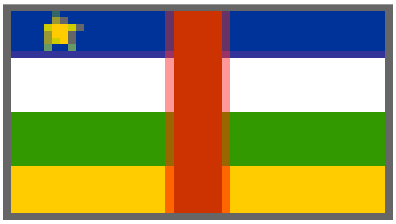


RESUME DES RESULTATS DE L'ENQUETE NUTRITIONNELLE NATIONALE (SMART) RCA

Décembre 2018

De Septembre à Octobre 2018, le Ministère de la santé publique et l'ICASEES ont conduit avec le soutien financier et technique de l'UNICEF, du PAM et FFP/USAID, une enquête nationale nutritionnelle type SMART après celle réalisée en 2014. Toutes les préfectures y compris Bangui, ont été enquêtées. Les données collectées sont relatives à la nutrition des enfants et des femmes, à la mortalité, aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à la couverture des services de santé de base (Vaccination anti rougeoleux, supplémentation en Vitamine A et déparasitage des enfants), à l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement (EHA).

1. INTRODUCTION

Cette enquête nutritionnelle a été réalisée au niveau national dans les 16 préfectures de la RCA et dans la ville de Bangui, pour avoir les données actualisées. La collecte des données s'est déroulée du 11 au 13 septembre à Bangui et du 15 septembre au 31 octobre dans les préfectures.

La présente enquête s'inscrit dans le cadre de surveillance nutritionnelle pour l'année 2018. L'estimation du statut nutritionnel de la population permet d'ajuster les programmes en cours et de suivre l'évolution des taux de malnutrition, en comparaison avec les résultats obtenus lors des enquêtes précédentes.

2. LES OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Évaluer le statut nutritionnel des enfants âgés de 0 à 59 mois et des femmes de 15 à 49 ans ainsi que le taux de mortalité de la population en République Centrafricaine afin de contribuer à une meilleure réponse aux problèmes nutritionnels.

2.2. Objectifs spécifiques

- Estimer la prévalence de malnutrition aiguë (globale, modérée, et sévère) chez les enfants âgés de 6-59 mois,
- Estimer la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois ;
- Estimer la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de 0 à 59 mois ;
- Estimer la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et le déparasitage à l'Albendazole chez les enfants âgés de 12-59 mois au cours des 6 derniers mois ;
- Évaluer la couverture vaccinale contre rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois ;
- Évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) chez les enfants âgés de 0 à 23 mois,
- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) par la mesure du périmètre brachial,
- Estimer le taux de mortalité rétrospective sur une période d'au moins 3 mois précédant l'enquête chez les enfants de moins de 5 ans et dans l'ensemble de la population.
- Déterminer le niveau d'accès de la population à l'eau potable, présence de savon et accès aux latrines.

3. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête de type transversal par sondage en grappe à deux degrés, basée sur la méthodologie SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions). La méthodologie SMART est une méthodologie de collecte des données standardisées, simplifiée, et rapide. L'échantillon de chaque strate a été calculé à l'aide du logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment) pour SMART 2011 (version actualisée du 09 juillet 2015). Deux échantillons ont été calculés. L'un pour l'enquête anthropométrique (enfants de 0-59 mois) et l'autre pour l'enquête de mortalité. Le plus grand échantillon des deux a été choisi comme le recommande la méthodologie SMART. Les paramètres utilisés pour le calcul de la taille de l'échantillon sont issus de l'enquête nationale de 2014. Le nombre de grappes sélectionnées est différent d'une strate à une autre, mais compris entre 26 et 58 grappes avec 20 ménages à enquêter par grappe, permettant d'obtenir une estimation représentative de la prévalence de la malnutrition aiguë et une précision souhaitée. Le tirage des grappes a été réalisé de façon aléatoire et proportionnelle à la taille de chaque strate par le logiciel ENA. La sélection des ménages enquêtés dans les strates a été effectuée par les équipes d'enquête sur le terrain, à l'aide d'un tirage aléatoire systématique, avec ou sans segmentation préalable, selon les caractéristiques de la strate. Les données de population de chaque préfecture ont été obtenues à partir de la base de sondage créée lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003. Les groupes cibles de l'enquête sont constitués des enfants de 0 à 59 mois, des femmes en âge de procréer (15-49 ans), et de l'ensemble des ménages pour les indicateurs portant sur la mortalité et l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

Les principales données collectées et analysées sur les enfants comprenaient : le sexe, l'âge, le poids, la taille, la recherche des œdèmes, le Périmètre Brachial (PB), la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, le statut vaccinal contre la rougeole, les indicateurs ANJE. Le PB chez les femmes en âge de procréer. Au niveau des ménages : les naissances, décès, et mouvements de population au sein du ménage pendant la période de rappel de plus ou moins 90 jours, la source principale d'eau, la possession du savon et l'accès aux latrines.

La collecte de données était réalisée à l'aide des smartphones dans lesquels une version électronique du questionnaire a été configurée. Ce questionnaire comportait quatre modules dont le module du ménage (Eau-Hygiène-Assainissement et mortalité), module femme, enfant pour ANJE et enfant pour l'anthropométrie et données additionnelles sur la couverture de service de santé de base.

Les analyses et le nettoyage de données ont été faits grâce aux logiciels ENA, Excel, SPSS v.21 et STATA v.13, en suivant les recommandations SMART. Les différents indices nutritionnels ont été calculés sur la base des normes OMS (2006). La calculatrice du CDC (Center for Disease Control and Prevention) d'Atlanta a servi à la comparaison de taux de prévalences selon les sexes et les tranches d'âge.

