



Dans ce numéro :

La situation nutritionnelle au 31 Mars 2020	1
Le suivi de la mise en œuvre de la réponse nutritionnelle du HRP 2020	4
La réponse nutritionnelle dans le contexte du COVID-19	5
Contacts clés	5
A propos du Cluster Nutrition	5

## Faits saillants

- Les besoins en financement du secteur de la nutrition en réponse à la crise de RCA en 2020 sont estimés à 28,3 millions USD. Le secteur de la nutrition menant des activités qui visent à sauver des vies reste sous financé en RCA, avec seulement 11% au 1<sup>er</sup> trimestre 2020. Il y a un gap urgent de 3,5 millions USD nécessaires à disposer avant la fin Juin et le début de la saison des pluies correspondant à la période de soudure. Le gap en matière de financement demeure et pourrait impacter le passage à échelle de la réponse nutritionnelle en RCA.
- A l'heure actuelle où le monde est secoué par le COVID19, les partenaires du Cluster Nutrition réadaptent et intensifient la réponse curative et préventive dans le contexte COVID-19. A ce jour Il faut 7,1 millions USD pour couvrir des besoins additionnels liés au contexte du COVID-19.

## 1. La Situation Nutritionnelle au 31 Mars 2020

### Statut nutritionnel des enfants de 0-59 mois

D'après les résultats de la dernière enquête nutritionnelle à dimension nationale réalisée en fin 2019 et publiés en janvier 2020, la prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) au niveau national est de 5,8% (5,4- 6,4) et la prévalence de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) est de 1,3% (1,1- 1,6) selon les références de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévalence de la MAG est considérée comme « précaire » et celle de la MAS est au seuil d'alerte selon la classification de l'OMS. La prévalence des œdèmes est de 0,3%. L'analyse montre que le taux de MAG a significativement diminué que celui obtenu lors de la précédente enquête de 2018 avec 7,1% (6,6- 7,7). De même pour la MAS, l'analyse montre que le taux a significativement diminué que celui obtenu lors de la précédente enquête de 2018 avec 2,1% (1,8- 2,4).

Cependant, on observe une disparité du taux de MAG d'une préfecture à l'autre et se présente comme suit : 11 préfectures sur 16 présentent des prévalences de MAG supérieures ou égales 5% et strictement inférieures à 10%, ce qui exprime une situation précaire. La prévalence de la MAG la plus élevée est dans la préfecture de la Mambéré Kadéï avec 7,1% (4,8-10,2) et la plus faible dans le Mbomou avec 3,8% (2,5- 5,7).

Pour la MAS, aucune préfecture n'atteint 2% de seuil d'urgence. Néanmoins, 8 préfectures ont les bornes supérieures des intervalles de confiance au-delà de 2% des prévalences de MAS, ce qui montre qu'il existe des poches de malnutrition aiguë sévère. La prévalence de MAS la plus élevée est observée dans l'Ouham avec 1,8% (1,1- 3,0) et la plus faible dans l'Ouham Pendé avec 0,5% (0,1- 1,4).

L'analyse comparative des taux de MAS de 2019 et ceux de 2018 par préfecture montre une diminution de taux dans la capitale Bangui et toutes les préfectures, mais la diminution de taux est statistiquement significative seulement dans les préfectures de Bangui Bangoran, la Basse Kotto, Ouham Pendé et la Vakaga.

L'amélioration des taux de MAG est largement attribuable au renforcement de la réponse aux urgences nutritionnelles mis en place par le gouvernement, les partenaires du cluster nutrition et les partenaires techniques et financiers.

Il est aussi important de souligner que la prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) observée de cette enquête, exprimée en z-score selon les références OMS, est de 42,3% (40,9-43,9), au niveau national. Cette prévalence reflète une situation critique à laquelle la RCA est confrontée. L'analyse statistique montre que le taux de MCG au niveau national a augmenté par rapport à la précédente enquête nutritionnelle de 2018 avec 37,7% (36,6-38,8), et la différence est significative.

