

République Islamique de Mauritanie
Honneur-Fraternité-Justice



Ministère de la Santé
Direction de la Santé de Base et la Nutrition

ENQUETE NUTRITIONNELLE NATIONALE

Utilisant la méthodologie SMART

MAURITANIE, Juillet 2013

NOTE DE SYNTHÈSE DES RESULTATS PRELIMINAIRES

EUROPEAN COMMISSION



Humanitarian Aid



Juillet 2013

INTRODUCTION ET JUSTIFICATION

La Mauritanie est, à l'image des pays de la zone sahélienne, sujette à des aléas climatiques qui affectent sa production agricole et par conséquent la situation de sécurité alimentaire des populations.

Afin d'évaluer régulièrement la situation nutritionnelle des populations et d'anticiper sur l'impact des crises alimentaires, le Ministère de la Santé a inscrit dans sa composante de surveillance nutritionnelle la mise en œuvre d'enquêtes nutritionnelles nationales biennuelles (une en période de soudure, en juin - juillet et la seconde en période post-récolte, en novembre – décembre).

Ces enquêtes basées sur la méthodologie SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) sont mises en œuvre grâce au soutien des partenaires au développement et principalement de l'UNICEF.

Le cadre institutionnel repose sur la mise en place d'un comité technique de pilotage placé sous la présidence de la Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (DSBN) et qui regroupe plusieurs départements et services techniques ainsi que les partenaires du système des Nations-Unies, des ONG et du milieu académique. Cette organisation a permis une implication effective des partenaires ayant un intérêt et des compétences techniques dans la conduite et le suivi de ces enquêtes mais aussi de garantir la validation du processus de collecte des données et des résultats qui en découlent.

Ainsi, ces enquêtes ont permis de mesurer et de caractériser la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans au niveau national et au niveau des zones ciblées (une ou plusieurs wilayas), durant la période de soudure et post-récolte tout en collectant des données complémentaires d'intérêt sur les comportements et les pratiques en lien avec la nutrition, santé et eau et assainissement. La mise à disposition de ces informations nutritionnelles a contribué à faciliter les analyses des tendances intra et interannuelles mais surtout de définir la nature et l'ampleur des interventions nutritionnelles à mettre en œuvre.

Cette année, l'enquête nutritionnelle nationale a connu une évolution significative dans son organisation et sa mise en œuvre. En effet, après avoir bénéficié d'un appui externe soit par des consultants ou des bureaux d'études, la DSBN accompagnée par l'UNICEF a pris sous sa responsabilité la totalité des aspects techniques, logistiques et financiers de mise en œuvre. La présente enquête a donc été entièrement mise en œuvre par la DSBN sous le contrôle et la supervision du comité technique de pilotage et le soutien de l'Office Nationale de la Statistique (ONS) dans le tirage de l'échantillon et des Districts de Recensement. Cette enquête constitue une étape supplémentaire dans l'intégration des enquêtes nutritionnelles dans le dispositif national de surveillance nutritionnelle.

En plus de ces avancées significatives, l'enquête nutritionnelle de juillet 2013 a permis d'améliorer le niveau de représentativité en passant d'une représentativité régionale à celle des districts (Moughataa). Ce changement répond à une préoccupation des partenaires pour mieux cibler leurs interventions et fournir l'appui nécessaire aux populations les plus nécessiteuses.

Cette enquête, inscrite dans le répertoire des enquêtes du Comité National des Statistiques, a été réalisée grâce au financement de ECHO, « Commission Européenne, Direction Générale de l'Aide Humanitaire ».

OBJECTIF

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau de chacune des zones de l'enquête, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles.

Objectifs spécifiques de l'enquête

- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë (Poids/Taille) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois au niveau national et au niveau de chacune des zones de l'enquête ;
- Déterminer la prévalence de l'insuffisance pondérale (Poids/Âge) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau national et au niveau de chacune des zones de l'enquête ;
- Déterminer la prévalence de la malnutrition chronique (Taille/Âge) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois au niveau national et au niveau de chacune des zones de l'enquête ;
- Déterminer le taux brut de décès et le taux de décès chez les enfants de moins de 5 ans au cours d'une période de rappel de 150 jours, au niveau national et au niveau de chacune des zones d'enquête.