4. QUALITE GLOBALE AU NIVEAU NATIONAL

Niveau national	Nombre	Moyenne z-score ± ET	Effet de grappe (z-score<-2)	Données hors normes en %	Coefficient d'asymétrie (Skewness)	Coefficient d'aplatissement (Kurtosis)
P/T (6-59 mois)	13772	-0,25±1,04	1,35	0,9	-0.23	-0.09
T/A (0-59 mois)	15443	-1,63±1,20	1,92	1,2	-0,09	-0,48
P/A (0-59 mois)	15409	-1,09±1,05	1,68	0,6	-0,21	-0,18
Valeurs normales	-	ET : 0,8-1,2	N/A	0 à 5	-1 à +1	< 1

5. RESULTATS

5.1. Résultats anthropométriques

5.1.1. Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois, malnutrition chronique et Insuffisance Pondérale chez les enfants de 0-59 mois, exprimé en z-score, selon OMS, 2006, IC 95%

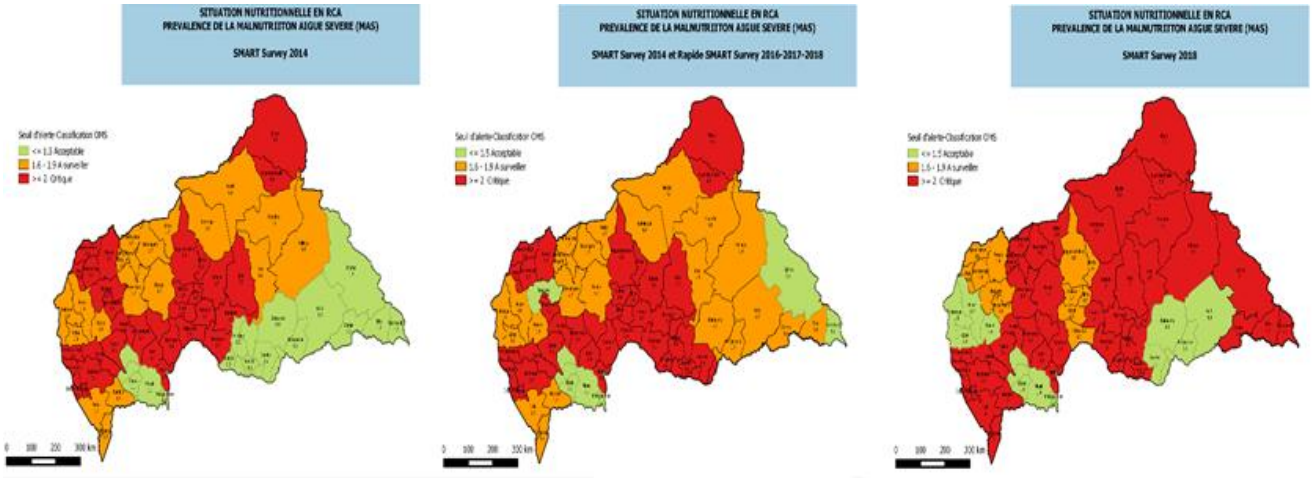
Strates	Malnutrition aiguë globale (MAG)				Malnutrition chronique globale (MCG)		Insuffisance Pondérale Globale (IPG)	
	Nombre	Malnutrition aiguë globale PT<-2 Z- score et/ou œdèmes	Malnutrition aiguë modérée -3 ≤ PT< -2 Z-score sans œdèmes	Malnutrition aiguë sévère PT< -3 Z- score et/ou œdèmes	Nombre	Malnutrition chronique globale TA<-2z-score	Nombre	Insuffisance pondérale globale PA<-2z-score
Bangui	623	6,3% (4,3- 9,0)	5,0% (3,3- 7,5)	1,3% (0,6- 2,7)	684	19,2% (16,4-22,3)	681	11,6% (8,6-15,4)
Bamingu-Bangora	761	9,1% (6,8-12,1)	6,8% (4,9- 9,4)	**2,2%** (1,3- 3,7)	860	**30,8%** (26,9-35,0)	857	18,8% (15,5-22,6)
Basse Kotto	954	**10,1%** (7,9-12,7)	6,7% (5,0- 9,0)	**3,4%** (2,3- 4,9)	1052	**42,1%** (37,8-46,5)	1046	22,2% (19,0-25,8)
Haute Kotto	480	7,5% (5,5-10,2)	4,8% (3,1- 7,4)	**2,7%** (1,5- 4,7)	519	**32,4%** (26,8-38,5)	513	18,1% (14,6-22,4)
Haut Mbomou	705	7,1% (4,9-10,1)	5,0% (3,5- 7,0)	**2,1%** (1,1- 4,0)	797	**33,9%** (29,3-38,8)	793	15,8% (12,5-19,6)
Kemo	822	5,7% (4,3- 7,6)	4,0% (2,7- 6,0)	1,7% (1,0- 2,9)	933	**36,4%** (32,4-40,7)	934	18,1% (15,3-21,2)
Lobaye	664	7,5% (5,4-10,4)	6,2% (4,3- 8,9)	1,4% (0,8- 2,4)	744	**38,0%** (33,3-43,1)	745	22,1% (18,1-26,8)
Mambere Kadei	657	6,7% (5,1- 8,8)	4,6% (3,2- 6,5)	**2,1%** (1,1- 4,2)	728	**46,6%** (41,5-51,7)	728	21,4% (17,8-25,6)
Mbomou	610	4,4% (2,6- 7,4)	3,3% (1,9- 5,7)	1,1% (0,6- 2,3)	714	**40,8%** (36,7-45,0)	711	12,8% (10,3-15,8)
Nana Gribizi	1373	6,7% (5,3- 8,4)	4,8% (3,6- 6,4)	1,9% (1,3- 2,8)	1525	**37,6%** (34,3-41,1)	1524	18,9% (16,4-21,7)
Nana Mambere	949	4,7% (3,5- 6,4)	3,4% (2,3- 5,0)	1,4% (0,9- 2,1)	1074	**44,9%** (41,6-48,2)	1069	20,4% (17,7-23,4)
Ombella M'Poko	626	7,0% (4,8-10,3)	4,8% (3,1- 7,4)	**2,2%** (1,4- 3,6)	694	**38,3%** (34,0-42,8)	695	21,3% (17,9-25,1)
Ouaka	914	5,7% (4,3- 7,5)	3,6% (2,5- 5,1)	**2,1%** (1,3- 3,3)	1034	**39,2%** (35,2-43,3)	1030	19,8% (16,8-23,2)
Ouham	976	7,3% (5,4- 9,7)	5,0% (3,5- 7,1)	**2,3%** (1,5- 3,5)	1084	28,3% (24,6-32,3)	1087	17,0% (14,1-20,4)
Ouham Pende	997	5,9% (4,2- 8,2)	4,1% (2,8- 6,1)	1,8% (1,1- 3,1)	1131	**44,9%** (41,6-48,3)	1134	21,8% (19,0-24,8)
Sanga Mbaeré	714	7,8% (6,0-10,2)	5,9% (4,2- 8,2)	**2,0%** (1,0- 3,8)	787	**45,1%** (40,3-50,1)	782	24,2% (20,4-28,3)
Vakaga	947	**11,1%** (8,6-14,2)	7,8% (6,2- 9,8)	**3,3%** (2,0- 5,2)	1083	**36,2%** (32,4-40,2)	1080	25,0% (21,2-29,2)
National	**13772**	**7,1% (6,6- 7,7)**	**5,1% (4,6- 5,5)**	**2,1% (1,8- 2,4)**	**15443**	**37,7% (36,6-38,8)**	**15409**	**19,6% (18,8-20,4)**

