



Evaluation nutritionnelle rapide dans la Sangha Mbaéré, République Centrafricaine, Juillet, 2013

Rapport d'évaluation
Juillet 2013



Contenu

1. Introduction	3
2. Objectifs.....	4
3. Entretien et récolte de données.....	4
4. Méthodologie d'évaluation nutritionnelle rapide	5
4.1. Population et zone enquêtée.....	5
4.2. Taille des échantillons.....	5
4.3. Méthode d'échantillonnage.....	5
4.4. Collection de données et analyse.....	6
5. Résultats.....	6
5.1. Boda	6
5.2. Nola.....	7
5.3. Salo	8
5.4. Ngoulo.....	8
5.5. Mbanza.....	9
6. Conclusion et recommandations.....	10
6.1. Conclusion	10
6.2. Recommandations	10
7. Annexes	11
7.1. Quartiers et villages sélectionnés.....	11
7.2. Méthode EPI	13

1. Introduction

La mission d'évaluation nutritionnelle rapide d'ACF dans la préfecture de Sangha Mbaéré intervient suite à la première mission d'évaluation multisectorielle rapide menée du 02 au 07 juin 2013 dans la Préfecture Sanitaire et particulièrement dans la sous-préfecture de Nola et la commune de Salo dans le cadre des activités du projet RRM. Le principal résultat de cette évaluation est une situation nutritionnelle des plus préoccupantes entraînant une importante mortalité infantile.

Des évaluations nutritionnelles rapides ont été réalisées dans 4 localités de la Sangha Mbaéré et une localité de la Lobaye : Nola, Mbanza, Ngoulo, Salo et Boda.

