

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE



PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION
« PRONANUT »



ENQUETES NUTRITIONNELLES SELON L'APPROCHE
SMART/SENS
DANS LES CAMPS ET SITES DES REFUGIES
CENTRAFRICAINS ET POPULATIONS HOTES

PROVINCES DU NORD-UBANGI, SUD-UBANGI ET BAS-UELE
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

R A P P O R T F I N A L



Juillet 2019

Table des matières

Table des matières

Table des matières	2
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	10
SIGLES ET ABREVIATIONS	11
RESUME EXECUTIF	12
OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE	12
MÉTHODOLOGIE	13
PRINCIPAUX INDICATEURS	14
CONCLUSION.....	21
CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LE CAMP DES REFUGIES (Inke, Bili, Mole, et Boyabu).....	21
CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES TROIS ZS AYANT ACCUEILLI LES REFUGIENT CENTRAFRICAIS (MOBAYI MBONGO, YAKOMA ET MONGA)	21
1. INTRODUCTION	22
1.1. JUSTIFICATION DE L'ENQUETE.....	22
1.2. APERÇU SUR LES DOMAINES D'ETUDES	23
1.2.1. Aperçu des différents camps enquêtés	23
1.2.1.1. <i>Camps de la province du Sud-Ubangi : Boyabu et Mole</i>	24
1.2.2. APERÇU DES DIFFÉRENTES ZONES DE SANTÉ HÔTES ENQUÊTÉES.....	25
1.2.2.1 <i>Zones de santé de MOBAYI MBONGO</i>	25
1.2.2.2 <i>Zone de Santé de YAKOMA</i>	26
1.2.2.3 <i>Zone de santé de MONGA</i>	29
1.2.2.4 <i>Zone de santé de LIBENGE</i>	31
1.2.2.4 <i>Zones de santé de ZONGO</i>	33
1.3. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	35
1.3.1 Objectif principal :	35
1.3.2 Objectifs spécifiques :.....	35
2. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	36
2.1. APPROCHE GLOBALE	36
2.2 TYPE D'ETUDE	36
2. 3. DOMAINES DE L'ETUDE.....	36
2.4. POPULATIONS DE L'ETUDE.....	37
2.5. STRATIFICATION	37
2.6. ECHANTILLONNAGE	37
2.6.1. Définition des unités d'échantillonnage	37
Les unités de sondage ont été définies de la manière suivante :.....	37
2.6.2. Bases de sondage	37
2.6.3. Calcul de la taille de l'échantillon	37

2.6.4. Constitution de l'échantillon par zone d'étude	39
2.6.4.1. Répartition de l'échantillon par zone d'étude	39
2.6.4.2. Sélection des grappes par domaine d'étude	39
2.6.4.3. Sélection des ménages par domaine d'étude	39
2.7 OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES ET DONNEES COLLECTEES.....	39
2.7.1. Outil de collecte des données.....	39
2.7.2. Données collectées.....	39
2.8. ORGANISATION DE L'ENQUETE	39
2.8.1. Gestion de l'enquête	39
a) Comité technique	39
b) Comité de validation	40
2.8.2. Organisation matérielle et logistique.....	40
2.8.3. Personnel de terrain.....	40
2.9. MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUETE.....	40
2.9.1. Recrutement et formation des agents de terrain	40
2.9.1.1. Formation des enquêteurs	40
2.9.1.2. Test de standardisation	41
2.9.1.3. Pré-enquête	41
2.9.1.4. Sélection finale des enquêteurs.....	41
2.9.2. Collecte des données.....	41
2.9.3. Supervision du travail de terrain	41
2.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET GENRE	41
2.11. CONTROLE DE LA QUALITE DES DONNEES.....	42
3. TRAITEMENT DES DONNEES	42
3.1. LOGICIELS UTILISES, PLAN DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES	42
3.2. INDICATEURS ET SEUILS DE CLASSIFICATION.....	42
3.2.1. Données anthropométriques et sanitaires de base.....	43
3.2.2. Données sur l'Anémie	43
3.2.3. Données sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ...	44
3.2.4. Données sur la Sécurité alimentaire	45
3.2.4.1. Approche méthodologique.....	45
3.2.5. Données sur l'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA).....	48
3.2.6. Données sur la couverture en moustiquaires.....	49
4.1.1 PROFILS DES MENAGES ENQUETES	51
4.1.1.1 Caractéristiques socio démographiques des ménages	51
4.1.1.2 Caractéristiques du logement et sources d'énergie.....	53
4.1.1.3 Possession des biens de valeur	55
4.1.1.4 Sources de revenus des ménages	56
4.1.2 NUTRITION	56
4.1.2.1 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6-59 MOIS	56
A. Description de l'échantillon selon l'âge et le sexe	56

4.1.2.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE RÉPRODUCTION	62
4.1.2.3 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION	63
a. Couverture des programmes de prise en charge nutritionnelle	63
b. Couverture de la vaccination contre la rougeole	64
c. Couverture de la supplémentation en vitamine A	64
d. Couverture du déparasitage au mébendazole.....	65
e. Couvertures en supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes.....	65
4.1.2.4 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	66
a. Pratiques de l'allaitement	66
B. PRATIQUES DE L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT.....	67
c. Alimentation au biberon.....	68
4.1.3 SANTE.....	68
4.1.3.1 MORBIDITE.....	68
4.1.3.2 ANEMIE	69
4.1.3.4. COUVERTURE EN MOUSTIQUAIRES.....	70
4.1.3.5 EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	73
4.1.4. SECURITE ALIMENTAIRE.....	77
4.1.4.1. Résultats sur la sécurité alimentaire dans les camps d'INKE, BILL, BOYABU et MOLE.....	77
4.4.1.2. ACCES A L'AIDE ALIMENTAIRE	79
4.2.1 PROFILS DES MENAGES.....	83
4.2.1.1. Taille des ménages et sexe des chefs de ménages.....	83
4.2.1.2 Liens de parenté avec le chef de ménage, sexe, niveau d'instruction et état matrimonial des membres des ménages enquêtés.....	83
4.2.1.3 CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT ET SOURCES D'ENERGIE	85
4.2.1.4 Possession des biens de valeur	87
4.2.1.5 Possession des animaux.....	88
4.2.1.6 Sources de revenus des ménages	89
4.2.2 NUTRITION	90
4.2.2.1 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6-59 MOIS	90
4.2.2.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE RÉPRODUCTION	96
4.2.2.3 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION.....	97
4.2.2.4 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	101
4.2.3 SANTE.....	103
4.2.3.1 MORBIDITE.....	103
4.2.3.2 EAU, HYGIÈNE, ASSAINISSEMENT (EHA)	105
4.2.4 SECURITE ALIMENTAIRE	106
4.2.4.1 Consommation et diversification alimentaire des ménages	106
4.2.4.2 Recours aux stratégies de survie	108
5. DISCUSSION.....	111

5.1 DISCUSSIONS DES RESULTATS POUR LES CAMPS DES REFUGIES CENTRAFRICAINS.....	111
5.1.1 NUTRITION	111
5.1.1.1 Situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mos	111
5.1.1.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE REPRODUCTION (15A 49 ANS)	113
5.1.2 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION ET DE SANTE DE BASE.....	114
5.1.3 PRATIQUES D’ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	115
5.1.4 SANTE	116
5.1.4.1 MORBIDITE	116
5.1.4.2 ANEMIE	117
5.1.4.3 COUVERTURE EN MOUSTIQUAIRES	117
5.1.5 EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	118
5.1.5.1. L’eau	118
5.1.5.2. Latrine	119
5.1.6 SECURITE ALIMENTAIRE.	120
5.2 DISCUSSIONS DES RESULTATS POUR LES ZONES DE SANTE AYANT ACCUEILLI LES REFUGIES CENTRAFRICAIS	122
5.2.1 NUTRITION	122
5.2.1.1 Situation nutritionnelle des enfants de 6à 59 mois	122
5.2.1.2 Etat nutritionnel des femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans) ..	124
5.2.2 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION ET DE SANTE DE BASE	124
5.2.1 PRATIQUES D’ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	125
5.2.3 SANTE	127
5.2.3.1 MORBIDITE	127
5.2.4 EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT (EHA)	127
5.2.4 SECURITE ALIMENTAIRE.....	127
5.2.4.1 Consommation alimentaire des ménages.....	127
5.2.4.2 DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DES MENAGES.....	128
5.2.4.2 Recours aux stratégies de survie	128
6. CONCLUSION.....	130
6.1 CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES CAMPS DES REFUGIES (INKE, BILI, MOLE,.....	130
ET BOYABU)	130
6.2 CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES TROIS ZONES DE SANTE AYANT ...	130
ACCUEILLI LES REFUGIES CENTRAFRICAIS (MOBAYI MBONGO, YAKOMA	130
ET MONGA)	130
7. RECOMMANDATIONS.....	132
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	134
ANNEXES	135

REMERCIEMENTS

Ces enquêtes SMART/SENS dans les camps et sites des Réfugiés centrafricains et populations hôtes habitant les provinces du Nord et Sud Ubangi ainsi que du Bas Uélé en RD Congo entrent dans le cadre des efforts fournis pour améliorer la situation nutritionnelle et sanitaire des réfugiés vivant sur le sol Congolais. Elles ont bénéficié de l'appui technique et financier du HCR au travers l'ONG ADES.

Ainsi, la Direction du PRONANUT saisit cette occasion pour remercier sincèrement le HCR et l'ONG ADES pour leur engagement dans la recherche des voies et moyens en vue d'améliorer l'état sanitaire et nutritionnel des réfugiés vivant sur le sol Congolais mais aussi de la population hôte en général et plus particulièrement des enfants et les femmes.

Plusieurs personnes ont été impliquées dans la réalisation de ces enquêtes. Qu'il nous soit permis de les remercier globalement. Néanmoins, nous exprimons notre gratitude particulière aux autorités sanitaires et administratives des camps, sites et des zones de santé enquêtées ayant accueilli les réfugiés centrafricains, aux superviseurs et enquêteurs ainsi qu'aux membres du PRONANUT du niveau national et provincial.

L'Unicef et le PAM ont apporté particulièrement un appui matériel et logistique pour la bonne réussite de ces enquêtes. Qu'ils trouvent ici nos remerciements sincères.

Merci également aux partenaires et organismes regroupés au sein du comité technique de validation des enquêtes

SMART, pour leur appui et le partage de leur expérience.

Enfin, que toutes les familles visitées trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Dr Ernest MBO ILENGA

Directeur du PRONANUT

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.2	: Paramètres de calcul pour les autres modules de l'enquête
Tableau 3.1	: Seuil de taux d'hémoglobine pour la définition de l'anémie
Tableau 3.2	: Classification de la prévalence de l'anémie dans une population basée sur le taux d'hémoglobine sanguin.
Tableau 4.1	: Taille des ménages et sexe des chefs de ménages dans les camps des Réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 4.2	: Caractéristiques socio démographiques des membres des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés centrafricains de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 4.3	: Caractéristiques du logement et sources d'énergie des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés Centrafricains de Bili, Inke, Mole, Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 4.4	: Pourcentage des ménages enquêtés possédant certains biens de valeurs, dans les camps de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 4.6	: proportion des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés Centrafricains de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi qui reçoivent un transfert monétaire, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 4.7	: Distribution de l'échantillon selon l'âge et le sexe des enfants enquêtés dans les camps Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4.8	: Prévalences de la malnutrition aigüe selon l'indice poids/taille (P/T) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4.8b	: Estimation du nombre de cas de malnutrition aiguë (P/T), chez les enfants des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi SMART SENS, 2019
Tableau 4.9	: Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, ZS scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/taille, Enquêtes SMART SENS camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, 2019
Tableau 4.10	: Prévalence de la malnutrition aigüe selon le périmètre brachial (PB) par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4.11	: Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids/âge (P/A) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4.12	: Prévalence de la malnutrition Chronique selon l'indice poids/taille (T/A) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4.13	: Prévalences de la malnutrition mesurée par le périmètre brachial chez les femmes en âge de reproduction par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi
Tableau 4 :14	: Couverture des programmes de nutrition UNTI/UNTA/UNS chez les enfants de 6-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.15	: Couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 9-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.16	: Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.17	: Déparasitage au mébendazole chez les enfants de 12-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.18	: Couverture en supplémentation en fer-acide folique (FAF) chez les femmes des camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.19	: Pratiques d'allaitement maternel des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Tableau 4.20	: Pratiques de l'alimentation de complément maternel des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.21	: Proportion d'enfants âgés de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête chez les enfants des camps des réfugiés Centrafricains des Province du Nord Ubangi et bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.22	: Morbidité rétrospective dans les deux semaines chez les enfants de 6-59 mois dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.23	: Prévalences de l'anémie (globale, légère, modelée et sévère) et la moyenne taux d'hémoglobine chez les enfants de 6-59 mois dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.24	: Prévalences de l'anémie (globale, légère, modelée et sévère) et moyennes des taux d'hémoglobine chez les femmes en âge de reproduction dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.25	: Proportion des ménages qui possèdent des moustiquaires dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.26	: Nombre moyen de moustiquaires MILDA possédées par ménages et nombre de personnes par MILDA dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.27	: Proportion des membres des ménages qui avaient dormi sous moustiquaires la veille de l'enquête dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.28	: Proportion des enfants de 0-59 mois et des femmes enceintes qui avaient dormis sous moustiquaires la veille de l'enquête dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 4.29	: Proportion de ménages qui obtiennent l'eau de boisson à partir d'une source d'eau améliorée et ceux utilisant des conteneurs couverts ou à goulot étroit pour le stockage d'eau de boisson, camps des réfugiés centrafricains RDC, 2019.
Tableau 4.30	: Nombre de litres d'eau utilisés/pers/jr, camps des réfugiés centrafricains, RDC 2019.
Tableau 4.31	: Proportion de ménages qui déclarent être satisfaits par l'approvisionnement en eau potable et ceux qui prennent moins de 30 minutes pour aller et revenir à la source d'eau.
Tableau 4.32	: Répartition des ménages enquêtés suivant le type de toilette utilisée (%).
Tableau 4.33	: Proportion de ménages utilisant une latrine partagée ou non, camps des réfugiés centrafricains, RDC, 2019
Tableau 4.34	: Proportion de ménages ayant des enfants de moins de 3 ans et qui éliminent leurs selles de façon hygiénique.
Tableau 4.35	: Groupes d'aliments et poids dans le calcul du score de consommation alimentaire
Tableau 4.36	: Poids des éléments retenus pour le calcul de l'indice de stratégie de survie (CSI réduit)
Tableau 4.37	: Classes de consommation alimentaire (SCA), par domaine d'étude et dans l'ensemble
Tableau 4.38	: Niveaux de diversité (SDA), par domaine d'étude et dans l'ensemble
Tableau 4.39	: Score moyen de diversité alimentaire (SDA) suivant le domaine d'étude et dans l'ensemble des 2 camps.
Tableau 4.40	: Pourcentage de ménages possédant une carte de ration, par domaine d'étude et dans l'ensemble des 4 camps.
Tableau 4.41	: Valeur (en USD) et durée (en nombre de jours) de l'aide reçue (cash) à la dernière distribution.
Tableau 4.42	: Répartition (en %) des ménages suivant la proportion de cash reçu dans les différents camps.
Tableau 4.43	: Répartition des ménages enquêtés (%) suivant le type de stratégie utilisé et par domaine.
Tableau 4.44	: Indice moyen réduit de stratégies de survie (r-CSI) dans les différents camps et dans l'ensemble.
Tableau 5.1	: Taille des ménages et sexe des chefs de ménages dans les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma, et Monga), ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SES, 2019

Tableau 5.2	: caractéristiques socio démographiques des membres des ménages enquêtés dans les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma, et Monga), ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 5.3	: Proportion de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés selon les caractéristiques du logement principal d'habitation et les sources d'énergie dans les ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 5.4	: Proportion de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés qui possèdent certains biens de valeurs dans les ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 5.5	: Nombre d'animaux possédés par les ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés dans les ZS Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 5.6	: Proportion de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés qui déclarent recevoir un transfert monétaire de la part d'une ONG/Agence, Enquêtes SMART/SENS, 2019
Tableau 5.7	: Distribution de l'échantillon selon l'âge et le sexe des enfants enquêtés dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.8	: Prévalences de la malnutrition aiguë selon l'indice poids/taille (P/T) en Z-Scores par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.9	: Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, ZS scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/taille, Enquêtes SMART SENS réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, 2019
Tableau 5.10	: Prévalences de la malnutrition aiguë selon le Périmètre brachial (PB) par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.11	: Prévalences de l'insuffisance pondérale selon le rapport poids par âge par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.12	: Prévalences de la malnutrition chronique selon le rapport taille par âge par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.13	: Prévalences de la malnutrition mesurée par le périmètre brachial chez les femmes en âge de reproduction par zone de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé
Tableau 5.14	: Couverture des programmes de nutrition UNTI/UNTA/UNS chez les enfants de 6-59 mois par zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.15	: Couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 9-59 mois dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.16	: Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.17	: Déparasitage au mébendazole chez les enfants de 12-59 mois dans la population hôte des trois ZS et réfugiés Centrafricains des zones de santé des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.18	: Couverture en supplémentation en fer-acide folique (FAF) chez les femmes habitant dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.19	: Pratiques d'allaitement des enfants vivant dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.20	: Pratiques de l'alimentation de complément des enfants vivant dans les ZS ayant accueillis les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
Tableau 5.21	: Proportion d'enfants âgés de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête chez les enfants des Zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des Province du Nord Ubangi et bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

- Tableau 5.22 : Morbidité rétrospective dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes chez les enfants de 6-59 mois des zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019
- Tableau 5.23 : Proportion de ménages qui obtiennent l'eau de boisson à partir d'une source d'eau améliorée par zone de santé et par strate (statut de résidence), dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains, 2019.
- Tableau 5.24 : Répartition des ménages enquêtés suivant le type de toilette utilisée (%).
- Tableau 5.25 : Consommation alimentaire des aliments
- Tableau 5.26 : Score moyen de diversité alimentaire, par statut de résidence (strate) et par zone de santé.
- Tableau 5.27 : Niveaux de diversité (SDA), par zone de santé et dans l'ensemble.
- Tableau 5.28 : Pourcentage des ménages ayant recouru aux stratégies par zone de santé et dans l'ensemble des 2 zones de santé.
- Tableau 5.29 : Répartition des ménages enquêtés (%) suivant le type de stratégie utilisé, par zone de santé et dans l'ensemble.
- Tableau 5.30 : Indice moyen réduit de stratégies de survie (r-CSI) suivant le domaine d'étude et par strate

LISTE DES FIGURES

- Graphique 1 : Répartition des enfants enquêtés dans les camps des réfugiés par tranches d'âge
- Graphique 2 : Prévalences de la malnutrition aiguë (MAG et MAS) dans les camps des réfugiés Centrafricains
- Graphique 3 : Taux de malnutrition chronique dans 4 camps des réfugiés Centrafricains
- Graphique 4 : Raisons principales de non satisfaction de l'approvisionnement en eau (en %), camps des réfugiés centrafricains, RDC, 2019
- Graphique 5 : Évolution des taux de MAG et MAS, selon l'indice P/T, camps des réfugiés centrafricains, 2014, 2016 et 2019.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CPN	Consultation Prénatale
CPS	Consultation Préscolaire
DGV	Distribution Générale des Vivres
DPS	Division Provinciale de la Santé
ENA	Emergency Nutrition Assessment
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
ET	Écart Type
FAF	Fer Acide Folique
g/dl	gramme par décilitre
HB	Hémoglobine
I.C	Intervalle de confiance
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MUAC	Middle Upper Arm Circumference
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
P/A	Poids pour Age
P/T	Poids pour Taille
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PRONANUT	Programme National de Nutrition
SD	Standard Déviation
SENS	Standardised Expanded Nutrition Survey
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
VAR	Vaccination anti-rougeoleux
WASH	Water Sanitation Hygiène

RESUME EXECUTIF

Ces enquêtes nutritionnelles ont été menées dans les camps des réfugiés centrafricains d’Inke, Bili (Province du Nord Ubangi), Mole et Boyabu (province du Sud Ubangi) ainsi que dans les Zones de Santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains à savoir les ZS Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga en République Démocratique du Congo (RDC). Les premières vagues des réfugiés Centrafricains dans ces camps remontent dans les années 2013-2014 et 2017, on a aussi noté de nouveaux afflux notamment dans la province du Nord Ubangi.

Dans la province du Nord Ubangi, une partie (29,8%) des réfugiés est installée dans les camps d’Inke et de Bili respectivement depuis 2013 et 2014. Et une autre partie, dont les nouveaux afflux depuis mai 2017, habite dans les familles d’accueil et dans les sites spontanés dans les zones de santé de Mobayi-Mbongo, Bili, Gbadolite et Yakoma.

Dans la province du Sud-Ubangi, une partie (environ 82%) des réfugiés est installée dans les camps Boyabu et de Mole respectivement depuis 2013 et 2014. Et une autre partie, dont les nouveaux afflux depuis mai 2017, habite dans les familles d’accueil et dans les sites spontanés dans les zones de santé de Libenge et de Zongo.

Par le passé quelques enquêtes nutritionnelles ont été réalisées notamment dans les camps des réfugiés de Boyabu et Mole ainsi que dans certaines ZS, Libenge et Bili. Ces enquêtes ont trouvé des situations préoccupantes, d’où il y a eu une nécessité d’actualiser les données et planifier et d’orienter les interventions sur base des évidences. Cette situation a motivé l’organisation des enquêtes nutritionnelles anthropométriques dans tous les camps et dans les Zones de Santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains afin d’évaluer l’état nutritionnel et sanitaire des réfugiés centrafricains et proposer des recommandations programmatiques y afférentes. Il faut noter que la zone de santé de Bili, qui abrite le camp de même nom, n’a pas bénéficié d’enquête pour la simple raison qu’une enquête récente venait de s’y effectuer en avril 2018

Objectifs de l’enquête

L’objectif principal de ces enquêtes est de disposer d’informations récentes sur la situation nutritionnelle, sécurité alimentaire, et de santé dans les camps des réfugiés Centrafricains habitant les Provinces du Nord Ubangi, Sud Ubangi et Bas Uélé en vue de mieux orienter les interventions.

Les objectifs spécifiques étaient :

- Évaluer l’état nutritionnel (malnutrition aiguë, chronique et insuffisance pondérale) parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois;
- Déterminer le niveau de couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée pour les enfants âgés de 6 à 59 mois;
- Déterminer la couverture vaccinale anti rougeoleuse chez les enfants de 9 à 59 mois,
- Évaluer la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et le déparasitage au Mébendazole chez les enfants de 12 à 59 mois, au cours de six derniers mois,
- Estimer la prévalence de la diarrhée sur une période rétrospective de 2 semaines chez les enfants âgés de 6 à 59 mois;
- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les femmes en âge de reproduction (15-49 ans) par la mesure du périmètre brachial;
- Mesurer la prévalence de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes non enceintes en âge de reproduction (15-49 ans);
- Déterminer le niveau d’enrôlement en clinique de soins prénataux (CPN) et la couverture de la supplémentation en fer acide folique chez les femmes enceintes, en âge de reproduction (15-49 ans),
- Évaluer les pratiques d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) chez les enfants âgés de 0 à 23 mois ;

- Déterminer la couverture en cartes de ration et la durée de la ration alimentaire de distribution générale des vivres et/ou à travers le Cash Based Intervention (CBI) au sein des ménages bénéficiaires ;
- Déterminer le niveau d'utilisation des stratégies d'adaptation néfastes au sein des ménages,
- Evaluer le niveau de diversité alimentaire des ménages ;
- Déterminer le niveau d'accès de la population à l'eau potable et aux systèmes d'hygiène et d'assainissement, ainsi que leur niveau d'utilisation; Evaluer le niveau de possession (tous types confondus et MILDA) et d'utilisation des moustiquaires au sein des tous les membres de chaque ménage (y compris les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les autres membres du ménage) ;
- Formuler des recommandations pour améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle.

Méthodologie

Il s'agit des enquêtes de type transversal par sondage en grappe à deux degrés, basée sur les directives UNHCR-SENS, dont les règles d'échantillonnage sont elles-mêmes tirées de la méthodologie SMART. La méthodologie SMART et le logiciel ENA for SMART 2011 (version du 09 juillet 2015) ont été utilisés pour la détermination de la taille de l'échantillon et la sélection des grappes.

Elle comporte : « **un questionnaire enfant** » de collecte des données des mesures anthropométriques, « **un questionnaire anémie** » pour évaluer le taux d'hémoglobine chez les enfants de 6 à 59 mois et les femmes en âge de reproduction (15-49 ans), excepté les femmes enceintes, « **un questionnaire sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** », « **un questionnaire ménage** » pour les données relatives à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la couverture moustiquaire et la sécurité alimentaire.

La population cible est constituée des enfants de 0 à 59 mois, des femmes en âge de reproduction (15-49 ans), l'ensemble des ménages pour les indicateurs portant sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement ainsi que la couverture des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA). Treize (13) ménages ont été enquêtés par équipe et par jour.

Dans chaque camp et sites des réfugiés une enquête selon l'approche SENS a été menée. Pour les populations hôtes et les zones de santé (ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga), l'enquête a été menée selon l'approche SMART élargie.

La sélection des ménages a été réalisée soit par un sondage aléatoire simple, soit par l'aléatoire systématique, avec ou sans segmentation préalable, selon les caractéristiques du domaine de l'étude

Quarante-trois (43) grappes par camp ont été sélectionnées permettant d'obtenir une estimation représentative de la prévalence de la malnutrition aiguë et une précision souhaitée.

Pour les 3 zones de santé hôte, l'échantillon final a été réparti de manière équiprobable entre les deux strates, soit 22 grappes par strate pour la zone de santé de Mobayi et 21 grappes par strate pour les zones de santé de Yakoma et Monga

PRINCIPAUX INDICATEURS

a) Principaux indicateurs, camp des refugies centrafricains de Bili, Inke, Mole et Boyabu,

INDICATEURS	CAMPS DES REFUGIES				niveau de sévérité ou cible à atteindre
	INKE	BILI	MOLE	BOYABU	
ETAT NUTRITIONNEL ENFANTS 6-59 MOIS					
Malnutrition Aiguë en Z Scores					
Malnutrition aiguë globale (MAG)	4,9%(3,5-6,7)	5,0%(3,6-6,8)	12,4%(10,0-15,1)	11,4%(9,1-14,3)	Critique MAG si $\geq 15\%$
Malnutrition aiguë modérée (MAM)	4,5%(3,2-6,3)	4,4%(3,1-6,2)	10,0%(7,7-12,9)	8,2%(6,3-10,6)	
Malnutrition aiguë sévère (MAS)	0,4%(0,1-1,5)	0,6%(0,2-1,7)	2,4%(1,3-4,3)	3,2%(1,7-5,9)	
Malnutrition Aiguë par le PB					
Malnutrition aiguë globale (PB<125)	3,1%(1,8-5,2)	4,8%(3,4-6,8)	7,5%(5,5-10,2)	9,0%(7,1-11,3)	
Malnutrition aiguë modérée (115 \geq PB<125)	2,2%(1,3-3,7)	3,4%(2,2-5,2)	5,4%(3,7-7,8)	6,9%(4,9-9,6)	
Malnutrition aiguë sévère (PB<115)	0,9%(0,4-2,1)	1,4%(0,7-2,7)	2,2%(1,1-4,2)	2,1%(1,3-3,5)	
Malnutrition chronique ou Retard de croissance					
Malnutrition chronique globale	46,9%(42,4-51,5)	61,4%(57,4-65,3)	32,6%(27,3-38,4)	51,5%(47,5-55,5)	Critique si $\geq 40\%$
Malnutrition chronique modérée	27,1%(23,7-30,8)	33,0%(29,0-37,1)	24,4%(20,3-29,0)	37,7%(33,4-42,2)	
Malnutrition chronique sévère	19,8%(16,2-24,0)	28,5%(24,7-32,5)	8,2%(5,7-11,7)	13,8%(10,7-17,6)	
Insuffisance Pondérale					
Insuffisance pondérale globale	21,7%(18,1-25,8)	32,7%(28,1-37,3)	23,9%(19,3-29,1)	26,3%(23,5-29,3)	Critique si $\geq 3\%$
Insuffisance Pondérale modérée	17,3%(14,2-20,9)	22,8%(19,2-26,7)	18,2%(13,9-23,4)	18,4%(15,7-21,6)	
Insuffisance pondérale sévère	4,5%(2,9-6,9)	9,9%(7,5-13,0)	5,6%(3,2-9,8)	7,0%(6,0-10,3)	
Couverture programme					
Couverture programme thérapeutique basée sur tous les critères (PB, PTZ et/ou œdèmes)	19,2%	48,1%	24,6%	43,2%	Cible $\geq 90\%$
Couverture des services de santé de base					
Vaccination anti-rougeole selon la carte uniquement (9-59 mois)	46,7%(42,6-51,1)	53,1%(48,7-57,6)	34,7%(30,0-39,2)	80,4%(77,3-83,5)	Cible $\geq 95\%$

Vaccination anti-rougeole selon carte ou de mémoire (9-59 mois)	23,5%(20,0-27,2)	17,0%(13,8-20,0)	53,6%(48,7-58,2)	9,3%(7,1-11,5)	
Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois selon la carte ou de mémoire	96,5%(94,6-97,7)	96,2%(94,6-97,7)	98,1%(96,8-99,4)	92,8%(90,7-94,8)	Cible $\geq 90\%$
Déparasitage au Mébendazole	96,2%(94,5-97,9)	96,2%(94,3-98,0)	91,4%(88,6-94,0)	92,5%(90,3-94,8)	
Morbidité					
Proportion d'enfants malades dans les deux semaines	54,7%(50,0-58,9)	48,7%(44,7-52,6)	69,2%(65,3-73,5)	65,4%(61,8-69,1)	
Diarrhée au cours de 2 dernières semaines	25,7%(20,3-31,0)	19,6%(14,8-24,4)	23,7%(19,0-28,7)	18,6%(14,9-22,3)	
Anémie					
Anémie globale (Hb <11)	53,5%(48,2-58,5)	44,9%(39,5-50,3)	58,0%(53,7-62,3)	63,0%(59,1-66,7)	Élevée si ≥ 40
Légère (Hb 10-10,9)	25,8%(21,0-30,0)	27,7%(22,8-32,8)	24,1%(20,5-28,2)	26,4%(23,0-29,8)	
Modérée (Hb 7-9,9)	27,2%(22,7-31,7)	16,0%(12,2-20,1)	32,8%(28,7-36,6)	34,0%(30,7-37,6)	
Sévère (Hb <7)	0,6%(0,6-1,4)	1,2%(0,3-2,3)	1,1%(0,2-2,2)	2,6%(1,4-3,8)	
ENFANTS DE 0-23 MOIS					
INDICATEURS ANJE					
Allaitement précoce	37,7%(31,4-43,6)	50,2%(44,4-56,0)	67,9%(64,2-71,5)	81,9%(79,0-85,0)	
Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	58,5%(43,9-73,2)	72,5%(65,5-81,3)	72,2%(65,2-79,0)	78,4%(71,2-84,9)	
Poursuite de l'allaitement jusqu'à 1 an	98,0%(93,1-100)	83,0%(71,8-93,0)	95,4%(91,3-99)	96,7%(93,3-100)	
Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans	61,1%(43,2-75,0)	43,1%(28,3-56,9)	64,4%(54,3-73,6)	66,3%(55,3-76,9)	
Enfants nourris au biberon	14,6%(4,9-26,8)	18,8%(10,0-27,5)	10,1%(6,5-15,2)	7,9%(3,6-12,2)	
Enfants qui reçoivent une alimentation adéquate termes de fréquence et variétés Diet Minima)	6,9%(3,4-10,9)	8,2%(4,8-12,1)	1,8%(0,5-3,4)	0,3%(0,0-0,8)	
FEMMES 15-49 ans					
Anémie en g/dl (femmes en âge de reproduction non-enceintes)					
Anémie globale (Hb <12)	34,0%(29,3-38,9)	27,9%(23,2-32,6)	33,0%(28,5-37,5)	32,9%(26,7-37,0)	Élevée si globale ≥ 40
Légère (Hb 11-11,9)	21,9%(18,0-26,1)	17,7%(13,8-22,1)	21,6%(17,9-25,6)	20,6%(18,6-22,7)	

Modérée (Hb 8-10,9)	11,3%(8,4-14,3)	9,9%(6,9 -13,0)	11,2%(7,9-14,4)	11,5%(8,7-14,5)	
Sévère (Hb <8)	0,7%(0,0-1,7)	0,3%(0,0-0,5)	0,2%(0,0-0,7)	0,4%(0,0-1,0)	
PB (femmes en âge de reproduction enceintes et non enceintes)					
Malnutrition aiguë globale (Pb<230 mm)	6,9%(4,7 -9,6)	11,6%(8,3 -14,9)	15,1%(11,9-18,6)	14,5%(11,5 -17,4)	Critique si ≥ 15
Couverture inscription de la CPN et de supplémentation en fer- acide folique chez les femmes enceintes en âge de reproduction.					
Actuellement inscrite en CPN	64,1%(55,4-72,8)	74,6%(63,5-85,7)	65,2%(53,6-76,8)	67,3%(58,2-76,5)	
Recevant actuellement le FAF	52,2%(42,4-62,0)	74,6%(63,5-85,7)	65,2%(53,6-76,8)	57,1%(46,9-67,3)	
COUVERTURE EN MOUSTIQUAIRES	INKE	BILI	MOLE	BOYABU	
Possession d'une moustiquaire					
Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action (MILDA)	68,6%(63,1-74,2)	63,5%(57,3-69,1)	51,5%(63,1-74,2)	52,9%(47,1-58,4)	Cible >80%
Nombre moyen de personnes par MILDA	4,9(4,65-5,23)	5,3(4,95-5,66)	4,1(3,76-4,49)	3,9(3,65-4,30)	2 personnes par MILDA
Utilisation de moustiquaire					
Proportion de membres des ménages qui ont dormi sous MILDA	77,9%(76,1-79,8)	52,7%(50,4-55,0)	30,5%(27,9-33,1)	37,0%(33,7-40,4)	Cible >80%
Proportion d'enfants < 5ans qui ont dormi sous MILDA	76,4%(74,2-78,8)	51,7%(49,1-54,3)	28,1%(24,9-31,3)	35,2%(31,2-39,4)	
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous MILDA	100	33,3%(0,1-66,7)	80,0%(40,0-100)	11,1%(0,2-33,3)	
EAH	INKE	BILI	MOLE	BOYABU	
Qualité de l'eau					
Proportion de ménages utilisant une source d'eau de boisson améliorée	99,5%(98,8-100)	99,8%(99,5-100)	97,3%(95,9-98,5)	100	
Proportion de ménages utilisant des conteneurs à goulot étroit et/ou couverts pour le stockage d'eau de boisson	79,2%(75,9-82,4)	80,6%(77,4-83,9)	91,3%(88,9-93,5)	86,7%(84,0-89,6)	

Quantité d'eau					
Quantité moyenne d'eau utilisée litre/pers/jour					≥ 20 litres
≥ 20 litres/personne/jour	32,9%(29,2-36,7)	23,8%(20,3-27,1)	62,1%(58,1-65,8)	45,0%(40,9-49,1)	
15 - <20 litres/personne/jour	13,6%(11,0-16,6)	17,0%(13,8-20,1)	12,0%(9,2-14,7)	14,7%(2,0-17,6)	
<15 litres/personne/jour	53,5%(49,5-57,5)	59,3%(55,2-63,1)	26,0%(22,6-29,6)	40,3%(46,3-44,2)	
Proportion de ménages qui prennent moins de 30 minutes pour puiser l'eau	90,5%(87,4-86,6)	80,9%(74,7-86,6)	74,7%(70,0-79,2)	93,5%(91,2-95,4)	
Satisfaction par l'approvisionnement en eau potable					
Proportion de ménages qui déclarent être satisfaits par l'approvisionnement en eau	84,3%(81,1-87,4)	60,7%(56,5-64,9)	61,9%(57,9-66,2)	92,6%(90,6-94,5)	
Élimination sécuritaire des excréta	INKE	BILI	MOLE	BOYABU	
Proportion de ménages utilisant:					
Un système amélioré d'élimination des excréta (toilettes améliorées, non partagées)	45,4%(40,1-50,1)	69,1%(64,1-73,8)	34,9%(30,7-39,9)	32,9%(28,2-37,5)	
Des toilettes familiales partagées (toilettes améliorées, partagées entre 2 ménages seulement)	36,1%(31,7-41,4)	21,5%(17,0-25,6)	26,2%(22,0-30,4)	44,9%(40,2-49,5)	
Des toilettes communes (toilettes améliorées, partagées entre 3 ménages ou plus)	16,9%(12,9-20,8)	8,1%(5,5-11,0)	38,6%(33,9-43,0)	22,2%(18,4-26,3)	
Toilettes non améliorées (toilettes non améliorées ou toilettes publiques)	0	1,3%(0,5-1,8)	0,3%(0,0-0,8)	0	
Ménages avec enfants < 3ans qui éliminent les selles de façon protégée	67,2%(62,6-72,8)	67,3%(62,2-72,7)	100	100	
SECURITE ALIMENTAIRE					
Distribution cash-voucher					
Proportion de ménages avec carte de ration	98,1%(96,8-99,2)	99,3%(98,6-99,8)	99,8%(99,2-100)	99,0%(98,4-100)	
Durée moyenne --en nombre de jours-- de la ration alimentaire sur un cycle de 30 jours	14,2(13,4-15,0)	14,1(13,5-14,7)	20,5(19,3-21,7)	13,3(12,8-13,8)	
CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MENAGES					

Proportion de ménage avec un score de consommation alimentaire pauvre	15,1%(11,5-19,1)	1,9%(0,4-3,7)	47,8%(41,4-53,4)	58,5%(52,1-64,8)	
Proportion de ménage avec un score de consommation alimentaire limite	21,3%(16,9-26,1)	26,7%(22,0-31,9)	25,4%(20,5-30,6)	22,5%(16,9-28,0)	
Proportion de ménage avec un score de diversité alimentaire faible (mois 3 groupes)	11,6%(8,3-15,3)	3,7%(1,8-6,3)	41,5%(35,0-47,9)	41,8%(35,9-48,0)	
STRATEGIES DE SURVIE					
Pourcentage de ménages ayant recouru à des stratégies de survie	99,2%(98,0-100)	96,4%(94,1-98,4)	80,4%(75,1-84,9)	91%(87,8-94,3)	
Indice moyen réduit de stratégie de survie	5,4(4,8-6,0)	5,2(5,5-6,8)	7,8(6,7-8,9)	9,0(8,1-9,9)	

b) Principaux indicateurs zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains

INDICATEURS	ZONES DE SANTE			
ETAT NUTRITIONNEL ENFANTS 6-59 MOIS				
	MOBAYI MBONGO	YAKOMA	MONGA	
Malnutrition Aiguë en Z Scores				
Malnutrition aiguë globale (MAG)	7,5%(5,3-9,7)	4,1%(2,8-6,1)	7,5%(5,7-9,9)	Critique MAG si≥ 15%
Malnutrition aiguë modérée (MAM)	5,9%(4,0-8,7)	3,1%(2,1-4,7)	6,3%(4,7-8,4)	
Malnutrition aiguë sévère (MAS)	1,6%(0,8-3,1)	1,0%(0,5-2,0)	1,2%(0,6-2,3)	
Malnutrition Aiguë par le PB				
Malnutrition aiguëglobale (PB<125)	11,1%(7,9-15,3)	6,3%(4,3-9,0)	10,7%(7,5-14,9)	
Malnutrition aiguëmodérée (115≥PB<125)	8,2(5,5-12,0)	4,2(2,8-6,2)	6,9(5,1-9,3)	
Malnutrition aiguësévère (PB<115)	2,9%(1,8-4,6)	2,1%(1,2-3,8)	3,9%(1,8 -7,8)	
Malnutrition chronique ou Retard de croissance				
Malnutrition chronique globale	46,2%(42,3-50,2)	44,9%(40,6-49,9)	48,0%(44,3-51,7)	Critique MAG si≥ 40%
Malnutrition chronique modérée	30,6%(27,2-34,1)	30,2%(26,2-34,4)	34,7%(30,8-38,8)	
Malnutrition chronique sévère	15,7%(13,4-18,3)	14,7%(12,3-17,5)	13,3%(10,9-16,2)	
Insuffisance Pondérale				
Insuffisance pondérale globale	19,6%(16,1-23,7)	16,5%(13,5-20,1)	21,1%(18,1-24,5)	Critique MAG si≥ 30%
Insuffisance Pondérale modérée	16,4(13,5-19,8)	14,4(11,8-17,5)	15,2(12,5-18,4)	

Insuffisance pondérale sévère	3,2%(1,8-5,5)	2,1%(1,2-3,8)	5,9%(4,2-8,2)	
Couverture programme				
Couverture programme thérapeutique basée sur tous les critères (PB, PTZ et/ou œdèmes)	10,5%	0%	2,0%	Cible ≥90%
Couverture des services de santé de base				
Vaccination anti-rougeole selon la carte uniquement (9-59 mois)	6,6%(4,8-8,6)	6,3%(4,5-8,2)	6,0%(4,1-8,0)	Cible ≥ 95%
Vaccination anti-rougeole selon carte ou de mémoire (9-59 mois)	63,8%(60,2-63,3)	75,7%(72,6-78,6)	65,5%(62,2-69,4)	
Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois selon la carte ou de mémoire	77,0%(74,0-80,7)	90,6%(88,5-92,7)	76,1%(72,8-79,0)	Cible ≥ 90%
Déparasitage au Mébendazole	79,1%(75,8-81,9)	91,5%(89,4-93,6)	75,1%(71,5-78,6)	
Morbidité				
Proportion d'enfants malades dans les deux semaines	45,1%(41,8-48,7)	40,1%(36,3-43,8)	56,5%(52,7-60,4)	
Diarrhée au cours de 2 dernières semaines	29,1%(24,5-34,0)	23,0%(18,1-28,2)	16,9%(13,2-20,8)	
ENFANTS DE 0-23 MOIS				
INDICATEURS ANJE				
Allaitement précoce	78,5%(73,7-82,7)	73,9%(69,3-78,3)	33,7%(28,9-28,6)	
Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	73,9%(65,8-82,0)	84,2%(77,2-90,4)	37,3%(28,4-46,1)	
Poursuite de l'allaitement jusqu'à 1 an	80,4%(69,0-90,9)	100%	87,7%(79,4-94,9)	
Poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans	54,8%(40,0-69,7)	63,3%(50,0-76,0)	37,9%(22,2-53,8)	
Enfants nourris au biberon	11,7%(6,3-18,0)	7,9%(3,5-13,2)	24,5%(16,7-32,4)	
Enfants qui reçoivent une alimentation adéquate termes de fréquence et variétés (Diet Minima)	5,9%(2,7-9,3)	5,5%(2,7-8,3)	4,7%(1,9-8,0)	
PB (femmes en âge de reproduction enceintes et non enceintes)				
Malnutrition aiguë globale (Pb<230 mm)	2,4%(1,3-3,6)	1,7%(0,9-2,8)	3,4%(2,3-4,7)	Critique MAG si ≥ 15%
Couverture inscription de la CPN et de supplémentation en fer- acide folique chez les femmes enceintes en âge de reproduction.				