METHODOLOGIE

L'ensemble de l'enquête a été conduite en suivant la méthodologie SMART, une méthodologie permettant la réalisation d'enquête nutritionnelle et de mortalité standardisée, simplifiée, rapide et transparente et permettant l'amélioration de la qualité des données anthropométriques.

L'enquête s'est déroulée du 28 juin au 14 juillet 2013, 12504 ménages ont été enquêtés et les mesures ont été prises sur 14053 enfants de moins de cinq ans dont 12837 enfants de 6 à 59 mois.

L'échantillonnage a été réalisé en utilisant une méthodologie de sondage par tirage aréolaire, stratifiée et à deux degrés. Grâce à cette méthodologie, l'enquête a pu produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays à tous les niveaux géographiques ; Moughataa, Wilaya et national.

Compte tenu de la disparité géographique de la population et la densité démographique très faible dans certaines Moughataa (District), un regroupement a été fait au niveau Wilayas et Moughataa (voir

Tableau 1). Dans chacune de ces zones, un échantillon représentatif a été tiré au hasard selon la méthodologie SMART avant d'être transmis à l'ONS pour la sélection aléatoire des districts de recensement garantissant une représentativité

Tableau 1 : Zones d'enquête base de sondage

Wilayas	Zones d'enquête
Hodh Charqui	Nema-Oualata
	Bassiknou-Nbeiketlehwach
	Timbedra
	Amourj
	Djigueni

HodhGharbi	TintanTamcheket
	Aioun
	Koubeni
Assaba	Kiffa-Guerou-Boumdeid
	Kankossa
	Barkeol
Gorgol	KaediMaghama
	Monguel-Mbout
Brakna	Boghe-Mbagne-Bababe
	Aleg-MaghtaLahjar
Trarza	Rosso-Rkiz-Kermacine
	Boutilmit-Ouad Naga-Mederdra
Nord	Adrar-Tiris- Inchiri
Nouadhibou	Nouadhibou-Shami-Nouamghar
Tagant	Moujeria-Tichit
	Tijikja
Guidimakha	Selibaby
	OuldYenge
Nouakchott	Nouakchott

a. Taille des échantillons

Le calcul de la taille des échantillons a été effectué de façon indépendante dans chacune des strates avec le logiciel ENA (version Novembre 2011). Les tailles d'échantillons sont calculées pour chacune des strates avec la prévalence de MAG attendue issue de l'enquête de Juillet 2012, les précisions ajustées selon les recommandations SMART, les effets de grappe issus également des enquêtes de juillet 2012, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans la population, et le nombre moyen d'individus par ménage.

Pour déterminer la taille finale de l'échantillon, la strate avec la plus grande taille en nombre de ménages a servi de référence pour toutes les autres strates.

La taille globale des échantillons est donc estimée à près de 12 504 ménages pour l'ensemble des strates : 632 grappes de 16 à 26 ménages chacune enquêtées au sein de chacune des strates.

b. Préparation de l'enquête

Le lancement de l'enquête a démarré par la mise en place du **comité de pilotage** qui regroupe les représentants de la Direction de la Santé de base et de la nutrition (DSBN), La Direction de Planification de la Coopération et de l'Information Sanitaire (DPCIS) , l'Office National de Statistique (ONS), le MASEF, CSA, l'université de Nouakchott, le système des Nations Unies (UNICEF, PAM, FAO et OMS), les ONGs, (ACF, TDH, Counterpart).

Ce comité a pour rôle de valider le protocole de l'enquête y compris les aspects éthiques relatifs à la prise en charge des enfants sévèrement malnutris dépistés lors de l'enquête de terrain, le suivi des différentes étapes de l'enquête. Il joue ainsi le rôle d'assurance qualité

par le respect des standards internationaux dans ce domaine et des directives du Ministère de la Santé. Lors des réunions de ce comité, la méthodologie de l'enquête a été présentée en détail pour recueillir les recommandations et les amendements des membres. C'est seulement après validation que les étapes suivantes ont été mises en œuvre.

c. Formation et pré-test

Un atelier de formation de 5 jours a été réalisé du 20 au 25 juin 2013 en utilisant la documentation sur la méthodologie SMART. Cette formation était animée par le personnel technique du Ministère de la santé avec un appui de l'UNICEF.