Les résultats préliminaires, montrent que la République Centrafricaine fait face à des taux inquiétants de malnutrition aigüe sévère (MAS) et chronique chez les enfants de moins de 5 ans.

En effet, sur les 16 préfectures que compte le pays et la ville de Bangui, 10 préfectures ont des taux de MAS au-delà de 2% qui est un seuil d'urgence selon l'OMS. Pour 2019, on estime à l'échelle national que plus de 110 000 enfants de moins de 5 ans ont besoin d'une prise en charge nutritionnelle urgente dont près de 45 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère et 65 000 souffrant de malnutrition aigüe modérée.

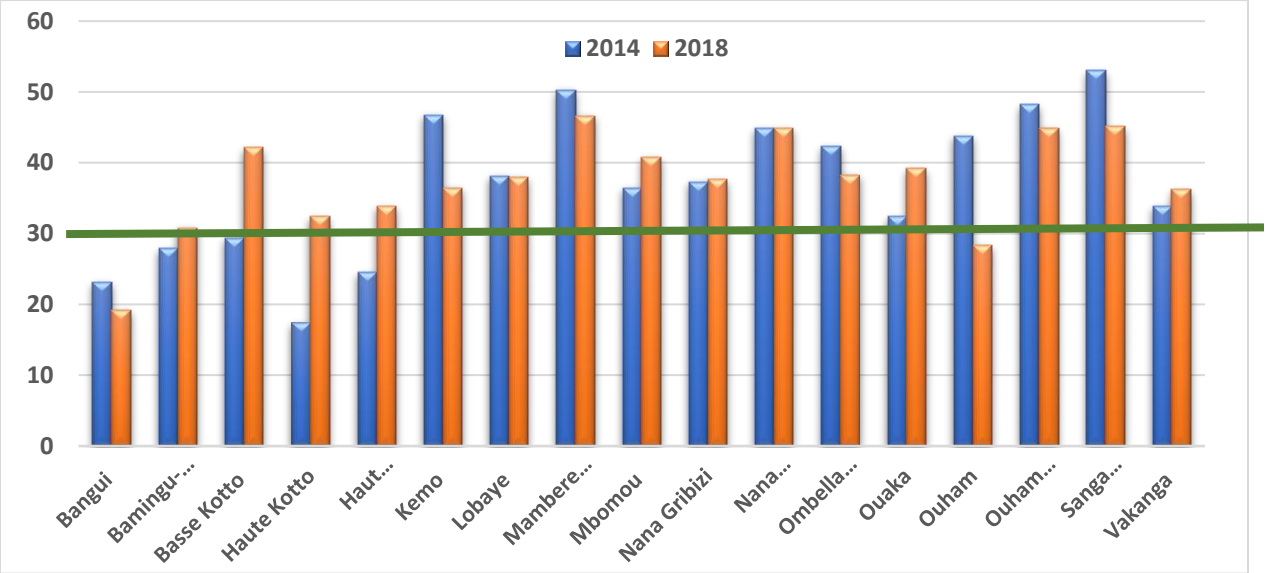
En dehors de Bangui et de l'OUHAM, toutes les autres préfectures ont des taux de malnutrition chronique qui dépassent 30% (considéré comme critique par l'OMS/UNICEF). Les préfectures de la BASSE KOTTO, de la MAMBERE KADEI, du MBOMOU, de la NANA MAMBERE, de l'OUHAM PENDE et de la SANGHA MBAERÉ ont de taux au-delà de 40%.

5.1.2. Evolution de la MAS entre 2014-2018

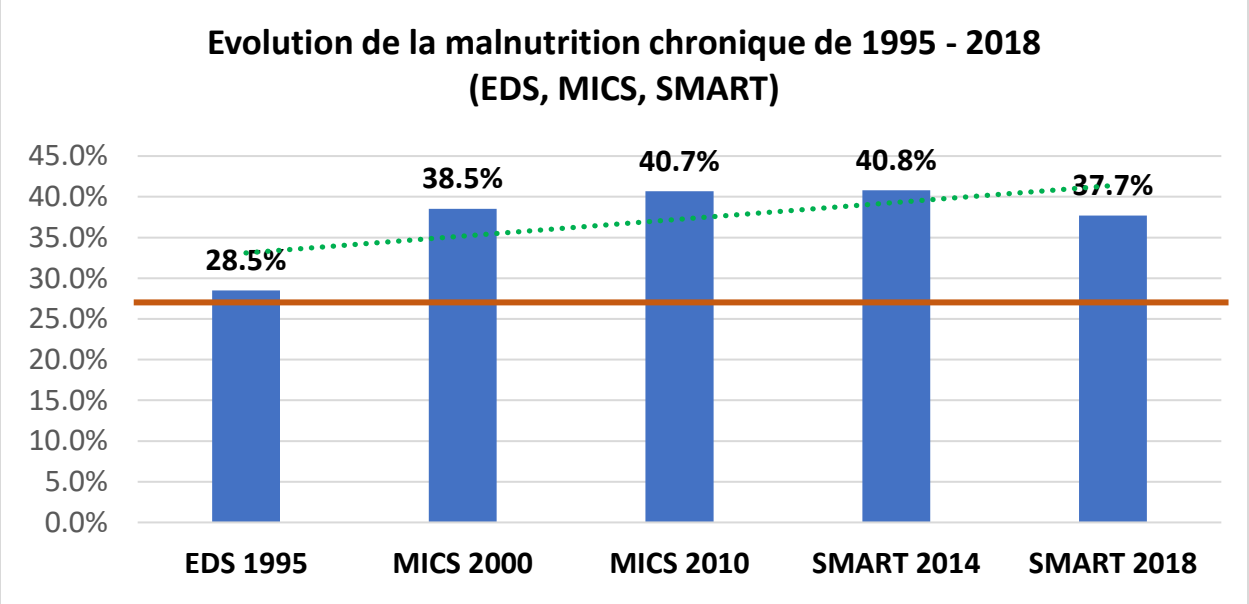


On note une augmentation du nombre des zones avec MAS≥2% (Seuil d'urgence de l'OMS) de 2014 - 2018.