Actuellement inscrite en CPN	46,9%(41,0-52,2)	48,9%(43,1-54,7)	55,2%(50,0-60,7)	
Recevant actuellement le FAF	32,0%(26,9-37,1)	47,5%(41,3-52,9)	42,5%(37,0-48,1)	
EAH				
Qualité de l'eau				
Proportion de ménages utilisant une source d'eau de boisson améliorée	31,8%(27,9-33,3)	35,1%(31,2-39,2)	48,5%(44,2-52,5)	
Élimination sécuritaire des excréta				
Proportion de ménages utilisant:				
Un système amélioré d'élimination des excréta (toilettes améliorées, non partagées)	40,2%(36,0-44,5)	60,8%(56,6-64,7)	90,8%(88,3-93,2)	
Toilettes non améliorées (toilettes non améliorées ou toilettes publiques)	39,5%(35,5-43,8)	15,6%(12,6-18,8)	8,8%(6,4-11,3)	
Ménages avec enfants < 3ans qui éliminent les selles de façon protégée				
CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MENAGES				
Proportion de ménage avec un score de consommation alimentaire pauvre	9,2%(6,3-12,5)	1,0%(0,0-2,4)	12,5%(9,0-16,6)	
Proportion de ménage avec un score de consommation alimentaire limite	28,7%(23,4-34,3)	16,4%(12,0-20,9)	34,9%(29,8-40,5)	
Proportion de ménage avec un score de diversité alimentaire faible (mois 3 groupes)	21,5%(16,9-25,8)	8,6%(5,5-12,0)	5,6%(3,2-8,6)	
STRATEGIES DE SURVIE				
Pourcentage de ménages ayant recouru à des stratégies de survie	82,1%(77,5-86,7)	99,4%(97,8-100)	99,6%(98,8-100)	
Indice moyen réduit de stratégie de survie	2,6(1,8-2,8)	1,2(0,8-1,5)	8,6(7,4-9,7)	

CONCLUSION

CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LE CAMP DES REFUGIES (INKE, BILI, MOLE, ET BOYABU)

En conclusion, lorsqu'on considère les prévalences de la malnutrition aiguë, la situation est sérieuse selon la classification de l'OMS dans deux camps des réfugiés Centrafricains de Mole et Boyabu, par contre, la situation est précaire à Bili et acceptable dans le camp d'Inke.

Dans tous les camps, les taux de malnutrition chronique expriment une situation critique ($MCG \geq 40\%$) excepté à Mole où le taux est précaire ($20\% \leq MCG < 30\%$). Les prévalences de l'anémie montrent aussi que la situation est critique dans tous les camps. La situation de la malnutrition chronique et celle de l'anémie doivent faire objet de préoccupations majeures surtout quand on considère les conséquences néfastes de ces pathologies, Il faut renforcer particulièrement les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et prêter plus d'attention à la sécurité alimentaire des ménages.

CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES TROIS ZS AYANT ACCUEILLI LES REFUGIENT CENTRAFRICAINS (MOBAYI MBONGO, YAKOMA ET MONGA)

Dans les trois zones de santé enquêtées ayant accueilli les Réfugiés Centrafricains, les taux de malnutrition aiguë sont inférieurs au seuil d'intervention de 10%, mais pour les ZS de Monga et Mobayi Mbongo, les taux se situent entre 5-10%, ce qui exprime une situation précaire. Tandis qu'à Yakoma la situation de la MAG est acceptable, $MAG < 5\%$.

Les prévalences de la malnutrition chronique sont critiques ($MCG \geq 40\%$) dans toutes les trois ZS et doivent faire objet de préoccupations. Les indicateurs sur l'alimentation de complément des enfants de 6-23 mois sont très bas. De plus, un ménage sur trois vit en insécurité alimentaire si on considère les scores de consommation alimentaire. La situation étant moins accentuée dans la ZS de Yakoma.

Comme pour les camps des réfugiés, il faut donc renforcer particulièrement les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et mettre en œuvre des actions visant la sécurité alimentaire des ménages. L'approche nutrition à assise communautaire est recommandée.

1. INTRODUCTION

1.1. Justification de l'enquête

La persistance de l'insécurité en République centrafricaine (RCA) en dépit de l'accord de paix et de l'organisation des élections, provoque encore les déplacements des populations tant à l'intérieur du pays qu'à l'extérieur.

Depuis mars 2013, la République Démocratique du Congo (RDC), a enregistré 173136 réfugiés centrafricains (UNHCR, Situation au 30 Septembre 2018) dont 90 840 réfugiés (environ (52,5%) sont installés dans la province du Nord Ubangi à cause de sa proximité géographique avec la RCA. La province du Bas Uélé regorge 40167 réfugiés (soit 23,28% du total).

Les derniers affrontements d'une grande ampleur (mai 2017) impliquant les milices anti-Balaka et les fractions issues de l'ex-Séléka ont amplifié de nouveaux afflux estimés à environ 50 000 centrafricains pour le refuge en RDC notamment dans la province du Nord Ubangi. Au regard de l'évolution de la situation sécuritaire en RCA, il est fort à craindre que ne surviennent d'autres afflux.

Dans cette province du Nord Ubangi, une partie (29,8%) des réfugiés est installée dans les camps d'Inke et de Bili respectivement depuis 2013 et 2014. Une autre partie, dont les nouveaux afflux depuis mai 2017, habite dans les familles d'accueil et dans les sites spontanés dans les zones de santé de Mobayi-Mbongo, Bili, Gbadolite et Yakoma.

Dans la province du Sud-Ubangi, une partie (environ 82%) des réfugiés est installée dans les camps de Mole et de Boyabu depuis 2013. Et une autre partie, dont les nouveaux afflux depuis mai 2017, habite dans les familles d'accueil et dans les sites spontanés dans les zones de santé de Libenge et de Zongo.

Le HCR privilégie l'approche « alternative to camp » pour assurer la protection et le soutien aux nouveaux afflux centrafricains.

L'autonomisation des réfugiés est la stratégie d'intervention dans ces zones d'accueil.

L'assistance alimentaire dans les camps est passée successivement de la distribution générale des vivres à l'intervention monétaire (cash/voucher) qui a enfin évolué vers l'intervention monétaire (cash/voucher) ciblée.

Les PDM sur le cash sont organisés ainsi que les screening nutritionnels dans les camps de Mole et Boyabu

En mai 2014, une enquête SENS a été organisée par l'UNHCR, l'UNICEF et le PAM en collaboration avec le PRONANUT dans le camp d'Inke et villages environnants dans un rayon de 5km. Cette enquête a révélé, dans l'ensemble, une situation de malnutrition aiguë globale 6,7% (4,7%-9,6%) taux exprime une situation précaire et critique pour la malnutrition chronique 39,6% (34,6- 44,9) taux qui est $\geq 40\%$ si on considère la borne supérieure des intervalles de confiance. En ce qui concerne l'anémie chez les enfants de 6-59 mois, la situation était critique avec les taux dépassant le seuil de 40% soit 50,4% (46,0%-54,8%).

En février 2016 une enquête SMART a été organisée dans la zone de santé de Bili y compris le camp des réfugiés de Bili. Le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) était inférieur à 10% considéré comme seuil d'intervention tant dans le camp 7,4% (4,7%-11,4%) que dans hors camps 6,2% (4,3%-8,8%). Cependant si on considère la borne supérieure des intervalles de confiance, la situation est critique pour le camp de Bili. Ensuite en avril 2018 une enquête SMART a été conduite dans la zone de santé de Bili excepté le camp par l'ONG internationale COOPI en collaboration avec le PRONANUT, cette enquête a révélé une prévalence de MAG de 7,9% (5,1-12,2). Une enquête JAM a été organisée aussi fin 2016.

Comme pour la province du Nord-Ubangi, une enquête nutritionnelle SENS a été réalisée En mai 2014 dans les camps de Boyabu, Mole et dans les villages environnants chaque camp dans un rayon de 5km. Cette enquête a révélé, dans l'ensemble, une situation précaire de malnutrition aiguë

globale (MAG) avec un taux de 5,3% (3,0%- 9,4%) pour le camp de Boyabu et de 7,5% (5,2%-10,8%) pour le camp de Mole, et critiques pour la malnutrition chronique 39,1% (34,0%-44,4%) pour le camp de Boyabu et 40,7% (35,8%-45,7%) pour le camp de Mole. Ces taux sont $\geq 40\%$ si on considère les bornes supérieures des intervalles de confiance. Pour ce qui concerne l'anémie chez les enfants de 6-59 mois, la situation était critique avec les taux dépassant le seuil de 40% soit 47,5% (42,2%-52,8%) pour le camp de Boyabu et 43,0% (38,4%-47,5%) pour le camp de Mole. Signalons que ces enquêtes ont été organisées par l'UNHCR, l'UNICEF et le PAM en collaboration avec le PRONANUT.

En février 2016, une série d'enquêtes nutritionnelles selon la méthodologie SMART ELARGIE a été réalisée par le PRONANUT dans les provinces du nord et celle du sud Ubangi. Pour le sud-Ubangi, il a été trouvé 6,5% (3,8%-11,0%) de MAG dans le camp de Boyabu et 4,5% (2,7%-7,4%) de MAG dans le camp de Mole. Les taux de malnutrition chronique observés dans ces enquêtes ont traduit une situation critique de 53,5% (47,9%-59,0%) dans le camp de Boyabu et de 39,3% (32,9%-46,2%) dans le camp de Mole. Une intervention nutritionnelle est en cours dans le cadre des Soins de Santé Primaire intégrés.

Ensuite en Octobre 2018, une enquête SMART a été conduite par le PRONANUT et l'ONG Internationale (PUI) dans les zones de santé de Libenge et de Zongo excepté les camps de Boyabu et de Mole a trouvé une prévalence MAG de 9,7 % (6,6 - 13,9) et MAS de 2,8 % (1,6 - 4,7) pour la zone de santé de Libenge et une prévalence MAG de 10,2 % (7,5 - 13,9) et MAS de 1,4 % (0,8 - 2,0) pour la zone de santé de Zongo

Une enquête JAM a été organisée aussi fin 2016.

Etant donné les nouveaux afflux des réfugiés centrafricains et le manque des données actualisées, le HCR/PAM/UNICEF en collaboration avec le ministère de la santé à travers son Programme National de Nutrition (PRONANUT) ont organisé une deuxième série d'enquêtes nutritionnelles SMART/SENS pour évaluer la situation sanitaire et nutritionnelle des réfugiés centrafricains et des populations hôtes dans les camps (Inke, Bili pour le Nord-Ubangi ainsi que Boyabu et Mole pour le Sud-Ubangi), les sites d'accueil et dans les villages des populations hôtes disséminées à travers les 4 zones de santé de Bili, Mobayi Mbongo et Yakoma pour le Nord-Ubangi, la zone de santé de Monga pour le Bas-Uélé et les 2 zones de santé de Libenge et Zongo pour le Sud-Ubangi, afin d'évaluer l'impact de la réponse en cours et de proposer les meilleures options de riposte aux besoins de ces populations.

1.2. Aperçu sur les domaines d'études

Les présentes enquêtes ont concerné 7 domaines d'étude dont 4 camps (Inke, Bili, Boyabu et Mole,) 3 zones de santé (Mobayi-Mbongo, Yakoma et Monga,).

Il faut noter que la zone de santé de Bili, qui abrite le camp de même nom et la zone de santé de Libenge qui héberge les camps de Boyabu et de Mole n'ont pas bénéficié d'enquêtes pour la simple raison qu'au moment de planification des activités des enquêtes récentes venaient de s'y effectuer près de 6 mois avant la période prévue pour la réalisation des enquêtes SMART/SENS et que les résultats de ces dernières enquêtes seraient encore valables au moment de mise en œuvre des opérations de collecte.

1.2.1. APERÇU DES DIFFÉRENTS CAMPS ENQUÊTÉS

CAMPS DE LA PROVINCE DU NORD-UBANGI : INKE ET BILI

Le camp des réfugiés d'Inke, installé depuis 2013, est situé dans la zone de santé (ZS) de Mobayi-Mbongo dans le territoire de même nom, en province du Nord-Ubangi. Au 30 septembre 2018, sa population était de 17 768 personnes selon l'UNHCR.

Le camp est structuré en 39 blocs de 6 communes chacun et chaque commune abrite 12 ménages des réfugiés.

Le camp de Bili, installé depuis 2014, est situé dans la zone de santé (ZS) de Bili dans le territoire de Bosobolo, en province du Nord-Ubangi. Au 30 septembre 2018, la population du camp était de 9 332 personnes selon l'UNHCR. Comme pour Inke, le camp de Bili est structuré en 26 blocs de 6 communes chacun et chaque commune abrite 12 ménages réfugiés.

Les deux camps de réfugiés disposent chacun d'une structure de santé bien organisée ayant les compétences requises dans ce domaine, et sont appuyés par l'UNHCR, l'UNICEF, l'OMS, et d'autres bailleurs. Ces structures sanitaires sont dotées d'un personnel qualifié composé par des médecins, des Infirmiers, des nutritionnistes, des accoucheuses (sages-femmes), des agents de santé communautaire, etc.

Le système de référence et contre référence est fonctionnel et suit les niveaux de la pyramide Sanitaire comme partout ailleurs. Les références se font en général vers les hôpitaux généraux de référence de la province du Nord Ubangi.

Les structures sanitaires fonctionnent sur base des programmes de soins de santé primaires, offrant un paquet minimum d'activités qui comprend les soins curatifs, les soins préventifs, la promotion de la santé, la nutrition, la promotion de l'hygiène, les campagnes de vaccination de masse, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mébendazole et autres.

Les centres de santé des camps de Mole, Boyabu et Inke sont reclassés en Centre de santé de référence et offrent quelques activités du paquet complémentaire d'activités (transfusion sanguine, hospitalisation ...)

Les activités nutritionnelles sont également intégrées. La prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère est confiée au partenaire ADES qui s'occupe de la santé.

1.2.1.1. Camps de la province du Sud-Ubangi : Boyabu et Mole

Le camp de Boyabu est situé dans la zone de santé de Libenge, dans le territoire de Libenge, en province du Sud-Ubangi. Créé en 2013, ce camp comptait 15 349 personnes au 30 septembre 2018, selon la section Protection de l'UNHCR (données démographiques mises à jour au 30 Septembre 2018). Il est structuré en 23 blocs, 152 communes de 12 abris chacune.

Le camp de Mole par contre est situé dans la zone de santé de Zongo dans la province du Sud-Ubangi. Au 30 septembre 2018, ce camp comptait 16 550 personnes selon la section Protection de l'UNHCR (données démographiques mises à jour au 30 Septembre 2018).

Il est structuré en 20 blocs, 122 communes de 12 abris chacune.

Les statistiques décrivant la situation de réfugiés publié par l'UNHCR au 30 juin 2018, renseignent que les principaux motifs de consultation dans le camp d'Inke sont, par ordre d'importance : le paludisme (22%), les Infections Respiratoires Aiguës (20%), les maladies de la peau (6%), les problèmes dentaires (7%), les problèmes des yeux (5%), les parasitoses intestinales (10%), la diarrhée aqueuse (6%), l'anémie (6%), les Infections Sexuellement Transmissibles (5%), la malnutrition (1%) et les blessures (1%). Par ailleurs, les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont la malnutrition (25%), le paludisme (17%), les IRA (8%), le VIH (8%)...

1.2.2. Aperçu des différentes zones de santé hôtes enquêtées

1.2.2.1 ZONES DE SANTÉ DE MOBAYI MBONGO

- **Situation géographique et démographique**

La zone de santé de Mobayi Mbongo essentiellement rurale se trouve dans le territoire de Mobayi Mbongo, province du Nord Ubangi dans l'ex province de l'Equateur. Elle a été créée en 2005, suite au découpage de la zone de santé de Gbadolite.

La zone de santé de Mobayi-Mbongo est limitée :

- Au Nord par la rivière Ubangi qui la sépare de la République Centrafricaine et par la Zone de santé de Gbadolite;
- A l'Ouest par la zone de santé de Bosobolo dans le territoire de Bosobolo;
- A l'Est par le territoire de Yakoma ;
- Au Sud par la zone de santé de Loko et le territoire de Businga.

Sa superficie est de 10 547 km² pour une population évaluée 173329 habitants dont environ 53223 des réfugiés Centrafricains dont 17768 vivent dans le camp de Inke et 35455 habitent en dehors du camp. La densité de la population hôte dans la zone de santé est de 11,4 habitants/km².

Le climat est de type tropical avec une longue saison pluvieuse de février à septembre et une petite saison sèche de novembre à janvier.

Son relief est dominé par le plateau de la cuvette centrale, dont le sol est argilo sablonneux. La zone longe la rivière Ubangi qui la sépare de la République centrafricaine et est également parcourue par d'autres petites rivières et ruisseaux tels que la Lua, la Likitona, et la Likame.

La végétation est constituée principalement de savane, avec une zone de forêt dans la partie Est.

- **Situation sanitaire**

a) Portrait administratif

Elle compte 17 structures sanitaires dont 1 hôpital général de référence et 16 centres de santé, dont 1 confessionnel. Au total, la zone de santé compte 4 médecins, 25 Infirmiers A1 et A2.

b) Portrait épidémiologique

Selon le Plan d'Action Opérationnel (PAO) de la zone de santé de Mobayi-Mbongo dans sa version actualisée d'Octobre 2016, alignée au PNDS 2016-2020, le Profil épidémiologique se présente comme suit :

- Quatre pathologies selon la morbidité dont le Paludisme (50% des motifs de consultation), les Infections Respiratoires Aiguës (15% de cas), les maladies hydriques (11% de cas) et les Infections Sexuellement Transmissibles (4%) ;
- Quatre pathologies selon la mortalité dont, le paludisme (40% de cas), les Infections Respiratoires Aiguës (10% de cas), l'anémie (8% de cas) et les maladies diarrhéiques (6%) ;
- Quatre pathologies/problèmes de santé spécifique dont la schistosomiase (50%), la tuberculose (36,6%), le VIH/Sida (13%) et la lèpre (0,4%).

- **Situation économique et de sécurité alimentaire**

La zone de santé de Mobayi Mbongo a connu de multiples problèmes socio-économiques liés aux différents conflits politico-militaires survenus dans le pays depuis 1997. La chute du régime Mobutu, originaire de la région, a entraîné un ralentissement important des activités économiques par fuite des capitaux. La population, jadis habituée à tout recevoir en cadeaux du pouvoir, a du mal à se prendre en charge.

L'agriculture et la pêche artisanales sont les deux activités principales de la population. Elles sont suivies par l'élevage de petit bétail et de volaille, le petit commerce entre Mobayi Mbongo et la République Centrafricaine, et quelques activités saisonnières (chasse, cueillette). Le vol du bétail et

des produits de récolte des champs est toutefois fréquent, ce qui décourage les paysans à s'investir durablement dans leurs activités.

Le manioc et le taro constituent les deux cultures principales, suivis par la banane plantain, l'arachide et le maïs. Cependant, les superficies cultivées étant petites, les quantités produites restent faibles et insuffisantes à satisfaire les besoins de la population. De plus, une grande partie de la production du maïs est utilisée pour la fabrication locale des boissons alcoolisées « lotoko » et ne profite pas à l'alimentation du ménage.

Les gibiers et les poissons capturés sont destinés à la vente soit vers la République Centrafricaine soit vers la ville de Gbadolite.

D'une manière générale, la composition des repas est monotone (manioc ou taro avec feuilles de manioc, additionné de poissons parfois dans les villages où se pratique la pêche). Le nombre moyen de repas est de 2 par jour, et peut diminuer en période de soudure.

- **Eau, Hygiène et Assainissement (EHA/WASH)**

Dans cette zone de santé, les principales sources d'eau utilisées sont les forages avec pompes à motricité humaine mais hélas avec un taux de couverture assez faible, les puits traditionnels, les sources et les cours d'eau.

La promotion de latrines familiales a été faite dans le cadre de programme villages assainis, même si le niveau d'accès peut être considéré comme faible au vu du nombre de villages ciblés.

- **Situation socioculturelle**

La zone de santé compte 3 principaux groupes ethniques qui sont les Ngbandi, les Sango, les Ngbubu, les Mbanza et les Fulu. Les principales langues parlées sont le Lingala, Kingbandi, Kimbanza, Yakpa et le Ngbugbu.

Dans cette zone, on note certains us et coutumes qui ont un lien avec la santé de la population, notamment les mariages précoces, les interdits alimentaires aux femmes enceintes et l'habitude de consulter les églises en 1^{ère} intention en cas de maladie.

On note par ailleurs une diversité de religions et groupes religieux, notamment : les catholiques, les protestants, les églises de réveil, les Kimbanguistes, les Néo-apostoliques, ...

- **Interventions humanitaires**

Cette zone de santé bénéficie des appuis des partenaires, notamment :

- UNHCR et ses partenaires : Protection et assistance des réfugiés dans le camp et hors camp
- IMA : appui global aux soins de santé primaires
- MSF - Suisse : appui global aux activités des soins de santé primaires dans 3 aires de santé
- Première Urgence : appui à la sécurité alimentaire ;
- PAM et ses partenaires : appui aux déplacés en vivres/Cash dans le camp et hors camp ;
- OMS et UNICEF : appui ponctuel dans la lutte contre les épidémies, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole.

1.2.2.2.ZONE DE SANTÉ DE YAKOMA

- **Situation géographique et démographique**

La zone de santé rurale de Yakoma est située dans le territoire de YAKOMA dans la province du Nord Ubangi.

Elle est limitée :

- Au Nord par la rivière Ubangi qui la sépare de la RCA,
- Au Sud-Est et au Sud par la ZS de Wasolo,
- A l'Ouest par la zone de santé de MOBAYI MBONGO,
- Au Nord-Est par la zone de santé de MONGA dans la province du Bas-Uélé.

La population totale de la zone de santé est estimée à 113 619 habitants dont 8343 réfugiés sur une superficie d'environ 3075 km², soit une densité moyenne de 33,2 habitants au km² dans la population hôte, qui est estimée à 105 276 habitants.

La densité de la population dans la zone de santé chez la population hôte est de 33,2 habitants/km².

La zone de santé de Yakoma est dans la cuvette centrale. Son relief est constitué des plaines, plateaux et quelques collines. Sa végétation est dominée par la savane boisée et la forêt. Son sol est argileux. Son climat est du type tropical humide avec alternance de deux saisons : une saison pluvieuse assez longue de huit à neuf mois (Mars à Mi-novembre) et une courte saison sèche de trois à quatre mois (Décembre-Février). Son hydrographie est dense. Les principales rivières sont Mbomu, Mbili et Uélé qui confluent et forment la rivière Ubangi qui constitue la frontière nord avec la Centrafrique.

- **Situation sanitaire**

a) Portrait administratif

La zone de santé de Yakoma compte 12 aires de santé avec des structures sanitaires fonctionnelles ci-après : 1 Hôpital Général de Référence (HGR) et 12 centres de santé. Ces structures sanitaires sont animées par un personnel qualifié formé de 4 médecins et 23 Infirmiers A1 et A2.

b) Portrait épidémiologique

Par rapport à la morbidité

Le Paludisme demeure la première cause de morbidité dans la zone de santé (43%), suivi des infections respiratoires aiguës (16%), de la diarrhée simple (11%), de la malnutrition (9%) et des anémies (3%).

Par rapport à la mortalité

Le Paludisme est la première cause des décès déclarés (34%), Suivi de l'anémie (27%), la méningite (17%) et des IRA (16%).

Du point vu des autres pathologies endémo-épidémiques ou autres problèmes spécifiques de santé ayant un intérêt de santé publique particulier, il y a le diabète (3%) et l'hypertension artérielle (2%) des cas qui sont les plus cités dans les rapports de la zone de santé.

c) Facteur contextuel

Les activités préventives (CPN, CPS et CPON) et vaccinales sont opérationnelles, mais connaissent les difficultés d'approvisionnement en intrants. Les activités vaccinales ne sont pas régulièrement organisées dans la zone à cause des difficultés d'ordre logistique (manque de moyen de transport pour l'approvisionnement des vaccins à partir de l'antenne PEV). La dernière campagne de vaccination a été organisée en Avril 2017 pour VPO et Novembre 2016 pour VAR. Notons que la campagne de supplémentation en Vitamine A et dépistage au Mébendazole a eu lieu en Novembre 2017.

Actuellement, aucune structure n'offre un PMA ou un PCA complet et de qualité, bien que l'on note une couverture sanitaire acceptable (+ de 70%). Les interventions telles que la lutte contre le VIH/SIDA et lutte contre la malnutrition ne sont pas encore intégrées dans la zone de santé.

L'amélioration de la qualité des services offerts dans les différentes structures sanitaires ainsi que de l'accessibilité financière de la population aux soins de santé sont les principaux goulots d'étranglement du système de santé en termes de l'offre et de l'accessibilité aux services et soins de santé.

- **Situation socio-économique et de sécurité alimentaire**

L'occupation principale de la population est l'agriculture de subsistance. Les activités d'ordre secondaire sont l'élevage de petit bétail et de la volaille, le petit commerce, la pêche artisanale et la chasse.

Les principales cultures vivrières sont le manioc, le haricot, l'arachide, le maïs, le riz et la banane plantain. Quelques cultures pérennes y sont aussi pratiquées, notamment le palmier à huile, le cacaoyer et le caféier. Les cultures maraîchères sont cependant très moins adaptées à la région.

Le petit élevage est pratiqué par la majorité des ménages. C'est un élevage de type familial, qui concerne la volaille et le petit bétail. Les produits d'élevage sont essentiellement destinés à la vente pour faire face aux charges familiales : soins de santé, scolarisation des enfants, etc.

La chasse est une activité pratiquée par quelques hommes attirés qui attrapent du gibier à l'aide de pièges et des fusils. Les produits sont surtout destinés à la consommation familiale et à la vente.

La pêche est pratiquée de façon artisanale par les populations riveraines des rivières Mbomu, Mbili, Uele et Ubangi. Cette activité s'étend sur toute l'année, mais la période de bonne capture coïncide avec la saison sèche. La production est insuffisante par rapport aux besoins de la zone de santé.

Le petit commerce est organisé autour des marchés hebdomadaires au niveau des villages. La proximité de la frontière avec la République centrafricaine facilite les échanges commerciaux entre les deux populations.

Un marché bihebdomadaire transfrontalier est régulièrement organisé à Yakoma appelé LIMBONGO. A cette circonstance, les paysans vendent les produits agricoles et les commerçants quant à eux, vendent les produits manufacturés. Il n'existe pas un marché d'emploi formel.

Les activités saisonnières telles que le ramassage d'escargots, des termites et la cueillette des champignons ont lieu pendant la saison des pluies, de mars à novembre.

La période de soudure s'étend de janvier à mars, période pendant laquelle les activités préparatoires des champs sont en cours (défrichage, abattage, incinération, semis, etc.). Pendant cette période, les ménages consomment leur stock en attente de la prochaine récolte et le nombre de repas diminue.

Les régimes alimentaires sont particulièrement distincts que ceux des autres territoires. Le manioc constitue la culture de base qui est surtout consommé à travers ses dérivés qui sont : chikwangu, koutoubo (ça goute bon, une appellation de la rue), farine de manioc (foufou). La consommation de la grenouille, des chenilles (mbinzo) et de l'escargot, constitue une particularité

- **Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)**

Les principales sources d'approvisionnement en eau dans la zone sont : les forages avec pompes à motricité humaine, les puits traditionnels, les sources et les cours d'eau. Le taux de couverture est assez faible dans la zone. Il s'agit concrètement des sources aménagées, des fontaines/puits et des rivières.

Dans le cadre de programme villages assainis, la promotion de latrines familiales a été faite dans la zone même si le niveau d'accès peut être considéré comme faible au vu du nombre de villages ciblés.

- **Situation socioculturelle**

La population de la zone de santé est Composée essentiellement du groupe ethnique Ngbandi. Les principales langues parlées sont Ngbandi, Lingala et le français.

Parmi les us et coutumes, il y a la polygamie, qui est une culture particulière à la majorité des ngbandis et rares sont les ménages unis par un mariage officiel.

La principale religion dans la zone est le christianisme avec ses composantes (l'église catholique et l'église protestante ainsi que les églises de réveil).

La scolarité dans la zone de santé de Yakoma est marquée par des faibles taux de scolarisation qui sont de 49% pour les filles et de 51% pour les garçons au niveau primaire, tandis qu'ils sont de l'ordre de 35% pour les filles et de 65% pour les garçons au niveau secondaire.

- **Interventions humanitaires**

La zone de santé bénéficie des appuis de :

- UNHCR et ses partenaires : Protection et assistance des réfugiés dans le hors camp ;
- IMA : appui global aux soins de santé primaires
- Première Urgence : appui à la sécurité alimentaire ;
- PAM et ses partenaires : appui aux déplacés en vivres/Cash dans le camp et hors camp ;
- OMS et UNICEF : appui ponctuel dans la lutte contre les épidémies, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage au mébendazole.

1.2.2.3 ZONE DE SANTÉ DE MONGA

- **Situation géographique et démographique**

La zone de santé rurale de Monga est située dans le territoire de BONDON dans la province du Bas-Uélé.

Elle est limitée :

- Au Nord par la rivière Mbomou ;
- Au Sud, une bande forestière la sépare de la ZS de YAKOMA et la rivière UÉLÉ de la ZS de WAPINDA ;
- A l'Ouest par la République Centrafricaine ;
- A l'Est par la zone de santé de Bondon.

La population totale de la zone de santé est estimée à 90.252 habitants dont 87.180 (96,6%) de la population hôte environ 3.112 (3,4%) des réfugiés centrafricains. Elle a une superficie de 12330 Km², soit une densité de 7,1 habitants au Km².

Le relief y est dominé par les collines et les plateaux. La nature du sol dominant est sablonneuse, la végétation dominante est la forêt dense. Le climat est tropical avec alternance de saisons de pluie (de mi- mars à mi-novembre) et sèche (de mi-novembre à mi-mars). La zone est irriguée par trois grandes rivières qui sont l'UÉLÉ, la MBOMOU et la MBILI.

- **Situation sanitaire**

a) Portrait administratif

La zone de santé de Monga compte 10 aires de santé avec des structures sanitaires fonctionnelles ci-après : 1 Hôpital Général de Référence (HGR), 2 centres de santé de référence (CSR) et 8 centres de santé (CS). Ces structures sanitaires sont animées par un personnel qualifié formé de 3 médecins, 20 Infirmiers A1 et A2 et 2 techniciens de laboratoire A2.

b) Portrait épidémiologique

Par rapport à la morbidité

Le paludisme couvre à lui seul 51,8% des motifs de consultation, suivi des IRA avec 11,7%, des maladies diarrhéiques avec 6,0%, de l'amibiase avec 2,2% et de la fièvre typhoïde avec 1,7%.

Par rapport à la mortalité

Comme pour la morbidité, le paludisme a été déclaré à lui seul dans 50% des causes de décès. Chez les enfants de moins de cinq ans, sur le total de décès déclarés, 98% ont pour cause le paludisme dont environ 80% sont survenus sur un fond d'anémie. Il est suivi des maladies diarrhéiques (9%), des IRA (7%), de la méningite (7%) et du VIH/SIDA (4%).

Du point de vue autres pathologies endémo-épidémiques ou autres problèmes spécifiques de santé ayant un intérêt de santé publique particulier, le syndrome gastrique a été déclaré chez 1,3% des cas, les IST chez 1,1% des cas, la schistosomiase chez 0,9% des cas, le Traumatisme chez 0,5% des cas et l'hypertension artérielle chez 0,3% des cas.

Dans cette zone de santé des cas de décès dû au tétanos néo-natal et à la rougeole demeurent aussi une inquiétude particulière. De même, les maladies de genre épilepsie bien que très faiblement notifiées dans les structures sont perçues comme un problème grave de santé dans la communauté et est plus rattachée à la médecine traditionnelle avec des mythes quant à son origine (transmise par la consommation des bananes ensorcelées).

• **Situation socio-économique et de sécurité alimentaire**

Les principaux moyens de subsistance de la population sont l'agriculture, la pêche, l'élevage, la chasse, le petit commerce et l'exploitation artisanale de minerais. L'agriculture, la pêche et l'élevage ne sont pas assez développés, et l'évacuation de produits agricoles n'est pas facile faute de routes de dessertes agricoles. Les services d'accompagnements (service vétérinaire et agronomique) pour l'encadrement des paysans n'existent pas.

Les principales cultures pratiquées sont le manioc, l'arachide, le riz et l'huile de palme. Le type d'élevage pratiqué concerne le gros et le petit bétail (chèvre, mouton, porc, vache) ainsi que la volaille (poule, canard).

La pêche est essentiellement artisanale.

Le marché d'emploi est très limité aux seuls domaines de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (EPSP) et de la santé et il y a beaucoup de chômeurs. Ceci justifie le faible revenu de la population, la rendant incapable de s'auto prendre en charge pour ses propres soins avec comme conséquence une faible contribution communautaire pour l'achat des services des soins.

• **Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)**

Les évaluations conduites par les acteurs WASH montrent un taux d'accessibilité à l'eau potable assez faible dans la zone, malgré la réalisation de captage de source, de puits et de forages équipés de pompes à motricité humaine dans certains villages de la zone de santé.

Les pratiques de défécation courantes dans la zone sont l'utilisation de latrines traditionnelles et la défécation à l'air libre.

• **Situation socioculturelle**

Les principaux groupes ethniques rencontrés dans la zone de santé sont les NGBWANDI, les NZAKARA et les ZANDE. Les principales langues parlées sont le Lingala et le Français.

Les us et coutumes qui ont un lien avec la santé de la population sont principalement le lévirat, le sororat, la polygamie, les mariages précoces. Ces pratiques, notamment le sororat et le lévirat favoriseraient la propagation des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH.

Les mariages précoces (des mineurs) sont à la base des accouchements dystociques enregistrés et voir des décès maternels et néonataux. Ainsi, les filles sont défavorisées pour les études comparativement aux garçons. Ces pratiques favoriseraient aussi la sous nutrition et les anémies chez les enfants et les femmes enceintes.

La principale religion dans la zone est le christianisme, avec ses composantes (l'église catholique, l'église protestante, l'église kimbanguiste et les églises de réveil). A côté du christianisme, il y a aussi l'Islam.

La scolarité dans la zone de santé de Yakoma est marquée par des faibles taux de scolarisation qui sont de 42% pour les filles et de 58% pour les garçons au niveau secondaire, tandis qu'ils sont de l'ordre de 65% au niveau primaire. Ceci pourrait être attribué au nombre insuffisant d'écoles qui est de 52 établissements scolaires du niveau primaire et 22 du niveau secondaire. Ainsi, le grand nombre des non instruits influe négativement sur la communication et la compréhension des principes des soins de santé primaire et impose aux acteurs de santé des grands efforts pour n'obtenir que très peu de changement comportemental.

- **Intervention humanitaire**

La zone de santé bénéficie des appuis de :

- UNHCR et ses partenaires : Protection et assistance des réfugiés dans les camps et hors camp,
- MALTESER : appui global aux soins de santé primaire,
- MSF : appui aux urgences,
- OMS et UNICEF : appui ponctuel dans la lutte contre les épidémies, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage au Mébendazole.

1.2.2.4. ZONE DE SANTÉ DE LIBENGE

- **Situation géographique et démographique**

La zone de santé de Libenge est située dans le territoire de LIBENGE dans la partie Nord-Ouest de la province du Sud-Ubangi.

Elle est limitée :

- Au nord par le ruisseau Mole et le ruisseau Kpeyanga qui la sépare de la zone de santé de Zongo ;
- Au Sud par le ruisseau Lisingo qui la sépare de la Zone de Santé de Mawuya
- A l'Est par la rivière Lua qui la sépare avec la zone de santé de Bwamanda ;
- A l'Ouest par la rivière Ubangi qui la sépare de République du Congo et de la RCA.

La population totale de la zone de santé est estimée à 247 644habitants dont 15 349réfugiés centrafricains sur une superficie de 7200 Km², soit une densité de 32,3 habitants au Km².

La Zone de Santé de Libenge jouit d'un climat équatorial humide du type tropical caractérisé par deux saisons dont une saison pluvieuse allant du 15 mars au 15 novembre (8 mois) et une saison sèche qui va du 16 Novembre au 14mars (4mois). De perturbations importantes sont constatées dans l'alternance des saisons et actuellement, la saison sèche a une durée plus ou moins égale à celle des pluies. Ce changement est dû à l'abattage des grands arbres dont le territoire est victime.

Le relief est constitué par des collines au nord et des plaines au centre et au sud. Le sol est sablonneux et argileux. Ce type de sol est très fertile pour tous les produits agricoles, ceci fait du territoire un grenier agricole pour la ville de Bangui (RCA).

Du point de vue hydrographie, la zone est traversée par plusieurs cours d'eau dont les principaux sont les rivières Ubangi et Lua.

- **Situation sanitaire**

a) Portrait administratif

La zone de santé de Libenge compte 19 aires de santé réparties sur 2 secteurs (Libenge Nord et Libenge centre) et la commune rurale de Libenge. Les structures sanitaires fonctionnelles dans la zone de santé sont : 1 Hôpital Général de Référence (HGR) et 19 centres de santé.

b) Portrait épidémiologique

Par rapport à la morbidité

Le paludisme constitue la pathologie dominante avec 38,6% des motifs de consultation, suivi des IRA avec 20,6%, la diarrhée simple avec 9,3%, de l'amibiase avec 4% et de la malnutrition aiguë avec 1,9% des cas.

Par rapport à la mortalité

Comme pour la morbidité, le paludisme a été déclaré comme première cause de décès avec 44,1% des cas, suivi de l'anémie (20,5%), de la méningite (6,25%), des IRA (4,4%) et de la malnutrition aiguë (2,6%).

Du point de vue autres pathologies endémo-épidémiques ou autres problèmes spécifiques de santé ayant un intérêt de santé publique particulier, il y a le VIH SIDA, la tuberculose et l'onchocercose qui sont en tête de file.

c) Facteurs contextuels

L'écologie de la zone de santé la prédispose aux épidémies, aux catastrophes naturelles et aux maladies d'origine hydrique.

L'accessibilité géographique aux centres de santé est faible de 49%. Seules 5 AS ont une accessibilité de 80%. L'accessibilité géographique à l'HGR est de 33%. Le Paquet minimum d'activités est incomplet et de faible qualité. Les infrastructures sont insuffisantes, délabrées et non construites selon les normes. Les équipements sont insuffisants et vétustes. L'absence d'un comité de lutte contre les épidémies et catastrophes et du stock de contingence ne met pas la ZS à l'abri d'une crise humanitaire.

- **Situation socio-économique et de sécurité alimentaire**

Les activités principales de la population sont l'agriculture ($\frac{3}{4}$ de la population), l'élevage de petit bétail et de volaille, le petit commerce, la pêche artisanale, la chasse et la cueillette.

Les productions les plus importantes au niveau du territoire sont le maïs, l'arachide, le niébé, l'huile de palme, le manioc, la courge, la banane plantain, le taro, l'igname, le riz, le café et l'hévéa. La période de soudure pendant laquelle la nourriture fait défaut s'étend de mars à mai.

On doit signaler également que presque la totalité des productions est vendue. Actuellement avec la faillite de l'entreprise CDI et l'ensablement des rivières, il y a un problème d'évacuation de maïs, ce qui a augmenté la fabrication des boissons alcooliques à base de maïs, raison pour laquelle le taux d'alcoolisme est élevé dans ce milieu.

La population a un régime monotone et moins diversifié. Ce dernier est dominé essentiellement du « FUKU » (mélange manioc- maïs) qui constitue l'aliment de base. Les aliments de base sont généralement accompagnés des feuilles de manioc et de l'arachide.

- **Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)**

Il n'existe pas assez de sources d'eau aménagées dans la zone de santé et sur l'ensemble du territoire. L'accès à l'eau potable est faible et la population consomme de l'eau de rivière non traitée et des puits non protégés. Il y a par ailleurs un faible accès aux latrines hygiéniques, une faible gestion des ordures ménagères et des déchets bio médicaux.

Enfin, il est signalé une consommation des substances psychotropes par la jeunesse dans la zone. Tous ces facteurs ci-haut cités ont un impact négatif sur la santé des populations.

- **Situation socioculturelle**

Cette zone de santé compte 18 groupes ethniques avec l'ethnie Ngbaka comme groupe majoritaire. C'est ainsi que la langue Ngbaka est parlée par 80% de la population.

Certaines pratiques coutumières constituent vraisemblablement des faiblesses pour le fonctionnement du système sanitaire (la tradithérapie sans base scientifique), les circoncisions traditionnelles se font sans asepsie. La polygamie dans un contexte de pauvreté conduit à un rationnement des soins. Les filles sont souvent victimes des grossesses précoces et une discrimination négative.

Du point de vue de la scolarité, les filles sont moins scolarisées que les garçons avec un sex-ratio (Garçons/Filles) de 1,71 soit 171 garçons scolarisés pour 100 filles.

- **Intervention humanitaire**

La zone de santé bénéficie des appuis de :

- UNHCR et ses partenaires : Protection et assistance des réfugiés dans les camps et hors camp
- Premières Urgences : Sécurité alimentaire et nutrition
- OMS et UNICEF : appui ponctuel dans la lutte contre les épidémies, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage au Mébendazole ;
- ENABEL : appui global aux soins de santé primaire
- Action Damien : intervient dans le programme de lutte contre la lèpre et la tuberculose ;
- LA COLOMBE : appuie la zone dans l'aménagement des sources d'eau et dans l'assainissement du milieu.

1.2.2.4 ZONES DE SANTÉ DE ZONGO

- **Situation géographique et démographique**

La zone de santé de ZONGO est située dans le territoire de LIBENGE dans la partie Nord-Ouest de la province du Sud-Ubangi. Cette Zone de Santé est pratiquement prise en sandwich par la Zone de Santé de Libenge.

Elle est limitée :

- Au Nord et Sud-Est, par les ruisseaux KPEANGA, MOLE et la chaîne de montagne de l'UBANGI, qui la sépare de la zone de santé de Libenge ;
- A l'Ouest, par la rivière UBANGI, qui la sépare de la République Centrafricaine.

La population totale de la zone de santé est estimée à 82 208 habitants autochtones. La ZS de Zongo a une superficie de 495 Km². Dans cette zone de santé la population des réfugiés centrafricains vivant dans le camp de Mole est estimée à 16 550 individus.

Comme pour la zone de Santé de Libenge, la zone de santé de Zongo connaît un climat équatorial humide du type tropical caractérisé par deux saisons : pluvieuse du 15 mars au 15 novembre (8 mois) et sèche du 16 Novembre au 14 mars (4 mois). Les perturbations importantes sont constatées dans l'alternance des saisons et actuellement, la saison sèche a une durée égale à celle des pluies ; un changement dû à l'abattage des grands arbres dont le territoire est victime.

Le relief de la Zone de Santé de Zongo est constitué par des collines au nord et les plaines au Centre et au Sud. Le sol est sablonneux et argileux. Ce type de sol est très fertile pour tous les produits agricoles, ceci fait du territoire un grenier agricole pour la ville de Bangui (RCA).

Son hydrographie est formée de plusieurs rivières et cours d'eau, notamment celles-ci : Wango, Mole, Nande, Mondjo, Ngumbe, Kpanga, Baka, Sendo, Momi et Ubangi.