Considérant les prévalences par préfecture, à l'exception de la capitale Bangui, toutes les autres préfectures ont des prévalences de malnutrition chronique globale supérieures à 30% (considéré comme seuil critique par l'OMS/UNICEF, 2018). De plus, les préfectures de la Basse Kotto, Kemo, Lobaye, Mambéré Kadéï, Nana Gribizi, Nana Mambéré, Ouaka, Ouham, Ouham Pendé et Sangha Mbaéré ont des prévalences de malnutrition chronique au-delà de 40%. La prévalence la plus élevée est observée dans la préfecture de Sangha Mbaéré avec 57,0% (52,3-61,6).

L'analyse comparative des taux de MCG de 2019 et ceux de 2018 par strate montre une augmentation de taux de MCG dans 13 strates à savoir la capitale Bangui, les préfectures de Bamingui Bangoran, la Basse Kotto, le Haut Mbomou, Kemo, Lobaye, Mambéré Kadéï, Nana Gribizi, Nana Mambéré, Ouaka, Ouham, Ouham Pendé et Sangha Mbaéré. Mais la différence observée est statistiquement significative dans 8 préfectures, notamment la Basse Kotto, la Kemo, la Lobaye, Mambéré Kadéï, Ouaka, Ouham, Ouham Pendé et Sangha Mbaéré.

### Statut nutritionnel des femmes en âge de procréer (15-49 ans)

Dans l'ensemble des strates, cette enquête a révélé une situation sérieuse de MAG chez les femmes en âge de procréer, avec 11,4% (10,8-12,1) chez les femmes dans l'ensemble et 12,2% (11,3-13,1) chez les femmes enceintes et allaitantes (FEFA).

Cependant, les taux de MAG observés chez les FEFA sont variables d'une strate à l'autre et se présentent comme suit :

- $\geq 15\%$ , situation critique : Bangui, Lobaye, Mambéré Kadéi, Ombella M'Po-ko, Ouaka et Sangha Mbaéré.
- $10\% \leq \text{MAG} < 15\%$ , situation sérieuse : Basse Kotto, Kemo, Nana Mambéré et Ouham Pendé.
- $5\% \leq \text{MAG} < 10\%$ , situation précaire : Bamingui Bangoran, Haut Mbomou, Mbomou, Nana Gribizi, Ouham et Vakaga.
- $< 5\%$ , situation acceptable : aucune strate.

La prévalence de la MAG la plus élevée chez les FEFA est observée dans la préfecture d'Ouaka avec 20,5% (16,0-25,0) et la plus faible prévalence est observée dans la Vakaga avec 6,3% (3,8-8,9).

### **Mortalité rétrospective**

Les taux de mortalité rétrospective observés au niveau national, sont de 0,84 (0,46-1,59) décès/10.000 personnes/jour pour la population totale et de 1,12 (0,57-2,32) décès/10.000 enfants/jour pour les enfants de moins de 5 ans. Ces taux sont en dessous du seuil d'alerte à la fois pour la population totale et chez les enfants de moins de 5 ans, respectivement inférieur à 1 décès et 2 décès pour 10 000 personnes/jour.

Cependant, 2 préfectures, la Mambéré Kadéi et la Vakaga, présentent des taux supérieurs au seuil d'alerte à la fois pour la population totale et chez les enfants de moins de 5 ans. L'Ouham présente aussi le taux supérieur au seuil d'alerte pour la population totale. Le faible taux de mortalité est enregistré dans la préfecture de Sangha Mbaéré, avec 0,24 (0,11-0,54) pour la population totale et à Bangui avec 0,29 (0,07-1,16) chez les enfants de moins de 5 ans.

### **Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)**

L'OMS recommande la mise au sein dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et continue jusqu'à l'âge de 24 mois ou plus. Concernant les aliments de complément, l'OMS recommande toujours les aliments complémentaires appropriés et adéquats à partir de 6 mois. Les résultats de cette enquête révèle:

- \* Le taux de mise au sein dans l'heure qui suit la naissance : 54,3%
- \* Le taux d'allaitement maternel exclusivement : 49,6%
- \* Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 1 an : 92,8%
- \* Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans : 46,4%
- \* Seulement 7,8% des enfants de 6-23 mois ont une diversité alimentaire minimale.
- \* Seulement 46,0% des enfants de 6-23 mois ont une fréquence minimale des repas recommandée.
- \* Dans l'ensemble, seulement 6,2% des enfants de 6-23 mois ont une alimentation minimale acceptable.