5.1.3. Evolution de la malnutrition chronique entre 2014-2018



Pour 2019, on estime à l'échelle nationale, plus de 350 000 enfants souffrant de malnutrition chronique.



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

5.1.4. Prévalence de la malnutrition selon le sexe et l'âge

Prévalence nationale de la malnutrition aiguë par sexe selon l'indice poids-pour-taille en z-scores (et/ou œdèmes)

Nombre	Malnutrition aiguë globale PT<-2 Z- score et/ou œdèmes				P-value du test de Khi²
	Masculin		Féminin		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
13772	7060	7,9% (7,2-8,7)	6712	6,3% (5,7-7,0)	0,002

Les garçons sont significativement plus touchés par la malnutrition aigüe que les filles.

Prévalence nationale de la malnutrition aiguë par tranche d'âge selon l'indice poids-pour-taille en z-scores (et/ou œdèmes)

Nombre	Malnutrition aiguë globale PT<-2 Z- score et/ou œdèmes				P-value du test de Khi²
	6-23 mois		24-59 mois		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
13772	4866	10,3%(9,4-11,3)	8906	5,4% (4,9-6,0)	0,000

Les enfants plus petits (6-23 mois) sont significativement plus touchés par la malnutrition aigüe que ceux de 24-59 mois. La malnutrition aigüe s'installe très tôt. Ce qui pourrait traduire des mauvais pratiques de sevrage.

Prévalence de la malnutrition chronique globale par sexe, selon le TA, exprimée en z-score, références OMS, par préfecture, RCA septembre-octobre 2018

Nombre	Malnutrition chronique globale T /A<-2 Z- score				p-value du test de Khi²
	Masculin		Féminin		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
15443	7886	41,4% (40,1-42,8)	7557	33,8% (32,5-35,1)	0,000

Les garçons sont significativement plus touchés par la malnutrition chronique que les filles.

Prévalence de la malnutrition chronique globale par AGE, selon le T/A, exprimée en z-score, références OMS, par préfecture, RCA, septembre-octobre 2018

Nombre	Malnutrition chronique globale TA<-2 Z- score et/ou œdèmes				P-value du test de Khi²
	0-23 mois		24-59 mois		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
15443	6540	29,9% (28,6-31,1)	8903	43,4% (41,9-44,9)	0,000

Contrairement à la malnutrition aigüe, les enfants plus grands (23-59 mois) sont significativement plus touchés par la malnutrition chronique que les plus jeunes de 6-23 mois. Ce qui traduirait une faiblesse de la stratégie actuelle de prévention de la malnutrition chronique en RCA.

Prévalence de l'Insuffisance pondérale globale selon les tranches d'âge , selon le PA, exprimée en z-score, références OMS, par préfecture RCA , septembre-octobre 2018

Nombre	Insuffisance Pondérale globale PA<-2 Z- score et/ou œdèmes				P-value du test de Khi²
	0-23 mois		24-59 mois		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
15409	6522	19,4% (18,3-20,5)	8887	19,8% (18,7-20,8)	0,606

Il n'existe pas de différence significative sur l'insuffisance pondérale entre les enfants de 0-23 mois et ceux de 24-59 mois

Prévalence de l'Insuffisance pondérale globale par sexe, selon le PA, exprimée en z- score, références OMS, par préfecture RCA , septembre-octobre 2018

Nombre	Insuffisance Pondérale P/A<-2 Z- score et/ou œdèmes				p-value du test de Khi²
	Masculin		Féminin		
	Nombre	% (IC 95%)	Nombre	% (IC 95%)	
15409	7875	21,3% (20,2-22,4)	7534	17,9% (16,9-18,9)	0,000

Les garçons sont significativement plus touchés par l'insuffisance pondérale que les filles

5.1.5. Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois, selon le Périmètre Brachial (PB)

Strate	Nombre	Malnutrition aiguë globale PB<125mm (% IC 95%)	Malnutrition aiguë modérée 115≥PB<125mm (% IC 95%)	Malnutrition aiguë sévère PB<115mm (% IC 95%)
Bangui	623	3,0% (1,9- 4,9)	2,4% (1,4- 4,0)	0,6% (0,2- 1,7)
Bamingu-Bangora	761	8,7% (6,7-11,1)	6,8% (5,0- 9,3)	1,8% (1,1- 3,2)
Basse Kotto	954	9,0% (7,1-11,3)	5,9% (4,5- 7,7)	**3,2%** (2,1- 4,7)
Haute Kotto	479	4,0% (2,1- 7,4)	1,7% (0,6- 4,2)	**2,3%** (1,1- 4,7)
Haut Mbomou	706	6,1% (4,1- 8,9)	4,1% (2,6- 6,4)	**2,0%** (1,1- 3,6)
Kemo	821	9,4% (7,5-11,7)	7,6% (6,0- 9,4)	1,8% (1,0- 3,4)
Lobaye	665	6,5% (4,6- 9,0)	4,5% (3,3- 6,1)	**2,0%** (1,2- 3,3)
Mambere Kadei	658	7,4% (5,5-10,0)	5,2% (3,6- 7,4)	**2,3%** (1,3- 3,9)
Mbomou	610	3,6% (2,3- 5,6)	3,1% (1,9- 5,0)	0,5% (0,2- 1,5)
Nana Gribizi	1376	7,9% (6,0-10,3)	6,3% (4,8- 8,2)	1,7% (0,9- 2,9)
Nana Mambere	949	6,5% (5,0- 8,6)	4,1% (2,8- 5,9)	**2,4%** (1,6- 3,5)
Ombella M'poko	629	7,2% (4,9-10,4)	5,9% (4,0- 8,5)	1,3% (0,6- 2,8)
Ouaka	915	**10,3%** (8,1-13,0)	8,2% (6,6-10,2)	**2,1%** (1,3- 3,4)
Ouham	979	**10,6%** (8,2-13,7)	7,4% (5,6- 9,5)	**3,3%** (2,1- 5,1)
Ouham Pende	998	5,6% (4,0- 7,9)	4,5% (3,2- 6,3)	1,1% (0,6- 2,2)
Sanga Mbaeré	714	6,0% (4,4- 8,3)	4,6% (3,2- 6,6)	1,4% (0,8- 2,5)
Vakaga	947	5,3% (3,4- 8,1)	3,9% (2,6- 5,8)	1,4% (0,6- 3,0)
Ensemble	**13784**	**7,2% (6,6- 7,7)**	**5,3% (4,9- 5,8)**	**1,9% (1,6- 2,2)**