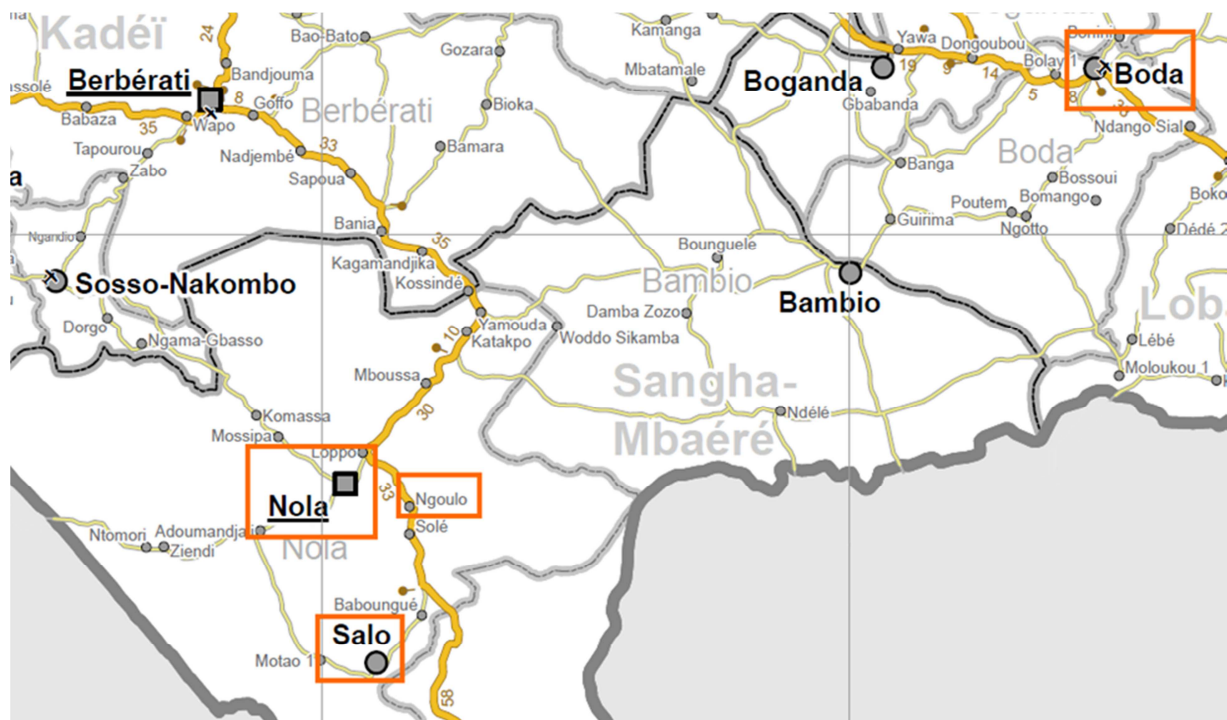


Figure 1 : Carte des localités couvertes par les évaluations nutritionnelles rapides

La méthodologie utilisée pour l'évaluation nutritionnelle rapide fournit un outil facile d'utilisation dans les situations où une préoccupation sur la situation nutritionnelle de la population est suscitée en raison de changements importants affectant ses moyens d'existence et sa résilience, comme des déplacements, des désastres naturels comme des inondations ou des sécheresses, ou quand une zone précédemment inaccessible devient accessible. Les résultats d'une évaluation nutritionnelle rapide apportent des orientations dans la première réponse d'urgence.

De plus, une récolte de données auprès des formations sanitaires a été effectuée sur les cas de palu traité au cours des mois de juin et juillet, ainsi que les cas de décès enregistrés. Une rencontre avec le médecin de l'hôpital de Nola a été organisée, ainsi qu'avec le responsable de centre de Mbanza.

2. Objectifs

Objectif général :

Compléter les résultats de l'évaluation RRM de Juin 2013 par des données nutritionnelles fiables et de qualité.

Objectifs spécifiques :

- Estimer la prévalence de la malnutrition aiguë au sein des enfants de 6-59 mois dans les localités de Boda (Lobaye), Nola, Salo, Mbanza, Ngoulo (Sangha Mbaéré) ;
- Améliorer notre connaissance des dynamiques locales, notamment celles en liens avec la situation sanitaire et nutritionnelle actuelle.

3. Entretien et récolte de données

Les données sur le palu sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Nombre de cas de Palu simple et grave en Juin et Juillet 2013 dans les localités visitées

	Juin		Juillet	
	Palu simple	Palu grave	Palu simple	Palu grave
NOLA				
Formation sanitaire EEB				
< 5ans	57	39	77	41
>5ans	54	23	17	20
Décès	0	0	0	0
Formation sanitaire Bon Samaritain				
<5ans	32	-	37	-
>5ans	-	-	18	-
Décès	-	-	-	1
Hôpital Préfectoral				
<5ans	66	-	85	-
>5ans	29	-	39	-
Décès	4 <5ans 1 >5ans	-	10 <5ans 1 >5ans	-
MBANZA				
< 5ans	67	-	53	-
>5ans	15	-	21	-
Décès	-	-	10 <5ans	-
NGOULO				
<5ans	29	-	34	-
>5ans	13	-	9	-
Décès	-	-	3 (<5 ans cause inconnue)	-

Des entretiens ont été menés avec le Médecin de l'Hôpital Préfectoral de Nola, ainsi qu'avec les responsables des formations sanitaires de Mbanza, EEB de Nola, Bon Samaritain de Nola. Suite à ces entretiens il apparaît qu'aucun cas de rougeole n'avait été enregistré dans la zone depuis le mois de juin. La principale cause de décès enregistrée était le palu.

Le Médecin de l'Hôpital de Nola avait pu effectuer un ravitaillement en médicament pour l'hôpital. Cependant les autres formations sanitaires avaient peu de médicaments à leur disposition pour traiter les différentes pathologies de patients se présentant dans leur centre.

