint de la MAS est très vulnérable et a un risque de mortalité élevé. La MAS peut aussi être utilisée comme un indicateur basé sur la population et défini par la présence d'œdèmes bilatéraux ou de l'émaciation sévère (PTZ < -3 z-score).

Œdèmes bilatéraux : les œdèmes bilatéraux, aussi connus sous le nom d'œdèmes nutritionnels, kwashiorkor ou malnutrition avec œdèmes, sont un signe de malnutrition aiguë sévère (MAS). Ils sont définis par des œdèmes sur les pieds et confirmés lorsqu'une pression des pouces est appliquée sur le dessus des deux pieds pendant trois secondes et que cette pression laisse un godet (empreinte) sur les deux pieds après que les pouces aient été enlevés. Il s'agit d'une infiltration anormale et d'un excès intra-tissulaire d'eau et de sel dans le milieu interstitiel.

Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PECIMA) : La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PECIMA) comprend : (i) un volet communautaire visant à sensibiliser et faire participer la communauté pour le dépistage précoce, le référencement et le suivi à domicile des cas problématiques de malnutrition aiguë; (ii) la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) en ambulatoire pour les enfants âgés de 6 à 59 mois sans complications médicales (composante souvent appelée Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (CRENAS)), la prise en charge de la MAS gérés par les hôpitaux et les centres de santé pour les enfants âgés de 6 à 59 mois avec complications médicales (et/ou sans appétit), et la prise en charge des enfants de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë (composante souvent appelée Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (CRENI)); (iii) la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (composante souvent appelée Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Modéré (CRENAM)).

Population de référence : les standards de croissance de l'OMS (2006) sont basés sur de grandes enquêtes portant sur des enfants en bonne santé, dont les mesures représentent une référence internationale pour dériver l'état anthropométrique d'un individu.

Retard de croissance (malnutrition chronique) : le retard de croissance, ou malnutrition chronique, est une forme de sous-nutrition. Il est défini par un z-score pour l'indice taille-pour-âge (TAZ) inférieur à deux écarts types de la médiane de la population de référence. Le retard de croissance est le résultat d'épisodes prolongés et répétés de sous-nutrition débutant le plus souvent avant la naissance. Ce type de sous-nutrition est mieux traité grâce à des programmes préventifs de santé maternelle destinés aux femmes enceintes, aux nourrissons et aux enfants de moins de 2 ans. Les programmes de lutte contre le retard de croissance requièrent une planification à long terme et l'élaboration de politiques.

Rougeole : maladie aiguë, contagieuse et virale, se manifestant habituellement dans l'enfance et caractérisée par une éruption de boutons rouges sur la peau, de la fièvre et des symptômes catarrhaux.

Vitamine A : vitamine liposoluble importante pour son rôle dans la vision, la croissance des tissus, et le renouvellement de la peau. On la trouve dans les huiles de foie de poisson, le lait, les légumes feuilles vert foncé, ainsi que dans les fruits et légumes rouges, oranges et jaunes. Une carence en vitamine A chez les humains entraîne une mauvaise vision de nuit et des dommages au niveau de la peau et des muqueuses.

Z-score : score qui indique l'écart entre une mesure et la médiane – également connu sous le nom d'écart type (ET). Les lignes de référence sur les courbes de croissance (numérotées 1, 2, 3, -1, -2, -3) sont appelées lignes du z-score ; elles indiquent dans quelle mesure les points sont au-dessus ou en dessous de la médiane (z-score 0).

Objectifs et groupes-cibles

- La tranche d'âge standard à inclure dans une évaluation anthropométrique dans le contexte des populations réfugiées est celle des enfants âgés de 6 à 59 mois. Lorsque cela est justifié, d'autres tranches d'âges sont également incluses.
- Les enfants âgés de 9 à 59 mois seront inclus dans l'évaluation de la couverture vaccinale anti-rougeole (ou tout autre groupe d'âge cible spécifique au contexte, par exemple celui des 9-23 mois).
- Les enfants âgés de 6 à 59 mois seront inclus dans l'évaluation de la supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois, la diarrhée au cours des deux dernières semaines et l'enrôlement actuel au sein des programmes nutritionnels supplémentaires ciblés (CRENAM) et des programmes nutritionnels thérapeutiques (CRENAS/CRENI).
- Si un programme nutritionnel supplémentaire de couverture (BSFP) est mis en œuvre, la couverture de ce programme devrait être évalué pour le groupe d'âge cible du programme, spécifique au contexte (ex : 6-23 mois, 6-35 mois ou 6-59 mois, femmes enceintes et/ou allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois).

Indicateurs SENS optionnels, si applicable :

- Si l'utilisation des SRO et/ou des comprimés ou du sirop de zinc, au cours d'un épisode de diarrhée, est mesurée (indicateurs SENS optionnels), s'assurer d'utiliser les termes locaux permettant de désigner ces différents produits au niveau des centres de santé ou des pharmacies locales, en particulier pour les suppléments de zinc qui peuvent être facilement confondus avec certains autres médicaments.
- Si la couverture du déparasitage au cours des six derniers mois est mesurée (indicateur SENS optionnel), s'assurer d'inclure les enfants du groupe d'âge cible spécifique au contexte (ex : 12-59 mois, 24-59 mois). Le dosage du comprimé de déparasitant (c'est-à-dire le mébendazole et l'albendazole) est habituellement différent pour les enfants de 1-2 ans et pour ceux de plus de 2 ans.
- Si le PB est mesuré chez les femmes (indicateur SENS optionnel), s'assurer d'inclure les femmes âgées de 15 à 49 ans et d'ajuster les valeurs seuils et les catégories de PB au contexte. S'assurer de mesurer le PB selon le statut physiologique des femmes faisant du sens pour le contexte et les programmes prévus ou en place, c'est-à-dire les femmes non enceintes et non allaitantes et/ ou les femmes enceintes et allaitantes.

Les objectifs doivent être formulés comme suit dans le protocole et le rapport d'enquête :

Objectifs primaires :

1. Mesurer la prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
2. Mesurer la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
3. Déterminer la couverture vaccinale anti-rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois (ou groupe-cible spécifique selon le contexte, ex : 9-23 mois).
4. Déterminer la couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.
5. Déterminer la prévalence de diarrhée sur une période rétrospective de 2 semaines chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Objectifs secondaires :

1. Déterminer l'enrôlement au sein des programmes nutritionnels supplémentaires ciblés (CRENAM) et thérapeutiques (CRENAS/CRENI) pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.
2. Déterminer la couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, de 6 à 36 mois et de 6 à 59 mois (**Recommandation SENS** : Inclure cet indicateur dans tous les contextes où un BSFP est mis en œuvre pour les jeunes enfants).
3. Déterminer la couverture du déparasitage (contrôle des vers parasites dits "helminthes" transmis par le sol) avec le mébendazole et/ou l'albendazole au cours des six derniers mois chez les jeunes enfants (inclure le groupe d'âge cible spécifique au contexte, 12-59m/24-59m). (**Recommandation SENS** : inclure cet indicateur, si et seulement si : (i) une campagne de déparasitage a été effectuée au cours des six derniers mois chez les enfants d'âge préscolaire, en même temps qu'une campagne de vaccination et/ou de supplémentation en vitamine A, et a utilisé des médicaments pour les vers intestinaux, à savoir le mébendazole ou l'albendazole ; et si (ii) les résultats sont nécessaires dans le cadre du suivi d'un programme).
4. Déterminer la couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois (**Recommandation SENS** : Inclure cet indicateur dans tous les contextes où un BSFP est mis en œuvre pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois).

Objectifs optionnels :

1. Déterminer l'utilisation des SRO et/ou des comprimés ou du sirop de zinc, au cours d'un épisode de diarrhée. (**Recommandation SENS** : inclure ces indicateurs surtout dans les zones où la diarrhée est fréquente et où il est nécessaire de connaître les pratiques lors des épisodes de diarrhée).
2. Déterminer la prévalence de la malnutrition selon le PB chez les femmes en âge de procréer, âgées entre 15 et 49 ans (préciser si toutes les femmes ou seulement les femmes enceintes et/ou allaitantes sont mesurées). (**Recommandation SENS** : inclure cet indicateur, si et seulement si les résultats sont nécessaires pour une enquête de base ou dans le cadre du suivi d'un programme. La mesure du PB chez les femmes est généralement nécessaire dans les contextes où un BSFP est mis en œuvre ; habituellement, ces programmes concernent les femmes enceintes et allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois).
3. Déterminer la période d'arrivée des enfants dans le camp/pays d'asile. (**Recommandation SENS** : inclure cet indicateur, si et seulement si l'enquête a lieu dans un contexte où il y a de récents/nouveaux afflux de réfugiés et où l'on suspecte un statut nutritionnel possiblement différent chez ces nouveaux arrivants. Le siège/les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de l'aide dans le choix d'inclure ou non cet indicateur, ainsi qu'au moment de l'analyse de ces données).

À noter :

- Dans la plupart des contextes de populations réfugiées, vous trouverez des programmes nutritionnels supplémentaires ciblés (CRENAM) et thérapeutiques (CRENAS/CRENI) pour prendre en charge les enfants malnutris aigus. Une enquête SENS fournit l'occasion de se renseigner sur l'enrôlement des enfants enquêtés au sein des programmes nutritionnels de la zone mis en œuvre dans le cadre de la prise en charge et du traitement de la malnutrition aiguë. L'enquête ne permettra d'obtenir qu'une estimation approximative de la couverture de tels programmes mais cela peut s'avérer utile pour pointer certains problèmes majeurs qui pourront être abordés à l'issue de l'enquête. Cela dit, les *enquêtes de couverture*, par opposition aux enquêtes SENS, constituent une bien meilleure façon d'évaluer la couverture de ce type de programmes nutritionnels car la taille d'échantillon d'enfants malnutris aigus repérés lors des enquêtes nutritionnelles est insuffisante. C'est la raison pour laquelle cet objectif doit toujours être formulé comme un objectif secondaire.
- L'inclusion systématique de nourrissons âgés de 0 à 5 mois dans les enquêtes SENS n'est actuellement pas recommandée par le HCR pour les principales raisons suivantes : (1) La mesure du poids exact des nourrissons âgés de 0 à 5 mois requiert une balance « spéciale nourrisson » d'une plus grande précision (+/-10g) que celles qui sont le plus fréquemment utilisées lors des enquêtes nutritionnelles (+/- 100g); (2) Si une estimation précise et significative de la malnutrition chez le nourrisson est nécessaire pour des raisons programmatiques, les exigences de taille d'échantillon seront difficiles à satisfaire; (3) L'interprétation des résultats de malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois et de 0 à 59 mois sont souvent utilisés - à tort - de façon interchangeable et comparés; enfin, (4) Rapporter des résultats de malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois constitue actuellement la norme dans le contexte de populations réfugiées et dans les situations d'urgences. Cela dit, dans certains contextes où l'état nutritionnel des nourrissons de 0 à 5 mois peut paraître particulièrement préoccupant, ceux-ci peuvent être inclus dans l'évaluation anthropométrique à condition que des balances adaptées soient utilisées et qu'une formation spécifique soit fournie sur la mesure de la taille chez les nourrissons (ex : une pièce de linge doit être utilisée sous les genoux des nourrissons lors de la mesure de la taille – plus exactement de la longueur dans ce cas) ; de même, les exigences de l'échantillon en termes de taille doivent être respectées. La mesure du PB chez les nourrissons âgés de 0 à 5 mois est de plus en plus régulièrement collectée et pourrait être une option plus facile à mettre en œuvre dans une enquête SENS.

Collecte des données

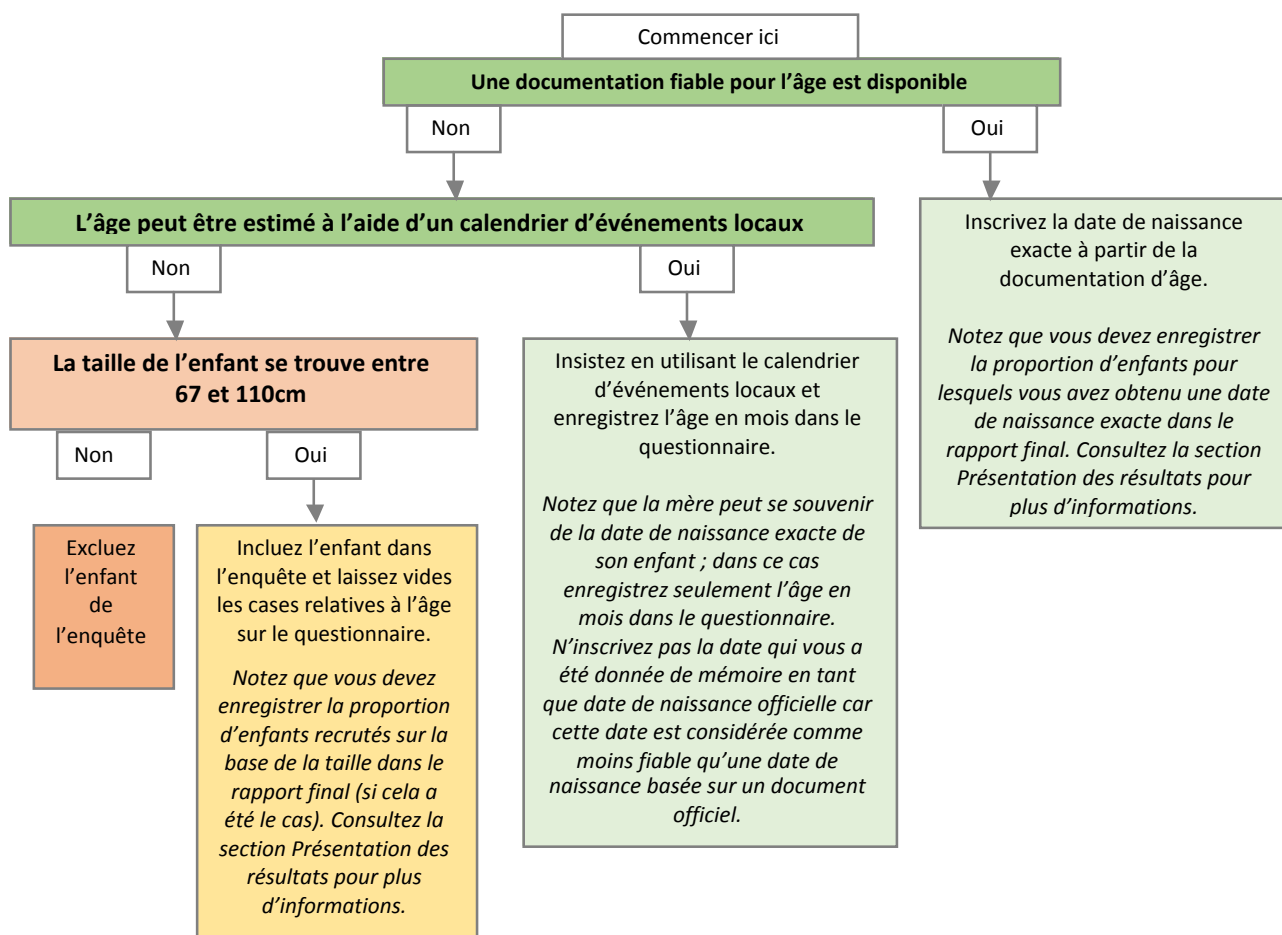
Méthodes de mesure

Sexe : le genre est enregistré comme masculin ou féminin

Date de naissance ou âge en mois : la date de naissance exacte (jour, mois, année) est enregistrée à partir d'une carte du PEV, du carnet de santé de l'enfant ou de l'acte de naissance, si disponibles. Notez que le "manifeste HCR" ne doit jamais être utilisé pour enregistrer l'âge d'un enfant. Si aucune preuve d'âge fiable n'est disponible, l'âge est estimé en mois à l'aide du calendrier d'événements locaux, ou en comparant l'enfant sélectionné avec un frère ou une sœur ou un voisin dont l'âge est connu ; l'âge en mois est ensuite enregistré sur le questionnaire. Si l'âge de l'enfant ne peut vraiment pas être déterminé à l'aide du calendrier d'événements locaux ou par questionnement, la taille de l'enfant permettra de décider de l'inclusion ou non de ce dernier au sein de l'enquête ; l'enfant doit mesurer entre 67 et 110 cm (notez que sans indication d'âge les données de retard de croissance et d'insuffisance pondérale ne seront pas calculées pour les enfants inclus dans l'enquête sur la base de la taille uniquement et). Dans le rapport final, la proportion d'enfants possédant une documentation d'âge doit être mentionnée. Pour consulter un exemple de calendrier d'événements locaux à utiliser et à adapter au contexte, se référer à **l'Annexe 1** ou à l'outil du module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 1- Calendrier d'événements locaux].



FIGURE 1 ORGANIGRAMME DE COLLECTE DES DONNÉES D'ÂGE LORS D'UNE ENQUÊTE



Poids : Les enfants sont pesés sans vêtements à l'aide d'une balance électronique. Les mesures sont prises aux 100 grammes près. Il est recommandé de préférer l'utilisation de la balance électronique à celle de la balance Salter car cela augmente la qualité des données de poids. **S'il n'est pas possible de retirer tous les vêtements de l'enfant, le fait de laisser un sous-vêtement très léger est acceptable.**

- **Peser avec les vêtements :** Dans certains contextes, faire enlever l'ensemble des vêtements peut paraître inapproprié. Si les vêtements portés sont assez communs au sein de la zone d'enquête, par exemple un simple pantalon avec une chemise ou un tee-shirt, un échantillon des articles vestimentaires les plus communs peut être pesé et son poids soustrait au poids de chaque enfant portant des vêtements similaires. Une variable optionnelle peut être ajoutée au questionnaire SENS pour évaluer si les enfants ont été pesés avec ou sans vêtements. **Cette variable optionnelle ne devrait être ajoutée que dans les contextes où la majorité de la population enquêtée refuse de retirer les vêtements des enfants pendant la pesée.** Pour plus d'informations sur comment procéder à l'ajustement du poids par rapport aux vêtements, référez-vous à l'outil du module Anthropométrie et Santé SENS [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS du HCR] (notez que le logiciel ENA pour SMART peut réaliser cette soustraction automatiquement).

Taille / longueur : La taille ou la longueur des enfants est mesurée au millimètre près à l'aide d'une toise en bois. **La position de l'enfant au moment de la mesure de la taille, c'est-à-dire la position debout ou la position couchée, est enregistrée sur le questionnaire SENS (tel que recommandé par l'initiative SMART).** Il est préférable d'utiliser des toises équipées de rubans mesureurs sur chacun des côtés de la toise, et graduées en millimètre (0,1 cm). La toise peut être disposée verticalement pour mesurer la taille avec le curseur venant s'ajuster sur la tête de l'enfant. Lorsque la toise est placée en position horizontale, le curseur vient alors s'ajuster au niveau des pieds de l'enfant. L'âge ou la taille peuvent être utilisés pour décider si l'enfant doit être mesuré allongé (longueur) ou debout (taille). S'assurer que toutes les équipes de la même enquête utilisent les mêmes critères, et que ces mêmes critères soient utilisés d'une année sur l'autre dans le même contexte. Ci-dessous, les recommandations à suivre :

- Lorsqu'une documentation officielle pour l'âge est disponible pour la plupart des enfants, l'âge doit être utilisé pour décider de la position de l'enfant sur la toise. Les enfants de moins de 24 mois doivent être mesurés allongés et ceux de plus de 24 mois, debout.
- Dans les situations où l'âge des enfants est estimé principalement à partir du calendrier d'événements locaux, ou de mémoire, la taille doit être utilisée pour décider de la position de l'enfant sur la toise. Les enfants de moins de 87cm doivent être mesurés allongés, et ceux qui mesurent 87cm ou plus, debout. Un bâton de screening marqué à 87cm peut être utilisé pour faciliter le choix de la méthode de mesure.

Œdèmes : la présence d'œdèmes bilatéraux, également connus sous le nom d'œdèmes nutritionnels, est évaluée en appliquant une légère pression des pouces sur le dessus des deux pieds de l'enfant pendant trois secondes et en observant la présence ou non d'une empreinte. Tous les cas d'œdèmes rapportés par les équipes d'enquête doivent être vérifiés par le responsable¹ et doivent être immédiatement référés (voir section Considérations éthiques ci-dessous).

PB (enfant) : le PB se mesure sur le bras gauche à mi-distance entre le coude et l'épaule ; la mesure est prise au millimètre près (ou au centimètre près dans certains contextes), à l'aide d'un ruban de mesure standard.

¹ Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Enrôlement de l'enfant au sein d'un programme nutritionnel supplémentaire ciblé, thérapeutique ou de couverture : si des programmes nutritionnels destinés aux enfants souffrant de malnutrition aiguë sont mis en œuvre, l'enrôlement des enfants au sein des programmes nutritionnels thérapeutiques (CRENAS/ CRENI) et/ou supplémentaires (CRENAM) doit être évalué. Si un programme nutritionnel supplémentaire de couverture (BSFP) est mis en œuvre, la couverture du programme doit également être évaluée.

Vaccination anti-rougeole : La vaccination contre la rougeole est évaluée en vérifiant sur la carte du PEV (Programme Elargi de Vaccination) si celle-ci est disponible, ou en demandant à la personne en charge des soins de l'enfant si celui-ci n'a pas de carte de vaccination et/ou de carnet de santé. L'endroit sur le corps où le vaccin anti-rougeole est généralement administré (dans la zone d'enquête ou au lieu d'origine des réfugiés) doit être connu ; cela peut aider la personne en charge de l'enfant à se souvenir du type de vaccin reçu par l'enfant. Pour faciliter la collecte des données lors d'une enquête avec questionnaire papier, la vaccination anti-rougeole est évaluée pour tous les enfants de 6-59 mois ; cependant, l'analyse est conduite uniquement pour le groupe d'âge cible (9-59 mois ou autre, selon le contexte).

Supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois : on cherche à savoir si l'enfant a reçu une capsule de vitamine A à forte concentration au cours des six derniers mois en se référant soit à la carte PEV, soit au carnet de santé si possible, ou en interrogeant la personne en charge de l'enfant si aucun document n'est disponible. Une capsule de vitamine A doit être montrée au répondant pour l'aider à se souvenir.

Diarrhée au cours des 2 dernières semaines : il est demandé à la personne en charge de l'enfant si celui-ci a souffert de la diarrhée au cours des 2 dernières semaines.

Indicateurs optionnels :

SRO et/ou comprimés de zinc ou sirop durant un épisode de diarrhée : si l'enfant a eu un épisode de diarrhée au cours des deux dernières semaines, on demande à la personne en charge des soins de l'enfant si ce dernier a reçu un sachet de SRO et/ou un comprimé ou du sirop de zinc pendant l'épisode. Un sachet de SRO et un comprimé ou du sirop de zinc doivent être montrés au répondant au moment de l'entretien pour l'aider à se souvenir.

Déparasitant : on demande à la personne en charge de l'enfant si celui-ci a reçu un comprimé de déparasitant / un médicament anthelminthique pour les vers intestinaux, au cours des 6 derniers mois. Dans les camps de réfugiés, des comprimés d'albendazole ou de mébendazole sont habituellement administrés à tous les enfants éligibles (le groupe d'âge cible varie selon le contexte ; les comprimés de déparasitage ne doivent pas être administrés à des enfants de moins de 12 mois) pendant une campagne de vaccination et/ou de supplémentation en vitamine A. Un comprimé de déparasitant doit être montré au répondant pour l'aider à se souvenir.

PB (femmes) : se référer à la méthode pour les enfants décrite ci-dessus. La même méthode est utilisée chez les femmes, cependant le ruban PB est différent.

Enrôlement des femmes au sein d'un programme nutritionnel supplémentaire de couverture : si un programme nutritionnel supplémentaire de couverture (BSFP) est mis en œuvre, la couverture du programme auprès des femmes (généralement les femmes enceintes et allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois) devrait être évaluée.

Équipement nécessaire

- Un outil servant à la planification de l'équipement est fourni pour aider au calcul des quantités d'équipement et de matériel nécessaires, et pour estimer le coût total. Voir l'outil du Pré-module SENS : **[Outil 10- Outil de planification de l'équipement]**.
- Une liste de fournisseurs internationaux est fournie en **Annexe 2**.
- Les questionnaires SENS Anthropométrie et Santé pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et pour les femmes sont présentés en **Annexe 3** et en **Annexe 4** respectivement. Le questionnaire SENS complet est disponible au niveau des outils du Pré-module SENS : **[Outil 11- Questionnaire SENS Complet]** et **[Outil 12- Questionnaire SENS Complet avec Instructions]**.

À noter :

- Lors de la mise en œuvre d'une enquête utilisant les méthodes MDC, les valeurs concernant les mesures anthropométriques et d'hémoglobine chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes peuvent être enregistrées au sein de l'outil du Pré-module SENS : **[Outil 14- Fiche de contrôle des participants et des mesures]**. Ceci permet aux enquêteurs d'éviter les erreurs d'enregistrement et/ou les oublis lors de la collecte des données. Cet outil permet également aux superviseurs et/ou au responsable d'enquête de pouvoir vérifier les données enregistrées au sein des questionnaires et d'éventuellement corriger ou compléter les données manquantes ou aberrantes.

Mesures anthropométriques (enfants et femmes)

- Toises en bois ;
- Balances : balances électroniques (Uniscale). Si non disponible, des balances Salter (25 kg) avec des culottes de pesée et une corde peuvent être utilisées ;
- Planche en bois légèrement plus large que la balance électronique pour la stabiliser sur le sol ;
- Sac pour transporter la balance ;
- Bâton en bois marqué à 67, 87 et 110 cm, pour évaluer l'âge des enfants selon leur taille et déterminer la position de la toise ;
- Rubans pour la mesure du PB chez les enfants (rubans pour la mesure du PB chez les adultes si les femmes sont également mesurées) ;
- Documents techniques pour les enquêtes utilisant la collecte de données mobile (MDC). Questionnaires pour les enquêtes utilisant le papier (toujours prévoir des copies supplémentaires) ;
- Tableau de référence Poids/Taille (Standards de croissance de l'OMS 2006) ;
- Fiches de référence pour les enfants malnutris aigus modérés ou sévères trouvés durant l'enquête, et qui ne sont pas déjà enrôlés au sein d'un programme nutritionnel ;

Âge

- Documentation officielle sur l'âge recueilli auprès des personnes en charge des enfants ;
- Calendrier des événements locaux élaboré avant le début de l'enquête ;

Vaccination anti-rougeole

- Questionnaire ;

Supplémentation en vitamine A

- Capsules de vitamine A pour montrer à la personne en charge de l'enfant et l'aider à se souvenir ;
- Questionnaire ;

Diarrhée

- Sachets de SRO disponibles dans le contexte de l'enquête pour montrer à la personne en charge de l'enfant et l'aider à se souvenir (optionnel) ;
- Comprimés ou sirop de zinc disponibles dans le contexte de l'enquête pour montrer à la personne en charge de l'enfant et l'aider à se souvenir (optionnel) ;
- Questionnaire ;

Déparasitant (optionnel)

- Comprimés de déparasitant (i.e. albendazole et/ou mébendazole) pour montrer à la personne en charge de l'enfant et l'aider à se souvenir ;
- Questionnaire ;

Période d'arrivée (optionnel/seulement si applicable)

- Questionnaire.

Définitions de cas et calculs

malnutrition aiguë

Le **poids-pour-taille (PTZ)** est l'indice nutritionnel qui reflète des troubles de croissance à court terme (malnutrition aiguë ; ex : émaciation) et qui est défini par le poids (en kg) et la taille ou la longueur (en cm) d'un enfant par rapport à une norme ou à une population de référence pour la même taille. La malnutrition aiguë est définie en utilisant les valeurs de l'indice PTZ ou par la présence d'œdèmes. Les indices PTZ sont exprimés en z-scores selon les standards de croissance de l'OMS de 2006. La malnutrition aiguë est classée comme étant sévère (MAS) ou modérée (MAM) selon les seuils présentés ci-dessous. La malnutrition aiguë globale correspond à la malnutrition aiguë modérée et aiguë sévère (MAG= MAM + MAS).

TABLEAU 1 DÉFINITIONS DE LA MALNUTRITION AIGUË SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE ET/OU LES ŒDÈMES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS

Catégories de malnutrition aiguë	Z-scores (Standards de croissance OMS 2006)	Œdèmes bilatéraux
Malnutrition aiguë globale	< -2 z-scores	Oui/Non
Malnutrition aiguë modérée	< -2 z-scores et ≥ -3 z-scores	Non
Malnutrition aiguë sévère	> -3 z-scores	Oui
	< -3 z-scores	Oui/Non

Le **périmètre brachial (PB) chez les enfants** est considéré comme étant un indicateur du risque de mortalité et une forte relation existe entre un PB inférieur à 115 mm chez les enfants de 6-59 mois (ou >67 cm de taille) et le risque de mortalité. Un faible PB est également un critère largement utilisé pour l'admission des enfants malnutris au sein des programmes nutritionnels de prise en charge de la malnutrition. Cependant, l'indice poids-pour-taille reste l'indice le plus courant pour quantifier la prévalence de l'émaciation dans les enquêtes parmi les réfugiés et parmi les autres populations en situation d'urgence.

Les mesures de PB et l'indice poids-pour-taille n'identifient pas nécessairement les mêmes enfants comme étant malnutris. Puisque les enfants peuvent être admis au sein des programmes nutritionnels de prise en charge de la malnutrition soit par le biais d'un faible indice poids-pour-taille faible, soit par le biais d'un faible PB, il est important d'inclure ces deux indicateurs dans les enquêtes SENS. Ceci permettra l'estimation exacte du nombre d'enfants qui sont admissibles au sein des programmes nutritionnels. Le PB devrait être classifié selon les seuils suivants :

TABLEAU 2 SEUILS UTILISÉS POUR LA DÉFINITION DE LA MALNUTRITION SELON LE PB CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS

Valeurs seuils PB
< 125 mm
≥ 115 mm et < 125 mm
< 115 mm

Le **périmètre brachial (PB) chez les femmes**. Un faible PB est considéré comme étant un prédicteur de l'état nutritionnel chez les femmes. Cependant, il n'existe aucune directive internationale quant aux valeurs seuils PB à utiliser chez les femmes. Les valeurs seuils PB et les catégories à utiliser chez les femmes doivent être

adaptées à chaque contexte. Le périmètre brachial peut être mesuré chez toutes les femmes, qu'elles soient enceintes, allaitantes, ou non-enceintes et non-allaitantes. Le choix des femmes à inclure pour la mesure du PB dans une enquête SENS dépend en grande partie des informations que l'on souhaite collecter. Par exemple, pour une enquête de base ou dans le cadre du suivi d'un programme. La mesure du PB chez les femmes est généralement nécessaire dans les contextes où un BSFP est mis en œuvre ; habituellement, ces programmes concernent les femmes enceintes et allaitantes.

Voir l'outil du pré-module SENS pour des exemples de valeurs seuils PB et de catégories pouvant être utilisées chez les femmes : [Outil 4- Liste des indicateurs SENS].



Retard de croissance

Le **taille-pour-âge (TAZ)** est l'indice nutritionnel qui reflète des troubles de croissance à long terme (retard de croissance) et qui est défini par la taille (en cm) et l'âge (en jours ou en mois) d'un enfant par rapport à une norme ou à une population de référence du même âge. Le retard de croissance est également connu sous le nom de malnutrition chronique, et est classifié comme étant sévère ou modéré selon les seuils présentés ci-dessous. Le retard de croissance est défini par les valeurs de l'indice taille-pour-âge.

TABLEAU 3 DÉFINITIONS DU RETARD DE CROISSANCE SELON L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS

Catégories de retard de croissance	Z-scores (Standards de croissance OMS 2006)
Retard de croissance global	<-2 z-scores
Retard de croissance modéré	<-2 z-score et ≥-3 z-score
Retard de croissance sévère	<-3 z-scores

Insuffisance pondérale

Le **poids-pour-âge (PAZ)** est un indice nutritionnel composite reflétant à la fois des troubles de croissance aigus et chroniques. Il est nommé insuffisance pondérale et est défini par le poids (en kg) et l'âge (en jours ou en mois) de l'enfant par rapport à une norme ou à une population de référence du même âge. L'insuffisance pondérale est classifiée comme étant sévère ou modérée selon les seuils présentés ci-dessous. L'insuffisance pondérale est définie par les valeurs de l'indice du poids-pour-âge.

TABLEAU 4 DÉFINITIONS DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE SELON L'INDICE POIDS-POUR-ÂGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS

Catégories d'insuffisance pondérale	Z-scores (Standards de croissance OMS2006)
Insuffisance pondérale globale	<-2 z-scores
Insuffisance pondérale modérée	<-2 z-scores et ≥ -3 z-scores
Insuffisance pondérale sévère	<-3 z-scores

Surpoids

Le **surpoids** et l'obésité font partie des principaux facteurs de risque pour le développement de maladies métaboliques telles que le diabète, l'hypertension et les cancers, au sein des populations. Le surpoids chez les enfants âgés de 6 à 59 mois peut être mesuré en utilisant l'indice poids-pour-taille (PTZ) et il peut être classifié selon les seuils présentés ci-dessous.

TABLEAU 5 DÉFINITIONS DU SURPOIDS SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS

Catégories de surpoids	Z-scores (Standards de croissance OMS 2006)
Surpoids global	>2 z-scores
Surpoids sévère	>3 z-scores

Diarrhée

Un épisode de diarrhée est défini comme étant la survenue d'au moins 3 selles molles ou liquides au cours d'une période de 24 heures.