En utilisant le Périmètre brachiale, la prévalence de la malnutrition aigüe reste moyenne. La Ouaka et Ouham ont des taux de MAG élevés (plus de 10%). La malnutrition aigüe sévère est à des taux d'urgence (>2%) dans 8 préfectures.

5.1.6. Femmes en âge de procréer (15-49 ans)

Prévalence de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) par le Périmètre Brachial(PB)

Préfecture	Femmes			Femmes enceintes et allaitantes		
	Effectif	n	Malnutrition aiguë globale PB < 210 mm	Effectif	n	Malnutrition aiguë globale PB < 210 mm
Bangui	834	21	2,5% (1,5-3,6)	234	6	2,6% (0,5-4,6)
Bamingui-Bangora	778	19	2,4% (1,4-3,5)	405	6	1,5% (0,3-2,7)
Basse Kotto	829	29	3,5% (2,2-4,7)	504	22	4,4% (2,6-6,1)
Haute Kotto	567	5	0,9% (0,1-1,7)	195	2	1,0% (0,0-2,4)
Haut Mbomou	680	7	1,0% (0,3-1,8)	299	6	2,0% (0,4-3,6)
Kemo	850	26	3,1% (1,9-4,2)	443	16	3,6% (1,9-5,3)
Lobaye	687	22	3,2% (1,9-4,5)	354	9	2,5% (0,9-4,2)
Mambere Kadei	795	13	1,3% (0,6-2,1)	349	6	1,7% (0,4-3,1)
Mbomou	696	7	1,0% (0,3-1,7)	305	2	0,7% (0,0-1,6)
Nana Gribizi	1116	17	1,5% (0,8-2,2)	719	9	1,3% (0,4-2,1)
Nana Mambere	899	10	1,1% (0,4 -1,8)	495	5	1,0% (0,1-1,9)
Ombella M'Poko	699	19	2,7% (1,5-3,9)	305	5	1,6% (0,2-3,1)
Ouaka	778	20	2,6% (1,5-3,7)	442	12	2,7% (1,2-4,2)
Ouham	1035	24	2,3% (1,4-3,2)	548	9	1,6% (0,6-2,7)
Ouham Pende	931	20	2,1% (1,2-3,1)	509	11	2,2% (0,9-3,4)
Sanga Mbaeré	701	9	1,3% (0,5-2,1)	358	4	1,1% (0,0-2,2)
Vakaga	885	19	2,1% (1,2-3,1)	596	11	1,8% (0,8-2,9)
Ensemble	**13760**	**287**	**2,1% (1,8-2,3)**	**7060**	**141**	**2,0% (1,7-2,3)**

La prévalence de la malnutrition aigüe (PB <210 mm) chez la femme reste faible (2%).

5.2. Mortalité rétrospective

Strates	Population totale		Enfants de moins de 5 ans	
	Effectif	Taux de mortalité rétrospective (Décès/ 10.000 personnes/ jour)	Effectif	Taux de mortalité rétrospective (Décès/ 10.000 personnes/ jour)
Bangui	4202	0,43 (0,26-0,72)	688	0,63 (0,24-1,64)
Bamingu-Bangora	3779	0,68 (0,46-1,01)	872	0,62 (0,26-1,43)
Basse Kotto	3435	0,94 (0,65-1,36)	1057	0,61 (0,27-1,35)
Haute Kotto	2617	1,31 (0,99-1,75)	520	1,65 (0,88-3,09)
Haut Mbomou	3144	1,30 (1,00-1,68)	823	1,18 (0,64-2,14)
Kemo	3914	0,74 (0,52-1,05)	935	0,69 (0,31-1,54)
Lobaye	3144	0,65 (0,38-1,10)	747	0,58 (0,17-1,92)
Mambere Kadei	3810	0,76 (0,52-1,10)	731	0,88 (0,36-2,16)
Mbomou	3112	0,62 (0,42-0,92)	716	0,75 (0,32-1,77)
Nana Gribizi	5207	0,97 (0,76-1,25)	1530	0,98 (0,58-1,68)
Nana Mambere	4253	0,71 (0,49-1,02)	1078	0,60 (0,28-1,29)
Ombella M'Poko	3500	0,95 (0,69-1,31)	702	0,92 (0,36-2,32)
Ouaka	3203	0,54 (0,32-0,89)	1039	0,62 (0,29-1,34)
Ouham	4475	1,06 (0,81-1,38)	1096	1,37 (0,85-2,23)
Ouham Pende	3983	0,65 (0,40-1,06)	1182	0,55 (0,17-1,74)
Sanga Mbaeré	3383	0,57 (0,33-1,00)	794	0,68 (0,29-1,56)
Vakaga	3897	1,02 (0,78-1,34)	1089	0,69 (0,31-1,54)
Ensemble	**63058**	**0.73**	**15599**	**0.76**

5.3. Couverture des services de santé de base

Les cibles de couverture du PEV pour la couverture vaccinale contre la rougeole, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage sont d'au moins 80% en routine et au moins 95% en campagne. Ces cibles sont basées sur les standards minimums OMS et SPHERE.