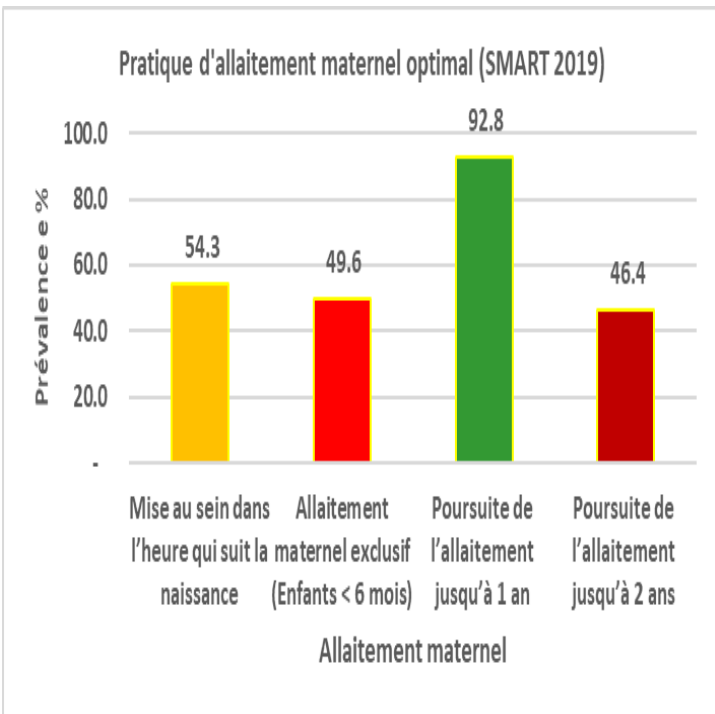
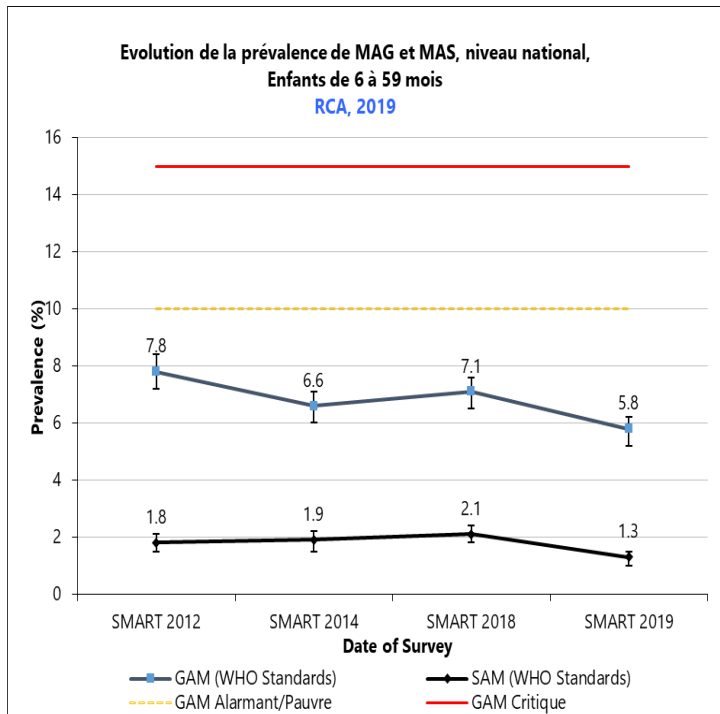
### **La couverture des services de santé de base**

Selon ces mêmes résultats de l'enquête, au niveau national pour la couverture vaccinale contre la rougeole, la couverture certifiée par une carte, fiche ou carnet de santé est faible, avec 23,6 % (20,4 - 27,3) ; ce qui traduit clairement une faiblesse de rapportage dans le système de santé et aussi la faible connaissance de l'importance des cartes de vaccination et même de suivi et promotion de la croissance par les familles. Selon les dires des mères des enfants et/ou des accompagnants, la couverture est de 44,3 % (42,1 - 46,6), soit un total de 68%. Cette couverture estimée (avec et sans carte) est relativement faible, le seuil recommandé n'est pas atteint en routine et moins encore en campagne. Au niveau des préfectures, seule la Nana Gribizi a enregistré un taux de couverture estimée proche de 95% de couverture vaccinale exigée, avec 93,1%. Bangui et Ouham ont des prévalences supérieures ou égales à 80 et nettement inférieures à 90%. Pour ce qui concerne de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage à l'Albendazole, les