- **Situation sanitaire**

- a) Portrait administratif*

La zone de santé de Zongo compte 11 aires de santé, avec des structures sanitaires fonctionnelles ci-après : 1 Hôpital Général de Référence (HGR) et 11 centres de santé. Cette zone de santé abrite la ville de Zongo, créée au début de la Deuxième République sous le règne de Mobutu et située sur la rive gauche de la rivière Ubangi, à l'extrême Nord-Ouest du pays en face de la capitale centrafricaine Bangui. La ville de Zongo a une superficie de 1.045 Km² et se subdivise en deux communes qui sont Wango et Nzulu.

- b) Portrait épidémiologique*

- Par rapport à la morbidité*

Le paludisme constitue la pathologie dominante avec 33,7% % des motifs de consultation, suivi des IRA avec 14,6% des cas, la diarrhée simple avec 10,9%, de la malnutrition aiguë avec 4,2% des cas et de l'amibiase avec 4,2% des cas aussi.

- Par rapport à la mortalité*

Comme pour la morbidité, le paludisme a été déclaré comme première cause de décès avec 45% des cas, suivi de la méningite (20% des cas), de la malnutrition aiguë (13,6% des cas), du VIH/SIDA (5,3% des cas) et de l'anémie (1,5% des cas).

Du point de vue autres pathologies endémo-épidémiques ou autres problèmes spécifiques de santé ayant un intérêt de santé publique particulier, il ya les infections urinaires (2% des cas), la gastrite (1,5% des cas), le traumatisme (1,4% des cas) et l'HTA (0,8% des cas). D'autres problèmes cités avec une incidence moindre, sont la morsure par des animaux venimeux, l'intoxication aux produits indigènes et la brûlure.

- **Situation socio-économique et de sécurité alimentaire**

Les activités principales de la population sont l'agriculture de subsistance, le petit commerce, la pêche artisanale et l'administration publique.

Les principales productions agricoles sont le maïs, le manioc, le taro, les légumes, et la banane. Ces dernières sont insuffisantes et surtout exportées vers Bangui (RCA) où elles sont vendues en Franc CFA et à un prix élevé. On note aussi, une faible utilisation de la monnaie locale, le Franc Congolais au profit de la monnaie étrangère.

- **Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)**

Il n'existe pas assez de sources d'eau aménagées dans la zone de santé et sur l'ensemble du territoire. L'accès à l'eau potable est faible et la population consomme de l'eau de rivière non traitée et des puits non protégés. Il y a par ailleurs un faible accès aux latrines hygiéniques, une faible gestion des ordures ménagères et des déchets bio médicaux.

Enfin, il est signalé une consommation des substances psychotropes par la jeunesse dans la zone. Tous ces facteurs ci-haut cités ont un impact négatif sur la santé des populations.

- **Situation socioculturelle**

Cette zone de santé est composée en majorité par le groupe ethnique Ngbaka. Il y a par ailleurs le Mongo au sud, ainsi que les Pygmées ou les Batwa au Sud avec quelques foyers dans la ville de Zongo.

Le mode de vie de la population de cette zone, reste trop dépendant de la RCA surtout en produits manufacturés.

Parmi les coutumes qui ont un impact négatif sur la santé, il y a lieu de noter les mutilations sexuelles, l'interdiction pour les femmes enceintes de manger les œufs, le lévirat, le sororat, la coupe des luettes et d'épiglottes, la scarification des veines du nouveau-né, etc. il y a aussi la consommation excessive de manioc amer goitrigène, etc.

- **Interventions humanitaires**

La zone de santé bénéficie des appuis de :

- UNHCR et ses partenaires : Protection et assistance des réfugiés dans les camps et hors camp
- Premières Urgences : Sécurité alimentaire et nutrition
- OMS et UNICEF : appui ponctuel dans la lutte contre les épidémies, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et déparasitage au Mébendazole ;
- ENABEL : appui global aux soins de santé primaire
- Action Damien : intervient dans le programme de lutte contre la lèpre et la tuberculose ;
- LA COLOMBE : appuie la zone dans l'aménagement des sources d'eau et dans l'assainissement du milieu.

1.3. Objectifs de l'enquête

1.3.1 OBJECTIF PRINCIPAL :

L'objectif global de cette évaluation était de disposer d'informations récentes sur la situation nutritionnelle, de sécurité alimentaire et de santé dans les camps des réfugiés centrafricains des camps de Bili et de Inke dans la province du Nord-Ubangi, des camps de Boyabu et de Mole dans la province du Sud-Ubangi ainsi que dans les zones de santé hôtes de Mobayi-Mbongo et de Yakoma dans le Nord-Ubangi et de la zone de santé de Monga dans le Bas-Uélé.

1.3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Évaluer l'état nutritionnel (malnutrition aiguë, chronique et l'insuffisance pondérale) parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois ;
- Déterminer le niveau de couverture des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée pour les enfants âgés de 6 à 59 mois ;
- Déterminer la couverture vaccinale anti rougeoleuse chez les enfants de 9 à 59 mois ;

- Évaluer la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et le déparasitage au Mébendazole chez les enfants de 12 à 59 mois, au cours de six derniers mois ;
- Estimer la prévalence de la diarrhée sur une période rétrospective de 2 semaines chez les enfants âgés de 6 à 59 mois ;
- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les femmes enceintes et allaitantes (FEFA) en âge de reproduction (15-49 ans) par la mesure du périmètre brachial ;
- Mesurer la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes non enceintes en âge de reproduction (15-49 ans) ;
- Déterminer le niveau d'enrôlement en clinique de soins prénataux (CPN) et la couverture de la supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes, en âge de reproduction (15-49 ans) ;
- Évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) chez les enfants âgés de 0 à 23 mois ;
- Déterminer la couverture en cartes de ration et la durée de la ration alimentaire de distribution générale des vivres et/ou à travers le Cash Based Intervention (CBI) au sein des ménages bénéficiaires ;
- Déterminer le niveau d'utilisation des stratégies d'adaptation néfastes au sein des ménages,
- Evaluer le niveau de diversité alimentaire des ménages ;
- Déterminer le niveau d'accès de la population à l'eau potable et aux systèmes d'hygiène et d'assainissement, ainsi que leur niveau d'utilisation ;
- Evaluer le niveau de possession (tous types confondus et MILDA) et d'utilisation des moustiquaires au sein des tous les membres de chaque ménage (y compris les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les autres membres du ménage) ;
- Formuler des recommandations pour améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle.

2. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

2.1. Approche globale

L'approche SMART (Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transition) et les directives HCR SENS (Standardised Expanded Nutrition Survey) pour les populations réfugiées ont été adoptées pour ces enquêtes.

Le SMART est une méthode d'enquête qui intègre le statut nutritionnel, les données de mortalité et de sécurité alimentaire pour évaluer l'ampleur et la sévérité d'une crise humanitaire.

Les directives HCR SENS sont conçues de manière à couvrir la plupart des urgences et toutes les situations stables et chroniques. Ces directives sont divisées en sept parties : un Pré-module intitulé Étapes d'enquête et échantillonnage et six modules individuels d'enquête, à savoir : anthropométrie et santé, anémie, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, sécurité alimentaire, eau assainissement et hygiène, et couverture en provision de moustiquaires. Dans chaque camp une enquête selon l'approche SENS a été menée. Dans les zones de santé (ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga), l'enquête a été menée selon l'approche SMART élargie.

2.2 TYPE D'ETUDE

Dans chaque domaine d'étude, l'enquête a été réalisée à l'aide d'un sondage en grappes à deux degrés

2.3. Domaines de l'étude

L'enquête a concerné 7 domaines d'étude, dont 4 camps de réfugiés centrafricains et 3 zones de santé hôtes situées dans les provinces du Nord-Ubangi, du Sud-Ubangi et du Bas-Uélé. Chacun des 4 camps et chacune des zones de santé hôtes, a constitué un domaine d'étude ; ainsi, une enquête à part entière y a été réalisée. Les camps concernés sont : (i) le camp d'Inke, (ii) le camp de Bili, (iii)

le camp de Boyabu et (iv) le camp de Mole tandis que les zones de santé hôtes sont : (i) la zone de santé de Mobayi-Mbongo, (ii) la zone de santé de Yakoma, (iii) la zone de santé de Monga.

2.4. Populations de l'étude

Les principales cibles de l'enquête, suivant les modules spécifiques sont :

- Les enfants de 0 à 59 mois pour l'anthropométrie et santé, et en particulier ceux de 0 à 23 mois pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ;
- Les femmes en âge de reproduction (15-49 ans), non enceintes pour le module sur l'anémie ;
- Femmes en âge de procréer (enceintes ou non) pour le statut nutritionnel.
- Tous les ménages pour l'eau, hygiène et assainissement, la couverture moustiquaire et sécurité alimentaire

2.5. Stratification

Dans le souci de garantir une bonne précision des résultats et permettre des estimations plus fiables et tenant compte du fait que les populations réfugiées vivent regroupées dans les camps et/ou sites ou encore dans des familles d'accueil auprès de la population résidant dans les villages situés dans les zones de santé hôtes, chacune de ces dernières a fait l'objet d'une enquête à part entière. Ainsi, les zones hors camp (zones de santé de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga) ont été stratifiées de la manière ci-après :

- 1) Strate 1 : Réfugiés dans les sites d'accueil
- 2) Strate 2 : Population hôte (composée des populations résidentes ayant ou non accueilli les réfugiés de la zone de santé).

Cette stratification devait permettre, en fin de comptes, d'avoir une vue globale sur le niveau des indicateurs dans chaque groupe de population et d'orienter les partenaires de terrain dans les interventions à mener.

2.6. Echantillonnage

2.6.1. DEFINITION DES UNITES D'ECHANTILLONNAGE

LES UNITES DE SONDAGE ONT ETE DEFINIES DE LA MANIERE SUIVANTE :

- Au 1^{er} degré l'unité est la grappe, ici représentée par le bloc
- Au 2^{ème} degré, l'unité est le ménage, facilement identifié par un abri.

Ainsi, le premier degré d'échantillonnage correspond au tirage des grappes (bloc/village) tandis que le deuxième degré de tirage a porté sur la sélection aléatoire des ménages à enquêter à l'intérieur de chaque grappe échantillonnée.

2.6.2. BASES DE SONDAGE

Au 1^{er} degré, la liste des unités d'enquête était constituée des blocs (Camps) et des villages (zones de santé), avec leurs effectifs de population. Cette liste était fournie par la section protection UNHCR.

Au deuxième degré, les listes des ménages ont été constituées par les équipes sur terrain lors d'une opération de dénombrement des ménages.

2.6.3. CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON

Les hypothèses utilisées pour calculer la taille de l'échantillon en nombre d'enfants, ensuite converti en nombre de ménages à enquêter, sont données dans les lignes qui suivent.

Les résultats des enquêtes récentes en rapport avec la prévalence de la malnutrition aigüe globale ont servi d'estimateur pour la taille des échantillons pour les 4 camps et pour la zone de santé de Mobayi Mbongo. Pour les zones de santé de Yakoma et de Monga, faute de données récentes, la

prévalence de 15% a été retenue en considérant qu'une zone qui a accueilli les réfugiés est une zone où la situation de sécurité alimentaire et nutritionnelle est déjà assez précaire.

Le tableau 2.1 donne les paramètres de calcul ainsi que les tailles des échantillons calculés et arrondis en nombre d'enfants, de ménages et de grappes à enquêter.

Tableau 2.1: Paramètres de calcul pour l'anthropométrie

Paramètre	Camp de Bili	Camp d'Inke	Camp de Boyabu	Camp de Mole	ZS Mobayi	ZS Yakoma	ZS Monga
Prévalence MAG en % (p)	11,4	11	11	7,4	10	15	15
Degré de précision (e)	3,2	3,4	3,8	3,4	3,3	4	4
Effet de grappe (f)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
% enfants < 5 ans	20	20	21	22	19,9	19,9	19,9
Taille moyenne du ménage	6,3	4,9	3,9	3	5,3	5,3	5,3
Taux de non réponse	3	3	3	2	3	3	3
Nombre d'enfants attendus	619	531	425	372	518	500	500
Nombre calculé de ménages à enquêter	563	565	589	586	563	543	543
Nombre de ménages à enquêter par grappe (unités secondaires)	13	13	13	13	13	13	13
Nombre de grappes (unités primaires)	44	44	45	45	44	42	42
Taille finale (Nombre arrondi de ménages à enquêter)	572	572	585	585	572	546	546

Tous les calculs ont été effectués en utilisant le logiciel ENA for SMART version révisée au 09 Juillet 2015. En fin de compte, la taille finale de l'échantillon à enquêter par camp a été fixée à 572 ménages pour les domaines d'étude (Camps de Bili et Inke ainsi que la zone de santé de Mobayi-Mbongo) et à 546 ménages pour la zone de santé de Yakoma dans la province du Nord-Ubangi. Au Bas-Uélé, la taille de l'échantillon final était fixée à 546. Cette taille était fixée à 585 ménages pour les camps de Boyabu et Mole dans la province du Sud-Ubangi.

Tableau 2.2: Paramètres de calcul pour les autres modules de l'enquête

Module	Hypothèses basées sur le contexte
Anémie chez les enfants de 6 à 59 mois	La moitié des ménages échantillonnés (sous-échantillon) doivent être sélectionnés aléatoirement et tous les enfants de 6 à 59 mois trouvés dans ces ménages doivent être évalués pour l'anémie
Anémie chez les femmes de 15 à 49 ans	La moitié des ménages échantillonnés (sous-échantillon) doivent être sélectionnés aléatoirement et toutes les femmes éligibles trouvées dans ces ménages doivent être évaluées pour l'anémie.
Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	Tous les enfants éligibles au sein des ménages échantillonnés doivent être évalués pour les pratiques ANJE.
Sécurité alimentaire	La moitié des ménages prévus dans le module anthropométrique à enquêter
Eau, assainissement et hygiène (EAH)	Tous les ménages échantillonnés doivent faire partie de l'évaluation des indicateurs EAH.
Couverture en provision de moustiquaires	la moitié des ménages échantillonnés (sous-échantillon) doivent être sélectionnés aléatoirement pour évaluation de la couverture en provision de moustiquaires

2.6.4. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON PAR ZONE D'ÉTUDE

2.6.4.1. REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR ZONE D'ÉTUDE

Pour chacun des camps et des zones de santé, l'échantillon final a été réparti en un nombre de grappes de 13 ménages chacune. Pour les 3 zones de santé hôte, l'échantillon final a été réparti de manière équiprobable entre les deux strates, soit 22 grappes par strate pour la zone de santé de Mobayi et 21 grappes par strate pour les zones de santé de Yakoma et Monga.

2.6.4.2. SÉLECTION DES GRAPPES PAR DOMAINE D'ÉTUDE

Dans chaque domaine d'étude, la sélection des grappes a été faite avec l'aide du logiciel ENA for SMART 2011 révisé au 9 juillet 2015. Dans chaque camp et zone de santé, les grappes ont donc été sélectionnées par un tirage proportionnel à la taille.

2.6.4.3. SÉLECTION DES MÉNAGES PAR DOMAINE D'ÉTUDE

Dans chaque grappe (bloc) échantillonné, 13 ménages ont été sélectionnés de manière aléatoire en application des directives de la méthodologie SMART. A cet effet, le tirage aléatoire simple était appliqué dans le cas où le nombre total de ménages dénombrés dans la grappe était inférieur à 100. Dans le cas où on avait identifié un nombre de ménages compris entre 100 et 300, les ménages à enquêter étaient sélectionnés à l'aide d'un tirage systématique. Enfin, lorsque la grappe avait plus de 300 ménages, elle était au préalable découpée en petits segments parmi lesquels le nombre requis était sélectionné. Ensuite, les 13 ménages étaient tirés par la méthode aléatoire simple ou systématique suivant le nombre total de ménages dénombrés dans chaque segment sélectionné. Lorsque la grappe ou le segment tiré avait exactement 13 ménages, tous étaient donc enquêtés. Dans le cas où on dénombrait moins de 13 ménages dans la grappe ou le segment tiré, on enquêtait tous les ménages identifiés et on allait compléter les ménages manquants dans la grappe la plus proche non retenue dans l'échantillon.

2.7 Outils de collecte des données et données collectées

2.7.1. OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES

Un questionnaire pour ménage, constitué de 13 sections, dont les 6 modules SENS et la situation économique des ménages a été utilisé pour collecter les données sur tablettes.

2.7.2. DONNÉES COLLECTÉES

2.8. Organisation de l'enquête

2.8.1. GESTION DE L'ENQUÊTE

Un cadre institutionnel a été mis en place pour permettre d'assurer la gestion des aspects techniques et logistiques ainsi que les défis et contraintes divers de terrain. Ce cadre est constitué de deux comités qui sont (i) le comité technique et (ii) le comité de validation de l'enquête.

a) Comité technique

Le comité technique est chargé de la conception du protocole de l'enquête, l'élaboration des outils de collecte, la formation des superviseurs, l'analyse des données et la rédaction du rapport de l'enquête. Ce dernier était composé des cadres techniques du PRONANUT et des principaux partenaires (HCR et ADES). Ces derniers ont échangé sur le protocole par internet et ont eu plusieurs séances de travail dans les bureaux du HCR et de ADES/RDC à Kinshasa.

b) Comité de validation

Ce comité est chargé de la validation du protocole de l'enquête et des résultats de l'enquête. Ces deux tâches ont été réalisées par le comité ad hoc de validation des enquêtes qui avait réuni les membres (délégués des agences et ONG concernées) au cours des réunions tenues dans la salle de réunion du PRONANUT à Kinshasa.

2.8.2. ORGANISATION MATERIELLE ET LOGISTIQUE

Le matériel de prise de mesures anthropométriques (toises, balances et rubans PB) a été obtenu au bureau du PRONANUT à Bukavu tandis que celui du dosage de l'anémie (hémocues, lancettes, micro cuvettes, gants...) a été acheté par le HCR/Kinshasa puis acheminés sur les sites d'enquêtes par les superviseurs nationaux. Par ailleurs, les tablettes utilisées sur terrain pour la collecte des données ont été fournies par le bureau du HCR à Kinshasa.

2.8.3. PERSONNEL DE TERRAIN

Dans chaque domaine d'étude (Camp/Zone de santé), le personnel de terrain était composé de 3 superviseurs, dont un issu du PRONANUT central à Kinshasa, un issu de la division provinciale de la santé et un autre issu du bureau de ADES ainsi que 18 enquêteurs repartis en 6 équipes de 3 personnes.

Sur le terrain, la gestion de l'enquête était assurée par une équipe mixte composée des délégués du PRONANUT et de ADES qui travaillait avec l'assistance technique et logistique des responsables des bureaux locaux de ADES et du HCR.

2.9. Mise en œuvre de l'enquête

2.9.1. Recrutement et formation des agents de terrain

La qualité des données est liée en grande partie au profil du personnel de collecte des données et dans une certaine mesure, à la qualité de la formation reçue assortie d'une pratique intensive. Le personnel de terrain dans le cadre de l'enquête nutritionnelle et de mortalité était constitué des chefs d'équipes et des enquêteurs.

Le recrutement des agents de terrain a été finalisé par l'examen des dossiers des candidats récoltés par la DPS à travers la coordination provinciale de nutrition en collaboration avec ADES.

A l'issue de cet examen par l'équipe technique de l'enquête pour chaque domaine d'étude, 22 personnes ont été présélectionnées. A la fin de la formation, 18 personnes (dont 6 femmes et 12 hommes) ont été retenues. Chaque équipe était composée d'au moins un réfugié pour raison de confiance et de connaissance de la langue, ces derniers ont été répartis en équipes de 3 personnes dont 1 chef d'équipe, un mesureur et 1 enquêteur chargé du prélèvement de l'hémoglobine, tous travaillant ensemble à chaque étape, soit 6 équipes au total par domaine.

2.9.1.1. FORMATION DES ENQUETEURS

Les candidats enquêteurs ont été formés avant le démarrage des enquêtes. La durée totale de la formation était de sept (7) jours. Cette formation a été assurée par le PRONANUT appuyé logistiquement par ADES. Les quatre premiers jours ont été consacrés aux plages théoriques relatives à la méthodologie, à l'étude du questionnaire et à l'utilisation des tablettes avec le logiciel Kobo. Les 3 derniers jours ont été destinés aux aspects pratiques, notamment le test de standardisation des mesures anthropométriques (2 jours) et l'enquête pilote dans un village non retenu dans l'échantillon.

2.9.1.2. TEST DE STANDARDISATION

A l'issue de la formation théorique un test de standardisation a été effectué au 5ème et 6ème jour afin de choisir les meilleures personnes pour être enquêteurs et chefs d'équipe. Les participants à la formation ont été répartis en binôme. Chaque participant a effectué deux séries de mesures (poids, taille et PB) sur les dix (10) enfants. La précision et l'exactitude de chaque participant ont été évaluées à l'aide du logiciel ENA for SMART version du 9 juillet 2015. Une fiche de collecte a été conçue pour le test de standardisation.

A la conclusion de ce test qui a permis de vérifier les erreurs techniques de mesures (ETM) commises par les mesureurs ; le nouveau rapport de test de standardisation a été produit. Une Analyse plus rigoureuse des mesures suivant les méthodes d'Ulijaszek et Kerr (1999), utilisée dans la formation des anthropocentristes lors de l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance (EMRC) pour les normes de croissance de l'enfant.

2.9.1.3. PRE-ENQUETE

La pré-enquête a été réalisée l'avant midi du 7ème jour de la formation dans un Bloc/village ne faisant pas partie de l'enquête. Elle a permis aux enquêteurs de tester les outils de collecte selon les procédures indiquées dans la méthodologie. Une séance de restitution organisée après la pré-enquête a permis aussi de discuter des difficultés rencontrées par les enquêteurs et éventuellement d'apporter des améliorations et plus de lumière aux outils de collecte.

2.9.1.4. SELECTION FINALE DES ENQUETEURS

La sélection finale des enquêteurs a été faite sur base des résultats combinés des différentes évaluations (Quiz) faites pendant la formation, le pré et le post test, le test de standardisation ainsi que la pré enquête. Ces différents résultats ont permis de sélectionner les meilleurs enquêteurs et d'identifier les chefs d'équipe et les mesureurs. La constitution et la répartition des équipes ont pris également en compte des langues parlées dans le camp et la provenance des enquêteurs (Camp des réfugiés/Zone de Santé).

2.9.2. Collecte des données

La récolte des données a été faite par les mêmes équipes en trois temps : du 26 décembre 2018 au 08 janvier 2019 pour le camp d'Inke et du 14 au 25 janvier 2019 pour le camp de Bili dans les domaines du Nord-Ubangi tandis pour la zone de santé de Mobayi Mbongo, elle a eu lieu du 06 au 21 janvier 2019 et du 24 janvier au 3 février 2019 dans la zone de santé de Yakoma. Du 27 février au 09 mars 2019 dans le domaine du Bas Uélé, et enfin du 05 au 20 juin 2019 dans les domaines du Sud-Ubangi.

2.9.3. Supervision du travail de terrain

Dans chaque domaine d'étude, quatre personnes étaient chargées du suivi des équipes, dont deux superviseurs nationaux du PRONANUT, un superviseur provincial du PRONANUT et un superviseur de ADES, les chargés de nutrition et les médecins responsables de santé ADES ainsi que le coordinateur santé du UNHCR ont fait partie de l'équipe de supervision dans le domaine de Mole et de Boyabu.

2.10. Considérations éthiques et genre

Au cours de cette enquête, le respect de la dignité, de l'intimité et de la liberté de la personne a été observé. A cet effet, la procédure du « consentement éclairé » où les répondants ont le droit de décliner ou d'accepter l'interview et surtout la prise des mesures anthropométriques et le dosage de l'hémoglobine chez les enfants et chez les femmes, a été observé.

Le consentement oral a été d'usage et jugé suffisant car la signature ou l'écrit n'est pas culturellement approprié. La confidentialité entre les sujets et les enquêteurs a également été maintenue avec des questionnaires anonymes. La confidentialité des données collectées a par ailleurs été garantie de manière à ne pas porter préjudice aux personnes. Enfin, le genre a été pris en compte au niveau de l'étape de collecte des données dans la mesure où les équipes de terrain étaient composées de trois personnes, dont au moins une femme.

2.11. Contrôle de la qualité des données

Cette tâche a été garantie à deux niveaux, à savoir lors de la collecte ainsi qu'avant l'envoi des données au serveur. Sur le terrain, le premier contrôle a été assuré par le chef d'équipe qui était obligé de vérifier les questionnaires remplis avant de les remettre au superviseur. Ce dernier a pris le temps de les vérifier systématiquement et a aussi eu à effectuer des interviews de contrôle auprès de quelques ménages enquêtés choisis au hasard. Par ailleurs, un suivi de proximité des équipes était fait par les superviseurs, chacun ayant la charge de 2 équipes. Les données étaient directement saisies sur tablette lors des interviews mais les données anthropométriques étaient aussi enregistrées sur papier puis saisies chaque soir sur ordinateur par les superviseurs avec le logiciel ENA for Smart. Aussitôt après, le test de plausibilité de la qualité de données était effectué, donnant ainsi les données aberrantes et manquantes. Le lendemain, les équipes concernées par ces données aberrantes et manquantes étaient renvoyées sur terrain pour vérifier et le cas échéant, refaire les mesures et/ou compléter celles manquantes.

Le second niveau de vérification était celui de l'envoi des données au serveur. A cet effet, avant l'envoi des données au serveur, un contrôle d'exhaustivité était fait pour chaque équipe afin de s'assurer que tous les ménages avaient été enquêtés et toutes les données enregistrées. Par ailleurs, les données anthropométriques enregistrées sur papier étaient confrontées avec celles enregistrées dans la tablette. En cas de différence entre les deux bases, les équipes concernées étaient renvoyées sur terrain (au site) pour vérifier et/ou compléter les données. A la fin de cette étape, une fiche de contrôle était remplie.

3. TRAITEMENT DES DONNEES

3.1. Logiciels utilisés, plan de traitement et d'analyse des données

Les données, directement récoltées sur tablette avec le logiciel KOBO par les équipes de terrain, ont été transférées au serveur central du HCR à Kinshasa après vérification de leur complétude par les équipes de terrain et les superviseurs. Elles ont ensuite été recueillies du serveur et transformées en Excel Version 2010 puis en SPSS version 23 pour la production des indicateurs suivant un plan préalablement élaboré par l'équipe clé de l'enquête

Les résultats ont été présentés sous forme de fréquence relative (%) pour les variables catégoriques et de moyenne pour les variables continues. Des tableaux croisés ont été produits en vue de permettre de mettre en relation les principaux indicateurs avec les variables explicatives et de comparaison comme la strate et le statut de résidence.

3.2. Indicateurs et seuils de classification

Plusieurs indicateurs ont été produits conformément au plan d'analyse et en rapport avec les directives SMART/SENS. Les seuils recommandés par les protocoles national et international ont été appliqués. Ainsi, pour chaque composante, les principaux indicateurs, avec les seuils utilisés, sont donnés dans les lignes qui suivent.

3.2.1. Données anthropométriques et sanitaires de base

Pour apprécier l'état nutritionnel des enfants, le calcul de trois indices conventionnels (OMS, 1980 et OMS, 1983) a été réalisé à savoir : le rapport poids/taille (P/T), le rapport Taille/âge (T/A) et le rapport Poids/âge (P/A) représentant respectivement la malnutrition aiguë, le retard de croissance (malnutrition chronique) et l'insuffisance pondérale. Pour les trois indices, les références de l'OMS 2006 ont été employées pour calculer les Z-Scores. Partant de ces Z-Scores, les différents niveaux de malnutrition ont été définis.

Pour chacune des trois formes de malnutrition, trois niveaux ont été retenus :

Malnutrition globale = Indices nutritionnels inférieurs à moins 2 Z-Scores de la population de référence et/ou œdèmes ;

Malnutrition modérée = Indices nutritionnels inférieurs à moins 2 Z-Scores et supérieurs à moins 3 Z-scores de la population de référence ;

Malnutrition Sévère = Indices nutritionnels inférieurs à moins 3 Z-Scores de la population de référence et/ou œdèmes.

Les principaux indicateurs calculés font référence aux trois formes de malnutrition, à savoir la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale.

Les principaux sont :

- la prévalence de la malnutrition aiguë exprimée par l'indice poids pour taille
- la prévalence de la malnutrition chronique exprimée par le rapport taille pour âge
- la prévalence de l'insuffisance pondérale exprimée par le rapport poids pour âge.

Deux autres indicateurs ont été calculés en rapport avec la malnutrition aiguë, à savoir :

- la prévalence de la malnutrition aiguë exprimée par le périmètre brachial ;

Pour cet indicateur, les valeurs seuil sont ainsi libellées :

Signification nutritionnelle	Valeurs de PB (en mm)
Malnutrition sévère	PB < 115 mm
Malnutrition modérée	115 mm ≤ PB < 125 mm
Malnutrition globale	PB < 125 mm

- la prévalence des œdèmes nutritionnels.

La présence d'œdèmes nutritionnels indique un état de malnutrition aiguë sévère de type kwashiorkor. Ainsi, tout enfant présentant des œdèmes nutritionnels a été d'office classé comme souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Les indicateurs calculés sur la santé de base sont :

- Les taux de couverture des programmes nutritionnels (UNTI/UNTA et UNS) ;
- Le taux de couverture vaccinale anti rougeoleuse ;
- Le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A ;
- Le taux de couverture du déparasitage au mébendazole ;
- Le taux de morbidité pour la diarrhée.

3.2.2. Données sur l'Anémie

Les seuils du taux d'hémoglobine pour la définition de l'anémie et la classification de la gravité de l'anémie du point de vue santé publique sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 3.1 : *Seuil de taux d'hémoglobine pour la définition de l'anémie¹.*

Groupes d'âge	Catégories de l'anémie ² (hémoglobine g/dl)			
	Anémie sévère	Anémie modérée	Anémie légère	Anémie globale
Enfant 6-59 mois	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	< 11.0
Femmes 15-49 ans non enceintes	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	< 12.0

Tableau 3.2 : *Classification de la prévalence de l'anémie dans une population basée sur le taux d'hémoglobine sanguin³.*

Niveau d'Anémie	Prévalence
Sévère	≥ 40%
Modérée	20.0 - 39.9%
Légère	5.0 - 19.9%
Normale	≤ 4.9%

3.2.3. DONNEES SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

Les indicateurs calculés sur l'ANJE sont :

- La proportion d'enfants vivants âgés de 0-23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance (allaitement précoce) ;
- La proportion d'enfants de 0 à 5 mois alimentés exclusivement au lait maternel ;
- La proportion d'enfants de 12 à 15 mois qui sont nourris au lait maternel (allaitement poursuivi jusqu'à 1 an) ;
- La proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui prennent du lait maternel (allaitement poursuivi jusqu'à 2 an) ;
- La proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous.
- La proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois consommant des aliments riches ou enrichis en fer (spécialement conçus pour les nourrissons ou qui ont été enrichis à la maison)
- La proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois nourris au biberon
- La proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois qui ont reçu des préparations pour nourrissons (enrichies ou non) le jour précédent
- La proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distinct ;

¹ Source: WHO (2000) The Management of Nutrition in Major Emergencies. Values are given for a population living at sea level

² Source: UNICEF/ OMS 2001 cite par: MN and CDC in « Indicators and Methods for Cross-Sectional surveys of Vitamins and Minerals status of population, 2007.

³ IDEM

- Proportion des enfants de 6 à 23 mois allaités au sein et des autres qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous ;
- Proportion des enfants de 6 à 23 mois allaités au sein et des autres qui ont reçu les aliments solides, semi-solides ou mous (y compris les aliments dérivés du lait pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein) au moins le nombre minimum de fois le jour de l'enquête ;
- La Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu un ACE le jour précédent ;
- La Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu un ACE++ le jour précédent ;
- La Proportion d'enfants de 0-5 mois n'ayant pas reçu du lait maternel dans les 24 heures précédant l'enquête (enfants pas allaités), d'une consommation d'aliments riches en fer ou fortifiés en fer, et d'une alimentation au biberon.

3.2.4. Données sur la Sécurité alimentaire

Trois volets ont servi à décrire la situation de sécurité alimentaire des populations étudiées, à savoir la consommation et diversité alimentaire, l'accès à l'aide alimentaire et les stratégies de survie utilisées.

3.2.4.1. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce point traite de la consommation alimentaire et de la diversité alimentaire des ménages, ainsi que des stratégies de survie utilisées en situation de crise. Trois indicateurs principaux ont été calculés pour apprécier le niveau d'insécurité alimentaire des ménages et des femmes en âge de procréer. Il s'agit du Score de Consommation Alimentaire (SCA), du Score de Diversité Alimentaire (SDA), et de l'Indice de Stratégies de Survie des ménages.

a. Consommation alimentaire des ménages

Les données sur la consommation alimentaire ont été obtenues par interview à l'aide de la méthode de rappel de 7 jours. Dans l'outil de collecte, les aliments consommés ont été organisés en 16 items suivant la fiche utilisée par la FAO pour la sécurité alimentaire dans les sites sentinelles. A cet effet, l'enquêteur était appelé à se rappeler tous les aliments consommés pendant la période d'une semaine de 7 jours par rapport au jour de l'enquête et donner le nombre de jours de consommation pour chaque item.

La consommation alimentaire des ménages est l'indicateur prépondérant pour mesurer la sécurité alimentaire. Pour mieux cerner cet aspect, l'enquête s'est référée aux recommandations du PAM en utilisant la méthode appelée « Diète et diversité » qui analyse le régime alimentaire des ménages selon la diversité et la fréquence de consommation des produits alimentaires ainsi que leur mode d'acquisition (propre production, achat, don, aide alimentaire, etc.).

Pour faciliter le calcul du score de consommation alimentaire (SCA), les aliments consommés par les ménages ont été réorganisés en 8 groupes standards d'aliments auxquels un facteur de pondération qualitative qui traduit la valeur énergétique de chacun a été associé. Les fréquences de consommation de chaque groupe d'aliments ont été pondérées et un SCA a été déterminé pour chaque ménage.

Le SCA est un score composite basé sur la diversité de la diète, la fréquence de consommation des aliments et sur l'importance des nutriments contenus dans les différents groupes d'aliments.

Les valeurs du SCA ont enfin été reportées sur une échelle dont la valeur maximale possible est 112, puis regroupées en 3 classes de consommation alimentaire qui sont : (i) classe de consommation alimentaire pauvre (ménages avec un score inférieur à 28), ii) classe de consommation alimentaire limite (ménages avec un score compris entre 28 et 42) et (iii) classe de consommation alimentaire acceptable (ménages avec un score supérieur à 42).

Dans le contexte de cette enquête, l'insécurité alimentaire est appréciée en rapport avec la classification ci-haut énoncée à partir du niveau de consommation alimentaire du ménage. Ainsi, est classé comme étant en insécurité alimentaire tout ménage ayant une consommation alimentaire pauvre ou limite, c'est-à-dire ayant un score de consommation alimentaire inférieur ou égal à 42.

Le SCA est calculé en utilisant la formule suivante :

$$\text{Score} = a_{\text{cereale}}x_{\text{cereale}} + a_{\text{legmnse}}x_{\text{legmnse}} + a_{\text{leg}}x_{\text{leg}} + a_{\text{fruit}}x_{\text{fruit}} + a_{\text{animal}}x_{\text{animal}} + a_{\text{sucres}}x_{\text{sucres}} + a_{\text{lait}}x_{\text{lait}} + a_{\text{huile}}x_{\text{huile}}$$

Avec :

a_i = Poids attribué au groupe d'aliments.

x_i = Nombre de jours de consommation relatif à chaque groupe d'aliments (≤ 7 jours)

Le poids attribué aux groupes d'aliments est donné dans le tableau 3.3 ci-dessous :

Tableau 3.3 : Groupes d'aliments et poids dans le calcul du score de consommation alimentaire

Types d'aliments	Groupes d'aliments	Poids
Maïs, mil, sorgho, riz, pain/beignets, pâtes alimentaires	Céréales et tubercules (aliments de base)	2
Manioc, ignames, banane plantain, autres tubercules		
Arachides/Légumineuses (haricot, niébé, pois, lentilles,	Légumineuses	3
Légumes (+ feuilles)	Légumes et feuilles	1
Fruits (mangues, oranges, bananes, etc.)	Fruits	1
Viandes, poissons, fruits de mers, escargot, œufs	Protéines animales	4
Laits/Produits laitiers	Produits laitiers	4
Sucre, miel, autres sucreries	Sucres	0.5
Huiles et graisses	Huiles	0.5
Condiments, épices	Condiments (*)	0

b. Diversité alimentaire

La diversité alimentaire a été appréhendée en termes de nombre de groupes d'aliments consommés par les ménages et par la femme en âge de procréer pendant la semaine ayant précédé l'enquête suivant l'approche FANTA.

Douze groupes d'aliments principaux ont permis le calcul du score de diversité alimentaire du ménage : (1) les céréales, (2) les racines et tubercules, (3) les légumes, (4) les fruits, (5) la viande/volaille/abats, (6) les œufs, (7) le poisson et les fruits de mer, (8) les légumes secs/légumineuses/noix, (9) le lait et les produits laitiers, (10) les huiles/grasses, (11) le sucre/miel et (12) les produits divers. Un score de diversité alimentaire (SDA) a été calculé pour chaque

ménage en faisant la sommation des groupes alimentaires consommés et la moyenne de ce score indique le niveau de diversité alimentaire dans le milieu.

Les seuils de référence pour apprécier la situation sont ceux utilisés par l'IPC (Cadre Intégré de la classification de la sécurité alimentaire). A cet effet, un score de diversité alimentaire (SDA) inférieur à 6 groupes d'aliments consommés indique une situation précaire tandis qu'une consommation inférieure à 2-3 groupes d'aliments témoigne d'une situation critique considérée comme une urgence humanitaire en termes de sécurité alimentaire.

Par ailleurs, FANTA propose 3 niveaux de diversité alimentaire :

- Une diversité alimentaire faible : consommation de 3 groupes d'aliments ou moins ;
- Une diversité alimentaire moyenne : consommation de 4 à 5 groupes d'aliments ;
- Une diversité alimentaire élevée : consommation de 6 groupes d'aliments ou plus.

c. Stratégies de survie des ménages

L'indice de stratégie de survie (CSI) est également utilisé comme un indicateur proxy pour mesurer l'insécurité alimentaire des ménages.

Comme pour la consommation alimentaire, l'enquête s'est référée aux recommandations du PAM en la matière. Ainsi, l'indice de stratégies de survie (Coping Strategies Index ou CSI en sigles), a été calculé à partir de la fréquence d'utilisation de cinq stratégies standards auxquelles les ménages recourent souvent quand ils ont des difficultés d'accès à une nourriture suffisante. Il s'agit des stratégies suivantes :

- (a) manger la nourriture moins préférée et moins chère
- (b) emprunter la nourriture ou dépendre de l'aide des amis ou autres membres de la famille,
- (c) diminuer la quantité de la nourriture,
- (d) limiter la consommation des adultes au profit des enfants,
- (e) diminuer le nombre des repas.

Deux éléments entrent en ligne de compte dans le calcul de l'indice de stratégies de survie : le poids ou la sévérité des stratégies que le ménage a déclaré avoir utilisées au cours des 7 jours qui ont précédé l'enquête et la fréquence c'est-à-dire le nombre de jours durant lequel le ménage a recouru à chacune des stratégies qu'il a déclaré avoir utilisées.

Le calcul de l'indice se fait donc en multipliant le poids de chaque stratégie utilisée à sa fréquence correspondante et en faisant la sommation du résultat (poids x fréquence) de toutes les stratégies utilisées par le ménage.

Le CSI est calculé en utilisant la formule suivante :

$$\text{CSI} = b_{\text{stratégie1}} y_{\text{stratégie1}} + b_{\text{stratégie2}} y_{\text{stratégie2}} + b_{\text{stratégie3}} y_{\text{stratégie3}} + b_{\text{stratégie4}} y_{\text{stratégie4}} + b_{\text{stratégie5}} y_{\text{stratégie5}}$$

Où :

b = Poids de sévérité attribué à la stratégie.

y = Nombre de jours d'usage relatif à chaque stratégie (≤ 7 jours)

Le poids attribué aux stratégies de survie est donné dans le tableau 3.4 ci-dessous :

Tableau 3.4 : Poids des éléments retenus pour le calcul de l'indice de stratégie de survie (CSI réduit)

Stratégie	Poids
Réduire la quantité de nourriture consommée	1
Réduire le nombre de repas consommé par jour	1
Emprunter de la nourriture/dépendre des aides d'amis/parents	2
Recourir à des aliments moins préférés /moins couteux	2
Réduire le repas des adultes au profit des enfants	2

Le score maximum pour un ménage est de 56 points. Un score qui diminue indique l'amélioration de la sécurité alimentaire tandis qu'un score qui augmente indiquerait la détérioration de la sécurité alimentaire du ménage. Pour une zone d'étude, plus le score est élevé, plus le site présente des ménages qui recourent fréquemment aux stratégies de survie ou à une grande variété des stratégies de survie et donc se trouve en situation d'insécurité alimentaire.

Les principaux indicateurs calculés sont donc :

- La Proportion de ménages avec carte de ration ;
- La Durée moyenne de la ration alimentaire ;
- L'indice moyen réduit de stratégies de survie ;
- La Proportion de ménages déclarant avoir utilisé les stratégies d'adaptation néfastes ;
- Le score de diversité alimentaire des ménages ;
- La Proportion de ménages ayant une alimentation non diversifiée (n'ayant consommé aucun légume, fruit, viande, œuf, poisson, ou lait/produit laitier) ;
- La Proportion de ménages consommant des aliments riches en vitamine A ;
- Le score de consommation alimentaire des ménages.

3.2.5. Données sur l'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA)

Plusieurs indicateurs ont été calculés en rapport avec ce module. Il y a d'abord les indicateurs en rapport avec l'eau et les toilettes.

- a) Indicateurs en rapport avec la qualité de l'eau :
 - Proportion de ménages utilisant une source d'eau de boisson améliorée
 - Proportion de ménages utilisant un récipient couvert ou à goulot étroit pour stocker l'eau potable
- b) Indicateurs en rapport avec la quantité d'eau disponible par personne et par jour au sein des ménages :
 - Proportion de ménages utilisant au moins 20 l d'eau par personne et par jour ;
 - Proportion de ménages utilisant 15 à moins de 20 l d'eau par personne et par jour
 - Proportion de ménages utilisant moins de 15 l d'eau par personne et par jour
- c) Indicateurs en rapport avec la satisfaction des ménages par rapport à l'approvisionnement en eau potable, à savoir :
 - La Proportion de ménages se disant satisfaits de l'approvisionnement en eau potable
- d) Indicateurs en rapport avec les toilettes :
 - Proportion de ménages utilisant une toilette améliorée non partagée
 - Proportion de ménages utilisant une toilette améliorée partagée
 - Proportion de ménages utilisant une toilette améliorée commune
 - Nombre de ménages utilisant des toilettes non améliorées

- Proportion de ménages ayant des enfants de moins de 3 ans et qui éliminent leurs selles de façon hygiénique

3.2.6. Données sur la couverture en moustiquaires

Les principaux indicateurs analysés concernant la couverture en provision et utilisation de moustiquaires sont :

- a) Indicateurs en rapport avec la possession de moustiquaire :
 - Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire (tous types confondus)
 - Proportion de ménages possédant au moins une MILDA
- b) Indicateurs en rapport avec l'utilisation de la moustiquaire :
 - Nombre moyen de personnes par MILDA
 - Proportion de personnes du groupe-cible étudié⁴ ayant dormi sous une moustiquaire (tous types confondus) au sein du ménage
 - Proportion de personnes du groupe-cible étudié ayant dormi sous une MILDA au sein du ménage.