4. Méthodologie d'évaluation nutritionnelle rapide

4.1. Population et zone enquêtée

Les évaluations ont été menées dans 4 localités de la Sangha Mbaéré et une localité de la Lobaye. Les données du recensement de 2003, avec un taux de croissance de 2,3% par an de la population considérée, ont été utilisées pour permettre de calculer des échantillonnages d'enfants représentatifs pour chaque localité. En Juillet 2013, la répartition des populations dans chaque localité était la suivante :

Tableau 2 : Répartition de la population dans les localités enquêtées, République Centrafricaine, Juillet 2013

Noms des localités	Population totale	Population des enfants de 6 - 59 mois
Boda	31 249	5 094
Nola	40 552	6 610
Salo	3 476	567
Mbanza	2 824	460
Ngoulo	1 749	285

La population cible de cette évaluation est les enfants âgés de 6 à 59 mois, représentant 16,3%.

4.2. Taille des échantillons

La taille d'échantillon est variable suivant les localités et leurs populations. Pour les plus grosses localités (Nola et Boda) distribuées en quartier et dont le nombre de population était connue, un échantillon de 200 enfants a été retenu, comme recommandé dans la méthodologie d'évaluation nutritionnelle rapide, avec une précision de 5,3% qui est acceptable avec une prévalence attendue de la malnutrition aiguë globale de 10%.

Pour Salo, dont la répartition de population par quartier n'était pas disponible, il a été décidé de réaliser l'évaluation dans chacun des quartiers avec un nombre d'enfants identiques dans chacun de ceux-ci. Dans ce cas précis, la situation nutritionnelle de 20 enfants devait être évaluée.

Pour Ngoulo et Mbanza, la totalité des enfants âgés de 6 à 59 mois a été évaluée.

4.3. Méthode d'échantillonnage

Pour les villes de Boda et Nola, une méthodologie SMART avec un sondage en grappe à deux degrés a été utilisée pour l'évaluation nutritionnelle. Une sélection par cluster en utilisant ENA software (version 2011) a été employée. Les clusters ont été sélectionnés avec la méthodologie Probabilité Proportionnelle à la taille (PPS). Les clusters sélectionnés sont en annexe 1. Au niveau des grappes, la sélection des maisons s'est faite selon la méthodologie EPI-transversale (Cf. annexe 2).

Dans le village de Salo, après avoir obtenu une liste de quartiers mais n'ayant pas la répartition de la population, chacun des 11 quartiers a été enquêté avec un nombre identique de 20 enfants. Dans chaque quartier, la méthodologie EPI-transversale a été retenue afin de sélectionner aléatoirement les maisons.

4.4. Collecte de données et analyse

Il avait été planifié 5 jours de collecte de données, entre le 24 et le 30 juillet. Les données pour la ville de Boda ont été collectées sur 2 jours. Les autres localités ont été réalisées en une journée.

Les enquêteurs ont reçu une formation d'une journée (23 juillet), sur la malnutrition, la sélection des ménages, la détermination de l'âge (à l'aide du calendrier des événements), et les mesures du Périmètre brachial et la détection des œdèmes, ainsi que sur le remplissage du questionnaire. Un test de standardisation a été effectué auprès des enquêteurs pour déterminer la qualité de leur mesure et ainsi former des équipes de 2 personnes avec un mesureur et une personne en charge d'inscrire les mesures.

Tous les enfants âgés de 6 à 59 mois trouvés dans les ménages sélectionnés ont été inclus dans l'évaluation. Le périmètre brachial et les œdèmes étaient les deux indices mesurés sur les enfants éligibles.

Tous les cas de malnutrition aiguë sévère (PB < 115 mm et/ou présence d'œdèmes bilatéraux) ont été référés aux unités nutritionnelles thérapeutiques les plus proches.

Après que les données aient été entrées et vérifiées, le logiciel ENA a généré des prévalences de malnutrition aiguë globale avec un intervalle de confiance de 95%. La malnutrition aiguë globale a été définie avec un Périmètre Brachial < 125 mm et/ou présence d'œdèmes bilatéraux.