Enrôlement des enfants au sein des programmes nutritionnels supplémentaires (CRENAM) et thérapeutiques (CRENAS/CRENI)

L'enrôlement au sein des programmes nutritionnels est estimé durant l'enquête SENS en utilisant la méthode directe suivante (référence : Évaluation nutritionnelle en situation d'urgence : Directives pour agents de terrain. Save the Children. 2004) :

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire ciblé (%) =

$$100 \times \frac{\text{No. d'enfants enquêtés avec MAM selon les critères du CRENAM, inscrits dans un CRENAM}}{\text{No. d'enfants enquêtés avec MAM selon les critères d'admission du CRENAM}}$$

Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique (%) =

$$100 \times \frac{\text{No. d'enfants enquêtés avec MAS selon les critères du CRENAS/CRENI, inscrits dans un CRENAS/CRENI}}{\text{No. d'enfants enquêtés avec MAS selon les critères d'admission du CRENAS/CRENI}}$$

Enrôlement des enfants au sein du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)

Enrôlement au sein du BSFP (%) =

$$100 \times \frac{\text{No. d'enfants enquêtés éligibles selon l'âge, inscrits dans un BSFP}}{\text{No. d'enfants enquêtés éligibles selon l'âge}}$$

Enrôlement des femmes au sein du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)

Enrôlement au sein du BSFP (%) =

$$100 \times \frac{\text{No. de femmes enquêtées éligibles (ex : femmes enceintes et allaitantes) et inscrites dans un BSFP}}{\text{No. de femmes enquêtées éligibles (ex : femmes enceintes et allaitantes)}}$$

Considérations éthiques

Le processus de référence pour les enfants malnutris devrait être comme suit :

- Les enfants non-inscrits dans un programme nutritionnel de prise en charge de la malnutrition, et identifiés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée ou sévère, devraient être référés pour une prise en charge selon les standards de traitement locaux (structures permettant la prise en charge des cas de malnutrition disponibles).
 - Si des patients sont référés, l'accord des structures de santé ou des centres nutritionnels devrait être obtenu avant le début de l'enquête ; et
 - Les personnes en charge des enfants malnutris devraient recevoir une fiche de référence à remettre à la structure de santé ou au centre nutritionnel ; et une copie de la fiche de référence devrait être donnée à la structure de santé ou au centre nutritionnel pour le suivi (**les cas de MAS nécessitent un suivi urgent**). Se référer à l'**Annexe 5** ou à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 3- Formulaire de référence] pour un exemple de formulaire de référence à utiliser durant l'enquête.
- Pour les enfants déclarés comme étant inscrits dans un programme d'alimentation, le type de programme au sein duquel sont enregistrés les enfants devrait être confirmé avec la carte ou le bracelet du programme, et enregistrés dans le questionnaire.

Le processus de référence pour les femmes devrait suivre les critères d'admission locaux selon les services disponibles.

À surveiller :

- Lorsque l'on réfère les enfants malnutris, utiliser les mêmes critères de prise en charge que ceux utilisés localement (protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë) ; c'est-à-dire, admission basée sur l'indice Poids-pour-Taille et les Standards de croissance de l'OMS 2006 ? Admission basée sur le PB ?
- Lorsque l'on réfère des enfants souffrant de MAM, s'assurer de les référer vers un service où ils peuvent être enregistrés au sein du programme d'alimentation supplémentaire ciblée (CRENAM), et s'assurer de préciser à la personne en charge de l'enfant les jours durant lesquels le programme a lieu (les équipes devraient connaître les horaires/planning du CRENAM).

Procédure standard et assurance-qualité

- Se référer au **kit de formation standardisé SMART** pour les recommandations sur les meilleures pratiques à suivre lors de la collecte de données anthropométriques (se référer à la documentation de l'initiative SMART présentée au niveau des références pour de plus amples informations).

À noter :

- Toujours mesurer le poids avant la taille car les enfants deviennent souvent plus agités lors des mesures de taille.
- S'il y a plus d'un enfant éligible dans le ménage, mesurer l'enfant le moins « difficile » en premier.
- Expliquer la procédure à la mère ou à la personne en charge de l'enfant et demander l'autorisation pour déshabiller l'enfant.
- Il est fortement recommandé d'utiliser des balances électroniques afin d'obtenir de meilleurs résultats. Placer une planche en bois sous les balances pour les stabiliser lorsqu'elles sont placées sur un sol qui n'est pas plat.
- L'équipement anthropométrique devrait être testé quotidiennement pendant l'enquête et les résultats enregistrés. Pour un exemple de fiche à utiliser à cet effet, voir l'**Annexe 6** ou voir l'outil du module Anthropométrie et santé SENS : **[Outil 4- Fiche de contrôle assurance-qualité pour l'anthropométrie]**. L'équipement défaillant devrait être immédiatement remplacé. Ce qui suit devrait être vérifié sur une base quotidienne :
 - Tester chaque balance avec un poids étalon d'au moins 5 kg.
 - Tester chaque toise avec un bâton coupé à 110,0 cm, et vérifier la qualité des rubans mesureurs collés sur la toise.
 - Tester les rubans PB avec un tuyau en plastique ayant une circonférence d'environ 15-20 cm, et vérifier la qualité des rubans PB. Vous aurez très probablement besoin de remplacer plusieurs fois les rubans PB au cours de l'enquête car ils s'abîment très facilement.



Formation

- Se référer au **kit de formation standardisé SMART** pour les recommandations sur les meilleures pratiques à suivre lors de la formation des enquêteurs sur les mesures anthropométriques (se référer à la documentation de l'initiative SMART présentée au niveau des références pour de plus amples informations).
- Se référer à l'**Annexe 7** pour des illustrations représentant les procédures des mesures anthropométriques qui peuvent être utilisées lors de la formation.
- La formation sur les mesures anthropométriques devrait durer au moins deux journées complètes avec une journée dédiée à la théorie et la pratique ; et une journée dédiée au test de standardisation.

À surveiller :

- Le **Tableau 6** décrit les erreurs les plus courantes rencontrées par les responsables d'enquête. Elles doivent être prises en considération et évitées.
- Le **Tableau 7** décrit les erreurs les plus fréquentes commises par les enquêteurs lors de la collecte des données. Elles doivent être soulignées pendant la formation, et le responsable d'enquête doit se concentrer dessus lors de l'évaluation de la performance des équipes durant la supervision tout au long de l'enquête.

Erreurs fréquentes et difficultés rencontrées lors de la formation et la collecte des données

TABEAU 6 ERREURS FRÉQUENTES RENCONTRÉES PAR LE RESPONSABLE D'ENQUÊTE

Erreurs fréquentes	Exemples	Solution
Ne pas utiliser un équipement de qualité	Utiliser des équipements de mesure non testés/calibrés. Par exemple, utiliser un ruban PB endommagé, une balance électronique qui fonctionne mal, ou encore une toise en bois équipée de rubans mesureurs de mauvaise qualité.	Testez/Calibrez les équipements au début de l'enquête et régulièrement pendant l'enquête ; Assurez-vous d'avoir des équipements de rechange afin de pouvoir remplacer ceux qui sont défectueux ou cassés pendant l'enquête.
Temps lors de la formation consacré à la pratique des mesures anthropométriques et à l'évaluation des œdèmes insuffisant	Débuter l'enquête alors que les enquêteurs ne sont pas suffisamment formés. Cela entraînera des mesures erronées.	Intégrez une session pratique sur les mesures anthropométriques pendant la formation.
Ne pas former les enquêteurs parce qu'ils sont expérimentés	Une mise à jour des compétences n'est pas assurée pour les enquêteurs expérimentés et l'exactitude des mesures est compromise.	Organisez des formations de mise à jour car les connaissances et les compétences pratiques peuvent se perdre au fil du temps. Les mauvaises habitudes peuvent également se perpétuer.
Ne pas évaluer les compétences des enquêteurs à la fin de la formation	Ne pas évaluer les compétences des enquêteurs à la fin de la formation et considérer que tous les concepts ont été compris.	Évaluez toujours les compétences des enquêteurs à la fin de la formation.
Inclure une question non-appropriée au contexte dans l'enquête	Inclure la question sur la couverture de la supplémentation en vitamine A alors qu'aucune campagne de distribution n'a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Une campagne de supplémentation en vitamine devrait être organisée tous les 6 mois dans la plupart des contextes, mais cela n'est pas toujours le cas. Inclure une question sur l'enrôlement au sein du BSFP alors qu'un tel programme n'est pas mis en œuvre.	Toujours s'assurer que l'ensemble des questions est pertinent et adapté au contexte de l'enquête.
Adresser une question au mauvais groupe d'âge cible	Adresser la question sur la couverture du déparasitage à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois alors que seuls les enfants âgés de 24 à 59 mois sont ciblés.	Veillez à adresser chacune des questions au groupe d'âge cible concerné.

TABEAU 7 ERREURS FRÉQUENTES RENCONTRÉES LORS DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Erreurs fréquentes	Exemples	Solution
La présence d'œdèmes n'est pas correctement évaluée	Les enquêteurs tendent à confondre un enfant dodu avec un enfant qui souffre d'œdèmes.	Le responsable d'enquête doit toujours vérifier les cas d'œdèmes, particulièrement lorsque les membres d'équipe n'ont pas d'expérience ; le responsable d'enquête doit porter une attention toute particulière à la manière dont les cas d'œdèmes détectés sont répartis au niveau des équipes : sont-ils à peu près répartis entre toutes les équipes ou proviennent-ils presque tous de la même équipe ? Ce deuxième cas de figure doit paraître suspect et il est recommandé de contrôler la technique d'évaluation des œdèmes utilisée par l'équipe.
Mesure du poids faussée	La procédure standard pour mesurer le poids n'est pas bien suivie, se traduisant par des résultats inexacts. Par exemple, des vêtements lourds (>50-100g) sont laissés sur l'enfant pendant la pesée sans que cela soit rapporté dans le questionnaire ; La balance n'est pas remise à zéro (balance Salter) ; L'enfant bouge ; Les mesures de poids sont arrondies à 0,0 ou 0,5kg près au lieu de 0,1kg.	Insister sur la procédure standard pendant la formation et faire des exercices pratiques avec des enfants. <i>Notez qu'arrondir le poids peut avoir de graves implications sur le calcul des z-scores et se traduire par une mauvaise catégorisation du statut nutritionnel des enfants.</i>
Mesures de taille / longueur faussées	La procédure standard pour mesurer la taille / longueur n'est pas correctement appliquée, ce qui entraîne des résultats erronés. Exemples : mesures avec les genoux pliés ou les pieds en extension, ne pas retirer les chaussures ou les couvre-chef (ex : chapeau, bonnet, etc.), mauvais positionnement de la tête, enfant qui n'est pas allongé droit sur la toise, et/ou n'a pas les talons / la tête fermement maintenus contre la toise, mesurer un enfant debout alors qu'il devrait être allongé ; les mesures de taille / longueur sont arrondies à 0,0 ou 0,5cm au lieu de 0,1cm.	Insister sur la procédure standard pendant la formation et faire des exercices pratiques avec des enfants. <i>Notez qu'arrondir la taille peut avoir de graves implications sur le calcul des z-scores et se traduire par une mauvaise catégorisation du statut nutritionnel des enfants.</i>
Mesure de PB faussée	La procédure standard de mesure du PB n'est pas bien suivie et donne donc des résultats faussés. Exemples : ruban PB trop serré ou trop lâche, ne pas prendre la mesure à mi-distance sur le bras gauche ou mesurer le bras droit au lieu du gauche.	Insister sur la procédure standard pendant la formation et faire des exercices pratiques avec des enfants.

Erreurs fréquentes	Exemples	Solution
Estimation imprécise de l'âge ou mauvais enregistrement	Quand aucun document officiel indiquant la date de naissance (ex : carte de vaccination) n'est disponible, l'âge n'est pas estimé correctement à l'aide du calendrier d'événements locaux. Par exemple, la mauvaise année de naissance (erreurs de + ou - 12 mois) est enregistrée ; les enquêteurs surestiment les multiples de 12 (12, 24, 36, 48 mois) dû à la conversion de l'âge en années pleines sans affiner l'estimation ; les enquêteurs n'incluent pas les enfants les plus âgés (entre 3,5 et 5 ans) parce que les parents disent que leur enfant a plus de 5 ans.	Intégrez un entraînement pratique sur l'estimation de l'âge et la façon de l'enregistrer. <i>Notez que les z-scores de taille-pour-âge et de poids-pour-âge nécessitent une estimation exacte de l'âge.</i>
Ne pas calibrer l'équipement anthropométrique régulièrement	Le contrôle de la calibration de l'équipement anthropométrique n'est pas fait quotidiennement et des équipements défectueux sont utilisés.	Assurez-vous qu'une fiche de contrôle assurance-qualité est utilisée pour enregistrer ces informations pendant l'enquête. Se référer à l' Annexe 6 ou à l'outil du module Anthropométrie et santé SENS : [Outil 4- Fiche de contrôle assurance-qualité pour l'anthropométrie].
Ne pas enregistrer correctement l'enrôlement de l'enfant au sein d'un programme nutritionnel	Les enquêteurs ne demandent pas la carte d'inscription au sein du programme nutritionnel et comptent sur les souvenirs de la personne en charge de l'enfant.	Assurez-vous que les enquêteurs confirment l'enrôlement des enfants au sein des programmes nutritionnels pour le traitement de la malnutrition aiguë à l'aide d'une carte ou d'un bracelet lorsque disponible.
Enfants malnutris non référés	L'indice poids-pour-taille (et/ou le PB) n'est pas vérifié et les enquêteurs ne réfèrent pas les enfants malnutris modérés (les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère sont plus facilement reconnaissables alors que ceux qui souffrent de malnutrition modérée peuvent être difficiles à identifier visuellement).	Former les enquêteurs sur le processus de référencement d'après les critères d'admission utilisés localement.
Inverser le poids avec la taille lors de l'enregistrement des données (pour les enquêtes utilisant le papier)	Quand le chef d'équipe inscrit les mesures sur le questionnaire, il / elle inscrit le poids / la taille au mauvais endroit.	Toujours vérifier que le questionnaire est complet et les réponses / mesures plausibles en parcourant de nouveau celui-ci avant de quitter le ménage.
Ne pas interroger la personne spécifiquement sur les six derniers mois avant l'enquête pour la supplémentation en vitamine A	Alors qu'un carnet de santé est disponible, l'enquêteur ne tient pas compte de la date à laquelle le supplément de vitamine A a été donné. En l'absence de carnet de santé, l'enquêteur ne mentionne pas à la personne en charge de l'enfant la période de rappel précise au cours de laquelle l'enfant devrait avoir reçu la capsule de vitamine A (au cours des 6 derniers mois)	Assurez-vous d'enregistrer uniquement les enfants ayant été supplémentés en vitamine A au cours des 6 derniers mois (pas en dehors de la période de rappel)

Erreurs fréquentes	Exemples	Solution
Ne pas spécifier clairement à la personne en charge de l'enfant le vaccin auquel la question fait référence	<p>Quand aucune carte du PEV / carnet de santé n'est disponible, il est demandé à la personne en charge si l'enfant a été vacciné contre la rougeole mais pas de façon claire et précise (notez que les enfants de moins de 5 ans reçoivent différents types de vaccins).</p> <p>Quand un carnet de santé est disponible, le mauvais vaccin est enregistré.</p>	<p>Assurez-vous que le terme local pour nommer la vaccination anti-rougeole est employé et cherchez à savoir à quel endroit du corps le vaccin contre la rougeole est généralement administré.</p> <p>Assurez-vous de former correctement les équipes d'enquête à la lecture des différents types de carnets de santé disponibles et à identifier la section concernant l'historique de vaccination.</p>
Utiliser une mauvaise définition de la diarrhée et ne pas interroger la personne spécifiquement sur les deux dernières semaines écoulées avant l'enquête	<p>L'enquêteur n'explique pas bien comment se définit la « diarrhée » et n'explique pas correctement la période de rappel de 2 semaines.</p> <p>La personne en charge de l'enfant pense qu'une seule selle molle au cours d'une période de 24h correspond à une diarrhée.</p> <p>La personne en charge de l'enfant rapporte que celui-ci a eu de la diarrhée alors que l'épisode a eu lieu il y a plus d'un mois.</p>	<p>Assurez-vous de former correctement les enquêteurs sur la définition de la diarrhée ainsi que sur la période de rappel de 2 semaines.</p>
Le comprimé de déparasitant n'est pas montré à la personne en charge de l'enfant	<p>L'enquêteur ne pose pas la question correctement et ne montre pas le comprimé de déparasitant/le médicament utilisé au cours de la dernière campagne de déparasitage.</p>	<p>Assurez-vous de distribuer les comprimés de déparasitant disponibles dans le contexte local aux équipes. Les enquêteurs doivent montrer le comprimé à la personne en charge de l'enfant.</p>

Questionnaire et instructions

- Les questionnaires SENS Anthropométrie et Santé pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et pour les femmes sont présentés en **Annexe 3** et en **Annexe 4** respectivement. Le questionnaire SENS complet est disponible au niveau des outils du Pré-module SENS : **[Outil 11- Questionnaire SENS Complet]** et **[Outil 12- Questionnaire SENS Complet avec Instructions]**.
- Les **tableaux 8-12** ci-dessous fournissent des instructions pour adapter le questionnaire au contexte local, expliquent la justification pour certaines questions, et soulignent les instructions spéciales pour les enquêteurs et le responsable d'enquête.

TABLEAU 8 MODULE ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ : EXPLICATIONS DES QUESTIONS POUR LA SECTION CHILD1 DU QUESTIONNAIRE ENFANT

Número de question/ Section CHILD1	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
			<p>La section CHILD 1 doit être complétée pour chaque enfant âgé de 0 à 59 mois si le module ANJE est inclus (ou de 6 à 59 mois si le module ANJE n'est pas inclus), dans tous les ménages sélectionnés.</p> <p>Ces questions doivent être posées à la mère de l'enfant ou à la personne principalement en charge de l'enfant.</p>
CH1	ID	Numéro ID	<p>Donner un numéro ID à chaque enfant éligible dans le ménage.</p> <p>Le numéro ID est généré automatiquement dans les enquêtes utilisant la collecte de données mobiles (méthodes MDC) ; il redébute à 1 dans chaque nouveau ménage sélectionné pour l'enquête.</p>
CH2	CH-CONST	<p>Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p>	<p>S'assurer d'avoir présenté l'équipe et d'avoir informé le répondant à propos des objectifs de l'enquête et des mesures.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non), s'arrêter ici pour le questionnaire enfant.</p>
CH3	CHNAME	Nom de l'enfant	Ceci est demandé afin de faciliter le processus d'entretien. Enregistrer le prénom seulement. Le nom de l'enfant/du répondant ne sera pas utilisé par la suite.
CH4	SEX	Sexe de [NOM DE L'ENFANT] ?	Le sexe est enregistré comme masculin (« m ») ou féminin (« f »).

Numéro de question/ Section CHILD1	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
CH5	XDOBK	<p>Avez-vous un document officiel indiquant le jour, le mois et l'année de naissance de [NOM DE L'ENFANT] ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p>	<p>La date de naissance exacte (jour, mois, année) est enregistrée à partir d'une carte de vaccination, du carnet de santé de l'enfant ou de l'acte de naissance, si disponibles. Notez que le manifeste du HCR ne doit jamais être utilisé pour enregistrer l'âge d'un enfant.</p> <p>Si aucune preuve d'âge fiable n'est disponible, l'âge est estimé en mois à l'aide du calendrier d'événements locaux, ou en comparant l'enfant sélectionné avec un frère ou une sœur ou un voisin dont l'âge est connu ; l'âge en mois est ensuite enregistré (question CH7).</p> <p>Si l'âge de l'enfant ne peut vraiment pas être déterminé à l'aide du calendrier d'événements locaux ou par questionnaire, la taille de l'enfant permettra de décider de l'inclusion ou non de ce dernier au sein de l'enquête ; l'enfant doit mesurer entre 67 et 110 cm.</p> <p>Cette variable n'est pas utilisée au moment de l'analyse. Se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SENS] pour de plus amples informations sur comment analyser les données d'âge.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non) l'enquêteur devrait passer à la question CH7.</p>
CH6	BIRTH-DAT	<p>Date de naissance de [NOM DE L'ENFANT]</p> <p>(Jour/Mois/Année)</p> <p>jj/mm/aaaa</p>	<p>La date de naissance exacte ne doit être enregistrée qu'à partir d'un document officiel indiquant le jour, le mois et l'année de naissance.</p> <p>Pour les enquêtes utilisant le papier : enregistrée à partir d'un document officiel d'âge. Ne pas remplir si aucun document officiel d'âge n'est disponible.</p>
CH7	MONTHS	<p>Age de [NOM DE L'ENFANT] en mois</p> <p>Limite inférieure=0 mois (ou 6 mois si le module ANJE n'est pas inclus)</p> <p>Limite supérieure=59,99 mois</p>	<p>Si aucun document officiel d'âge n'est disponible, estimer l'âge en utilisant le calendrier des événements locaux.</p> <p>Pour les enquêtes utilisant le papier : si un document officiel d'âge est disponible, enregistrer l'âge en mois à partir de la date de naissance.</p> <p>Lorsque la date de naissance est disponible, l'âge en mois est calculé automatiquement dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC.</p> <p>Se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 1- Calendrier des événements locaux] pour de plus amples informations sur comment adapter et utiliser le calendrier des événements.</p>

TABLEAU 9 MODULE ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ : EXPLICATIONS DES QUESTIONS POUR LA SECTION CHILD2 DU QUESTIONNAIRE ENFANT (OPTIONNEL/SI APPLICABLE)

Numéro de question/ Section CHILD2	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
			<p>La section CHILD 2 doit être complétée pour chaque enfant âgé de 0 à 59 mois (ou âgé de 6 à 59 mois si le module ANJE n'est pas inclus).</p> <p>N'inclure cette section que si l'enquête a lieu dans un contexte où il y a de récents/nouveaux afflux de réfugiés et où l'on suspecte un statut nutritionnel possiblement différent chez ces nouveaux arrivants.</p> <p>Expliquer au répondant que les réponses à ces questions resteront confidentielles et que cela n'affectera pas l'assistance qu'ils reçoivent / à laquelle ils ont droit.</p>
CH8	CHAR-RIVE	<p>[NOM DE L'ENFANT] est-il/ elle arrivé à [<i>nom du camp / pays d'asile</i>] avant ou après [INSÉRER ÉVÈNEMENT RESPONSABLE DU NOUVEL AFFLUX DE RÉFUGIÉS] ?</p> <p>1= Arrivé(e) avant [INSÉRER ÉVÈNEMENT]</p> <p>2= Arrivé(e) après [INSÉRER ÉVÈNEMENT] (nouvelle arrivée)</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(OPTIONNEL/SI APPLICABLE)</p>	<p>Adapter la question et les options de réponse au contexte local en insérant l'évènement responsable de l'afflux de réfugiés (ex : avant le début du conflit).</p> <p>Tout enfant qui né après que la famille soit arrivée dans le camp/pays d'asile, suite au nouvel évènement responsable de l'afflux de réfugiés, devrait également être considéré comme une nouvelle arrivée.</p>

TABLEAU 10 MODULE ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ : EXPLICATIONS DES QUESTIONS POUR LA SECTION CHILD3 DU QUESTIONNAIRE ENFANT

Numéro de question/ Section CHILD3	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
			<p>La section CHILD 3 doit être complétée pour chaque enfant âgé de 6 à 59 mois.</p> <p>Ces questions doivent être posées à la mère de l'enfant ou à la personne principalement en charge de l'enfant.</p> <p>Dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC, cette section sera automatiquement non-présentée pour les enfants non éligibles selon l'âge (<6 mois).</p>
CH9	CHPRES	<p>[NOM DE L'ENFANT] est-il actuellement présent dans le ménage?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p>	<p>Si un individu est absent, le chef d'équipe doit enregistrer cette information et prévoir de revisiter le ménage. Les équipes devraient revisiter les ménages avec des individus absents au moins deux fois, si cela est faisable logistiquement parlant, le jour même et/ou avant de quitter la zone d'enquête. Si l'individu est toujours absent après les visites, il devra alors être enregistré comme absent et <u>il ne devra pas être remplacé</u> par un autre individu ou un autre ménage.</p> <p>Se référer au pré-module SENS : [Outil 8- Fiche de contrôle de la collecte des données] pour un exemple d'outil permettant de suivre les absents.</p>
CH10	WEIGHT	<p>Poids en kilogrammes ($\pm 0,1$kg) de [NOM DE L'ENFANT]</p> <p>Limite inférieure = 3,0 kg</p> <p>Limite supérieure = 31,0 kg</p>	<p>Les enfants devraient être pesés à l'aide d'une balance électronique SECA, avec une précision de 100 grammes (0,1 kg).</p> <p>Les enfants devraient être mesurés entièrement nus, ou seulement avec des sous-vêtements légers.</p> <p>Chaque matin, avant le début de la collecte des données, les balances doivent être vérifiées et calibrées à l'aide d'un poids étalon. Les résultats doivent être enregistrés dans une fiche prévue à cet effet. Se référer à l'outil 4 ou à l'annexe 6 du Module Anthropométrie et Santé [Outil 4- Fiche de contrôle assurance qualité pour l'anthropométrie].</p>
CH11	CLOTH-ES	<p>[NOM DE L'ENFANT] portait-il des vêtements pour la mesure du poids ?</p> <p>y= Oui</p> <p>n= Non</p> <p>(OPTIONNEL)</p>	<p>Dans certains contextes, il peut être inapproprié de faire retirer l'ensemble des vêtements aux enfants pour la mesure du poids. Cette question devrait être utilisée dans les contextes où il est commun de mesurer les enfants avec les vêtements.</p> <p>Les sous-vêtements très légers ne comptent pas comme des vêtements.</p> <p>Se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SENS] pour de plus amples informations sur comment procéder à l'ajustement du poids par rapport aux vêtements.</p>

Numéro de question/ Section CHILD3	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
CH12	HEIGHT	<p>Longueur/Taille en cm ($\pm 0,1$cm) de [NOM DE L'ENFANT]</p> <p>Limite inférieure = 54,0 cm</p> <p>Limite supérieure = 124,0 cm</p>	<p>La taille devrait être mesurée à l'aide d'une toise SHORR graduée en centimètre, avec une précision au millimètre près (0,1 cm).</p> <p>Lorsqu'une documentation officielle pour l'âge est disponible pour la plupart des enfants, l'âge doit être utilisé pour décider de la position de l'enfant sur la toise. Les enfants de moins de 24 mois doivent être mesurés allongés et ceux de plus de 24 mois, debout.</p> <p>Lorsque l'âge des enfants est estimé principalement à partir du calendrier des événements locaux, ou de mémoire, la taille doit être utilisée pour décider de la position de l'enfant sur la toise. Les enfants de moins de 87cm doivent être mesurés allongés, et ceux qui mesurent 87cm ou plus, debout. Un bâton de screening marqué À 87cm peut être utilisé pour faciliter le choix de la méthode de mesure.</p> <p>Chaque matin, avant le début de la collecte des données, les toises doivent être vérifiées et calibrées à l'aide d'un bâton en bois de 110,0 cm. Les résultats doivent être enregistrés dans une fiche prévue à cet effet. Se référer à l'outil 4 ou à l'annexe 6 du Module Anthropométrie et Santé [Outil 4- Fiche de contrôle assurance qualité pour l'anthropométrie].</p>
CH13	MEASURE	<p>[NOM DE L'ENFANT] a-t-il été mesuré en position couchée ou en position debout ?</p> <p>l= Enfant en position couchée</p> <p>h= Enfant en position debout</p>	<p>Cette variable est codée «l» pour la longueur (enfant mesuré en position couchée) et «h» pour la taille (enfant mesuré en position debout).</p> <p>Le logiciel ENA pour SMART appliquera un facteur de correction et corrigera les indices nutritionnels en conséquence si un enfant n'est pas mesuré comme décrit dans le protocole.</p> <p>Pour de plus amples informations sur cette option du logiciel ENA pour SMART se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SENS].</p>
CH14	EDEMA	<p>Examen clinique : [NOM DE L'ENFANT] présente-t-il des œdèmes bilatéraux ?</p> <p>y= Oui</p> <p>n= Non</p>	<p>La présence d'œdèmes bilatéraux, également connus sous le nom d'œdèmes nutritionnels, kwashiorkor, ou malnutrition œdémateuse, est un signe de malnutrition aiguë sévère (MAS).</p> <p>La présence d'œdèmes est évaluée en appliquant une légère pression des pouces sur le dessus des deux pieds de l'enfant pendant trois secondes et en observant la présence ou non d'une empreinte. Il s'agit d'une infiltration anormale et d'une accumulation excessive de fluides séreux au niveau du tissu conjonctif ou dans une cavité séreuse.</p> <p>Tous les cas d'œdèmes rapportés par les équipes d'enquête doivent être vérifiés par le responsable et doivent être immédiatement référés.</p>
CH15	MUAC	<p>Périmètre brachial (PB) en mm (± 1mm) ou en cm ($\pm 0,1$cm) de [NOM DE L'ENFANT] or cm</p> <p>Limite inférieure = 70 mm</p> <p>Limite supérieure = 235 mm</p>	<p>La mesure du PB s'effectue toujours sur le bras gauche.</p> <p>Selon le contexte, le PB peut être mesuré en mm ou en cm. Adapter le questionnaire en conséquence.</p> <p>Ne pas oublier la décimale lorsque le PB est mesuré en cm.</p> <p>Noter que le logiciel ENA pour SMART accepte uniquement les mesures de PB dont l'unité est le millimètre.</p>

Numéro de question/ Section CHILD3	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
CH16	ENROL	<p>[NOM DE L'ENFANT] est-il/elle actuellement pris(e) en charge au sein des [NOMS DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS] pour traitement de la malnutrition ?</p> <p>1= Oui, CRENAM</p> <p>2= Oui, CRENAS/CRENI</p> <p>3= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>Inclure les noms locaux des programmes nutritionnels destinés aux enfants souffrant de malnutrition aiguë (ex : CRENAM, CRENAS, CRENI).</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les produits nutritionnels utilisés au niveau des CRENAM et/ou des CRENAS/CRENI au répondant/à la répondante.</p>
CH17	BSFP	<p>NOM DE L'ENFANT] est-il/elle actuellement inscrit(e) dans un programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(SI APPLICABLE)</p>	<p>Cette question ne concerne que les enfants âgés de 6 à 23 / 6 à 35 / 6 à 59 mois. Adapter le groupe d'âge cible au contexte de l'enquête.</p> <p>Inclure le nom local du programme BSFP.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les produits nutritionnels utilisés au sein du BSFP au répondant/à la répondante.</p> <p>Dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC, cette question sera automatiquement non-présentée pour les enfants non éligibles pour ce programme selon l'âge. Dans les enquêtes utilisant le papier, il est recommandé de poser cette question à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois afin de faciliter les entretiens.</p>
CH18	MEASLES	<p>[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la rougeole ?</p> <p>1= Oui, carte</p> <p>2= Oui, de mémoire</p> <p>3= Non ou ne sait pas</p>	<p>Les enquêteurs devraient vérifier le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole d'après la carte de vaccination et/ou le carnet de santé, si ces documents sont disponibles.</p> <p>Cette question concerne seulement les enfants âgés de 9 mois à 59 mois.</p> <p>Dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC, cette question sera automatiquement non-présentée pour les enfants âgés de moins de 9 mois (6-8 mois). Dans les enquêtes utilisant le papier, il est recommandé de poser cette question à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois afin de faciliter les entretiens.</p>
CH19	VITA	<p>[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle reçu une dose de supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois ?</p> <p>1= Oui, carte</p> <p>2= Oui, de mémoire</p> <p>3= Non ou ne sait pas</p>	<p>Les enquêteurs devraient vérifier la supplémentation en vitamine A d'après la carte de vaccination et/ou le carnet de santé, si ces documents sont disponibles.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les capsules de vitamine A distribuées lors de la dernière campagne de supplémentation et/ou disponibles au niveau de la zone d'enquête.</p>

Numéro de question/ Section CHILD3	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
CH20	DEWORM	<p>[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle reçu un médicament contre les vers intestinaux au cours des 6 derniers mois ?</p> <p>1= Oui, carte</p> <p>2= Oui, de mémoire</p> <p>3= Non ou ne sait pas</p> <p>(SI APPLICABLE)</p>	<p>Supprimer cette question si aucune campagne de déparasitage n'a été effectuée dans la zone d'enquête au cours des 6 derniers mois. Les campagnes de déparasitage chez les enfants d'âge préscolaire sont généralement menées conjointement avec les campagnes de vaccination ou de supplémentation en vitamine A.</p> <p>Cette question ne concerne que les enfants âgés de 12 à 59 / 24 à 59 mois. Adapter le groupe d'âge cible au contexte de l'enquête.</p> <p>Cette question concerne les helminthes transmis par le sol et traités par des comprimés de mébendazole ou d'albendazole. Il est important de les différencier des schistosomes qui sont quant à eux traités par des comprimés de praziquantel.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les comprimés distribués lors de la dernière campagne de déparasitage.</p> <p>Dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC, cette question sera automatiquement non-présentée pour les enfants non éligibles selon l'âge. Dans les enquêtes utilisant le papier, il est recommandé de poser cette question à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois afin de faciliter les entretiens.</p>
CH21	DIAR	<p>[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>Un épisode de diarrhée se définit par la survenue d'au moins 3 selles liquides ou molles en 24 heures. Les enquêteurs devraient s'assurer que la définition de la diarrhée est bien comprise par le répondant.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non) ou « 8 » (Ne sait pas), l'enquêteur devrait passer à la question CH23.</p>
CH22	DIARORS	<p>Avez-vous donné [INSÉRER LE NOM LOCAL DES SRO] à [NOM DE L'ENFANT] lorsqu'il/elle a eu la diarrhée ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(OPTIONNEL)</p>	<p>S'assurer d'utiliser le nom local permettant de désigner les sachets de SRO utilisés au niveau des centres de santé.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer un sachet de SRO utilisé localement.</p>

