Avril 2013

Résumé exécutif
Enquête Nutritionnelle Anthropométrique

Zone de Santé de Kinda

Province du Katanga
République Démocratique du Congo

Financé par

UKaid from the Department for International Development

Introduction

La zone de santé rurale de Kinda est située dans le territoire de Kamina, district sanitaire de Haut - Lomami, dans la province du Katanga. Elle est limitée :

- Au Nord par les zones de santé de Kamina et Songa ;
- Au Nord-Est par la zone de santé de Kabondo Dianda ;
- Au Sud par les zones de santé de Mutshatsha et Kasaji ;
- Au Sud-Est par la zone de santé de Kanzenze ;
- A l'Est par la zone de sante de Bukama ;
- A l'Ouest par la zone de santé de Kafukumba.

Sa superficie est de 9.792 Km² et sa population s'élève à 83.568 habitants, soit une densité moyenne de 8 habitants au km². Cette zone de santé compte 4 groupes ethniques dont le groupe majoritaire est le Luba. Les langues parlées sont le Kiluba environ 90% de la population et le Swahili.

La zone de santé de Kinda connait un climat tropical humide avec deux saisons : une saison sèche de mai à septembre, une saison de pluie d'Octobre à Avril. Le relief de cette zone est constitué des plaines et des collines avec un sol argileux et sablonneux. La végétation est constituée des galeries forestières et des savanes boisées. Sur le plan hydrographique, la zone de santé de Kinda est traversée par plusieurs rivières dont la plus importante est la rivière Lubi.

Elle n'est pas couverte par un réseau de communication (GSM) mais, une phonie appartenant au Bureau Central de la Zone (BCZ) facilite la communication surtout avec le Bureau du District Sanitaire situé à Kamina. Elle est accessible par voie routière et par voie ferrée. Une route de 600 Km praticable pendant la saison sèche relie Lubumbashi à Kinda en passant par Kolwezi. La voie ferroviaire part de Lubumbashi jusqu'à Kamina et une route de 85 Km qui malheureusement se trouve en état de détérioration avancée relie Kamina à Kinda.

L'activité principale de la population est l'agriculture, l'élevage des petits bétails et de la volaille, la pêche, la chasse, les activités saisonnières (cueillette de fougère et ramassage des chenilles) et le petit commerce. Le manioc, le maïs, l'arachide et le haricot sont les cultures les plus repandues avec une production insuffisante destinée surtout aux marchés de Kamina et Kolwezi. Les porcs et les volailles sont les animaux d'élevage les plus visibles dans les ménages. La zone connaît une période de soudure de décembre à avril. Cette période correspond à la période des travaux préparatoires des champs et de semis.

Sur le plan sanitaire et nutritionnel, les pathologies les plus rencontrées dans la zone de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée simple, l'anémie, la malnutrition et la tuberculose.

Aucune enquête nutritionnelle ni les activités PCIMA n'ont jamais était réalisée dans la zone de santé de Kinda. Les prestataires des soins ne sont pas formés sur la PCIMA et 261 cas spontanés de malnutrition sévères et modérés confondus ont été identifiés dans les différentes structures sanitaires au cours du deuxième trimestre de l'année 2012 (Source : rapport BCZS Kinda). La prise en charge de ces cas est non appropriée car, ils ne bénéficient pas d'un traitement nutritionnel.

Actuellement, la zone de santé compte comme intervenants :

- **Organisation Mondiale de la Santé « OMS » et l'UNICEF :** appui ponctuel dans le cadre des activités vaccinales et lutte contre les épidémies.
- **Action Damien** : intervient dans le programme de lutte contre la lèpre et la tuberculose.

Justification de l'enquête

Le Système National de Surveillance et Alerte Precoce « SNSAP », par son bulletin n° 10 pour la période de novembre 2012 à janvier 2013, a déclenché une alerte nutritionnelle dans quelques zones de santé de la RDC dont la zone de santé de Kinda. Aucune intervention nutritionnelle n'a été réalisé dans cette zone depuis le lancement de cette alerte jusqu'à ce jour. L'organisation d'une enquête nutritionnelle anthropométrique dans la zone s'avère importante pour confirmer cette alerte afin de pouvoir mettre en place une réponse adaptée.

Méthodologie

Cette enquête a été menée selon la méthodologie SMART.