5. Résultats

5.1. Boda

Les 25 clusters sélectionnés n'ont pas pu être visités, pour différentes raisons. La grappe n° 3 (Bobia 1) n'a pu être visitée, car elle était inaccessible en raison de la saison des pluies. La grappe n° 12 n'a pas pu être réalisée, car le quartier était plus petit que ce qui était annoncé et une seule grappe a pu être faite (n°11). Pour ces deux grappes, les clusters de remplacements ont été utilisés.

Le nombre minimum d'enfants par grappe était de 8. Un total de 221 enfants âgés de 6 à 59 mois a eu son statut nutritionnel évalué sur la mesure du Périmètre Brachial et la détection des œdèmes.

Le ratio par sexe de l'échantillon est de 0,9¹, et est de bonne qualité. La proportion par âge 6-29 mois et 30-59 mois est de 0,77, et est considérée comme de moins bonne qualité.

¹ Proportion par sexe est considérée comme normale quand elle est inclut entre 0,8 et 1,2. (Manuel SMART, 2006)

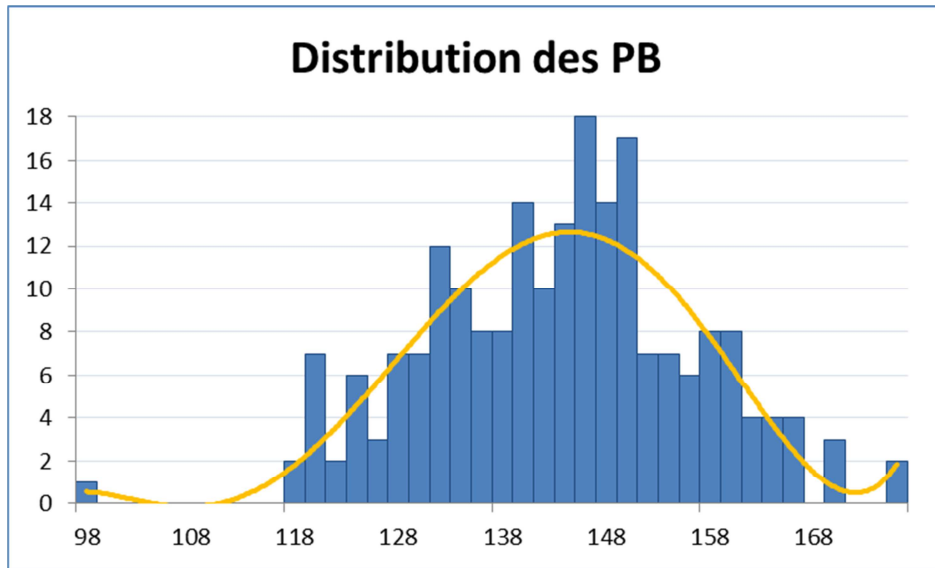


Figure 2 : Distribution des Périmètres Brachiaux, Boda, République Centrafricaine, Juillet 2013

La distribution des PB va de 98 à 176 mm avec une moyenne à 143.

La prévalence de la MAG et de la MAS basée sur le PB et/ou les œdèmes pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (n=210) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Prévalence de MAG (PB<125 mm et/ou œdèmes) et de MAS (PB<115 mm et/ou œdèmes) selon l'âge, Evaluation nutritionnelle rapide Juillet 2013, Boda, République Centrafricaine

Critère	MAG 95% IC	SAM 95% IC
Prévalence sur PB et/ou œdèmes	10,9% (6,9 - 16,6)	1,8% (0,7 - 4,7)

Un seul enfant avec œdèmes a été trouvé. Le nombre minimum d'enfants par grappe était de 8. Un total de 210 enfants ont eu leurs statuts nutritionnels évalués sur mesure du Périmètre brachial et détection des œdèmes.

5.2. Nola

Les 25 clusters sélectionnés ont pu être visités en une journée. Le ratio par sexe de l'échantillon est de 1,0, qui est de bonne qualité. Le ratio par âge 6-29 mois et 30-59 mois est de 1,06, qui est de bonne qualité.