Numéro de question/ Section CHILD3	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
CH23	DIARZ-INC	<p>Avez-vous donné des comprimés ou du sirop de zinc à [NOM DE L'ENFANT] lorsqu'il/elle a eu la diarrhée ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(OPTIONNEL)</p>	<p>S'assurer d'utiliser le nom local permettant de désigner les comprimés ou le sirop de zinc utilisés au niveau des centres de santé ou trouvés dans les pharmacies locales.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les comprimés ou le sirop de zinc utilisés localement.</p>
CH26	REFM-AM/ REFSAM	<p>Référencement automatique des enfants présentant des signes de malnutrition aiguë et n'étant pas déjà inscrits au sein d'un programme nutritionnel</p>	<p>L'enfant a besoin d'être référé pour malnutrition aiguë modérée (si $PB < 125\text{mm}$ et $PB \geq 115\text{ mm}$ et/ou $PTZ < -2$ z-scores et $PTZ \geq -3$ z-scores, et variable ENROL égale à « 3 » ou « 8 »).</p> <p>L'enfant a besoin d'être référé pour malnutrition aiguë sévère (si $PB < 115\text{mm}$ et/ou $PTZ < -3$ z-scores et/ou présence d'œdèmes bilatéraux, et variable ENROL égale à « 3 » ou « 8 »).</p> <p>Remplir un formulaire de référence en double exemplaire : un formulaire pour la mère / personne en charge de l'enfant et un autre pour le centre de santé.</p> <p>Les valeurs seuils pour les critères d'admission au sein des programmes nutritionnels sont à adapter au contexte de l'enquête.</p> <p>Se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 3- Formulaire de référence] pour un exemple de formulaire à utiliser pendant l'enquête. Cette variable n'est pas utilisée au moment de l'analyse.</p>

TABLEAU 11 MODULE ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ : EXPLICATIONS DES QUESTIONS POUR LA SECTION WM1 DU QUESTIONNAIRE FEMME


Numéro de question/ Section WM1	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
			<p>La section WM1 doit être administrée à toutes les femmes éligibles entre 15 et 49 ans, dans les ménages sélectionnés.</p> <p>Ces questions doivent être posées à chaque femme éligible.</p>
WM1	WMID	Numéro ID	<p>Donner un numéro ID à chaque femme éligible dans le ménage.</p> <p>Le numéro ID est généré automatiquement dans les enquêtes utilisant la collecte de données mobiles (méthodes MDC) ; il redébut à 1 dans chaque nouveau ménage sélectionné pour l'enquête.</p>
WM2	WMCON-ST	<p>Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>3= Absent</p>	<p>S'assurer d'avoir présenté l'équipe et d'avoir informé le répondant à propos des objectifs de l'enquête et des mesures.</p> <p>Si un individu est absent, le chef d'équipe doit enregistrer cette information et prévoir de revisiter le ménage. Les équipes devraient revisiter les ménages avec des individus absents au moins deux fois, si cela est faisable logistiquement parlant, le jour même et/ou avant de quitter la zone d'enquête. Si l'individu est toujours absent après les visites, il devra alors être enregistré comme absent et il ne devra pas être remplacé par un autre individu ou un autre ménage.</p> <p>Se référer au Pré-module SENS : [Outil 8- Fiche de contrôle de la collecte des données] pour un exemple d'outil permettant de suivre les absents.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non) ou « 3 » (Absent), s'arrêter ici pour le questionnaire femme.</p>
WM3	WMNAME	Nom de la femme	Ceci est demandé afin de faciliter le processus d'entretien. Enregistrer le prénom seulement. Le nom de la répondante ne sera pas utilisé par la suite.
WM4	WMAGE	<p>Age de [NOM DE LA FEMME] en année</p> <p>Limite inférieure=15 ans</p> <p>Limite supérieure=49 ans</p>	<p>Seules les femmes âgées entre 15 et 49 ans sont interviewées.</p> <p>Enregistrer l'âge tel que rapporté par la répondante ; il n'y a pas besoin de vérifier avec un document officiel mentionnant l'âge ou la date de naissance.</p>

TABLEAU 12 MODULE ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ : EXPLICATIONS DES QUESTIONS POUR LA SECTION WM2 DU QUESTIONNAIRE FEMME

Numéro de question/ Section WM2	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
			<p>La section WM2 doit être administrée à toutes les femmes éligibles entre 15 et 49 ans, dans les ménages sélectionnés.</p> <p>Ces questions doivent être posées à chaque femme éligible.</p>
WM5	PREGN-ANT	<p>Etes-vous enceinte ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>S'assurer d'adapter la question au contexte afin qu'elle soit posée d'une manière culturellement parlant acceptable.</p> <p>Si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas », la femme devrait être évaluée pour l'anémie et l'on suppose qu'elle n'est pas enceinte.</p> <p>Dans certains contextes, le PB est mesuré uniquement chez les femmes enceintes et/ou allaitantes. Des sauts automatiques peuvent être ajoutés ici afin de ne mesurer le PB (question suivante) que chez les femmes enceintes et/ou allaitantes.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non) ou « 8 » (Ne sait pas), l'enquêteur devrait passer à la question WM8.</p>
WM6	ANC	<p>Etes-vous actuellement inscrites au sein d'un programme de soins prénataux ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>S'assurer d'employer les termes locaux utilisés pour désigner les programmes de soins prénataux ou consultations prénatales (CPN).</p> <p>Cette question s'adresse uniquement aux femmes enceintes, soit aux femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente (WM5).</p>
WM7	FEREC	<p>Recevez-vous actuellement des comprimés de fer-acide folique ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>S'assurer d'employer les termes locaux utilisés pour désigner les comprimés de fer-acide folique.</p> <p>Les enquêteurs doivent montrer à la répondante des comprimés de fer-acide folique pour l'aider à se souvenir de quel médicament il s'agit.</p> <p>Cette question s'adresse uniquement aux femmes enceintes, soit aux femmes ayant répondu « Oui » à la question WM5.</p>
WM8	LACTAT	<p>Allaitez-vous actuellement ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p>	<p>Dans certains contextes, le PB est mesuré uniquement chez les femmes enceintes et/ou allaitantes. Des sauts automatiques peuvent être ajoutés ici afin de ne mesurer le PB (question suivante) que chez les femmes enceintes et/ou allaitantes.</p> <p>Si la réponse est « 2 » (Non) ou « 8 » (Ne sait pas), l'enquêteur devrait passer à la question WM10.</p>

Numéro de question/ Section WM2	Nom de la variable SENS	Question	Instructions spéciales
WM9	LACTA-TU6	<p>L'enfant que vous allaitez actuellement est-il âgé de moins de 6 mois ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(OPTIONNEL)</p>	<p>Si la mère allaite actuellement plus d'un enfant, tant qu'un des enfants allaités est âgé de moins de 6 mois, choisir l'option de réponse « 1 ».</p>
WM10	WMBSFP	<p>Etes-vous actuellement inscrite dans un programme d'alimentation complémentaire de couverture (BSFP) ?</p> <p>1= Oui</p> <p>2= Non</p> <p>8= Ne sait pas</p> <p>(SI APPLICABLE)</p>	<p>Cette question ne concerne que les femmes enceintes et allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois.</p> <p>Inclure le nom local du programme BSFP.</p> <p>Les enquêteurs devraient montrer les produits nutritionnels utilisés au sein du BSFP à la répondante.</p> <p>Dans les enquêtes utilisant les méthodes MDC, cette question sera automatiquement non-présentée pour les femmes non éligibles pour ce programme selon leur statut physiologique. Dans les enquêtes utilisant le papier, il est recommandé de poser cette question à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans afin de faciliter les entretiens.</p>
WM11	WMMU-AC	<p>Périmètre brachial (PB) en mm (± 1mm) ou en cm ($\pm 0,1$cm) de [NOM DE LA FEMME]</p> <p>Limite inférieure = 160 mm</p> <p>Limite supérieure = 500 mm</p> <p>(OPTIONNEL)</p>	<p>La mesure du PB s'effectue toujours sur le bras gauche.</p> <p>Selon le contexte, le PB peut être mesuré en mm ou en cm. Adapter le questionnaire en conséquence.</p> <p>Ne pas oublier la décimale lorsque le PB est mesuré en cm.</p>
WM14	WMREF-MAL	<p>Référencement automatique des femmes présentant des signes de malnutrition aiguë</p>	<p>Le référencement des femmes présentant des signes de malnutrition aiguë ne sera effectué que si la mesure du PB est effectuée (WMMUAC).</p> <p>Les valeurs seuils pour les critères d'admission au sein des programmes nutritionnels sont à adapter au contexte de l'enquête. Par exemple, la femme a besoin d'être référée pour malnutrition aiguë si la valeur du PB est < 210 mm.</p> <p>Remplir un formulaire de référence en double exemplaire : un formulaire pour la femme et un autre pour le centre de santé.</p> <p>Se référer à l'outil du Module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 3- Formulaire de référence] pour un exemple de formulaire à utiliser pendant l'enquête. Cette variable n'est pas utilisée au moment de l'analyse.</p>

Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS

- Des instructions détaillées sur le paramétrage du logiciel ENA pour SMART sont fournies au sein de l'**Outil 2** du module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS du HCR]. Les sujets suivants sont traités au sein de cet outil :
 - Introduction au logiciel ENA pour SMART ;
 - Le format des dates ;
 - Description de l'écran « Saisie des données anthropométriques » et instructions pour le paramétrage de cet écran pour les enquêtes SENS ;
 - Description de l'écran « Options » et instructions pour le paramétrage de cet écran pour les enquêtes SENS ;
 - L'analyse de la variable « ENROL » (permettant de déterminer l'enrôlement au sein des programmes nutritionnels supplémentaires ciblés (CRENAM) et thérapeutiques (CRENAS/CRENI) pour les enfants âgés de 6 à 59 mois) ;
 - Description et interprétation des différents types de flags.
- Se référer à la **documentation de l'initiative SMART** présentée au niveau des références pour de plus amples informations sur l'utilisation du logiciel ENA pour SMART.

Vérification des données

- Se référer à l'outil du Pré-module SENS [**Outil 15**- Procédures Opérationnelles Standards pour la Gestion des Données d'Enquête SENS] pour des instructions détaillées sur la manière d'effectuer ces vérifications.



Vérification quotidienne du questionnaire et supervision des entretiens – pour la cohérence, la complétude et les données manquantes

- Le responsable d'enquête et les superviseurs ne pourront pas observer tous les entretiens conduits par les équipes mais ils sont responsables de la vérification quotidienne de chacun des questionnaires afin de détecter d'éventuelles erreurs/oublis. La révision des questionnaires devrait être effectuée sur le terrain, si possible, afin que tout problème puisse être résolu immédiatement et sinon, à la fin de chaque journée.
- Sur le terrain ou à la fin de chaque journée de travail, examiner les formulaires remplis dans les téléphones mobiles (ou les questionnaires si une enquête utilisant le papier a été menée) pour chacune des équipes et suivre les procédures décrites ci-dessous :
 - Vérifier que le consentement a été donné pour les mesures (variable : CHCONST, WMCONST). Si le consentement n'a pas été donné, demander aux enquêteurs s'ils connaissent les raisons. Si plusieurs refus ont eu lieu, connaître cette information aidera à clarifier toute incompréhension, inquiétude ou malentendu avec la communauté à enquêter.
 - Vérifiez la présence d'éventuelles données manquantes ainsi que la fréquence des réponses « Ne sait pas » (celles-ci devraient toujours être minimales). S'il y a des données manquantes, il convient d'en informer les équipes dès le lendemain afin qu'elles soient plus attentives et ne manquent aucune mesure ou question. Si un nombre significatif de réponses « Ne sait pas » est observé pour certaines équipes, le responsable et/ou les superviseurs de l'enquête devraient accompagner les équipes sur le terrain dès le lendemain afin de vérifier la façon dont elles mènent les entretiens.
 - Vérifier que tous les enfants identifiés comme souffrant de malnutrition aiguë ont été référés (vérifier la fiche de contrôle du jour pour cette information, les fiches de référence et les variables REFAM/ REFSAM pour les enfants et WMREFMAL pour les femmes).

Vérification de la base de données

- Des informations succinctes quant au processus de vérification des données en utilisant Epi Info 7 sont fournies au niveau de l'**Annexe 9** et dans l'outil du Pré-module SENS [**Outil 15**- Procédures Opérationnelles Standards pour la Gestion des Données d'Enquête SENS].
- Des conseils gratuits sur l'utilisation d'Epi Info pour Windows et du matériel de formation sur Epi Info peuvent être trouvés sur le site suivant : <http://www.cdc.gov/EpiInfo>



Vérification des données manquantes

- Pour chaque donnée manquante relative aux données anthropométriques de base (c.-à-d. le sexe, l'âge, le poids, la taille, les œdèmes et le PB), recherchez l'enfant ou la femme correspondant et vérifiez les valeurs enregistrées manuellement au niveau de la fiche de contrôle pour les participants et les mesures (pour les enquêtes utilisant le papier, vérifier avec le questionnaire original). S'il s'agit d'une erreur de saisie de données dans les téléphones (ou sur le questionnaire papier), corrigez l'erreur.

Sexe

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour le sexe et identifier les oublis de saisie (variable : SEX).
- Si le sexe est manquant (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant peut ou non être retrouvé le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ne pourra pas être inclus dans l'analyse anthropométrique étant donné que l'information de la population de référence sur la taille et le poids est spécifique au sexe et qu'aucun indice nutritionnel ne peut alors être dérivé si le sexe est manquant. L'enfant peut tout de même être inclus dans l'analyse pour les œdèmes (car tout enfant présentant des œdèmes bilatéraux est un enfant sévèrement malnutri) et dans les autres analyses ne nécessitant pas le sexe (ex : PB, vaccination anti-rougeole, supplémentation en vitamine A, déparasitage et diarrhée).

Âge

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour l'âge (variable : MONTHS) et déterminer s'il s'agit d'un oubli de saisie ou si l'enfant a été inclus dans l'enquête sur la base de la taille (voir la **Figure 1** pour l'organigramme de collecte des données d'âge). Demander à l'équipe d'enquête d'expliquer pourquoi l'âge est manquant.
- Si l'âge est manquant (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant peut ou non être retrouvé le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'évaluation du retard de croissance (taille-pour-âge), de l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge), de la vaccination anti-rougeole ou de la couverture du déparasitage. Toutefois, l'enfant peut être inclus dans l'analyse de l'émaciation (poids-pour-taille), les œdèmes et les autres indicateurs ne nécessitant pas l'âge (ex. : PB, supplémentation en vitamine A, diarrhée). S'assurer que l'enfant est admissible pour l'enquête en vous basant sur la taille/longueur (c'est à dire dans l'intervalle de taille requise allant de 67 à 110cm).

Poids

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour le poids et identifier les oublis de saisie (variable : WEIGHT).
- Si le poids est manquant (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant peut ou non être retrouvé le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'évaluation de l'émaciation (poids-pour-taille), ni de l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge). Toutefois, l'enfant peut être inclus dans l'analyse des œdèmes, du retard de croissance (taille-pour-âge), et d'autres indicateurs (ex. : PB, vaccination anti-rougeole, supplémentation en vitamine A, diarrhée et déparasitage) ne nécessitant pas le poids.

Taille

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour la taille et identifier les oublis de saisie (variable : HEIGHT).
- Si la taille est manquante (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant peut ou non être retrouvé le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'évaluation de l'émaciation (poids-pour-taille), ni du retard de croissance (taille-pour-âge). Toutefois, l'enfant peut être inclus dans l'analyse des œdèmes, de l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge), et d'autres indicateurs (ex. : PB, vaccination anti-rougeole, supplémentation en vitamine A, diarrhée et déparasitage) ne nécessitant pas la taille.

Œdèmes

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour les œdèmes et identifier les oublis de saisie (variable : EDEMA). Si la donnée d'œdèmes est manquante (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant peut ou non être retrouvé le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse des œdèmes. Toutefois, l'enfant peut être inclus dans les autres analyses anthropométriques et les autres indicateurs (ex. : PB, vaccination anti-rougeole, supplémentation en vitamine A, diarrhée et déparasitage) ne nécessitant pas les œdèmes.

PB (enfant et/ou femmes)

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour le PB et identifier les oublis de saisie (variable chez les enfants : MUAC ; variable chez les femmes : WMUAC). Si le PB est manquant (même après avoir vérifié la fiche de contrôle pour les participants et les mesures), évaluer si l'enfant ou la femme peut ou non être retrouvé(e) le lendemain. Si cela n'est pas possible, alors l'enfant ou la femme ne peut pas être inclus(e) dans l'analyse du PB.

Enrôlement de l'enfant au sein d'un programme nutritionnel

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes et identifier les oublis de saisie (variables : ENROL, BSFP).
- Si une des variables concernant l'enrôlement de l'enfant au sein d'un programme nutritionnel est manquante (ENROL ou BSFP), alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse de l'enrôlement au sein du programme nutritionnel.

Vaccination anti-rougeole

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour la vaccination anti-rougeole et identifier les oublis de saisie (variable : MEASLES).
- Si la variable de la vaccination anti-rougeole est manquante, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse de la vaccination anti-rougeole.

Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour la supplémentation en vitamine A et identifier les oublis de saisie (variable : VITA). Si la variable de la supplémentation en vitamine A est manquante, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse de la supplémentation en vitamine A.

Diarrhée rétrospective à 2 semaines, et utilisation des SRO et du zinc

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour la diarrhée et pour l'utilisation des SRO et du zinc, et identifier les oublis de saisie (variables : DIAR, DIARORS, DIARZINC).
- Si les valeurs de la diarrhée, des SRO ou du zinc sont manquantes, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse relatif à la diarrhée.

Déparasitage au cours des 6 derniers mois

- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour le déparasitage et identifier les oublis de saisie (variable : DEWORM).
- Si la variable pour le déparasitage est manquante, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse pour le déparasitage.

Période d'arrivée


- Rechercher s'il y a des valeurs manquantes pour la période d'arrivée et identifier les oublis de saisie (variable : CHARRIVE).
- Si la variable pour la période d'arrivée est manquante, alors l'enfant ne peut pas être inclus dans l'analyse pour la période d'arrivée.

Rapport de plausibilité SMART pour les données anthropométriques – pour les flags/valeurs d'indices nutritionnels extrêmes et biais de mesure

- La vérification de plausibilité est l'un des outils clés dans SMART pour la vérification des données anthropométriques. Elle permet d'évaluer la qualité des données anthropométriques et l'identification d'erreurs spécifiques, comme la préférence numérique.
- Le rapport de plausibilité porte principalement sur l'analyse de la malnutrition aiguë/émaciation, car c'est le résultat principal dans la plupart des enquêtes nutritionnelles menées dans les situations d'urgence.
- La vérification de plausibilité analyse les caractéristiques des données anthropométriques en utilisant différentes méthodes statistiques. Elle utilise les résultats de divers tests statistiques pour fournir une évaluation des données anthropométriques sur la base de différents critères, pour chaque équipe individuelle d'enquête, et fournit également un score global pour l'enquête.

- Certaines sections du rapport de plausibilité doivent être examinées régulièrement et sur une base quotidienne au cours de la mise en œuvre de l'enquête afin de cibler les équipes à superviser, et d'améliorer la façon dont les données anthropométriques sont collectées. D'autres sections devraient être examinées seulement à la fin de la collecte des données pour la vérification des données, l'analyse finale et l'interprétation des résultats (**se référer aux sections ci-dessous pour de plus amples informations quant à l'utilisation et l'interprétation du rapport de plausibilité SMART**).
- Tous les tests effectués par la vérification de plausibilité doivent être considérés dans leur ensemble, en tenant compte du contexte et de l'interprétation des résultats avant que des décisions sur la validité des données ne soient prises. Les différents tests sont destinés à attirer l'attention sur les résultats où il risque d'avoir des problèmes, mais ne doivent pas être utilisés, par eux-mêmes, pour accepter ou rejeter des données. Plus le score est élevé, plus l'enquête peut être problématique. Un score « problématique » au-dessus de 25% devrait conduire à un examen attentif des données anthropométriques pour toutes les équipes, et par équipe, mais, ne signifie pas nécessairement, en soi, que les données sont de mauvaise qualité.
- Lorsque la qualité des données anthropométriques n'est pas suffisante à la fin de l'enquête, SMART fournit des recommandations pour la dissémination des résultats sur la malnutrition afin de s'assurer que les données puissent être utilisées et que les résultats ne soient pas rejetés.
- Se référer à l'**Annexe 8** pour une description détaillée du rapport de plausibilité SMART. Se référer à la **documentation de l'initiative SMART** présentée au niveau des références pour de plus amples informations.

Vérification quotidienne du rapport de plausibilité SMART



- A la fin de chaque journée d'enquête, les données anthropométriques devraient être transférées/saisies dans le logiciel ENA pour SMART afin de pouvoir générer le rapport de plausibilité. Les résultats issus du rapport de plausibilité peuvent être utilisés pour identifier et corriger les erreurs survenant lors de la collecte des données.
- Se référer à l'outil du Pré-module SENS [**Outil 15**- Procédures Opérationnelles Standards pour la Gestion des Données d'Enquête SENS] pour des instructions détaillées sur la manière d'effectuer le transfert des données issues des téléphones (fichiers de données CSV) vers le logiciel ENA pour SMART, lors de la mise en œuvre d'enquête utilisant les méthodes de collecte de données mobiles. 
- Les éléments suivants devraient être vérifiés quotidiennement :
 - Il ne devrait pas y avoir de surreprésentation des âges en mois correspondant aux années entières, tels que 12, 24, 36 et 48 mois.
 - Vérifier que les enquêteurs n'arrondissent pas les mesures de poids, de taille et de PB à « ,0/0 » ou « ,5/5 ». Noter que lorsque l'on utilise une balance électronique, il n'est pas nécessaire de vérifier les arrondissements pour les mesures de poids.
 - Il devrait y avoir un nombre limité de flags roses (i.e. flags OMS) pour les indices nutritionnels. Pour plus d'informations sur comment configurer les flags OMS dans le logiciel ENA pour SMART, se référer à l'outil du module Anthropométrie et Santé SENS [**Outil 2**- Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS du HCR].

- Vérifier que les cas d'enfants présentant des œdèmes n'ont pas été sur-rapportés par certaines équipes. Noter qu'il est recommandé que les superviseurs/ responsables d'enquête revérifient tous les cas d'œdèmes rencontrés pendant l'enquête.

Vérification du rapport de plausibilité SMART à la fin de l'enquête

- Les critères de qualité SMART suivants devraient être analysés attentivement et présentés dans le rapport d'enquête SENS final :
 - Valeurs manquantes et données hors normes ;
 - Sexe-ratio ;
 - Distribution de l'âge et ratio d'âge ;
 - Préférences numériques pour les mesures de poids, taille et PB ;
 - Ecart-type pour l'indice PTZ.
- Ces critères de qualité ont été sélectionnés pour le rapport d'enquête SENS final car ils sont les plus fréquemment utilisés à ce jour et sont les plus faciles à interpréter. Se référer à l'**Annexe 8** pour obtenir de plus amples informations sur ces critères de qualité.
- Les instructions pour la présentation des critères de qualité du rapport de plausibilité SMART pour le rapport final SENS sont les suivantes :
 - Si le score global du rapport de plausibilité est $\leq 25\%$, présenter seulement le tableau de résumé de la qualité globale des données d'enquête en annexe du rapport SENS.
 - Si le score global du rapport de plausibilité est $>25\%$, examiner attentivement les données anthropométriques pour l'ensemble des équipes, ainsi que par équipe ; et présenter les données problématiques en annexe du rapport SENS avec un petit paragraphe d'interprétation. Le siège / les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de l'aide dans l'analyse des scores problématiques des rapports de plausibilité SMART.

Présentation des résultats

- Les résultats issus des mesures anthropométriques, ceux concernant les programmes nutritionnels, la vaccination anti-rougeole, la supplémentation en vitamine A, la diarrhée et le déparasitage devraient être descriptifs et présentés en termes de proportions (avec les intervalles de confiance à 95%) et de moyennes, pour l'ensemble de l'échantillon, et selon les critères spécifiques au sexe et à l'âge, le cas échéant.
- Lors de la présentation, dans un même rapport, des résultats de plusieurs camps avec un échantillon représentatif sélectionné pour chacun des camps, les résultats peuvent être présentés de deux différentes manières : i) les résultats sont rapportés pour l'ensemble des indicateurs camp par camp ou ii) les résultats pour chaque indicateur sont présentés pour chacun des camps au sein du même tableau. Voir les outils du Pré-module SENS : [**Outil 19**- Rapport SENS Dolo 2017 - uniquement disponible en anglais] et [**Outil 20b**- Rapport SENS Burundi 2017]. 
- Lorsque plusieurs camps sont enquêtés avec un échantillon représentatif sélectionné pour chacun des camps, il est parfois nécessaire et important de présenter les résultats combinés. La pondération des données devra être effectuée si vous avez mené des enquêtes dans plusieurs camps (ou de zones d'enquête différentes) et devez combiner les résultats à des fins de plaidoyer ou de planification. Il n'est pas nécessaire de présenter les résultats combinés pour l'ensemble des indicateurs ainsi que de rapporter les intervalles de confiance pour les estimations combinées. Voir l'outil du Pré-Module SENS qui générera automatiquement les résultats pondérés pour les proportions et les moyennes : [**Outil 21**- Outil de pondération des résultats - uniquement disponible en anglais]. 
- Les principaux résultats anthropométriques devraient être rapportés en utilisant les standards de croissance OMS 2006 (exprimés en z-scores uniquement). Il n'est plus recommandé de présenter les résultats obtenus avec la référence de croissance NCHS 1977 (exprimés en z-scores et pourcentage de la médiane) en annexe du rapport final, étant donné que les standards de croissance de l'OMS ont été adopté à partir de 2009.
- Tous les rapports d'enquête devraient présenter les résultats en utilisant les tableaux et les figures présentés ci-dessous.
- Lorsqu'une méthodologie exhaustive est utilisée, les intervalles de confiance ne devraient pas être présentés puisque tous les enfants sont mesurés pour l'anthropométrie et les indicateurs de santé.

Tableaux de résultats et figures

- Des instructions détaillées sur le paramétrage du logiciel ENA pour SMART sont fournies au sein de l'**Outil 2** du module Anthropométrie et Santé SENS : [**Outil 2**- Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS du HCR].

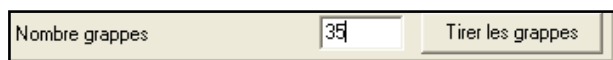
Enfants âgés de 6 à 59 mois

Taille d'échantillon et grappes (si applicable)

TABLEAU 13 INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLONNAGE

	Nombre total planifié	Nombre total enquêté	% de la cible	Taux de non-réponse (%)
Nombre de grappes (où applicable)	cf note 1	cf note 2		n/a
Nombre de ménages	cf note 3			
Nombre d'enfant 6-59 mois	cf note 3	cf note 4		

- Ce nombre peut être pris de l'écran « Planification » de ENA pour SMART tel qu'indiqué dans l'image ci-dessous ou du protocole d'enquête SENS :



Nombre grappes Tirer les grappes

- Ce nombre peut être pris de l'écran « Saisie des données Anthropométriques » de ENA pour SMART (colonne CLUSTER).
- Ces nombres peuvent être pris de l'écran « Planification » de ENA pour SMART ou du protocole d'enquête SENS (voir **Figure 2** ci-dessous).
- Ce nombre peut être pris de l'écran « Saisie des données Anthropométriques » de ENA pour SMART en allant au dernier enfant saisi (voir **Figure 3** ci-dessous).

FIGURE 2 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS PRÉVUS POUR L'ENQUÊTE (TAILLE D'ÉCHANTILLON CIBLE)

Nom de l'enquête
 PIL_0618_PILOT_PLANNING

Echantillonnage
☒ Aléatoire ☐ Grappe

☐ Correction populations de petite taille

Calcul de la taille d'échantillon pour une enquête anthropométrique transversale

27.3	Prévalence estimée (%)	4.7	Taille moyenne des ménages
5	± précision souhaitée (%)	16.5	% d'enfants de moins de 5 ans
1	Effet de grappe	15	% de ménages non-répondants
305	Enfants à inclure	514	Ménages à inclure

La taille d'échantillon cible 6-59 mois était N=305 dans cet exemple. Cela correspond à 514 ménages.

FIGURE 3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS ENQUÊTÉS

ENVI: C:\envi\envi\planning module 2.05 (305 bases de données)

Fichiers Autres

Planification | Formation | Saisie des données Anthropométriques | Résultats de l'Anthropométrie | Résultats Mortalité | Food Security | Options

Saisie des données Anthropométriques

Résultats : Standards OMS 2006

	Percentile	%	Médiane	Z-score
Poids/Âge	0.0	NA	NA	NA
Taille/Âge	0.0	NA	NA	NA
Poids/Taille	0.0	NA	NA	NA

0 25 50 75 100

Colonne/Variable: Ajouter, Supprimer, Trier, Filtrer

Ligne/donnée: Nouveau, Insérer, Supprimer, Aller à

☐ Rapport contrôle de plausibilité

☐ Références NCHS 1977 ☒ Standards OMS 2006

Mentions légales

	SURVDATE	CLU...	TEAM	ID	HH	SEX	BIRTHDAT	MONTHS	WEIGHT	HEIGHT	EDEMA	MUAC	WAZ	HAZ	WHZ
487	07/06/2018		1	4	2	f		13	7.3	69.7	n	126	-1.905	-2.103	-1.171
488	06/06/2018		2	1	11	f	29/09/2014	44.22	14.5	95.2	n	152	-0.439	-1.262	0.434
489	06/06/2018		2	2	11	f		57	15.8	107.7	n	146	-0.790	-0.027	-1.261
490	06/06/2018		2	3	11	m	28/08/2017	9.26	8.3	67.3	n	143	-0.714	-2.228	0.738
491	06/06/2018		2	4	11	f	11/11/2017	6.80	6.3	67.4	n	130	-1.529	0.180	-2.163
492	06/06/2018		2	5	11	m		49	14.1	103.5	n	141	-1.244	-0.090	-1.831
493	07/06/2018		2	1	12	f		42	16.3	99.1	n	157	0.627	0.016	0.923
494	05/06/2018		5	1	3	m		55	14.5	107.3	n	142	-1.448	0.019	-2.316
495	05/06/2018		5	2	3	f		40	10.5	87	n	136	2.636	2.877	1.262
496	05/06/2018		5	3	3	m		58	16.4	108.2	n	153	-0.702	-0.145	-1.017
497	05/06/2018		5	4	3	f	17/05/2017	12.62	6.4	66.5	n	121	-2.962	-3.167	-1.669
498	06/06/2018		4	1	9	f		50	16.7	107	n	165	0.114	0.706	-0.492
499	06/06/2018		4	2	9	m		25	9.9	84.3	n	138	-1.930	-1.404	-1.689
500	06/06/2018		2	1	14	m		50	13	100.8	n	144	-1.965	-0.855	-2.264
501	06/06/2018		2	2	14	f	19/08/2016	21.55	8.7	77.4	n	140	-1.940	-2.192	-1.106
502	06/06/2018		2	3	14	m		30	12.9	91.3	n	155	-0.259	-0.185	-0.279
503	06/06/2018		2	4	14	m		58	17.2	107.6	n	159	-0.343	-0.277	-0.325
504															
505															
506															

Le nombre total d'enfants enquêtés était N=503 dans cet exemple.

Taille d'échantillon pour les enfants de 6 à 59 mois

- En général, la taille d'échantillon atteinte, en nombre total d'enfants enquêtés âgés de 6 à 59 mois, devrait être égale ou supérieure à la taille d'échantillon cible. Si cela n'est pas le cas, suivre la procédure décrite ci-dessous afin d'effectuer un échantillonnage supplémentaire.

Nombre total de grappes

- En général, le nombre total de grappes enquêtées devrait être égal au nombre total de grappes planifiées. Si cela n'est pas le cas, suivre la procédure décrite ci-dessous afin d'effectuer un échantillonnage supplémentaire.

Échantillonnage supplémentaire

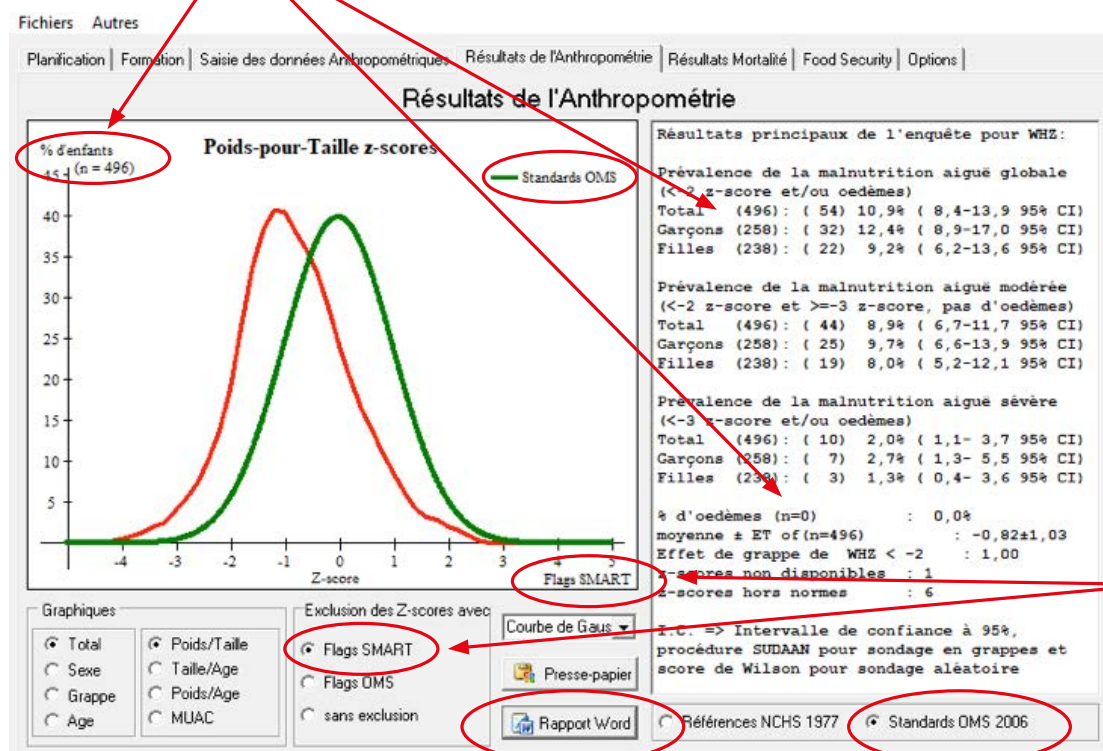
- Un échantillonnage supplémentaire peut s'avérer nécessaire lorsque la taille d'échantillon ou le nombre de grappes initialement prévus n'ont pas été atteints. Le responsable de l'enquête devrait s'assurer de mentionner la procédure utilisée dans le rapport final.
 - **Procédure à suivre lorsque la taille d'échantillon prévue n'a pas été atteinte :** Si l'échantillon d'enfants âgés de 6 à 59 mois atteint à la fin de l'enquête est inférieur à 80% de la taille d'échantillon initialement planifiée, la procédure qui suit doit être exécutée. Dans le cas contraire, elle n'est pas nécessaire.
 - o Pour les enquêtes avec un échantillonnage aléatoire simple ou systématique, un autre échantillon de ménages doit être sélectionné à partir de la population totale pour augmenter la taille de l'échantillon en nombre d'enfants. Cet échantillon doit représenter 25% de la taille de l'échantillon initial. Par exemple, si 350 enfants âgés de 6-59 mois ont été échantillonnés mais que la taille d'échantillon cible était de 500 enfants (donc, vous avez atteint que 70% de la taille de l'échantillon cible), 125 enfants supplémentaires auront besoin d'être sélectionnés aléatoirement (25% de 500 enfants).
 - o Pour les enquêtes avec un échantillonnage en grappes, toutes les grappes de remplacement (RC) sélectionnées automatiquement par ENA pour SMART doivent être enquêtées.
 - **Procédure à suivre lorsque le nombre de grappes ciblé n'a pas été atteint :** Toutes les grappes de remplacement (RC) sélectionnées automatiquement par ENA pour SMART lors de la phase de planification doivent être enquêtées si 10% ou plus des grappes initialement planifiées n'ont pas pu être enquêtées pour diverses raisons (sécurité, refus ou problèmes d'accès). Dans le cas contraire, cela n'est pas nécessaire. Par exemple, vous deviez enquêter 30 grappes mais vous n'avez été capable d'en enquêter que 26 ; vous aurez alors besoin d'utiliser les RC sélectionnées par ENA, à la fin de l'enquête. Si vous avez enquêté 28 grappes au lieu de 30, aucun échantillonnage supplémentaire n'est nécessaire.
 - Si au cours de l'échantillonnage additionnel, un même ménage ou un même individu est sélectionné de nouveau par hasard, à partir de la liste ou au sein de la grappe, il doit être ignoré et ne doit pas être enquêté une seconde fois. Il ne doit cependant pas non plus être remplacé. Notez qu'il est possible qu'une grappe de remplacement (RC) se trouve dans la même zone qu'une grappe faisant partie de l'échantillon initial.