Un test de standardisation a été effectué afin d'évaluer la précision et l'exactitude des mesureurs lors de la prise des mesures anthropométriques. Cette standardisation des mesures anthropométriques a été réalisée par 98 enquêteurs. Sur les 98 participants, 72 ont été retenus comme opérateurs anthropométriques car leurs niveaux de précision étaient jugés acceptables comparés à la moyenne du groupe (< 5 mm pour la mesure de la taille et le périmètre brachial et < 0,1 kg pour le poids), et organisés en 24 équipes d'enquêteurs. Ces équipes ont travaillé sous le contrôle de 6 superviseurs de zone. Chaque équipe a été composée de 3 membres : 1 chef d'équipe et 2 enquêteurs (mesureur et assistant-mesureur). Un superviseur de zone est affecté à un regroupement de quatre zones.

Une standardisation des outils (toise, balance et PB) a été réalisée avant l'exercice de standardisation et chaque matin avant le début de l'enquête afin d'éviter les erreurs potentielles résultant d'un écart dans l'un des instruments de mesure. La vérification des fiches de standardisation des outils a été l'une des tâches des superviseurs des zones. Par ailleurs, une pré-enquête a été réalisée à Nouakchott afin de s'assurer de la maîtrise des techniques de prise des mesures anthropométriques. C'est seulement après cette étape que les équipes ont été envoyées dans les différentes régions.

d. Analyse des données

La saisie des données a été effectuée concomitamment à la collecte sur le terrain avec le logiciel ENA Delta 2011. Chaque superviseur avait la responsabilité de saisir les données de son équipe. Une vérification quotidienne a été ainsi effectuée permettant de minimiser les erreurs et d'apporter des correctifs le cas échéant. A la fin de l'enquête, les données de chaque Wilayas ont été compilées puis nettoyées avant l'analyse. Cette dernière a été effectuée avec le même logiciel ENA pour les données anthropométriques. Les flags SMART ont été exclus au niveau de chacune des strates et les flags OMS ont été exclus pour l'obtention des résultats au niveau national. Des coefficients de pondération ont été utilisés pour l'obtention des prévalences nationales. ...

Les valeurs des indices nutritionnels ont été calculées par rapport à la population de référence OMS (2006)

Résultats préliminaires

L'enquête s'est déroulée du 28 juin au 14 juillet 2013. Au total plus 12 504 ménages ont été visités avec 14 053 enfants de moins de 5 ans mesurés.

A. Malnutrition aiguë

Sur le plan national, le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) s'élève à de 12,8% selon les normes OMS 2006 (Tableau 2). Ce taux, qui est en dessous du seuil d'urgence de 15%, a connu en légère hausse par rapport à celui de l'enquête de juillet 2012 (12,0%) et indique une situation nutritionnelle sérieuse. Le taux de malnutrition aiguë sévère (MAS) a également connu une légère hausse, passant 1,7% en juillet 2012 à 2,0% cette année à la même période.

Les résultats par région ont montré que la situation nutritionnelle varie de l'état dit « précaire » à « critique » à l'exception de Nouadhibou et du Nord. Les Wilayas du Tagant, Brakna, Hodh Gharbi, Gorgol, Guidimakha et Assaba, présentent une situation nutritionnelle « critique » avec des prévalences de malnutrition aiguë globale dépassant le seuil d'urgence de 15% fixé par la communauté internationale tandis que les régions du Nouadhibou et du Nord présentent une situation nutritionnelle acceptable avec des prévalences de MAG inférieures à 5% et.

A noter qu'il existe des différences importantes entre de prévalence entre certains Moughataa dans la même wilaya.

Tableau 2 : Prévalence de la malnutrition aiguë (globale, et sévère) selon l'indice Poids-pour-Taille exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART au niveau des strates et des flags OMS au niveau national), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 6 à 59 mois par région et moughataa, juillet 2013