La distribution des PB va de 95 à 173 mm avec une moyenne à 143.

La prévalence de la MAG et de la MAS basée sur le PB et/ou les œdèmes pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (n=210) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Prévalence de MAG (PB<125 mm et/ou œdèmes) et de MAS (PB<115 mm et/ou œdèmes) selon l'âge, Evaluation nutritionnelle rapide Juillet 2013, Nola, République Centrafricaine

Critère	MAG 95% IC	SAM 95% IC
Prévalence sur PB et/ou œdèmes	5,2% (2,9 - 9,1)	1,9 % (0,7 - 4,8)

Un seul enfant avec œdèmes a été trouvé et un PB à 95mm.

5.3. Salo

Les 11 quartiers ont été visités, mais le nombre minimum de 20 enfants par quartier n'a pu être atteint dans deux d'entre eux. En effet, un quartier ne contenait que 8 ménages, et seulement 10 enfants âgés de 6 à 59 mois ont pu être enquêtés. Dans un second quartier, de nombreux ménages étaient absents (aux champs) lors de notre passage, et seulement 19 enfants ont été enquêtés. Un total de 214 enfants âgés de 6 à 59 mois ont eu leurs statuts nutritionnels évalués par la mesure du Périmètre Brachial et la détection des œdèmes.

Le ratio par sexe de l'échantillon est de 1,0, qui est de bonne qualité. Le ratio par âge 6-29 mois et 30-59 mois est de 0,93, qui est de bonne qualité.

La distribution des PB va de 110 à 175 mm avec une moyenne à 142.

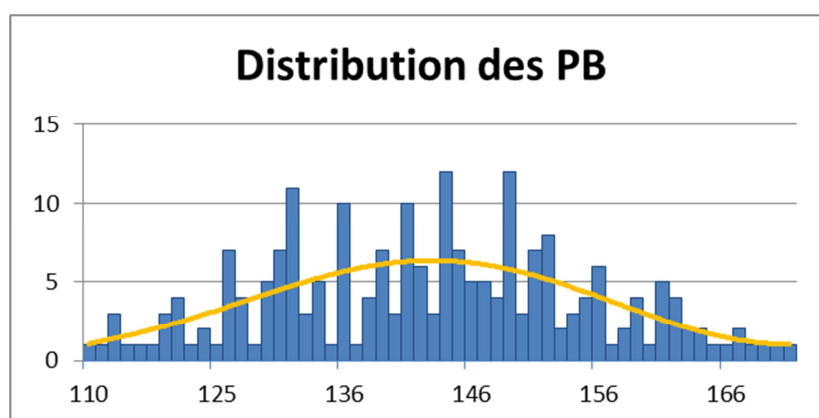


Figure 3 : Distribution des Périmètres Brachiaux, Salo, République Centrafricaine, Juillet 2013

La prévalence de la MAG et de la MAS basée sur le PB et/ou les œdèmes pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (n=214) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Prévalence de MAG (PB<125 mm et/ou œdèmes) et de MAS (PB<115 mm et/ou œdèmes) selon l'âge, Evaluation nutritionnelle rapide Juillet 2013, Salo, République Centrafricaine		
Critère	MAG 95% IC	SAM 95% IC
Prévalence sur PB et/ou œdèmes	8,4% (5,0 - 13,8)	2,3 % (0,6 - 9,2)

Un seul enfant avec œdèmes bilatéraux a été trouvé.

5.4. Ngoulo

L'ensemble de la population d'enfants âgés de 6 à 59 mois a été enquêté. Lors de notre passage, quelques ménages étaient absents, mais cela ne représentait pas plus de 3%. Un total de 284 enfants ont eu leurs états nutritionnels évalués sur mesure du Périmètre Brachial et détection des œdèmes.

Le ratio sexe de ce village est de 1,3 et le ratio âge 6-29 mois 30-59 mois est de 1,04, ce qui représente de bonnes valeurs.