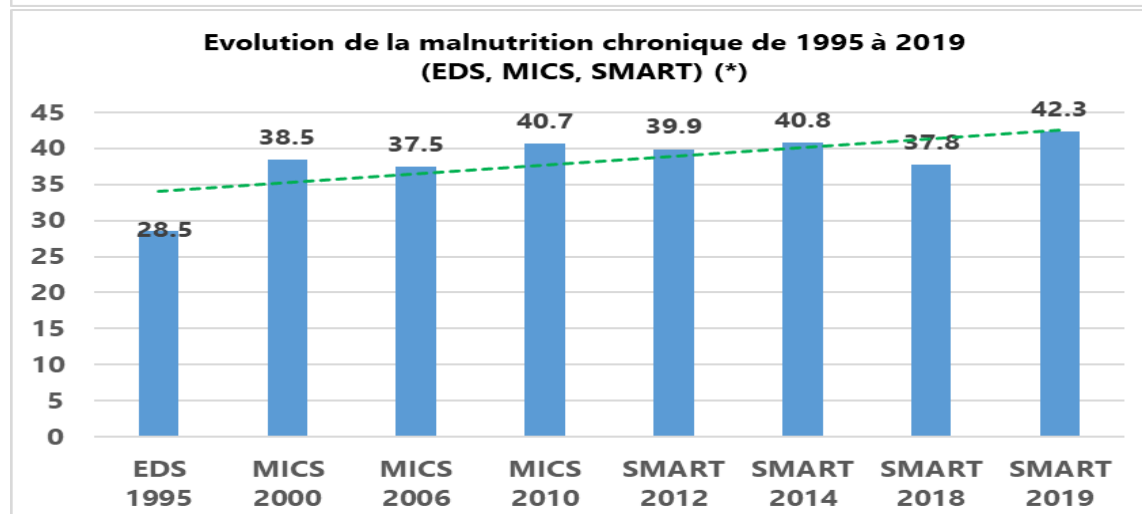
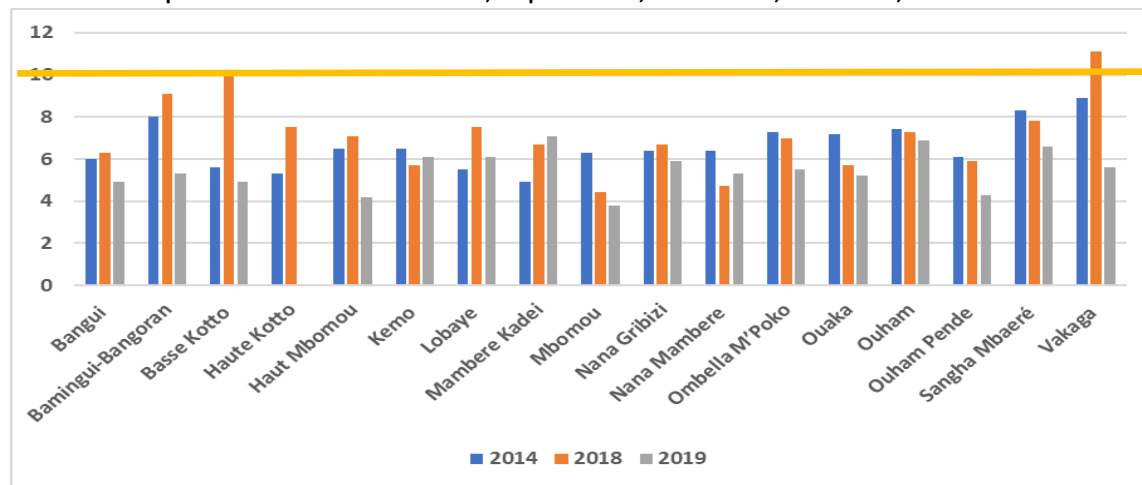
résultats trouvés au niveau national sont respectivement de 82,9% (80,5-85,0) et 72,5% (69,8-75,1). Les cibles sont atteintes en routine et non en campagne pour la supplémentation en vitamine A. Cependant, les cibles de couverture ne sont pas atteintes en routine comme en campagne pour le déparasitage. Au niveau des préfectures pour la vitamine A, 3 préfectures ont des prévalences supérieures ou égales à 90% (Mbomou, Nana Gribizi et Ouaka). Huit (8) préfectures ont des prévalences supérieures ou égales à 80 et strictement inférieures à 90%. Pour le déparasitage, aucune préfecture n'atteint 90% de couverture exigée. 2 préfectures ont des prévalences au-delà 80 et inférieures à 90%, la Nana Gribizi et l'Ouham.