⁴Rappel : les groupes-cibles étudiés pour cet indicateur sont la population totale, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

4. RESULTATS

4. 1 RESULTATS CAMPS DES REFUGIES

4.1.1 PROFILS DES MENAGES ENQUETES

4.1.1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES

Ce point présente les caractéristiques socio démographiques des ménages des camps des réfugiés enquêtés notamment en ce qui concerne la structure de la population par âge et sexe, la taille des ménages, le sexe des chefs des ménages, le niveau d'instruction des membres des ménages, l'alphabétisation des membres des ménages, l'état matrimonial des membres des ménages ainsi que les maladies chroniques dont souffrent les membres des ménages habitant les camps des réfugiés centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi.

a. Taille des ménages et sexe des chefs de ménages

Le tableau 4.1 renferme les données sur les tailles moyennes des ménages et le sexe des chefs de ménages enquêtés dans les quatre camps des réfugiés centrafricains

Tableau 4.1 : Taille des ménages et sexe des chefs de ménages dans les camps des Réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Taille moyenne des ménages	Sexe des chefs des ménages	
Nord Ubangi				Masculin	Féminin
	Bili	2252	5,8	75,4	24,6
	Inke	2317	5,9	69,8	30,2
Sud Ubangi					
	Mole	1994	4,8	56,8	43,2
	Boyabu	2306	4,5	64,8	35,2
	Ensemble des camps	8869	5,3	67,0	33,0

Les données du tableau 4.1 montrent que pour l'ensemble des 4camps, la taille moyenne est de 5,3 personnes. La taille la plus élevée est notée dans le camp des réfugiés d'Inke avec 5,9personnes en moyenne par ménage. La taille la plus faible est notée dans le camp de Boyabu avec 4,5 personnes. S'agissant du sexe des chefs de ménages, pour les quatre camps, plus de six ménages sur dix (67,0%) sont dirigés par des hommes contre 33,0% dirigés par des femmes.

b. Liens de parenté avec chef de ménage, sexe, niveau d'instruction et état matrimonial des membres des ménages enquêtés

Le tableau 4.2 présente les résultats sur les questions liées au lien de parenté au chef de ménage, le sexe des membres des ménages, le niveau d'instruction ainsi que l'état matrimonial des membres des ménages enquêtés.

Tableau 4.2 : Caractéristiques socio démographiques des membres des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés centrafricains de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Caractéristiques socio démographiques	BILI	INKE	MOLE	BOYABU	ENSEMBLE
	%	%	%	%	%
Liens de parenté au chef des ménages					
Chefs de ménage	21,3	21,1	29,4	26,9	24,5
Epouse du chef de ménage	11,2	11,4	10,2	8,1	10,2
Fils/Fille	64,4	68,3	56,3	62,8	62,7
Autre parent	2,9	0,7	3,4	1,8	2,2
Non Parent	0,2	0,5	0,7	0,3	0,4
Effectif	2252	2317	1994	2306	8869
Sexe des membres des ménages					
Masculin	48,5	46,8	43,7	41,9	45,3
Féminin	51,5	53,2	56,3	58,1	54,7
Effectif	2252	2317	1994	2306	8869
Degré d'alphabétisation					
Ne sait ni lire ou écrire	77,9	73,9	47,2	64,6	65,4
Sait lire seulement	4,5	6,4	22,2	9,3	10,9
Sait lire et écrire	17,6	19,7	30,6	26,1	23,7
effectif	761	777	851	854	3243
Niveau d'instruction					
Aucun	81,9	80,8	59,8	58,4	68,7
Primaire	16,4	16,5	37,0	39,4	28,7
Secondaire	1,7	2,2	2,6	2,0	2,2
Supérieur	0,0	0,5	0,8	0,2	0,4
effectif	817	848	1096	1050	3811
Etat matrimonial					
Célibataire	7,0	7,3	29,9	14,2	12,3
Marié monogame	29,4	30,8	55,7	66,7	40,7
Marié Polygame	56,5	55,5	2,5	8,4	38,8
Divorcé/séparé	4,9	4,7	4,6	5,9	4,9
Veuf/veuve	2,1	1,8	7,4	4,9	3,3
effectif	1705	1758	897	885	5245
Maladie chronique					
Oui	5,7	7,5	8,9	3,4	6,3
Non	94,3	92,5	91,1	96,6	93,7
Effectif	2252	2317	1994	2306	8869

Liens de parenté avec le chef des ménages

Dans l'ensemble la grande majorité des membres des ménages visités dans les 4 camps des réfugiés centrafricains étaient des filles ou fils du chef de ménage, soit 62,7%. Les autres liens de parenté sont repartis de la manière suivante dans l'ensemble : 24,5% étaient des chefs de ménages, 10,2% des épouses des chefs de ménages, 2,2% des autres parents au chef de ménages et 0,4% n'avaient aucune relation avec les chefs des ménages. Cette répartition est quasiment la même dans les quatre camps considérés.

Sexe des membres de ménage

S'agissant du sexe des membres des ménages enquêtés, sur 8869 personnes recensées dans les ménages, dans l'ensemble, 54,7% étaient de sexe féminin contre 45,3% de sexe masculin. Cette sur-féminité est notée dans tous les camps enquêtés. Les données collectées montrent qu'il y avait plus de polygames dans les camps de Bili et Inke.

Alphabétisation

Pour toute personne âgée de 15 ans ou plus, il a été posé la question de savoir si la personne sait lire et écrire. Dans l'ensemble, 21,7% de personnes savaient lire et écrire, 10,98% savaient lire seulement et 65,4% ne savaient pas lire ni écrire. La situation sur l'alphabétisation montre que la situation est relativement meilleure dans le camp de Mole avec 52,8% de personnes qui savaient lire et/ou écrire. Il se dégage du tableau ci-haut que le camp de Mole regorge un nombre plus important de personnes qui savent lire et/ou écrire pour la simple raison que la majorité proviennent de la capitale Bangui et de ses environs.

Niveau d'instruction

La question sur le niveau d'instruction a concerné toute personne du ménage âgée de 11 ans ou plus. Dans l'ensemble, les données montrent que la majorité des personnes âgées de plus de 12 ans n'avaient aucun niveau d'instruction, soit 68,7%. Les personnes qui avaient un niveau d'étude primaire représentent 28,7% dans l'ensemble, celles ayant un niveau d'études secondaire représentent 2,2% et seulement 0,4% avaient un niveau d'études supérieur.

Etat matrimonial

La question sur l'état matrimonial a concerné toute personne du ménage âgée de 15 ans ou plus. Dans l'ensemble, 40,7% étaient mariés monogames, 38,8% mariés polygames, 4,9% divorcés ou séparés, 12,3% des célibataires et 3,3% des veufs ou veuves. Les données collectées montrent qu'il y avait plus de polygames dans les camps des réfugiés de Bili et d'Inke.

Maladie chronique

Pour toute personne du ménage, il a été demandé si elle souffre d'une maladie chronique ou pas. Dans l'ensemble, 6,3% de personnes avaient une maladie chronique. Plus de personnes souffrant de maladie chronique furent trouvées dans le camp des réfugiés de Mole, soit 8,9% de personnes enquêtées qui ont une maladie chronique.

4.1.1.2 CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT ET SOURCES D'ENERGIE

Ce point présente les caractéristiques du logement ainsi que les principales sources d'énergie utilisée pour la cuisson des aliments et d'éclairage des maisons. Il donne aussi les réponses sur les sources de bois de chauffe.

Tableau 4.3 : Caractéristiques du logement et sources d'énergie des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés centrafricains de Bili, Inke, Mole, Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Caractéristiques du logement et sources d'énergie	Camp Bili	Camp Inke	Camp Mole	Camp Boyabu	Ensemble
	%	%	%	%	%
Matériaux dominant du toit logement principal					
Tôle métallique/tuile ardoise	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
Chaume/paille	96,3%	94,8%	92,1%	98,5%	92,6%
Autres matériaux	3,7%	6,2%	7,9%	1,3%	7,3%
Effectif	572	572	585	585	2314
Matériaux dominant des murs logement principal					
Banco stabilisé	0,0%	0,2%	5,3%	14,5%	5,1%
Brique en banco	86,0%	85,8	21,4%	28,2%	55,0%
Bois	1,6%	1,9%	1,7%	2,7%	2,0%
Paille/tiges	0,9%	0,5%	0,5%	25,8%	7,0%
Autres	11,5%	11,5%	71,1%	28,7%	30,9%
Effectif	572	572	585	585	2314
Pièces à usage d'habitation					
1	16,4%	13,6%	21,4%	35,6%	21,8%
2	17,1%	29,0%	53,2%	46,2%	36,5%
3	59,1%	48,6%	24,6%	17,9%	37,4%
4 ou plus	17,3%	8,7%	0,9%	0,3%	4,3%
Effectif	572	572	585	585	2314
Statut d'occupation du ménage					
Propriétaire/copropriétaire	0,2%	2,6%	37,4%	62,2%	25,9%
Locataire ou colocataire	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,3%
Logé gratuitement	99,8%	97,4%	62,6%	38,6%	73,8%
Effectif	572	572	585	585	2314
Principales sources d'énergie pour la cuisson					
Charbon de bois	0,9%	1,0%	8,4%	0,7%	2,8%
Bois	99,0%	98,3%	91,5%	99,3%	97,0%
Pailles/débris végétaux	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,1%
Autres	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
Effectif	572	572	585	585	2314
Principales sources d'énergie pour l'éclairage					
Panneau solaire	4,9%	5,9%	0,3%	0,2%	2,8%
Lampe à gaz	0,2%	2,6%	1,5%	0,3%	1,2%
Lampe à torche	65,4%	50,2%	94,0%	97,1%	76,9%
Bougie	0,0%	3,7%	0,0%	0,5%	1,0%
Autres	29,5%	37,6%	4,2%	1,9%	19,1%
Effectif	572	572	585	585	2314
Principales sources de bois de chauffe					
Collection	44,4%	53,3%	40,0%	8,7%	36,5%
Achat	55,6%	48,7%	60,0%	91,3%	63,5
Effectif	572	572	585	585	2314
Temps pour la collecte du bois de chauffe					
Mois d'une heure	8,7%	5,6%	2,6%	3,9%	5,6%
Entre 1-2 heures	18,5%	20,7%	40,2%	58,8%	27,7%
Plus de 2 heures	72,8%	73,7%	57,2%	37,3%	66,7%
Effectif	317	267	351	534	1469

Caractéristiques du logement

Les données sur les caractéristiques du logement montrent que globalement dans les quatre camps, les toits des logements principaux sont faits principalement de la paille/chaume dans 92,6%. En ce qui concerne les matériaux dominants des murs du logement principal, les briques en banco viennent en tête, soit 55% des logements dans l'ensemble. On note que c'est plus dans les deux camps de la Province du Nord Ubangi où on rencontre plus de 8% de logements dont les murs des logements sont faits en briques banco.

A la question de savoir combien de pièces à usage d'habitation des logements principaux, les données montrent 21,8% de logements qui ont une seule pièce, 36,5% de logements ont deux pièces, 37,4% ont trois pièces de logements et 4,3% ont plus de quatre pièces à usage d'habitation. On note encore que c'est plus dans les deux camps de la Province du Nord Ubangi (Bili et Inke) où on rencontre la moitié des logements avec 3 pièces.

S'agissant du statut d'occupation, la majorité des ménages sont logés gratuitement, soit dans l'ensemble 73,8%. C'est encore une fois dans les deux camps de la province du Nord Ubangi où on rencontre plus de 90% de ménages logés gratuitement.

Sources d'énergie des ménages

Les données montrent que le bois est la principale source d'énergie pour la cuisson par plus de 90% des ménages de ces quatre camps, tandis que pour l'éclairage, ce sont les lampes torches qui sont utilisées par 76,9% des ménages enquêtés dans l'ensemble des quatre camps.

Bois de chauffe

Pour les quatre camps pris ensemble, le bois de chauffe utilisé dans les ménages des réfugiés vient de l'achat dans 63,5% de cas, tandis que la collection a été citée par 36,5% de ménages. On note que c'est dans le camp de Boyabu où les ménages se procurent plus le bois par achat, soit 91,3%. S'agissant du temps mis pour la collecte du bois, 66,7% des ménages ont répondu que cela prend plus de 2 heures.

4.1.1.3 POSSESSION DES BIENS DE VALEUR

Il a été demandé aux ménages enquêtés s'ils possèdent certains biens de valeurs. Le tableau suivant présente les données portant sur cette question

Tableau 4.4 : Pourcentage des ménages enquêtés possédant certains biens de valeurs, dans les camps de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Biens de valeurs	Camp Bili	Camp Inke	Camp Mole	Camp Boyabu	Ensemble
	%	%	%	%	%
Houe, hache, machette	65,0%	76,7%	75,4%	67,9%	71,3%
Moulin manuel	1,9%	0,7%	0,3%	2,1%	1,3%
Bicyclette	16,3%	12,2%	2,6%	2,7%	8,4%
Radio	10,0%	5,8%	11,3%	9,6%	9,2%
Matériel de pêche et ou de chasse	3,8%	14,9%	1,4%	2,4%	5,6%
Téléphone	11,5%	11,4%	10,8%	7,2%	10,2%
Chaises plastiques	0,2%	0,9%	0,0%	1,0%	0,5%
Panneau solaire	14,9%	16,3%	7,4%	6,7%	11,2%
Effectif	572	572	585	585	2314

Les données de ce tableau montrent que la houe, la hache et la machette sont les biens de valeur les plus possédés par les ménages, soit 71,3% de ménages. Après ces biens, c'est le panneau solaire qui est possédé par les ménages enquêtés, soit dans l'ensemble 11,2% des ménages. En troisième position, c'est le téléphone portable qui est plus possédé, dans l'ensemble par 10,2% des ménages. La radio arrive en quatrième position comme bien de valeur possédé. Elle (la radio) est possédée par 9,2% des ménages dans l'ensemble.

4.1.1.4 SOURCES DE REVENUS DES MENAGES

Tableau 4.6: proportion des ménages enquêtés dans les camps des réfugiés Centrafricains de Bili, Inke, Mole et Boyabu dans les provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi qui reçoivent un transfert monétaire, Enquêtes SMART/SENS, 2019

	Camp Bili	Camp Inke	Camp Mole	Camp Boyabu	Ensemble
	%	%	%	%	%
Transfert monétaire					
Ménages qui reçoivent un transfert monétaire	90,9%	82,7%	97,6%	99,0%	92,6%

Les données de ce tableau montrent que dans l'ensemble presque tous les ménages (92,6%) affirment recevoir un transfert monétaire sous forme de cash.

4.1.2 NUTRITION

4.1.2.1 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6-59 MOIS

A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE ET LE SEXE

Le tableau 4.7 présente par âge et sexe, l'échantillon d'enfants de 6-59 mois enquêtés dans les quatre camps des réfugiés Centrafricains des Provinces du Nord et Sud Ubangi

Tableau 4.7: Distribution de l'échantillon selon l'âge et le sexe des enfants enquêtés dans les camps Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

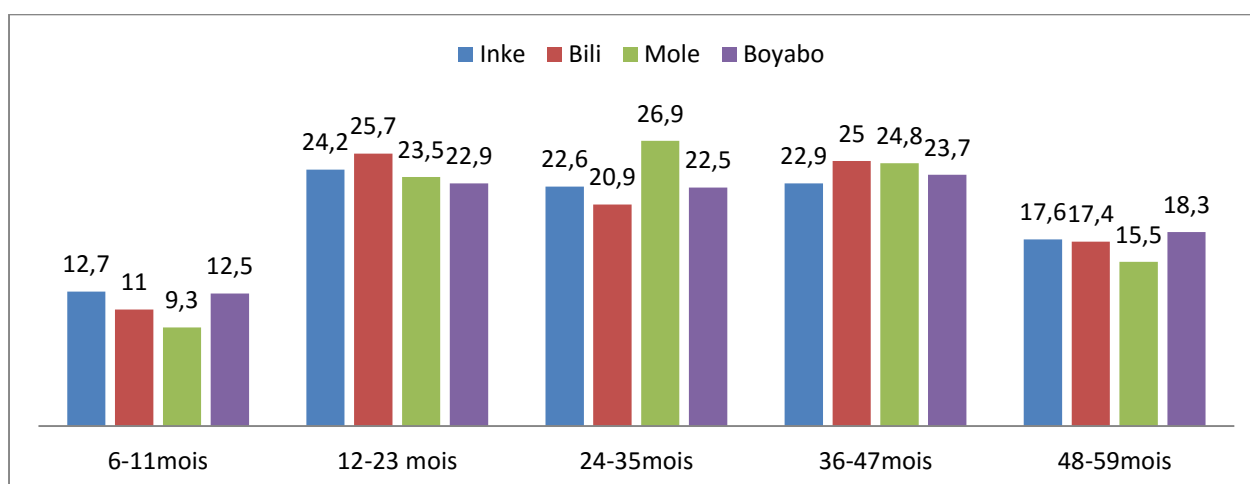
CARACTERISTIQUES	AGES EN MOIS					Effectif	%
	6-11mois	12-23mois	24-35mois	36-47mois	48-59mois		
Sexe							
Masculin	53,7%	52,6%	54,8%	50,9%	48,8%	1158	52,2%
Féminin	46,3%	47,4%	45,2%	49,1%	51,2%	1061	47,8%
Sex ratio							
Garçons/filles	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	2219	1,1
Camps							
Inke	12,7%	24,2%	22,6%	22,9%	17,6%	545	100,0%
Bili	11,0%	25,7%	20,9%	25,0%	17,4%	556	100,0%
Mole	9,3%	23,5%	26,9%	24,8%	15,5%	464	100,0%
Boyabu	12,5%	22,9%	22,5%	23,7%	18,3%	654	100,0%
Ensemble							
%	11,5%	24,1%	23,0%	24,1%	17,4%	2219	100,0%

Dans l'ensemble 2219 enfants ont été enquêtés dans les quatre camps des réfugiés Centrafricains, dont 545 dans le camp d'Ike, 556 dans celui de Bili, 464 dans le camp de Mole et 654 dans celui de Boyabu.

Le tableau 4.7 montre que 1158 (52,2%) sont de sexe masculin contre 1061 de sexe féminin (47,8%), avec le sexe ratio de 1,1, ce qui signifie que l'échantillon est équilibré. Si on regarde chaque tranche d'âge séparément, les sex ratios se situent dans la fourchette entre 0,8 et 1,2 qui est recommandé, ce qui montre encore la bonne qualité des données collectées.

S'agissant des tranches d'âge, la répartition de l'échantillon est normale avec plus d'enfants trouvés dans la tranche d'âge de 12-23 mois, suivi de la tranche d'âge de 36-47 mois. Cette répartition est quasiment la même si on considère chaque camp séparément. (Graphique1)

Graphique 1: Répartition des enfants enquêtés dans les camps des réfugiés par tranches d'âge



c) Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du rapport poids /taille (P/T)

L'enquête a porté sur un effectif de 545 enfants de 6 à 59 mois pour le camp d'Ike, de 556 enfants pour le camp de Bili, de 464 enfants pour le camp de Mole et de 654 enfants pour le camp de Boyabu. Lors des analyses, il a été exclu 11 enfants (soit 2,0% de l'effectif enquêté) pour le camp de Inke, 12 enfants (soit 2,2% de l'effectif enquêté) pour le camp de Bili, 3 enfants (soit 0,6% de l'effectif enquêté) pour le camp de Mole et 6 enfants (soit 0,9% de l'effectif enquêté) pour le camp de Boyabu. Faute de certaines données manquantes (poids, taille), qui a réduit l'effectif à 534 enfants pour le camp de Inke, à 544 enfants pour le camp de Bili, à 461 enfants pour le camp de Mole et à 648 enfants pour le camp de Boyabu.

Les prévalences de la malnutrition aiguë par camp et dans l'ensemble selon les standards OMS 2006 exprimées en Z scores sont présentées dans le tableau 4.8

Tableau 4.8: Prévalences de la malnutrition aiguë selon l'indice poids/taille (P/T) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Malnutrition aiguë Globale (MAG) (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) % (IC à 95%)	Malnutrition aiguë Modérée(MAM) (<-2 z-score et >= -3 z-score, sans œdèmes) % (IC à 95%)	Malnutrition aiguë sévère(MAS) (P/T <-3 Z Score et /ou œdèmes) % (IC à 95%)
NORD UBANGI	Inke	534	4,9%(3,5-6,7)	4,5%(3,2-6,3)	0,4%(0,1-1,5)
	Bili	544	5,0%(3,6-6,8)	4,4%(3,1-6,2)	0,6%(0,2-1,7)
SUD UBANGI	Mole	461	12,4%(10,0-15,1)	10,0%(7,7-12,9)	2,4%(1,3-4,3)
	Boyabu	648	11,4%(9,1-14,3)	8,2%(6,3-10,6)	3,2%(1,7-5,9)
Ensemble des camps		2187	8,0%(7,1-8,9)	6,8%(5,9-7,7)	1,2%(0,8-1,7)

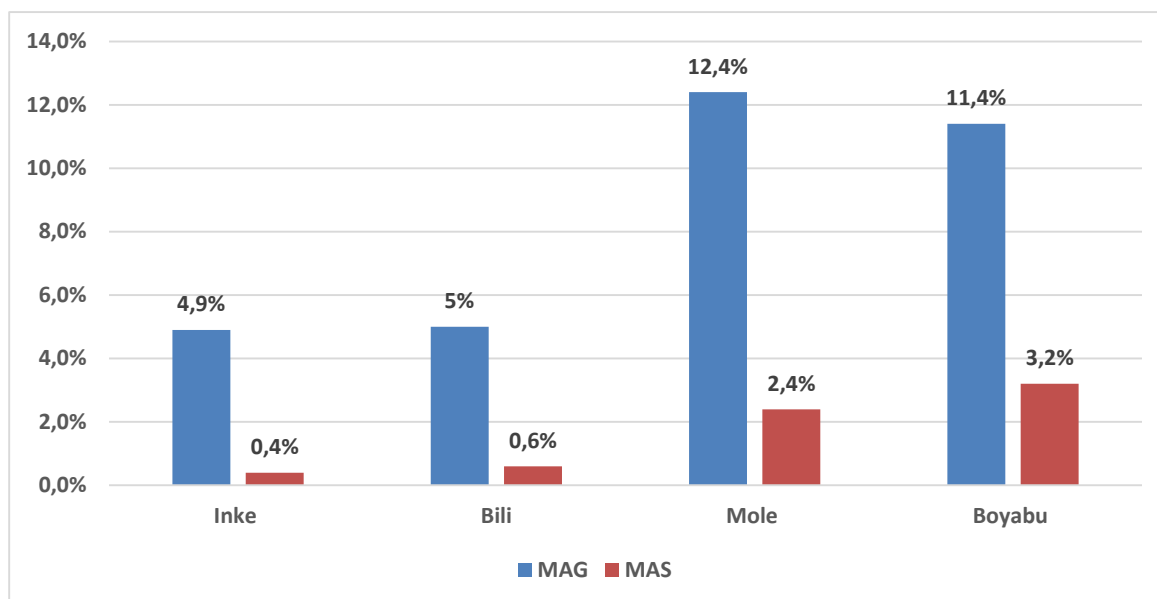
Pour tous les quatre camps habités par les réfugiés centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est de 8,0% (7,1-8,9), la prévalence de la malnutrition aiguë modérée est de 6,8% (5,9-7,7), tandis que la prévalence de la malnutrition aiguë sévère est de 1,2% (0,8-1,7).

Par camp de réfugiés, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est plus élevée et dépasse le seuil d'intervention dans les deux camps de réfugiés de la province du Sud Ubangi avec des taux de MAG de 12,4% (10,0-15,1) pour le camp de Mole et 11,4% (9,1-14,3) dans le camp de Boyabu.

Pour les deux autres camps du Nord Ubangi (camps d'Inke et Bili), les taux de MAG sont en dessous de 10%, soit 4,9% (3,5-6,7) pour le camp d'Inke et 5,0% (3,6-6,8) pour le camp de Bili. Il faut noter que seule la situation prévalant dans le camp d'Inke est acceptable selon la classification de l'OMS, car inférieur à 5%.

S'agissant de la malnutrition aiguë sévère, les taux sont dans les limites acceptables dans les deux camps du Nord Ubangi car inférieur à 2%, soit 0,4% (0,1-1,5) dans le camp d'Inke et 0,6% (0,2-1,7) pour le camp de Bili. Pour les deux autres camps situés dans la Province du Sud Ubangi, à savoir les camps de Mole et Boyabu, les taux de la malnutrition aiguë sévère dépassent le seuil de 2% considéré comme seuil de gravité, soit 2,4%(1,3-4,3) dans le camp de Mole et 3,2% dans le camp de Boyabu (1,7-5,9).

Graphique 2 : Prévalences de la malnutrition aiguë (MAG et MAS) dans les camps des réfugiés Centrafricains



c. Estimation du nombre de cas de malnutrition aiguë (P/T), chez les enfants par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi.

Tableau 4.8b : Estimation du nombre de cas de malnutrition aiguë (P/T), chez les enfants des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi SMART/ SENS, 2019

Camp	Population estimée ⁵	Population enfants 6-59 mois estimés ⁶	Prévalences de la malnutrition trouvée dans l'enquête			Estimation des cas des malnutritions		
			Globale	Modéré	Sévère	Globale	Modéré	Sévère
Inke	17768	3021	4,9%	4,5%	0,4%	148	136	12
Bili	9332	1586	5,0%	4,4%	0,6%	79	70	10
Mole	15349	2609	12,4%	10,0%	2,4%	324	261	63
Boyabu	16550	2814	11,4%	8,2%	3,2%	321	231	90
Ensemble	58999	10030	8,0%	6,8%	1,2%	802	682	120

⁵Sur le plan démographique, on compte 17768 personnes réfugiées dans le camp de Inke, 9332 personnes réfugiées dans le camp de Bili, 15349 personnes réfugiés dans le camp de Mole et 16550 personnes réfugiées dans le camp de Boyabu selon la section Protection de l'UNHCR (données démographiques mises à jour au 30 Septembre 2018).

⁶Etant donné que la plupart de ses enfants sont né en RDC l'estimation a été faite en appliquant les proportions du MINISTERE DE LA SANTE (RDC), consultation Pré scolaire(CPS), manuel d'orientation, Edition 2015 encore en application et qui chiffre à 17% la tranche des enfants de 6 à 59 mois.

La conversion des données en valeur absolue montre que dans les quatre camps environ 802 enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë globale (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) dont 120 de manière sévère (P/T <-3 Z Score et /ou œdèmes) au moment des enquêtes.

d. Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, z-scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/taille

Le tableau 4.9 donne les moyennes des indices nutritionnels par camp des réfugiés centrafricains et dans l'ensemble, les effets de grappes, les données hors normes ainsi que les z-scores non disponibles pour l'indice poids pour taille des données des enquêtes dans les camps des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Tableau 4.9 : Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, Z-scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/ taille, Enquêtes SMART SENS camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, 2019

Province	Camps des réfugiés	effectif	Moyenne z-scores \pm ET	Effet de grappe	Z-scores non disponible	Z-scores hors normes
NORD UBANGI	Inke	534	-0,18 \pm 1,04	1,00	1	13
	Bili	541	-0,25 \pm 0,99	1,00	4	12
SUD UBANGI	Mole	461	-0,66 \pm 1,10	1,00	0	3
	Boyabu	645	-0,49 \pm 1,15	1,08	4	8
	Ensemble des camps	2181	-0,38 \pm 1,07	1,00	9	36

Les valeurs moyennes des z-scores pour les deux camps montrent que la distribution est proche de la population de référence. Pour l'effet de grappe de l'indice poids/taille, il est de 1, la situation est homogène, et c'est qui montre une situation normale pour les camps des réfugiés.

e. Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du Périmètre brachial (PB)

Le périmètre brachial est particulièrement utilisé dans le dépistage de la malnutrition aiguë et il est un bon indicateur pour identifier les enfants à risque de mortalité. Les prévalences de la malnutrition aiguë par camp et dans l'ensemble selon le PB sont présentées dans le tableau 4.10

Tableau 4.10 : Prévalence de la malnutrition aiguë selon le périmètre brachial (PB) par camp de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Malnutrition aiguë Globale (PB <125 mm) et/œdèmes % (IC à 95%)	Malnutrition aiguë Modérée(MAM) PB (< 125 mm et \geq 115 mm, sans œdèmes) % (IC à 95%)	Malnutrition aiguë sévère(MAS) (PB <115 mm) % (IC à 95%)
NORD UBANGI	Inke	548	3,1%(1,8-5,2)	2,2%(1,3-3,7)	0,9%(0,4-2,1)
	Bili	557	4,8%(3,4-6,8)	3,4%(2,2-5,2)	1,4%(0,7-2,7)
SUD UBANGI	Mole	464	7,5%(5,5-10,2)	5,4%(3,7-7,8)	2,2%(1,1-4,2)
	Boyabu	655	9,0%(7,1-11,3)	6,9%(4,9-9,6)	2,1%(1,3-3,5)
	Ensemble des camps	2224	6,2%(5,2-7,4)	4,5%(3,7-5,6)	1,7%(1,2-2,3)

Pour les quatre camps habités par les réfugiés centrafricains pris ensemble, les résultats montrent que 6,2% souffrent de la malnutrition aiguë globale selon le PB, 4,5% ont la malnutrition aiguë modérée et 1,7% sont malnutris aigus de façon sévère.

Par camp des réfugiés, c'est dans les deux camps de la province du Sud Ubangi où les taux dépassent 5%. Dans les deux camps de la Province du Sud Ubangi, les prévalences de MAG mesurées par le PB sont respectivement de 9% (7,1-11,3) pour le camp de Boyabu et 7,5% (5,5-10,2) pour le camp de Mole. S'agissant de la malnutrition aiguë sévère mesurée par le PB, la situation est critique dans les deux camps Mole et Boyabu situés dans la Province du Sud Ubangi car les taux dépassent 2%.

f. Prévalence de l'insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale exprime à la fois les effets d'une malnutrition passée et récente. C'est cet indicateur qui est utilisé lors des consultations préscolaires. Le tableau 4.11 présente les données sur les enfants âgés de 6-59 mois souffrant d'une insuffisance pondérale ou le rapport poids pour âge.

Tableau 4.11 : Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice poids/âge (P/A) en Z-Scores par camp des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Insuffisance pondérale Globale (P/A <-2Z score) % (IC à 95%)	Insuffisance pondérale Modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score) % (IC à 95%)	Insuffisance pondérale Sévère (P/A <-3 Z score) % (IC à 95%)
NORD UBANGI	Inke	538	21,7%(18,1-25,8)	17,3%(14,2-20,9)	4,5%(2,9-6,9)
	Bili	545	32,7%(28,1-37,3)	22,8%(19,2-26,7)	9,9%(7,5-13,0)
SUD UBANGI	Mole	461	23,9%(19,3-29,1)	18,2%(13,9-23,4)	5,6%(3,2-9,8)
	Boyabu	646	26,3%(23,5-29,3)	18,4%(15,7-21,6)	7,0%(6,0-10,3)
	Ensemble des camps	2190	26,0%(24,1-28,1)	19,2%(17,2-21,4)	6,8%(5,6-8,3)

Pour l'ensemble des quatre camps des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, 26 % d'enfants de 6-59 mois accusent une insuffisance pondérale dont 6,8%de façon sévère.

L'analyse des données par type de camp, note que l'insuffisance pondérale la plus élevée est observée dans le camp de Bili situé dans la province du Nord Ubangi, soit 32,7% (28,1-37,3). La prévalence de l'insuffisance pondérale la moins élevée est trouvée dans le camp des réfugiés d'Inke, soit 21,7% (18,1-25,8). Il est à noter que pour les quatre camps, les pourcentages dépassent le taux acceptable de 10% et placent les quatre camps dans une situation de précarité. Pour le camp de Bili, la situation d'insuffisance pondérale est considérée comme grave avec un taux qui dépasse 30%.

g. Prévalence de la malnutrition chronique

La malnutrition chronique ou retard de croissance est un indicateur qui reflète la situation du passé. Les données sur le retard de croissance des enfants âgés de 6-59 mois sont contenues dans le tableau 4.12

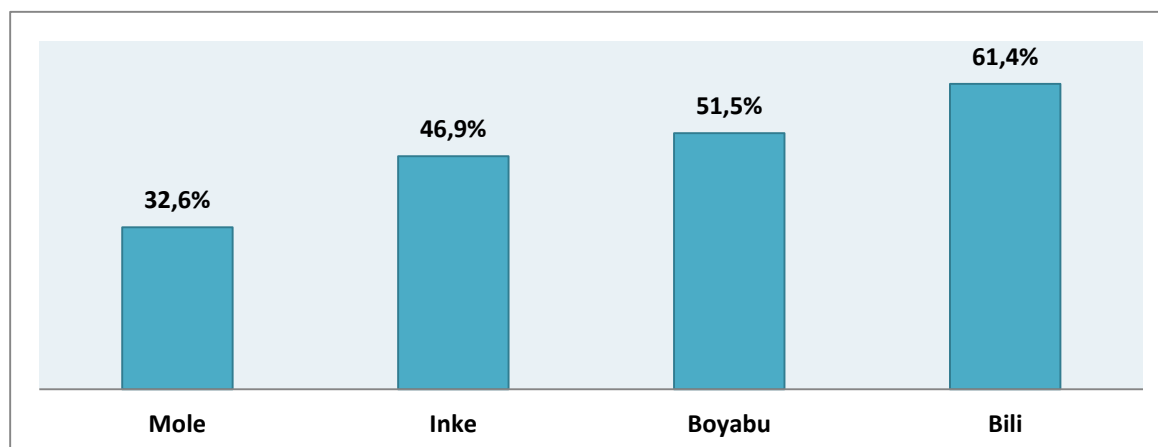
Tableau 4.12: Prévalence de la malnutrition Chronique selon l'indice poids/ taille (T/A) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Tableau 4.12: Prévalence de la malnutrition Chronique selon l'indice poids/ taille (T/A) en Z-Scores par camps de réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi					
Province	Camps des réfugiés	Effectif	Malnutrition chronique globale (T/A< -2 Z Score) % (IC à 95%)	Malnutrition chronique Modérée (<-2 z-score et>=-3 z-score) % (IC à 95%)	Malnutrition chronique sévère (T/A< -3 Z Score) % (IC à 95%)
NORD UBANGI	Inke	531	46,9%(42,4-51,5)	27,1%(23,7-30,8)	19,8%(16,2-24,0)
	Bili	534	61,4%(57,4-65,3)	33,0%(29,0-37,1)	28,5%(24,7-32,5)
SUD UBANGI	Mole	451	32,6%(27,3-38,4)	24,4%(20,3-29,0)	8,2%(5,7-11,7)
	Boyabu	637	51,5%(47,5-55,5)	37,7%(33,4-42,2)	13,8%(10,7-17,6)
	Ensemble des camps	2153	48,7%(46,5-50,9)	31,3%(29,4-33,3)	17,4%(15,8-19,1)

Pour l'ensemble des 4 camps, 48,7% (46,5-50,9) d'enfants de 6-59 mois, soit près de la moitié accusent un retard de croissance dont 17,4%(15,8-19,1) en souffrent de façon sévère.

La situation du retard de croissance par camp montre que le retard de croissance n'a pas la même ampleur dans tous les quatre camps enquêtés. La prévalence du retard de croissance la plus élevée est notée dans le camp de Bili avec un taux de 61,4% (57,4-65,3) et la prévalence moins élevée est trouvée dans le camp de Mole avec un taux de 32,6% (27,3-38,4). Si on se réfère aux critères de classification internationale, la situation est critique dans trois des quatre camps (Inke, Bili et Boyabu) car les taux dépassent le seuil de 40%.

Graphique 3 : Taux de malnutrition chronique dans 4 camps des réfugiés Centrafricains



4.1.2.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE RÉPRODUCTION

La mesure du périmètre brachial a servi aussi à mesurer le niveau de malnutrition des femmes en âge de reproduction, âgées de 15-49 ans. Le tableau 4.13 donne les prévalences de la malnutrition chez les femmes en âge de reproduction par camp et dans l'ensemble.

Tableau 4.13 : Prévalences de la malnutrition mesurée par le périmètre brachial chez les femmes en âge de reproduction par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Malnutrition globale (PB< 230 mm)	PB moyen
NORD UBANGI	Inke	406	6,9%(4,7-9,6)	263,3(260,6-265,9)
	Bili	362	11,6%(8,3-14,9)	255,1(252,5-257,9)
SUD UBANGI	Mole	403	15,1%(11,9-18,6)	263,1(259,4-266,7)
	Boyabu	505	14,5%(11,5-17,4)	263,1(259,4-266,7)
	Ensemble des camps	1676	12,2%(10,6-13,8)	258,1(255,2-261,1)

Dans l'ensemble, la prévalence de la malnutrition mesurée par le PB chez les femmes habitant les quatre camps centrafricains est de 12,2% (10,6-13,8). L'analyse des résultats par camp montre que les prévalences sont plus élevées dans les deux camps de la province du Sud Ubangi. La prévalence est plus élevée dans le camp de Mole avec un taux de 15,1%, suivi du camp de Boyabu avec un taux de 14,5%. Le taux le plus faible est noté dans le camp d'Inke (6,9%).

4.1.2.3 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION

A. COUVERTURE DES PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Le tableau 4.14 présente les données sur la couverture des programmes de prise en charge nutritionnelle.

Tableau 4 :14 : Couverture des programmes de nutrition UNTI/UNTA/UNS chez les enfants de 6-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Couverture UNS, UNTA ET UNTI		Référence vers les structures lors de l'enquête
		Total malnutris de l'enquête	% total fréquentant les structures	
NORD UBANGI	Inke	26	(5) 19,2%	(13) 50,0%
	Bili	27	(13) 48,1%	(18) 66,6%
SUDUBANGI	Mole	57	(14) 24,6%	(3) 5,3%
	Boyabu	74	(32) 43,2%	(11) 14,8%
	Ensemble des camps	184	(64) 36,9%	(45) 26,0%

Dans l'ensemble des camps, il a été trouvé 184 enfants âgés de 6-59 mois souffrant de malnutrition aiguë. Parmi eux 64 fréquentaient les programmes de prise en charge, soit au niveau des UNTA, des UNTI ou UNS, soit une couverture de 36,9%. L'analyse des données de couverture par camp montre que la couverture est plus élevée dans le camp de Bili avec 48,1% de taux de couverture, suivi du taux de Boyabu avec 43,2% de couverture.

En ce qui concerne la référence vers les structures de prise en charge des cas de malnutris rencontrés lors des enquêtes, les données collectées montrent que pour les quatre camps pris ensemble, 45 enfants malnutris ont été référés, soit 26,0%. C'est dans le camp de Bili où la référence a été plus élevée, soit 66,6% d'enfants malnutris référés lors de l'enquête.

B. COUVERTURE DE LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

Pour l'UNHCR, la recommandation dans les sites est de 95%. Le graphique 2 présente le niveau de couverture sur la vaccination contre la rougeole dans les deux sites et dans l'ensemble.

Tableau 4.15 : Couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 9-59 mois par camp des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Vaccination confirmée par un document (Carte) % (IC à 95%)	Vaccination selon les déclarations des parents % (IC à 95%)	Non Vaccinées % (IC à 95%)
NORD UBANGI	Inke	520	46,7%(42,6-51,1)	23,5%(20,0-27,2)	29,8%(25,9-33,5)
	Bili	507	53,1%(48,7-57,6)	17,0%(13,8-20,0)	30,0%(26,1-33,9)
SUD UBANGI	Mole	444	34,7%(30,0-39,2)	53,6%(48,7-58,2)	11,7%(8,7-14,8)
	Boyabu	612	80,4%(77,3-83,5)	9,3%(7,1-11,5)	10,3%(8,0-12,7)
	Ensemble des camps	2083	55,6%(53,5-57,5)	24,1%(22,4-26,0)	20,3%(18,6-22,0)

Dans l'ensemble des quatre camps sur 2083 enfants âgés de 9-59 mois enquêtés, 55,6% ont été vaccinés contre la rougeole avec preuve (vérifié sur une carte), 24,1% ont été vaccinés selon les déclarations des mères et 20,3% n'ont pas été vaccinés du tout. Si on combine le pourcentage des enfants vaccinés avec ou sans carte, la couverture globale pour les quatre camps est de 79,7%, ce taux n'est pas conforme aux recommandations du HCR qui exige une couverture de 95%

L'analyse de ces données par type de camps montre que la couverture vaccinale est élevée dans le camp des réfugiés de Boyabu, soit 89,7%, suivi du camp de Mole avec une couverture de 88,3%. La couverture la moins élevée dans ces camps est notée dans le camp de Bili avec 70,1% suivi de celui d'Inke avec 70,2%.

C. COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

La supplémentation en vitamine A est fait pendant les Journées de santé ou en stratégie de renforcement du PEV de routine (RPR). Les données sur la couverture de supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois sont reprises dans le tableau 4.16.

Tableau 4.16 : Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Supplémentés en vit A %	Non Supplémentés en vit A %
NORD UBANGI	Inke	548	96,5%(94,6-97,7)	3,5%(2,3-5,4)
	Bili	557	96,2%(94,6-97,7)	3,8%(2,3-5,4)
SUD UBANGI	Mole	657	98,1%(96,8-99,4)	1,9%(0,6-3,2)
	Boyabu	422	92,8%(90,7-94,8)	7,2%(5,2-9,3)
	Ensemble des camps	2184	95,8%(94,9-96,6)	4,2%(3,4-5,1)

Dans l'ensemble des quatre camps sur 2184 enfants âgés de 6-59 mois enquêtés, 95,8 % ont été supplémentés en vitamine A, contre 4,2 non supplémentés. La couverture est bonne car supérieur à 80% qui est la norme Sphère. Par type de camps, la couverture de supplémentation en vitamine A est partout supérieur à 80% dans tous les camps.

D. COUVERTURE DU DEPARASITAGE AU MEBENDAZOLE

Le tableau 4.17 présente les données sur la couverture en déparasitage des enfants âgés de 12-59 mois.

Tableau 4.17 : Déparasitage au mébendazole chez les enfants de 12-59 mois par camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Déparasités au mébendazole % (IC 95%)	Non Déparasités au mébendazole % (IC 95%)
NORD UBANGI	Inke	479	96,2%(94,5-97,9)	3,8%(2,1-5,5)
	Bili	495	96,2%(94,3-98,0)	3,8%(2,0-5,7)
SUD UBANGI	Mole	421	91,4%(88,6-94,0)	8,6%(6,0-11,4)
	Boyabu	360	92,5%(90,3-94,8)	7,5%(5,2-9,7)
	Ensemble des camps	1755	94,1%(93,0-95,1)	5,9%(4,9-7,0)

Sur l'ensemble des quatre camps totalisant 1755 enfants âgés de 12-59 mois enquêtés, 94,1 % ont été déparasités au mébendazole, contre 5,9% non déparasités. La couverture est bonne car supérieur à 80% qui est la norme Sphère. Par type de camps, la couverture du déparasitage est bonne partout dans tous les camps des réfugiés centrafricains car supérieurs à 80%.