5.3.1. Couverture en vaccination anti rougeole

Strates	Vaccination anti rougeole			
	Nombre	Selon le carnet de santé/carte	Selon les dires des mères	Total
Bangui	583	25,9 % (18,1 - 35,6)	54,2 % (46,4 - 61,8)	80,1%
Bamingu-Bangora	714	15,7 % (11,2 - 21,6)	31,8 % (24,2 - 40,5)	47,5%
Basse Kotto	879	1,3 % (0,5 - 2,9)	62,5 % (54,6 - 69,7)	63,7%
Haute Kotto	444	7,9 % (4,3 - 13,9)	77,5 % (69,2 - 84,1)	85,4%
Haut Mbomou	661	8,0 % (4,2 - 14,7)	41,3 % (33,2 - 49,9)	49,3%
Kemo	766	17,5% (10,5 - 27,7)	64,2% (54,7 - 72,7)	81,7%
Lobaye	622	3,7 % (1,6 - 8,2)	53,9 % (43,2 - 64,2)	57,6%
Mambere Kadei	622	2,7 % (1,0 - 7,5)	71,2 % (63,3 - 78,0)	73,9%
Mbomou	548	7,5 % (4,0 – 13,4)	62,6 % (52,6 - 71,6)	70,1%
Nana Gribizi	1283	5,1% (3,4 - 7,4)	68,0 % (62,2 - 73,2)	73,0%
Nana Mambere	902	18,8% (11,5 - 29,4)	73,6 % (63,5 - 81,8)	92,5%
Ombella M'Poko	578	3,8 % (1,9 – 7,6)	61,1 % (49,9- 71,2)	64,9%
Ouaka	847	5,1% (1,4 - 16,3)	61,5 % (52,6-69,8)	66,6%
Ouham	911	6,5 % (2,9 - 13,9)	48,3 % (39,4 - 57,3)	54,8%
Ouham Pende	945	12,9 % (8,3 - 19,6)	74,3 % (66,8 - 80,6)	87,2%
Sanga Mbaeré	651	10,4 % (5,4 - 19,2)	68,0 % (53,9 - 79,5)	78,5%
Vakaga	881	0,6 % (0,2 - 1,6)	71,9 % (63,9 - 78,6)	72,4%
Ensemble	**12837**	**8,8 % (7,6 - 10,3)**	**61,9 % (59,7 - 64,1)**	**70,7%**

La couverture estimée de la vaccination contre la rougeole est relativement faible (70.7%). Seule la Nana Mambré s'approche de 95% de couverture vaccinale. La couverture en VAR vérifiée à l'aide des fiches ou carnet de santé est très faibles (8.8%), ce qui traduit clairement une faiblesse de rapportage dans le système de santé et aussi la faible connaissance de l'importante des cartes de vaccination et même de suivi et promotion de la croissance par les familles.

5.3.2. Supplémentation en vitamine A (enfants de 6-59 mois) et déparasitage à l'Albendazole (enfants 12-59 mois)

Strates	Enfants ayant reçu la vitamine A		Enfants ayant reçu le déparasitant	
	Nombre	% (95% IC)	Nombre	% (95% IC)
Bangui	623	73,8 %(67,3 - 79,4)	547	79,2 %(73,1 - 84,1)
Bamingu-bangora	761	4,6 %(1,6 - 12,7)	672	4,9 %(1,6 - 14,0)
Basse kotto	954	21,2 %(11,7 - 35,3)	817	22,4 %(12,2 - 37,5)
Haute kotto	481	85,0 % 76,7 - 90,7)	422	82,7 % (72,8 - 89,5)
Haut mbomou	706	61,6 %(49,6 - 72,4)	628	61,6 %(48,6 - 73,1)
Kemo	826	79,3 % (75,3 - 82,8)	710	74,5 % (69,4 - 79,0)
Lobaye	665	57,9 %(48,0 - 67,2)	580	60,2 %(50,8 - 68,8)
Mambere kadei	658	87,5 %(81,2 - 92,0)	588	79,6 % (71,5 - 85,8)
Mbomou	610	83,8%(71,2 - 91,5)	505	90,5 %(79,5 - 95,9)
Nana gribizi	1376	56,3 % (48,5 - 63,7)	1214	51,2 %(42,9 - 59,3)
Nana mambere	949	90,9% (87,3 – 93,6)	850	74,4 %(63,2 – 83,1)
Ombella m'poko	629	60,1% (47,5 - 71,4)	537	66,9 % (56,8 - 75,6)
Ouaka	915	44,3 %(32,4 - 56,8)	791	46,8 %(34,0 - 60,0)
Ouham	982	78,5 % (67,9 - 86,3)	852	69,0 %(57,0 - 78,9)
Ouham pende	999	82,0% (69,3 - 90,2)	899	75,0% (60,7 - 85,3)
Sanga mbaeré	714	26,8 %(18,1 – 37,6)	601	88,4 % (79,5 - 93,7)
Vakaga	947	55,3 %(74,6 - 62,8)	820	50,6 %(42,2 - 59,0)
Ensemble	**13795**	**60,8% (60,0-61,7)**	**12033**	**61,3% (60,4-62,2)**

Aucune préfecture n'atteigne 95% de couverture exigée pour la supplémentation en Vitamine A. La stratégie de la supplémentation des enfants en vitamine A focalisée sur les campagnes Polio ne suffit pas pour atteindre tous les enfants deux fois l'année.

5.4. Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), Enfants de 0-23 mois

5.4.1. Allaitement maternel (Enfants de 0-23 mois)

Strates	Initiation précoce de l'allaitement au sein		Allaitement exclusif (enfants < 6 mois)		Poursuite de l'allaitement jusqu'à 1 an (12-15 mois)		Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans (20-23mois)	
	N	%	N	% [IC à 95%]	N	% [IC à 95%]	N	% [IC à 95%]
Bangui	238	20,2	118	9,3	22	86,4	23	13,0
Bamingui_Bangoran	306	9,8	107	32,7	42	95,2	27	74,1
Basse Kotto	458	10,3	112	45,5	81	96,3	41	43,9
Haute Kotto	183	23,0	53	58,5	33	81,8	8	75,0
Haut Mbomou	325	12,9	104	2,9	60	90,0	32	50,0
Kemo	403	8,9	120	35,0	62	93,5	43	46,5
Lobaye	298	12,8	84	34,5	58	94,8	32	53,1
Mambere Kadei	278	7,9	76	57,9	47	89,4	36	36,1
Mbomou	387	2,6	118	35,6	59	93,2	44	11,4
Nana Gribizi	617	12,5	162	44,4	127	93,7	68	48,5
Nana Mambere	416	17,3	135	42,2	76	94,7	50	52,0
Ombella M'Poko	297	29,3	75	26,7	40	92,5	47	36,2
Ouaka	428	60,0	126	56,3	69	88,4	28	7,1
Ouham	428	54,0	131	37,4	71	98,6	39	61,5
Ouham Pende	421	28,7	155	32,9	85	94,1	36	61,1
Sanga Mbaeré	302	64,6	94	21,3	42	97,6	33	84,8
Vakaga	484	43,4	152	45,4	98	95,9	44	72,7
Ensemble	**6269**	**25,0**	**1922**	**36,3**	**1072**	**93,5**	**631**	**47,9**