En conclusion, la malnutrition aiguë continue d'être un problème majeur de santé publique en RCA. Elle constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq(5) ans. La crise sécuritaire a eu un impact négatif sur les services de santé et a limité leur capacité jusqu'à l'heure à fournir des soins et un traitement adéquat aux enfants, femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition. La situation nutritionnelle reste critique, et se détériore dans certaines zones en particulier dans les zones d'insécurité par avant accessible, à haute concentration de déplacés, ainsi la majorité des différents groupes de population sont en situation d'insécurité alimentaire aiguë sévère et d'accès limité aux soins de santé de base à l'instar des localités de la Basse-Kotto, Haute-Kotto, Mbomou, Haut-Mbomou, Ouaka, Ombella Mpoko, Vakaga, Ouham, Ouham-Pendé et Nana-Gribizi, et où la réponse nutritionnelle enregistre une faible couverture (moins de 60%). La malnutrition touche tous les groupes de population en RCA, toutefois, les personnes retournées et déplacées internes vivant dans les familles d'accueils et dans les sites sont extrêmement vulnérables. Elles connaissent des taux élevés de malnutrition, qui continuent d'augmenter en raison de l'exacerbation des facteurs aggravants tels que la non-disponibilité ou l'accès à la nourriture, le manque d'accès aux marchés, le mouvement des populations, les épidémies de rougeole et diarrhée et à l'accès limité des ménages aux soins de santé et à l'eau potable. Le Cluster Nutrition estime que le fardeau des personnes dans le besoin d'une assistance nutritionnelle curative et préventive en 2020 sera de 1,304,425 personnes (soit 53,844 personnes sur les sites de déplacés internes). Ainsi, il est constaté une augmentation considérable de 19.6% du nombre de personnes dans le besoin en assistance nutritionnelle en RCA par rapport au chiffre de 1,048,377 personnes de l'année précédente. Cette situation pourrait continuer d'augmenter en 2020 dans la plupart des localités de la Vakaga, Ouaka, Basse-Kotto, Ouham Mpende, Mbomou, etc. du fait des facteurs aggravants.

Environ 178,352 enfants sont dans le besoin de traitement de la malnutrition aiguë globale dont 49,273 enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAS qui risquent de mourir sans traitement immédiat et 129,079 enfants de 6 à 59 mois souffrant de MAM. On estime que 19,155 femmes enceintes et allaitantes sont également dans le besoin de traitement de malnutrition aiguë globale, ce qui les rend vulnérables à la mortalité maternelle et à des morbidités variées qui affecteront négativement leurs enfants. De plus, environ 973,153 enfants âgés de 6 à 59 mois ont besoin d'une supplémentation en micronutriments et d'alimentation complémentaire (Blanket Supplementary Feeding), et environ 194,631 femmes enceintes ont besoin d'une supplémentation en fer-folate. Dans l'ensemble, on estime que 323,881 femmes enceintes et allaitantes ont besoin d'interventions pour protéger, promouvoir et soutenir des pratiques appropriées en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Aussi 7,391 accompagnants d'enfants malnutris aigus sévères avec complications médicales, 7,842 personnes malnutris vivant avec le VIH et 208,708 personnes en situation de handicap en RCA sont dans le besoin d'assistance nutritionnelle.



Évolution de la prévalence de la MAG selon OMS, enquêtes 2014, 2018 et 2019, strates RCA, 2019



(\*) Même si les types d'enquêtes ne sont pas comparables, on note néanmoins que cette situation critique de malnutrition chronique persiste depuis près de 20 ans (EDS, 1995).