Rapport automatique SMART

- Le logiciel ENA pour SMART génère automatiquement un rapport d'enquête nutritionnelle incluant quelques-uns des tableaux de résultats (voir **Figure 4** et **Figure 5** ci-dessous).

FIGURE 4 GÉNÉRER UN MODÈLE DE RAPPORT D'ENQUÊTE NUTRITIONNELLE CONTENANT DES TABLEUX DE RÉSULTATS COMPLETS ET STANDARDS

Lorsqu'il y a des œdèmes, le nombre total d'enfants avec émaciation sera différent du nombre total d'enfants avec malnutrition aiguë.



S'assurer d'exclure les flags SMART de l'analyse finale.

FIGURE 5 RÉGLER L'ÉCRAN DES OPTIONS D'ENA POUR SMART POUR L'ANALYSE DES DONNÉES

Les utilisateurs devraient manuellement modifier les tranches d'âge en mois affichées par défaut par le logiciel ENA au niveau de l'écran « Options » afin de pouvoir effectuer les différentes analyses par groupe d'âge recommandées d'effectuer dans les enquêtes SENS. Par défaut le logiciel ENA propose les groupes d'âge suivants : 6-17 mois; 18-29 mois; 30-41 mois; 42-53 mois et 54-59 mois. Les groupes d'âge recommandés pour l'analyse d'une enquête SENS sont les suivants : 6-11 mois; 12-23 mois; 24-35 mois; 36-47 mois et 48-59 mois. Ces groupes d'âge font plus de sens puisqu'ils correspondent aux groupes d'âge cibles des programmes nutritionnels mis en oeuvre dans les camps de réfugiés. Faire ces changements dans la colonne de gauche.

Les utilisateurs devraient manuellement décocher la case « N° de ménage ». Ceci est dû au fait qu'il peut y avoir plus d'un enfant éligible par ménage ; ainsi lors de la saisie des données, si le numéro de ménage n'est pas automatiquement rempli par le logiciel, cela est plus facile.

S'assurer d'analyser uniquement les enfants âgés de 6-59 mois et d'exclure de l'analyse les flags SMART.

Options

Saisie des données :

Remplissage automatique de

☒ Date d'enquête ☒ Grappe

☒ N° d'Équipe ☒ N° d'identification

☐ N° de ménage

Saisie de l'âge principalement

☒ avec d. de naissance ☐ en mois

Saisie des données

☒ selon format 1.1.99, 10199 ou 010199

☐ à l'aide d'un menu déroulant

☐ Afficher colonnes mesure, vêtements, et pondération des variables

Soustraction automatique du poids des vêtements (g)

0 grammes

Envoyer rapports vers

☒ MS-Office ☐ OpenOffice

c:\Program Files (x86)\Microsoft Office\root\Oflf

Rapport :

Tranches d'âge (en mois)

	masculin	féminin
6 - 11	1000	1000
12 - 23	975	975
24 - 35	945	945
36 - 47	930	930
48 - 59	920	920

Proportions attendues d'enfants pour contrôle de pausibilité

masculin féminin

1000 1000

975 975

945 945

930 930

920 920

Exclusion des z-scores avec

☒ moyenne observée

Flags SMART

WHZ -3 to 3

HAZ -3 to 3

WAZ -3 to 3

☐ sans exclusion

☐ moyenne de référence

Flags OMS

WHZ -5 to 5

HAZ -6 to 6

WAZ -6 to 5

Analyse anthropométrique enfants seulement de

☒ 6,00 à 59,99 mois

☐ 67,0 to 110,0 cm

limites PB

115 mm

125 mm

Réinitialiser

Enregistrer

Figures et tendances

- Il est recommandé d'inclure dans le rapport final SENS plusieurs figures dont certaines ne sont pas automatiquement générées par ENA pour SMART. Se référer à l'**Étape 15** du Pré-module SENS pour une description de la conception des graphiques et de la façon d'interpréter les tendances et les différences. Un outil permettant de générer automatiquement des graphiques de tendances est disponible au niveau des outils du Pré-module SENS : [Outil 17- Tendances et graphiques].
- Présenter les figures recommandées permettra d'analyser les tendances. Noter que, pour identifier une tendance, il est conseillé que les données de prévalence d'au moins trois points dans le temps soient obtenues à partir d'enquêtes SENS menées lors de périodes similaires de l'année. Les analyses de tendances doivent être interprétées avec précaution. Néanmoins, elles peuvent être utiles pour évaluer la situation et les principales différences observées d'une année à l'autre devraient justifier une analyse plus approfondie. Les intervalles de confiance font partie intégrante des résultats. L'évaluation et l'interprétation des changements (ou de l'absence de changement) au niveau d'indicateurs au fil du temps devrait prendre en considération les mouvements de population (arrivées/départs), les épidémies, les changements majeurs en termes d'assistance, les nouveaux programmes nutritionnels, etc.

Répartition par âge et par sexe

TABLEAU 14 ENFANTS 6-59 MOIS – RÉPARTITION DE L'ÂGE ET DU SEXE DANS L'ÉCHANTILLON (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART - ASSUREZ-VOUS DE CHANGER LES CATÉGORIES D'ÂGE RECOMMANDÉES PAR SMART À CELLES RECOMMANDÉES PAR SENS COMME INDIQUÉ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS ET DANS LA FIGURE 5 CI-DESSUS)

ÂGE (mois)	Garçons		Filles		Total		Ratio
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Garçon : Fille
6-11 mois							
12-23 mois							
24-35 mois							
36-47 mois							
48-59 mois							
Total							

À noter :

- La proportion d'enfants sans date de naissance exacte fournie dans le rapport de plausibilité d'ENA pour SMART devrait figurer à la suite du **Tableau 14** dans le rapport final. Cette proportion permet d'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 à la suite du **Tableau 14**.

Période d'arrivée (Optionnel/Si applicable)**TABLEAU 15** PROFIL D'ARRIVÉE DES ENFANTS (OPTIONNEL/SI APPLICABLE) (ADAPTEZ LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES POUR LE PROFIL D'ARRIVÉE AU CONTEXTE LOCAL)

Profil d'arrivée	Nombre/total	% (IC 95%)
Vivant dans le camp/pays d'asile avant [ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL EN INSÉRANT L'ÉVÉNEMENT QUI A PROVOQUÉ L'AFFLUX] Ex : Dans le camp/pays d'asile avant le début du conflit/avant le nouvel afflux de réfugiés, etc.		
Nouvelle arrivée dans le camp/pays d'asile après [ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL EN INSÉRANT L'ÉVÉNEMENT QUI A PROVOQUÉ L'AFFLUX] Ex : Nouvelle arrivée (< 6 mois)		

À noter :

- La collecte de cette information est optionnelle lors de la mise en œuvre d'une enquête SENS. **Il est recommandé d'inclure cette donnée si est seulement si l'enquête a lieu dans un contexte où il y a de récents/nouveaux afflux de réfugiés et où il y a un soupçon réel ou une raison de croire qu'il y a un statut nutritionnel possiblement différent chez ces nouveaux arrivants.**
- Généralement, les résultats concernant la MAG ne sont pas désagrégés selon la période d'arrivée, sauf si cela a été planifié lors du calcul de la taille de l'échantillon (stratification). Cependant, il peut être parfois justifié de présenter les résultats concernant la MAG selon deux catégories de période d'arrivée : généralement les nouveaux arrivants par rapport aux plus anciens. Ceci ne devrait être fait que si la précision au sein de chacune des catégories est suffisamment bonne. Le siège/les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de plus amples conseils si l'on souhaite désagréger d'avantage les résultats selon la période d'arrivée.

Résultats anthropométriques

TABLEAU 16 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË SELON 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)

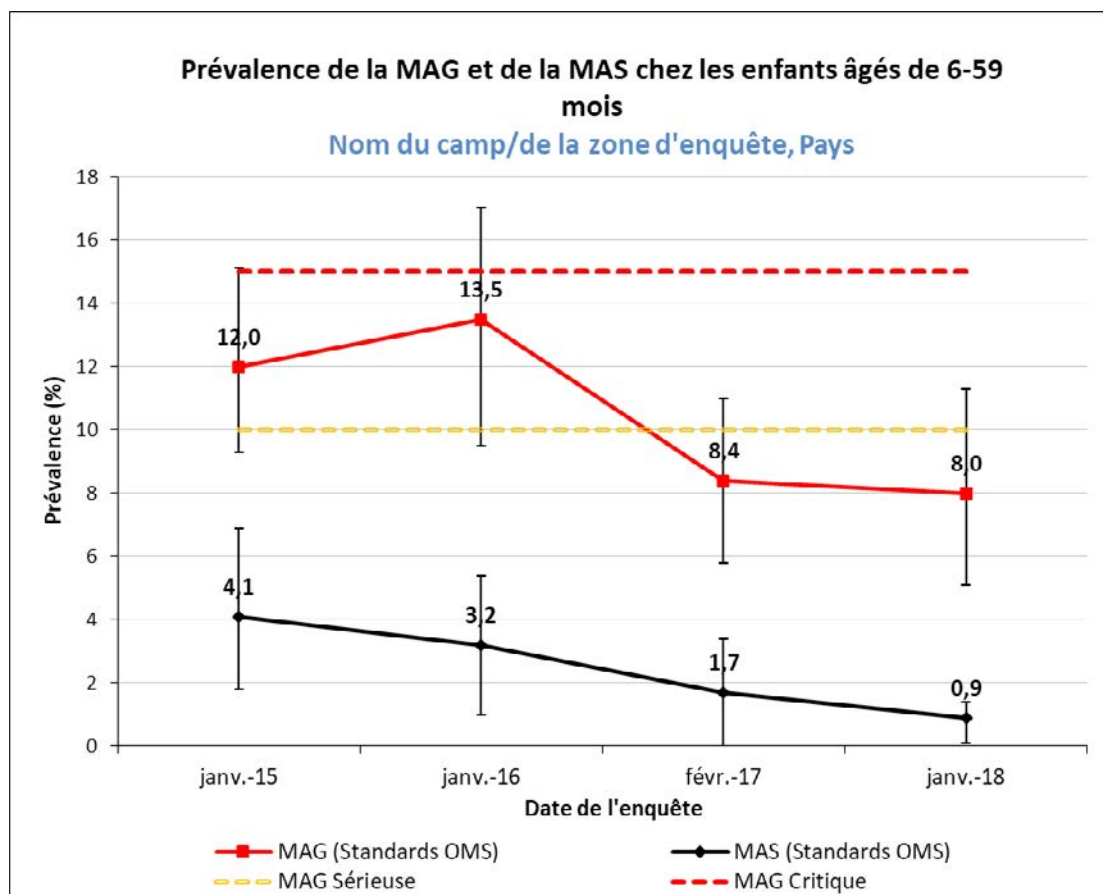
	Tous n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence de malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence de malnutrition modérée (<-2 z-score and ≥ -3 z-score, pas d'œdèmes)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence malnutrition sévère (<-3 z-score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

La prévalence des œdèmes est de %

À surveiller :

- Souvent, les principaux résultats d'enquête sont désagrégés par catégories d'âge, nationalité, statut de résidence ou même grappe afin de réaliser par la suite 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 SENS pour tenter de comprendre si cette différence est réelle et si oui, la raison de celle-ci et ce qui peut être fait à ce sujet.
- Les résultats de prévalence de MAG et de MAS d'une année sur l'autre devraient être présentés comme dans l'exemple fourni ci-dessous.

FIGURE 6 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGUË GLOBALE ET SÉVÈRE SELON LES STANDARDS DE CROISSANCE OMS 2006 CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS DE 2015 À 2018. **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 SENS CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)**



À surveiller :

- Dans les camps de réfugiés, il peut y avoir d'importants mouvements de population au sein des camps même, ainsi qu'à l'extérieur de ceux-ci. Ces mouvements de population devraient être ignorés lors de l'interprétation de changement (ou de l'absence de changement) au niveau d'indicateurs au fil du temps.
- Lorsque la population enquêtée n'est pas stable et varie en nombre et/ou en composition au fil du temps, l'absence de changement au niveau d'un indicateur spécifique (par exemple, l'anémie ou la MAG) n'est pas nécessairement dû à une absence de résultats/effets des interventions mises en œuvre au niveau du camp de réfugiés.
- Le siège/les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de l'aide dans l'interprétation des tendances².

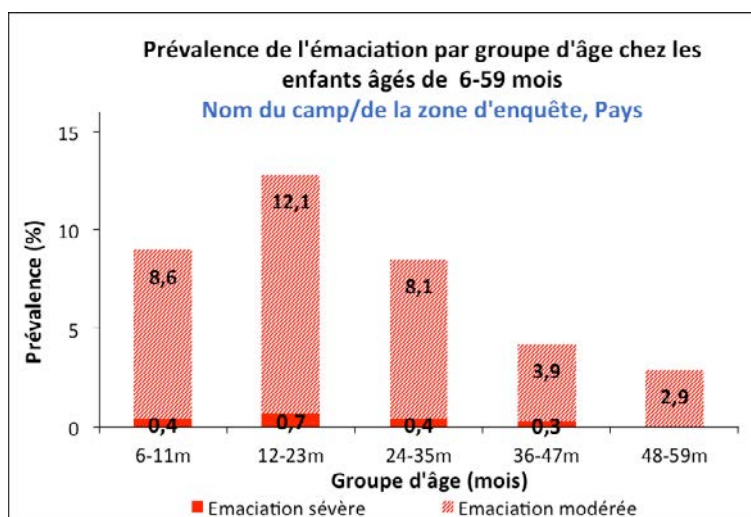
2 Monitoring and evaluation of programmes in unstable populations: Experiences with the UNHCR Global SENS Database <https://www.enonline.net/fex/57/unhcrglobalsensdatabase>

TABLEAU 17 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGÜE PAR GROUPE D'ÂGE, SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES ET/OU CÉDÈMES (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)		Cédèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-11									
12-23									
24-35									
36-47									
48-59									
Total									

- La prévalence de l'émaciation par groupe d'âge illustrée dans le **Tableau 17** doit aussi être présentée sous forme graphique telle que dans l'exemple de la figure ci-dessous.

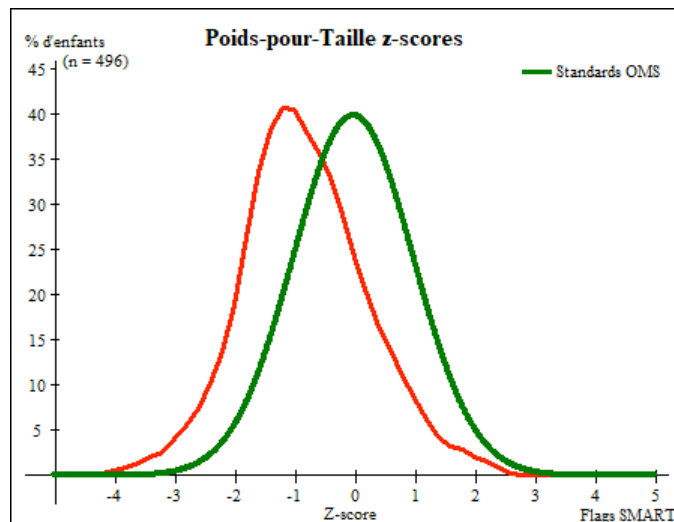
FIGURE 7 PRÉVALENCE DE L'ÉMACIATION PAR GROUPE D'ÂGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



À surveiller :

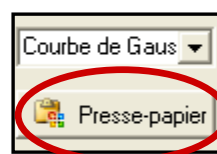
- Il est très courant de constater des niveaux plus élevés d'émaciation chez les enfants les plus jeunes appartenant aux deux premiers groupes d'âge 6-11 mois et 12-23 mois. Il pourrait être tentant de se concentrer sur ces groupes d'âge (groupes souvent liés à la vulnérabilité et aux priorités programmatiques) et de présenter la prévalence actuelle pour les enfants âgés de 6 à 23 mois séparément. Notez cependant que cette pratique n'est pas recommandée. Les estimations de prévalence seront probablement imprécises car la taille de l'échantillon est initialement calculée pour tous les enfants âgés de 6 à 59 ans.

FIGURE 8 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)



- La figure représentant la courbe de Gauss est générée automatiquement par ENA pour SMART au niveau de l'écran « Résultats de l'Anthropométrie » et peut être copiée en cliquant sur les boutons et icônes suivants :

Graphiques		Exclusion des Z-scores avec
<input checked="" type="radio"/> Total <input type="radio"/> Sexe <input type="radio"/> Grappe <input type="radio"/> Age	<input checked="" type="radio"/> Poids/Taille <input type="radio"/> Taille/Âge <input type="radio"/> Poids/Âge <input type="radio"/> MUAC	<input checked="" type="radio"/> Flags SMART <input type="radio"/> Flags OMS <input type="radio"/> sans exclusion



et la coller directement dans le rapport Word.

TABEAU 18 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION D'APRÈS LE PB (CES RÉSULTATS SONT GÉNÉRÉS AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART ; CEPENDANT VOUS DEVEZ MODIFIER LES INTITULÉS POUR CET INDICATEUR TEL QUE CI-DESSOUS ; ILS CORRESPONDENT AUX DÉFINITIONS DU HCR)

	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 de PB < 115 mm et/ou œdèmes	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABEAU 19 PRÉVALENCE DE MALNUTRITION PAR GROUPE D'ÂGE, SELON LES VALEURS SEUILS DE PB ET/OU CÈDÈMES (CES RÉSULTATS SONT GÉNÉRÉS AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART ; CEPENDANT, VOUS DEVEZ MODIFIER LES INTITULÉS POUR CET INDICATEUR TEL QUE CI-DESSOUS ; ILS CORRESPONDENT AUX DÉFINITIONS DU HCR)

		PB < 115 mm		PB ≥ 115 mm et < 125 mm		PB ≥ 125 mm		CÈdèmes	
Age (mois)	Nb total	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-11									
12-23									
24-35									
36-47									
48-59									
Total									

TABEAU 20 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE SELON 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%)

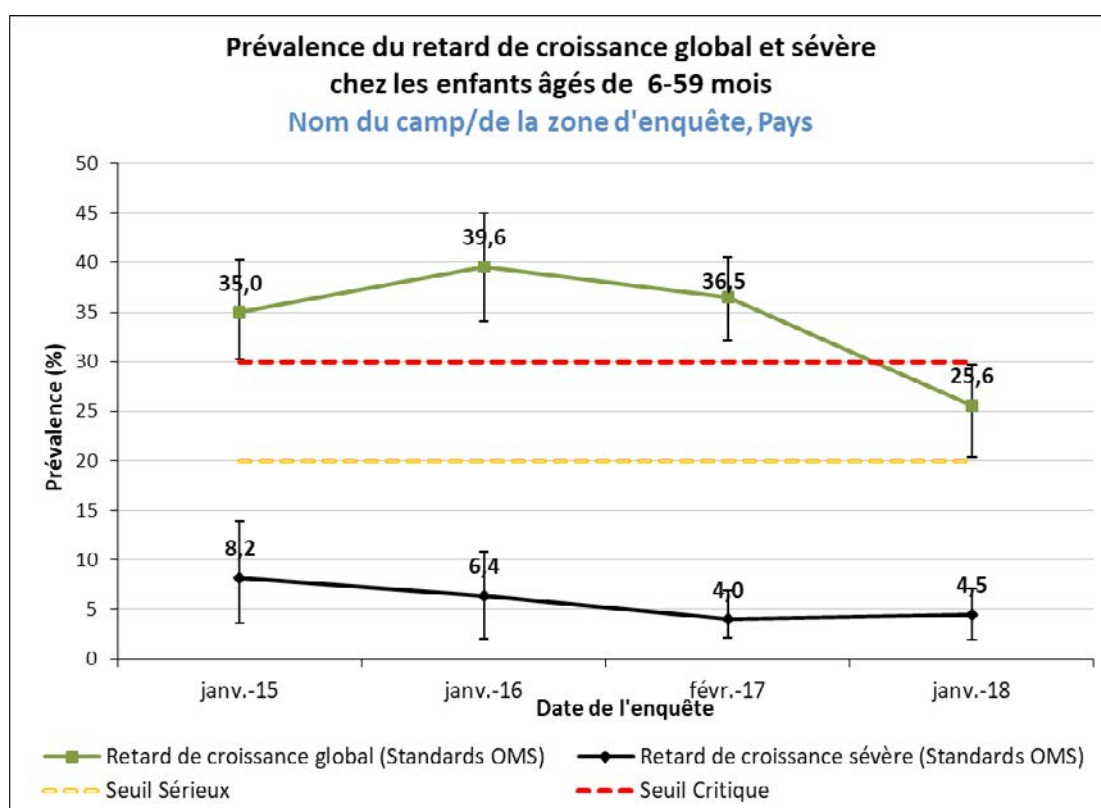
TABEAU 21 PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE PAR GROUPE D'ÂGE, SELON L'INDICE POIDS-POUR-ÂGE EN Z-SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

Age (mois)	Nb total	Insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)		Insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score and ≥ -3 z-score)		Normal (≥ -2 z-score)		Œdèmes	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
6-11									
12-23									
24-35									
36-47									
48-59									
Total									

TABEAU 22 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE SELON L'INDICE TAILLE-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 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 9 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE GLOBAL ET SÉVÈRE BASÉES SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE OMS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS DE 2015 À 2018. **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 SENS CONDUITES À LA MÊME PÉRIODE CHAQUE ANNÉE. (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)**



À surveiller :

- Dans les camps de réfugiés, il peut y avoir d'importants mouvements de population au sein des camps même, ainsi qu'à l'extérieur de ceux-ci. Ces mouvements de population devraient être ignorés lors de l'interprétation de changement (ou de l'absence de changement) au niveau d'indicateurs au fil du temps.
- Lorsque la population enquêtée n'est pas stable et varie en nombre et/ou en composition au fil du temps, l'absence de changement au niveau d'un indicateur spécifique (par exemple, l'anémie ou la MAG) n'est pas nécessairement dû à une absence de résultats/effets des interventions mises en œuvre au niveau du camp de réfugiés.
- Le siège/les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de l'aide dans l'interprétation des tendances³.

3 Monitoring and evaluation of programmes in unstable populations: Experiences with the UNHCR Global SENS Database <https://www.enonline.net/fex/57/unhcrglobalsensdatabase>

TABLEAU 23 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR GROUPE D'ÂGE SELON L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES SCORES (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT 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	%
6-11							
12-23							
24-35							
36-47							
48-59							
Total							

- La prévalence du retard de croissance par groupe d'âge illustrée dans le **Tableau 23** doit aussi être présentée sous forme graphique telle que dans l'exemple de la figure ci-dessous.

FIGURE 10 PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE PAR GROUPE D'ÂGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

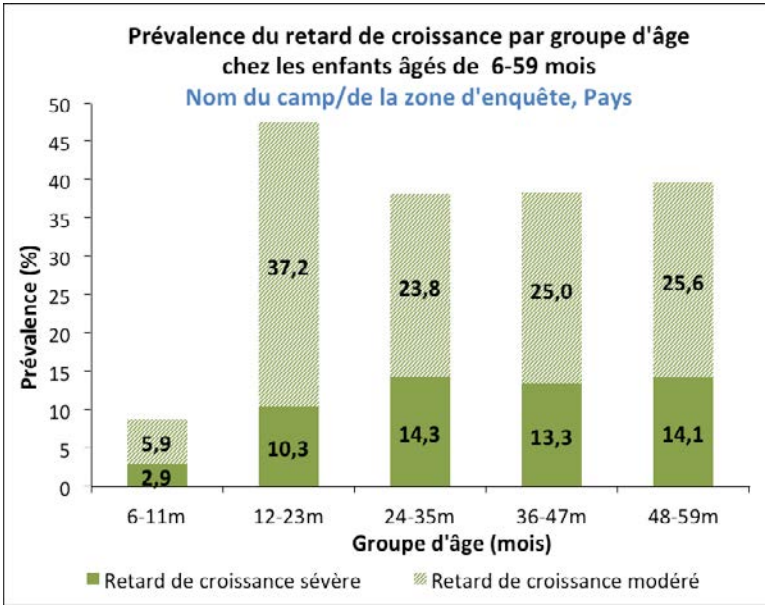
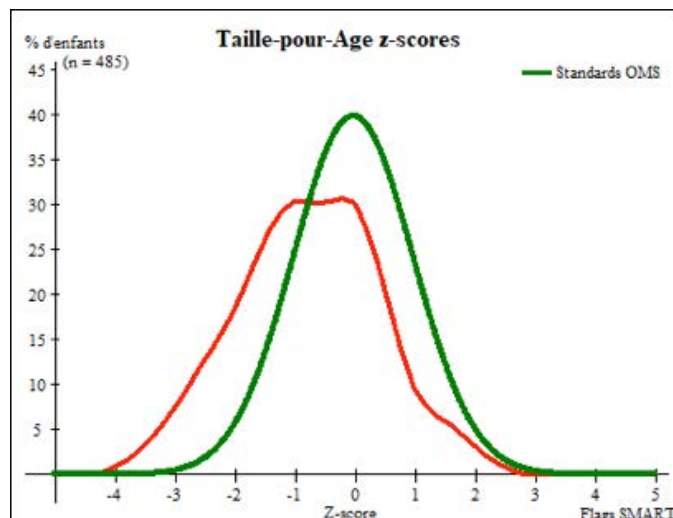
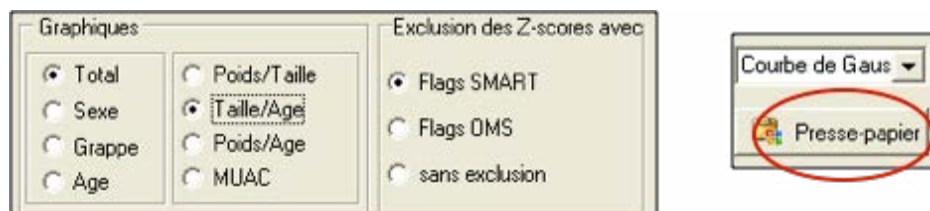


FIGURE 11 RÉPARTITION DES Z-SCORES DE L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE (BASÉS SUR LES STANDARDS DE CROISSANCE DE L'OMS ; LA POPULATION DE RÉFÉRENCE APPARAÎT EN VERT ET LA POPULATION ENQUÊTÉE, EN ROUGE) DANS LA POPULATION D'ENQUÊTE COMPARÉE À LA POPULATION DE RÉFÉRENCE (CETTE FIGURE EST GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)



- La figure représentant la courbe de Gauss est générée automatiquement par ENA pour SMART au niveau de l'écran « Résultats de l'Anthropométrie » et peut être copiée en cliquant sur les boutons et icônes suivants :



et la coller directement dans le rapport Word.

TABLEAU 24 PRÉVALENCE DU SURPOIDS BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE (PAS D'ŒDÈMES) (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

	Tous n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence du surpoids (PTZ >2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du surpoids sévère (PTZ >3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

TABLEAU 25 PRÉVALENCE DU SURPOIDS PAR ÂGE, BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES (PAS D'ŒDÈMES) (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART)

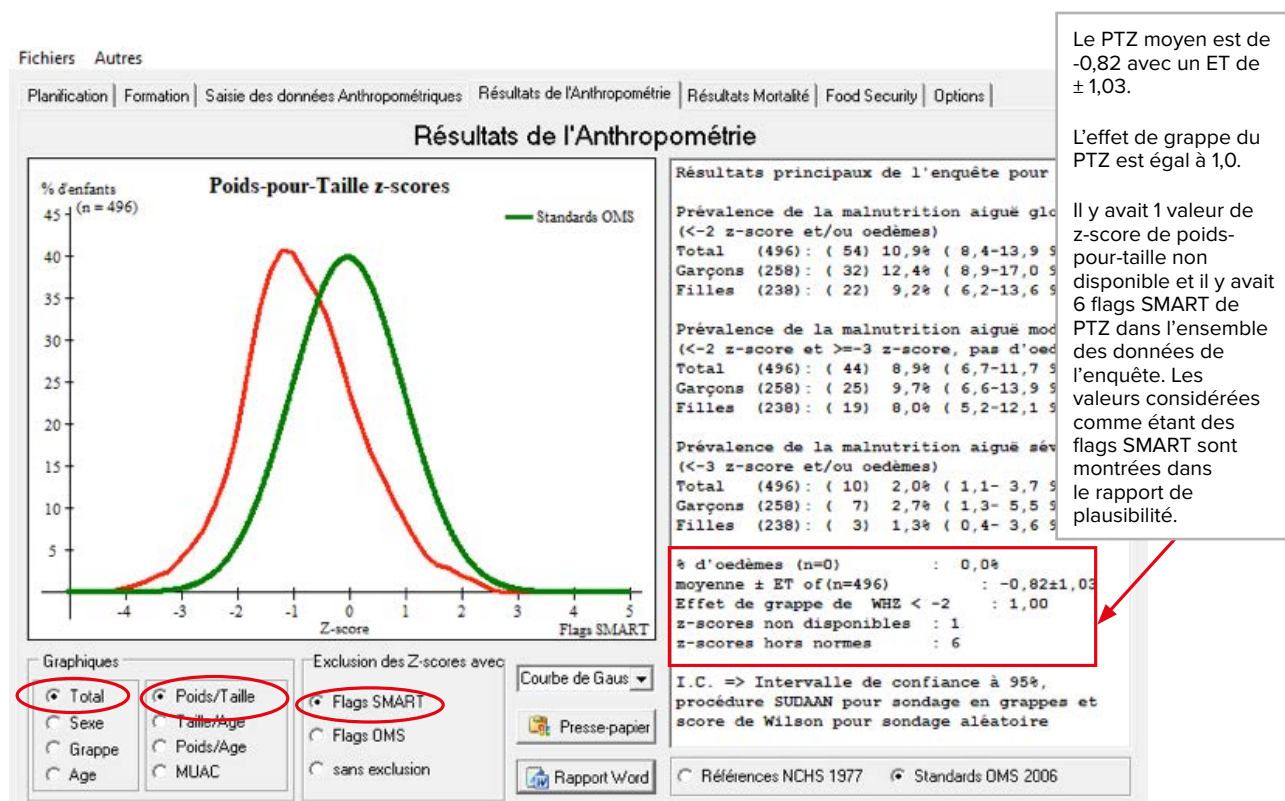
Age (mois)	Nb total	Surpoids (> 2 z-score)		Surpoids Sévère (> 3 z-score)	
		Nb	%	Nb	%
6-11					
12-23					
24-35					
36-47					
48-59					
Total					

TABLEAU 26 Z-SCORES MOYENS, EFFETS DE GRAPPE OBTENUS ET SUJETS EXCLUS (CE TABLEAU EST GÉNÉRÉ AUTOMATIQUEMENT PAR LE LOGICIEL ENA POUR SMART ; SI UN ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE SIMPLE OU SYSTÉMATIQUE A ÉTÉ UTILISÉ NE PAS PRÉSENTER LA COLONNE SUR LES EFFETS DE GRAPPE)

Indicateur	n	Moyenne z-scores ± 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 PTZ et PAZ 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 intervalles de valeur utilisées, par exemple -/+3 à partir de la moyenne observée).
- Les nombres indiqués dans le **Tableau 26** ci-dessus peuvent également être vus sur l'écran « Résultats de l'Anthropométrie » d'ENA pour SMART tel qu'indiqué dans la Figure ci-dessous.

FIGURE 12 Z-SCORES MOYENS, EFFETS DE GRAPPE ET SUJETS EXCLUS PAR ENA POUR SMART

Le PTZ moyen est de -0,82 avec un ET de $\pm 1,03$.