E.COUMENTURES EN SUPPLEMENTATION EN FER-ACIDE FOLIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Le fer acide folique (FAF) se donne systématiquement chez les femmes enceintes dès le début de la consultation prénatale, à titre préventif jusqu'à l'accouchement. Le tableau 4.18 donne le nombre de femmes inscrites à la CPN ainsi que celles recevant le fer acide folique dans les camps des réfugiés Centrafricains.

Tableau 4.18 : Couverture en supplémentation en fer-acide folique (FAF) chez les femmes des camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Actuellement inscrites en CPN		Recevant actuellement le FAF	
			n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
NORD UBANGI	Inke	92	59	64,1% (55,4-72,8)	48	52,2% (42,4-62,0)
	Bili	63	47	74,6 % (63,5-85,7)	47	74,6 % (63,5-85,7)
SUDUBANGI	Mole	69	45	65,2% (53,6-76,8)	45	65,2% (53,6-76,8)
	Boyabu	98	66	67,3% (58,2-76,5)	56	57,1% (46,9-67,3)
	Ensemble des camps	322	217	67,4% (61,6-72,3)	193	59,9% (54,3-65,4)

Sur 322 femmes enceintes enquêtées dans les quatre camps Centrafricains, 67,4% étaient inscrites au niveau de la CPN et parmi elles, 59,9% ont affirmé recevoir les comprimés de fer acide folique (FAF). L'analyse de couverture en FAF par camp de réfugiés montre que la couverture la plus élevée est de 74,6% dans le camp de Bili et la moins élevée soit 52,2% pour le camp d'Inke.

4.1.2.4 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pour mesurer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les questions ont porté sur la mise au sein dans l'heure, l'allaitement exclusif, l'allaitement continu à 1 an et à 2 ans, l'alimentation de complément (fréquence et diversité) ainsi que l'utilisation du biberon. Les résultats sur ces questions sont contenus dans les tableaux 4.19 et 4.20

A. PRATIQUES DE L'ALLAITEMENT

Le tableau 4.19 présente les différents indicateurs sur les pratiques de l'allaitement des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et du Sud Ubangi.

Tableau 4.19 : Pratiques d'allaitement maternel des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps des réfugiés	Enfants déjà allaités		Mise au sein dans l'heure		Allaitement exclusif		Poursuite de l'allaitement à 1 an		Poursuite de l'allaitement à 2 ans	
	% d'enfants de 0-23 mois déjà allaités		% d'enfants 0-23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure		% d'enfants de 0-5 ans allaités exclusivement		% d'enfants de 12-15 ans allaités		% d'enfants de 20-23 ans allaités	
	N	% (IC à95%)	N	% (ICà95%)	N	% (ICà95%)	N	% (IC à95%)	N	% (IC à95%)
INKE	293	92,8% (89,88-95,6)	293	50,2% (44,4-56,0)	80	72,5 (65,5-81,3)	47	83,0% (71,8-93,0)	51	43,1% (28,3-56,9)
BILI	236	95,8% (93,2-98,3)	236	37,7% (31,4-43,6)	41	58,5 (43,9-73,2)	49	98,0% (93,1-100,0)	36	61,1% (43,2-75,0)
MOLE	575	97,7% (96,5-98,8)	575	81,9% (79,0-85,0)	139	78,4 (71,2-84,9)	91	96,7% (92,3-100,0)	86	66,3% (55,3-76,9)
BOYABU	648	96,6% (95,1-98,0)	648	67,9% (64,2-71,5)	158	72,2 (65,2-79,1)	109	95,4% (91,3-99,0)	101	64,4% (54,3-73,6)
Ensemble des camps	1752	96,2% (95,3-97,1)	1752	65,5% (61,3-69,7)	418	73,0% (68,9-77,0)	296	94,3% (91,4-96,7)	274	60,6% (54,7-66,1)

Enfants déjà allaités

Les résultats de ce tableau montrent que dans l'ensemble des camps, 96,2% d'enfants âgés de 0-23 mois ont été allaités au sein. L'analyse de ces données par camp montre que l'allaitement est universel dans tous les quatre camps car dépasse 90%.

Enfant mis au sein dans l'heure qui suit la naissance

Dans l'ensemble 65,5% d'enfants ont été mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement comme recommandé. La mise au sein dans l'heure est très bonne dans le camp de Mole car dépasse 80%, mais elle est très faible dans le camp de Bili avec seulement 37,7% de nouveaux nés mis au sein dans l'heure.

Allaitement Exclusif aux seins

Dans l'ensemble 73% d'enfants âgés de 0-5 mois des ménages réfugiés étaient allaités exclusivement lors des enquêtes. Le taux d'allaitement exclusif est plus élevé dans le camp de Mole avec 78,4% d'enfants allaités exclusivement au sein. Le taux le plus bas est noté dans le camp de Bili avec un taux de 58,5%.

Poursuite de l'allaitement au sein

En ce qui concerne la poursuite de l'allaitement au sein à 1 an, l'enquête a trouvé 94,3% d'enfants âgés de 12-15 mois allaités au sein. Trois camps (Bili, Mole et Boyabu) ont des pourcentages qui dépassent 95%. La proportion d'enfants qui poursuivent l'allaitement à 1 an est faible dans le camp des réfugiés d'Inke avec un taux de 83%.

Concernant la poursuite de l'allaitement au sein à deux ans, 60,6% d'enfants âgés de 20 à 23 mois étaient toujours allaités au moment de l'enquête. C'est encore dans le camp d'Inke où la proportion d'enfants qui continuent l'allaitement à deux ans est faible, soit 43,1%.

b. Pratiques de l'alimentation de complément

Les différents indicateurs sur les pratiques de l'alimentation de complément des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et du Sud Ubangi sont présentées dans le tableau 4.20

Tableau 4.20 : Pratiques de l'alimentation de complément des enfants vivant dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camp	% d'enfants de 6-23 mois ayant reçu les aliments solides, semi solides ou mous le nombre de fois requis		% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé les aliments appartenant à au moins 4 groupes d'aliments		% d'enfants de 6-23 mois ayant reçu au moins 4 groupes d'aliments le nombre de fois requis (Diète Minimale)	
	N	%(IC à 95%)	N	%(IC à 95%)	N	%(IC à 95%)
INKE	76	47,4%(36,2-58,5)	188	46,8%(40,4-53,7)	207	8,2%(4,8-12,1)
BILI	76	55,3%(43,0-66,7)	178	41,0%(33,7-48,3)	174	6,9%(3,4-10,9)
MOLE	100	0,0%(0,0-0,0)	323	31,3%(25,4-36,2)	358	0,3%(0,0-0,8)
BOYABU	121	9,9%(5,0-15,1)	352	32,1%(27,0-37,2)	382	1,8%(0,5-3,4)
Ensemble des camps	373	24,1%(19,8-28,4)	1041	36,0%(33,1-39,0)	1121	3,3%(2,1-4,4)

On a considéré dans cette étude la fréquence de trois fois par jour comme nombre requis de prise de repas pour les enfants enquêtés. Dans l'ensemble, la fréquence d'alimentation selon le nombre de fois requis pour les enfants âgés de 6-23 mois, ne dépasse pas 30%, les 4 camps pris ensemble. Mais il ya une grande disparité dans cette variable. Pratiquement, aucun enfant n'avait la fréquence requis dans le camp de Mole, alors que dans les deux camps de Bili et Inke plus de 40% d'enfants avaient pris au moins trois fois les repas la veille de l'enquête.

Quant à la diversité alimentaire, c'est-à-dire, la proportion d'enfants ayant consommé la veille les aliments appartenant à 4 groupes ; il n'y a que 36% d'enfants qui avaient consommé au moins 4 groupes d'aliments si on prend les 4 camps ensemble. Si on combine la fréquence et la diversité, il n'y a que 3,3% d'enfants qui avaient eu une alimentation adéquate ou une diète minimale acceptable la veille de l'enquête.

C. ALIMENTATION AU BIBERON

Il a été demandé aux ménages enquêtés si leurs enfants âgés de 0-23 mois ont été alimentés au biberon la veille de l'enquête. Les réponses par camp sont reprises dans le tableau 4.21

Tableau 4.21 : Proportion d'enfants âgés de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête chez les enfants des camps des réfugiés Centrafricains des Province du Nord Ubangi et bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps des réfugiés	% d'enfants de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête		% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer	
	effectif	% (IC à 95%)	effectif	% (IC à 95%)
INKE	293	5,1% (3,1-8,3)	213	12,2% (8,5-17,3)
BILI	236	2,5 (1,2-5,4)	195	8,2% (5,1-12,9)
MOLE	569	1,9% (1,1-3,4)	433	0,2%(0,04-1,3)
BOYABU	648	2,5 % (1,5-4,0)	490	3,3% (2,0-5,2)
Ensemble des camps	1746	2,8% (2,1-3,6)	1331	4,4% (3,5-5,7)

Sur 1746 enfants de 0 à 23 mois enquêtés dont on a eu la réponse sur l'alimentation au biberon, 2,8% d'enfants avaient été nourris au biberon la veille de l'enquête. Pour cette pratique, il a été trouvé 5,1% d'enfant nourri au biberon la veille de l'enquête dans les camps de Inke, 2,5% respectivement dans les camps de Bili et de Boyabu et 1,9% dans le camp de Mole.

En ce qui concerne les enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer, il a été trouvé des proportions de 12,2% à Inke, 8,2% à Bili, 3,3% à Boyabu et 0,2 % à Mole. Dans l'ensemble de 4 camps, cette proportion est de 4,4%.

4.1.3 SANTE

4.1.3.1 MORBIDITE

Sur la question de savoir si l'enfant enquêté a été malade dans les deux semaines précédant l'enquête. Si oui, il a été demandé de citer le type de maladie dont il a souffert. Le tableau 4.22 donne la proportion d'enfants ayant été malades dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes, ceci par camps de réfugiés ainsi que le type de maladies dont les enfants ont souffert.

Tableau 4.22: Morbidité rétrospective dans les deux semaines ayant précédé l'enquête chez les enfants de 6-59 mois dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif total	% d'enfants malades	Effectif malades	Type de maladie/symptôme			
					Diarrhée simple	IRA	Fièvre	Autres pathologies
NORD UBANGI	Inke	548	54,7 (50,0-58,9)	300	25,7 (20,3-31,0)	9,3 (6,3-12,7)	55,7 (50,0-61,0)	9,3 (6,0 -13,0)
	Bili	557	48,7 (44,7-52,6)	271	19,6 (14,8-24,4)	14,4 (10,3-18,8)	55,4 (49,4 -60,9)	10,7 (7,4-14,8)
SUD UBANGI	Mole	464	69,2 (65,3-73,5)	321	23,7 (19,0-28,7)	10,6 (7,2-14,0)	54,5 (48,9-59,8)	11,2 (8,1-15,0)
	Boyabu	657	65,4 (61,8-69,1)	430	18,6 (14,9-22,3)	12,8 (9,8-16,0)	66,5 (61,9-71,2)	2,1 (0,9-3,7)
	Ensemble des camps	2226	59,4 (57,3-61,5)	1123	21,6 (19,3-24,0)	11,8 (10,0-13,5)	58,9 (56,2-61,6)	7,7 (6,4 -9,3)

Pour l'ensemble des camps, 1322 (59,4%) enfants âgés de 6-59 mois ont été malades dans les deux semaines précédant les enquêtes. L'analyse par camp de réfugiés centrafricains montre une morbidité accentuée dans le camp de Mole et Boyabu, respectivement 69,2% et 65,4% d'enfants malades dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes. C'est par contre dans le camp de Bili où le taux de morbidité est relativement plus bas, soit 48,7%. Le tableau 4.22 donne aussi le type de maladies/symptômes notées par camp de réfugiés et dans l'ensemble. Si on considère tous les quatre camps des réfugiés ensemble, plus de la moitié des enfants déclarés malades souffraient de la fièvre (58,9%) dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes. On note aussi qu'environ 1 enfant sur 5 a eu la diarrhée (21,6%) et environ 1 enfant sur 10 avait développé des IRA (11,8%). Les autres pathologies ont été déclarées pour 7,7% d'enfants des 4 camps.

Par camp des réfugiés, c'est dans le camp d'Inke où les enfants ont eu plus de diarrhées, soit 1 enfant sur 4 (25,7%), c'est par contre dans le camp de Bili où on note une proportion élevée de cas des IRA, soit 14,4%. La proportion élevée de la fièvre est notée dans le camp de Boyabu, soit 66,5% d'enfants qui ont eu la fièvre dans les deux semaines précédant les enquêtes.

4.1.3.2 ANEMIE

a. Anémie chez les enfants de 6-59 mois

Lors de ces enquêtes, on a également mesuré le niveau de l'anémie chez les enfants âgés de 6-59 mois. Le tableau 4.23 présente les prévalences de l'anémie globale et sévère ainsi que la moyenne du taux d'hémoglobine (Hb) pour les différents camps enquêtés et dans l'ensemble.

Tableau 4.23 : Prévalences de l'anémie (globale, légère, modérée et sévère) et la moyenne du taux d'hémoglobine chez les enfants de 6-59 mois dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province	Camps des réfugiés	Effectif	Anémie Globale Hb <11g/dl % (IC 5%)	Anémie légère Hb (10-10.9) % (IC 5%)	Anémie modérée Hb (7-9.9) % (IC 5%)	Anémie sévère Hb >7g/dl % (IC 95%)	Moyennes HB g/dl moyenne et (IC 95%)
NORD UBANGI	Inke	357	53,5% (48,2-58,5)	25,8% (21,0-30,0)	27,2% (22,7 -31,7)	0,6% (0,0-1,4)	10,7 (10,5-10,8)
	Bili	343	44,9% (39,5-50,3)	27,7% (22,8-32,8)	16,0% (12,2 -20,1)	1,2% (0,3-2,3)	11,0 (10,9-11,1)
SUD UBANGI	Mole	464	58,0% (53,7-62,3)	24,1% (20,5 -28,2)	32,8% (28,7 -36,6)	1,1% (0,2-2,2)	10,5 (10,2-10,6)
	Boyabu	656	63,0% (59,1-66,7)	26,4% (23,0 -29,8)	34,0 (30,7 -37,6)	2,6 (1,4-3,8)	10,4 (10,2-10,7)
Ensemble des camps		1820	56,4% (54,2-58,8)	25,9% (24,0-28,1)	29,0% (26,8-31,0)	1,5% (1,0-2,1)	10,6 (10,4-10,7)

Pour les quatre camps pris ensemble, plus de la moitié soit 56,4% d'enfants âgés de 6-59 mois sont anémiés. L'analyse des résultats par camp montre que le taux le plus bas est noté dans le camp des réfugiés centrafricains de Bili (44,9%) et le taux le plus élevé est noté dans le camp des réfugiés de Boyabu (63%). Ces taux montrent que l'anémie est un problème majeur de santé publique dans les camps des réfugiés centrafricains car partout la prévalence est au-dessus du seuil de gravité de 40%. Pour rappel, lorsque la prévalence dépasse 40% dans une communauté, on parle d'une prévalence élevée qui correspond à une situation critique.

b. Anémie chez les femmes en âge de reproduction

Le dosage d'hémoglobine a été aussi réalisé chez les femmes en âge de reproduction pour connaître la prévalence de l'anémie. Le tableau 4.24 présente les résultats sur l'anémie chez les femmes en âge de reproduction dans les quatre camps des réfugiés Centrafricains.

Tableau 4.24 : Prévalence de l'anémie (globale, légère, modérée et sévère) et moyennes des taux d'hémoglobine chez les femmes en âge de reproduction dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

PROVINCE	Camps des réfugiés	Effectif	Anémie Globale Hb <12g/dl	Anémie légère Hb (11-11.9)		Anémie sévère Hb >8g/dl	Moyennes HB g/dl
			%(IC 95)	%(IC 95%)	%(IC 95%)	Anémie modérée Hb (8-10.9)	Moyenne (IC 95%)
NORD UBANGI	Inke	406	34,0% (29,3-38,9)	21,9% (18,0-26,1)	11,3% (8,4-14,3)	0,7% (0,0-1,7)	12,3 (12,2- 12,5)
	Bili	362	27,9% (23,2-32,6)	17,7% (13,8-22,1)	9,9% (6,9-13,0)	0,3% (0,0-0,0)	12,6% (12,4- 12,7)
SUDUBANGI	Mole	403	33,0% (28,5-37,5)	21,6% (17,9-25,6)	11,2% (7,9-14,4)	0,2% (0,0-0,7)	12,4 (12,3- 12,6)
	Boyabu	505	32,9% (26,7-37,0)	21,0% (17,4-24,6)	11,5 (8,7-14,5)	0,4% (0,0-1,0)	12,4 (12,3- 12,5)
Ensemble des camps		1676	32,1% (30,0-34,6)	20,6% (18,8-22,7)	11,0% (9,4-12,6)	0,4% (0,1-0,7)	12,4 (12,3- 12,5)

Dans l'ensemble des quatre camps habités par les réfugiés centrafricains, 32,1% des femmes en âge de reproduction sont anémiées. La moyenne d'hémoglobine est de 12,4g/dl. La prévalence de l'anémie la plus élevée est observée dans le camp d'Inke, soit 34%.

Pour les femmes habitant les quatre camps, ces taux montrent que l'anémie est un problème majeur de santé publique pour trois camps (Inke, Mole et Boyabu) car la prévalence est au-dessus du seuil de gravité de 30%. Quand on considère les bornes supérieures des intervalles de confiance des différentes prévalences qui se révèlent supérieures à 30%, il se dégage que la situation est problématique dans tous les camps. Pour rappel, lorsque la prévalence de l'anémie dépasse 30% dans une communauté, on parle d'une situation modérée. Par ailleurs, lors des enquêtes, huit femmes anémiées ont été référés auprès des structures de prise en charge.

4.1.3.4. COUVERTURE EN MOUSTIQUAIRES

Ce point présente les données sur la possession des moustiquaires MILDA dans les ménages des réfugiés centrafricains habitant les camps de Bili, Inke, Boyabu et Mole dans les Provinces du Nord et Sud Ubangi. Il donne également des informations sur l'utilisation de ces moustiquaires

a. Possession et utilisation des moustiquaires

Les données sur la possession des moustiquaires de toutes sortes et des MILDA en particulier sont reprises dans le tableau ci-dessous

Tableau 4.25 : Proportion des ménages qui possèdent des moustiquaires dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps	Effectif	Ménages possédant au moins une moustiquaire de n'importe quelle sorte	Effectif	Ménages possédant au moins une moustiquaire MILDA
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Bili	286	69,9% (64,3-75,5)	286	63,5% (57,3-69,1)
Inke	287	71,8% (66,8-77,0)	287	68,6% (63,1-74,2)
Boyabu	293	53,9% (48,1-59,4)	293	52,9% (47,1-58,4)
Mole	295	52,2% (48,1-58,0)	295	51,5% (63,1-74,2)
Total	1161	61,8% (59,3-64,8)	1161	59,1% (56,2-62,0)

Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des ménages réfugiés des quatre camps (61,8%) possèdent une moustiquaire et 59,1% possèdent des moustiquaires MILDA. L'analyse par camp montre que plus de ménages possèdent les moustiquaires dans le camp d'Ike (71,8%) et moins de ménages qui en possèdent sont trouvés dans le camp de Mole (52,2%).

Lorsqu'on considère la possession des moustiquaires MILDA, le taux de possession le plus élevé est observé dans le camp d'Inke, soit 68,6% de ménages par contre le taux de possession le plus bas est observé dans le camp de Mole avec 51,5% des ménages.

b. Nombre des moustiquaires par ménage

Le tableau 4.26 présente le nombre de moustiquaires par ménage et particulièrement le nombre de personnes par MILDA possédés.

Tableau 4.26 : Nombre moyen de moustiquaires MILDA par ménage et nombre de personnes par MILDA dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps	Effectif	Nombre moyen de moustiquaires MILDA par ménage	Effectif	Nombre moyen de personnes par MILDA
		moyenne (IC 95%)		moyenne (IC 95%)
Bili	183	2,09 (1,95-2,23)	183	5,31 (4,95-5,66)
Inke	197	1,95 (1,82-2,09)	197	4,95 (4,63-5,25)
Boyabu	155	1,54 (1,39-1,68)	155	3,97 (3,65-4,30)
Mole	152	1,81 (1,69-1,93)	152	4,13 (3,76-4,49)
Total	687	1,86 (1,79-1,93)	687	4,64 (4,47-4,82)

Dans l'ensemble, le nombre moyen de moustiquaires MILDA par ménage est de 1,86. C'est dans le camp de Bili où le nombre moyen de moustiquaires MILDA par ménage est élevé, soit 2,09 par contre dans le camp de Boyabu, le nombre moyen de moustiquaires MILDA par ménage est faible, soit 1,54. Si on considère le nombre de personnes par MILDA, la moyenne dans l'ensemble est de 4,64 personnes. C'est dans le camp de Bili où le nombre moyen de personnes par MILDA est élevé, soit 5,31 personnes. C'est par contre dans le camp de Boyabu où la moyenne est basse, soit 3,97 personnes.

c. Utilisation des moustiquaires

En vue d'apprécier le niveau d'utilisation des moustiquaires au niveau des ménages, il a été calculé la proportion des membres des ménages qui ont dormi sous moustiquaires la nuit précédant l'enquête.

Tableau 4.27 : Proportion des membres des ménages qui avaient dormi sous moustiquaires la veille d'enquête dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et du Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps	Effectif	Membres des ménages qui ont dormi sous n'importe quelle sorte de moustiquaire la veille de l'enquête	Effectif	Membres des ménages qui ont dormi sous moustiquaire MILDA la veille de l'enquête
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Bili	1917	53,1% (50,9-55,3)	1917	52,7% (50,4-55,0)
Inke	1388	80,2% (78,3-82,0)	1388	77,9% (76,1-79,8)
Boyabu	810	53,5% (49,9-57,0)	810	37,0% (33,7-40,4)
Mole	1233	55,2% (52,5-57,9)	1233	30,5% (27,9-33,1)
Total	5691	61,8% (36,7-39,3)	5691	53,3% (52,0-54,7)

Dans l'ensemble, 61,8% des membres des ménages avaient dormi sous moustiquaires de n'importe quelle sorte la veille de l'enquête dans les quatre camps habités par les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et du Sud Ubangi. C'est dans le camp d'Inke où on a une proportion élevée (80,2%) de membres de ménages qui ont dormi sous moustiquaire de n'importe quel type et c'est dans le camp de Bili par contre où la proportion est basse (53,1%).

Lorsqu'on considère l'utilisation des moustiquaires MILDA, dans l'ensemble 53,3% des membres des ménages avaient dormi sous moustiquaires MILDA. La proportion élevée est notée dans le camp d'Inke (77,9%) et la moins élevée dans le camp de Mole (30,5%).

L'enquête s'est intéressée particulièrement sur l'utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les données sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.28 : Proportion des enfants de 0-59 mois et des femmes enceintes qui avaient dormis sous une moustiquaire la veille de l'enquête dans les camps des réfugiés Centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Camps	Enfants de 0-59 mois ayant dormi sous une moustiquaire				Femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire			
	N'importe quelle sorte		MILDA		N'importe quelle sorte		MILDA	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Bili	1509	52,0% (49,8-54,5)	1509	51,7% (49,1-54,3)	6	66,7% (33,3-100)	6	33,3% (0,0-66,7)
Inke	1286	78,0% (75,7-80,2)	1286	76,4% (74,2-78,8)	4	100,0	4	100,0
Boyabu	525	50,7% (48,5-55,2)	525	35,2% (31,2-39,4)	9	22,2% (0,0-55,3)	9	11,1% (0,0-33,3)
Mole	835	56,8% (53,5-60,1)	835	28,1% (24,9-31,3)	5	80,0% (40,0-100)	5	80,0% (40,0-100)
Total	4155	60,8% (59,3-62,3)	4155	52,5% (50,9-54,1)	24	84,6% (80,0-88,8)	24	45,8% (25,9-66,7)

Pour les enfants, 60,8% avaient dormi sous moustiquaires de n'importe quelle sorte la veille de l'enquête et 52,5% si on considère les moustiquaires MILDA. La proportion d'enfants qui ont dormi sous moustiquaires est plus élevée dans le camp d'Inke et moins élevée dans le camp de Boyabu

Pour les 24 femmes enceintes, celles qui avaient dormi sous moustiquaires de n'importe quelle sorte la veille de l'enquête représentent dans l'ensemble 84,6% et 45,8% si on considère les moustiquaires MILDA.

4.1.3.5 EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

a. Qualité de l'eau de boisson

Le tableau 4.29 présente la situation des ménages en rapport avec l'accès à l'eau améliorée et le stockage.

Tableau 4.29 : Proportion de ménages qui obtiennent l'eau de boisson à partir d'une source d'eau améliorée et ceux utilisant des conteneurs couverts ou à goulot étroit pour le stockage d'eau de boisson, camps des réfugiés centrafricains RDC, 2019.

Camp	Effectif	Ménages utilisant une source d'eau améliorée	Ménages utilisant des conteneurs couverts ou à goulot étroit pour le stockage d'eau de boisson
		% à 95%IC	% à 95%IC
BILI	572	99,8(99,5-100)	80,6(77,4 - 83,9)
INKE	572	99,5(98,8-100,0)	79,2(75,9 - 82,4)
MOLE	585	97,3(95,9-98,5)	91,3(88,9 - 93,5)
BOYABU	585	100,0	86,7(84,0 - 89,6)
ENSEMBLE	2314	99,2(98,8-99,5)	84,5(82,9 - 86,0)

L'observation du tableau ci-dessus indique que la quasi-totalité des ménages enquêtés a accès à une eau améliorée dans tous les camps. La situation est meilleure à Boyabu (100% des ménages) et moins bonne à Mole (97% des ménages).

La conservation de l'eau est bonne pour au moins 8 ménages sur dix pour l'ensemble des 4 camps enquêtés. Il ressort néanmoins que quelques ménages (plus de 10% dans les camps à l'exception de Mole) ont des problèmes de conservation car ils utilisent des récipients non couverts ou à col large, les exposant ainsi à la contamination et aux maladies d'origine hydrique.

b. Quantité d'eau par ménage

Cette section a été traitée selon deux aspects qui sont : (i) le nombre de litres utilisés par personne par jour dans les ménages et (ii) la satisfaction avec l'approvisionnement en eau.

b.1 Nombre de litres utilisés par ménage

Le tableau 4.30 présente la quantité d'eau utilisée par les ménages tandis que le tableau 4.32 parle de la satisfaction des ménages en rapport avec l'approvisionnement en eau.

Tableau 4.30: Nombre de litres d'eau utilisés/pers/jr, camps des réfugiés centrafricains, RDC 2019.

Camp	Effectif	Proportion de ménages qui utilisent			Quantité moyenne d'eau utilisée
		>= à 20l/pers/j	15 à <20 l/pers/j	< 15l/pers/j	Litre/pers/jour
		% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	Moyenne à 95%IC
BILI	572	23,8(20,3-27,1)	17,0(13,8-20,1)	59,3(55,2-63,1)	15,8(14,9-16,8)
INKE	572	32,9(29,2-36,7)	13,6(11,0-16,6)	53,5(49,5-57,5)	20,6(19,0-22,2)
MOLE	354	62,1(58,1-65,8)	12,0(9,2-14,7)	26,0(22,6-29,6)	29,4(27,9-31,2)
BOYABU	608	45,0(40,9-49,1)	14,7(12,0-17,6)	40,3(36,3-44,2)	21,1(19,9-22,3)
ENSEMBLE	1519	41,1(39,0 - 43,1)	14,3(13,0 - 15,7)	44,6(42,5 - 46,6)	21,8(21,0-22,5)

Ce tableau renseigne que dans l'ensemble des 4 camps, 4 ménages sur dix utilisent au moins 20 litres d'eau par personne par jour, 1 ménage sur dix utilise une quantité d'eau comprise entre 15 et 20 litres par jour et environ 5 ménages utilisent moins de 15 litres par jour par personne.

Lorsque l'on considère le seuil acceptable recommandé par les normes standards de l'UNHCR, on remarque que moins de la moitié des ménages des 4 camps (41%) utilisent au moins 20 litres par jour. Si l'on considère la situation par domaine d'étude, il se dégage que seul le camp de Mole a atteint environ deux tiers des ménages (62%) qui utilisent au moins 20 litres d'eau par jour et par personne. Dans les autres camps, moins de la moitié des ménages utilisent au moins 20l/pers/j. : 45% à Boyabu, 33% à Inke et de loin moins à Bili (24%).

Le tableau ci-dessus montre par ailleurs que la quantité moyenne d'eau utilisée est d'environ 22 litres par personne par jour sur l'ensemble des 4 camps et que la situation est meilleure à Mole avec une consommation moyenne de 29 litres par personne par jour. Elle est moyennement bonne à Boyabu et à Inke avec en moyenne 21 litres par personne par jour et un peu moins bonne à Bili avec en moyenne 16 litres par personne par jour.

b.2 Satisfaction en rapport avec l'approvisionnement en eau de boisson

Tableau 4.31: Proportion de ménages qui déclarent être satisfaits par l'approvisionnement en eau potable et ceux qui prennent moins de 30 minutes pour aller et revenir à la source d'eau.

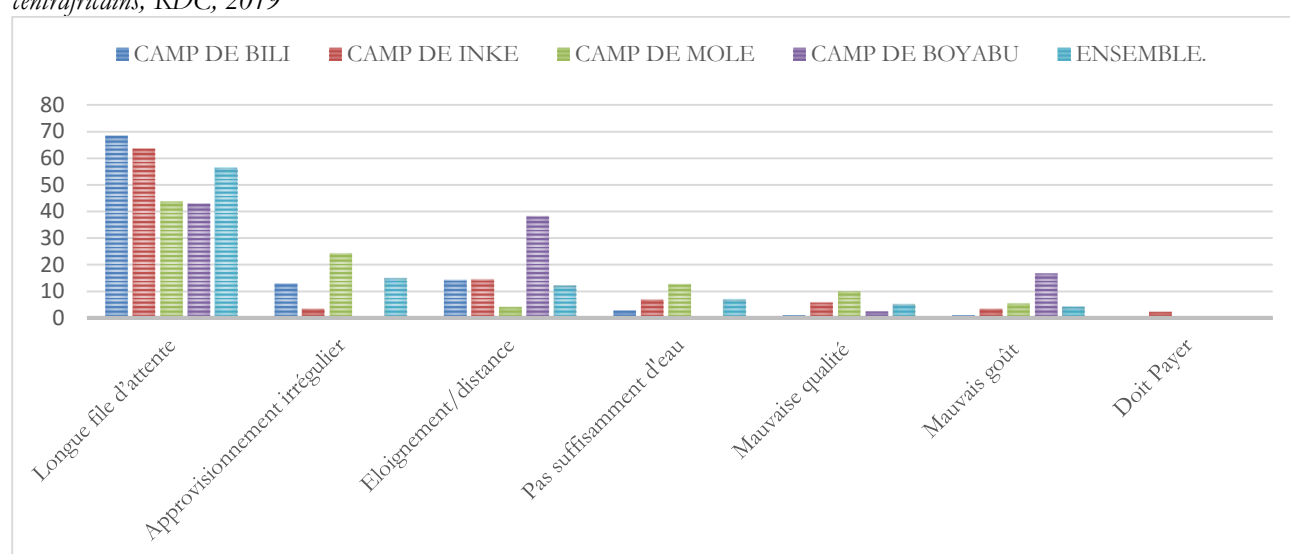
Camp	Effectif	Proportion de ménages qui déclarent être satisfaits par l'approvisionnement en eau potable	Proportion de ménages qui prennent moins de 30 minutes pour puiser l'eau
	n	% à 95% IC	% à 95% IC
BILI	572	60,7(56,5 - 64,9)	80,9(74,7-86,6)
INKE	572	84,3(81,1 - 87,4)	90,5(87,4-86,6)
MOLE	585	61,9(57,9 - 66,2)	74,7(70,0-79,2)
BOYABU	585	92,6(90,6 - 94,5)	93,5(91,2-95,4)
ENSEMBLE	2340	74,9(73,1 - 76,7)	86,5(84,9 - 88,3)

Dans l'ensemble des 4 camps de réfugiés centrafricains, le trois quart de ménages enquêtés (75%) ont déclaré être satisfaits de l'approvisionnement en eau. Ceux qui ne sont pas satisfaits (environ 25% dans l'ensemble) sont plus nombreux au camp de Bili (environ 40%) et moins nombreux à Boyabu (7,4%).

Les ménages qui ont déclaré être satisfaits de l'approvisionnement en eau et parcourir moins de 30 minutes pour aller puiser l'eau et revenir de la source principale représentent 86,5% dans l'ensemble des 4 camps. Cette proportion est plus élevée au camp de Boyabu (93,5%) et moins élevée à Mole (74,7%).

Le graphique 4 donne les raisons de non satisfaction des ménages en rapport avec l'approvisionnement en eau.

Graphique 4 : Raisons principales de non satisfaction de l'approvisionnement en eau (en %), camps des réfugiés centrafricains, RDC, 2019



Dans l'ensemble des 4 camps, les ménages non satisfaits de l'approvisionnement en eau évoquent comme raisons principales la longue file d'attente (56% des cas), l'approvisionnement irrégulier (15%) et l'éloignement du point d'approvisionnement (12%). D'autres raisons comme le mauvais goût et la qualité de l'eau ont été citées dans des proportions moindres.

c. Utilisation et partage des toilettes et élimination hygiénique des excréments

Cette section traite de l'utilisation et du partage des toilettes par les ménages enquêtés.

Type de toilettes utilisées par les ménages

Tableau 4.32: Répartition des ménages enquêtés suivant le type de toilette utilisée (%).				
Camp	Effectif	Latrines améliorées	Latrine de n'importe quel type	Sans latrine (brousse, champ, sac plastique)
		% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC
BILI	572	52,3(48,4-56,5)	14,5(11,7-17,7)	33,2(29,9-37,6)
INKE	572	52,8(48,4-57,0)	13,5(10,7-16,1)	33,7(30,6-38,8)
MOLE	585	60,9(57,1-65,3)	4,1(2,6-5,8)	35,0(35,2-43,0)
BOYABU	585	52,1(48,2-56,0)	8,9(6,8-11,2)	39,0(33,3-37,1)
ENSEMBLE	2314	54,5(52,6-56,7)	11,2(8,9-11,4)	35,3(33,3-37,1)

Les données du tableau ci-dessus révèlent que la moitié des ménages (54,5%) enquêtés dans les 4 camps utilisent des toilettes améliorées tandis que 11,2% utilisent n'importe quelle toilette et qu'un peu plus d'un tiers des ménages (35,3%) n'ont pas de toilettes et défèquent soit dans la brousse, dans le champ ou encore dans un sac plastique. Le camp de Mole se démarque des 3 autres avec environ 61% des ménages qui utilisent des toilettes améliorées contre environ 52% dans les autres camps.

c.1 Partage des toilettes utilisées par les ménages

Le tableau 4.33 ci-dessous présente le phénomène de partage des toilettes par les ménages.

Tableau 4.33: Proportion de ménages utilisant une latrine partagée ou non, camps des réfugiés centrafricains, RDC, 2019

Camp	Effectif	Proportion de ménages qui utilisent			
		Toilette améliorée non partagée (1 ménage)	Toilette familiale partagée (2 ménages)	Toilette commune (3 ménages)	Toilette non améliorée et/ou publique
		% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC
BILI	382	69,1(64,1-73,8)	21,5(17,0-25,6)	8,1(5,5-11,0)	1,3(0,5-1,8)
INKE	379	45,4(40,1-50,1)	36,1(31,7-41,4)	16,9(12,9-20,8)	0(0-0)
MOLE	381	34,9(30,7-39,9)	26,2(22,0-30,4)	38,6(33,9-43,0)	0,3(0,0-0,8)
BOYABU	428	32,9(28,2-37,5)	44,9(40,2-49,5)	22,2(18,4-26,3)	0(0-0)
ENSEMBLE	1570	45,2(42,8-47,9)	32,5(30,2-34,8)	21,5(19,5-23,5)	0,8(0,4-1,0)

Le tableau 4.33 ci-dessus montre que dans l'ensemble des 4 camps, 45,2% des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées, 32,5% utilisent des toilettes familiales partagées par 2 ménages, 21,5% utilisent des toilettes communes (partagées par 3 ménages) et 0,8% utilisent des toilettes non améliorées et/ou publiques.

C'est au camp de Bili qu'on trouve la meilleure situation car plus de deux tiers des ménages (69,1%) utilisent des toilettes améliorées non partagées.

Dans le camp d'Inke, 45,4% des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées, 36,1% utilisent des toilettes familiales partagées par 2 ménages et environ 17% utilisent des toilettes communes partagées par au moins 3 ménages.

Dans le camp de Mole, 34,9% des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées, 26,2% utilisent des toilettes familiales partagées par 2 ménages, 38,6% utilisent des toilettes communes et quelques ménages (0,3%) utilisent des toilettes non améliorées et/ou publiques.

Enfin, au camp de Boyabu, 32,9% des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées, 44,9% utilisent des toilettes familiales partagées par 2 ménages et 22,2% utilisent des toilettes communes partagées par au moins 3 ménages.

c.2 Élimination hygiénique des excréments

Le tableau 4.34 présente la façon d'éliminer les selles par les ménages ayant des enfants de moins de 3 ans.

Tableau 4.34 : Proportion de ménages ayant des enfants de moins de 3 ans et qui éliminent hygiéniquement leurs selles.

Camp	Effectif	Élimination hygiénique
		% à 95% IC
BILI	300	67,3(62,2-72,7)
INKE	342	67,2(62,6-72,8)
MOLE	241	100
BOYABU	367	100
ENSEMBLE	1250	83,4(81,3 - 85,3)

Dans l'ensemble des 4 camps, au moins 8 ménages sur 10 éliminent les selles des enfants de façon hygiénique : soit en utilisant directement une toilette hygiénique, soit en rinçant les selles dans la toilette, soit encore en les enfouissant dans un trou. Dans les camps de la province du Sud-Ubangi (Mole et Boyabu), tous les ménages ayant des enfants de moins de 3 ans éliminent correctement les selles des enfants alors que dans les 2 camps du Nord-Ubangi, seulement les deux tiers des ménages (67%) le font.

4.1.4. SECURITE ALIMENTAIRE

4.1.4.1. RESULTATS SUR LA SECURITE ALIMENTAIRE DANS LES CAMPS D'INKE, BILI, BOYABU ET MOLE.

a. Consommation et diversification alimentaire des ménages

Le niveau de consommation et de diversité alimentaire des ménages est donné dans le tableau 4.35 ci-dessous.

Tableau 4.35 : Classes de consommation alimentaire (SCA), par domaine d'étude et dans l'ensemble

Classes de consommation alimentaire (SCA)	Camp d'INKE		Camp de BILI		Camp de BOYABU		Camp de MOLE		Ensemble des 4 camps	
	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	N	% à 95% IC	N	% à 95% IC	N
Pauvre	1,9% (0,4 - 3,7)	5	15,1% (11,5 - 19,1)	46	47,8% (41,4 - 53,4)	128	58,5% (52,1 - 64,8)	138	29,4% (26,6 - 32,1)	317
Limite	21,3% (16,9 - 26,1)	58	26,7% (22,0 - 31,9)	81	25,4% (20,5 - 30,6)	68	22,5% (16,9 - 28,0)	53	24,1% (21,7 - 26,6)	260
Acceptable	76,8% (72,1 - 81,6)	209	58,2% (52,3 - 63,5)	177	26,8% (22,0 - 32,8)	72	19% (14,4 - 24,6)	45	46,6% (43,4 - 49,5)	503
Total	100%	272	100%	304	100%	268	100%	236	100%	1080

a) Consommation alimentaire

Le tableau 4.35 révèle que la situation de consommation alimentaire est précaire dans tous les camps : - au camp d'Inke : 23,2% de ménages en insécurité alimentaire, dont 1,9% avec une consommation pauvre et 21,3% avec une consommation limite ;

- au camp de Bili : 41,8% de ménages en insécurité alimentaire, dont 15,1% avec une consommation pauvre et 26,7% avec une consommation limite ;

- au camp de Boyabu : 73,2% de ménages en insécurité alimentaire, dont 47,8% avec une consommation pauvre et 25,4% avec une consommation limite ;
- au camp de Mole : 53,5% de ménages en insécurité alimentaire, dont 29,4% avec une consommation pauvre et 24,1% avec une consommation limite ;

Dans l'ensemble des 4 camps qui abritent les réfugiés centrafricains en RDC, les enquêtes ont trouvé qu'un peu plus de la moitié des ménages enquêtés (53,5%) est en insécurité alimentaire, avec 29,4% ayant une consommation alimentaire pauvre et 24,1% qui ont une consommation alimentaire limite.

Si l'on compare la situation entre les différents camps, il se dégage que les camps de Mole et Boyabu sont les plus affectés par l'insécurité alimentaire avec plus de 7 ménages sur 10 ayant une consommation alimentaire pauvre ou limite, soit 81% à Mole et 73% à Boyabu. Par contre, le camp d'Inke est le moins touché, avec 23% de ménages en insécurité alimentaire. Dans le camp de Bili par contre, la situation est un peu moins prononcée avec près de 42% des ménages en insécurité alimentaire.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les camps de Mole et Boyabu dans la phase d'urgence (phase 4 du tableau de référence IPC, version 3.0) avec plus de 20% des ménages qui ont une consommation alimentaire pauvre ; tandis que les camps d'Inke et de Bili sont classés en phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3.0) avec plus de 20% des ménages qui ont une consommation alimentaire pauvre ou limite.

A ce niveau, les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire ou sont en mesure de réduire l'importance des déficits alimentaires, mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence en liquidant leurs avoirs.

b) Diversification alimentaire des ménages

Le niveau de diversification de l'alimentation des ménages vivant dans les quatre camps est exprimé à travers le nombre de groupe d'aliments consommés et présenté dans le tableau 4.36ci-dessous.

Tableau 4.36 : Niveaux de diversité (SDA), par domaine d'étude et dans l'ensemble

Niveaux de diversité alimentaire (SDA)	Camp d'INKE		Camp de BILI		Camp de BOYABU		Camp de MOLE		Ensemble des 4 camps	
	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n
Faible (< 3 groupes)	3,7%(1,8 - 6,3)	10	11,6% (8,3 - 15,0)	35	41,8% (35,9 - 48,0)	114	41,5% (35,0 - 47,9)	97	23,7% (21,4 - 26,2)	256
Moyen (4-5 groupes)	23,2% (18,0 - 28,3)	63	39,9% (34,2 - 45,5)	120	31,1% (25,6 - 37,0)	85	33,8% (27,4 - 39,7)	79	32,1% (29,3 - 34,9)	347
Elevé (>= 6 groupes)	73,2% (68,0 - 78,3)	199	48,5% (42,9 - 54,2)	146	27,1% (21,6 - 32,6)	74	24,8% (19,2 - 30,3)	58	44,2% (41,1 - 47,2)	477
Total	100%	272	100%	301	100%	273	100%	234	100%	

Une des causes de l'insécurité alimentaire est la faible diversité de la diète consommée. Le tableau 4.36 ci-dessus montre que le régime des ménages est peu diversifié dans la plupart des camps, notamment dans ceux de Mole et Boyabu où l'on trouve au moins de 4 ménages sur dix avec un niveau de diversité alimentaire faible, soit près de 42% des ménages ayant consommé moins de 4 groupes d'aliments sur les 12.