Zones d'enquête	Echantillon	Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)
Hodh El charqui			
Nema & Oualata	n = 396	18,2 % (13,3 - 24,3 95% C.I.)	4,0 % (2,2 - 7,4 95% C.I.)
Amourj	n = 455	12,3 % (8,8 - 16,9 95% C.I.)	1,3 % (0,5 - 3,2 95% C.I.)
Timbedra	n = 521	10,9 % (8,4 - 14,1 95% C.I.)	1,0 % (0,3 - 2,6 95% C.I.)
Bassikounou	n = 443	12,6 % (9,3 - 16,9 95% C.I.)	3,2 % (2,0 - 5,0 95% C.I.)
Djigueni	n = 481	11,6 % (9,1 - 14,7 95% C.I.)	1,7 % (0,8 - 3,4 95% C.I.)
Total		13,5% (11,7 - 15,5 95% C.I.)	2,2% (1,5 - 3,0 95% C.I.)
Hodh El Gharbi			
Aioun	n = 457	9,2 % (6,9 - 12,1 95% C.I.)	2,0 % (1,1 - 3,5 95% C.I.)
Tintane & temchaket	n = 383	15,4 % (11,7 - 19,9 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Koboni	n = 325	19,4 % (14,3 - 25,7 95% C.I.)	7,4 % (4,8 - 11,3 95% C.I.)
Total		15,5% (13,0 - 18,4 95% C.I.)	3,1% (2,0 - 4,9 95% C.I.)
Assaba			
Kankossa	n = 692	13,7 % (11,0 - 17,1 95% C.I.)	1,3 % (0,6 - 2,7 95% C.I.)
Barkeole	n = 711	22,1 % (17,6 - 27,3 95% C.I.)	4,2 % (2,8 - 6,4 95% C.I.)

Kiffa-Guerrou-Boumdeid	n = 549	19,3 % (15,4 - 23,9 95% C.I.)	2,9 % (1,6 - 5,3 95% C.I.)
Total		18,6% (16,3 - 21,3 95% C.I.)	2,9% (2,0 - 4,0 95% C.I.)
Gorgol			
Monguel&Mbout	n = 469	16,8 % (12,9 - 21,7 95% C.I.)	3,4 % (1,6 - 7,0 95% C.I.)
Maghama&Kaedi	n = 555	24,3 % (20,0 - 29,3 95% C.I.)	4,1 % (2,2 - 7,5 95% C.I.)
Total		20,9% (17,8 - 24,495% C.I.)	3,8% (2,4 - 5,995% C.I.)
Brakna			
Boghé, Bababe et Mbagne	n = 510	24,1 % (18,8 - 30,4 95% C.I.)	6,7 % (4,4 - 10,1 95% C.I.)
(Aleg &Moughtarlehjar)	n = 610	13,2 % (10,5 - 16,4 95% C.I.)	2,1 % (1,1 - 3,8 95% C.I.)
Total		19,2% (15,8 - 23,095% C.I.)	3,5% (2,3 - 5,495% C.I.)
Tris-Adrar-Inchiri			
Total	n = 842	3,9 % (2,7 - 5,6 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Nouadhibou			
Total	n = 337	1,8 % (0,7 - 4,2 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Tagant			
Tidjikja	n = 398	15,6 % (12,2 - 19,7 95% C.I.)	2,3 % (1,3 - 4,0 95% C.I.)
Tichit-Moudjeria	n = 428	14,5 % (10,6 - 19,4 95% C.I.)	1,9 % (0,8 - 4,2 95% C.I.)
Total		15,1% (12,5 - 18,2 95% C.I.)	2,2% (1,4 - 3,4 95% C.I.)
Trarza			
Boutelmit-Wadnaga-Mederdra	n = 359	3,6 % (1,9 - 6,7 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Rosso-Rkiz-KEURMecene	n = 463	14,9 % (11,2 - 19,5 95% C.I.)	1,5 % (0,7 - 3,3 95% C.I.)
Total		10,1% (7,5 - 13,5 95% C.I.)	0,9% (0,4 - 1,9 95% C.I.)
Guidimakha			
Sellibaby	n = 861	20,6 % (17,2 - 24,4 95% C.I.)	4,5 % (3,1 - 6,5 95% C.I.)
Ouldjenjé	n = 686	21,7 % (17,8 - 26,2 95% C.I.)	4,1 % (2,8 - 5,9 95% C.I.)
Total		20,8% (18,2 - 23,7 95% C.I.)	4,4% (3,3 - 5,8 95% C.I.)
Nouakchott			
Total	n = 854	7,0 % (5,3 - 9,3 95% C.I.)	0,7 % (0,3 - 1,7 95% C.I.)
National			
		12,8 % (11,8 - 13,8 95% C.I.)	2,0% (1,7 - 2,3 95% C.I.)