- Seulement 25% des enfants (soit 1 enfant sur 4) sont allaités dans l'heure qui suit la naissance.
- Seulement 36.3% des enfants de moins de six mois (3 enfants sur 10) sont exclusivement nourris au sein. Ainsi 63.7% des enfant reçoivent déjà précocement des aliments inadaptés à leur âge d'avant 6 mois.
- Près de la moitié des enfants (47.9%) seulement poursuivent l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois ou plus.

5.4.2. Score de diversité alimentaire (SDA)

Enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommés au moins 4 groupes d'aliments

Strates	Consommation d'au moins 4 groupes d'aliments					
	6 à 23 mois allaités		6 à 23 mois non allaités		Ensemble	
	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)
Bangui	77	40,3	40	40,0	117	**40,2**
Bamingui_Bangoran	186	44,1	13	92,3	199	**47,2**
Basse_Kotto	291	40,2	53	47,2	344	**41,3**
Haut_Mbomou	178	10,6	43	50,0	130	**18,5**
Haute_Kotto	104	70,8	26	60,5	221	**68,8**
Kemo	239	29,3	43	44,2	282	**31,6**
Lobaye	187	24,1	27	40,7	214	**26,2**
Mambere_Kadei	168	14,9	34	32,4	202	**17,8**
Mbomou	182	62,6	86	90,7	268	**71,6**
Nana_Gribizi	382	31,4	72	63,9	454	**36,6**
Nana_Mambere	242	33,1	39	48,7	281	**35,2**
Ombella_MPoko	161	20,5	61	39,3	222	**25,7**
Ouaka	234	14,1	68	25,0	302	**16,6**
Ouham	264	7,6	32	0,0	296	**6,8**
Ouham_Pende	236	12,3	30	13,3	266	**12,4**
Sangha_Mbaere	192	70,8	16	62,5	208	**70,2**
Vakaga	299	41,5	33	54,5	332	**42,8**
Ensemble	**3622**	**33,02**	**716**	**48,7**	**4338**	**35,6**

Seulement 35% des enfants de 6-23 mois ont une alimentation diversifiée (incluant les 4 groupes d'aliments)

5.4.3. Fréquence minimale des repas chez les enfants de 6- 23 mois

Strates	Consommation d'au moins 2 repas chez les 6-8 mois et 3 repas chez les 9-23 mois					
	6 à 23 mois allaités		6 à 23 mois non allaités		Ensemble	
	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)
Bangui	77	54,5	40	97,5	117	69,2
Bamingui_Bangoran	186	24,7	13	100,0	199	29,6
Basse_Kotto	291	23,7	53	100,0	344	35,5
Haut_Mbomou	104	9,6	26	100,0	130	27,7
Haute_Kotto	178	80,3	43	100,0	221	84,2
Kemo	239	39,3	43	100,0	282	48,6
Lobaye	187	35,8	27	100,0	214	43,9
Mambere_Kadei	168	19,0	34	100,0	202	32,7
Mbomou	182	29,1	86	100,0	268	51,9
Nana_Gribizi	382	26,7	72	100,0	454	38,3
Nana_Mambere	242	30,6	39	100,0	281	40,2
Ombella_MPoko	161	27,3	61	100,0	222	47,3
Ouaka	234	40,6	68	100,0	302	54,0
Ouham	264	25,0	32	100,0	296	33,1
POuham_Pende	236	39,4	30	100,0	266	46,2
Sangha_Mbaere	192	26,0	16	87,5	208	30,8
Vakaga	299	39,1	33	100,0	332	45,2
Ensemble	**3622**	**33,04**	**716**	**99,6**	**4338**	**44,0**

Au total, 44% des enfants consomment au moins 2 repas recommandés/jour (chez les 6-8 mois) et au moins 3 repas recommandés/jour (chez les 9-23 mois).

5.4.4. Alimentation minimum acceptable

Strates	Enfants de 6 à 23 mois allaités		Enfants de 6 à 23 mois non allaités		Ensemble	
	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)	Effectif	% (IC à 95%)
Bangui	77	19,5	40	35,0	117	24,8
Bamingui_Bangoran	186	3,2	13	92,3	199	9,0
Basse_Kotto	291	12,7	53	47,2	344	18,0
Haut_Mbomou	104	2,9	26	19,2	130	6,2
Haute_Kotto	178	58,4	43	58,1	221	58,4
Kemo	239	12,1	43	44,2	282	17,0
Lobaye	187	13,9	27	48,1	214	18,2
Mambere Kadei	168	3,0	34	32,4	202	7,9
Mbomou	182	12,6	86	93,0	268	38,4
Nana_Gribizi	382	7,1	72	62,5	454	15,9
Nana_Mambere	242	9,1	39	48,7	281	14,6
Ombella_MPoko	161	5,0	61	36,1	222	13,5
Ouaka	234	2,1	68	29,4	302	8,3
Ouham	264	1,5	32	0,0	296	1,4
Ouham_Pende	236	2,5	30	13,3	266	3,8
Sangha_Mbaere	192	22,9	16	50,0	208	25,0
Vakaga	299	16,7	33	54,5	332	20,5
National	**3622**	**11,4**	**716**	**47,5**	**4338**	**17,4**

Dans l'ensemble, seulement 17.4% des enfants de 6-23 mois ont une alimentation minimum acceptable (avec au moins quatre groupes d'aliments variés et ont reçu des aliments selon le nombre minimum de fois requis conformément aux normes). Cette situation est plus grave chez les enfants allaités (11.4%). Tandis que 47,8% des enfants non allaités ont une alimentation minimale acceptable.