La distribution des PB va de 106 à 177 mm avec une moyenne de 142.

La prévalence de la MAG et de la MAS basée sur le PB et/ou œdèmes bilatéraux pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (n=284) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Prévalence de MAG (PB<125 mm et/ou œdèmes) et de MAS (PB<115 mm et/ou œdèmes) selon l'âge, Evaluation nutritionnelle rapide Juillet 2013, Ngoulo, République Centrafricaine

Critère	MAG 95% IC	SAM 95% IC
Prévalence sur PB et/ou œdèmes	7,7% (5,2 - 11,4)	1,4 % (0,5 - 3,6)

Un seul enfant a été trouvé avec des œdèmes bilatéraux.

5.5. Mbanza

L'ensemble des enfants âgés de 6 à 59 mois a été enquêté. Lors de notre passage, quelques ménages étaient absents, mais cela ne représentait pas plus de 3%. Un total de 299 enfants ont eu leurs statuts nutritionnels évalués sur mesure du Périmètre brachial et sur détection des œdèmes.

Le ratio sexe de ce village est de 1,3 et le ratio âge 6-29 mois 30-59 mois est de 1,15. Le ratio sexe est de bonne qualité, alors que le ratio âge est un peu élevé.

La distribution des PB va de 87 à 180 mm avec une moyenne de 140.

La prévalence de la MAG et de la MAS basée sur le PB et/ou œdèmes bilatéraux pour les enfants âgés de 6 à 59 mois (n=299) est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Prévalence de MAG (PB<125 mm et/ou œdèmes) et de MAS (PB<115 mm et/ou œdèmes) selon l'âge, Evaluation nutritionnelle rapide Juillet 2013, Mbanza, République Centrafricaine

Critère	MAG 95% IC	SAM 95% IC
Prévalence sur PB et/ou œdèmes	13,7% (10,3 - 18,1)	5,4 % (3,3 - 8,5)

Trois enfants ont été trouvés avec des œdèmes bilatéraux.

6. Conclusion et recommandations

6.1. Conclusion

La situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 ans des villages enquêtés de la Sangha Mbaéré n'est pas alarmante, mais on constate que des poches de malnutrition aiguë existent. En effet, le village de Mbanza présente un taux de Malnutrition Aiguë Globale au-delà des seuils d'alerte² (MAG 13,7% (10,3 - 18,1)). Par ailleurs les taux trouvés dans les autres sites évalués ne dépassent pas ce seuil. La situation dans la zone reste à surveiller, et les poches doivent être traitées, d'autant que la période de soudure est en cours, et que certaines pathologies comme le paludisme restent peu traitées par manque de médicaments.

La situation du village de Mbanza est difficilement explicable, car il est situé dans la même zone que les autres villages enquêtés. Il est possible d'envisager que les cas de rougeoles recensés au cours du mois de juin ont pu être plus nombreux que dans les autres villages, mais les données épidémiologiques n'étaient pas disponibles dans le centre de santé.

La prise en charge nutritionnelle était existante dans la Sangha Mbaéré dans le cadre de la réponse d'urgence nutritionnelle du RRM jusqu'à fin Août 2013. Celle-ci couvrait 6 Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires et une Unité Nutritionnelle Thérapeutique. Elle est aujourd'hui arrêtée faute d'intrants médico-nutritionnels.

La situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois de Boda semble quant à elle critique. En effet le taux de MAG est de 10,9%, juste au-dessus du seuil d'alerte mais avec un taux de MAS à 1,8%. La situation doit être surveillée. La prise en charge nutritionnelle était existante dans la zone au travers de la réponse d'urgence qu'apportait le projet RRM. Elle a été stoppée fin Août 2013 faute d'intrants médico-nutritionnels.