B. Malnutrition chronique

Le taux de malnutrition chronique observé sur l'ensemble du territoire est de 20,6% avec des disparités entre les zones définies par l'enquête.

Selon la classification de l'OMS, les régions de Hodh El Chargui, et de Tagant, avec des prévalences situées entre 30 et 40%, se retrouvent en situation « sérieuse ».

Les régions de Nouakchott, Nord, Nouadhibou, et du Trarza se trouvent dans une situation « acceptable » avec une prévalence inférieure au seuil de 20%.

La prévalence de la malnutrition chronique a connu une baisse passant de 23,4% en juillet 2012 à 20,6% pour juillet 2013.

Tableau 3 : Prévalence de la malnutrition chronique (globale et sévère) selon l'indice Taille-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART au niveau des strates et des flags OMS au niveau national), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 0 à 59 mois par Moughataa

Zones d'enquête	échantillon	Prévalence Malnutrition Chronique (<-2 z-score)	Prévalence Malnutrition Chronique sévère (<-3 z-score)
Hodh El Chargui			
Nema & Oualata	n = 422	35,5 % (30,4 - 41,0 95% C.I.)	12,1 % (8,5 - 16,9 95% C.I.)
Amourj	n = 469	30,7 % (24,4 - 37,9 95% C.I.)	8,5 % (5,8 - 12,5 95% C.I.)
Timbedra	n = 571	22,9 % (18,2 - 28,4 95% C.I.)	6,7 % (4,3 - 10,1 95% C.I.)
Bassikounou	n = 490	31,6 % (27,4 - 36,2 95% C.I.)	8,6 % (6,3 - 11,5 95% C.I.)
Djigueni	n = 532	35,9 % (30,8 - 41,3 95% C.I.)	10,0 % (7,5 - 13,2 95% C.I.)
Total		31,9 % (29,4 - 34,6 95% C.I.)	9,5 % (8,0 - 11,1 95% C.I.)
Hodh El Gharbi			
Aioun	n = 489	25,4 % (20,4 - 31,0 95% C.I.)	7,0 % (4,5 - 10,6 95% C.I.)
Tintane-Tamchket	n = 427	16,6 % (13,2 - 20,7 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Kobonni	n = 353	29,2 % (23,2 - 35,9 95% C.I.)	8,5 % (5,3 - 13,3 95% C.I.)
Total		22,1% (19,2 - 25,2 95% C.I.)	4.1% (2,7 - 6,1 95% C.I.)
Assaba			
Kiffa-Guerrou-Boumdeid	n = 582	18,2 % (14,9 - 22,0 95% C.I.)	2,7 % (1,5 - 5,1 95% C.I.)
Barkeol	n = 720	26,4 % (22,1 - 31,2 95% C.I.)	7,1 % (5,0 - 9,9 95% C.I.)
Kankossa	n = 757	20,6 % (17,0 - 24,8 95% C.I.)	3,7 % (2,2 - 6,1 95% C.I.)
Total		20,9% (18,6 - 23,4 95% C.I.)	4,1% (3,0 - 5,6 95% C.I.)
Gorgol			
Monguel-Mbout	n = 505	30,9 % (27,1 - 35,0 95% C.I.)	6,9 % (4,5 - 10,4 95% C.I.)
Maghama-Kaedi	n = 620	20,4% (16,2 - 25,3 95% C.I.)	4,6 % (2,7 - 7,9 95% C.I.)
Total		25,1% (21,9 - 28,6 95% C.I.)	5.7% (4,1 - 7,8 95% C.I.)
Brakna			
Boghé, Bababé et Mbagne	n = 543	20,1 % (16,5 - 24,2 95% C.I.)	4,0 % (2,5 - 6,4 95% C.I.)
Aleg & Moughtar lehjar	n = 652	19,4% (15,7 - 23,6 95% C.I.)	5,8 % (3,9 - 8,4 95% C.I.)
Total		19,8% (17,2 - 22,5 95% C.I.)	4,8 % (3,6 - 6,4 95% C.I.)
Tris-Adrar-Inchiri			
Total	n = 941	7,7 % (5,3 - 10,9 95% C.I.)	0,2 % (0,1 - 0,9 95% C.I.)
Nouadhibou			
Total	n = 374	8,0 % (5,8 - 11,1 95% C.I.)	0,3 % (0,0 - 2,1 95% C.I.)
Tagant			
Tikdjija	n = 438	40,6 % (33,9 - 47,8 95% C.I.)	14,6 % (11,6 - 18,2 95% C.I.)
Tichit-Moudjeria	n = 467	22,7 % (19,5 - 26,3 95% C.I.)	5,6 % (3,9 - 8,0 95% C.I.)
Total		30,6 % (26,3 - 35,3 95% C.I.)	9,2 % (7,3 - 11,5 95% C.I.)
Trarza			