L'effet de grappe du PTZ est égal à 1,0.

Il y avait 1 valeur de z-score de poids-pour-taille non disponible et il y avait 6 flags SMART de PTZ dans l'ensemble des données de l'enquête. Les valeurs considérées comme étant des flags SMART sont montrées dans le rapport de plausibilité.

Enrôlement au sein des programmes d'alimentation

TABEAU 27 ENRÔLEMENT AU SEIN DES PROGRAMMES POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AIGUS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire (CRENAM)		
Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique (CRENAS/CRENI)		

- 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 l'enrôlement des enfants uniquement selon le PB et les œdèmes, et l'autre illustrant l'enrôlement des enfants selon les trois critères d'admission.
- Les enfants avec un flag PTZ doivent être exclus de l'analyse sur l'enrôlement.

TABLEAU 28 COUVERTURE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE (BSFP) (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)		
Nom du produit		
Groupe d'âge cible		

Couverture vaccinale anti-rougeole**TABLEAU 29** COUVERTURE VACCINALE ANTI-ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 9 À 59 MOIS (OU AUTRE GROUPE-CIBLE SPÉCIFIQUE SELON LE CONTEXTE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Vaccination anti-rougeole avec carte		
Vaccination anti-rougeole avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère		

Couverture de la supplémentation en vitamine A**TABLEAU 30** COUVERTURE DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois avec carte		
Supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère		

Couverture du déparasitage (Si applicable)

TABLEAU 31 COUVERTURE DU DÉPARASITAGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 12 À 59/24 À 59 MOIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (OU AUTRE GROUPE D'ÂGE CIBLE SPÉCIFIQUE AU CONTEXTE)* (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Déparasitage au cours des 6 derniers mois		

* Notez que cela se réfère aux campagnes de grande envergure où le mébendazole et/ou l'albendazole sont distribués. À inclure uniquement si la campagne de déparasitage a été effectuée en même temps que la campagne de vaccination ou de supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois.

- Les résultats portant sur la couverture vaccinale anti-rougeole, la couverture de la supplémentation en vitamine A et la couverture pour le déparasitage au cours des 6 derniers mois, d'une année sur l'autre, doivent être illustrés comme dans les exemples ci-dessous.

FIGURE 13 COUVERTURES VACCINALE ANTI-ROUGEOLE ET DE SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS DE 2015 À 2018. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)

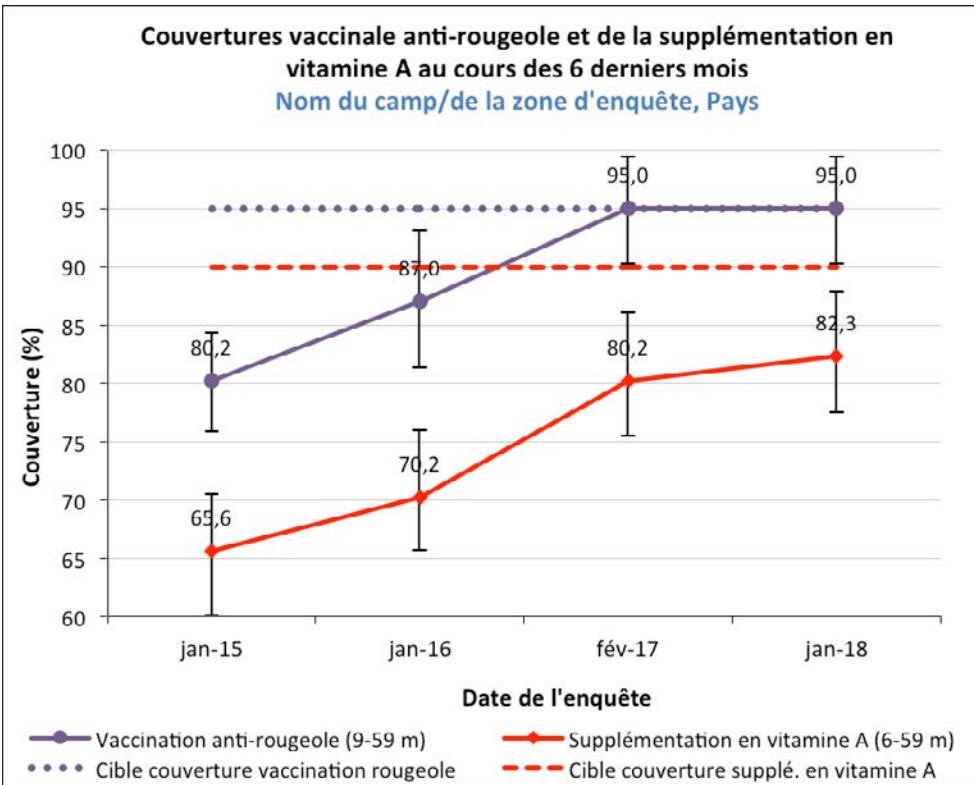
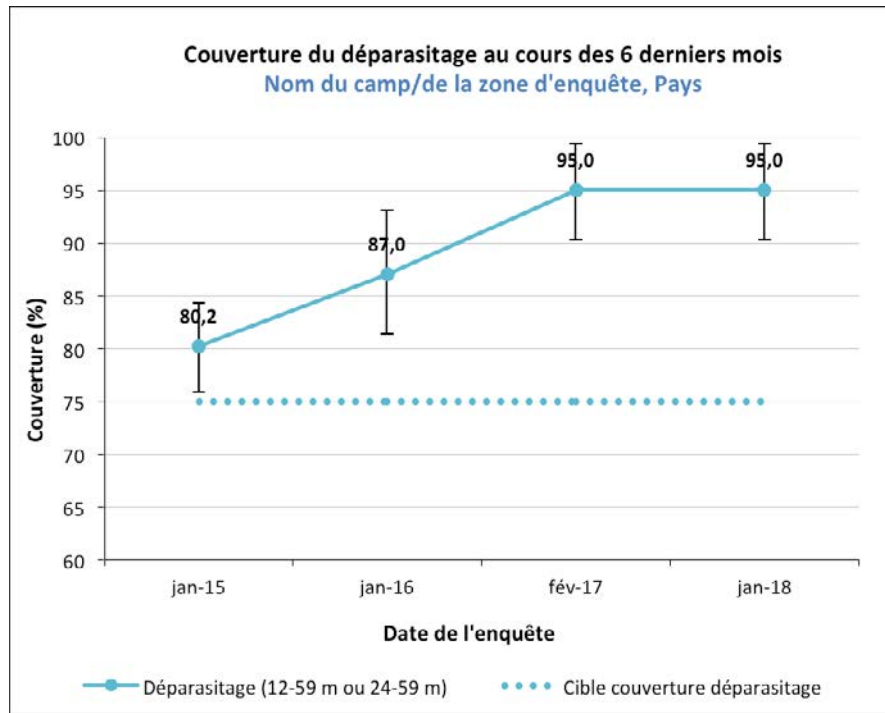


FIGURE 14 COUVERTURE DU DÉPARASITAGE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 12 À 59 MOIS/24 À 59 MOIS DE 2015 À 2018. **NOTEZ QU'UNE TENDANCE PEUT ÊTRE IDENTIFIÉE SEULEMENT SI ON DISPOSE D'AU MOINS TROIS POINTS DANS LE TEMPS.** (CETTE FIGURE PEUT ÊTRE GÉNÉRÉE AUTOMATIQUEMENT À L'AIDE DE L'OUTIL 17 DU PRÉ-MODULE SENS – TENDANCES ET GRAPHIQUES)



Diarrhée

TABLEAU 32 PRÉVALENCE DE LA DIARRHÉE RÉTROSPECTIVE À DEUX SEMAINES

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

TABLEAU 33 UTILISATION DES SRO ET DU ZINC AU COURS D'UN ÉPISODE DE DIARRHÉE (OPTIONNEL)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Utilisation des SRO au cours d'un épisode de diarrhée		
Utilisation des comprimés ou du sirop de zinc au cours d'un épisode de diarrhée		

Femmes âgées de 15 à 49 ans (optionnel)
TABLEAU 34 STATUT PHYSIOLOGIQUE ET ÂGE DES FEMMES (OPTIONNEL)

Statut physiologique	Nombre/total	% de l'échantillon
Non enceinte, non allaitante		
Enceinte		
Allaitante avec un enfant de moins de 6 mois		
Allaitante avec un enfant de plus de 6 mois		
Age moyen en années [min, max] (toutes les femmes)		

Mesure du PB chez les femmes (optionnel)
TABLEAU 35 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION SELON LE PB CHEZ LES FEMMES NON ENCEINTES ET NON ALLAITANTES (LES VALEURS SEUILS DU PB SONT À ADAPTER À CHAQUE CONTEXTE) (OPTIONNEL – UNIQUEMENT EN CAS DE PRÉOCCUPATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LA CONDITION NUTRITIONNELLE DES FEMMES))

	Nombre/total	% (IC 95%)
PB < [INSÉRER VALEUR] mm		

TABLEAU 36 PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION SELON LE PB CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES AVEC UN ENFANT DE MOINS DE 6 MOIS (LES VALEURS SEUILS DU PB SONT À ADAPTER À CHAQUE CONTEXTE) (OPTIONNEL)

	Nombre/total	% (IC 95%)
PB < [INSÉRER VALEUR] mm		

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) (si applicable)
TABLEAU 37 COUVERTURE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE (BSFP) (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)		
Nom du produit		
Groupe cible		

Analyse des données

Procédures d'analyse

- S'assurer que les données ont été vérifiées avant le début du processus d'analyse.
- Se référer à l'outil du Pré-module SENS [**Outil 15**- Procédures Opérationnelles Standards pour la Gestion des Données d'Enquête SENS] pour des instructions détaillées sur la manière d'effectuer le transfert des données issues des téléphones (fichiers de données CSV) vers le logiciel ENA pour SMART, lors de la mise en œuvre d'enquête utilisant les méthodes de collecte de données mobiles.



Données anthropométriques des enfants (âge, sexe, poids, taille/longueur, œdèmes, PB)

- Utiliser le logiciel ENA pour SMART pour effectuer une analyse automatique standard des données anthropométriques utilisant les standards de croissance OMS 2006 pour remplir les **Tableaux 13-26**.
- Les définitions de cas et les calculs montrés dans les **Tableaux 1-5** devraient être utilisés et présentés dans le rapport final.
- Se référer aux **documents de l'initiative SMART** pour des instructions détaillées.

Variables additionnelles

- Pour certaines de ces analyses additionnelles, le calculateur statistique d'ENA pour SMART peut être utilisé. Se référer aux **documents de l'initiative SMART** pour des instructions détaillées.
- Des instructions brèves sur l'utilisation du logiciel Epi Info pour l'analyse des variables additionnelles qui ne sont pas automatiquement analysées par ENA pour SMART, sont fournies ci-dessous. Se référer à l'**Annexe 9** pour les commandes d'analyse standards utilisant Epi Info 7. Des conseils gratuits sur l'utilisation d'Epi Info pour Windows, et du matériel de formation sur Epi Info, peuvent être trouvés en suivant ce lien : <http://www.cdc.gov/EpiInfo>

Période d'arrivée

- **Il est recommandé d'inclure cette variable uniquement si cela est réellement nécessaire dans le contexte de l'enquête, et que les données collectées peuvent par la suite être utilisées pour interpréter les résultats de l'enquête et/ou pour des décisions programmatiques utiles.** Plus les données sont désagrégées lors de l'analyse, plus l'interprétation des résultats est rendue difficile.
- Définir et recoder une nouvelle variable pour les différentes périodes de temps ; c'est-à-dire, CHARRIVE_c.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire simple, utiliser les commandes « Fréquences » dans Epi Info pour remplir le **Tableau 15**.

- Si l'enquête utilisait un échantillonnage par grappes, utiliser les commandes « Fréquences d'échantillons complexes » (PSU correspond à la variable CLUSTER) pour remplir le **Tableau 15**.
- Si cela est justifié et jugé approprié par le siège/les bureaux régionaux du HCR, cette variable nouvellement définies pourrait être utilisée pour désagréger certains des résultats anthropométriques.

Vaccination anti-rougeole et supplémentation en vitamine A

- Définir et recoder une nouvelle variable pour la vaccination anti-rougeole et la supplémentation en vitamine A avec la carte ou la confirmation de la mère ; par exemple, MSL_cc et VITA_cc (carte ou confirmation Utiliser la commande « SELECT » dans Epi Info pour procéder à l'analyse des enfants âgés de 9 à 59 mois ; ex. : sélectionner le groupe d'âge égal à « 9-59,99 »).
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire simple, utiliser les commandes « Fréquences » dans Epi Info pour remplir les **Tableaux 29-30**.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage par grappes, utiliser les commandes « Fréquences d'échantillons complexes » (PSU correspond à la variable CLUSTER) pour remplir les **Tableaux 29-30**.

Diarrhée et Utilisation des SRO et du zinc

- Exclure de l'analyse les enfants avec un code réponse « 8 » (« ne sait pas »).
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire simple ou systématique, utiliser les commandes « Fréquences » dans Epi Info pour remplir les **Tableaux 32-33**.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage par grappes, utiliser les commandes « Fréquences d'échantillons complexes » dans Epi Info (PSU correspond à la variable CLUSTER) pour remplir les **Tableaux 32-33**.

Déparasitage

- Exclure de l'analyse les enfants avec un code réponse « 8 » (« ne sait pas »).
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire simple ou systématique, utiliser les commandes « Fréquences » dans Epi Info pour remplir le **Tableau 31**.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage par grappes, utiliser les commandes « Fréquences d'échantillons complexes » dans Epi Info (PSU correspond à la variable CLUSTER) pour remplir le **Tableau 31**.

Enrôlement au sein des programmes nutritionnels

- Noter que l'enrôlement au sein des programmes nutritionnels pour les enfants malnutris aigus peut être basé sur plus d'un critère d'admission ; par exemple, poids-pour-taille, PB et/ou œdèmes. Dans ce cas, définir une nouvelle variable d'admissibilité pour le programme d'alimentation supplémentaire ciblé (CRENAM), et une pour l'admissibilité au sein du programme d'alimentation thérapeutique (CRENAS/ CRENI), selon les critères d'admission spécifiques au contexte ; par exemple « SFPE » pour un enfant qui

a droit au programme d'alimentation supplémentaire ciblé (CRENAM) et « TFPE » pour un enfant qui est admissible au programme d'alimentation thérapeutique (CRENAS/CRENI).

- Noter que l'âge d'admission au sein des programmes d'alimentation supplémentaire (BSFP) varie selon les contextes. S'assurer d'analyser cette variable pour le groupe d'âge cible utilisé dans la zone d'enquête.
- Ensuite, procéder au calcul de l'enrôlement en suivant le calcul mentionné précédemment, et analyser à l'aide de la procédure décrite dans l'**Annexe 9**.

Statut physiologique et PB chez les femmes

- Définir et recoder une nouvelle variable pour le statut physiologique des femmes et les catégories de PB ; par exemple, NOPLW/PLW et LOWWMUAC respectivement.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage aléatoire simple, utiliser les commandes « Fréquences » dans Epi Info pour remplir les **Tableaux 34-37**.
- Si l'enquête utilisait un échantillonnage par grappes, utiliser les commandes « Fréquences d'échantillons complexes » (PSU correspond à la variable CLUSTER) pour remplir les **Tableaux 34-37**.

Erreurs fréquentes et difficultés rencontrées lors de l'analyse des données

Le **Tableau 38** décrit les erreurs les plus fréquentes que les responsables d'enquête rencontrent lors de l'analyse finale des données.

TABLEAU 38 ERREURS FRÉQUENTES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE L'ANALYSE DES DONNÉES

Erreurs fréquentes	Exemples	Solution
Les œdèmes ne sont pas évalués correctement et / ou pris en compte dans le calcul de prévalence de la malnutrition	Rapporter la prévalence de malnutrition aiguë globale en incluant uniquement les enfants émaciés (indice poids-pour-taille < -2 z-scores).	Évaluez toujours les œdèmes et assurez-vous que les enfants œdémateux sont inclus correctement dans les calculs de prévalence de la malnutrition.
Ne pas intégrer un facteur de pondération lors de la combinaison des estimations de prévalence pour plusieurs camps	Quand plusieurs camps sont enquêtés à l'aide d'un échantillon représentatif issu de chacun d'eux, la combinaison des échantillons de tous ces camps pour calculer la prévalence générale ne prend pas en compte un facteur de pondération.	Voir le Pré-module SENS, qui comprend un outil de génération automatique des résultats pondérés [Outil 21 - Outil de pondération des données - uniquement disponible en anglais].
Rapporter des résultats de malnutrition pour certains groupes de grappes	Rapporter les résultats de malnutrition par groupes de grappes ou par sections / blocs de camps.	Ne pas désagréger les résultats d'enquêtes par grappes au niveau de la grappe lors de la présentation des résultats. Toutes les grappes combinées ensemble à partir des sections / blocs du camp sont représentatives de celui-ci en tant qu'ensemble et ne doivent pas être désagrégées.
Rapporter un changement de situation au regard des résultats de malnutrition sans aucune évaluation préalable de la réalité statistique (significativité) de ce changement	Utiliser les résultats d'estimations ponctuelles de deux enquêtes (ex : 10,1% vs. 12,5%) et conclure qu'il y a eu un changement dans la prévalence de la MAG sans examiner les intervalles de confiance, ni conduire de test statistique.	Déterminer si les intervalles de confiance se chevauchent et réaliser un test statistique à l'aide de la calculatrice CDC IERHB. Voir l'outil du Pré-module SENS : [Outil 18 - Calculatrice CDC deux enquêtes - uniquement disponible en anglais].
Ne pas rapporter d'intervalles de confiance pour les estimations de couvertures vaccinale anti-rougeole, de supplémentation en vitamine A, et déparasitage ou pour les résultats sur la diarrhée.	Rapporter uniquement les estimations ponctuelles dans le rapport final. Souvent, cela est dû au fait que la fonction d'analyse qui prend en compte l'échantillonnage en grappes pour le calcul des intervalles de confiance n'est pas connue de l'utilisateur.	Dans le cas d'un échantillonnage par grappes, utilisez le module « Statistiques Avancées » dans Epi Info pour analyser les résultats de vaccination, supplémentation en vitamine A et diarrhée.



Utilisation des résultats

Classification du problème de santé publique et cibles

Données anthropométriques

TABLEAU 39 VALEURS CIBLES À ATTEINDRE POUR LES PRÉVALENCES DE MAG ET DE MAS (HCR)

Indicateur	Cible	Source
Prévalence de MAG (6-59m)	<10%	UNHCR
Prévalence de MAS (6-59m)	<2%	UNHCR

- Les valeurs cibles ci-dessus font uniquement référence à la prévalence de la malnutrition aiguë obtenue selon l'indice poids-pour-taille (PTZ) et la présence d'œdèmes. Le PB est utilisé comme critère d'admission au sein des programmes nutritionnels des enfants souffrant de malnutrition aiguë, indépendamment de l'indice PTZ. La mesure du PB et l'indice PTZ n'identifient pas nécessairement les mêmes enfants bien qu'il y ait très fréquemment un chevauchement lorsque les enfants ont à la fois un faible PB et un faible PTZ ; d'autres enfants présentent seulement un faible PB, ou seulement un faible PTZ. Il y a plus d'enfants malnutris identifiés selon le calcul de l'indice PTZ que par la mesure du PB.
- Le **Tableau 40** présente la classification des résultats anthropométriques en termes de santé publique, selon l'OMS et l'UNICEF.

TABLEAU 40 CLASSIFICATION DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE (OMS-UNICEF 2018)⁴

Classification de la prévalence - Valeurs seuils (%)	Situation critique	Situation sérieuse	Situation précaire	Situation acceptable	
	Très élevée	Elevée	Moyenne	Faible	Très faible
Emaciation	≥ 15	10 - < 15	5 - < 10	2,5 - < 5	< 2,5
Retard de croissance	≥ 30	20 - < 30	10 - < 20	2,5 - < 10	< 2,5
Surpoids	≥ 15	10 - < 15	5 - < 10	2,5 - < 5	< 2,5
Insuffisance pondérale*	≥ 30	20 - < 30	10 - < 20	< 10	

* Source : WHO (1995). [Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva, World Health Organization, 1995.](#)

4 WHO-UNICEF Technical Expert Advisory Group on Nutrition Monitoring (TEAM) recommendations August 2018

À surveiller :

- Bien que l'utilisation de ce système de classification soit utile pour les décideurs, les seuils doivent être interprétés avec prudence ainsi que dans leur contexte.
- Une situation précaire ou acceptable ne signifie pas qu'il n'y a pas besoin d'intervention. La taille de la population est également un facteur important pour déterminer si des services sont requis ; par exemple, une population de 300 000 réfugiés avec une prévalence de MAG de 4% aura environ 2 400 enfants qui auraient besoin d'un traitement à un moment donné. En revanche, le nombre d'enfants nécessitant un traitement dans une population de réfugiés de 20 000 personnes, avec une prévalence de MAG de 20%, serait de 800.
- Un chiffre de prévalence seul ne montre pas si la malnutrition est en augmentation, est stable ou si elle diminue. Il est important d'examiner les tendances ainsi que la prévalence actuelle de l'enquête. Par exemple, si une enquête est dans la catégorie « précaire » avec 8% de MAG, mais que la MAG est passée de 3,5% à 8%, ceci peut indiquer une détérioration de la situation et la nécessité d'une intervention à différents niveaux. Il faut au moins trois points de données pour établir une tendance.
- La classification réfère à l'émaciation et n'inclut techniquement pas les œdèmes. Souvent, la MAG (incluant les œdèmes) est comparée aux seuils de la classification. Il faut donc rester vigilant quant à l'interprétation de ceci.
- S'il existe un facteur aggravant quelconque (ex. : incluant, entre autres, des taux élevés de morbidité ; une épidémie de rougeole ; des infrastructures de santé et d'assainissement en mauvais état ; un accès difficile à de la nourriture ; de mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson), il faut supposer que la situation pourrait être plus grave.

Enrôlement au sein des programmes nutritionnels

- Noter que les résultats concernant l'enrôlement des enfants malnutris aigus au sein des programmes nutritionnels ne sont pas aussi précis que les résultats d'une enquête de couverture en raison du nombre bien plus petit d'enfants malnutris dans l'échantillon de l'enquête. Le **Tableau 41** présente les indicateurs de performance pour les programmes nutritionnels de prise en charge de la malnutrition selon les standards SPHERE.

TABLEAU 41 INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR LES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE DE LA MAM ET DE LA MAS (SPHERE)

Couverture		
Zones rurales	Zones urbaines	Camps
>50%	>70%	>90%

- La couverture cible pour le programme d'alimentation supplémentaire de couverture devrait être >70%⁵.

5 UNHCR (2011) Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to Reduce Micronutrient Deficiencies and Malnutrition in Refugee Populations <http://www.unhcr.org/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-products-reduce-micronutrient.html> WFP 2017-2021 Corporate results framework outcome and output indicator compendium, March 2018 Update.

Couverture vaccinale anti-rougeole et couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage au cours des derniers 6 mois

TABLEAU 42 VALEURS CIBLES À ATTEINDRE POUR LA COUVERTURE DE LA VACCINATION ANTI-ROUGEOLE, DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A ET DU DÉPARASITAGE (HCR)

Indicateur	Cible	Source
Couverture vaccinale anti-rougeole (9-59 mois)	95%	UNHCR, standards Sphère
Couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois (6-59m)	>90%	UNHCR
Déparasitage au cours des 6 derniers mois (groupe d'âge approprié)	75%	OMS

Diarrhée

- Les résultats de l'enquête liés à la diarrhée ne devraient pas être *directement* comparés aux données sur la diarrhée du Système d'Informations Sanitaires (SIS). En effet, les données du SIS sont basées sur les données issues des centres médicaux, alors que les résultats de l'enquête sont quant à eux basés sur des données issues des ménages.

Recommandations

- Les résultats de l'enquête sur l'anthropométrie, l'enrôlement au sein des programmes nutritionnels, la vaccination anti-rougeole, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la diarrhée devraient aider les partenaires en santé publique travaillant dans les contextes de réfugiés à mieux planifier leurs programmes nutritionnels. Par exemple, les résultats peuvent aider à :
 - L'amélioration de l'assistance alimentaire et/ou la mise en œuvre de programmes d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) ;
 - L'amélioration du dépistage et des programmes nutritionnels de prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire ;
 - L'amélioration des campagnes de vaccination contre la rougeole, et des campagnes de supplémentation en vitamine A et/ou de déparasitage ;
 - L'amélioration de la distribution et de la rétention des cartes de santé, et l'amélioration de l'enregistrement des informations clés ;
 - Le renforcement de capacité du personnel de santé au sein des programmes nutritionnels ; et

La mise en œuvre d'activités de communication pour le changement de comportement pour la prévention de la malnutrition.

Documentation de références de l'initiative SMART

Outils pour la planification d'enquête SMART

Eléments au sein des outils pour la planification d'enquête SMART :

1. Le manuel de méthodologie SMART

SMART (2006) *Mesure de la mortalité, du statut nutritionnel et de la sécurité alimentaire en situations de crises : le Protocole SMART version 1 Avril 2006*

- Un manuel détaillant une méthodologie intégrée de base pour évaluer la situation nutritionnelle et le taux de mortalité dans les situations d'urgence. Il comprend des détails sur la façon d'utiliser le logiciel ENA lors de l'analyse des données. Le manuel est destiné aux partenaires des gouvernements hôtes et aux organisations humanitaires dans le cadre du renforcement des capacités sur l'initiative SMART ; et puise dans les éléments de base de plusieurs méthodes existantes ainsi que dans les meilleures pratiques.
- Disponibilité : téléchargement gratuit (PDF), en français, en anglais et en espagnol.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-methodology/smart-methodology-manual/>

2. Kit de formation SMART

SMART (2014). *Kit de formation pour les enquêteurs*

- Le kit de formation est une série de supports spécialement conçus pour la formation d'enquêteurs (personnes qui collectent les données sur le terrain). Vous pouvez télécharger le kit complet ou les outils spécifiques qui vous intéressent.
- Le kit comprend :
 - Un manuel de formation d'enquêteurs (PDF)
 - Module 1 - Aperçu de SMART et équipes d'enquêtes (PPT, PDF)
 - Module 2 - Questionnaire et calendrier d'évènements (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)
 - Module 3 - Anthropométrie et malnutrition (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)
 - Module 4 - Tests de qualité (PPT, PDF)
 - Module 5 - Méthodes d'échantillonnage (PPT, PDF)
 - Module 6 - Questionnaire de mortalité et démographie (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)

- Disponibilité : téléchargement gratuit (différents formats), en français, en anglais et en espagnol (vidéos en anglais uniquement).
- Liens :
 - EN : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-capacity-building-toolbox/>
 - FR : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/kit-de-formation-smart/>
 - SP : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/herramientas-para-smart/>

SMART (2014). *Kit de formation pour les responsables d'enquête*

- Le kit de formation est une série de supports spécialement conçus pour la formation des responsables d'enquête (personnes qui planifient, supervisent, analyse les données et rédige le rapport d'enquête). Vous pouvez télécharger le kit complet ou les outils spécifiques qui vous intéressent.
- Le kit comprend :
 - Un manuel de formation pour les responsables d'enquête (PDF).
 - Des modules et présentations pour les responsables d'enquête :
 - ◆ Module 1 – Aperçu des enquêtes nutritionnelles et de mortalité (PPT, PDF)
 - ◆ Module 2 – Equipes d'enquête (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)
 - ◆ Module 3 – Echantillonnage (PPT, PDF)
 - ◆ Module 4 – Procédures de terrain (PPT, PDF)
 - ◆ Module 5 – Anthropométrie (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)
 - ◆ Module 6 – Test de standardisation (PPT, PDF, complément vidéo en ligne)
 - ◆ Module 7 – Contrôle de plausibilité (PPT, PDF)
 - ◆ Module 8 – Mortalité (PPT, PDF)
 - ◆ Module 9 - Interprétation des résultats d'enquête (PPT, PDF)
 - ◆ Des outils et ressources complémentaires (dont des exercices avec des données, des manuels de logiciels, des calculatrices statistiques, les lectures requises, les ressources des facilitateurs et les documents à distribuer) (PDF)
 - Des annexes comprenant des ressources pratiques pour chacun des modules du kit de formation SMART pour les responsables d'enquête (PDF).
- Disponibilité : téléchargement gratuit (différents formats), en français, en anglais et en espagnol (vidéos en anglais uniquement).
- Liens :
 - EN : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-capacity-building-toolbox/>
 - FR : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/kit-de-formation-smart/>
 - SP : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/herramientas-para-smart/>

SMART (2016). Modules de formation en ligne

- Les quatre modules qui composent cette formation en ligne sont basés sur les modules du kit de formation de l'enquêteur : Module 1 - Aperçu des enquêtes de terrain ; Module 2 - Équipes d'enquête ; Module 3 - Conception du questionnaire ; et Module 4 - Procédures sur le terrain. Il est important de noter que ces modules de formation en ligne sont des outils complémentaires de formation et ne sont en aucun cas destinés à remplacer les sessions de formation face-à-face organisée pour la mise en œuvre de la méthodologie SMART. Les modules s'adressent aussi bien aux débutants qu'aux participants désirant faire une formation de remise à niveau.
- Disponibilité : Gratuit, accès aux modules via un compte individuel sur www.disasterready.org, en anglais.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-capacity-building-toolbox/>

3. Le logiciel ENA**SMART (2011). Logiciel *Emergency Nutrition Assessment (ENA)* version 9 Juillet 2015**

- Logiciel d'analyse convivial accompagnant la méthodologie SMART. Le logiciel possède des fonctions automatisées pour le calcul des tailles d'échantillons, la sélection des échantillons, le contrôle de la qualité des données collectées, la standardisation des mesures anthropométriques et la génération des rapports d'enquête incluant automatiquement certaines analyses. Le logiciel ENA est fortement recommandé par les praticiens de terrain puisqu'il facilite les phases de planification, de collecte des données (rapport de vérification de la plausibilité des données collectées), d'analyse et de rédaction du rapport final d'enquête (certains tableaux et graphiques sont générés automatiquement).
- Inclus le manuel d'utilisation du logiciel ENA (PDF).
- Disponibilité : téléchargement gratuit (différents formats), en anglais.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-emergency-nutrition-assessment/>

Autres outils/documents accompagnant la méthodologie SMART

SMART (n.d.). *Interpréter les résultats d'enquête SMART (Calculatrices CDC)*

- Les calculatrices statistiques de la CDC (format Excel) sont utiles au moment de l'interprétation des résultats de prévalences issus des enquêtes nutritionnelles ; résultats souvent exprimés comme une estimation avec un intervalle de confiance.
- Des outils et des instructions sont proposés pour une utilisation soit avec les résultats d'une enquête, soit avec les résultats de deux enquêtes. Chaque outil Excel comprend trois onglets : les deux premiers sont conçus pour les enquêtes avec un échantillonnage par grappes (effet de grappe connu ou non) et le troisième est conçu pour les enquêtes utilisant un échantillonnage aléatoire simple ou systématique. Vous pouvez télécharger le kit complet (annexes du Module 9) ou les outils spécifiques qui vous intéressent.
- Comprend :
 - Calculatrice statistique de la CDC – Une enquête (fichier XLS)
 - Instructions pour la calculatrice – Une enquête (PDF)
 - Calculatrice statistique de la CDC – Deux enquêtes (fichier XLS)
 - Instructions pour la calculatrice – Deux enquêtes (PDF)
- Disponibilité : téléchargement gratuit (différents formats), en anglais et en français.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-methodology/>

SMART (2012). *Méthodes d'échantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon selon la méthodologie SMART*

- Un document de complément pour les personnes impliquées dans la phase d'échantillonnage de l'enquête nutritionnelle, afin de mieux comprendre le module échantillonnage de SMART.
- Disponibilité : téléchargement gratuit (PDF), en anglais et en français.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-methodology/>

SMART (2015). *Le contrôle de plausibilité SMART pour l'anthropométrie*

- Le contrôle de plausibilité est une innovation SMART clé, utilisé pour analyser la qualité globale des données d'enquête anthropométrique. Le document sur le contrôle de plausibilité fournit des explications quant à la logique se cachant derrière chacun des tests statistiques utilisés pour analyser la qualité des données anthropométriques au sein du rapport généré automatiquement par le logiciel ENA pour SMART, et une approche étape par étape sur la façon d'interpréter les différentes sections du rapport de plausibilité.
- Disponibilité : téléchargement gratuit (PDF), en anglais.
- Lien : <http://smartmethodology.org/survey-planning-tools/smart-methodology/>

ANNEXES



Annexe 1 – Calendrier d'événements

Voir l'**Outil 1** du module Anthropométrie et santé SENS pour les instructions sur la façon d'utiliser le calendrier.