Il se dégage ainsi que bon nombre de ménages consomment moins de 6 groupes d'aliments : 26,8% à Inke, 51,5% à Bili, 72,9% à Boyabu, 75,2% à Mole et 55,8% sur l'ensemble des 4 camps de réfugiés. En effet, le tableau 4.37 confirme cette situation en donnant le score moyen de diversité alimentaire par camp, c'est-à-dire le nombre moyen de groupes d'aliments consommés les 24 heures ayant précédé l'enquête.

Tableau 4.37 : Score moyen de diversité alimentaire (SDA) suivant le domaine d'étude et dans l'ensemble des 4 camps.

Domaine	Moyenne 95% IC	n
Camp d'Inke	6,49(6,29 - 6,69)	272
Camp de Bili	5,56(5,36 - 5,76)	301
Camp de Boyabu	4,27(4,01 - 4,54)	273
Camp de Mole	4,19(3,92 - 4,45)	234
Ensemble des 4 camps	5,17(5,04 - 5,30)	1080

Selon les résultats trouvés dans le tableau 4.37 ci-dessus, à l'exception du camp d'Inke, les ménages consomment moins 6 groupes d'aliments en moyenne.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les camps de Mole et Boyabu dans la phase d'urgence (phase 4 du tableau de référence IPC, version 3.0) avec au moins 20% des ménages qui consomment moins de 3 groupes d'aliments. Les camps de Bili et Inke sont par contre classés en phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3.0) avec au moins 20% des ménages qui consomment seulement 3 à 5 groupes d'aliments. A ces niveaux, les ménages des 4 camps ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

4.4.1.2. Accès à l'aide alimentaire

Cette section a été appréhendée à travers certains volets qui sont : (i) la possession d'une carte de ration, (ii) le mode de distribution de la ration, la valeur équivalente et la proportion de l'aide reçue à la dernière distribution ainsi que (iii) la durée d'épuisement ou de consommation de l'aide reçue.

a) Possession d'une carte de ration

Le tableau 4.38 ci-dessous donne le pourcentage des ménages qui possédaient une carte de ration au moment de l'enquête.

Tableau 4.38 : Pourcentage de ménages possédant une carte de ration, par domaine d'étude et dans l'ensemble des 4 camps.		
Domaine	% à 95% IC	N
Camp d'Inke	98,1%(96,8 - 99,2)	572
Camp de Bili	99,3%(98,6 - 99,8)	572
Camp de Boyabu	99,0%(98,4 - 100)	583
Camp de Mole	99,8%(99,2 - 100)	580
Ensemble des 4 camps	96,5%(95,9 - 97,2)	2808

L'observation du dernier tableau indique qu'au moins 9 ménages sur dix possédaient une carte de ration. Les quelques ménages qui n'en possédaient pas avaient déclaré soit l'avoir perdu (1 ménage à Inke et 1 ménage à Bili), soit ne l'avoir pas reçu à l'admission (1 ménage à Inke et 1 ménage à Mole), soit encore n'avoir pas été enregistré bien qu'éligible (2 ménages à Bili). Onze ménages dans l'ensemble n'ont pas fourni la raison (9 ménages à Inke, 1 ménage à Bili et 1 à Boyabu).

b) Modes de distribution de la ration

Dans les camps des réfugiés, la ration alimentaire se fait suivant plusieurs modalités dont les plus utilisées sont : (i) les vivres, (ii) le cash et le voucher.

Les enquêtes actuelles ont déterminé que dans tous les camps qui abritent les réfugiés centrafricains, la ration alimentaire est distribuée exclusivement sous forme de cash (100% des ménages dans tous les cas).

c) Valeur de la ration reçue et durée de l'aide reçue.

L'équivalent de l'aide reçue, exprimée en dollar américain, ainsi que la durée d'épuisement ou de consommation de l'aide reçue sont données dans le tableau ci-dessous sous forme de moyennes, avec leurs intervalles de confiance.

Tableau 4.39 : Valeur (en USD) et durée (en nombre de jours) de l'aide reçue (cash) à la dernière distribution.					
Variable	Camp d' INKE (N=560)	Camp de BILI (N=568)	Camp de BOYABU (N=585)	Camp de MOLE (N=580)	Ensemble des 4 camps (N=2309)
Valeur moyenne du cash/voucher (*)	32,8(30,7-34,9)	31,01(29,2-32,9)	16,6(15,7-17,5)	20,5(19,3-21,7)	30,7(29,4-32,0)
Durée moyenne du cash (*)	14,2(13,4-15,0)	14,1(13,5-14,7)	13(12,1-13,9)	10,5(9,3-11,7)	13,3(12,8-13,8)

(*) Valeurs moyennes calculées à 95% IC

Le tableau 4.39 ci-dessus montre que la valeur moyenne de l'aide reçue est de 31 dollars américains par ménage pour l'ensemble des ménages des 4 camps enquêtés. Dans les camps de Boyabu et Mole, l'équivalent de la ration distribuée est de loin inférieure à la moyenne globale des 4 camps, soit une valeur moyenne située dans les intervalles de 16 à 18 dollars américains à Boyabu et entre 19 et 22 dollars américains pour le camp de Mole. Par ailleurs, cette aide dure environ 13 jours seulement pour l'ensemble des 4 camps, avec une durée légèrement plus courte dans le camp de Mole qui a présenté une moyenne d'environ 11 jours.

d) Proportion de la ration reçue

La proportion de l'aide réellement reçue à la dernière distribution est donnée par le tableau 4.40 ci-dessous.

Tableau 4.40 : Répartition (en %) des ménages suivant la proportion de cash reçu dans les différents camps.

Proportion	Camp d'INKE (N=585)	Camp de BILI (N=572)	Camp de BOYABU (N=567)	Camp de MOLE (N=585)	Ensemble des 4 camps (N=2309)
	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC
100% (complète)	52,6%(48,4 - 56,8)	44,4%(40,1 - 48,7)	89,6%(87,1 - 92,0)	84,1%(81,0 - 87,0)	67,9%(66,1 - 69,8)
80%	0,0%	0	10,1%(7,7-12,5)	15,0%(12,0 - 18,1)	6,4%(5,4 - 7,4)
50% (moitié)	45,1%(41,1 - 49,2)	55,1%(50,7 - 59,4)	0,2%(0-0,5)	0,2%	24,8%(23,1 - 26,5)
Autre	2,3%(1,1 - 3,6)	0,5%(0-1,2)	0,1%	0,7%(0 - 0,5)	0,9%(0,4 - 1,0)
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Il se dégage de ce dernier tableau que deux tiers des ménages (68%) de l'ensemble des 4 camps, reçoivent une ration complète tandis qu'un quart des ménages (25%) a déclaré recevoir la moitié de la ration. D'autres modalités ont été citées dans près de 7% dont 6% pour une ration de 80% et 1% pour une modalité non spécifiée.

Recours aux stratégies de survie

Les ménages recourent souvent à des stratégies de survie pour faire face à la crise. Le tableau 4.41 présente le pourcentage des ménages qui ont recouru à au moins une stratégie de survie, ainsi que le type de stratégie utilisée.

Tableau 4.41 : Répartition des ménages enquêtés (%) suivant le type de stratégie utilisé dans les différents camps.

Variable	Camp d'INKE (N=585)	Camp de BILI (N=572)	Camp de BOYABU (N=567)	Camp de MOLE (N=585)	Ensemble des 4 camps (N=2309)
	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC	% à 95% IC
Recours à des stratégies de survie	99,2% (98 - 100)	96,4% (94,1 - 98,4)	91% (87,8 - 94,3)	80,4% (75,1 - 84,9)	92,0% (90,4 - 93,6)
Stratégie utilisée					
Emprunter la nourriture	61,2% (54,8 - 67,6)	65,1% (59,9 - 70,4)	77,1% (72,0 - 82,1)	58,8% (52,7 - 64,9)	65,9% (63,0 - 68,5)
Réduire la quantité de nourriture	88,4%(84,4 - 92,4)	84,2% (79,9 - 88,2)	76,3% (71,3 - 81,7)	66,9% (60,8 - 72,6)	79,2% (76,9 - 81,5)
Réduire la consommation des adultes	40,8% (34,8 - 47,2)	36,2% (30,6 - 41,1)	54,8% (48,7 - 60,9)	45,7% (39,6 - 51,4)	44,2% (41,2 - 47,3)
Réduire le nombre de repas	81,6% (76,8 - 86,4)	74,7% (69,7 - 79,3)	76,3% (71,0 - 81,4)	60,8% (54,3 - 66,5)	73,6% (70,9 - 76,3)
Consommer les aliments moins chers ou moins préférés	84,8% (80,0 - 89,2)	87,5% (83,9 - 91,1)	88,2% (84,6-91,8)	77,6% (72,2 - 82,8)	84,8% (82,7- 86,9)

Le tableau 4.41 révèle que dans tous les camps, la quasi-totalité des ménages ont recouru à au moins une stratégie de survie en temps de crise : 99,2% à Inke, 96,4% à Bili, 91% à Boyabu, 80,4% à Mole et 92% dans l'ensemble des 4 camps. Dans la plupart des camps et dans l'ensemble, les deux stratégies les plus utilisées sont : (i) consommer les aliments moins chers ou moins préférés (au moins 3 quarts des ménages), (ii) réduire la quantité de nourriture (au moins 7 ménages sur dix dans les camps de Inke, Bili et Boyabu et un peu moins de 7 ménages sur 10 soit 67% à Mole). Par contre, les stratégies les moins utilisées sont : d'abord réduire la consommation des adultes au profit des enfants (moins de 50% des ménages dans les camps, à l'exception de Boyabu avec 55%).

Enfin, l'ampleur de l'utilisation des stratégies de survie par les ménages est donnée par l'indice moyen de stratégies de survie, présenté dans le tableau 4.42 ci-dessous.

Tableau 4.42 : Indice moyen réduit de stratégies de survie (r-CSI) dans les différents camps et dans l'ensemble.

Domaine	Moyenne à 95% IC	n
Camp d'Inke	5,444(4,824 - 6,064)	250
Camp de Bili	5,224(5,586 - 6,861)	304
Camp de Boyabu	9,027(8,127 - 9,927)	279
Camp de Mole	7,814(6,748 - 8,880)	245
Ensemble des 4 camps	7,130(6,716 - 7,544)	1078

Selon les informations contenues dans le tableau ci-dessus, l'indice moyen des stratégies de survie est de 5,4 à Inke, 5,2 à Bili, 9,0 à Boyabu, 7,8 à Mole et 7,1 dans l'ensemble des 4 camps. Il apparaît donc que les ménages ayant le plus recouru aux stratégies de survie sont ceux de Boyabu, puis ceux de Mole avec des indices respectifs de 9 et 7,8. Par contre ceux ayant moins recouru aux stratégies de survie sont ceux de Bili, puis ceux d'Inke, avec des scores respectifs de 5,2 et 5,4.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les 4 camps dans la phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3.0). A ce niveau, les ménages ont une consommation alimentaire minimale et adéquate mais ne peuvent assumer certaines dépenses non-alimentaires sans s'engager dans des stratégies d'adaptation de stress. Des actions sont ainsi requises pour réduire les risques de catastrophe et protéger les moyens d'existence des ménages.

4.2 RESULTATS ZONES DE SANTE HABITEES PAR DES REFUGIESCENTRAFRICAIS

4.2.1 PROFILS DES MENAGES

Ce point présente les caractéristiques socio démographiques des ménages des trois zones de santé enquêtées notamment en ce qui concerne la structure de la population par âge et sexe, la taille des ménages, le sexe des chefs des ménages, le niveau d'instruction des membres des ménages, l'alphabétisation des membres des ménages, l'état matrimonial des membres des ménages ainsi que les maladies chroniques dont souffrent les membres des ménages habitant dans les zones de santé de Mobayi Mbongo et Yakoma dans la Province du Nord Ubangi et Monga dans la province de Bas Uélé.

4.2.1.1. TAILLE DES MENAGES ET SEXE DES CHEFS DE MENAGES

Le tableau 5.1 renferme les données sur les tailles moyennes des ménages et le sexe des chefs de ménages enquêtées dans les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma, et Monga) ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé.

Tableau 5.1 : Taille des ménages et sexe des chefs de ménages dans les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma, et Monga), ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Province/ZS	Type de population	Effectif	Taille moyennes des ménages	Sexe des chefs des ménages	
				Masculin	Féminin
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	1023	6,7	86,1%	13,9%
	Population hôte	1584	6,7	88,9%	11,1%
	Ensemble	2607	6,7	87,8%	12,2%
ZSYakoma	Réfugiés	1025	6 ,7	83,5%	16,5%
	Population hôte	1579	6,0	92,5%	7,5%
	Ensemble	2604	6,3	88,9%	11,1%
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	663	5,4	71,8%	28,2%
	Population hôte	1769	6,7	82,8%	17,2%
	Ensemble	2432	6,4	79,8%	20,2%
Ensemble					
	Réfugiés	2711	6,4	81,6%	18,4%
	Population hôte	4932	6,5	87,8%	12,2%
	Ensemble	7643	6,5	85,6%	14,4%

Les données du tableau 5.2 montre que pour l'ensemble des trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, la taille moyenne est de 6,5 personnes. La taille la moins élevée est notée chez les réfugiés vivant dans de la zone de santé de Monga 5,4 personnes en moyenne par ménage.

S'agissant du sexe des chefs de ménages, pour les quatre zones de santé, plus de huit ménages sur dix (85,6%) sont dirigés par des hommes contre 14,4% dirigés par des femmes.

4.2.1.2 LIENS DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE, SEXE, NIVEAU D'INSTRUCTION ET ETAT MATRIMONIAL DES MEMBRES DES MENAGES ENQUETES

Le tableau 5.2 présente les résultats sur les questions liées au lien de parenté au chef de ménage, le sexe des membres des ménages, le niveau d'instruction ainsi que l'état matrimonial des membres des ménages enquêtés

Tableau 5.2 *Caractéristiques socio démographiques des membres des ménages (en %) enquêtés dans les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma, et Monga), ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019*

Caractéristiques socio démographiques	ZS Mobayi Mbongo			ZS Yakoma			ZS Monga			Ensemble des ZS		
	Réfugiés	Pop hôte	Ensemble	Réfugiés	Pop hôte	Ensemble	Réfugiés	Pop hôte	Ensemble	Réfugiés	Pop hôte	Ensemble
Liens de parenté au chef des ménages												
Chefs de ménage	20,6	19,4	19,9	19,2	20,0	19,7	24,3	20,6	21,6	21,0	20,0	20,4
Epouse du chef de ménage	15,6	16,2	16,0	13,7	16,8	15,6	14,0	14,5	14,4	14,5	15,8	15,3
Fils/Fille	63,2	63,3	63,3	58,0	60,2	59,4	50,2	54,0	53,0	58,1	59,0	58,7
Autre parent	0,3	0,5	0,4	8,3	2,7	4,9	11,5	9,8	10,3	6,0	4,5	5,1
Non Parent	0,2	0,6	0,5	0,8	0,3	0,5	0,0	1,0	0,7	0,4	0,6	0,5
Effectif	1023	1584	2607	1025	1579	2604	663	1769	2432	2771	4932	7643
Sexe des membres des ménages												
Masculin	49,7	50,9	49,7	49,6	49,2	49,3	48,6	49,1	48,4	48,2	49,7	49,2
Féminin	52,1	49,1	50,3	50,4	50,8	50,7	53,4	50,9	51,6	51,8	50,3	50,8
Effectif	1023	1584	2607	1025	1579	2604	663	1769	2432	2771	4932	7643
Degré d'alphabétisation												
Ne sait ni lire ou écrire	72,3	55,4	62,5	43,1	60,9	54,4	66,1	76,7	73,7	61,2	65,5	63,9
Sait lire seulement	14,5	24,6	20,4	29,5	23,5	25,7	8,6	5,7	6,5	17,7	16,8	17,1
Sait lire et écrire	13,3	19,9	17,2	27,5	15,6	20,0	25,2	17,7	19,8	21,2	17,7	18,9
Effectif	429	597	1026	346	596	942	301	776	1077	1076	1969	3045
Niveau d'instruction achevé												
Aucun	76,5	58,2	73,1	37,4	56,1	48,2	65,3	76,0	65,7	58,8	64,3	62,3
Primaire	20,3	33,2	23,5	43,3	35,4	38,7	30,9	20,8	27,9	31,7	29,1	30,1
Secondaire	2,7	8,0	2,8	18,3	8,6	12,7	3,4	2,5	5,8	8,9	6,1	7,1
Supérieur	0,5	0,6	0,6	0,9	0,0	0,4	0,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,5
Effectif	548	787	1335	556	758	1314	349	944	1293	1453	2489	3942
Etat matrimonial												
Célibataire	19,7	18,4	18,9	25,7	11,7	17,4	21,3	27,5	25,8	22,3	19,8	20,7
Marié monogame	70,1	71,9	71,2	66,7	82,4	76,0	56,4	58,2	57,7	65,3	70,0	68,3
Marié Polygame	4,4	6,4	5,6	2,0	2,7	2,4	9,6	7,3	7,9	4,8	5,6	5,3
Divorcé/séparé	2,2	1,0	1,5	1,8	2,3	2,1	7,6	3,6	4,7	3,4	2,4	2,8
Veuf/veuve	3,5	2,2	2,8	3,9	0,9	2,1	5,1	3,5	3,9	4,1	2,3	2,9
Effectif	452	668	1120	456	664	1120	314	808	1122	1222	2140	3362
Maladie chronique												
Oui	1,5	2,1	1,9	1,8	1,1	1,4	6,5	3,6	4,4	2,8	2,3	2,5
Non	98,5	97,9	98,1	98,2	98,9	98,6	93,5	96,4	95,6	97,2	97,7	97,5
Effectif	1023	1584	2607	1025	1579	2604	663	1769	2432	2711	4932	7643

Liens de parenté au chef des ménages

Dans l'ensemble la grande majorité des membres des ménages visités dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains étaient des filles ou fils du chef de ménage, soit 58,7%. Les autres liens de parenté sont repartis de la manière suivante dans l'ensemble : 20,4% étaient des chefs de ménages, 15,3% des épouses des chefs de ménages, 5,1% des autres parents au chef de ménages et 0,5% n'avaient aucun lien de parenté avec les chefs des ménages.

Sexe des membres de ménage

S'agissant du sexe des membres des ménages enquêtés, sur 7643 personnes recensées dans les ménages, dans l'ensemble, 50,8% étaient de sexe féminin contre 49,2% de sexe masculin. Cette féminité est notée dans presque toutes les sous populations (Réfugiés ou population hôte) sauf dans la population hôte de la ZS de Mobayi Mbongo où on trouve il y a 50,9% des hommes contre 49,1% des femmes.

Degré d'alphabétisation

Pour toute personne âgée de 15 ans ou plus, il a été posé la question de savoir si elle sait lire et écrire. Dans l'ensemble, 18,9% de personnes savaient lire et écrire, 17,1% savaient lire seulement et 63,9% ne savaient pas lire ni écrire.

Niveau d'instruction

La question sur le niveau d'instruction a concerné toute personne du ménage âgée de 11 ans ou plus. Dans l'ensemble, les données montrent que la majorité des personnes âgées de plus de 12 ans n'avaient aucun niveau d'instruction, 62,3%. Les personnes qui avaient un niveau d'étude primaire représentent 30,1% dans l'ensemble, celles ayant un niveau d'études secondaire représentent 7,1% et seulement 0,5% avaient un niveau d'études supérieur. Dans l'ensemble, on ne note pas de différence majeure entre la population hôte et les réfugiés en ce qui concerne le niveau d'instruction.

Etat matrimonial

La question sur l'état matrimonial a concerné toute personne du ménage âgée de 15 ans ou plus. Dans l'ensemble, 68,3% étaient mariés monogames, 5,3% mariés polygames, 2,8% divorcés ou séparés, 20,7% des célibataires et 2,9% des veuf ou veuves.

Maladie chronique

Pour toute personne du ménage, il a été demandé si elle souffre d'une maladie chronique ou pas. Dans l'ensemble, 2,5% de personnes avaient une maladie chronique, soit 2,8% chez les réfugiés et 2,3% dans la population hôte.

4.2.1.3 CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT ET SOURCES D'ENERGIE

Ce point présente les caractéristiques du logement ainsi que les principales sources d'énergie utilisée pour la cuisson des aliments et d'éclairage des maisons. Il donne aussi les réponses sur les sources de bois de chauffe.

Tableau 5.3 : Proportion (%) de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés selon les caractéristiques du logement principal d'habitation et les sources d'énergie dans les ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Caractéristiques du logement et sources d'énergie	ZS Mobayi Mbongo		ZS Yakoma		ZS Monga		Ensemble	
	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte
Matériaux dominant du toit logement principal								
Tôle métallique /Tuile	3,6	1,6	9,2	0,9	6,1	4,6	6,2	2,5
Chaume/paille	95,7	97,9	90,8	99,1	91,8	95,4	93,0	97,4
Autres	0,7	0,3	0,0	0,0	2,0	0,0	0,8	0,1
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Matériaux dominant des murs logement principal								
Briques en ciment	1,8	0,7	3,9	0,3	2,0	1,4	2,6	0,8
Banco stabilisé	2,2	1,7	7,0	4,4	13,8	19,1	7,0	9,0
Brique en banco	49,8	80,8	72,8	83,9	73,5	56,9	63,9	73,1
Bois	3,2	1,7	3,1	2,2	1,5	16,6	2,7	7,3
Paille/tiges	32,9	2,1	1,3	0,0	3,1	0,6	14,3	0,8
Autres	9,8	1,3	11,8	8,8	5,6	5,1	9,2	8,8
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Pièces à usage habitation								
1	27,1	7,9	4,8	7,9	35,2	46,6	22,1	22,0
2	28,5	11,0	13,2	20,8	31,6	36,0	24,4	23,4
3	20,2	23,6	38,6	37,2	24,5	10,3	27,4	23,3
4 ou plus	24,2	57,6	43,3	33,1	8,6	7,1	26,1	31,4
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Statut d'occupation du ménage								
Propriétaire/copropriétaire	46,9	93,5	68,4	86,0	13,8	92,9	44,7	91,4
Locataire ou colocataire	8,3	2,7	14,1	1,3	8,7	1,4	10,3	1,8
Logé gratuitement	41,9	3,8	17,5	10,7	77,6	5,7	43,9	6,8
Autres	2,9		0,0		0,0		1,1	
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Principales sources d'énergie pour la cuisson								
Charbon de bois	0,0	4,1	2,2	1,6	0,5	0,0	0,9	1,8
Bois	100,0	95,5	97,4	98,1	97,4	98,3	98,4	97,4
Autres	0,0	0,4	0,4	0,3	2,1	1,7	0,7	0,8
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Principales sources d'énergie pour l'éclairage								
Panneau solaire	2,0	4,8	17,1	7,3	15,3	11,1	11,0	7,9
Lampe torche	36,1	63,2	64,5	70,7	76,0	74,6	56,6	69,6
Autres	60,3	32,0	18,4	22,0	9,2	14,3	33,4	22,5
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Principales sources de bois de chauffe								
Collection	79,4	87,0	57,0	95,0	71,4	92,9	69,9	91,8
Achat	20,6	13,0	43,0	5,0	28,6	7,1	30,1	82,0
Effectif	277	292	228	317	196	350	701	959
Temps pour la collecte du bois de chauffe								
Moins d'une heure	20,0	11,4	16,2	33,9	5,0	10,5	14,7	18,8
Entre 1-2 heures	68,2	74,0	73,1	53,5	54,3	47,7	65,5	57,3
Entre 3-4 heures	11,4	14,2	10,0	12,6	24,3	22,2	14,7	16,6
Plus de 4 heures	0,5	0,4	0,8	0,0	16,4	19,7	5,1	7,4
Effectif	220	254	130	301	140	325	490	880

Caractéristiques du logement

Globalement les données sur les caractéristiques du logement montrent que dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains (Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga), les toits des logements principaux d'habitation sont faits principalement par la chaume ou la paille dans plus de 90% de cas, soit 93% chez les ménages réfugiés et 97% dans la population hôte.

En ce qui concerne les matériaux dominant des murs des logements, la grande majorité des murs des logements sont faits en briques en banco, soit 73,1% dans la population hôte et 63,9% chez les réfugiés.

A la question de savoir combien de pièces à usage d'habitation ont les logements principaux, les données montrent que 31,4% de logements dans la population hôte ont 4 pièces ou plus. Chez les réfugiés il n'y a que 26,1% de logements d'habitation qui avaient 4 pièces ou plus. Par ailleurs, Que ça soit chez les ménages des réfugiés ou dans les ménages de la population hôte, les données montrent qu'un logement d'habitation sur cinq a une seule pièce à usage d'habitation (22%).

S'agissant du statut d'occupation des logements, 91% des ménages dans la population hôte étaient des propriétaires, mais moins dans la population réfugiée, soit 44,7% de ménages qui étaient propriétaires.

Sources d'énergie des ménages

Les données montrent que le bois de chauffe est la principale source d'énergie pour la cuisson par plus de 90% des ménages de la population hôte des trois zones de santé et même chez les réfugiés habitant les trois zones de santé, tandis que pour l'éclairage, ce sont les lampes torches qui sont utilisées par 69,6% dans les ménages de la population hôte et 56,6% dans les ménages des réfugiés.

Bois de chauffe

Le bois de chauffe utilisé dans les ménages des réfugiés ou de la population hôte des trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains vient de la collection dans plus de 91,8% de cas dans la population hôte et 69,9% dans les ménages réfugiés. Il faut noter que pour les réfugiés, 30,1% du bois utilisé vient de l'achat.

Quant au temps que cela prend pour la collecte du bois de chauffe, cela prend 3 heures ou plus dans 19,8% de cas pour les ménages des réfugiés et 24 % dans les ménages de la population hôte.

4.2.1.4 POSSESSION DES BIENS DE VALEUR

Il a été demandé aux ménages réfugiés et de la population hôte s'ils possèdent certains biens de valeurs. Le tableau suivant présente les données portant sur cette question

Tableau 5.4 : Proportion (%) de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés qui possèdent certains biens de valeurs dans les ZS de Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Biens de valeurs	ZS Mobayi Mbongo		ZS Yakoma		ZS Monga		Ensemble 3 ZS	
	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte	Réfugiés	Population hôte
Houe, hache, machette	61,0	93,5	85,1	94,0	70,4	94,6	71,5	94,1
Moulin manuel	0,7	2,4	12,7	4,7	5,6	4,3	6,0	3,9
Bicyclette	5,1	3,8	47,8	45,4	20,9	34,0	23,4	39,0
Radio	7,6	36,0	43,9	23,3	18,9	20,3	22,5	26,1
Matériel de pêche et ou de chasse	34,3	51,4	28,1	44,8	24,5	56,9	29,5	43,9
Téléphone	11,9	27,1	57,0	23,7	25,0	23,1	30,2	24,5
Chaises plastiques	0,7	6,8	12,3	2,8	3,6	2,0	5,3	3,8
Panneau solaire	7,6	17,5	39,5	21,8	23,5	24,0	22,4	21,3
Effectif des ménages	277	292	228	317	196	350	701	959

Dans l'ensemble si on considère les trois zones de santé, la houe, la hache et la machette sont les biens de valeur les plus possédés par les ménages, soit par 94,1% de ménages de la population hôte et 71,5% dans les ménages des réfugiés. Après ces biens, c'est le matériel de pêche et de chasse qui est possédé dans l'ensemble par 43,9% des ménages de la population hôte et 29,5% des ménages réfugiés habitant les trois zones de santé. La bicyclette vient en troisième lieu et ce bien est possédé par 39,0% de ménages de la population hôte et 23,4% dans les ménages des réfugiés. Après la bicyclette, c'est le téléphone portable qui est possédé par 30,2% de ménages réfugiés, mais un peu moins chez les ménages de la population hôte, soit 24,5%.

4.2.1.5 POSSESSION DES ANIMAUX

Le tableau 5.5 reprend le nombre moyen d'animaux possédés dans les ménages des réfugiés et population hôte de trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains

Tableau 5.5 : Nombre d'animaux possédés par les ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés dans les ZS Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Domaine	effectif	Nombre moyen d'animaux possédés					
		Bœuf	Chèvre	Mouton	Porcs	Volailles	Autres
ZS Mobayi Mbongo							
Réfugiés	277	0,00	0,18	0,11	0,13	0,75	0,03
Population hôte	292	0,03	1,65	0,57	0,97	4,54	0,39
ZS Yakoma							
Réfugiés	228	0,00	0,89	0,18	0,14	2,81	0,09
Population hôte	317	0,00	0,96	0,28	0,28	3,52	0,19
ZS Monga							
Réfugiés	196	0,00	0,48	0,04	0,00	0,99	0,07
Population hôte	350	0,05	0,62	0,03	0,28	2,61	0,25
Ensemble des ZS							
Réfugiés	701	0,00	0,50	0,11	0,09	1,49	0,06
Population hôte	959	0,03	1,04	0,28	0,49	3,50	0,27

Si on prend les trois zones ensemble, les données de ce tableau montrent que ce sont les volailles les plus possédées par les ménages, avec une moyenne de 3,5 volailles dans les ménages de la population hôte et 1,49 dans les ménages des réfugiés. Les volailles sont suivies par les chèvres avec une moyenne de 1,04 chèvre dans la population hôte et un peu moins pour les réfugiés, soit 0,5 en moyenne. Il faut noter que pour chaque type d'animal, le nombre d'animaux possédés est plus élevé dans la population hôte que chez les réfugiés.

4.2.1.6 SOURCES DE REVENUS DES MENAGES

En ce qui concerne les sources de revenus, une des questions a porté sur le transfert monétaire. Il a été demandé notamment aux ménages réfugiés habitant les trois zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga) si le ménage reçoit un transfert monétaire. Les résultats du tableau qui suit montrent que seulement 14 ménages chez les réfugiés (2%) et 12 ménages (1,3%) dans la population hôte ont affirmé recevoir un transfert monétaire de type Cash (5 ménages), argent contre travail (3 ménages), bon de nourriture (2 ménages), ou autres (4 ménages).

Tableau 5.6 : Proportion (%) de ménages (réfugiés et population hôte) enquêtés qui déclarent recevoir un transfert monétaire de la part d'une ONG/Agence, Enquêtes SMART/SENS, 2019

Domaine	Effectif	%des ménages qui déclarent recevoir un transfert monétaire de la part d'une ONG/Agence
ZS Mobayi Mbongo		
Réfugiés	277	2,2
Population hôte	292	2,1
ZS Yakoma		
Réfugiés	228	2,2
Population hôte	317	1,3
ZS Monga		
Réfugiés	196	0,4
Population hôte	350	0,6
Ensemble des ZS		
Réfugiés	701	2,0
Population hôte	959	1,3

4.2.2 NUTRITION

4.2.2.1 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6-59 MOIS

a. Description de l'échantillon selon l'âge et le sexe

Le tableau 5.7 présente par âge et sexe, l'échantillon d'enfants âgés de 6-59 mois enquêtés dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

Tableau 5.7: Distribution de l'échantillon (en %) selon l'âge et le sexe des enfants enquêtés dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

CARACTERISTIQUES	AGES EN MOIS					Effectif	%
	6-11mois	12-23mois	24-35mois	36-47mois	48-59mois		
Sexe							
Masculin	52,5	50,8	53,4	49,9	54,0	1128	52,1
Féminin	47,5	49,2	46,6	50,1	46,0	1039	47,9
Sex ratio							
Garçons/filles	1,1	1,0	1,1	1,0	1,2	2167	1,1
Zones de santé							
Mobayi Mbongo	11,3	17,8	23,0	26,0	21,9	770	100,0
Yakoma	10,8	22,8	24,4	21,9	20,1	716	100,0
Monga	10,9	20,4	23,9	24,1	20,7	681	100,0
Ensemble							
%	11,0	20,3	23,8	24,0	21,0	2167	100,0

Dans l'ensemble 2167 enfants ont été enquêtés dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains, dont 770 dans la ZS de Mobayi Mbongo, 716 dans la ZS de Yakoma et 681 dans la ZS de Monga.

Le tableau 5.7 montre que 1128 (52,1%) sont de sexe masculin contre 1039 de sexe féminin (47,9%), ce qui donne un sex ratio de 1,1, ce qui signifie que l'échantillon est équilibré. Si on regarde chaque tranche d'âge séparément, les sex ratios se situent dans la fourchette entre 0,8 et 1,2 qui est recommandé, ce qui montre encore la bonne qualité des données collectées.

b. Prévalence de la malnutrition aigüe en fonction du rapport poids /taille

Les prévalences de la malnutrition aiguë par zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains selon les standards OMS 2006 exprimées en Z scores sont présentés dans le tableau 5.8.

Pour chaque zone de santé, les prévalences sont présentées pour la population réfugiée, la population hôte ainsi que l'ensemble.

Tableau 5.8: Prévalences de la malnutrition aiguë selon l'indice poids/taille (P/T) en Z-Scores par zone de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

Province/ zones de sante	Strates	Effectif	Malnutrition aiguë Globale (MAG) (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) % à 95% IC	Malnutrition aiguë Modérée(MAM) (<-2 z-score et >= - 3 z-score, sans œdèmes) % à 95% IC	Malnutrition aiguë sévère(MAS) (P/T <-3 Z Score et /ou œdèmes) % à 95% IC
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	361	8,0%(4,7-13,3)	7,5%(4,4-12,4)	0,6%(0,1-2,3)
	Population Hôte	397	7,1%(4,3-11,3)	4,5%(2,5-8,2)	2,5%(1,2-5,3)
	Ensemble	758	7,5%(5,3-10,7)	5,9%(4,0-8,7)	1,6%(0,8-3,1)
ZS Yakoma	Réfugiés	290	4,1%(2,1-8,0)	3,1%(1,7-5,6)	1,0%(0,3 -3,2)
	Population Hôte	412	4,4 %(2,7-7,1)	3,2%(1,7-5,7)	1,2%(0,5 -2,8)
	Ensemble	701	4,1%(2,8-6,1)	3,1%(2,1-4,7)	1,0%(0,5-2,0)
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	231	6,1%(3,6-9,9)	6,1%(3,6-9,9)	0,0%(0,0-0,0)
	Population Hôte	434	8,3%(5,9-11,6)	6,5%(4,4-9,3)	1,8%(1,0-3,3)
	Ensemble	665	7,5%(5,7-9,9)	6,3%(4,7-8,4)	1,2%(0,6-2,3)
Ensemble ZS					
	Réfugiés	882	6,2%(4,4-8,8)	5,7%(3,9-8,1)	0,6%(0,3-1,2)
	Population Hôte	1242	6,4%(4,9-8,4)	4,8%(3,5-6,4)	1,7%(1,0-2,8)
	Ensemble	2124	6,4%(5,2-8,0)	5,1%(4,1-6,4)	1,3%(0,9-2,0)

Pour toutes les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi, et du Bas Uélé, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est de 6,4% (5,2-8,0), la prévalence de la malnutrition aiguë modérée est de 5,1% (4,1-6,4), tandis que la prévalence de la malnutrition aiguë sévère est de 1,3% (0,9-2,0).

Par zone de santé, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) dépasse le seuil acceptable de 5% dans les deux zones de santé Mobayi Mbongo et Monga avec un taux de 7,5%. Pour la ZS de Yakoma, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est acceptable car en dessous du seuil de 5%, soit 4,1%. S'agissant de la malnutrition aiguë sévère, les taux sont dans les limites acceptables dans toutes les trois zones de santé.

Lorsqu'on considère la situation nutritionnelle des réfugiés et de la population hôte de ces trois zones de santé, globalement il n'y a pas de différence statistique des taux de MAG, soit 6,2%(4,4-8,8) pour les réfugiés et 6,4%(4,9-8,4) pour la population hôte.

Toutefois, on doit noter une situation critique dans la population hôte de la ZS de Mobayi Mbongo, où le taux de malnutrition aiguë sévère(MAS) dépasse le seuil de 2%, soit 2,5% alors que ce taux chez les réfugiés, est de 0,6%.

c. Estimation du nombre de cas de malnutrition aiguë (P/T), chez les enfants par camp des réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas-Uele.

Tableau 5.8b : Nombre de cas de malnutrition aiguë selon l'indice poids/ taille (P/T) chez les enfants par zone de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

Province/ zones de sante	Strates	Population estimée ⁷	Population 6-59 mois estimée ⁸	Prévalence de la malnutrition trouvée dans l'enquête			Estimation des cas de malnutrition		
				Globale	Modérée	Sévère	Globale	Modérée	Sévère
Province Nord Ubangi									
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	35455	6027	8,00%	7,50%	0,60%	482	452	36
	Population Hôte	120106	20418	7,10%	4,50%	2,50%	1450	919	510
	Ensemble	155561	26445	7,50%	5,90%	1,60%	1983	1560	423
ZS Yakoma	Réfugiés	8343	1418	4,10%	3,10%	1,00%	58	44	14
	Population Hôte	105276	17897	4,40%	3,20%	1,20%	787	573	215
	Ensemble	113619	19315	4,10%	3,10%	1,00%	792	599	193
Province Bas Uélé									
ZS Monga	Réfugiés	3112	529	6,10%	6,10%	0,00%	32	32	0
	Population Hôte	87140	14814	8,30%	6,50%	1,80%	1230	963	267
	Ensemble	90252	15343	7,50%	6,30%	1,20%	1151	967	184
Ensemble ZS									
	Réfugiés	46910	7974.7	6,20%	5,70%	0,60%	494	455	48
	Population Hôte	312522	53128.74	6,40%	4,80%	1,70%	3400	2550	903
	Ensemble	359432	61103.44	6,40%	5,10%	1,30%	3911	3116	794

La conversion des données en valeur absolue montre qu'au moment des enquêtes :

- dans la zone de santé de Mobayi Mbongo (exclus le camp des réfugiés de Inke) environ 1983 enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë global (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) dont 482 enfants réfugiés ;
- dans la zone de santé de Yakoma cette proportion est de 792 enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë global (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) dont 58 enfants réfugiés et ;
- dans la zone de santé de Monga l'estimation montre 1151 enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë global (P/T <-2 Z score et /ou œdèmes) dont 32 enfants réfugiés.

⁷Sur le plan démographique, on compte 155561 personnes dans la zone de santé de Mobayi Mbongo (camp de Inke exclus), 113619 personnes dans la zone de santé de Yakoma et 90252 personnes dans la zone de santé de Monga selon la section Protection de l'UNHCR (données démographiques mises à jour au 30 Septembre 2018).

⁸Etant donné que la plupart de ses enfants sont né en RDC l'estimation a été faite en appliquant les proportions du MINISTERE DE LA SANTE (RDC), consultation Pré scolaire(CPS), manuel d'orientation, Edition 2015 encore en application et qui chiffre à 17% la tranche des enfants de 6 à 59 mois.

d. Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, Z- scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/taille

Le tableau 5.9 donne les moyennes des indices nutritionnels par camp des réfugiés centrafricains et dans l'ensemble, les effets de grappes, les données hors normes ainsi que les Z scores non disponibles pour l'indice poids pour taille des données des enquêtes dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé.

Tableau 5.9 : Moyennes des indices nutritionnels, effets de grappe, Z-scores non disponibles et données hors normes pour l'indicateur poids/ taille, Enquêtes SMART SENS, 2019

Province	Zones de santé	Effectif	Moyenne Z-scores	Effet de grappe	Z-scores non disponible	Z-scores hors normes
NORD UBANGI	Mobayi Mbongo	751	-0,15±1,11	1,93	10	9
	Yakoma	695	-0,04±1,00	1,00	7	15
BAS UELE	Monga	662	-0,20±1,12	1,00	3	16
	Ensemble	2110	-0,13±1,08	1,51	20	38

Les valeurs moyennes des Z scores pour les deux camps montrent globalement que la distribution est proche de la population de référence.

Pour l'effet de grappe de l'indice poids/taille, il est de 1 dans les zones de santé de Yakoma et Monga, ce qui montre que la situation est homogène. Pour la ZS de Mobayi Mbongo, l'effet de grappe est de 1,5 témoignant une certaine hétérogénéité de la malnutrition aiguë.

e. Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du Périmètre brachial (PB)

Le périmètre brachial est particulièrement utilisé dans le dépistage de la malnutrition aiguë et un bon indicateur pour identifier les enfants à risque de mortalité. Les prévalences de la malnutrition aiguë selon le PB sont présentées dans le tableau 5.10. Ces prévalences sont présentées dans l'ensemble, par zone de sante et par catégorie de population à savoir les réfugiés et la population hôte ayant accueilli les réfugiés.

Tableau 5.10: Prévalences de la malnutrition aiguë selon le Périmètre brachial (PB) par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

Province/zones de sante	Strates	Effectif	Malnutrition aiguë Globale (PB <125 mm) et/œdèmes) % à 95% IC	Malnutrition aiguë Modérée(MAM) PB (< 125 mm et >= 115 mm, sans œdèmes)% à 95% IC	Malnutrition aiguë sévère(MAS) (PB <115 mm) % à 95% IC
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	368	10,1%(6,0-16,4)	7,6%(4,4-12,7)	2,4%(1,1-5,3)
	Population Hôte	400	12,0%(7,5-18,6)	8,8%(5,0-15,0)	3,3%(1,7-6,2)
	Ensemble	768	11,1%(7,9-15,3)	8,2%(5,5-12,0)	2,9%(1,8-4,6)
ZS Yakoma	Réfugiés	296	4,7%(2,9-7,5)	3,4%(1,8-6,1)	1,4%(0,5-3,5)
	Population Hôte	420	7,4%(4,5-11,8)	4,8%(3,0-7,6)	2,6%(1,2-5,5)
	Ensemble	716	6,3%(4,3-9,0)	4,2%(2,8-6,2)	2,1%(1,2-3,8)
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	235	11,1%(7,3-16,4)	8,9%(5,7-13,7)	2,1%(0,7-6,4)
	Population Hôte	431	10,4%(6,3-16,8)	5,8%(4,0-8,4)	4,6%(1,9-10,9)
	Ensemble	666	10,7%(7,5-14,9)	6,9%(5,1-9,3)	3,9%(1,8-7,8)
Ensemble ZS					
	Réfugiés	889	8,6%(6,5-11,1)	6,6%(4,7-9,0)	2,0%(1,2-3,3)
	Population Hôte	1251	9,9%(7,5-12,9)	6,4%(4,9-8,4)	3,5%(2,1 -5,9)
	Ensemble	2150	9,3%(7,6-11,4)	6,5%(5,2-8,0)	2,9%(1,9-4,3)

Pour les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains pris ensemble, 9,3% enfants de 6-59 mois souffrent de la malnutrition aiguë globale selon le PB, 6,5% ont la malnutrition aiguë modérée et 2,9% sont malnutris de façon sévère si on considère leur périmètre brachial.

L'analyse des résultats par zone de santé montre que les prévalences de MAG chez les enfants de 6-59 mois mesurés par le PB dépassent 10% dans la zone de santé de Mobayi Mbongo, soit un taux de 11,1% (10,1% chez les réfugiés et 12,0% dans la population hôte). La prévalence dépasse également 10% dans la Zone de santé de Monga avec un taux de 10,7% (11,1% chez les réfugiés et 10,4% dans la population hôte), Dans la zone de Yakoma, le taux de MAG est en dessous de 10%, soit un taux de 6,3% (4,7% chez les réfugiés et 7,4% dans la population hôte).

S'agissant de la malnutrition aiguë sévère mesurée par le PB, les taux dépassent le seuil de 2% dans toutes les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains.

f. Prévalence de l'insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale exprime à la fois les effets d'une malnutrition passée et récente, C'est cet indicateur qui est utilisé pour les consultations préscolaires, Le tableau 5.11 présente les données sur les enfants âgés de 6-59 mois souffrant d'une insuffisance pondérale ou le rapport poids pour âge.