Boutlimitt-Wadnaga-Mederdra	n = 387	9,0 % (6,3 - 12,8 95% C.I.)	0,3 % (0,0 - 2,1 95% C.I.)
Rosso-Rkiz-KeurMecene	n = 476	18,1 % (14,2 - 22,7 95% C.I.)	2,3 % (1,2 - 4,5 95% C.I.)
Total		14,2% (11,5 - 17,5 95% C.I.)	1,5% (0,8 – 3,0 95% C.I.)
Guidimakha			
Sellibaby	n = 966	20,7 % (18,1 - 23,6 95% C.I.)	6,0 % (4,4 - 8,1 95% C.I.)
OuldYenjë	n = 782	20,7 % (17,5 - 24,4 95% C.I.)	4,2 % (3,1 - 5,8 95% C.I.)
Total		20,7 % (18,7 - 22,9 95% C.I.)	5,5 % (4,3 - 7,0 95% C.I.)
Nouakchott			
Total	n = 886	16,7 % (13,4 - 20,6 95% C.I.)	4,2 % (2,9 - 6,0 95% C.I.)
National			
Total		20,6 % (19,4 - 21,9 95% C.I.)	4,9 % (4,4 - 5,5 95% C.I.)

C. Insuffisance pondérale

Au niveau national, Près d'un enfant sur cinq (19,5%) souffre d'insuffisance pondérale globale, dont 4% affectés par sa forme sévère.

Les résultats de l'enquête indiquent que les wilayas du Gorgol, Tagant et HodsChargui, sont les plus touchées par l'insuffisance pondérale avec respectivement des taux de 29,4% 28,7% et 26,4%.

La prévalence de l'insuffisance pondérale a baissé de 20,4% en juillet 2012 à 19,5% en juillet 2013. Toutefois cette baisse n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, la désagrégation des résultats par Moughaata montre des disparités importantes au sein d'une mêmes Wilayas ou certaines Moughata dépassent 30% alors d'autres sont en dessous de 20%.

Tableau 4 : Prévalence de l'insuffisance pondérale (globale et sévère) selon l'indice Poids-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART au niveau des strates et des flags OMS au niveau national), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 0 à 59 mois par Moughataa, juillet 2013

Zones d'enquête	échantillon	Prévalence d'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	Prévalence d'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)
Hodh El Chargui			
Nema & Oualata	n = 426	30,8 % (24,7 - 37,5 95% C.I.)	8,9 % (5,9 - 13,2 95% C.I.)
Amourj	n = 476	28,4 % (22,8 - 34,6 95% C.I.)	6,9 % (4,6 - 10,3 95% C.I.)
Timbedra	n = 578	17,6 % (13,6 - 22,5 95% C.I.)	3,1 % (1,9 - 5,1 95% C.I.)
Bassikounou	n = 490	24,9 % (20,1 - 30,4 95% C.I.)	5,5 % (3,4 - 8,8 95% C.I.)
Djigueni	n = 535	27,9 % (24,7 - 31,3 95% C.I.)	6,9 % (5,4 - 8,8 95% C.I.)
Total		26,4 % (24,0 - 29,1 95% C.I.)	6,5 % (5,3 - 7,9 95% C.I.)
Hodh El Gharbi			
Aioun	n = 491	21,8 % (18,0 - 26,1 95% C.I.)	3,3 % (1,8 - 6,0 95% C.I.)
Tintane & temchaket	n = 427	17,1 % (13,9 - 20,9 95% C.I.)	0,0 % (0,0 - 0,0 95% C.I.)
Koboni	n = 364	31,9 % (25,4 - 39,1 95% C.I.)	9,6 % (5,8 - 15,5 95% C.I.)
Total		22,9% (20,0 - 26,2 95% C.I.)	3,7% (2,3 - 5,8 95% C.I.)
Assaba			
Kankossa	n = 760	22,0 % (17,8 - 26,7 95% C.I.)	3,4 % (2,1 - 5,6 95% C.I.)