Calendrier des Evénements 2011-2016 – Enquête Nutritionnelle Interagences auprès des Réfugiés Syriens en Jordanie Collecte des données : Septembre				
Saisons	Fêtes Religieuses/Fêtes Nationales	Evénements Syriens	Mois / Année	Age (mois)
	Aïd Al Adha ou Tabaski (11)		Septembre 2016	0
Fin de l'été			Août 2016	1
Eté	Aïd Al Fitr (7)		Juillet 2016	2
Début de l'été	Début du Ramadan (7)		Juin 2016	3
	Al Isra' wal Miraj (4)	Journée des martyrs (6)	Mai 2016	4
		Fête de l'indépendance (17)	Avril 2016	5
	Fête des mères (21) Pâques (27)	Jour de la Révolution (8)	Mars 2016	6
Fin de l'hiver	Saint-Valentin (14)		Février 2016	7
Hiver	Nouvel An (1)		Janvier 2016	8
Début de l'hiver	Aïd Al Mawlid Annabawi (24) / Noël (25)		Décembre 2015	9
			Novembre 2015	10
	Mouharram (15)		Octobre 2015	11
	Aïd Al Adha ou Tabaski (24)		Septembre 2015	12
Fin de l'été			Août 2015	13
Eté	Aïd Al Fitr (18)		Juillet 2015	14
Début de l'été	Début du Ramadan (18)		Juin 2015	15
	Al Isra' wal Miraj (4)	Journée des martyrs (6)	Mai 2015	16
	Pâques (5)	Fête de l'indépendance (17)	Avril 2015	17
	Fête des mères (21)	Jour de la Révolution (8)	Mars 2015	18
Fin de l'hiver	Saint-Valentin (14)		Février 2015	19
Hiver	Nouvel An (1) / Aïd Al Mawlid Annabawi (3)		Janvier 2015	20
Début de l'hiver	Noël (25)		Décembre 2014	21
			Novembre 2014	22
	Aïd Al Adha ou Tabaski (4) / Mouharram (25)		Octobre 2014	23
			Septembre 2014	24
Fin de l'été			Août 2014	25
Eté	Aïd Al Fitr (28)		Juillet 2014	26
Début de l'été	Début du Ramadan (29)		Juin 2014	27
	Al Isra' wal Miraj (26)	Journée des martyrs (6)	Mai 2014	28
	Pâques (20)	Fête de l'indépendance (17)	Avril 2014	29
	Fête des mères (21)	Jour de la Révolution (8)	Mars 2014	30
Fin de l'hiver	Saint-Valentin (14)		Février 2014	31
Hiver	Nouvel An (1) / Aïd Al Mawlid Annabawi (13)		Janvier 2014	32
Début de l'hiver	Noël (25)		Décembre 2013	33
	Mouharram (7)		Novembre 2013	34
	Aïd Al Adha ou Tabaski (15)		Octobre 2013	35

Calendrier des Evénements 2011-2016 – Enquête Nutritionnelle Interagences auprès des Réfugiés Syriens en Jordanie				
Collecte des données : Septembre				
Saisons	Fêtes Religieuses/Fêtes Nationales	Evénements Syriens	Mois / Année	Age (mois)
			Septembre 2013	36
Fin de l'été	Aïd Al Fitr (8)		Août 2013	37
Eté	Début du Ramadan (9)		Juillet 2013	38
Début de l'été	Al Isra' wal Miraj (5)		Juin 2013	39
		Journée des martyrs (6)	Mai 2013	40
		Fête de l'indépendance (17)	Avril 2013	41
	Fête des mères (21) Pâques (31)	Jour de la Révolution (8)	Mars 2013	42
Fin de l'hiver	Saint-Valentin (14)		Février 2013	43
Hiver	Nouvel An (1) / Aïd Al Mawlid Annabawi (24)		Janvier 2013	44
Début de l'hiver	Noël (25)		Décembre 2012	45
	Mouharram (15)		Novembre 2012	46
	Aïd Al Adha ou Tabaski (25)		Octobre 2012	47
			Septembre 2012	48
Fin de l'été	Aïd Al Fitr (19)		Août 2012	49
Eté	Début du Ramadan (20)		Juillet 2012	50
Début de l'été	Al Isra' wal Miraj (17)		Juin 2012	51
		Journée des martyrs (6)	Mai 2012	52
	Pâques (8)	Fête de l'indépendance (17)	Avril 2012	53
	Fête des mères (8)	Jour de la Révolution (8)	Mars 2012	54
Fin de l'hiver	Aïd Al Mawlid Annabawi (4) / Saint-Valentin (14)		Février 2012	55
Hiver	Nouvel An (1)		Janvier 2012	56
Début de l'hiver	Noël (25)		Décembre 2011	57
	Aïd Al Adha ou Tabaski (7) / Mouharram (27)		Novembre 2011	58
			Octobre 2011	59
			Septembre 2011	60

Annexe 2 – Informations pour les commandes

se référer à l'**Outil 10** du Pré-module SENS (Fiche de planification de l'équipement d'enquête) pour plus de détails sur les quantités à commander selon le nombre d'équipes incluses dans l'enquête.



L'équipement anthropométrique peut être commandé via le HCR (UNHCR Global Frame Agreements (FAs)). Les listes des médicaments essentiels et des fournitures médicales, ainsi que les processus de commande sont disponibles sur l'intranet du HCR à l'adresse suivante : <https://intranet.unhcr.org/en/support-services/procurement-service/-procurement-of-medical-items.html>

L'équipement anthropométrique peut également être commandé auprès d'autres fournisseurs, dont certains sont listés ci-dessous.

Équipement anthropométrique

La division d'approvisionnement de l'UNICEF (pour les balances électroniques, les rubans PB et les toises en bois)

Oceanvej 10-12

2150 Copenhagen

Denmark

Tél : +45 45 33 55 00

Fax : +45 35 26 94 21

E-mail : supply@unicef.org

Site web : www.unicef.org/supply (se référer au catalogue des fournitures)

Pour commander via l'UNICEF, veuillez contacter le bureau pays de l'UNICEF le plus proche pour obtenir de l'aide.

Weigh and Measure, LCC (*anciennement Shorr Productions, LLC*) (pour les balances électroniques et les toises en bois)

17802 Shotley Bridge Place

Olney, Maryland 20832 -1671

USA

Tél : +1-301-774-9006

Fax : +1-301-774-0436

E-mail : Info@WeighAndMeasure.com

Site web : www.weighandmeasure.com

Health Books International (*anciennement Teaching-aids at Low Cost (TALC)*) (pour les rubans PB enfant et adulte)

Barn B

New Barnes Mill

Cottonmill Lane

St Albans

Hertfordshire

AL1 2HA

Tél : +44 1582 380883

Email : help@healthbooksinternational.org

Site web : healthbooksinternational.org/product/long-insertion-tape or

healthbooksinternational.org/product/mid-upper-arm-circumference-tape-muac-tape-measure-style

Annexe 3 – Questionnaire SENS enfant

Le questionnaire SENS complet est disponible au niveau des outils du Pré-module SENS : [Outil 11- Questionnaire SENS Complet] et [Outil 12- Questionnaire SENS Complet avec Instructions].



No	QUESTION	CODES RÉPONSES	
SECTION CHILD1 : Informations générales - Enfant âgé de 0 à 59 mois			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 59 MOIS (OU DE 6 À 59 MOIS SELON LES MODULES SENS INCLUS) DANS LE MÉNAGE SÉLECTIONNÉ.			
Note	CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À LA MÈRE DE L'ENFANT OU À LA PERSONNE PRINCIPALEMENT EN CHARGE DE L'ENFANT.		
CH1	Numéro ID ID		<input type="text"/>
CH2	Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ? S'ASSURER D'AVOIR PRÉSENTÉ L'ÉQUIPE ET D'AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE ET DES MESURES CHCONST	Oui.....1 Non.....2	<input type="text"/> SI LA RÉPONSE EST 2 S'ARRÊTER ICI
CH3	Nom de l'enfant ENREGISTRER LE PRÉNOM SEULEMENT. CHNAME	<input type="text"/>	
CH4	Sexe de [NOM DE L'ENFANT] ? SEX	Masculin.....m Fémininf	<input type="text"/>
CH5	Avez-vous un document officiel indiquant le jour, le mois et l'année de naissance de [NOM DE L'ENFANT] ? XDOBK	Oui.....1 Non.....2	<input type="text"/> SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À CH7
CH6	Date de naissance de [NOM DE L'ENFANT] LA DATE DE NAISSANCE EXACTE NE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE QU'À PARTIR D'UN DOCUMENT OFFICIEL INDIQUANT LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE. POUR LES ENQUÊTES UTILISANT LE PAPIER : ENREGISTRÉE À PARTIR D'UN DOCUMENT OFFICIEL D'ÂGE. NE PAS REMPLIR SI AUCUN DOCUMENT OFFICIEL D'ÂGE N'EST DISPONIBLE. BIRTHDAT	Jour/Mois/Année ... <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
CH7	Age de [NOM DE L'ENFANT] en mois Limite inférieure=0 mois (ou 6 mois si le module ANJE n'est pas inclus) Limite supérieure=59,99 mois MONTHS	SI AUCUN DOCUMENT OFFICIEL D'ÂGE N'EST DISPONIBLE, ESTIMER L'ÂGE EN UTILISANT LE CALENDRIER DES ÉVÈNEMENTS LOCAUX. POUR LES ENQUÊTES UTILISANT LE PAPIER : SI UN DOCUMENT OFFICIEL D'ÂGE EST DISPONIBLE, ENREGISTRER L'ÂGE EN MOIS À PARTIR DE LA DATE DE NAISSANCE.	<input type="text"/> mois
Note	Vérifiez que l'enfant est bien âgé de \${MONTHS} mois. Rappelez-vous que s'il a plus de 59 mois, il ne peut être inclus dans l'enquête car non-éligible selon l'âge et l'enquête s'arrête ici.		

SECTION CHILD2 : Informations sur l'arrivée dans le pays d'asile (optionnel/si applicable)			
LA SECTION CHILD 2 DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 59 MOIS (OU ÂGÉ DE 6 À 59 MOIS SI LE MODULE ANJE N'EST PAS INCLUS).			
Note	EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES RÉPONSES À CES QUESTIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET QUE CELA N'AFFECTERA PAS L'ASSISTANCE QU'ILS RECOIVENT / À LAQUELLE ILS ONT DROIT.		
CH8	Quand [NOM DE L'ENFANT] est-il/elle arrivé à [nom du camp / pays d'asile] avant ou après [INSÉRER ÉVÈNEMENT RESPONSABLE DU NOUVEL AFFLUX DE RÉFUGIÉS] ? (OPTIONNEL/SI APPLICABLE) CHARRIVE	Arrivé(e) avant [INSÉRER L'ÉVÈNEMENT]1 Arrivé(e) après [INSÉRER L'ÉVÈNEMENT] (nouvelle arrivée).....2 Ne sait pas8	<input type="text"/>
SECTION CHILD3 : Nutrition, Santé et Anémie - Enfant âgé de 6 à 59 mois			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 6 À 59 MOIS. EXCLURE LA MESURE DE L'HÉMOGLOBINE SI LE MODULE ANÉMIE N'EST PAS INCLUS.			
DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, CETTE SECTION SERA AUTOMATIQUEMENT NON-PRÉSENTÉE POUR LES ENFANTS NON ELIGIBLES SELON L'ÂGE (<6 MOIS).			
CH9	[NOM DE L'ENFANT] est-il actuellement présent dans le ménage? CHPRES	Oui.....1 Non.....2	<input type="text"/> SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À CH16
CH10	Poids en kilogrammes (±0,1kg) de [NOM DE L'ENFANT] NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE. Limite inférieure=3,0 kg Limite supérieure=31,0 kg WEIGHT		<input type="text"/> , <input type="text"/> kg
CH11	[NOM DE L'ENFANT] portait-il des vêtements pour la mesure du poids ? (OPTIONNEL) CLOTHES	Oui.....1 Non.....2	<input type="text"/>
CH12	Longueur/Taille en cm (±0,1cm) de [NOM DE L'ENFANT] NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE. Limite inférieure=54,0 cm Limite supérieure=124,0 cm HEIGHT		<input type="text"/> , <input type="text"/> cm
CH13	[NOM DE L'ENFANT] a-t-il été mesuré en position couchée ou en position debout ? MEASURE	Enfant en position couchée.....l Enfant en position debout.....h	<input type="text"/>
CH14	Examen clinique : [NOM DE L'ENFANT] présente-t-il des œdèmes bilatéraux ? EDEMA	Oui.....1 Non.....2	<input type="text"/>

CH15	Périmètre brachial (PB) en mm (± 1 mm) ou en cm ($\pm 0,1$ cm) de [NOM DE L'ENFANT] or cm MESURER LE BRAS GAUCHE. NE S'APPLIQUE QUE LORSQUE LE PB EST MESURÉ EN CM : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE. Limite inférieure=70 mm Limite supérieure=235 mm MUAC		<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm OU <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> cm </div>
CH16	[NOM DE L'ENFANT] est-il/elle actuellement pris(e) en charge au sein des [NOMS DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS] pour traitement de la malnutrition ? MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS UTILISÉS AU NIVEAU DES CRENAM ET/OU DES CRENAS/CRENI. ENROL	Oui, CRENAM1 Oui, CRENAS/CRENI2 Non3 Ne sait pas8	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>
CH17	[NOM DE L'ENFANT] est-il/elle actuellement inscrit(e) dans un programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP) ? (SI APPLICABLE) MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS UTILISÉS AU SEIN DU PROGRAMME BSFP. BSFP	Oui1 Non2 Ne sait pas8	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>
CH18	[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la rougeole ? VÉRIFIER LA CARTE DE VACCINATION ET/OU LE CARNET DE SANTÉ (SEULEMENT POUR LES ENFANTS ÂGÉS DE PLUS DE 9 MOIS). MEASLES	Oui, carte1 Oui, de mémoire2 Non ou ne sait pas3	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>
CH19	[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle reçu une capsule de vitamine A au cours des 6 derniers mois ? VÉRIFIER LA CARTE DE VACCINATION ET/OU LE CARNET DE SANTÉ. MONTRER LES CAPSULES DE VITAMINE A. VITA	Oui, carte1 Oui, de mémoire2 Non ou ne sait pas3	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>
CH20	[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle reçu un médicament contre les vers intestinaux au cours des 6 derniers mois ? (SI APPLICABLE) MONTRER LES COMPRIMÉS. DEWORM	Oui1 Non2 Ne sait pas8	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>
CH21	[NOM DE L'ENFANT] a-t-il/elle eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines ? DÉFINITION : MINIMUM DE 3 SELLES MOLLES OU LIQUIDES EN 24 HEURES DIAR	Oui1 Non2 Ne sait pas8	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div> <p>SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À CH23</p>
CH22	Avez-vous donné [INSÉRER LE NOM LOCAL DES SRO] à [NOM DE L'ENFANT] lorsqu'il/elle a eu la diarrhée ? (OPTIONNEL) MONTRER UN SACHET DE SRO. DIARORS	Oui1 Non2 Ne sait pas8	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>

CH23	<p>Avez-vous donné des comprimés ou du sirop de zinc à [NOM DE L'ENFANT] lorsqu'il/elle a eu la diarrhée ? (OPTIONNEL)</p> <p>MONTRER LES COMPRIMÉS DE ZINC OU LE SIROP.</p> <p>DIARZINC</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>Ne sait pas 8</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: auto;"></div>
CH26	<p>Référencement automatique des enfants présentant des signes de malnutrition aiguë et n'étant pas déjà inscrits au sein d'un programme nutritionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'enfant a besoin d'être référé pour malnutrition aiguë modérée (si $PB < 125\text{mm}$ et $PB \geq 115\text{ mm}$ et/ou $PTZ < -2$ z-scores et $PTZ \geq -3$ z-scores, et variable ENROL égale à « 3 » ou « 8 »). • L'enfant a besoin d'être référé pour malnutrition aiguë sévère (si $PB < 115\text{mm}$ et/ou $PTZ < -3$ z-scores et/ou présence d'œdèmes bilatéraux, et variable ENROL égale à « 3 » ou « 8 »). <p>REMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA MÈRE / PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ.</p> <p>REFMAM/REFSAM</p>		
	<p>Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non</p>		
	<p>Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non</p> <p>MESSAGE POUR L'ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION.</p>		

Annexe 4 – Questionnaire SENS femme

Le questionnaire SENS complet est disponible au niveau des outils du Pré-module SENS : [Outil 11– Questionnaire SENS Complet] et [Outil 12– Questionnaire SENS Complet avec Instructions].



No	QUESTION	CODES RÉPONSES	
SECTION WM1 : Informations générales - Femme âgée de 15 à 49 ans			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE À TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES ENTRE 15 ET 49 ANS DANS LES MÉNAGES SÉLECTIONNÉS.			
Note	CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À CHAQUE FEMME ÉLIGIBLE		
WM1	Numéro ID WMID		<input type="text"/>
WM2	Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ? S'ASSURER D'AVOIR PRÉSENTÉ L'ÉQUIPE ET D'AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE ET DES MESURES WMCONST	Oui..... 1 Non..... 2 Absent..... 3	<input type="text"/> SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S'ARRÊTER ICI
WM3	Nom de la femme ENREGISTRER LE PRÉNOM SEULEMENT. WMNAME	<input type="text"/>	
WM4	Age de [NOM DE LA FEMME] en année SEULES LES FEMMES ÂGÉES ENTRE 15 ET 49 ANS SONT INTERVIEWÉES. Limite inférieure=15 ans Limite supérieure=49 ans WMAGE		<input type="text"/> ans
SECTION WM2 : Anthropométrie, Anémie et Statut physiologique - Femme âgée de 15 à 49 ans			
CETTE SECTION DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE À TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES ENTRE 15 ET 49 ANS DANS LES MÉNAGES SÉLECTIONNÉS.			
WM5	Etes-vous enceinte ? PREGNANT	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<input type="text"/> SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À WM8
WM6	Etes-vous actuellement inscrites au sein d'un programme de soins prénataux ? ANC	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<input type="text"/>
WM7	Recevez-vous actuellement des comprimés de fer-acide folique ? MONTRER LES COMPRIMÉS FEREC	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<input type="text"/>

WM8	Allaitez-vous actuellement ? LACTAT	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<div style="text-align: right;"> _ </div> SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À WM10
WM9	L'enfant que vous allaitez actuellement est-il âgé de moins de 6 mois ? LACTATU6	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<div style="text-align: right;"> _ </div>
WM10	Etes-vous actuellement inscrit(e) dans un programme d'alimentation complémentaire de couverture (BSFP) ? (SI APPLICABLE) MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS DISTRIBUÉS AU SEIN DU PROGRAMME BSFP. WMBSFP	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sait pas 8	<div style="text-align: right;"> _ </div>
WM11	Périmètre brachial (PB) en mm (±1mm) ou en cm (±0,1cm) de [NOM DE LA FEMME] (OPTIONNEL) MESURER LE BRAS GAUCHE. NE S'APPLIQUE QUE LORSQUE LE PB EST MESURÉ EN CM : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE Limite inférieure=160 mm Limite supérieure=500 mm WMMUAC		<div style="text-align: right;"> _ _ _ mm</div> <div style="text-align: right;">OU</div> <div style="text-align: right;"> _ _ , _ cm</div>
WM14	Référencement automatique des femmes présentant des signes de malnutrition aiguë : <ul style="list-style-type: none"> La femme a besoin d'être référée pour malnutrition aiguë (si PB< [INSÉRER LA VALEUR] mm). (À INCLURE UNIQUEMENT SI LE PB EST MESURÉ) REEMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA FEMME ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ. WMREFMAL		
	Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non		
	Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non MESSAGE POUR L'ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION.		

Annexe 5 - Formulaire de référence

Se référer à l'**Outil 3** du module SENS Anthropométrie et Santé pour le formulaire de référence.



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE (RESPONSABLE DE L'ENFANT)	FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE (COPIE POUR LA STRUCTURE DE SANTÉ)
Femme <input type="checkbox"/> Enfant 6-59 mo <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/> Enfant 6-59 mo <input type="checkbox"/>
Nom complet de la femme : _____	Nom complet de la femme : _____
Nom complet de l'enfant (le cas échéant) : _____	Nom complet de l'enfant (le cas échéant) : _____
Numéro du bloc : _____ Âge : _____ Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/>	Numéro du bloc : _____ Âge : _____ Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/>
Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Référé pour : Malnutrition <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/> Malnutrition	Référé pour : Malnutrition <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/> Malnutrition
PB : _____ mm PTZ : _____	PB : _____ mm PTZ : _____
Œdèmes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Œdèmes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anémie sévère Hb : _____ g/dL	Anémie sévère Hb : _____ g/dL
Numéro d'équipe SENS : _____ Date : _____ Signature du chef d'équipe : _____	Numéro d'équipe SENS : _____ Date : _____ Signature du chef d'équipe : _____

Annexe 6 - Fiche de contrôle assurance-qualité pour l'anthropométrie

Ce document est également disponible dans les outils du module Anthropométrie et Santé SENS : **[Outil 4- Fiche de contrôle assurance-qualité pour l'anthropométrie]**



Numéro d'équipe : _____

[illegible]

STANDARDISATION DE L'ÉQUIPEMENT ANTHROPOMÉTRIQUE

- S'assurer que l'ensemble de l'équipement anthropométrique fonctionne correctement et qu'aucun outil n'est endommagé. Si un outil est endommagé et qu'il doit être remplacé, enregistrez les détails dans la colonne "Remarques sur les conditions de l'équipement".
- Avant le test de standardisation anthropométrique, étiqueter chaque outil avec un nombre distinct :
 - Balances de 1 à n
 - Toises de 1 à n
 - Rubans PB de 1 à n



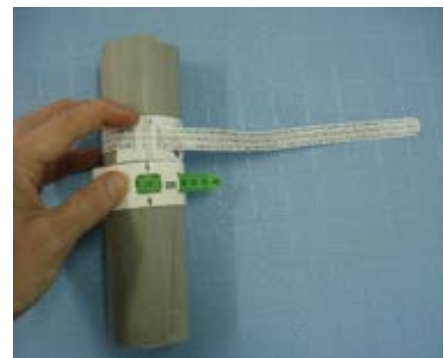
Vérifier la qualité des rubans mesureurs au niveau des toises. Un ruban de mauvaise qualité empêchera la lecture précise des mesures de taille/longueur !

- Standardiser la balance avec un poids standard (min. 5 kg) deux fois de suite.



Il est recommandé d'utiliser une planche en bois pour stabiliser la balance au sol.

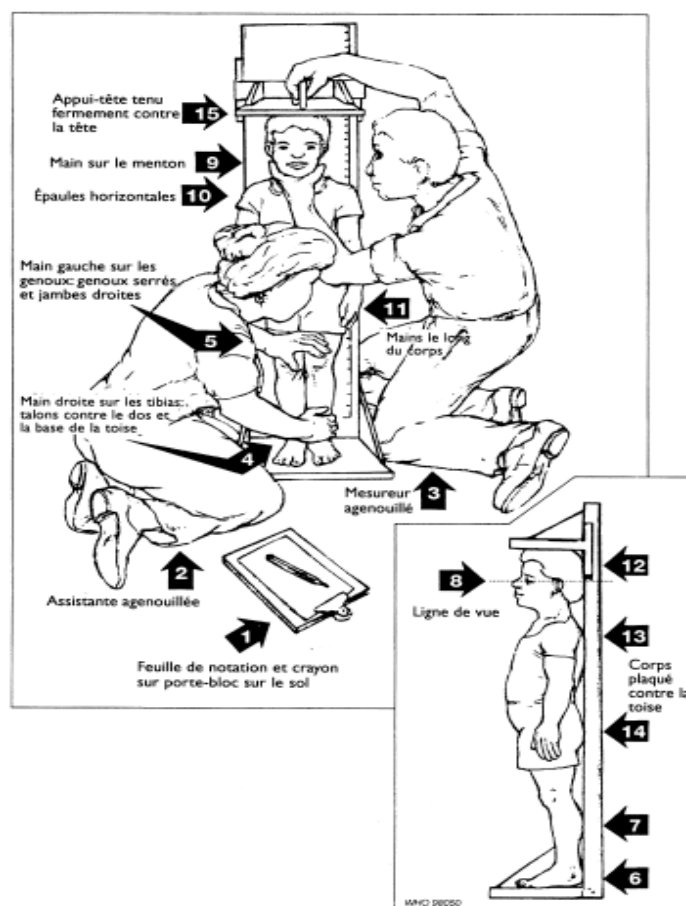
- Standardiser la toise avec un bâton en bois de 110,0 cm et le ruban PB avec un tuyau en plastique.



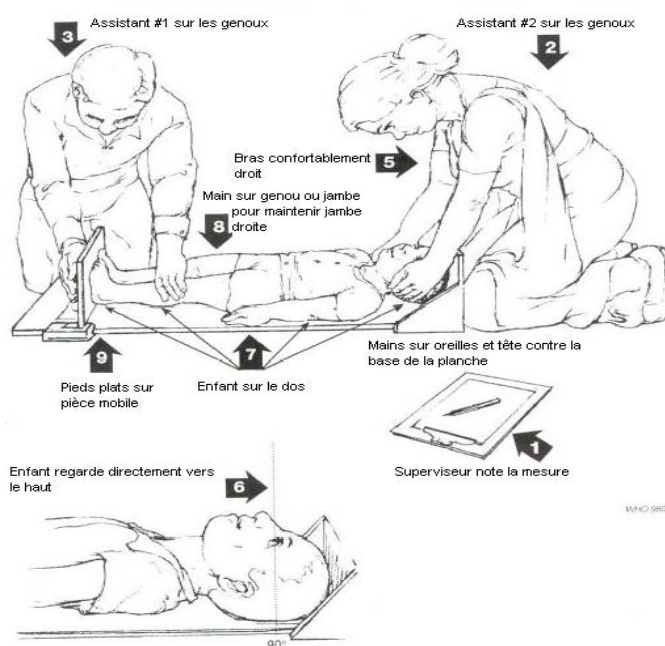
- Les superviseurs doivent toujours prévoir des outils de rechange en cas de problèmes.
- Si un des outils ne fonctionne pas correctement pendant la collecte des données, appeler le superviseur et demander à échanger immédiatement l'outil.

Annexe 7 - Photos des mesures anthropométriques

Mesure de la taille pour les enfants 87 cm et plus (ou 24 mois et plus)



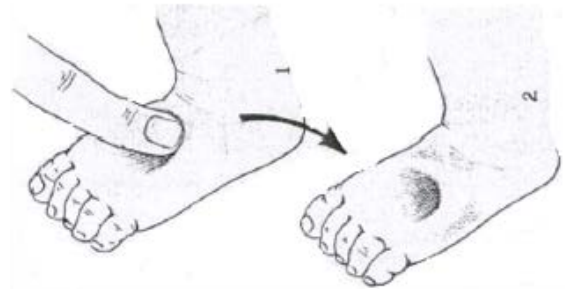
Mesure de la longueur pour les enfants <87 cm (ou <24 mois)



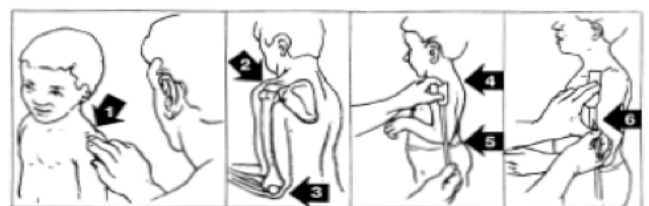
Mesure du poids avec une balance électronique (fonction mère-enfant)



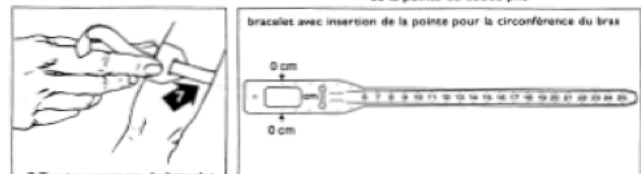
Test de diagnostic pour œdèmes bilatéraux



Mesure du PB



- 1 Recherchez la pointe de l'épaule
- 2 Pointe de l'épaule
- 3 Pointe du coude
- 4 Placez le ruban mètre à la pointe de l'épaule
- 5 Étendez le ruban au-delà de la pointe du coude plié
- 6 Marquez le milieu



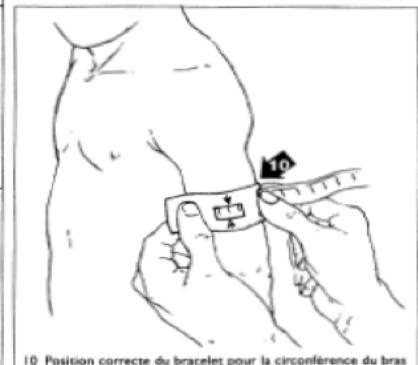
7 Tension correcte du bracelet



8 Bracelet trop serré



9 Bracelet trop lâche



10 Position correcte du bracelet pour la circonférence du bras

Annexe 8 - Rapport de plausibilité SMART pour les données anthropométriques : identification des valeurs nutritionnelles extrêmes, biais de sélection et biais de mesure

Quels sont les défis rencontrés lors de la collecte des données d'enquête sur le terrain ?

- Même si une enquête nutritionnelle est bien planifiée et coordonnée, les défis auxquels nous devons faire face sont les suivants :
 - Les enquêtes sont réalisées très rapidement vu qu'il y a souvent peu de temps et de budget disponible.
 - La formation des équipes d'enquête ne dure que quelques jours avant le début de la collecte des données.
 - Le personnel disponible a peu d'expérience dans la collecte de données et ne connaît pas la façon d'évaluer la situation.
 - La supervision des équipes peut parfois être très complexe en raison des problèmes de sécurité ou d'accès.
 - Le responsable d'enquête ne peut pas contrôler ce qui arrive sur le terrain lorsque les équipes sont laissées seules, sans supervision.
 - Des problèmes dans la dynamique d'équipe qui affectent la qualité du travail.
- Ces défis, entre autres, peuvent avoir un impact sur la qualité et la fiabilité des données anthropométriques obtenues dans les enquêtes nutritionnelles. Si la qualité des données anthropométriques est douteuse, cela risque de fausser les résultats concernant la malnutrition. Ce qui signifie, en conséquence, que l'interprétation de l'information contextuelle sur les facteurs de risque potentiels pour la malnutrition, telles que la sécurité alimentaire, les pratiques d'alimentation ou l'EAH pourrait être erronée. La planification et les ressources pour les programmes risquent donc d'être moins efficaces et les communautés risquent de ne pas avoir accès aux meilleurs programmes possibles.
- Ces difficultés ont encouragé à effectuer un grand travail afin de développer des méthodes pour conduire des enquêtes nutritionnelles, qui garantissent que les données les plus fiables soient obtenues avec la plus grande facilité et à moindre coût. L'initiative SMART (*Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions*) est l'une des initiatives les plus connues dans ce domaine de travail.

Qu'est-ce que SMART ?

- SMART est une initiative, lancée en 2002, qui promeut les meilleures pratiques en méthodologie d'enquête et vise à contribuer à :
 - Standardiser les méthodes d'enquête anthropométriques et de mortalité conduites en situations d'urgence (collectées simultanément ou séparément) ;
 - Améliorer la qualité des enquêtes anthropométriques et de mortalité ;
 - Fournir aux utilisateurs des outils faciles à utiliser ; c'est-à-dire un manuel, un logiciel, des questionnaires, un modèle standard pour le protocole, un rapport de plausibilité pour évaluer la qualité des données (voir la section ci-dessous) et un modèle standard pour le rapport final.

À surveiller :

- **Une enquête SMART utilise-t-elle de nouvelles méthodes ?**
 - Utiliser le terme « enquête SMART » conduit certaines personnes à penser à tort que c'est « quelque chose » de nouveau et que c'est totalement différent d'une enquête nutritionnelle. SMART n'est pas considérée comme une « nouvelle » méthode mais plutôt comme une approche qui bonifie les méthodes déjà établies et testées. Elle s'appuie sur la méthode « traditionnelle » par grappes pour les enquêtes nutritionnelles de 30x30, qui était en fait d'abord adoptée dans le cadre des efforts visant à améliorer la qualité des données d'enquête.
- **Une enquête SMART est-elle toujours une bonne enquête ?**
 - Certains utilisateurs croient que si leur enquête est « SMART », elle serait donc automatiquement bonne ; ce qui n'est pas nécessairement le cas !
- **Une enquête SMART est-elle différente d'une enquête SENS ?**
 - Une enquête SENS est une enquête SMART qui collecte des indicateurs supplémentaires. Une enquête SMART de base collecte généralement peu d'informations supplémentaires en dehors des indicateurs anthropométriques et/ou de mortalité.

Qu'est-ce que la vérification de plausibilité ?

- La vérification de plausibilité est l'un des outils clés dans SMART pour la vérification des données anthropométriques. Elle permet d'évaluer la qualité des données anthropométriques et l'identification d'erreurs spécifiques, comme la préférence numérique. À la fin de chaque journée d'enquête, les données anthropométriques devraient être transférées/saisies dans le logiciel ENA afin de générer le rapport de vérification de plausibilité. Les résultats de la vérification de plausibilité peuvent être utilisés pour identifier et corriger les erreurs au fur et à mesure qu'elles se produisent.
- Le rapport de plausibilité porte principalement sur l'analyse de la malnutrition aiguë/émaciation, car c'est le résultat principal dans la plupart des enquêtes nutritionnelles menées dans les situations d'urgence.
- Comme la plupart des pays ont intégrés les standards de croissance de l'OMS (2006), la vérification de plausibilité est générée uniquement en fonction de ces normes.
- La vérification de plausibilité analyse les caractéristiques des données anthropométriques en utilisant certaines des méthodes statistiques déjà publiées, mais utilise aussi certaines méthodes statistiques inédites. Elle utilise les résultats de ces divers tests statistiques pour fournir une évaluation des données anthropométriques sur la base de différents critères, pour chaque équipe individuelle d'enquête, et fournit également un score global pour l'enquête. Des informations détaillées sur les critères utilisés pour la vérification de plausibilité sont fournies dans la **documentation de l'initiative SMART (se référer à la section Références)**.

Comment utiliser la vérification de plausibilité ?