## 2. Le suivi de la mise en œuvre de la réponse nutritionnelle du HRP 2020

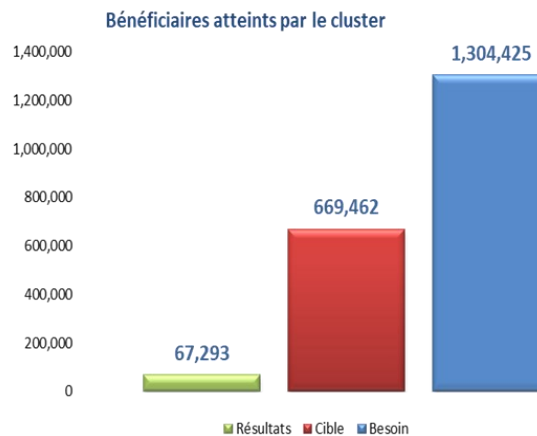
Au cours du premier trimestre 2020, avec le support des partenaires du cluster, plus de 67,000 personnes dans le besoin d'assistance nutritionnelle curative et préventive ont été atteintes. Comme le montre le graphique à droite, cela représente 10% de la cible HRP qui est de 669,462 personnes.

En outre, 121,872 enfants (64,080 filles ; 57,792 garçons) de moins de cinq ans ont été dépistés, 807 enfants ont été référés pour une prise en charge dans les centres de stabilisations (UNT) et 2,222 enfants dans les centres ambulatoires (UNTA). Environ 4,743 nouveaux enfants (2,466 filles ; 2,277 garçons) souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont reçu un traitement selon le protocole national à travers le pays soit 12% de l'objectif du plan de réponse humanitaire de 39,418 enfants. Les indicateurs globaux de performance de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère restent dans les normes avec un taux de guérison de 92,58%, un taux de décès de 0,25%, un taux de non-répondant de 5,88% et un taux d'abandon de 1,29%. La mise en place des cliniques mobiles dans les zones d'interventions à accès difficiles ont permis de rechercher et récupérer les enfants malnutris vivants dans la brousse, les champs et d'accroître le nombre d'enfants prise en charge. A cet effet, 2,813 enfants ont été dépistés et 914 enfants ont été prise en charge à travers les cliniques mobiles. De plus 5,053 nouveaux enfants (2,628 filles ; 2,425 garçons) souffrant de malnutrition modérée (MAM) ont également reçu un traitement soit 5% du plan de réponse humanitaire ciblant de 103,263 enfants avec un taux de guérison de 71,60%, un taux de décès de 0% et un taux d'abandon de 15,60%. Environ 27,863 enfants ont bénéficiés de la supplémentation en vitamine A et 9,323 enfants ont été déparasités dans les zones chaudes. Plus de 27,000 (21%) femmes enceintes et allaitantes et mères et accompagnants d'enfants âgé de 6 – 23 mois ont été sensibilisées aux bonnes pratiques de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