6.2. Recommandations

- Reprendre l'appui à la prise en charge nutritionnelle dans la Sangha Mbaéré.
- Assurer un suivi de la situation nutritionnelle de la Sangha Mbaéré au travers des statistiques mensuelles des centres et du dépistage effectué par les Relais Communautaires.
- Reprendre l'appui à la prise en charge nutritionnelle dans la ville de Boda au travers de la Caritas Mbaïki.
- Assurer un suivi de la situation nutritionnelle de la ville de Boda au travers des statistiques mensuelles des centres.
- Assurer un approvisionnement régulier pour le traitement du paludisme.
- Assurer un suivi épidémiologique des pathologies telles que la rougeole et le palu.

² Seuil d'alerte défini par l'OMS MAG > 10,0%

7. Annexes

7.1. Quartiers et villages sélectionnés

Tableau 8: Quartiers sélectionnés dans la ville de Boda		
Unité géographique	Taille de la population	Cluster
Bembendem	1029	1
Boba-Yere	314	2
Bobia 1	148	3
Bolombi	400	Grappe remplacement
Camp Fonctionnaire	280	4
Camp Soumou	1065	5
Deux Ponts	786	6
Gara Dongui	690	7
Gatoro	2696	8, Grappe remplacement
Gbaguila 2	1103	9
Gbaworo	1081	10
Groupe Ali	1992	11,12
Groupe Claire	358	
Indochine	464	13
Kassai	930	14
Koudoum 1	320	15
Kpetene 1	1175	16
Kpetene 2	862	Grappe remplacement
Kpom Banga	1419	17
Lipondo	1127	18
Mbombo	2226	19,2
Nazareth	1557	21,22
Ngandja	1311	23
Ouham	646	24
Paris Congo	726	25

Tableau 9 : Quartiers sélectionnés dans la ville de Nola		
Unité géographique	Taille de la population	Grappes
Alombe	1129	1
Bekari	2094	2,3
Dengba-Bangos	4003	Grappe de remplacement, 4, 5
Efbaca	670	6
Mbeka	4294	7,8, Grappe de remplacement
Metezoua	3071	9, Grappe de remplacement
Momori	1216	10
Namboui 1	3905	11, 12, 13
Namboui 2	3414	14,15
Ngamokombo	235	16
Poto-Poto	2213	17
Sesam 2	2565	18,19
Tanga	1307	20
Zingui(1Et2)	5854	21, 22, 23, 24
Zo Kwe Zo	2099	25

7.2. Méthode EPI

Le Programme élargi de vaccination-PEV-- (*Expanded Program of Immunization*—EPI en anglais) recommanda à la fin des années 1970 une procédure de sélection des échantillons dans le cadre des enquêtes mesurant la couverture vaccinale. Cette procédure a été légèrement modifiée et utilisée par certaines équipes pour les enquêtes de nutrition.

Pour appliquer cette méthode, il faut:

- a. Trouver d'abord le centre du village ou segment dans lequel vous menez votre enquête, et sélectionner au hasard une direction en faisant tourner un crayon ou un objet pointu.
- b. Marcher tout droit dans la direction indiquée jusqu'à atteindre la limite du village ou du segment.
- c. Faire tourner de nouveau le crayon ou l'objet pointu.
- d. Marcher dans cette nouvelle direction en numérotant les ménages sur votre chemin (des deux côtés, à gauche et à droite); par exemple N = 10.
- e. Choisir au hasard un nombre entre 1 et N (ex. : entre 1 et 10, disons 7).
- f. Revenir vers le ménage numéro 7. Celui-ci représentera le premier ménage de l'enquête.
- g. Continuer vers le ménage suivant, du côté droit, jusqu'à ce que la grappe soit complète.

Si l'équipe arrive à la limite du village sans avoir atteint le nombre requis de ménages pour compléter la grappe, elle doit revenir au centre du village et répéter les étapes a à g.

Si tous les ménages d'un village sont sélectionnés et que malgré cela la grappe n'a pas été complétée, l'équipe d'enquête doit se rendre au village voisin le plus proche et répéter les étapes a à g jusqu'à ce que tous les ménages nécessaires pour former la grappe aient été interrogés.