Tableau 5.11 : Prévalences de l'insuffisance pondérale selon le rapport poids par âge par zone de santé ayant accueillie les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé

Province/zones de santé	Strates	Effectif	Insuffisance pondérale Globale (P/A <-2Z score) % à 95% IC	Insuffisance pondérale Modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)% à 95% IC	Insuffisance pondérale Sévère (P/A <-3 Z score) % à 95% IC
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	361	18,3% (13,1-24,9)	14,7% (10,5 -20,1)	3,6% (1,6-7,8)
	Population Hôte	388	20,9% (16,5 -26,1)	18,0% (14,0-22,9)	2,8% (1,4-5,6)
	Ensemble	749	19,6% (16,1-23,7)	16,4% (13,5-19,8)	3,2% (1,8-5,5)
ZS Yakoma	Réfugiés	393	17,7% (13,0-23,7)	14,7% (10,9-19,5)	3,1% (1,4-6,5)
	Population Hôte	408	15,7% (12,1-20,0)	14,2% (10,8-18,5)	1,5% (0,6-3,5)
	Ensemble	701	16,5% (13,5-20,1)	14,4% (11,8-17,5)	2,1% (1,2-3,8)
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	239	20,5% (15,1-27,3)	14,6% (10,3-17,5)	5,9% (2,9-11,6)
	Population Hôte	438	21,5% (18,0-25,4)	15,5% (12,2-19,6)	5,9% (4,2-8,4)
	Ensemble	677	21,1% (18,1-24,5)	15,2% (12,5-18,4)	5,9% (4,2-8,2)
Ensemble ZS					
	Réfugiés	892	18,6% (15,9-21,6)	14,7 % (12,5-17,2)	3,9% (2,7-5,6)
	Population Hôte	1232	19,3% (17,2-21,6)	15,9% (13,8-18,2)	3,4% (2,6-4,4)
	Ensemble	2125	19,1% (17,3-20,9)	15,4% (13,8-17,1)	3,7% (2,9-4,7)

La prévalence de l'insuffisance pondérale globale pour l'ensemble de trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains est de 19,1%(17,3-20,9) ; la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée est de 15,4% (13,1-17,1) et la prévalence de l'insuffisance pondérale sévère est de 3,7% (2,9-4,7)

Par type de population, on ne note pas de grandes différences dans la prévalence de l'insuffisance pondérale entre les réfugiés et la population hôte, soit un taux de l'insuffisance pondérale globale de 18,6% chez les réfugiés et 19,3% chez la population hôte

Par zone de santé, la prévalence de l'insuffisance pondérale globale la moins élevée est notée dans la zone de santé de Yakoma avec un taux de 16,5% et la plus élevée dans la Zone de santé de Monga avec un taux de 21,1%, Il en est de même pour l'insuffisance pondérale sévère. Le taux de l'insuffisance pondérale sévère le plus élevé est trouvé dans la zone de santé de Monga avec un taux de 5,9% et le moins élevé dans la zone de santé de Yakoma avec un taux de 2,1%,

g. Prévalence de la malnutrition chronique

La malnutrition chronique ou retard de croissance est un indicateur qui reflète la situation du passé. Les données sur le retard de croissance des enfants âgés de 6-59 mois sont contenues dans le tableau 5.12

Tableau 5.12 : Prévalences de la malnutrition chronique selon le rapport taille par âge par zone de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé					
Province/zones de santé	Strates	Effectif	Malnutrition chronique globale (T/A < -2 Z Score), % à 95% IC	Malnutrition chronique Modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score), % à 95% IC	Malnutrition chronique sévère (T/A < -3 Z Score), % à 95% IC
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	351	42,7% (37,1-48,6)	27,4% (22,8-32,4)	15,4% (11,7-20,0)
	Population Hôte	396	48,7% (43,6-53,9)	33,3% (28,7-38,3)	15,4% (12,5-18,8)
	Ensemble	746	46,2% (42,3-50,2)	30,6% (27,2-34,1)	15,7% (13,4-18,3)
ZS Yakoma	Réfugiés	410	46,8% (41,1 -52,6)	31,2% (26,0-37,0)	15,6% (11,5-16,0)
	Population Hôte	289	42,2% (35,8-48,9)	28,7% (22,6-35,8)	13,5% (12,7-19,0)
	Ensemble	699	44,9% (40,6-49,9)	30,2 % (26,2-34,4)	14,7% (12,3 -17,5)
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	236	48,3% (43,4-53,3)	37,3% (33,0-41,8)	11,0% (7,6-15,6)
	Population Hôte	435	47,6% (42,5-52,7)	33,1% (27,5-39,2)	14,5% (11,3-18,3)
	Ensemble	671	48,0% (44,3-51,7)	34,7% (30,8-38,8)	13,3% (10,9-16,2)
Ensemble ZS					
	Réfugiés	876	44,1% (40,4-47,8)	30,5% (27,1-34,1)	13,6% (11,5-16,0)
	Population Hôte	1241	47,8% (44,9-50,7)	32,6% (29,7-35,5)	15,2% (13,7-16,9)
	Ensemble	2117	46,3% (43,8-48,8)	31,7% (29,5-34,0)	14,6% (13,3-16,0)

La prévalence de la malnutrition chronique globale pour l'ensemble de trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains est de 46,3%(43,8-48,8), la prévalence de la malnutrition chronique modérée est de 31,7% (29,5-34,0), et la prévalence de la malnutrition chronique sévère est de 14,6% (13,3-16,0).

Par type de population, de façon globale, on ne note pas de grandes différences dans la prévalence de la malnutrition chronique globale entre les réfugiés et la population hôte, soit un taux de la malnutrition chronique globale de 44,1% chez les réfugiés et 47,8% dans la population hôte. Selon les seuils définis sur la malnutrition, ces taux placent les réfugiés ainsi que les populations hôtes dans une situation critique d'urgence, rappelons que le seuil acceptable de malnutrition chronique dans une population est < 20%.

Par zone de santé, la prévalence de la malnutrition chronique globale la moins élevée est notée dans la zone de santé de Yakoma avec un taux de 44,9% et la plus élevée dans la Zone de santé de Monga avec un taux de 48,0%. Pour la malnutrition chronique sévère, le taux le plus élevé est

trouvé dans la zone de santé de Mobayi Mbongo avec un taux de 15,7% et le taux moins élevé dans la zone de santé de Monga avec un 13,3 %.

4.2.2.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE RÉPRODUCTION

La mesure du périmètre brachial a servi aussi à mesurer le niveau de malnutrition des femmes en âge de reproduction, âgées de 15-49 ans. Le tableau 5.13 donne les prévalences de la malnutrition chez les femmes en âge de reproduction par zone de santé et dans l'ensemble

Tableau 5.13 : Prévalences de la malnutrition mesurée par le périmètre brachial chez les femmes en âge de reproduction par zone de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé				
		Effectif	% PB inférieur à 230 mm, % à 95% IC	PB moyen à 95% IC
Province Nord Ubangi				
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	310	3,2% (1,3-5,2)	258,5(256,0-260,6)
	Population Hôte	326	1,5% (0,3-3,0)	259,2(256,8-261,2)
	Ensemble	636	2,4%(1,3-3,6)	258,8(257,2-260,4)
ZS Yakoma	Réfugiés	265	1,5% (0,4-3,0)	260,4(257,9-262,7)
	Population Hôte	370	1,9% (0,8-3,5)	260,7(258,8-262,7)
	Ensemble	635	1,7 %(0,9-2,8)	260,6(259,0-262,0)
Province Bas Uélé				
ZS Monga	Réfugiés	279	3,2% (1,3-5,4)	258,7(256,7-260,7)
	Population Hôte	511	3,5% (2,1-5,2)	261,7(259,8-263,9)
	Ensemble	790	3,4%(2,3-4,7)	260,7(259,2-261,9)
Ensemble ZS				
	Réfugiés	854	2,7% (1,6-3,9)	259,1(257,7-260,5)
	Population Hôte	1207	2,5% (1,7-3,3)	259,1(257,7-260,5)
	Ensemble	2061	2,6% (1,9-3,3)	260,0(259,1-260,9)

Dans l'ensemble, la prévalence de la malnutrition mesurée par le PB chez les femmes habitant les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains est de 2,6% (1,9-3,3). L'analyse des résultats par type de population montre qu'il n'y a pas de différence entre les femmes réfugiées et les femmes de la population hôte, soit une prévalence de 2,7%chez les réfugiés et 2,5% chez les femmes de la population hôte

Par zone de santé, on note que la prévalence est moins élevée dans la zone de santé de Yakoma, soit 1,7% alors que les prévalences sont de 3,4% dans la ZS de Monga et 2,4% dans celle de Mobayi Mbongo

4.2.2.3 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION

a. Couverture des programmes de prise en charge nutritionnelle

Le tableau 5.14 présente les données sur la couverture des programmes de prise en charge nutritionnelles.

Tableau 5.14 : Couverture des programmes de nutrition UNTI/UNTA/UNS chez les enfants de 6-59 mois par zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS	Strates	Couverture UNS, UNTA et UNTI		(%) Référence vers les structures lors de l'enquête
		Total malnutris trouvés par l'enquête	% total fréquentant les structures	
Province Nord Ubangi				
ZS Mobayi Mbongo	Refugiés	29	3,4	58,6
	Population hôte	28	17,8	53,6
	Ensemble	57	10,5	56,2
ZS Yakoma	Refugiés	12	0	41,6
	Population hôte	18	0	66,7
	Ensemble	30	0	56,7
Province Bas Uélé				
ZS Monga	Refugiés	14	0	100
	Population hôte	36	2,7	97,2
	Ensemble	50	2,0	100
Ensemble				
	Refugiés	57	12,3	85,9
	Population hôte	80	7,5	77,5
	Ensemble	137	9,4	73,7

Dans l'ensemble des trois zones de santé des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé ayant accueilli les réfugiés centrafricains, il a été trouvé 137 enfants âgés de 6-59 mois souffrant de malnutrition aussi bien dans la population hôte et chez les ménages réfugiés. Parmi eux 13 fréquentaient les programmes de prise en charge, soit au niveau des UNTA, des UNTI ou UNS, soit une couverture de 9,4%. L'analyse des données de couverture par type de population montre que la couverture est relativement plus élevée chez les réfugiés, soit 12,3%, alors qu'elle est de 7,5% dans la population hôte

En ce qui concerne la référence vers les structures de prise en charge des cas de malnutris rencontrés lors des enquêtes, les données collectées montrent que dans l'ensemble pour les trois zones de santé pris ensemble, 101 enfants malnutris ont été référés vers les structures, soit 73,7%. C'est dans la ZS de Monga où tous les enfants trouvés malnutris ont été référés vers les structures de santé,

b. Couverture vaccination contre la rougeole

Pour l'UNHCR, la recommandation pour les camps est de 95%. Le tableau 5.15 présente le niveau de couverture sur la vaccination contre la rougeole dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé.

Tableau 5.15 : Couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 9-59 mois dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019					
Province/zones de santé	Strates	Effectif	Vaccination confirmée par un document (carte), % à 95% IC	Vaccination selon les déclarations des parents, % à 95% IC	Non Vaccinées % à 95% IC
Province Nord Ubangi					
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	347	4,6%(2,5-7 ,1)	49,6%(44,5-54 ,6)	45,8%(40,3-51,1)
	Population Hôte	377	8,5%(5,8-11 ,2)	76,9%(72,4-80 ,8)	14,6%(11,2-18,3)
	Ensemble	724	6,6%(4,8-8 ,6)	63,8%(60,2-67 ,3)	29,6%(26,2-32,7)
ZS Yakoma	Réfugiés	280	10,0%(6,8-13 ,6)	68,6%(62,7-73 ,7)	21,4%(16,9-26,7)
	Population Hôte	399	3,8%(2,1-5 ,8)	80,7%(76,8-84 ,4)	15,5%(12,0-19,2)
	Ensemble	679	6,3%(4,5-8 ,2)	75,7%(72,6-78 ,6)	18,0%(15,1-20,9)
Province Bas Uélé					
ZS Monga	Réfugiés	226	8,0%(4,5-11 ,6)	42,0%(35,6-49 ,1)	50,0%(43,3-56,2)
	Population Hôte	424	5,0%(3,0-6 ,9)	78,1%(74,2-81 ,9)	17,0%(13,5-20,3)
	Ensemble	650	6,0%(4,1-8 ,0)	65,5%(62,2-69 ,4)	28,5%(24,7-31,9)
Ensemble ZS					
	Réfugiés	853	7,3%(5,5-9 ,0)	53,8%(50,6-57 ,6)	38,9%(35,4-42,4)
	Population Hôte	1200	5,7%(4,5-7 ,0)	78,6%(76,1-80 ,9)	15,8%(13,7-18,1)
	Ensemble	2053	6,3%(5,4-7 ,4)	68,3%(66,3-70 ,4)	25,4%(23,5-27,3)

Lorsqu'on prend ensemble les réfugiés et les populations hôtes, sur 2053 enfants âgés de 9-59 mois enquêtés, 6,3% ont été vaccinés contre la rougeole avec preuve (vérifiée sur une carte), 68,3% ont été vaccinés selon les déclarations des mères et 25,4% n'ont pas été vaccinés du tout. Si on combine le pourcentage des enfants vaccinés avec preuve ou sur déclaration des parents, la couverture globale est de 74,6%, ce taux n'est pas conforme aux recommandations de santé publique qui exige une couverture d'au moins 80%

L'analyse de ces données par type de population montre que la couverture vaccinale est élevée dans la population hôte par rapport à la population réfugiée, soit une couverture totale de 61,1% dans la population des réfugiés et une couverture de 84,3% pour les enfants âgés de 9-59 mois de la population hôte. Cette situation de faible taux de vaccination est plus notée auprès des réfugiés vivant dans la ZS de Monga où on a noté que la moitié d'enfants de 9-59 mois n'étaient pas vaccinés contre la rougeole. De même, dans la ZS de Mobayi Mbongo, la situation de vaccination contre la rougeole chez les enfants des réfugiés n'est pas bonne non plus, car l'enquête a trouvé 45,8% d'enfants âgés de 9-59 mois non vaccinés contre la rougeole

c. Couverture de la supplémentation en vitamine A

La supplémentation en vitamine A est faite au travers les Journées de santé ou en stratégie de renforcement du PEV de routine (RPR). Les données sur la couverture en supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois vivant dans les ménages des réfugiés et dans la population hôte sont reprises dans le tableau 5.16.

Tableau 5.16 : Couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6-59 mois dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS		Effectif	Supplémentés en vit A % à 95% IC	Non Supplémentés en vit A % à 95% IC
Province Nord Ubangi				
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	368	62,2 (57,5-67,4)	37,8 (32,6-42,5)
	Population Hôte	401	90,5 (87,3-93,3)	9,5 (6,7-12,7)
	Ensemble	770	77,0 (74,0-80,7)	23,0 (19,1-26,0)
ZS Yakoma	Réfugiés	296	89,5 (85,6-92,8)	10,5 (7,2-14,4)
	Population Hôte	420	91,4 (88,8-93,9)	8,6 (6,1-11,2)
	Ensemble	716	90,6 (88,5-92,7)	9,4 (7,3-11,5)
Province Bas Uélé				
ZS Monga	Réfugiés	240	72,5 (67,1-78,1)	27,5 (21,9-32,9)
	Population Hôte	441	78,0 (74,2-81,9)	22,0 (18,1-25,8)
	Ensemble	681	76,1 (72,8-79,0)	23,9 (21,0-27,2)
Ensemble ZS				
	Réfugiés	904	73,9 (71,1-76,7)	26,1 (23,3-28,8)
	Population Hôte	1263	88,5 (84,5-88,3)	13,5 (11,7-15,5)
	Ensemble	2167	81,2 (80,2-83,7)	18,8 (16,3-19,8)

Dans l'ensemble sur 2167 enfants âgés de 6-59 mois enquêtés, 81,2 % ont été supplémentés en vitamine A, contre 18,8% non supplémentés. Pour l'ensemble des trois zones de santé, la couverture est bonne car supérieure à 80% qui est la norme Sphère. Mais la situation vue par zone de santé, la couverture prise dans son ensemble, n'atteint pas 80% dans les ZS de Monga et Mobayi Mbongo, soit respectivement 76,1% et 77,0%.

Par type de population, la couverture de supplémentation en vitamine A est inférieure à 80% chez les enfants des réfugiés, soit 73,9%. Cette situation est plus notée chez les enfants des réfugiés habitant les Zones de Santé de Monga où la couverture est de 72,5% et dans la zone de santé de Mobayi Bongo avec une couverture de 62,2%.

d. Couverture de déparasitage au mébendazole

Le tableau 5.17 présente les données sur la couverture en déparasitage des enfants âgés de 12-59 mois.

Tableau 5.17 : Déparasitage au mébendazole chez les enfants de 12-59 mois dans la population hôte des trois ZS et réfugiés Centrafricains des zones de santé des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS	Type de population	Effectif	Déparasités au mébendazole % à 95% IC	Non déparasités au mébendazole % à 95% IC
Province du Nord Ubangi				
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	322	64,0 (58,6-69,1)	36,0 (30,9-41,4)
	Population Hôte	361	92,5 (89,6-95,1)	7,5 (4,9-10,4)
	Ensemble	683	79,1 (75,8-81,9)	20,9 (18,1-24,2)
ZS Yakoma	Réfugiés	232	89,6 (85,7-92,9)	10,4 (7,1-14,3)
	Population Hôte	380	92,9 (90,2-95,4)	7,1 (4,6-9,8)
	Ensemble	639	91,5 (89,4-93,6)	8,5 (6,4-10,6)
Province Bas Uélé				
ZS Monga	Réfugiés	210	68,1 (61,9-74,3)	31,9 (25,7-38,1)
	Population Hôte	397	78,8 (74,6-82,7)	21,2 (17,3-25,4)

	Ensemble	607	75,1 (71,5-78,6)	24,9 (21,4-28,5)
Ensemble ZS				
	Réfugiés	791	73,5 (70,3-76,6)	26,5 (23,4-29,7)
	Population Hôte	1138	87,9 (86,1-89,8)	12,1 (10,2-13,9)
	Ensemble	1929	82,0 (80,2-83,7)	18,0 (16,3-19,8)

Dans l'ensemble sur 1929 enfants âgés de 6-59 mois enquêtés, 82,0 % ont été déparasités au mébendazole contre 18,0% non déparasités. Pour l'ensemble des trois zones de santé, la couverture est bonne car supérieur à 80% qui est la norme Sphère. Mais la situation vue par zone de santé, la couverture prise dans son ensemble (réfugiés et population hôte), ne dépasse pas 80% dans les ZS de Monga (68,1%) et Mobayi Mbongo (64%).

Par type de population, la couverture en déparasitage au mébendazole est inférieure à 80% chez les enfants des réfugiés, soit 73,5%. Cette situation est plus notée chez les enfants des réfugiés habitant les Zones de Santé de Monga (68,1%)et Mobayi Mbongo (64,0%).

e. Couverture en supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes

Le fer acide folique (FAF) se donne systématiquement chez les femmes enceintes dès le début de la consultation prénatale, à titre préventif jusqu'à l'accouchement. Le tableau 5.18 donne le nombre de femmes inscrites à la CPN ainsi que celles recevant le fer acide folique dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains.

Tableau 5.18 : Couverture en supplémentation en fer-acide folique (FAF) chez les femmes habitant dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019						
Province/ZS	Type de population	Effectif femmes enceintes	Actuellement inscrites en CPN		Recevant actuellement le FAF	
			n	% à 95% IC	n	% à 95% IC
Province Nord Ubangi						
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	166	65	39,2(32,5-46,2)	39	23,5(17,7-30,7)
	Population Hôte	156	86	55,1(47,6-63,1)	64	41,0(33,5-49,1)
	Ensemble	322	151	46,9(41,0-52,2)	103	32,0(26,9-37,1)
ZS Yakoma	Réfugiés	111	52	46,8(38,0-56,2)	52	46,8(37,5-55,8)
	Population Hôte	165	83	50,3(42,6-57,8)	79	47,9(40,5-55,9)
	Ensemble	276	135	48,9(43,1-54,7)	131	47,5(41,3-52,9)
Province Bas Uélé						
ZS Monga	Réfugiés	118	63	53,4(44,4-62,4)	37	31,4(23,7-40,2)
	Population Hôte	190	107	56,3(49,5-63,5)	94	49,5(41,5-56,5)
	Ensemble	308	170	55,2(50,0-60,7)	131	42,5(37,0-48,1)
Ensemble ZS						
	Réfugiés	395	180	45,6(40,8-50,1)	128	32,4(27,8-37,0)
	Population Hôte	511	276	54,0(49,3-58,4)	237	46,4(41,9-50,8)
	Ensemble	906	456	50,3(47,0-53,6)	365	40,3(37,1-43,5)

Sur 906 femmes enceintes enquêtées dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains 50,3% étaient inscrites au niveau de la CPN et parmi elles, 40,3% ont affirmé recevoir les comprimés de fer acide folique(FAF).

L'analyse par type de populations montre que la proportion de femmes enceintes inscrites aux consultations prénatales(CPN) est plus élevée dans la population hôte que chez les réfugiés, soit respectivement 54,0% pour la population hôte et 45,6% pour les réfugiés. De même pour la couverture en fer acide folique, la proportion de femmes ayant reçu le FAF est plus élevée pour la population hôte avec un taux de 46,4%que chez les réfugiés avec un taux de 32,4%.

4.2.2.4 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pour mesurer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les questions ont porté sur la mise au sein dans l'heure, l'allaitement exclusif, l'allaitement continu à 1 an et à 2 ans, l'alimentation de complément (fréquence et diversité) ainsi que l'utilisation du biberon. Les résultats sur ces questions sont contenus dans les tableaux 5.19 et 5.20.

a. Pratiques de l'allaitement

Le tableau 5.19 présente les différents indicateurs sur les pratiques de l'allaitement des enfants vivant dans les zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga) abritant les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé.

Tableau 5.19 : Pratiques d'allaitement des enfants vivant dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS	Enfants déjà allaités		Mise au sein dans l'heure		Allaitement exclusif		Poursuite de l'allaitement à 1 an		Poursuite de l'allaitement à 2 ans	
	% d'enfants de 0-23 mois déjà été allaités		% d'enfants 0-23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure		% d'enfants de 0-5 mois allaités exclusivement		% d'enfants de 12-15 mois allaités		% d'enfants de 20-23 mois allaités	
	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC
ZS Mobayi Mbongo										
Réfugiés	158	98,7% (96,8-100,0)	158	77,8% (71,5-84,2)	47	70,2% (55,3-83,0)	22	72,7% (52,4-90,5)	17	58,8% (35,0-83,3)
Population Hôte	195	99,0% (97,4-100,0)	195	79,0% (73,3-84,6)	64	76,6% (65,6-85,9)	29	86,2% (72,0-97,3)	25	52,0% (32,3-72,4)
Ensemble	353	98,9% (97,7-99,7)	353	78,5% (73,7-82,7)	111	73,9% (65,8-82,0)	51	80,4% (69,0-90,9)	42	54,8% (40,0-69,7)
ZS Yakoma										
Réfugiés	140	97,9% (95,0-100)	140	70,0% (62,2-77,1)	51	88,2% (78,4-96,1)	21	100,0%	15	66,7% (41,7-91,6)
Population Hôte	228	98,2% (96,5-99,6)	228	76,3% (70,6-82,0)	63	81,0% (71,4-90,5)	44	100,0%	34	61,8% (44,8-78,0)
Ensemble	368	98,1% (96,5-99,2)	368	73,9% (69,3-78,3)	114	84,2% (77,2-90,4)	65	100,0%	49	63,3% (50,0-76,0)
ZS Monga										
Réfugiés	111	99,1% (97,1-100,0)	111	32,4% (23,4-40,5)	26	50,0% (30,8-69,2)	28	75,0% (58,3-99,0)	8	25,0% (0,0-60,0)
Population Hôte	239	91,6% (87,9-95,0)	239	34,3% (28,5-40,9)	76	32,9% (22,4-43,4)	45	95,6% (88,9-100)	29	41,4% (24,2-60,0)
Ensemble	350	94,0% (91,4-96,3)	350	33,7% (28,9-38,6)	102	37,3% (28,4-46,1)	73	87,7% (79,4-94,9)	37	37,9% (22,2-53,8)
Ensemble	1071	97,0 (96,0-98,0)	1071	62,3% (59,4-65,3)	327	66,1% (60,5-71,1)	189	89,9% (85,4-94,2)	128	53,1% (44,9-62,5)

Enfants déjà allaités

Les résultats de ce tableau montrent que dans l'ensemble que ça soit dans la population hôte ou chez les réfugiés plus de 90% d'enfants âgés de 0-23 mois ont été allaités au sein. L'analyse de ces données par zone de santé montre que l'allaitement est universel dans toutes les trois Zones de Santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains car la proportion d'enfants âgés de 0-23 mois ayant été allaités ou allaités au sein dépasse 90%.

Enfant mis au sein dans l'heure qui suit la naissance

Dans l'ensemble 62,3% d'enfants ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance. Le taux de mise au sein dans l'heure est faible dans la ZS de Monga que dans les deux autres zones de santé que ça soit pour la population hôte ou chez les réfugiés.

Allaitement maternel exclusif au sein

Dans l'ensemble 66,1% d'enfants âgés de 0-5 mois des ménages réfugiés et population hôte étaient allaités exclusivement lors des enquêtes dans les trois zones de santé. Le taux d'allaitement maternel exclusif est plus élevé chez les enfants réfugiés et non réfugiés de la zone de santé de Yakoma, suivi de la zone de santé de Mobayi Mbongo. Il est généralement faible chez les enfants de la zone de santé de Monga.

Poursuite de l'allaitement au sein

En ce qui concerne la poursuite de l'allaitement au sein à 1 an, l'enquête a trouvé 89,9% d'enfants âgés de 12-15 mois allaités au sein. Concernant la poursuite de l'allaitement au sein à deux ans, la proportion est de 53,1%.

b. Pratiques de l'alimentation de complément

Les différents indicateurs sur les pratiques de l'alimentation de complément des enfants vivant dans les Zones de santé (Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga) abritant les réfugiés centrafricains dans les provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé (sont présentés dans le tableau 5.20

Tableau 5.20 : Pratiques de l'alimentation de complément des enfants vivant dans les ZS ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS	% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé les aliments solides, semi solides ou mous le nombre de fois requis		% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé les aliments appartenant à au moins 4 groupes d'aliments		% d'enfants de 6-23 mois ayant reçu au moins 4 groupes d'aliment le nombre de fois requis (Diète Minimale)	
	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC
ZS Mobayi Mbongo						
Réfugiés	111	46,6%(38,7-58,4)	98	22,4%(14,3-31,6)	95	4,2% (1,0-8,6)
Population Hôte	131	61,1%(52,7-69,2)	121	38,8% (30,6-47,9)	107	7,5% (2,9-12,8)
Ensemble	242	55,4%(49,4-61,5)	219	30,8% (27,6-38,6)	202	5,9% (2,7-9,3)
ZS Yakoma						
Réfugiés	89	65,2%(54,9-75,3)	83	28,9%(19,3-38,6)	80	11,3% (4,4-18,9)
Population Hôte	165	49,7% (42,8-57,5)	148	28,4% (21,6-35,8)	140	2,1% (0,0-5,1)
Ensemble	254	55,1% (48,9-60,9)	231	28,6% (22,9-34,5)	220	5,5% (2,7-8,3)
ZS Monga						
Réfugiés	85	47,1%(37,0-58,0)	80	21,3%(12,5-30,0)	74	4,1%(0,0-8,9)
Population Hôte	163	47,9% (40,0-55,8)	147	27,2%(19,7-34,7)	137	5,1% (1,5-9,0)
Ensemble	248	47,6% (41,5-54,5)	227	25,1%(19,5-30,5)	211	4,7% (1,9-8,0)
Ensemble ZS	744	52,7%(49,0-56,2)	677	25,8%(24,8-31,9)	633	5,4%(3,6-7,2)

La proportion d'enfants alimentés le nombre de fois requis est de 52,7% dans les trois zones de santé (Monga, Yakoma et Mobayi Mbongo) ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé.

Quant à la diversité alimentaire, c'est-à-dire, la proportion d'enfants ayant consommé la veille les aliments appartenant aux 4 groupes ; il n'y a qu'un enfant sur cinq (25,8%) d'enfants qui étaient qui a consommé au moins 4 groupes d'aliments, soit un enfant sur quatre. Si on combine la fréquence et la variété, il n'y a que 5,4% d'enfants qui avaient eu une alimentation de complément adéquate ou la diète minimale.

C. Alimentation au biberon

Il a été demandé aux mères des enfants âgés de 0-23 mois si leurs enfants avaient pris quelque chose au biberon la veille des enquêtes. Les réponses sont contenues dans le tableau 5.21.

Tableau 4.21 : Proportion d'enfants âgés de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête chez les enfants des ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains des Province du Nord et Sud Ubangi et bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Zone de santé	% d'enfants de 0-23 mois alimentés au biberon la veille de l'enquête		% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer	
	effectif	% (IC à 95%)	effectif	% (IC à 95%)
Mobayi Mbongo	353	3,7% (2,2-6,2)	242	0,0
Yakoma	368	2,5% (1,3-4,6)	254	0,0
Monga	569	4,4% (3,0-6,4)	248	1,2% (0,4-3,5)
Ensemble	1290	3,6% (2,8-4,1)	744	0,4% (0,1-1,2)

Dans l'ensemble, 3,6% d'enfants de 0 à 23 mois enquêtés avaient été nourris au biberon la veille de l'enquête. Par Zone de Santé, il a été trouvé 4,4% d'enfants nourris au bibéron la veille à Monga, 3,7% à Mobayi Mbongo et 2,5% à Yakoma.

S'agissant des enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer, les résultats de l'enquête repris dans le tableau ci haut révèle que 0,4% d'enfants dans l'ensemble ont consommé des aliments enrichis en fer.

Le même tableau renseigne que, lors de l'enquête, il n'a été trouvé aucun enfant ayant consommé les aliments riches en fer dans les Zones de Santé de Mobayi Mbongo et de Yakoma. Trois enfants soit 1,2% ont été trouvés dans la Zone de Santé de Monga.

4.2.3 SANTE

4.2.3.1 MORBIDITE

Il a été demandé dans les ménages des réfugiés et population hôte si l'enfant enquêté a été malade les deux semaines précédant l'enquête. S'il a été malade, le parent était invité de donner le type de maladie dont il a souffert. Le tableau 5.22 donne la proportion d'enfants ayant été malades dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes, ceci par zone de santé, type de population ainsi que par type de maladies dont les enfants ont souffert.

Tableau 5.22 : Morbidité rétrospective dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes chez les enfants de 6-59 mois des zones de santé ayant accueilli les réfugiés Centrafricains des provinces du Nord Ubangi et Bas Uélé, Enquêtes SMART-SENS, 2019

Province/ZS	Type de population	Effect if total	Enfants Malades % à 95% IC	Effect if malades	Type de maladie			
					Diarrhée simple % à 95% IC	IRA % à 95% IC	Fièvre % à 95% IC	Autres pathologies % à 95% IC
Province Nord Ubangi								
ZS Mobayi Mbongo	Réfugiés	368	53,0% (47,9-57,9)	195	29,2% (23,0-35,8)	23,1% (16,8-29,2)	40,5% (33,8-47,3)	7,2% (3,7-11,1)
	Population Hôte	402	37,8% (33,1-48,7)	152	28,9% (21,7-36,8)	25,0% (17,8-31,7)	42,1% (34,4-50,3)	3,9% (1,3-7,5)
	Ensemble	770	45,1% (41,8-48,7)	347	29,1% (24,5-34,0)	23,9% (19,0-28,5)	41,3% (36,0-47,3)	5,8% (3,5-8,4)
ZS Yakoma	Réfugiés	296	44,9% (39,5-50,7)	133	21,1% (13,9-27,9)	14,3% (9,0-20,6)	54,9% (45,8-63,1)	9,8% (5,1-15,3)
	Population Hôte	420	36,7% (31,9-41,2)	154	24,7% (17,9-31,8)	17,5% (11,7-23,6)	51,9 % (44,3-60,3)	5,8% (4,9-10,8)
	Ensemble	716	40,1% (36,3-43,8)	287	23,0% (18,1-28,2)	16,0% (11,8-20,2)	53,3 % (47,7-59,2)	7,7% (2,5-9,8)
Province Bas Uélé								
ZS Monga	Réfugiés	240	69,6% (63,8-75,1)	167	18,0% (12,1-24,2)	19,8% (13,7-25,6)	57,5% (50,0-65,7)	4,8% (1,8-8,0)
	Population Hôte	441	49,4% (44,7-54,4)	218	16,1% (11,1-20,4)	16,5% (11,5-21,8)	64,7% (58,7-71,2)	2,8% (0,9-5,1)
	Ensemble	681	56,5% (52,7-60,4)	385	16,9% (13,2-20,8)	17,9% (14,3-21,6)	61,6% (56,6-66,8)	3,6% (1,8-5,5)
Ensemble ZS								
	Réfugiés	905	54,7% (51,4-57,1)	495	23,2 (19,4-27,3)	19,6 (16,3-22,9)	50,1 (46,0-54,5)	7,1 (4,8-9,5)
	Population Hôte	1263	41,5% (38,7-44,7)	524	22,3 (18,8-26,0)	19,3 (16,1-22,8)	54,4 (50,2-58,4)	4,0 (2,5-5,8)
	Ensemble	2168	47,0% (44,8-49,1)	1019	22,8 (20,3-23,3)	19,4 (16,9-21,8)	52,3 (49,2-55,5)	5,5 (4,2-7,0)

Pour l'ensemble, 2168 enfant âgés de 6-59 mois ont été enquêtés sur la morbidité dans les deux semaines précédant l'enquête. Les résultats montrent que dans l'ensemble, 1019 enfants ont été malades dans les deux semaines précédant les enquêtes, soit 47,0%.

L'analyse par type de population montre une morbidité accentuée chez les enfants des ménages des réfugiés, soit 54,7% d'enfants malades dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes. Dans la population hôte, la proportion d'enfants malades dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes est de 41,5%.

Le tableau 5.22 donne aussi le type de pathologies/symptômes notées. Si on considère tous les enfants des réfugiés et des populations hôtes, la moitié d'enfants malades avaient eu de la fièvre (52,3%). Plus d'un enfant sur cinq (22,8%) avaient eu de la diarrhée simple et presque un enfant sur cinq avait eu des IRA (19,4%).

4.2.3.2 EAU, HYGIÈNE, ASSAINISSEMENT (EHA)

a. Qualité de l'eau de boisson

Le tableau 5.23 présente la situation des ménages en rapport avec l'accès à l'eau améliorée et son stockage.

Tableau 5.23: Proportion de ménages qui obtiennent l'eau de boisson à partir d'une source d'eau améliorée par zone de santé et par strate (statut de résidence), dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains, 2019.

Zone de santé	Population hôte		Population réfugiée		Ensemble	
	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC
MOBAYI -MBONGO	295	25,4% (99,5-100,0)	269	36,8% (99,5-100,0)	572	31,8% (27,9-33,3)
YAKOMA	342	21,3 % (98,8-100,0)	230	55,2% (98,8-100,0)	572	35,1% (31,2-39,2)
MONGA	350	40,3% (98,8-100,0)	193	63,8% (98,8-100,0)	546	48,5% (44,2-52,5)
ENSEMBLE	987	29,2% (26,4-32,1)	692	50,5% (46,3-54,2)	1682	38,0% (35,6-40,2)

L'observation du tableau ci-dessus indique que moins de la moitié (38%) des ménages vivant dans les zones ayant accueilli les réfugiés centrafricains obtiennent l'eau de boisson à partir des sources améliorées. Le taux est un peu plus élevé dans la zone de santé de Monga (48,5%) par rapport à Yakoma (35%) et à Mobayi-Mbongo (32%), néanmoins, il reste inférieur à 50%.

Si l'on voit cette situation en rapport avec le statut de résidence de la population, il se dégage que les réfugiés ont une situation assez bonne que la population hôte. En effet, au moins 50,5% des réfugiés centrafricains utilisent des sources de boisson améliorées dans chacune des 3 zones de santé. La situation est de loin meilleure à Monga (64% chez les réfugiés contre 40% dans la population hôte) comparativement à Yakoma (55% chez les réfugiés contre 21% dans la population hôte) et à Mobayi-Mbongo (37% chez les réfugiés contre 25% dans la population hôte).

c. Utilisation des toilettes améliorées

Cette section traite de l'utilisation et du partage des toilettes par les ménages enquêtés.

Le tableau 5.24 présente le type de toilettes utilisées par les ménages

Tableau 5.24 : Répartition des ménages enquêtés suivant le type de toilette utilisée (% à 95% IC).

Zone de santé	Type de population	Effectif(n)	Type de latrine		
			latrines améliorées	n'importe quel type de latrines	sans latrines (brousse, champ,)
ZS MOBAYI MBONGO	Population hôte	295	47,1% (41,2-53,1)	23,1% (18,1-27,8)	29,8% (24,7-35,0)
	Population réfugiée	269	32,7% (27,3-38,1)	17,1% (12,6-21,4)	50,2% (44,5-55,9)
	Ensemble	564	40,2% (36,0-44,5)	20,2% (17,0-23,6)	39,6% (35,5-43,8)
ZS YAKOMA	Population hôte	295	55,8% (50,6-60,6)	26% (21,7-30,9)	18,2% (14,1-22,4)
	Population réfugiée	277	68,3% (62,6-74,7)	20% (14,9-25,3)	11,7% (7,6-16,1)
	Ensemble	572	60,8% (56,6-64,7)	23,6% (20,1-27,3)	15,6% (12,6-18,8)
ZS MONGA	Population hôte	350	93,4% (90,6-90,1)	0,6% (0,0-1,5)	6% (3,6-8,7)

ENSEMBLE DES 3 ZONES DE SANTÉ	Population réfugiée	196	86,2% (81,2-90,7)	0%	13,8% (9,3-18,8)
	Ensemble	546	90,8% (88,3-93,2)	0,4% (0,0-0,9)	8,8% (6,4-11,3)
	Population hôte	940	66,6% (63,6-69,4)	16,1% (13,7-18,3)	17,3% (15,1-19,7)
	Population réfugiée	742	59,6% (55,7-63,3)	13,2% (10,7-15,9)	27,2% (23,7-30,7)
	Ensemble	1682	63,7% (61,3-65,9)	14,9% (13,2-16,7)	21,4% (19,5-23,3)

Les données du tableau ci-dessus révèlent que les 2 tiers des ménages enquêtés dans les 3 zones de santé (63,7%) utilisent des toilettes améliorées tandis les autres utilisent n'importe quelle toilette (14,9%) ou qu'ils n'ont pas de toilette (21,4%) et défèquent dans la brousse, dans le champ ou encore dans un sac plastique.

La situation est de loin meilleure dans la zone de santé de Monga où 9 ménages sur dix utilisent des latrines améliorées. Dans la zone de santé de Yakoma, 6 ménages sur dix utilisent des toilettes améliorées (61%) tandis que 24% utilisent n'importe quel type de toilette et environ 16% n'ont pas de latrines. Enfin, dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, seulement 40% utilisent des toilettes améliorées alors que les autres ménages n'ont pas de toilettes (40%) ou utilisent n'importe quel type de toilette.

Si on regarde au statut de résidence des ménages, on remarque que la population réfugiée vivant hors camp a des conditions moins bonnes que la population hôte. En effet, pour l'ensemble des 3 zones de santé, environ 60% des ménages réfugiés utilisent des latrines améliorées contre environ 67% dans la population hôte. La même situation est observée dans les zones de santé de Mobayi-Mbongo (32,7% dans population réfugiée contre 47,1% dans la population hôte) et dans la zone de santé de Monga (86% dans la population réfugiée contre 93% dans la population hôte). Dans la zone de santé de Yakoma par contre, la situation est contraire car 68% des ménages réfugiés utilisent des latrines améliorées contre 56% dans la population hôte.

4.2.4 SECURITE ALIMENTAIRE

4.2.4.1 CONSOMMATION ET DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DES MENAGES

a, Consommation alimentaire des ménages

Le niveau de consommation alimentaire des ménages est donné dans le tableau 5.25 ci-dessous.

Tableau 5.25 : Consommation alimentaire des aliments

Classes de consommation alimentaire (SCA)	Zone de santé de Mobayi-Mbongo		Zone de santé de Yakoma		Zone de santé de Monga		Ensemble des 3 zones de santé	
	n	% à 95% IC	n	% IC à 95%	n	% IC à 95%	n	% IC à 95%
Pauvre	28	9,2% (6,3 - 12,5)	3	1,0% (0,0 - 2,4)	36	12,5% (9,0 - 16,6)	67	7,6% (6,0 - 9,4)
Limite	87	28,7% (23,4 - 34,3)	48	16,4% (12,0 - 20,9)	101	34,9% (29,8 - 40,5)	236	26,7% (23,8 - 29,5)
Acceptable	188	62,0% (56,8 - 67,6)	241	82,5% (78,1 - 87,7)	152	52,6% (46,7 - 58,1)	581	65,7% (62,6 - 69,0)
Total	303	100% (100 - 100)	292	100% (100 - 100)	289	100% (100 - 100)	884	100% (100 - 100)

Le tableau 5.25 révèle que dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, 9% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 29% ont une consommation alimentaire limite et 62% des ménages ont une consommation alimentaire acceptable. Dans la zone de santé de Yakoma, 1 % des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 16% des ménages ont une consommation

alimentaire limite et environ 83% des ménages ont une consommation alimentaire acceptable. Dans la zone de santé de Monga par contre, 12,5% ont une consommation alimentaire pauvre, 34,9% ont une consommation alimentaire limite et 52,6% ont une consommation alimentaire acceptable. Dans l'ensemble des trois zones de santé, 8% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 27% ont une consommation alimentaire limite et 66% ont une consommation alimentaire acceptable.

Ainsi, près de la moitié des ménages (47%) sont en insécurité alimentaire dans la zone de santé de Monga parce ayant une consommation alimentaire pauvre ou limite tandis que dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, 38% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre ou limite et sont donc en insécurité alimentaire. Un peu moins des ménages (17%) sont en insécurité alimentaire dans la zone de santé de Yakoma.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Monga en phase de crise (phase 3) tandis que celle de Yakoma se retrouve en phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3,0). Dans les deux premières zones de santé (Mobayi-Mbongo et Monga), les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

b) Diversification alimentaire des ménages

Le niveau de diversification alimentaire des ménages vivant dans les deux camps est exprimé à travers le nombre de groupe d'aliments consommés et présenté dans les tableaux 5.26 et 5.27.

Tableau 5.26 : Score moyen de diversité alimentaire, par statut de résidence (strate) et par zone de santé.