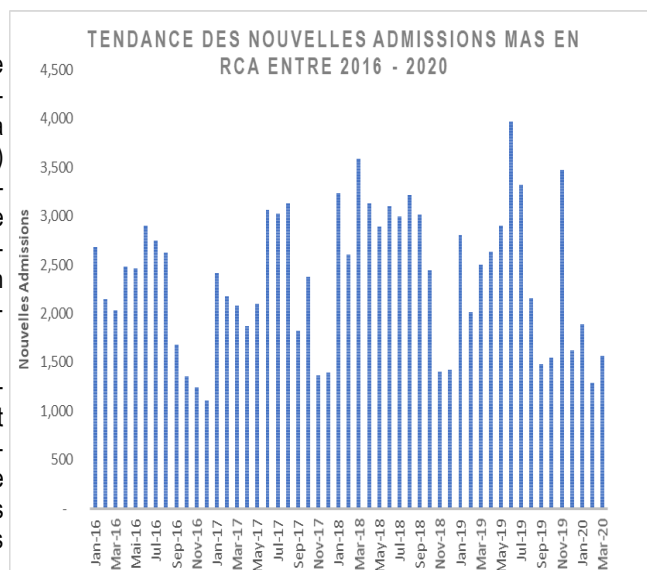
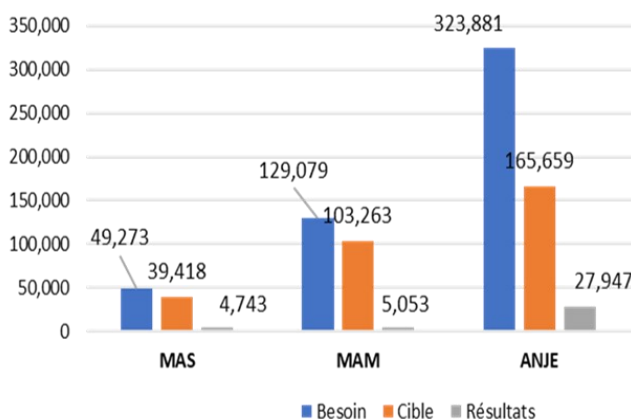
A ce jour, 185 UNS, 520 UNTA et 47 UNT sont fonctionnelles. Soit une couverture géographique de 56% qui demeure encore faible. Aussi, 318 prestataires de santé ont été formés à la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PECIMA) au niveau des districts sanitaires, et 728 ReCo ont été formés aux dépistages et référencement des cas malnutris ainsi qu'aux bonnes pratiques ANJE.

La mise en place du système de surveillance nutritionnelle et alerte précoce (SNAP) à grande échelle afin d'anticiper sur les crises nutritionnelles est effective à ce jour. Trente-un (31) sur trente-cinq (35) districts sont impliqués dans la SNAP dont quinze (15) sont en alerte, onze (11) à suivre de près et cinq (5) sous contrôle selon les dernières analyses. L'existence de l'équipe nutritionnelle de réponse rapide au sein du cluster capable de se déployer après une alerte nutritionnelle révélée par la SNAP permet de sauver des vies, d'améliorer la couverture programmatique et géographique, d'atteindre et prendre en charge les enfants malnutris qui vivent dans la brousse, les champs, les localités et villages à accès difficiles.

Afin de s'assurer que les structures sanitaires qui offrent des services nutritionnels ne soient pas en rupture pour le traitement, UNICEF et le PAM continuent de fournir aux partenaires impliqués dans la prise en charge des cas de malnutrition aiguë les intrants nutritionnels et médicaments nécessaires. Toutefois, le défi majeur dans l'approvisionnement et acheminement d'intrants nutritionnels au près des structures sanitaires demeure l'insécurité, les coûts de transports trop élevés et l'accès difficile de certaines localités.



Aperçu des besoins, cibles et résultats du HRP 2020 Janvier à ce jour



### 3. La réponse nutritionnelle dans le contexte du COVID-19

- Les directives et guidances programmatiques et opérationnelles dans le contexte COVID19 reçu du Cluster Global de Nutrition ont été partagé avec tous les partenaires du cluster nutrition. La coordination du cluster nutrition a recommandé aux partenaires de continuer à adapter les projets en cours surtout pour les partenaires qui interviennent dans les zones à risque telles que Bangui, Ouest (frontière avec le Cameroun) et Sud-Est (Frontière avec la RDC) afin de prendre en compte les activités en lien avec le COVID-19.
- La coordination du cluster a reçu les directives opérationnelles pour adapter les activités de coordination dans le contexte actuel. A cet effet un groupe Skype et WhatsApp ont été créés. Le groupe de travail technique COVID19 et Nutrition a été créé sur le lead de UNICEF et Co-lead du PAM. Les TDRs ont été partagés avec tous les partenaires.
- Les interventions des équipes SMART rapide ont été réorientées sur Bangui qui est l'épicentre du COVID19 pour une période de 2 mois jusqu'en fin Mai pour renforcer la réponse nutritionnelle dans le contexte covid19 : formation et redynamisation du réseau des Recos dans la ville de Bangui et ses périphériques, renforcement du WASH in Nut, etc.
- Intensification du pré-positionnement de produits essentiels pour la programmation nutritionnelle (F100/75, aliments prêts à l'emploi, etc.) en prévision des perturbations de la chaîne d'approvisionnement ;
- 331 RECO formés sur les messages clés de prévention dans le contexte du COVID-19;
- 487 personnels de santé formés et accompagnés sur les pratiques familiales essentielles et prévention dans le contexte du COVID-19 ;
- 74 unités nutritionnelles ont bénéficié du renforcement l'approche WASH-in-NUT à Bangui et ses environs, Amada-Gaza, Gamboula, Ndele, Bamingui-Bangora, Bocaranga, Ngaoundaye, Boda, Bossembele, Bangassou et Mobaye ;
- 17 980 personnes, dont des leaders communautaires, sensibilisées sur les mesures de prévention contre le COVID-19.