- Certaines sections du rapport de plausibilité doivent être examinées régulièrement, voire quotidiennement lors de la mise en œuvre de l'enquête afin d'identifier les équipes à superviser en priorité, et d'améliorer la façon dont les données anthropométriques sont collectées. D'autres sections du rapport devraient être examinées seulement à la fin de la collecte des données pour la vérification de la qualité des données, l'analyse finale et l'interprétation des résultats.
- Tous les tests effectués par la vérification de plausibilité doivent être considérés dans leur ensemble, en tenant compte du contexte et de l'interprétation des résultats avant que des décisions sur la validité des données ne soient prises. Les différents tests sont destinés à attirer l'attention sur les résultats où il risque d'avoir des problèmes, mais ne doivent pas être utilisés, par eux-mêmes, pour accepter ou rejeter des données. Plus le score est élevé, plus l'enquête peut être problématique. Un score « problématique » au-dessus de 25% devrait conduire à un examen attentif des données anthropométriques pour toutes les équipes, et par équipe, mais, ne signifie pas nécessairement, en soi, que les données sont de mauvaise qualité. De plus amples détails sont fournis dans le **Tableau 43** ci-dessous.
- Lorsque la qualité des données anthropométriques n'est pas suffisante à la fin de l'enquête, SMART fournit des recommandations pour la dissémination des résultats sur la malnutrition afin de s'assurer que les données puissent être utilisées et que les résultats ne soient pas rejetés.
- Plus précisément, lorsque la qualité des données anthropométriques est problématique, SMART recommande d'utiliser la prévalence calculée de l'émaciation (à partir de la moyenne observée avec un ET de 1; elle est fournie dans le rapport de plausibilité et ne peut pas être calculée facilement à la main), au lieu de la prévalence de l'émaciation comptée (ce sont les résultats les plus fréquemment rapportés calculés en divisant simplement le nombre de cas par le nombre total d'enfants enquêtés x 100). En alternative, SMART recommande également l'exclusion des résultats de l'équipe ou des équipes problématique(s) afin d'obtenir l'estimation globale de la prévalence de la malnutrition aiguë sur laquelle il faudrait baser la planification des interventions. SMART suggère que ces résultats sont plus susceptibles de représenter la réalité pour pouvoir planifier les activités des programmes, bien qu'ils soient tout de même associés à un certain degré d'incertitude. En excluant les équipes d'enquête dont les résultats anthropométriques sont de mauvaise qualité, la taille de l'échantillon qui en résulte doit être suffisamment grande pour obtenir des résultats précis et, si l'échantillonnage en grappes est utilisé, le nombre minimum de grappes doit être au moins 25. Des informations détaillées sont fournies dans la **documentation de l'initiative SMART (se référer à la section Références)**.

À surveiller :

- Dans certains cas, il y a eu une « mauvaise utilisation », du rapport de plausibilité en raison de l'incompréhension sur la façon d'utiliser les résultats adéquatement :
- **Exemple 1** : au pays A, un responsable d'enquête a renvoyé les équipes aux grappes qui avaient un ET à l'extérieur de l'intervalle pour le PTZ parce que l'ET global du PTZ de l'enquête était inférieur à 0,8 ; et il pensait donc qu'ils avaient fait des erreurs. Examiner l'ET du PTZ par grappe n'est pas valable puisque plusieurs grappes doivent être groupées afin qu'une analyse significative puisse être effectuée !
- **Exemple 2** : au pays B, un responsable d'enquête a renvoyé les équipes sur le terrain pour remesurer les enfants ayant un flag à la fin de l'enquête, même s'il n'y en avait que très peu : certains villages étaient à 3-4 heures de route et il y avait donc une perte importante de carburant et d'autres ressources. Il y aura

toujours des enfants avec des flags et cela est pris en considération en augmentant la taille minimale de l'échantillon calculée par le taux de non-réponse !

- **Exemple 3 :** au pays C, un responsable d'enquête a pris en compte les flags figurant dans le rapport de plausibilité pour une grappe uniquement et a renvoyé des équipes sur le terrain pour de nouvelles mesures : les flags soulignés dans le rapport de plausibilité (aussi connus sous le nom de « flags SMART ») ne doivent être vérifiés qu'à la fin de l'enquête une fois la taille de l'échantillon est suffisamment grande pour qu'une analyse significative soit menée ! Les flags SMART ne doivent pas être évalués pour une grappe seule.
- **Exemple 4 :** au pays D, les données d'enquête ont été faussées pour répondre parfaitement aux critères du rapport de plausibilité ! Évidemment, cela ne devrait jamais être fait puisque les données sont falsifiées et que de fausses informations sont rapportées.

Quels sont les critères de qualité à vérifier durant l'enquête et à inclure dans le rapport final de l'enquête nutritionnelle ?

- Les critères de qualité SMART présentés au **Tableau 43** devraient être soigneusement évalués et présentés dans le rapport final de l'enquête nutritionnelle SENS. Ils ont été sélectionnés pour le rapport SENS du HCR parce qu'ils sont les plus fréquemment utilisés à ce jour, et sont les plus faciles à interpréter. Puisque les rapports d'enquêtes nutritionnelles sont utilisés par de nombreux intervenants qui ont besoin d'utiliser les résultats de prévalence de la malnutrition, il est important qu'ils voient une évaluation de la qualité des résultats pour les aider dans la prise de décision pour leurs programmes.
- Les instructions pour la présentation des critères de qualité du rapport de plausibilité SMART pour le rapport final SENS sont comme suit :
 - Si le score global du rapport de plausibilité est $\leq 25\%$, présenter seulement le tableau de résumé global de la qualité des données dans l'annexe du rapport SENS.
 - Si le score global du rapport de plausibilité est $>25\%$, examiner attentivement les données anthropométriques pour l'ensemble des équipes et par équipe ; et présenter les données problématiques dans l'annexe du rapport SENS avec un petit paragraphe d'interprétation. Le siège/ les bureaux régionaux du HCR devraient être contactés pour de l'aide dans l'analyse des scores problématiques des rapports de plausibilité SMART.

À noter :

- Bien que chaque responsable d'enquête doit s'efforcer d'obtenir des résultats de qualité optimale pour ensuite assurer une planification des programmes effective, on ne s'attend pas à ce que les enquêtes soient « parfaites » en raison des nombreux défis rencontrés sur le terrain (voir ci-dessus).
- Les responsables d'enquête devraient être transparents sur la qualité des données anthropométriques collectées. Bien sûr, lorsque l'enquête est terminée, il est souvent trop tard pour résoudre les problèmes identifiés. Il faut s'assurer que le responsable d'enquête apprenne de ses propres erreurs pour son développement professionnel, et que les équipes ne répètent pas les mêmes erreurs dans les enquêtes futures. Des efforts devraient être faits pour bien former les équipes ; structurer les équipes de manière appropriée ; choisir les bonnes personnes ; utiliser un équipement de bonne qualité et qui est régulièrement testé lors de l'enquête ; et effectuer régulièrement des visites de supervision pour soutenir les équipes les « plus faibles ».

TABEAU 43 CRITÈRES DE QUALITÉ UTILISÉS PAR SMART

Critères de qualité SMART et recommandations (des informations détaillées sont fournies dans la documentation de l'initiative SMART)			Quand vérifier	Éléments à surveiller
Critères de qualité	Seuil ou fourchette acceptable	Description		
Valeurs manquantes et données hors-normes (flags) (vous référer à l'étape 14 du Pré-module de SENS pour plus d'informations)	Les données hors-normes (flags) pour l'indice poids-pour-taille (PTZ) ne devraient pas excéder 7,5% de la taille de l'échantillon.	<p>Les flags sont utilisés pour identifier les enfants dont les données se trouvent hors de la fourchette habituelle et sont susceptibles d'être incorrectes en raison d'une combinaison improbable des informations de poids, taille, âge et sexe. En plus d'exclure les données d'enfants pour lesquels il manque des informations ou qui sont hors de la fourchette requise, il faut aussi exclure les données des enfants dont les valeurs d'indices nutritionnels paraissent douteuses pendant la vérification.</p> <p>La présence d'un grand nombre de valeurs manquantes et de données hors-normes pour les indices nutritionnels peut conduire à remettre en question la fiabilité de l'enquête.</p> <p>Les valeurs pointées comme hors-normes doivent être revues et comparées aux valeurs enregistrées dans la fiche de contrôle pour les participants et les mesures (pour les enquêtes utilisant le papier, vérifier avec les questionnaires originaux). Vérifier les valeurs pour le poids, la taille, et l'âge de tous les enfants faisant partie de la liste de flags. Toute erreur de saisie doit être corrigée. S'il existe toujours des données pointées comme hors-norme après vérification, vous devez considérer qu'il y a eu une erreur de mesure ou d'enregistrement sur le terrain. Vous ne pouvez pas corriger ces types d'erreurs et devez donc exclure ce type de valeur hors-norme restantes avant l'analyse (cela est réalisé automatiquement dans le logiciel ENA pour SMART). Référez-vous au Tableau 43 ci-dessous pour des informations sur les critères de pointage (« flagging ») utilisés.</p>	À la fin de l'enquête, une fois la collecte des données terminée pour toutes les équipes.	<p>Il faut garder à l'esprit que la taille de l'échantillon pour ce type d'enquête est calculée de manière à fournir une estimation précise de la prévalence de MAG. L'estimation de la prévalence de MAS ne sera pas aussi précise et de ce fait, peut parfois être affectée de façon très significative quand on supprime des valeurs extrêmes / hors-normes.</p> <p>Veillez noter que le rapport de vérification de plausibilité doit toujours être généré en utilisant la fourchette d'exclusion ± 3 z-scores afin de garantir la même qualité au niveau des critères d'exclusion pour toutes les enquêtes évaluées par le logiciel ENA. Si une fourchette d'exclusion différente est utilisée, celle-ci devrait être clairement justifiée et expliquée dans le rapport SENS final.</p>

Critères de qualité SMART et recommandations (des informations détaillées sont fournies dans la documentation de l'initiative SMART)			Quand vérifier	Éléments à surveiller
Critères de qualité	Seuil ou fourchette acceptable	Description		
Sexe - ratio	Le sexe ratio devrait être entre 0,8 et 1,2.	<p>Le sexe ratio (nombre de garçons divisé par le nombre de filles) devrait se situer aux alentours de 1. Cela permet de vérifier que les deux sexes sont également représentés dans l'échantillon, et par conséquent, qu'aucun biais de sélection n'est survenu, confirmant ainsi la représentativité de l'échantillon.</p> <p>S'il existe un biais de sélection selon le sexe, il doit être expliqué dans le rapport</p> <p>Possible raisons de survenue d'un biais de sélection lié au sexe :</p> <p>1) Pendant l'enquête, un des deux sexes (que ce soit garçon ou fille) dehors en train de jouer a moins de chances d'être mesuré : cela est souvent dû à un manque de communication avec la communauté sur les dates de l'enquête.</p> <p>2) Procédure de sélection : ce genre de scénario peut se produire si une population croit que les enfants d'un certain sexe ne devraient pas être exposés aux étrangers, ou si les représentants d'un sexe sont cachés. Les enquêteurs peuvent ne pas être conscients de cela et le responsable d'enquête doit chercher à savoir pendant que l'enquête est encore en cours pourquoi le sexe ratio est déséquilibré afin de pouvoir réparer tout malentendu avec la communauté.</p> <p>3) Échantillonnage non aléatoire : cas où la méthodologie n'a pas été strictement appliquée par les équipes ou si le responsable d'enquête n'a pas utilisé une méthode de sélection aléatoire.</p>	<p>1. Pendant que l'enquête est encore en cours et une fois qu'un nombre raisonnable d'enfants enquêtés a été atteint, il est possible de vérifier le sexe ratio par équipe. Ciblez la supervision sur les équipes les plus faibles !</p> <p>2. À la fin de l'enquête, une fois la collecte des données terminée pour toutes les équipes.</p>	<p>Soyez conscient que si le sexe ratio est hors-norme cela n'est pas forcément dû à une défaillance des méthodes d'échantillonnage.</p> <p>Si l'échantillonnage et la sélection des enfants éligibles ont été faits correctement, le ratio obtenu devrait être similaire à celui de la population à partir de laquelle les enfants ont été sélectionnés. Par conséquent, il est possible d'aboutir à un déséquilibre dans la proportion de garçons / filles quand il existe une forte relation entre la mortalité et le sexe. Cela peut se produire si les garçons ou les filles ont été sujets à des taux de mortalité plus élevés dans le passé.</p>

Critères de qualité SMART et recommandations (des informations détaillées sont fournies dans la documentation de l'initiative SMART)			Quand vérifier	Éléments à surveiller
Critères de qualité	Seuil ou fourchette acceptable	Description		
Distribution de l'âge et âge ratio (6-29 mois/30-59 mois)	<p>Les différentes tranches d'âge devraient être représentées de façon égale.</p> <p>Le ratio selon l'âge qui est attendu pour les enfants entre 6-29 mois et les enfants entre 30-59 mois doit être proche de 0,85</p>	<p>Comme pour le sexe, si la distribution de l'âge est correcte, alors il n'y a pas de biais de sélection des enfants. Cela confirme la représentativité de l'échantillon.</p> <p>La distribution de l'échantillon selon l'âge pourra montrer un groupe d'âge particulier, si celui-ci est sous-représenté (ou le contraire) (exemple : trop de jeunes enfants parce que les plus âgés étaient en train de jouer à l'extérieur de la maison et n'ont pas été mesurés).</p> <p>Le biais de sélection selon l'âge peut s'avérer un sérieux problème pour les données anthropométriques car les plus jeunes enfants (6-29 mois) ont tendance à être plus souvent malnutris que les plus âgés (30-59 mois). Cela veut dire que si l'échantillon est constitué de trop de jeunes enfants (ce qui arrive souvent car il est plus difficile d'estimer l'âge des plus âgés), il y a une surreprésentation de ces jeunes enfants, et la prévalence de malnutrition risque d'être artificiellement plus élevée que la prévalence réelle. Réciproquement, si l'échantillon est composé de trop d'enfants plus âgés (c'est une situation plus rare), cela peut aboutir à une prévalence de malnutrition plus basse que la réalité.</p> <p>La présence d'un biais de sélection selon l'âge doit être expliquée dans le rapport.</p> <p>Possible raisons de survenue d'un biais de sélection lié à l'âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Erreurs (imprécision dans l'estimation de l'âge) ; 2) Exclusion de certains enfants par inadvertance (particulièrement les enfants les plus âgés) ; 3) Mauvaise procédure de sélection : ce genre de scénario peut se produire si une population croit qu'une certaine tranche d'âge ne doit pas être exposée aux étrangers. Les enquêteurs peuvent ne pas être conscients de cela et le responsable d'enquête doit chercher à savoir pendant que l'enquête est encore en cours pourquoi la répartition de l'âge est déséquilibrée afin de clarifier tout malentendu avec la communauté ; 4) Échantillonnage non aléatoire : la méthodologie n'a pas été appliquée. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Au fur et à mesure que l'enquête se déroule et une fois qu'un nombre raisonnable d'enfants enquêtés a été atteint, il est possible de vérifier la répartition de l'âge et les pics d'âges ratio par équipe. Ciblez la supervision sur les équipes les plus faibles ! 2. À la fin de l'enquête, une fois la collecte des données terminée pour toutes les équipes. 	<p>Soyez conscient que si la distribution de l'âge n'apparaît pas telle que prévue, cela n'est pas forcément dû à un problème dans les méthodes d'échantillonnage ou d'estimation de l'âge.</p> <p>Si l'échantillonnage et l'évaluation de l'âge ont été faits correctement, la distribution des âges obtenue doit être similaire à celle de la population à partir de laquelle les enfants ont été sélectionnés. De ce fait, il est possible d'obtenir un déséquilibre dans la répartition des groupes d'âges si les enfants d'un groupe spécifique sont affectés par une mortalité plus élevée ou s'il y a eu un important changement dans le taux de natalité.</p> <p>Notez que la distribution de l'âge utilisée par défaut dans la vérification de plausibilité est basée sur les hypothèses démographiques typiques pour les enfants de 6-59 mois dans les pays en développement. Par exemple, si une réduction significative du taux de natalité est survenue dans votre contexte, on peut s'attendre à avoir moins d'enfants que la « norme ». Si l'enquête nutritionnelle est conduite dans des circonstances où la distribution de l'âge est très rare voire unique, les données démographiques spécifiques à ce contexte doivent être utilisées si elles sont disponibles et fiables.</p>

Critères de qualité SMART et recommandations (des informations détaillées sont fournies dans la documentation de l'initiative SMART)			Quand vérifier	Éléments à surveiller
Critères de qualité	Seuil ou fourchette acceptable	Description		
	Il ne doit pas y avoir de pics évidents pour certains âges.	<p>Il se produit souvent des pics qui biaisent les estimations d'âge en faveur des années pleines. Ces pics sont fréquemment observés à 12, 24, 36 et 48 mois car l'âge de l'enfant est arrondi : cela laisse penser à des investigations insuffisantes de la part des enquêteurs qui n'estiment pas bien l'âge avec le calendrier d'événements locaux.</p> <p>S'il n'y a pas de pic évident, on peut conclure que les données d'âge sont de bonne qualité. Cela sera souvent le cas dans les enquêtes où la proportion de la documentation disponible pour estimer l'âge est élevée.</p> <p>La tendance à arrondir l'âge affecte la qualité des données d'âge mais la distribution de l'âge n'en est pas forcément affectée. La tendance à arrondir l'âge n'affectera pas la qualité des résultats de poids-pour-taille ; cependant, cela peut compromettre sérieusement celle des indices taille-pour-âge et poids-pour-âge (consulter les informations ci-dessous au sujet de l'écart-type).</p>		<p>Surveillez les équipes qui rapportent des âges à des nombres adjacents tels que 11/13, 23/25, 35/37 et 47/49 mois parce qu'elles savent que vous contrôlez la préférence numérique à 12, 24, 36 et 48 mois ! Cette façon d'arrondir l'âge affectera aussi la qualité des données.</p> <p>Le nombre d'enfants au sein de la base de données sans date de naissance exacte est une indication importante de la qualité des données d'âge. Le pourcentage d'enfants sans date de naissance exacte est renseigné dans le rapport de vérification de plausibilité ; ce pourcentage devrait être rapporté dans le rapport SENS final.</p>
Préférence numérique pour le poids, la taille et le PB	<p>Il ne devrait apparaître aucun pic évident pour le poids, la taille et le PB.</p> <p>Les scores de préférence numérique devraient être ≤20.</p>	<p>La préférence numérique renseigne sur la précision des mesures de poids, de taille et de PB. Évaluer la répartition des décimales finales pour le poids, la taille et le PB permet de voir si les enquêteurs arrondissent les mesures au 500g près ou au centimètre près ou au millimètre près, collectant ainsi des valeurs inexactes.</p> <p>Cela peut être pointé rapidement en révisant la fiche de contrôle des participants et des mesures pour vérifier s'il n'y a pas une surreprésentation de valeurs se terminant par ,0 et ,5. Cela peut aussi être évalué facilement à l'aide du rapport de vérification de plausibilité par équipe ; il se peut en effet qu'une équipe « prenne des raccourcis » ou ait été insuffisamment formée / supervisée.</p>	<p>1. Au fur et à mesure que l'enquête se déroule et une fois qu'un nombre raisonnable d'enfants enquêtés a été atteint, il est possible de contrôler la présence d'une préférence numérique pour les mesures de poids et de taille par équipe. Ciblez la supervision sur les équipes les plus faibles !</p> <p>2. À la fin de l'enquête, une fois la collecte des données terminée pour toutes les équipes.</p>	<p>Surveillez les équipes qui arrondissent les mesures à des nombres adjacents tels que ,1, ,4/,6, ,9 parce qu'elles savent que vous vérifiez le nombre de ,0 et de ,5 ! Ce type d'accumulation affecte la qualité des données anthropométriques.</p> <p>Ayez à l'esprit qu'il ne peut pas y avoir de préférence numérique pour les mesures de poids quand on utilise une balance électronique ! N'interprétez donc pas ces données. Tout pic observé sera uniquement dû au hasard.</p>

Critères de qualité SMART et recommandations (des informations détaillées sont fournies dans la documentation de l'initiative SMART)			Quand vérifier	Éléments à surveiller
Critères de qualité	Seuil ou fourchette acceptable	Description		
Écart-type du PTZ (poids-pour-taille en z-score)	ET devrait être inférieur à 1,2 z-scores.	<p>L'écart-type pour le PTZ explique la dispersion des valeurs de z-score autour de la moyenne. Si $ET > 1$, la distribution est plus dispersée que la population standard. Si $ET < 1,0$, c'est le contraire.</p> <p>C'est le test effectué le plus fréquemment pour évaluer la qualité des données anthropométriques. La dispersion devrait être proche de 1,0.</p> <p>Si le ET est $> 1,2$, il est probable qu'il y ait eu beaucoup d'imprécision dans les mesures de taille et de poids, ce qui se traduit par des données « bruitées » qui génèrent des distributions larges et déformées. Notez que si les données sont imprécises, cela ne se traduira pas nécessairement par des valeurs extrêmes faciles à identifier et exclure. Des données « bruitées », imprécises, donneront un écart-type plus large que prévu même après exclusion des flags (valeurs extrêmes). Si l'ET est plus large que prévu, cela aura pour effet de générer une surestimation des prévalences de MAM et de MAS.</p> <p>Si l'ET pour le PTZ est $> 1,2$, SMART recommande que la prévalence calculée de malnutrition (à partir de la moyenne avec un ET de 1) soit rapportée. En outre, les données doivent être analysées en désagrégeant l'analyse par équipes d'enquête, et les écarts-type doivent être calculés pour chaque indice par équipe. Cela permet d'identifier si une équipe a réalisé des mesures de mauvaise qualité (examinez aussi les autres critères de qualité par équipe).</p>	Fin de l'enquête, une fois la collecte des données terminée pour toutes les équipes.	Les enquêtes avec un ET de PTZ $> 1,2$ nécessitent un examen soigneux des possibles problèmes reliés à l'évaluation de l'âge et des mesures anthropométriques. Cela ne veut pas dire que les résultats de l'enquête doivent être rejetés et ignorés

Quels sont les critères d'attribution de flags les plus fréquemment utilisés pour les indices nutritionnels ?

- Durant l'analyse, différentes approches sont adoptées pour traiter les données d'indices nutritionnels présentant des flags ou les données potentiellement invraisemblables. A ce jour, il n'y a pas de consensus sur ce problème et différentes organisations menant des enquêtes nutritionnelles utilisent des critères de nettoyage différents. Le **Tableau 44** résume les différents critères de flags utilisés dans les enquêtes nutritionnelles conduites en situations d'urgence. Le HCR recommande actuellement de suivre les recommandations SMART pour l'exclusion des flags, et donc d'exclure les *flags SMART* de l'analyse finale.
- Le logiciel ENA pour SMART possède une option permettant de sélectionner/spécifier le critère d'exclusion des flags à effectuer automatiquement pour l'analyse finale. Lors de l'utilisation de cette option, les flags ne sont pas supprimés de la base de données de façon permanente ; ils sont uniquement exclus temporairement de l'analyse finale pour la variable spécifique. Par exemple, si un enfant a un flag pour le PTZ, il/elle peut être encore inclus(e) dans l'analyse des autres indicateurs ; ex. : la vaccination anti-rougeole, la supplémentation en vitamine A, l'âge et le sexe. S'il y a des flags SMART détectés dans votre base de données, trouver l'enfant ou les enfants correspondant(s) et vérifier les valeurs des données anthropométriques enregistrées dans la fiche de contrôle des participants et des mesures (pour les enquêtes utilisant le papier, vérifier avec les questionnaires originaux). S'il s'agit d'une erreur de saisie des données dans le téléphone (sur le questionnaire), la corriger.
- Il est important de mentionner dans le rapport final SENS si des données ont été exclues des analyses et les raisons de l'exclusion (voir le **Tableau 26** dans la section Résultats qui fournit cette information).

À noter :

- Il est essentiel de comprendre que l'un des éléments les plus importants est la comparaison des données entre les enquêtes (par exemple, les comparaisons d'une enquête de base aux enquêtes ultérieures dans la même zone pour le suivi des programmes). Par conséquent, plus la méthode est standardisée, plus les résultats seront comparables, à condition que les enquêtes soient effectuées selon le protocole.
- Il est important que les enquêtes nutritionnelles répétées dans les mêmes contextes de réfugiés et menées dans les différentes régions suivent la même méthodologie et utilisent les mêmes critères de qualité pour nettoyer et évaluer leurs données. En conséquence, les mêmes critères de nettoyage devraient être appliqués dans les enquêtes nutritionnelles réalisées dans les mêmes populations pour permettre des comparaisons.

TABLEAU 44 CRITÈRES D'ATTRIBUTION DE FLAGS UTILISÉS POUR LES INDICES NUTRITIONNELS DANS LES ENQUÊTES NUTRITIONNELLES CONDUITES DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Indice	Standards de croissance de l'OMS 2006	Flags SMART*
TAZ	-6 à +6	-3 à +3
PTZ	-5 à +5	-3 à +3
PAZ	-6 à +5	-3 à +3
Point de référence	0 z-score	Moyenne observée
Remarques	<p>À utiliser lorsque la population des standards de croissance de l'OMS est utilisée pour l'analyse.</p> <p>Ceux-ci représentent les flags « roses » qui apparaissent dans l'écran de saisie des données anthropométriques d'ENA pour SMART, et sont définies sur l'écran de visualisation des variables. Ces flags sont actuellement dénommés « flags OMS », « flags Epi Info » ou « flags roses ».</p>	<p>Ceux-ci sont les flags qui sont recommandés par SMART.</p> <p>Ce sont les flags qui apparaissent dans le rapport de plausibilité et sont actuellement dénommés « flags SMART ».</p>
Référence	Standards de croissance de l'OMS 2006 et logiciel ANTHRO de l'OMS	Initiative SMART

Source : Adapté à partir de Concern Worldwide Nutrition Survey Guidelines, Version 1 Décembre 2008. Health Support Unit, Dublin.

* Veuillez noter que le contrôle de plausibilité doit toujours être généré en utilisant la fourchette d'exclusion ± 3 Z-scores afin de garantir que la qualité des critères d'exclusion soit la même pour toutes les enquêtes évaluées par le logiciel ENA pour SMART. Au moment de rapporter les résultats d'enquête, la fourchette d'exclusion peut être augmentée pour être plus large que ± 3 seulement dans le cas où la qualité générale de l'enquête est élevée d'après le contrôle de plausibilité (c'est-à-dire si le pourcentage de flags est inférieur à 1% et l'écart-type observé après exclusion des flags SMART est inférieur à 1.1). Dans le cas d'une situation où la qualité des données est excellente, la fourchette d'exclusion peut alors être augmentée à ± 3.5 Z-scores. (Source : Le contrôle de plausibilité SMART pour l'anthropométrie, Octobre 2015).

Annexe 9 – Analyse EPI info

ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ CHEZ LES ENFANTS

Voici les codes standards d'EPI Info à utiliser pour l'analyse des variables supplémentaires qui ne sont pas automatiquement analysées par ENA pour SMART.

Se référer à la base de données fictives disponibles pour des fins pratiques ; aller à l'**Outil 5** du Module Anthropométrie et Santé SENS [**Outil 5**- CH Data], et choisir la base de données au format Excel PIL_0618_CH_PILOT.

Cette base de données fictive au format Excel PIL_0618_CH_PILOT provient d'une enquête SENS utilisant un *échantillonnage aléatoire simple*.

VÉRIFICATION DES DONNÉES

Intervalles de valeur et codes

Exécuter ces commandes (ensemble ou séparément ; peu importe la méthodologie de l'enquête) et s'assurer que les intervalles de valeur et les codes des variables saisies dans la base de données correspondent à ceux du questionnaire standard. Cette étape peut être omise lors de l'utilisation des méthodes MDC dans l'enquête étant donné que les intervalles de valeur et les codes sont prédéfinis et que les valeurs en dehors des intervalles et des codes prédéfinis ne peuvent pas être saisies au moment de la collecte des données.

FREQ CHCONST

Pour les variables ci-dessous, ne réaliser ces vérifications qu'avec les enfants ayant donné leur consentement, c'est-à-dire **SELECT CHCONST=1**

FREQ CHARRIVE
FREQ ENROL
FREQ BSFP
FREQ MEASLES
FREQ VITA
FREQ DEWORM
FREQ DIAR
FREQ DIARORS
FREQ DIARZINC

Les intervalles de valeur et les codes des variables standards SENS présentées ci-dessous (SEX, MONTHS, WEIGHT, HEIGHT, EDEMA, MUAC) peuvent être vérifiées en utilisant ENA pour SMART avant l'analyse.

FREQ SEX
MEANS MONTHS
MEANS WEIGHT
FREQ CLOTHES
MEANS HEIGHT
FREQ MEASURE



FREQ EDEMA MEANS MUAC

Données manquantes

Vous devriez vérifier les données manquantes dans votre base de données et mettre une note sur cela dans le rapport final d'enquête SENS. **Se référer à la section « Vérification des données » pour des instructions détaillées sur la vérification des données manquantes.**

Les commandes ci-dessous devraient être exécutées séparément, une à une. Après la sélection de la variable en utilisant le code présenté ci-dessous, utiliser la commande « LIST » pour visionner les enregistrements avec des données manquantes. Puis, annuler la variable sélectionnée en tapant « SELECT » et procéder à la vérification d'une autre variable.

Cette étape de vérification des données manquantes est importante que ce soit pour une enquête SENS utilisant les méthodes MDC ou pour une enquête utilisant le papier.

Pour les variables ci-dessous, ne réaliser ces vérifications qu'avec les enfants ayant donné leur consentement, c'est-à-dire `SELECT CHCONST=1`

`SELECT MONTHS >= 6 AND MONTHS<60 AND ENROL=(.)`
`SELECT` (ceci annulera la variable sélectionnée)

`SELECT MONTHS >= 6 AND MONTHS<24/36/60 AND BSFP=(.)` (adapter la limite supérieure pour l'âge au contexte de l'enquête)

`SELECT MONTHS >=9 AND MONTHS<60 AND MEASLES=(.)`

`SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND VITA=(.)`

`SELECT MONTHS >= 12/24 AND MONTHS<60 AND DEWORM=(.)` (adapter la limite inférieure pour l'âge au contexte de l'enquête)

`SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIAR=(.)`

`SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIARORS=(.)`

`SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIARZINC=(.)`

Les données manquantes pour les variables standards SENS (SEX, MONTHS, WEIGHT, HEIGHT, EDEMA, MUAC) peuvent être vérifiées en utilisant ENA pour SMART avant l'analyse, et notamment la commande « Trier » au niveau de l'écran « Saisie des données anthropométriques ».

ANALYSE DES DONNÉES

Les résultats issus des données de l'enquête PIL_0618_CH_PILOT (Enquête avec échantillonnage aléatoire simple) sont présentés ci-dessous. Se référer à l'**Annexe 4** du Pré-module SENS pour des instructions détaillées sur comment interpréter les résultats des analyses effectuées avec Epi Info selon les différents designs d'enquête.

ANALYSE DE LA PÉRIODE D'ARRIVÉE

Période d'arrivée (optionnel/si applicable)

PROFIL D'ARRIVÉE DES ENFANTS (OPTIONNEL/SI APPLICABLE) (ADAPTEZ LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES POUR LE PROFIL D'ARRIVÉE AU CONTEXTE LOCAL)

Profil d'arrivée	Nombre/total	% (IC 95%)
Vivant dans le camp/pays d'asile avant [ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL EN INSÉRANT L'ÉVÉNEMENT QUI A PROVOQUÉ L'AFFLUX] Ex : Dans le camp/pays d'asile avant le début du conflit/avant le nouvel afflux de réfugiés, etc.	499/502	99,4% (98,3-99,8)
Nouvelle arrivée dans le camp/pays d'asile après [ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL EN INSÉRANT L'ÉVÉNEMENT QUI A PROVOQUÉ L'AFFLUX] Ex : Nouvelle arrivée (< 6 mois)	3/502	0,6% (0,2-1,7)

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60

SELECT CHARRIVE<>8

FREQ CHARRIVE

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage par grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ CHARRIVE PSUVAR=CLUSTER

CHARRIVE	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	3	0,60%	0,60%	
2	499	99,40%	100,00%	
Total	502	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	0,20%	1,74%
2	98,26%	99,80%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DE LA VACCINATION ANTI-ROUGEOLE

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

	Nombre/total	% (IC 95%)
Vaccination anti-rougeole avec carte	22/469	4,7% (3,1-7,0)
Vaccination anti-rougeole avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère	442/469	94,2% (91,8-96,0)

Couverture vaccinale anti-rougeole avec carte

SELECT MONTHS>=9 AND MONTHS<60

FREQ MEASLES

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage par grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ MEASLES PSUVAR=CLUSTER

MEASLES	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	22	4,69%	4,69%	
2	420	89,55%	94,24%	
3	27	5,76%	100,00%	
Total	469	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	3,12%	7,00%
2	86,46%	92,01%
3	3,99%	8,25%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Couverture vaccinale anti-rougeole avec carte ou confirmation de la mère

SELECT MONTHS>=9 AND MONTHS<60

DEFINE MSL_cc

RECODE MEASLES TO MSL_cc

1 = "YES"

2 = "YES"

3 = "NO"

END

FREQ MSL_cc

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ MSL_cc PSUVAR=CLUSTER

MSL_CC	Frequency	Percent	Cum. Percent	
NO	27	5,76%	5,76%	
YES	442	94,24%	100,00%	
Total	469	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

NO 3,99% 8,25%

YES 91,75% 96,01%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DE LA SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A

SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

	Nombre/total	% (IC 95%)
Supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois avec carte	17/503	3,4% (2,1-5,4)
Supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois avec carte <u>ou</u> confirmation de la mère	477/503	94,8% (92,5-96,5)

Couverture de supplémentation en vitamine A avec carte

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60

FREQ VITA

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ VITA PSUVAR=CLUSTER

VITA	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	17	3,38%	3,38%	
2	460	91,45%	94,83%	
3	26	5,17%	100,00%	
Total	503	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	2,12%	5,35%
2	88,68%	93,59%
3	3,55%	7,47%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Couverture de supplémentation en vitamine A avec carte ou confirmation de la mère

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60

DEFINE VITA_cc

RECODE VITA TO VITA_cc

1 = "YES"

2 = "YES"

3 = "NO"

END

FREQ VITA_cc

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ VITA_cc PSUVAR=CLUSTER

VITA_CC	Frequency	Percent	Cum. Percent	
NO	26	5,17%	5,17%	
YES	477	94,83%	100,00%	
Total	503	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

NO 3,55% 7,47%

YES 92,53% 96,45%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DU DÉPARASITAGE

COUVERTURE DU DÉPARASITAGE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 12 À 59/24 À 59 MOIS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS (OU AUTRE GROUPE D'ÂGE CIBLE SPÉCIFIQUE AU CONTEXTE) (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Déparasitage au cours des 6 derniers mois	221/422	52,4% (47,6-57,1)

Vous avez besoin de sélectionner le groupe d'âge cible utilisé dans la zone d'enquête lors de la dernière campagne de déparasitage (voir les exemples ci-dessous) :

SELECT MONTHS>=12 AND MONTHS<60 AND DEWORM <>8

SELECT MONTHS>=24 AND MONTHS<60 AND DEWORM <>8

FREQ DEWORM

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ DEWORM PSUVAR=CLUSTER

DEWORM	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	221	52,37%	52,37%	
2	201	47,63%	100,00%	
Total	422	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	47,60%	57,09%
2	42,91%	52,40%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DE LA DIARRHÉE

Prévalence de la diarrhée rétrospective

PRÉVALENCE DE LA DIARRHÉE RÉTROSPECTIVE

	Nombre/total	% (IC 95%)
Diarrhée au cours des deux dernières semaines	63/503	12,5% (9,9-15,7)

Prévalence de la diarrhée rétrospective à deux semaines

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIAR <>8

FREQ DIAR

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ DIAR PSUVAR=CLUSTER

DIAR	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	63	12,52%	12,52%	
2	440	87,48%	100,00%	
Total	503	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	9,91%	15,70%
2	84,30%	90,09%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

UTILISATION DES SRO ET DU ZINC AU COURS D'UN ÉPISODE DE DIARRHÉE (OPTIONNEL)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Utilisation des SRO au cours d'un épisode de diarrhée	47/61	77,1% (64,5-86,9)
Utilisation des comprimés ou du sirop de zinc au cours d'un épisode de diarrhée	34/63	54,0% (40,9-66,6)

Utilisation des SRO au cours d'un épisode de diarrhée (optionnel)

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIAR=1 AND DIARORS <>8

FREQ DIARORS

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ DIARORS PSUVAR=CLUSTER

DIARORS	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	47	77,05%	77,05%	
2	14	22,95%	100,00%	
Total	61	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	64,50%	86,85%
2	13,15%	35,50%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Utilisation du zinc au cours d'un épisode de diarrhée (optionnel)

SELECT MONTHS >=6 AND MONTHS<60 AND DIAR=1 AND DIARZINC <>8

FREQ DIARZINC

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ DIARZINC PSUVAR=CLUSTER

DIARZINC	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	34	53,97%	53,97%	
2	29	46,03%	100,00%	
Total	63	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	40,94%	66,61%
2	33,39%	59,06%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DE L'ENRÔLEMENT AU SEIN DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS

ENRÔLEMENT AU SEIN DES PROGRAMMES POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AIGUS SELON TOUS LES CRITÈRES D'ADMISSION (PB, PTZ ET/OU CÈDÈMES)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire (CRENAM)	13/54	24,1% (13,5-37,6)
Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique (CRENI/CRENAS)	3/11	27,3% (6,0-61,0)

ENRÔLEMENT AU SEIN DU PROGRAMME POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AIGUS SELON LE PB ET/OU CÈDÈMES UNIQUEMENT

	Nombre/total	% (IC 95%)
Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire (CRENAM)	5/12	41,7% (15,2-72,3)
Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique (CRENI/CRENAS)	0	0,0%

Se référer à l'**Outil 2** du module Anthropométrie et Santé SENS : [Outil 2- Paramétrage du logiciel ENA pour SMART pour les enquêtes SENS du HCR] pour de plus amples explications sur comment conduire ces analyses lors de la mise en œuvre d'une enquête SENS utilisant les méthodes MDC.