Barkeole	n = 734	30,2 % (25,6 - 35,3 95% C.I.)	7,1 % (5,0 - 10,0 95% C.I.)
Kiffa-Gerou-&Boumdeid	n = 585	20,2 % (16,4 - 24,6 95% C.I.)	3,8 % (2,3 - 6,2 95% C.I.)
Total		23,5% (20,9 - 26,2 95% C.I.)	4,8% (3,7 - 6,1 95% C.I.)
Gorgol			
Monguel&Mbout	n = 525	30,1 % (25,5 - 35,1 95% C.I.)	7,0 % (4,5 - 10,8 95% C.I.)
Maghama&Kaedi	n = 620	28,7 % (24,1 - 33,8 95% C.I.)	7,0 % (4,7 - 10,2 95% C.I.)
Total		29,4% (26,2 - 32,8 95% C.I.)	7,0% (5,3 - 9,2 95% C.I.)
Brakna			
Boghé, Bababe et Mbagne	n = 566	27,6 % (22,7 - 33,0 95% C.I.)	6,4 % (4,2 - 9,6 95% C.I.)
Aleg&Moughtarlehjar	n = 678	21,0 % (17,0 - 25,8 95% C.I.)	5,8 % (4,4 - 7,8 95% C.I.)
Total		24,5 % (21,2 - 28,195% C.I.)	6,0 % (4,6 - 7,895% C.I.)
Tris-Adrar-Inchiri			
Total	n = 938	6,3 % (4,7 - 8,4 95% C.I.)	0,1 % (0,0 - 0,8 95% C.I.)
Nouadhibou			
	n = 374	4,0 % (2,1 - 7,6 95% C.I.)	0,3 % (0,0 - 2,1 95% C.I.)
Tagant			
Tikdjija	n = 438	37,0 % (30,0 - 44,6 95% C.I.)	7,5 % (5,0 - 11,3 95% C.I.)
Tichit-Moudjeria	n = 483	21,9 % (16,8 - 28,2 95% C.I.)	5,6 % (3,8 - 8,1 95% C.I.)
Total		28,7% (24,0 - 33,9 95% C.I.)	6,4% (4,8 - 8,4 95% C.I.)
Trarza			
Boutelmitt-Wadnaga-Mederdra	n = 387	2,8 % (1,6 - 5,0 95% C.I.)	0,5 % (0,1 - 2,1 95% C.I.)
Rosso –Rkiz-Keur Mecene	n = 502	15,5 % (12,1 - 19,7 95% C.I.)	2,2 % (1,1 - 4,1 95% C.I.)
Total		10,2% (7,6 - 13,5 95% C.I.)	1,5% (0,8 – 2,7 95% C.I.)
Guidimakha			
Sellibaby	n = 981	24,5 % (21,0 - 28,3 95% C.I.)	5,5 % (3,6 - 8,3 95% C.I.)
Ouldyenjë	n = 791	24,9 % (22,3 - 27,7 95% C.I.)	5,8 % (4,3 - 7,9 95% C.I.)
Total		24,6% (22,0 - 27,4 95% C.I.)	5,6% (4,1 - 7,5 95% C.I.)
Nouakchott			
Total	n = 903	11,3 % (9,0 - 14,1 95% C.I.)	1,8 % (1,1 - 2,7 95% C.I.)
National			
Total		19,1 % (17,9 - 20,4 95% C.I.)	4,0 % (3,6 - 4,5 95% C.I.)

Conclusion et recommandations préliminaires:

L'enquête nutritionnelle SMART de cette année a connu une évolution majeure avec l'introduction d'un échantillonnage représentatif au niveau des Moughataa. Cette introduction a permis de mettre en exergue les disparités au sein d'une même Wilaya. On

observe ainsi que certaines Moughattaa sont plus affectées que d'autres et ceci quelle que soit la forme de malnutrition considérée.