5.5. Eau Hygiène et Assainissement

5.5.1. Accès à l'eau potable

Principale source d'eau de boisson

Strates	Effectif	Ménages utilisant une source d'eau protégée	Ménages utilisant une source d'eau non protégée
		% (IC à 95%)	% (IC à 95%)
Bangui	642	78,4	21,7
Bamingui_Bangoran	696	73,6	26,4
Basse_Kotto	738	39,7	60,3
Haute_Kotto	521	50,3	49,7
Haut_Mbomou	678	53,8	46,2
Kemo	838	53,6	46,4
Lobaye	614	52,8	47,2
Mambere_Kadei	713	41,0	59,1
Mbomou	760	10,7	89,3
Nana_Gribizi	1019	55,1	45,0
Nana_Mambere	867	53,6	46,4
Ombella_MPoko	682	46,0	54,0
Ouaka	784	43,6	56,4
Ouham	1128	68,0	32,0
Ouham_Pende	961	58,3	41,7
Sangha_Mbaere	623	37,1	62,9
Vakaga	820	30,2	69,8
Ensemble	**13084**	**50,2**	**49,8**

La moitié des ménages ont accès à l'eau potable. Les préfectures les moins pourvues étant respectivement : Mbomou, Vakaga, Sangha Mbaere, Basse Kotto, Mambere Kadei, Ouaka et Ombella M'Poko.

5.5.2. Utilisation de toilettes

Préfecture	Effectif	Toilettes améliorées	Toilettes non améliorées
	n	% (IC à 95%)	% (IC à 95%)
Bangui	642	53,3	46,7
Bamingui_Bangoran	696	3,6	96,4
Basse_Kotto	740	5,9	94,0
Haut_Mbomou	680	0,1	69,7
Haute_Kotto	521	30,3	99,9
Kemo	839	8,1	91,9
Lobaye	614	1,5	98,5
Mambere_Kadei	713	5,5	94,5
Mbomou	760	0,1	99,9
Nana_Gribizi	1020	2,5	97,5
Nana_Mambere	867	25,8	74,2
Ombella_MPoko	730	19,3	79,3
Ouaka	800	4,5	95,4
Ouham	1130	6,6	93,4
Ouham_Pende	977	3,9	96,0
Sangha_Mbaere	624	2,9	97,1
Vakaga	821	1,9	98,0
Ensemble	**13174**	**9,6**	**90,4**

Seuls 9,6% des ménages ont des toilettes améliorées à l'échelle nationales

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1. Conclusions

- La République Centrafricaine fait face à des taux de malnutrition aigüe sévère (MAS) et malnutrition chronique inquiétants chez les enfants de moins de 5 ans :
  - 10 préfectures ont des taux de malnutrition sévères au de-là du seuil d'urgence (OMS) et Toutes les préfectures exceptés Bangui et Ouham ont des taux de malnutrition chronique dépassant le seuil critique de 30%
  - En 2019, près de 110 000 enfants de moins de 5 ans ont besoin d'une prise en charge nutritionnelle urgente (45 000 pour la malnutrition aiguë sévère et 65 000 pour malnutrition aigüe modérée) et plus de 350 000 enfants souffrant de malnutrition chronique
- La situation critique de malnutrition chronique persiste depuis près de 20 ans (EDS, 1995) avec les conséquences graves telles que le retard du développement cognitif et de la performance à l'école, l'augmentation de la mortalité, les faibles capacités de production chez l'adulte ainsi que la perte de croissance économique estimée à près 3 % du PIB lorsque le taux de malnutrition chronique est critique[1] ;
- Aucune préfecture n'atteigne 95% de couverture exigée pour la supplémentation en Vitamine A.
- Seuls 6 enfants seulement sur 10 sont supplémentés en Vitamine A et déparasités tous les 6 mois
- Bien que 7 enfants sur 10 soient vaccinées contre la rougeole (avec et sans carte), seulement 1 enfant sur 10 possède la carte/fiche de santé ;
- Seulement 1 enfant sur 4 sont allaités dans l'heure qui suit la naissance, 3 enfants sur 10 sont exclusivement nourris au sein, 1 enfant sur 2 poursuivent l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois et 1 enfant sur 10 a une alimentation minimale acceptable ;
- La moitié des ménages ont accès à l'eau potable. Mais seul 1 ménage sur 10 ont des toilettes améliorées.

6.2. Recommandations

1. Approfondir l'analyse des causes profondes de la malnutrition
2. Renforcer la réponse aux urgences nutritionnelles (Incluant la Malnutrition aigüe modérée en usant du protocole simplifié dans les zones d'urgences) tout en renforçant les interventions préventives afin de couper le cercle vicieux de la malnutrition ;
3. Mettre le système de surveillance nutritionnelle à grande échelle afin d'anticiper sur les crises nutritionnelles et y répondre à temps ;

[1] Source : James et. Al, 2000, Lancet, 2008

4. Renforcer les capacités des agents de santé en nutrition (révision du curricula de formation en nutrition dans les écoles de formation des Médecins et Infirmiers et agronomes et appuyer la formation continue) ;
5. Organiser une campagne nationale de promotion des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
6. Renforcer la coordination multisectorielle des interventions de nutrition : directe et sensibles (Agricole, Eau – Hygiène et Assainissement, le planning familial, l'amélioration de l'accès aux soins de santé, éducation et protection sociale) car la malnutrition est multifactorielle ;
7. Rendre fonctionnel le Comité National de Nutrition et sécurité alimentaire y compris la coordination technique ;
8. Disposer d'une feuille de route permettant de placer la nutrition dans l'agenda des priorités du Gouvernement et des partenaires ;
9. Elaborer un plan stratégique multisectoriel de Nutrition avec Budget ;
10. Créer un Programme National de Nutrition et Sécurité Alimentaire avec des Ressources Humaines conséquentes pour coordonner des actions multisectorielles de lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes ;
11. Accélérer la promulgation de la loi portant commercialisation des substituts du lait maternel.