La meilleure façon de réaliser cette analyse est de transférer les données pour la variable ENROL dans ENA, puis d'exporter les données anthropométriques ainsi que les données ENROL d'ENA vers Excel. Les flags pour le PTZ (SMART) devraient être exclus de l'analyse du PTZ en utilisant les codes PGM suivants :

DEFINE Flag_WHZ_WHO YN

```
IF [Flag-WHO] ="WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO= (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "WAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "HAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "WAZ,HAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire

Basé sur tous les critères d'admission (PB, PTZ)

Admissibilité au sein du programme d'alimentation supplémentaire

```
DEFINE SFPE NUMERIC
```

```
IF [WHZ-WHO] >=-3.000 AND [WHZ-WHO] <-2.000 OR MUAC >=115 AND MUAC <125 AND EDEMA="n" THEN
    SFPE =1
ELSE
    SFPE =2
END

IF [WHZ-WHO] = (.) AND MUAC = (.) THEN
    SFPE = (.)
END
```

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire

Utiliser la variable nouvellement générée nommé « Flag WHZ WHO » définie ci-dessus pour conduire les analyses suivantes.

```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND SFPE =1 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND ENROL <>8
```

```
FREQ ENROL
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ ENROL PSUVAR=CLUSTER
```

ENROL	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	13	24,07%	24,07%	
2	6	11,11%	35,19%	
3	35	64,81%	100,00%	
Total	54	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	13,49%	37,64%
2	4,19%	22,63%
3	50,62%	77,32%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Basé sur le PB uniquement**Admissibilité au sein du programme d'alimentation supplémentaire**

```
DEFINE SFPE_MUAC NUMERIC
```

```
IF MUAC >=115 AND MUAC <125 AND EDEMA="n" THEN
    SFPE_MUAC = 1
ELSE
    SFPE_MUAC = 2
END
IF MUAC = (.) THEN
    SFPE_MUAC = (.)
END
```

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire

```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND SFPE_MUAC = 1 AND ENROL <>8
```

```
FREQ ENROL
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ ENROL PSUVAR=CLUSTER
```

ENROL	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	5	41,67%	41,67%	
2	3	25,00%	66,67%	
3	4	33,33%	100,00%	
Total	12	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	15,17%	72,33%
2	5,49%	57,19%
3	9,92%	65,11%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique

Basée sur tous les critères d'admission (PB, PTZ, œdèmes)

Admissibilité au sein du programme d'alimentation thérapeutique

DEFINE TFPE NUMERIC

```
IF EDEMA = "y" OR MUAC <115 OR [WHZ-WHO] <-3.000 THEN
    TFPE = 1
ELSE
    TFPE= 2
END
```

```
IF EDEMA = (.) AND MUAC = (.) AND [WHZ-WHO] = (.) THEN
    TFPE = (.)
END
```

Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique

Utiliser la variable nouvellement générée nommé « Flag WHZ WHO » définie ci-dessus pour conduire les analyses suivantes.

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND TFPE= 1 AND Flag_WHZ_WHO=(.) AND ENROL <>8

FREQ ENROL

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ ENROL PSUVAR=CLUSTER

ENROL	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	3	27,27%	27,27%	
2	3	27,27%	54,55%	
3	5	45,45%	100,00%	
Total	11	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	6,02%	60,97%
2	6,02%	60,97%
3	16,75%	76,62%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Basé sur le PB et/ou les œdèmes uniquement

Admissibilité au sein du programme d'alimentation thérapeutique

DEFINE TFPE_MUAC NUMERIC

IF MUAC <115 OR EDEMA = "y" **THEN**

 TFPE_MUAC = 1

ELSE

 TFPE_MUAC = 2

END

IF EDEMA = (.) **AND** MUAC = (.) **THEN**

 TFPE_MUAC = (.)

END

Enrôlement au sein du programme d'alimentation thérapeutique

SELECT MONTHS>=6 **AND** MONTHS<60 **AND** TFPE_MUAC = 1 **AND** ENROL <>8

FREQ ENROL

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ ENROL **PSUVAR=CLUSTER**

ENROL	Frequency	Percent	Cum. Percent	
3	1	100,00%	100,00%	
Total	1	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

3 2,50% 100,00%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)

COUVERTURE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE (BSFP) (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)	462/503	91,9% (89,1-93,9)
Nom du produit	Super Cereal Plus	
Groupe d'âge cible	6-59 mois	

Vous avez besoin de sélectionner le groupe d'âge cible utilisé dans la zone d'enquête pour le BSFP (voir les exemples ci-dessous) :

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<24 AND BSFP <>8

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<36 AND BSFP <>8

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND BSFP <>8

FREQ BSFP

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ BSFP PSUVAR=CLUSTER

BSFP	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	462	91,85%	91,85%	
2	41	8,15%	100,00%	
Total	503	100,00%	100,00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	89,13%	93,93%
2	6,07%	10,87%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANALYSE DU SURPOIDS PAR SEXE ET PAR ÂGE

Les tableaux ci-dessous présentant les résultats du surpoids devraient être générés automatiquement par le logiciel ENA. Si cela ne fonctionne pas, les instructions décrites ci-dessous doivent être suivies dans Epi Info.

PRÉVALENCE DU SURPOIDS BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE (PAS D'CEDÈMES)

	Tous n =	Garçons n =	Filles n =
Prévalence du surpoids (PTZ >2 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)
Prévalence du surpoids sévère (PTZ >3 z-score)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)	(n) % (IC 95%)

PRÉVALENCE DU SURPOIDS PAR AGE, BASÉE SUR L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EN Z-SCORES (PAS D'CEDÈMES)

Age (mois)	Nb total	Surpoids Sévère (>3 z-score)		Surpoids (>2 z-score)	
		Nb	%	Nb	%
6-11					
12-23					
24-35					
36-47					
48-59					
Total					

La meilleure façon de réaliser cette analyse est d'exporter les données anthropométriques d'ENA vers Excel. Les flags pour le PTZ (SMART) devraient être exclus de l'analyse du PTZ en utilisant les codes PGM suivants :

DEFINE Flag_WHZ_WHO YN

```
IF [Flag-WHO] ="WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO= (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "WAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "HAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

```
IF [Flag-WHO] = "WAZ,HAZ,WHZ" THEN
    Flag_WHZ_WHO = (+)
END
```

Analyse du surpoids

```
DEFINE OVERWT NUMERIC
```

```
IF [WHZ-WHO] >2.000 AND EDEMA= "n"
THEN
    OVERWT =1
ELSE
    OVERWT =2
END
```

```
IF [WHZ-WHO] = (.) THEN
    OVERWT = (.)
END
```

```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ OVERWT PSUVAR=CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids sévère

```
DEFINE SEVOVERWT NUMERIC
```

```
IF [WHZ-WHO] >3.000 AND EDEMA= "n"
THEN
    SEVOVERWT =1
ELSE
    SEVOVERWT =2
END
IF [WHZ-WHO] = (.) THEN
SEV    OVERWT = (.)
END
```

```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
FREQ SEVOVERWT
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ SEVOVERWT PSUVAR=CLUSTER

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids par sexe

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.)

FREQ OVERWT SEVOVERWT STRATAVAR = SEX

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND SEX = 'f'

FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND SEX = 'm'

FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids par catégories d'âge

Catégories d'âge

DEFINE AGEGROUP

RECODE MONTHS TO AGEGROUP

6 - 11.99 = 1

12 - 23.99 = 2

24 - 35.99 = 3

36 - 47.99 = 4

48 - 59.99 = 5

END

Analyse du surpoids par catégories d'âge

```
SELECT Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT STRATAVAR = AGEGROUP
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

Analyse du surpoids chez les enfants âgés de 6 à 11 mois

```
SELECT AGEGROUP=1 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids chez les enfants âgés de 12 à 23 mois

```
SELECT AGEGROUP=2 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids chez les enfants âgés de 24 à 35 mois

```
SELECT AGEGROUP=3 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids chez les enfants âgés de 36 à 47 mois

```
SELECT AGEGROUP=4 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du surpoids chez les enfants âgés de 48 à 59 mois

```
SELECT AGEGROUP=5 AND Flag_WHZ_WHO = (.)
```

```
FREQ OVERWT SEVOVERWT PSUVAR = CLUSTER
```

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

ANTHROPOMÉTRIE CHEZ LES FEMMES (OPTIONNEL)**STATUT PHYSIOLOGIQUE ET ÂGE DES FEMMES**

STATUT PHYSIOLOGIQUE ET ÂGE DES FEMMES (OPTIONNEL)

Statut physiologique	Nombre/total	% de l'échantillon
Non enceinte, non allaitante		
Enceinte		
Allaitante avec un enfant de moins de 6 mois		
Allaitante avec un enfant de plus de 6 mois		
Age moyen en années [min, max] (toutes les femmes)		

MESURE DU PB CHEZ LES FEMMES (OPTIONNEL)

Voici les codes standards d'EPI Info à utiliser pour l'analyse.

Se référer à la base de données fictives disponibles pour des fins pratiques ; aller à l'**Outil 6** du Module Anthropométrie et Santé SENS [**Outil 6**- WM_Data], et choisir la base de données au format Excel PIL_0618_WM_PILOT.



Cette base de données fictive au format Excel PIL_0618_WM_PILOT provient d'une enquête SENS utilisant un *échantillonnage aléatoire simple*.

VÉRIFICATION DES DONNÉES**Intervalles de valeur et codes**

Exécuter ces commandes (ensemble ou séparément ; peu importe la méthodologie de l'enquête) et s'assurer que les intervalles de valeur et les codes des variables saisies dans la base de données correspondent à ceux du questionnaire standard. Cette étape peut être omise lors de l'utilisation des méthodes MDC dans l'enquête étant donné que les intervalles de valeur et les codes sont prédéfinis et que les valeurs en dehors des intervalles et des codes prédéfinis ne peuvent pas être saisies au moment de la collecte des données.

FREQ WMCONST

Pour les variables ci-dessous, ne réaliser ces vérifications qu'avec les enfants ayant donné leur consentement, c'est-à-dire **SELECT WMCONST=1**

MEANS WMAGE

MEANS WMMUAC

FREQ PREGANT

FREQ LACTAT

FREQ LACTATU6

FREQ BSFP

Données manquantes

Vous devriez vérifier les données manquantes dans votre base de données et mettre une note sur cela dans le rapport final d'enquête SENS. **Se référer à la section « Vérification des données » pour des instructions détaillées sur la vérification des données manquantes.**

Les commandes ci-dessous devraient être exécutées séparément, une à une. Après la sélection de la variable en utilisant le code présenté ci-dessous, utiliser la commande « LIST » pour visionner les enregistrements avec des données manquantes. Puis, annuler la variable sélectionnée en tapant « SELECT » et procéder à la vérification d'une autre variable.

Cette étape de vérification des données manquantes est importante que ce soit pour une enquête SENS utilisant les méthodes MDC ou pour une enquête utilisant le papier.

Pour les variables ci-dessous, ne réaliser ces vérifications qu'avec les enfants ayant donné leur consentement, c'est-à-dire **SELECT WMCONST=1**

SELECT WMAGE=(.)

SELECT (ceci annulera la variable sélectionnée)

SELECT WMMUAC=(.)

SELECT PREGNANT=(.)

SELECT LACTAT=(.)

SELECT LACTATU6=(.)

ANALYSE DES DONNÉES

Les résultats issus des données de l'enquête fictive PIL_0618_WM_PILOT (Enquête avec échantillonnage aléatoire simple) sont présentés ci-dessous.

Statut physiologique et âge des femmes (Optionnel)

STATUT PHYSIOLOGIQUE ET ÂGE DES FEMMES (OPTIONNEL)

Statut physiologique	Nombre/total	% de l'échantillon
Non enceinte, non allaitante	122/279	43,7%
Enceinte	42/279	15,1%
Allaitante avec un enfant de moins de 6 mois	45/115	39,1%
Allaitante avec un enfant de plus de 6 mois	70/115	60,9%
Age moyen en années [min, max] (toutes les femmes)	26,6 ans [15-47]	

Pourcentage de femmes non-enceintes et non-allaitantes

```
SELECT PREGNANT<>8 AND LACTAT<>8
```

```
DEFINE NONPREGLACT
```

```
IF PREGNANT=2 AND LACTAT=2 THEN
```

```
    NONPREGLACT="YES"
```

```
ELSE
```




```
    NONPREGLACT="NO"
```

```
END
```

```
FREQ NONPREGLACT
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ NONPREGLACT PSUVAR=CLUSTER
```

NONPREGLACT	Frequency	Percent	Cum. Percent	
NO	157	56,27%	56,27%	
YES	122	43,73%	100,00%	
Total	279	100,00%	100,00%	

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).




Pourcentage de femmes enceintes

```
SELECT PREGNANT<>8
```

```
FREQ PREGNANT
```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ PREGNANT PSUVAR=CLUSTER
```

PREGNANT	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	42	15,05%	15,05%	
2	237	84,95%	100,00%	
Total	279	100,00%	100,00%	

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Pourcentage de femmes allaitantes avec un nourrisson de moins de 6 mois

SELECT LACTAT=1 AND LACTATU6<>8

FREQ LACTATU6

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ LACTATU6 PSUVAR=CLUSTER

LACTATU6	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	45	39,13%	39,13%	
2	70	60,87%	100,00%	
Total	115	100,00%	100,00%	

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Pourcentage de femmes allaitantes avec un nourrisson de plus de 6 mois

SELECT LACTAT<>8

FREQ LACTATU6

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ LACTATU6 PSUVAR=CLUSTER

LACTATU6	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	45	39,13%	39,13%	
2	70	60,87%	100,00%	
Total	115	100,00%	100,00%	

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Age moyen des femmes

MEANS WMAGE

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
279,0000	7417,0000	26,5842	58,9992	7,6811	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
15,0000	20,0000	26,0000	31,0000	47,0000	30,0000

Mesure du PB chez les femmes (optionnel)

PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION SELON LE PB CHEZ LES FEMMES NON ENCEINTES ET NON ALLAITANTES (LES VALEURS SEUILS DU PB SONT À ADAPTER À CHAQUE CONTEXTE) (OPTIONNEL – UNIQUEMENT EN CAS DE PRÉOCCUPATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LA CONDITION NUTRITIONNELLE DES FEMMES))

	Nombre/total	% (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition selon le PB (PB < 230 mm)	19/122	15,6% (9,6-23,3)

PRÉVALENCE DE LA MALNUTRITION SELON LE PB CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES AVEC UN ENFANT DE MOINS DE 6 MOIS (LES VALEURS SEUILS DU PB SONT À ADAPTER À CHAQUE CONTEXTE) (OPTIONNEL)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Prévalence de la malnutrition selon le PB (PB < 230 mm)	7/87	8,1% (3,3-15,9)

PB chez les femmes non-enceintes et non-allaitantes (optionnel)

DEFINE WMMUAC_c

RECODE WMMUAC TO WMMUAC_c

LOVALUE – [INSERT VALUE] = “LOW MUAC”

[INSERT VALUE] - HIVALUE = «NORMAL»

END

SELECT PREGNANT=2 OR PREGNANT=8 (Ceci est équivalent à SELECT PREGNANT<>1)

SELECT LACTAT=2 OR LACTAT=8 (Ceci est équivalent à SELECT LACTAT<>1)

FREQ WMMUAC_c

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WMMUAC_c PSUVAR=CLUSTER

WMMUAC_C	Frequency	Percent	Cum. Percent	
LOW MUAC	19	15,57%	15,57%	
NORMAL	103	84,43%	100,00%	
Total	122	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

LOW MUAC	9,64%	23,25%
NORMAL	76,75%	90,36%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

PB chez les femmes enceintes et allaitantes avec un nourrisson de moins de 6 mois (optionnel)

DEFINE PLWMUAC

RECODE WMMUAC TO PLWMUAC

LOVALUE – [INSERT VALUE] = “LOW MUAC”

[INSERT VALUE] - HIVALUE = «NORMAL»

END

SELECT PREGNANT=1 OR LACTATU6=1

FREQ PLWMUAC

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ PLWMUAC_c PSUVAR=CLUSTER

PLWMUAC	Frequency	Percent	Cum. Percent	
LOW MUAC	7	8,05%	8,05%	
NORMAL	80	91,95%	100,00%	
Total	87	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

LOW MUAC	3,30%	15,88%
NORMAL	84,12%	96,70%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Enrôlement au sein du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)

COUVERTURE DU PROGRAMME D'ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE (BSFP) (SI APPLICABLE)

	Nombre/total	% (IC 95%)
Couverture du programme d'alimentation supplémentaire de couverture (BSFP)	68/87	78,2% (68,0-86,3)
Nom du produit	Premix (CSB+)	
Groupe cible	Femmes enceintes et allaitantes avec un enfant de moins de 6 mois	

Vous avez besoin de sélectionner le groupe cible utilisé dans la zone d'enquête pour le BSFP (voir les exemples ci-dessous) :

SELECT PREGNANT=1 OR LACTATU6=1 AND WMBSFP <>8

SELECT PREGNANT=1 AND WMBSFP <>8

FREQ WMBSFP

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WMBSFP PSUVAR=CLUSTER

WMBSFP	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	68	78,16%	78,16%	
2	19	21,84%	100,00%	
Total	87	100,00%	100,00%	

Exact 95% Conf Limits

1	68,02%	86,31%
2	13,69%	31,98%

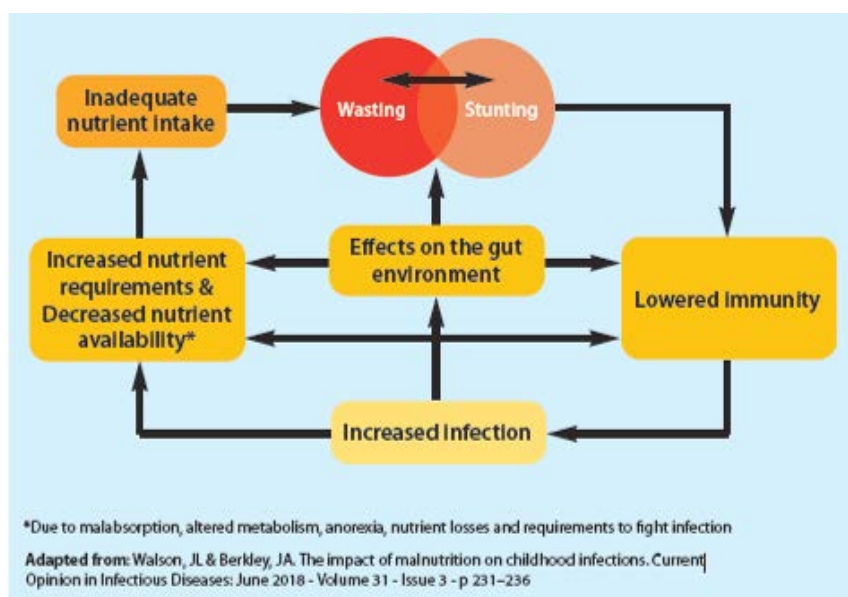
SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Annexe 10 – Analyse du “WaSt”⁶ (émaciation et retard de croissance)

Introduction⁷

- L'émaciation et le retard de croissance sont fréquents. Ils sont impliqués dans la mort de près de deux millions d'enfant chaque année et comptent pour plus de 12% en termes d'années de vie perdues ajustées sur l'incapacité, chez les jeunes enfants.
- L'émaciation et le retard de croissance ont tendance à être traités séparément malgré la preuve d'une causalité commune et le fait que les enfants peuvent souffrir simultanément des deux types de malnutrition (WaSt). Le processus menant à l'émaciation et au retard de croissance implique de multiples facteurs de risque et des interactions qui peuvent évoluer dans le temps, comme, notamment, une mauvaise alimentation et des pratiques alimentaires inadéquates ainsi que des épisodes de maladies infectieuses et de contamination environnementale.

FIGURE 1 EMACIATION, RETARD DE CROISSANCE ET CYCLE D'INFECTION



- Il est de plus en plus manifeste qu'un enfant émacié est plus à risque de souffrir de retard de croissance et qu'un enfant présentant un retard de croissance est plus à risque de souffrir d'émaciation. Le risque de décès augmente lorsqu'un enfant est de plus en plus émacié, ce qui est également vrai lors d'un retard de croissance. Les enfants à la fois émaciés et en retard de croissance (simultanément) connaissent un risque de mortalité accru de type multiplicatif.

⁶ WaSt: Wasting and Stunting

⁷ Sources:
 Myatt *et al.* Children who are wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries. *Archives of Public Health* (2018) 76:28. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0277-1>
 Wasting-Stunting Technical Interest Group (WaSt TIG). Child wasting and stunting: Time to overcome the separation. A briefing note for policy makers and programme implementers. ENN, June 2018.

- Le “WaSt” affecte plus particulièrement les jeunes enfants et les enfants de sexe masculin.
- La prévalence de “WaSt” devrait être rapportée de manière routinière.

Emaciation et retard de croissance (optionnel)

Les instructions décrites ci-dessous devraient être suivies dans Epi Info.

PREVALENCE DE L'EMACIATION ET DU RETARD DE CROISSANCE SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR SEXE

	Tous n = 483	Garçons n = 253	Filles n = 230
Prévalence de “WaSt” (PTZ < - 2 et TAZ < -2)	(12) 2,5% (1,4-4,3 IC 95%)	(9) 3,6% (1,6-6,7 IC 95%)	(3) 1,3% (0,3-3,8 IC 95%)

PREVALENCE DE L'EMACIATION ET DU RETARD DE CROISSANCE SELON L'INDICE POIDS-POUR-TAILLE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET L'INDICE TAILLE-POUR-ÂGE EXPRIMÉ EN Z-SCORES ET PAR GROUPE D'ÂGE

	Tous n = 483	6-23 mois n = 173	24-59 mois n = 310
Prévalence de “WaSt” (PTZ < - 2 et TAZ < -2)	(12) 2,5% (1,4-4,3 IC 95%)	(7) 4,1% (1,6-8,2 IC 95%)	(5) 1,6% (0,7-3,7 IC 95%)

La meilleure façon de réaliser cette analyse est d'exporter les données anthropométriques d'ENA vers Excel. Les flags pour le PTZ et le TAZ (flags SMART) devraient être exclus de l'analyse du PTZ/TAZ en utilisant les codes PGM suivants :

DEFINE Flag_WHZ_WHO YN

IF [Flag-WHO] = "WHZ" THEN
 Flag_WHZ_WHO = (+)
END

IF [Flag-WHO] = "WAZ,WHZ" THEN
 Flag_WHZ_WHO = (+)
END

IF [Flag-WHO] = "HAZ,WHZ" THEN
 Flag_WHZ_WHO = (+)
END

IF [Flag-WHO] = "WAZ,HAZ,WHZ" THEN
 Flag_WHZ_WHO = (+)
END

```

DEFINE Flag_HAZ_WHO YN
IF [Flag-WHO] ="HAZ" THEN
    Flag_HAZ_WHO= (+)
END

IF [Flag-WHO] = "WAZ,HAZ" THEN
    Flag_HAZ_WHO = (+)
END

IF [Flag-WHO] = "WHZ,HAZ" THEN
    Flag_HAZ_WHO = (+)
END

IF [Flag-WHO] = "WAZ,HAZ,WHZ" THEN
    Flag_HAZ_WHO = (+)
END

```

Analyse du "WaST" chez les enfants âgés de 6-59 mois par sexe

```

DEFINE WAST NUMERIC

IF [WHZ-WHO] <-2.000 AND [HAZ-WHO] <-2.000 AND [HAZ-WHO] <-2.000
THEN
    WAST =1
ELSE
    WAST =2
END

IF [WHZ-WHO] = (.) THEN
    WAST = (.)
END

IF [HAZ-WHO] = (.) THEN
    WAST = (.)
END

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.)

FREQ WAST

```

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

```
FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER
```

WAST	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	12	2.48%	2.48%	
2	471	97.52%	100.00%	
Total	483	100.00%	100.00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	1.43%	4.29%
2	95.71%	98.57%

SELECT SEX="f"

FREQ WAST

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER

WAST	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	3	1.30%	1.30%	
2	227	98.70%	100.00%	
Total	230	100.00%	100.00%	

Exact 95% Conf Limits

1	0.27%	3.76%
2	96.24%	99.73%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND SEX="m"

FREQ WAST

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER

WAST	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	9	3.56%	3.56%	
2	244	96.44%	100.00%	
Total	253	100.00%	100.00%	

Exact 95% Conf Limits

1	1.64%	6.65%
2	93.35%	98.36%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Analyse du "WaST" par groupe d'âge

Utiliser la variable nouvellement générée "WAST" définie ci-dessus pour conduire l'analyse suivante.

DEFINE AGEGROUP

RECODE MONTHS TO AGEGROUP

6 - 23.99 = 1

24 - 59.99 = 2

END

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.)

FREQ WAST

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER

SELECT AGEGROUP=1

FREQ WAST

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER

WAST	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	7	4.05%	4.05%	
2	166	95.95%	100.00%	
Total	173	100.00%	100.00%	

Exact 95% Conf Limits

1	1.64%	8.16%
2	91.84%	98.36%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND AGE-GROUP=2

FREQ WAST

Si vous analysez une enquête avec échantillonnage en grappes, vous aurez besoin d'utiliser les commandes « Échantillons Complexes » au sein du module « Statistiques Avancées » et le code suivant :

FREQ WAST PSUVAR=CLUSTER

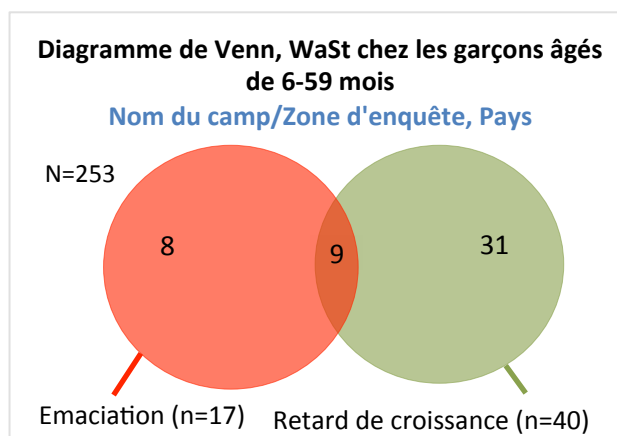
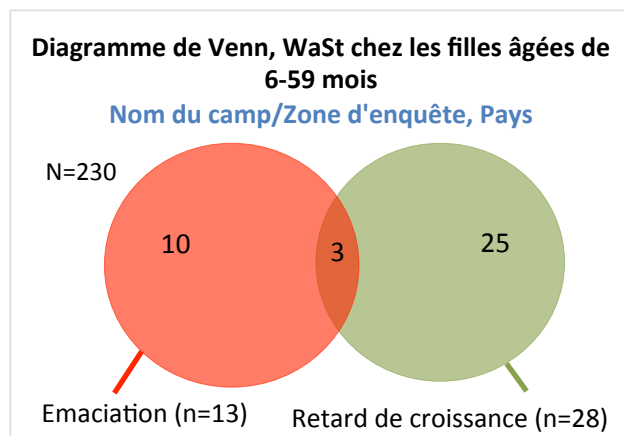
WAST	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	5	1.61%	1.61%	
2	305	98.39%	100.00%	
Total	310	100.00%	100.00%	

Wilson 95% Conf Limits

1	0.69%	3.72%
2	96.28%	99.31%

SELECT (ceci annulera la/les variable(s) sélectionnée(s) ; à exécuter uniquement après que l'analyse ait été effectuée et que les résultats aient été enregistrés).

Diagramme de Venn – “WaSt” par sexe



```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND [WHZ-
WHO] <-2.000 AND [HAZ-WHO] >=-2.000
```

FREQ SEX

SEX	Frequency	Percent	Cum. Percent	
f	13	43.33%	43.33%	
m	17	56.67%	100.00%	
Total	30	100.00%	100.00%	

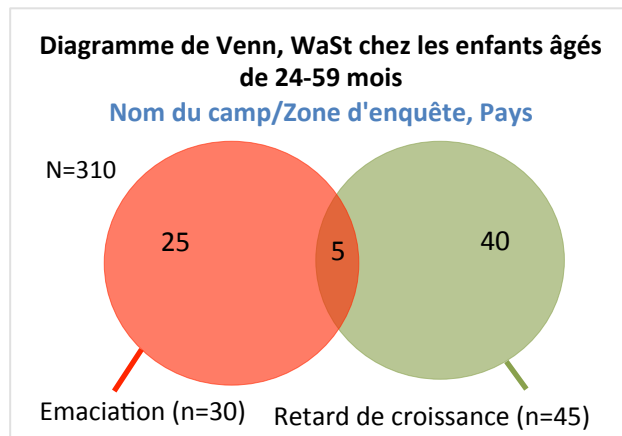
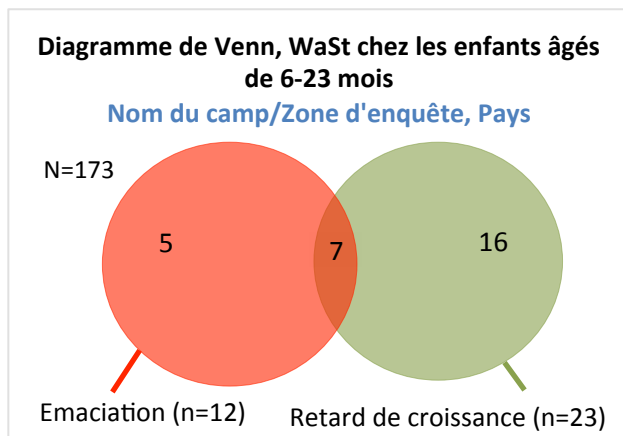
SELECT

```
SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND [HAZ-
WHO] <-2.000 AND [WHZ-WHO] >=-2.000
```

FREQ SEX

SEX	Frequency	Percent	Cum. Percent	
f	28	41.18%	41.18%	
m	40	58.82%	100.00%	
Total	68	100.00%	100.00%	

SELECT

Diagramme de Venn – “WaSt” par groupe d’âge

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND [WHZ-WHO] <-2.000 AND [HAZ-WHO] >=-2.000

FREQ AGEGROUP

AGEGROUP	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	12	28.57%	28.57%	
2	30	71.43%	100.00%	
Total	42	100.00%	100.00%	

SELECT

SELECT MONTHS>=6 AND MONTHS<60 AND Flag_WHZ_WHO = (.) AND Flag_HAZ_WHO = (.) AND [HAZ-WHO] <-2.000 AND [WHZ-WHO] >=-2.000

FREQ AGEGROUP

AGEGROUP	Frequency	Percent	Cum. Percent	
1	23	33.82%	33.82%	
2	45	66.18%	100.00%	
Total	68	100.00%	100.00%	

SELECT



ENQUÊTE STANDARDISÉE ÉLARGIE
UNHCR – SENS POUR LES POPULATIONS
DE RÉFUGIÉS

MODULE 2:
ANTHROPOMÉTRIE ET SANTÉ