Par ailleurs, on observe une relative constance dans les régions les plus touchées par la malnutrition aiguë. En effet et comparativement à juillet 2012, on constate que toutes les régions qui étaient en situation de crise demeurent encore en situation critique à l'exception de la région de Hodh El Chargi où le taux de malnutrition aiguë est passé 16,2% en juillet 2012 à 13,5% en juillet 2013.

Même si le taux de malnutrition aiguë globale au niveau national reste en dessous du seuil d'urgence, il a légèrement augmenté passant de 12,0% en juillet 2012 à 12,8% pour cette enquête de juillet 2013, montrant une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans par rapport à 2012 à la même période. De même, la malnutrition aiguë sévère passe de 1,7% en juillet 2012 à 2% en juillet 2013.

La situation nutritionnelle est jugée critique dans les Wilayas (régions) du Tagant, Brakna, Hodh Gharbi, Gorgol, Guidimakha et Assaba où le taux de malnutrition aiguë globale est supérieure à 15% et nécessitent donc des interventions urgentes ciblant en particulier la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère. La région du Hodh El Gharbi jugée en situation sérieuse mais se situant à la limite du seuil d'urgence, devrait également bénéficier de ce type d'intervention. Bien que ces Wilaya soit les plus affectées, il est important de cibler en priorité les Moughataa où la situation nutritionnelle est particulièrement catastrophique pour les interventions prioritaires.

Cette enquête confirme la constante baisse de l'insuffisance pondérale même pendant les périodes de soudure malgré les prévalences élevées de malnutrition aiguë globale. Ces résultats montrent qu'il est possible, si cette tendance est maintenue, pour la Mauritanie d'atteindre la cible de 2 de l'OMD 1.

De même, au niveau national la prévalence de la malnutrition chronique est en baisse malgré la persistance des taux élevés dans certaines zones du pays.

En conclusion, les disparités régionales très nettes justifient la mise en œuvre d'une stratégie de réponse qui intègre les aspects plus urgents dans le court terme au profit des populations le plus vulnérables tout en développant des approches multisectorielles dans le moyen et le long terme pour une prise en compte et une réduction de toutes les formes de malnutrition en Mauritanie.

Compte tenu de la situation critique dans beaucoup de Moughataa malgré la mise à l'échelle du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë (PCIMA), il est primordial que les acteurs du secteur de la nutrition puisse l'état des lieux sur la qualité et la couverture de la PCIMA afin d'en tirer les leçons et définir une stratégie permettant de réduire la prévalence de la malnutrition. Ce diagnostic devra tenir de la dimension préventive de la malnutrition afin d'influencer les pratiques familiales liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'hygiène et la recherche de soin.

Compte tenu de l'importance des besoins dans certaines Moughataa, nous recommandons que des mesures immédiates soient prises pour :

- Accélérer la mise à l'échelle des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë pour rapprocher les communautés des structures de soins et améliorer la couverture ;
- Organiser des activités mobiles de dépistage et de prise en charge de la malnutrition dans toutes les Moughataa ayant une prévalence supérieure de malnutrition aiguë globale à 15%
- Renforcer le réseau des relais communautaires pour le dépistage actif et le suivi des enfants malnutris pris en charge à domicile
- Organiser des campagnes de sensibilisation de masse à travers des unités mobiles et la presse pour informer les populations et inciter la recherche de soins vers les structures de santé.
- Mettre à l'échelle le paquet d'intervention efficace recommandé dans les Moughataa présentant une prévalence de malnutrition chronique supérieure à 20% ou une prévalence de malnutrition aiguë supérieure à 5%
- Intégrer des interventions sensibles à la nutrition telles que la santé et l'eau, l'hygiène et l'assainissement pour réduire la fréquence des pathologies infantiles dans l'ensemble des régions touchées
- Renforcer le suivi et la supervision du programme PCIMA en termes de respect du protocole national (critères d'Admission et de sortie, traitement nutritionnel et médical, ...etc.)
- Renforcer les programmes de prévention de la malnutrition (toutes formes) et la mise à l'échelle des interventions de communication pour le changement de comportement adaptées à chaque situation.

Figure 1 : Evolution de la prévalence de la malnutrition aiguë globale selon l'indice Poids-pour-Taille exprimé en z-score, selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 0 à 59 mois par Moughataa, entre juillet 2012 et juillet 2013 par Wilaya et au niveau national