#### Contacts clés:

Coordinateur: Yves Nzigndo, Cell: +236 70 00 97 13; WhatsApp: +236 70 00 95 16; Email: [yzigndo@unicef.org](mailto:yzigndo@unicef.org) ; Skype: [rcaclusternutrition@gmail.com](mailto:rcaclusternutrition@gmail.com) ; Twitter: @YNzigndo

Co-Facilitateur: Arsène Elimu (ONG MDA), Cell: +236 75 46 97 95; WhatsApp: +236 75 46 97 95; Email: [cofacilitateurclusternutrca@gmail.com](mailto:cofacilitateurclusternutrca@gmail.com)

IMO: Jules Firmin DOUAM, Cell: +236 72 63 23 09; WhatsApp: +236 72 63 23 09/70550278; Email: [jdouam@unicef.org](mailto:jdouam@unicef.org)

Point Focal Groupe Technique ANJE: Destinée Nadia (ONG Int. MDA), +236 72 00 00 00; Email: [nutmdarca@gmail.com](mailto:nutmdarca@gmail.com)

Point Focal COVID-19 & Nutrition: UNICEF et PAM.

#### A propos du Cluster Nutrition RCA

Le Cluster Nutrition est formellement activé depuis Août 2010 pour la réponse aux urgences. Les activités du cluster nutrition en RCA au niveau national sont coordonnées par une équipe composée d'un Coordonnateur du cluster, d'un Co-Facilitateur et d'un Gestionnaire d'information, tous assistés d'une équipe de COS (Comité d'orientation Stratégique) composée d'une ONG nationale, 2 ONG Internationales, Ministère de la sante Publique/ DSC.

En ce qui concerne le Comité d'orientation Stratégique (COS ou SAG), il est composé de: Coordonnateur du Cluster, Le Co-Facilitateur, WFP, UNICEF, PNRM, IMC, ACF, ARS et le Ministère de la Sante/Service de Nutrition.

Le Cluster Nutrition national compte environ 40 partenaires ONG, étatiques et des bailleurs de fonds.

Au niveau sous national, la coordination est assurée par trois sous-clusters Santé et Nutrition (Bambari, Bouar et Bossangoa). En plus, trois groupes techniques (GT COVID-19 & Nutrition, GT-ANJE et GT-Evaluation) ont été

formés au niveau national pour coordonner les problématiques techniques et spécifiques dans certains domaines et ceci au nom des partenaires du cluster nutrition.

#### Membres du Cluster Nutrition :

**ACF, ALIMA, AHA, IMC, MSF, AID, MDM, PUI, Ministère de la Santé, CONCERN, COHEB, FAO, PAM, UNICEF, OMS, INTER-SOS, MDA, WVI, GEPAD, CICR, VCW, IEDA-Relief, LWF, COOPI, ARS, MVAD, COOIAP, CSSI, APVM, PLAN, IRC, JUPEDEC, MENTOR, CORDAID, PNRM.**

#### Pour plus d'information:

<https://car.humanitarianresponse.info/fr/clusters/nutrition>

#### Défis :

- Renforcer la réponse aux urgences nutritionnelles tout en renforçant les interventions préventives afin de casser le cercle vicieux de la malnutrition ;
- Mettre en place le système de surveillance nutritionnelle à grande échelle afin d'anticiper sur les crises nutritionnelles et y répondre à temps ;
- Renforcer les capacités des agents de santé et des partenaires du cluster en nutrition ;
- Renforcer la coordination multisectorielle des interventions de nutrition (Eau – Hygiène et Assainissement, Sécurité Alimentaire, l'amélioration de l'accès aux soins de santé, etc.).