La méthodologie d'enquête utilisée est celle de sondage en grappes à 2 degrés. La taille de l'échantillon a été définie par le logiciel ENA de SMART 2011 selon les paramètres suivants :

- Population totale : 79380
- Prévalence MAG estimée : 20,7%
- Précision souhaitée : 4,5%
- Effet de grappe : 1,5
- Ménages à inclure : 514
- Taux de prévalence de mortalité estimé (10000/J) : 2
- Précision souhaitée pour la mortalité : 0.75%
- Effet de grappe : 1,5
- Période de rappel : 112 jours
- Ménages à inclure pour l'échantillon de la mortalité : 342
- Nombre de grappes à faire par jour: 1
- Nombre ménages/grappe : 19 ménages
- Nombre de grappes : 27
- Nombre ménages à enquêter : 514 ménages

Une enquête nutritionnelle de 27 grappes de 19 ménages permet d'obtenir une estimation représentative de la prévalence de la malnutrition aiguë, avec un intervalle de confiance de 95%.

L'enquête rétrospective de mortalité a été conduite dans tous les ménages désignés par la méthodologie, y compris ceux n'ayant pas d'enfants de 6-59 mois. L'analyse a été réalisée avec le logiciel ENA de SMART 2011.

Résultats

Cette enquête nutritionnelle anthropométrique a été réalisée du 22 avril au 27 avril 2013, en collaboration avec la zone de santé de Kinda et la coordination provinciale du programme national de nutrition « PRONANUT » Katanga. Les enquêteurs ont participé à une formation pendant trois jours, du 19 au 21 avril 2013. Cette formation a été directement suivie de l'étape de récolte de données sur terrain.

Au total, 690 enfants ont été mesurés et pesés. Deux enfants étaient absents lors du passage des enquêteurs dans les ménages sélectionnés. Après saisie, cinq données ont été exclues car elles présentaient des incohérences. L'analyse nutritionnelle a donc porté sur les données de 685 enfants.

Tableau 1: Résumé des résultats, Zone de santé de Kinda, Avril 2013.

Référence	Indicateur		Résultats1
OMS	Z-scores	***Malnutrition Aiguë Globale*** *P/T< -2 z et/ou œdèmes*	13,6% [11,2% - 16,4%]
		Malnutrition Aiguë Sévère *P/T< -3 z et/ou œdèmes*	3,5% [2,3% - 5,4%]
NCHS	Z-scores	***Malnutrition Aiguë Globale*** *P/T< -2 z et/ou œdèmes*	14,3% [11,9% - 17,2%]
		Malnutrition Aiguë Sévère *P/T< -3 z et/ou œdèmes*	2,2% [1,3% - 3,8%]
	% de la médiane	***Malnutrition Aiguë Globale*** *P/T< 80% et/ou œdèmes*	9,4% [7,3 - 11,9%]
		Malnutrition Aiguë Sévère *P/T< 70% et/ou œdèmes*	1,5% [0,7 - 3,2%]
PB	Age= (6-59 mois) (N=690)	***Malnutrition Aiguë Globale*** *PB<125mm)*	18,1% [12,9% - 24,8%]
		Malnutrition Aiguë Sévère *(PB<115mm)*	5,5% [3,8% -7,9%]
Taux de mortalité rétrospective sur les 3 derniers mois (/10,000/jour) **Taux de mortalité rétrospective** des moins de 5 ans (/10,000/jour)			0,25 [0,14 – 0,44] 0,62 [0,26 - 1,45]
Couverture vaccinale contre la rougeole (N= 635 enfants ≥9 mois)		Confirmée par une carte Selon l'accompagnant Pas vacciné	26,5% [23,0% - 29,9%] 51,2% [47,3% - 55,1%] 22,4% [19,1% - 25,6%]
Couverture déparasitage au Mébendazole (N=591 enfants ≥12 mois)		Selon l'accompagnant Pas de déparasitage	83,1% [80,1% - 86,1%] 16,9% [13,9% -19,9%]
Couverture de la supplémentation en vitamine A (N=679)		Selon l'accompagnant Pas de supplémentassions	77,0% [73,9% - 80,2%] 23,0% [19,8% - 26,1%]

Le rapport d'enquête complet sera disponible dans les prochaines semaines.