Zone de santé	Population réfugiée		Population hôte		Ensemble	
	n	Moyenne à 95% IC	n	Moyenne à 95% IC	n	Moyenne à 95% IC
Mobayi-Mbongo	146	5,16 (4,86 - 5,45)	156	5,99 (5,74 - 6,24)	302	5,99 (5,39 - 5,79)
Yakoma	120	6,44 (6,18 - 6,71)	172	5,55 (5,32 - 5,78)	392	5,92 (5,74 - 6,10)
Monga	106	5,81 (5,42 - 6,20)	182	5,55 (5,34 - 5,75)	288	5,65 (5,45 - 5,84)
Ensemble des 3 ZS	372	5,76 (5,57 - 5,95)	510	5,69 (5,56 - 5,82)	882	5,72 (5,61 - 5,83)

Une des causes de l'insécurité alimentaire est la faible diversité de la diète consommée. Le tableau 5.26 ci-dessus montre que le régime des ménages est moyennement diversifié dans chacune des trois zones de santé comme dans l'ensemble, soit une moyenne de 5 à 6 groupes d'aliments consommés sur les 12.

Il n'y a pas de différence entre les zones de santé. La situation entre la population réfugiée et la population hôte n'est pas si différente non plus, sauf pour la zone de santé de Yakoma où les réfugiés ont une alimentation légèrement plus diversifiée que la population hôte, soit des scores moyens respectifs de 6,44 et 5,55.

Le tableau 5.27, qui donne le pourcentage des ménages par niveau de diversité alimentaire, confirme cette situation.

Tableau 5,27 : Niveaux de diversité (SDA), par zone de santé et dans l'ensemble.

Niveau de diversité alimentaire (SDA)	Zone de santé de Mobayi-Mbongo		Zone de santé de Yakoma		Zone de santé de Monga		Ensemble des 3 zones de santé	
	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC	n	% à 95% IC
Faible (<= 3 groupes)	65	21,5% (16,9 - 25,8)	25	8,6% (5,5 - 12,0)	16	5,6% (3,2 - 8,6)	157	17,8% (15,3 - 20,4)
Moyen (4-5 groupes)	127	42,1% (36,1 - 47,7)	140	47,9% (42,5 - 54,5)	134	46,5% (40,8 - 52,2)	396	44,9% (41,6 - 48,3)
Elevé (>= 6 groupes)	110	36,4% (30,8 - 42,4)	127	43,5% (37,7 - 49,0)	138	47,9% (42,5 - 53,5)	329	37,3% (34,1 - 40,5)
Total	302	100%	292	100%	288	100%	882	100%

Selon les résultats trouvés dans le tableau 5.27 ci-dessus, moins de la moitié des ménages (37%) dans l'ensemble des 3 zones de santé ont un niveau élevé de diversité alimentaire, c'est-à-dire ont consommé au moins 6 groupes d'aliments sur les 12 la veille de l'enquête.

Par ailleurs, 4 ménages sur dix (45%) ont un niveau de diversité moyen et près de 2 ménages sur 10 (17,8%) ont un niveau de diversité faible. Les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Yakoma ont un niveau de diversité plus élevé avec respectivement 54% et 55% des ménages ayant un score de diversité alimentaire élevé. Si on regroupe les niveaux faible et moyen, il ressort que près de deux tiers des ménages ont un niveau de diversité faible ou moyen (62,7% dans l'ensemble des 3 zones de santé, 63,6% à Mobayi-Mbongo, 56,5% à Yakoma et 52% à Monga).

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les deux zones de santé dans la phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec plus de 20% des ménages qui ont une diversité alimentaire faible ou moyenne. A ce niveau, les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

Comme pour la consommation alimentaire, la diversité alimentaire des ménages aussi été étudiée en fonction de leur statut de résidence.

4.2.4.2 RECOURS AUX STRATEGIES DE SURVIE

Les ménages recourent souvent à des stratégies de survie pour faire face à la crise. Le tableau 5.28 présente le pourcentage des ménages qui ont recouru à au moins une stratégie de survie, ainsi que le type de stratégie utilisée.

Tableau 5.28 : Pourcentage des ménages ayant recouru aux stratégies par zone de santé et dans l'ensemble des 2 zones de santé,

Domaine	n	%à 95% IC
Zone de santé de Mobayi-Mbongo	273	82,1%(77,5 - 86,7)
Zone de santé de Yakoma	154	99,4%(97,8 – 100)
Zone de santé de Monga	269	99,6%(98,8 – 100)
Ensemble des 3 ZS	696	92,7%(90,7 – 94,6)

Le tableau 5.28 révèle que la grande majorité des ménages ont recouru à au moins une stratégie de survie en temps de crise dans deux des trois zones de santé, soit 99,4% à Yakoma et 99,6% à Monga. Dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, un peu moins des ménages ont recouru aux stratégies de survie, soit 82%. Dans l'ensemble des 3 zones de santé, au moins 9 ménages sur dix (93%) ont recouru à des stratégies de survie.

Le tableau 5.29 ci-dessous présente en outre les types de stratégies utilisées par les ménages.

Tableau 5.29 : Répartition des ménages enquêtés (%) suivant le type de stratégie utilisée, par zone de santé et dans l'ensemble.

Stratégie utilisée	Zone de santé de Mobayi-Mbongo (N=273)	Zone de santé de Yakoma (N=155)	Zone de santé de Monga (N=269)	Ensemble des 3 ZS (N=697)
Emprunter la nourriture	49,5% (43,5 - 55,4)	38,3% (30,6 - 46,7)	68,8% (63,3 - 74,0)	54,5% (50,8 - 58,1)
Réduire la quantité de nourriture	37,0% (31,4 - 43,2)	39,6% (31,5 - 47,6)	82,9% (78,4 - 87,8)	55,3% (51,6 - 59,0)
Réduire la consommation des adultes	24,9% (19,9 - 30,1)	16,2% (11,0 - 22,7)	56,1% (50,2 - 61,8)	35,1% (31,5 - 38,6)
Réduire le nombre de repas	36,6% (31,0 - 42,2)	53,2% (45,7 - 61,1)	73,2% (67,8 - 78,4)	54,5% (50,8 - 58,1)
Consommer les aliments moins chers ou moins préférés	76,2 % (70,7 - 81,0)	96,1% (93,1- 98,9)	93,3 % (90,1 - 96,1)	87,2% (84,8 - 89,4)

L'observation du tableau 5.29 ci-dessus montre que les stratégies utilisées en temps de crise dans la zone de santé de Mobayi -Mbongo sont, par ordre d'importance : consommer les aliments moins chers ou moins préférés (76%), emprunter la nourriture (50%), réduire la quantité de nourriture (37% des ménages), réduire le nombre de repas (36,6%) et réduire la consommation des adultes au profit des enfants (25%).

Dans la zone de santé de Yakoma, les stratégies utilisées par les ménages, par ordre d'importance, sont : consommer les aliments moins chers ou moins préférés (96%), réduire le nombre de repas (53%), réduire la quantité de nourriture (40%), emprunter la nourriture (38%), et réduire la consommation des adultes au profit des enfants (16%).

Dans la zone de santé de Monga, les stratégies utilisées par les ménages, par ordre d'importance, sont : consommer les aliments moins chers ou moins préférés (93%), réduire la quantité de nourriture (83%), réduire le nombre de repas (73%), emprunter la nourriture (69%), et réduire la consommation des adultes au profit des enfants (56%).

Dans l'ensemble des trois zones de santé, les stratégies utilisées, par ordre d'importance sont : consommer les aliments moins préférés ou moins chers (87%), réduire la quantité de nourriture (55,3%), emprunter la nourriture (54,5%), réduire le nombre de repas (54,5%), et enfin réduire la consommation des adultes au profit des enfants (35,1%),

Il se dégage donc que la stratégie la plus utilisée par ordre d'importance est consommer les aliments moins chers ou moins préférés : plus de 90% des ménages à Yakoma et à Monga et plus de trois quart des ménages (76%) à Mobayi-Mbongo.

Enfin, l'ampleur de l'utilisation des stratégies de survie par les ménages est donnée par l'indice moyen de stratégies de survie, présenté dans le tableau 5.30 ci-dessous.

Tableau 5.30 : Indice moyen réduit de stratégies de survie (r-CSI) suivant le domaine d'étude et par strate

Domaine	Population réfugiée		Population hôte		Ensemble	
	n	Moyenne à 95% IC	n	Moyenne à 95% IC	n	Moyenne à 95% IC
Zone de santé de Mobayi-Mbongo	139	2,36 (1,853 - 2,867)	134	1,246 (0,945 - 1,548)	273	1,813 (1,510 - 2,116)
Zone de santé de Yakoma	67	1,224 (0,858 - 1,589)	87	0,879 (0,682 - 1,077)	154	1,029 (0,835 - 1,223)
Zone de santé de Monga	104	8,563 (7,389 - 9,736)	165	6,861 (5,893 - 7,828)	269	7,519 (6,770 - 8,267)
Ensemble des 3 ZS	461	4,16 (3,62 - 4,69)	461	4,16 (3,62 - 4,69)	696	4,16 (3,62 - 4,69)

L'indice moyen des stratégies de survie est de 1,8 à Mobayi-Mbongo ; 1,0 à Yakoma, 7,5 à Monga et 4,2 pour l'ensemble des trois zones de santé. Ceci indique que les ménages de Monga ont beaucoup plus recouru aux stratégies de survie que ceux des deux autres zones de santé. En effet, au tableau 5.30 plus haut, il a été observé un nombre un peu plus élevé de ménages avec une consommation alimentaire pauvre ou limite à Monga (47%) qu'à Mobayi-Mbongo (38%) et à Yakoma (17%).

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Yakoma dans la phase minimale (phase 1 du tableau de référence IPC, version 3,0) et la zone de santé de Monga dans la phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3,0).

A ce niveau, les ménages de la zone de santé de Monga ont une consommation alimentaire minimale et adéquate mais ne peuvent assumer certaines dépenses non-alimentaires sans s'engager dans des stratégies d'adaptation de stress. Des actions sont ainsi requises pour réduire les risques de catastrophe et protéger les moyens d'existence des ménages.

5. DISCUSSION

5.1 DISCUSSIONS DES RESULTATS POUR LES CAMPS DES REFUGIES CENTRAFRICAINS

5.1.1 NUTRITION

5.1.1.1 SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS AGES DE 6 A 59 MOS

La discussion des résultats des enquêtes nutritionnelles anthropométriques s'appuie sur les seuils d'intervention de l'OMS, sur la base de la prévalence des différents types de malnutrition, exprimée en z-score, selon le tableau 5.31 ci-dessous :

Tableau 5.31. Classification de l'OMS de la prévalence des différents types de malnutrition

Classification	Prévalence de la MAG	Prévalence de la MCG	Prévalence de l'IPG
Critique	$MAG \geq 15\%$	$MCG \geq 40\%$	$IPG \geq 30\%$
Sérieuse ou alarmante	$10\% \leq MAG < 15\%$	$30\% \leq MCG < 40\%$	$20\% \leq IPG < 30\%$
Précaire ou moins alarmante	$5\% \leq MAG < 10\%$	$20\% \leq MCG < 30\%$	$10 \leq IPG < 20\%$
Acceptable	$MAG < 5\%$	$MCG < 20\%$	$IPG < 10\%$

a) Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du rapport poids /taille

Dans l'ensemble des camps, cette enquête a révélé le taux moins alarmant de malnutrition aiguë globale (MAG) de 8,0%(7,1-8,9), exprimé en z-score, selon les références de l'OMS. La malnutrition aiguë modérée (MAM) prédomine et représente 6,8% (5,9-7,7) de l'échantillon, tandis que la malnutrition aiguë sévère (MAS) est à un niveau bas, 1,2% (0,8-1,7).

Cependant, les taux de malnutrition aiguë globale observés sont variables d'un camp à l'autre.

Ces taux se présentent comme suit :

- MAG de 10-14%, situation alarmante : camp de Mole et de Boyabu
- MAG de 5-9%, situation moins alarmante : camp de Bili.
- MAG <5%, situation acceptable : camp de Inke.

Il est à noter qu'en RDC les seuils d'alerte et d'intervention tels que définis par la politique nationale de nutrition sont de $MAG > 10\%$ et $MAS > 2\%$.

Selon l'indice P/T exprimé en z-score, la prévalence de la MAG par camp est plus élevée et dépasse le seuil d'intervention dans les deux camps de réfugiés de la province du Sud Ubangi (camps de Mole et Boyabu) avec des taux de MAG de 12,4% (10,0-15,1) pour le camp de Mole et 11,4% (9,1-14,3) dans le camp de Boyabu. Pour les deux autres camps du Nord Ubangi (camps d'Inke et Bili), les taux de MAG sont en dessous de 10%, soit 4,9% (3,5-6,7) pour le camp d'Inke et 5,0% (3,6-6,8) pour le camp de Bili.

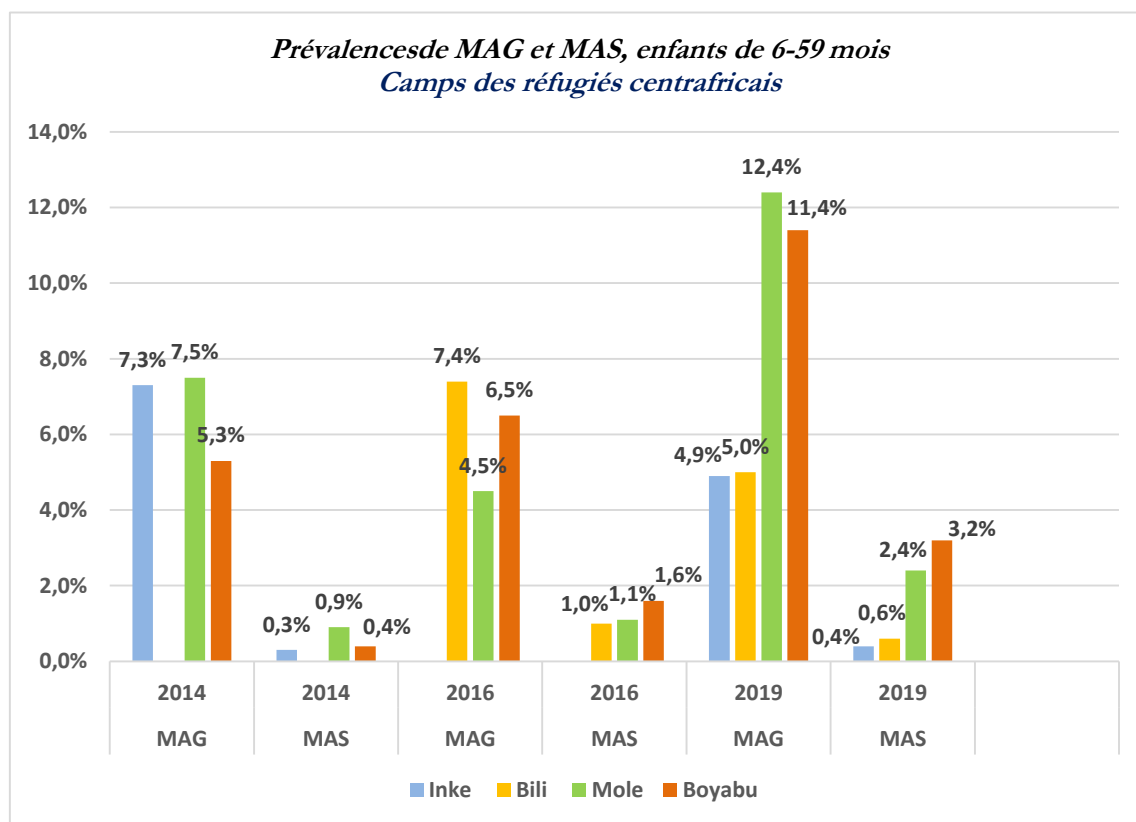
En ce qui concerne la malnutrition aiguë sévère, les résultats par camp montrent que la prévalence de la malnutrition aiguë sévère est supérieure à 2% dans les camps de Mole et Boyabu, soit respectivement 2,4%(1,3-4,3) et 3,2% (1,7-5,9). Les taux sont dans les limites acceptables dans les

deux camps du Nord Ubangi car inférieur à 2%, soit 0,4% (0,1-1,5) dans le camp d’Inke et 0,6% (0,2-1,7) dans le camp de Bili.

L’analyse comparative montre qu’il n’y a pas une différence statistiquement significative entre le taux de MAG de cette enquête de juillet 2019 et celui obtenu lors de la précédente enquête de février 2016, qui avait révélé le taux de MAG de 7,4% [4,7 - 11,4], $p > 0,05$, dans le camp de Bili, Pour les camps de Mole et de Boyabu, on note une différence statistiquement significative entre le taux de cette enquête de juillet 2019 et celui de février 2016 qui avait révélé le taux de 4,5% (2,7-7,4) pour le camp de Mole et 6,5% (3,8-11,0) pour le camp de Boyabu, $p < 0,05$ respectivement pour les deux camps.

Il est à noter qu’en 2014, le camp de Bili n’était pas encore installé et l’enquête de 2016 n’avait pas concernée le camp d’Inke.

Graphique5 : Évolution des taux de MAG et MAS, selon l’indice P/T, camps des réfugiés centrafricains, 2014, 2016 et 2019.



La situation nutritionnelle s’est donc dégradée profondément dans les camps de Mole et de Boyabu. Selon les informations reçues sur terrain, la prise en charge de la malnutrition aiguë ne se fait plus correctement par manque d’intrants suffisants.

b) Estimation du nombre de cas de malnutrition aiguë (P/T), chez les enfants par camp de réfugiés centrafricains des provinces du Nord et Sud Ubangi.

La conversion des données en valeur absolue montre que dans les quatre camps environ 802 enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë globale (P/T < -2 Z score et /ou œdèmes) dont 120 de manière sévère (P/T < -3 Z Score et /ou œdèmes) au moment des enquêtes.

Par camp d’enquête, la situation se présente de la manière ci-après :

- Camp de Boyabu, environ 321 enfants de 6-59 mois souffrant de la MAG dont 90 de manière sévère ;

- Camp de Mole environ 324 enfants de 6 à 59 mois souffrant de la MAG dont 63 de manière sévère ;
- Camp d'Inke, environ 148 enfants de 6-59 mois souffrant de la MAG dont 12 de manière sévère
- Camp de Bili, environ 79 enfants de 6-59 mois souffrant de la MAG dont 10 de manière sévère.

c) Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du périmètre brachial (PB)

Selon le PB, dans l'ensemble des camps, 6,2% (5,2-7,4) souffrent de la malnutrition aiguë globale et 1,7% (1,2-2,3) de la malnutrition aiguë sévère.

Les résultats par camp des réfugiés, montrent que les taux sont plus élevés dans les camps de Mole et Boyabu, respectivement de 7,5% (5,5-10,2) et 9% (7,1-11,3). Ces taux dépassent 5%. Dans la province du Nord Ubangi, camps de Inke et Bili, la MAG est $< 5\%$. S'agissant de la malnutrition aiguë sévère mesurée par le PB, la situation est au-dessus du seuil de gravité, $> 2\%$, dans les camps d'Inke et Boyabu. Dans les camps de Inke et Bili, les taux de MAS sont $< 2\%$ mais les bornes supérieures des intervalles de confiance de ces deux sont $> 2\%$.

d) Prévalence de l'insuffisance pondérale selon l'indice P/A

Considérant l'indice P/A, la prévalence de l'IPG est de 26,0% (24,1-28,1), dans l'ensemble des camps. Cette prévalence observée révèle une situation alarmante, définie par la politique nationale de nutrition en RDC ($20\% \leq \text{IPG} < 30\%$). L'analyse des données par camp montre que l'insuffisance pondérale la plus élevée est notée dans le camp de Bili, avec 32,7% (28,1-37,3), qui révèle une situation critique ($\text{IPG} \geq 30\%$). Les trois autres camps sont dans une situation alarmante ($20\% \leq \text{IPG} < 30\%$).

e) Prévalence de la malnutrition chronique selon l'indice T/A ou du retard de croissance

Selon l'indice T/A exprimé en z-score, la prévalence de la MCG est de 48,7% (46,5-50,9) dans l'ensemble des camps. Cette prévalence est au-dessus du seuil d'alerte et est considérée comme « critique ».

La situation de la malnutrition chronique (MCG) par camp montre que le taux de la MCG est plus élevé dans le camp de Bili avec un taux de 61,4% (57,4-65,3) et le taux le moins élevé est trouvé dans le camp de Mole avec 32,6% (27,3-38,4). Selon la classification de l'OMS, la situation est critique dans trois camps (Inke, Bili et Boyabu) car les taux dépassent le seuil de 40%.

5.1.1.2 Etat nutritionnel des femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans)

Dans l'ensemble, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 12,2% (10,6-13,8). Cette prévalence exprime une situation alarmante. L'analyse des résultats par camp montre que le camp de Mole est dans une situation critique avec le taux de 15,1% (11,9-18,6). Les camps de Boyabu et de Bili se trouvent dans une situation alarmante ($10\% \leq \text{MAG} < 15\%$) avec le taux de 14,5% (11,5-17,4) et de 11,6% (8,3-14,9), respectivement. Dans le camp de Inke, on note le taux de MAG le plus faible de 6,9% (4,7-9,6), mais ce taux exprime une situation moins alarmante.

5.1.2 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION ET DE SANTE DE BASE

a) Couverture des programmes de nutrition

L'objectif en terme de couverture pour un programme de prise en charge nutritionnelle de type communautaire dans un camp des réfugiés est >90% pour l'UNTI/UNTA et l'UNS, selon les standards humanitaires établis par Sphère. Il est de 70% dans un milieu urbain et 50% dans un milieu rural.

Dans l'ensemble des camps, la couverture au niveau des UNTA, UNTI ou UNS, est de 36,9%, soit inférieure à la cible de 90%. L'analyse des données de couverture par camp montre que la couverture est plus élevée dans le camp de Bili avec 48,1%, suivi de Boyabu avec 43,2% de couverture. Néanmoins les taux de couverture trouvés dans tous les camps sont <90%, soit inférieur aux standards humanitaires établis par Sphère.

En ce qui concerne la référence vers les structures de prise en charge des cas de malnutris rencontrés lors des enquêtes, 26,0% de cas ont été référés pour une prise en charge nutritionnelle. C'est dans le camp de Bili où la référence a été plus élevée, soit 66% d'enfants malnutris référés lors de l'enquête, suivi de camp d'Inke avec 50,0%.

b) Couverture de services de santé de base

b.1. Couverture vaccinale contre la rougeole

Pour l'UNHCR, la recommandation pour les camps des réfugiés est de 95% pour pouvoir considérer ce programme comme efficace.

Dans l'ensemble des quatre camps, 55,6%(53,5-57,5) d'enfants enquêtés ont été vaccinés avec carte à l'appui ; 24,1%(22,4-26,0) d'enfants enquêtés seraient vaccinés selon les déclarations de leurs mères, soit 79,7% de couverture générale. Cette couverture n'est pas atteinte, le taux est inférieur à 95%.

Les résultants par camp révèlent :

- Bonne couverture : >80% selon OMS et seuil national, camp de Mole (88,3%) et Boyabu (89,7%)
- Aux camps de Bili et Inke, la couverture est légèrement bonne avec 70,1 et 70,2, respectivement, soit < 80%, n'atteint pas le seuil de l'OMS.

b.2. Couverture de la supplémentation en vitamine A

Les standards UNHCR pour les camps de réfugiés, le niveau national et régional, recommandent une couverture > 90%.

La supplémentation en vitamine A est faite au travers les Journées de santé de l'enfant (JSE) ou en stratégie de renforcement du PEV de routine (RPR). Dans l'ensemble des camps, la couverture de la supplémentation en vitamine A, avec ou sans carte est de 95,8%. La couverture est atteinte car elle est supérieure à 90%. Les résultats par camp montrent que la couverture de supplémentation en vitamine A est supérieure à 90% dans tous les camps

b.3. Couverture du déparasitage au mébendazole

Sur l'ensemble des quatre camps, 94,1% ont été déparasités au mébendazole. La couverture est atteinte car elle est supérieure à 90%. Les résultats par camp montrent que la couverture du déparasitage au Mébendazole est supérieure à 90% dans tous les camps.

b.4. Couvertures en supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes en âge de reproduction.

Le fer acide folique (FAF) se donne systématiquement chez les femmes enceintes dès le début de la consultation prénatale, à titre préventif jusqu'à l'accouchement. Dans l'ensemble des camps, 67,4% étaient inscrites au niveau de la CPN et parmi elles, 59,9% ont affirmé avoir reçu les comprimés de fer acide folique (FAF). L'analyse de couverture en FAF par camp de réfugiés montre que la couverture en FAF est plus élevée à Bili avec 74,6% suivi de mole avec 65,2%.

5.1.3 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pour mesurer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les questions ont porté sur la mise au sein dans l'heure, l'allaitement exclusif, l'allaitement continu à 1 an et à 2 ans, l'alimentation de complément (fréquence et variétés) ainsi que l'utilisation du biberon.

a) Enfants déjà allaités

Les résultats montrent que dans l'ensemble des camps, 96,2% d'enfants âgés de 0-23 mois ont été allaités au sein. L'analyse de ces données par camp montre que l'allaitement est universel dans tous les quatre camps car il dépasse 90%.

b) Enfant mis au sein dans l'heure qui suit la naissance

Dans l'ensemble 65,5% d'enfants ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance comme recommandé. La mise au sein dans l'heure est très bonne dans le camp de Mole avec 81,9% mais très faible dans le camp de Bili avec seulement 37,7%.

c) Allaitement Maternel Exclusif

Dans l'ensemble 73% d'enfants âgés de 0 à 5 mois étaient allaités exclusivement lors des enquêtes. Le taux d'allaitement maternel exclusif est plus élevé dans le camp de Mole avec 78,4%. Le taux le plus bas est noté dans le camp de Bili avec un taux de 58,5%.

d) Poursuite de l'allaitement maternel

Pour ce qui concerne la poursuite de l'allaitement maternel, en majorité, les enfants ont été allaités jusqu'à l'âge d'un an, soit 94,3% et 60,6% ont été allaités jusqu'à 2 ans. Ces résultats montrent que le taux diminue sensiblement après un an.

Trois camps (Bili, Mole et Boyabu) ont des pourcentages qui dépassent 95%, pour la poursuite de l'allaitement à un an. La proportion d'enfants qui poursuivent l'allaitement à 1 an dans le camp des réfugiés d'Inke est moins que dans les autres camps, avec un taux de 83%.

Concernant la poursuite de l'allaitement maternel à deux ans, la faible proportion est encore observée à Inke avec un taux de 43,1%. Les autres camps ont le taux >60%.

e) Pratiques de l'alimentation de complément

On considère dans cette étude la fréquence d'au moins trois fois par jour comme nombre requis de prise de repas pour les enfants enquêtés. Dans l'ensemble des camps, la fréquence d'alimentation selon le nombre de fois requis pour les enfants âgés de 6-23 mois, n'atteignent pas 30% (24,1%). Mais il y a une grande disparité dans cette variable. Pratiquement, aucun enfant n'avait la fréquence requise dans le camp de Mole, alors que dans les deux camps de Bili et Inke plus de 40% d'enfants avaient pris au moins trois fois les repas la veille de l'enquête. A Boyabu, c'est moins de 10%.

Quant à la diversité alimentaire, c'est-à-dire, la proportion d'enfants ayant consommé la veille les aliments appartenant à 4 groupes ; il n'y a que 36% d'enfants qui étaient en ordre si on prend les 4 camps ensemble, Si on combine la fréquence et la diversité, il n'y a que 3,3% d'enfants qui avaient eu une alimentation adéquate ou la diète minimale la veille de l'enquête.

f) Alimentation au biberon

Le taux d'utilisation du biberon chez les enfants âgés de 0 à 23 mois est de 2,8%. Pour cette pratique, il a été trouvé 5,1% d'enfant nourri au biberon la veille de l'enquête dans les camps de Inke, 2,5% respectivement dans les camps de Bili et de Boyabu et 1,9% dans le camp de Mole. Une hygiène médiocre, surtout celle des biberons, est à l'origine de nombreuses gastroentérites et de diarrhées.

g) Aliments enrichis en fer ou riches en fer

Dans l'ensemble de 4 camps, il a été trouvé une proportion de 4,4% des enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer. Cette proportion, par camp, est d'environ 1 enfant sur 10 (12,2%) à Inke, un peu moins d'1 enfant sur 10 (8,2%) à Bili, 3,3% à Boyabu et 0,2 % à Mole.

5.1.4 SANTE

5.1.4.1 MORBIDITE

Dans l'ensemble des camps, 59,4%, d'enfants âgés de 6-59 mois ont été malades dans les deux semaines précédant les enquêtes. L'analyse par camp montre la morbidité accentuée dans le camp de Mole et Boyabu, soit 69,2% et 65,4%, respectivement. C'est par contre dans le camp de Bili où le taux de morbidité est relativement plus bas, soit 48,7%. Selon le type de pathologies notées dans l'ensemble, il ressort que plus de la moitié des enfants déclarés malades avaient eu de la fièvre (58,9%) dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes. On note aussi qu'un enfant sur cinq a eu de la diarrhée (21,6%) et un enfant sur dix avait développé des IRA (11,8%).

Par camp des réfugiés, c'est dans le camp d'Inke où les enfants ont eu plus de diarrhées, soit un enfant sur quatre (25,7%), dans le camp de Bili on note une proportion élevée de cas des IRA, soit 14,4%. La proportion élevée de la fièvre est notée dans le camp de Boyabu, soit 66,5% d'enfants qui ont eu la fièvre dans les deux semaines précédant les enquêtes.

5.1.4.2 ANEMIE

Selon la classification⁹ de la prévalence de l'anémie basée sur le taux d'hémoglobine sanguin :

- <5% : prévalence acceptable, correspond à une situation normale.
- 5-19% : prévalence basse, reflète une situation légère.
- 20-39% : prévalence moyenne, reflète une situation modérée.
- ≥40% : prévalence élevée, correspond à une situation sévère.

a) Anémie chez les enfants de 6-59 mois

Le taux d'anémie globale combiné observé chez les enfants de 6-59 mois, est de 56,4%(54,2-58,8), dans l'ensemble des camps. Ce taux est supérieur au seuil de sévérité qui est de 40%. L'analyse des résultats par camp montre que le taux le plus bas est noté dans le camp de Bili (44,9%) et le taux le plus élevé est noté dans le camp des réfugiés de Boyabu (63%). Ces taux montrent que l'anémie est un problème majeur de santé publique dans les camps des réfugiés centrafricains car partout la prévalence est au-dessus du seuil de gravité de 40%. Lorsque la prévalence dépasse 40% dans une communauté, on parle d'une prévalence élevée qui correspond à une situation sévère.

b) Anémie chez les femmes en âge de reproduction

Le dosage d'hémoglobine a été aussi réalisé chez les femmes en âge de reproduction pour connaître la prévalence de l'anémie. Dans l'ensemble des camps, 32,1% (30,0-34,6) des femmes en âge de reproduction sont anémiées. La moyenne d'hémoglobine est de 12,4g/dl. La prévalence de l'anémie la plus élevée est observée dans le camp d'Inke, soit 34%.

Lors des enquêtes, huit femmes anémiées ont été référées auprès des structures de prise en charge.

5.1.4.3 COUVERTURE EN MOUSTIQUAIRES

a) Possession et utilisation des moustiquaires

Le seuil de l'UNHCR, c'est >80% des ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) et membres des ménages qui dorment sous MILDA dans les camps des réfugiés.

Dans l'ensemble, plus de la moitié des ménages réfugiés des quatre camps (61,8%) possèdent au moins une moustiquaire de n'importe quel type et 59,1% possèdent au moins une MILDA. L'analyse par camp montre que plus de ménages possèdent au moins une moustiquaire de n'importe quel type dans le camp d'Inke (71,8%) et 68,6% de MILDA. Le taux est plus faible dans le camp de Mole (52,2%) de moustiquaire de tout type et 51,5% de MILDA.

En ce qui concerne la possession, dans l'ensemble des camps, la couverture n'est pas dans le seuil recommandé, elle est < 80% des ménages qui possèdent au moins une MILDA.

Concernant l'utilisation, dans l'ensemble des camps, 61,8% des membres des ménages ont dormi sous moustiquaires de n'importe quel type la veille de l'enquête dans les quatre camps et 53,3% ont dormi sous MILDA. La couverture n'est pas dans le seuil car < 80%, dans l'ensemble des camps. Seul le camp d'Inke, 80,2% des membres des ménages ont dormi sous moustiquaire de n'importe quel type et 77,9% sous MILDA.

⁹UNHCR standardized nutrition survey guidelines for refugee populations, a practical step by step guide version 1.1 (May 2011).

L'enquête s'est intéressée particulièrement sur l'utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

- 60,8% des enfants < 5 ans et 84,6 des femmes enceintes enquêtés ont dormi sous moustiquaire de n'importe quel type.

- 52,5% des enfants < 5 ans et 45,8% des femmes enceintes ont dormi sous MILDA la veille de l'enquête, dans l'ensemble des camps.

D'où, moins de 80% de membres des ménages enquêtés ont dormi sous MILDA, dans l'ensemble des camps y compris les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

b) Nombre moyen de MILDA par ménage et nombre moyen de personne par MILDA

Pour ce qui est de nombre moyen de personne par MILDA, les normes UNHCR recommandent 2 personnes par MILDA. Le nombre moyen de MILDA par ménage est de 1,86 et le nombre moyen de personne par MILDA est de 4,64, dans l'ensemble des camps. Les camps des réfugiés centrafricains ne sont pas dans les normes UNHCR car ils ont en moyenne plus de 2 personnes par MILDA.

5.1.5EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

5.1.5.1. L'EAU

a) Qualité de l'eau de boisson

Dans les camps des réfugiés centrafricains, le forage est la principale source d'approvisionnement en eau de boisson. Les résultats de l'enquête montrent que, dans l'ensemble, 99,2% des ménages utilisent une source d'eau améliorée. Le taux est aussi > à 97% pour chaque camp, c'est satisfaisant.

Pour éviter que l'eau de boisson ne soit souillée, elle doit être couverte et gardée dans un conteneur propre. Cela fait partie des bonnes pratiques permettant de maintenir la qualité de l'eau avant sa consommation. 84,5% des ménages ont des conteneurs couverts pour le stockage d'eau, dans l'ensemble des camps. Pour chaque camp, le taux est supérieur à 80%, sauf le camp d'Inke qui a légèrement moins avec 79,2%. Ce qui est satisfaisant.

b) Temps de collecte d'eau

S'agissant du temps à effectuer jusqu'au point d'eau pour collecter l'eau et revenir, 86,5% de ménages, prennent moins de 30 minutes, dans l'ensemble des camps, et plus de 80,0% par camp prennent aussi moins de 30 minutes, excepté le camp de Mole (74,7%).

c) Quantité d'eau

Les normes standards UNHCR, prévoient au moins 15 litres/personne/jour pendant l'urgence. Actuellement, dans ces camps en dehors de l'urgence, les normes prévoient, plus ou égal 20l/personne/jour. Dans l'ensemble, 41,1% des ménages utilisent plus ou égal 20litres/pers/jour et 14,3%, 15 à 20litres/pers/jour. D'où 55,4% de ménages utilisent au moins 15litres/pers/jour et 44,6% moins de 15 litres/pers/jour. Ces normes ne sont respectées dans tous les camps. Si l'on considère la situation par camp, 74,1% de ménages utilisent au moins 15 litres/pers/jour dans le camp de Mole et 59,7% dans le camp de Boyabu. Les camps d'Inke et Bili sont à moins de 50%, respectivement 46,5% et 40,8%.

d) Satisfaction avec l'approvisionnement en eau

74,9% de ménages ont déclaré, dans l'ensemble, être satisfaits par l'approvisionnement en eau potable.

Ceux qui ne sont pas satisfaits (environ 25% dans l'ensemble) sont plus nombreux au camp de Bili (environ 40%) et moins nombreux au camp de Boyabu (7,4%).

Les ménages non satisfaits de l'approvisionnement en eau évoquent comme raisons principales la longue file d'attente (56% des cas), l'approvisionnement irrégulier (15%) et l'éloignement du point d'approvisionnement (12%). D'autres raisons comme le mauvais goût et la qualité de l'eau ont été citées dans des proportions moindres.

5.1.5.2. LATRINE

Le standard UNHCR, c'est 85 % de ménages ayant leur propre latrine améliorée. Une latrine améliorée est celle ayant une dalle qu'on peut nettoyer et une superstructure qui assure la sécurité et l'intimité à l'utilisateur.

a) Type de latrines utilisées par les ménages

Les résultats de l'enquête montrent que dans l'ensemble des camps,

- 54,5 % des ménages utilisent des latrines améliorées, 11,2 % des latrines de n'importe quel type et 35,3% n'ont pas de latrine (brousse, champ, etc.).
- Le camp de Mole se démarque des 3 autres camps avec environ 61% des ménages qui utilisent des toilettes améliorées contre environ 52% chez les autres.

b) Partage des latrines utilisées par les ménages

Sur le 54,5% des latrines améliorées, 45,2 % des ménages utilisent des latrines améliorées non partagées, 32,5 % des latrines familiales partagées, 21,5% des latrines communes, dans l'ensemble des camps.

C'est au camp de Bili qu'on trouve la meilleure situation car plus de deux tiers des ménages (69,1%) utilisent les latrines améliorées non partagées.

Dans le camp d'Inke, 45,4% des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées, 34,9% dans le camp de Mole et 32,9% dans le camp de Boyabu.

c) Elimination hygiénique des excréments

- 83,4 % des ménages, ayant les enfants de moins de 3 ans, ont déclaré qu'ils éliminent les selles de façon protégée, soit en utilisant directement une toilette hygiénique, soit en rinçant les selles dans la toilette, soit encore en les enfouissant dans un trou, dans l'ensemble des camps.

Les résultats par camp montrent que dans la province du Sud-Ubangi (Mole et Boyabu), tous les ménages ayant des enfants de moins de 3 ans ont déclaré avoir éliminé correctement les selles des enfants (100%) alors que dans les 2 camps du Nord-Ubangi (Inke et Bili), seulement les deux tiers des ménages (67%) l'ont déclaré.

5.1.6 SECURITE ALIMENTAIRE.

a) Consommation alimentaire

Les résultats révèlent que la situation de consommation alimentaire est précaire dans tous les camps :

- Au camp d'Inke : 23,2% de ménages en insécurité alimentaire, dont 1,9% avec une consommation pauvre et 21,3% avec une consommation limite ;
- Au camp de Bili : 41,8% de ménages en insécurité alimentaire, dont 15,1% avec une consommation pauvre et 26,7% avec une consommation limite ;
- Au camp de Boyabu : 73,2% de ménages en insécurité alimentaire, dont 47,8% avec une consommation pauvre et 25,4% avec une consommation limite ;
- Au camp de Mole : 53,5% de ménages en insécurité alimentaire, dont 29,4% avec une consommation pauvre et 24,1% avec une consommation limite ;

Dans l'ensemble des 4 camps qui abritent les réfugiés centrafricains en RDC, les enquêtes ont trouvé qu'un peu plus de la moitié des ménages enquêtés (53,5%) est en insécurité alimentaire, avec 29,4% ayant une consommation alimentaire pauvre et 24,1% qui ont une consommation alimentaire limite,

Si l'on compare la situation entre les différents camps, il se dégage que les camps de Mole et Boyabu sont les plus affectés par l'insécurité alimentaire avec plus de 7 ménages sur 10 ayant une consommation alimentaire pauvre ou limite, soit 81% à Mole et 73% à Boyabu. Par contre, le camp d'Inke est le moins touché, avec 23% de ménages en insécurité alimentaire. Dans le camp de Bili par contre, la situation est un peu moins prononcée avec près de 42% des ménages en insécurité alimentaire.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les camps de Mole et Boyabu dans la phase d'urgence (phase 4 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec plus de 20% des ménages qui ont une consommation alimentaire pauvre ; tandis que les camps d'Inke et de Bili sont classés en phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec plus de 20% des ménages qui ont une consommation alimentaire pauvre ou limite.

A ce niveau, les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire ou sont en mesure de réduire l'importance des déficits alimentaires, mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence en liquidant leurs avoirs.

b) Diversification alimentaire des ménages

Le niveau de diversification de l'alimentation des ménages vivant dans les quatre camps est exprimé à travers le nombre de groupe d'aliments consommés.

Une des causes de l'insécurité alimentaire est la faible diversité de la diète consommée. Dans ces enquêtes, le régime des ménages est peu diversifié dans la plupart des camps, notamment dans ceux de Mole et Boyabu où l'on trouve au moins 4 ménages sur dix avec un niveau de diversité alimentaire faible, soit près de 42% des ménages ayant consommé moins de 4 groupes d'aliments sur les 12.

Il se dégage ainsi que bon nombre de ménages consomment moins de 6 groupes d'aliments : 26,8% à Inke, 51,5% à Bili, 72,9% à Boyabu, 75,2% à Mole et 55,8% sur l'ensemble des 4 camps de réfugiés. En effet, les résultats confirment cette situation en donnant le score moyen de diversité alimentaire par camp, c'est-à-dire le nombre moyen de groupes d'aliments consommés les 24 heures ayant précédé l'enquête.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les camps de Mole et Boyabu dans la phase d'urgence (phase 4 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec au moins 20% des ménages qui consomment moins de 3 groupes d'aliments. Les camps de Bili et Inke sont par contre classés en phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec au moins 20% des ménages qui consomment seulement 3 à 5 groupes d'aliments. A ces niveaux, les ménages des 4 camps ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

c)Accès à l'aide alimentaire

L'accès à l'aide alimentaire a été appréhendé à travers certains volets qui sont : (i) la possession d'une carte de ration, (ii) le mode de distribution de la ration, la valeur équivalente et la proportion de l'aide reçue à la dernière distribution ainsi que (iii) la durée d'épuisement ou de consommation de l'aide reçue.

Possession d'une carte de ration

Les résultats sur la possession d'une carte de ration indiquent qu'au moins 9 ménages sur dix possédaient une carte de ration. Les quelques ménages qui n'en possédaient pas avaient déclaré soit l'avoir perdu (1 ménage à Inke et 1 ménage à Bili), soit ne l'avoir pas reçu à l'admission (1 ménage à Inke et 1 ménage à Mole), soit encore n'avoir pas été enregistré bien qu'éligible (2 ménages à Bili). Onze ménages dans l'ensemble n'ont pas fourni la raison (9 ménages à Inke, 1 ménage à Bili et 1 à Boyabu).

Modes de distribution de la ration

Dans les camps des réfugiés, la ration alimentaire se fait suivant plusieurs modalités dont les plus usitées sont : (i) les vivres, (ii) le cash et le voucher.

Les enquêtes actuelles ont déterminé que dans tous les camps qui abritent les réfugiés centrafricains, la ration alimentaire est distribuée exclusivement sous forme de cash (100% des ménages dans tous les cas).

Valeur de la ration reçue et durée de l'aide reçue.

L'équivalent de l'aide reçue, en termes d'argent, exprimée en dollar américain, est de 31 dollars américains en moyenne par ménage pour l'ensemble des ménages des 4 camps enquêtés. Dans les camps de Boyabu et Mole, l'équivalent de la ration distribuée est de loin inférieure à la moyenne globale des 4 camps, soit une valeur située entre 16 et 18dollars américains à Boyabu et entre 19 et 22 dollars américains pour le camp de Mole. Par ailleurs, cette aide dure environ 13 jours seulement pour l'ensemble des camps, avec une durée légèrement plus courte dans le camp de Mole qui a présenté une moyenne d'environ 11 jours dans le mois.

d) Proportion de la ration reçue

Il se dégage que deux tiers des ménages (68%) de l'ensemble des 4 camps, reçoivent une ration complète tandis qu'un quart des ménages (25%) a déclaré recevoir la moitié de la ration. D'autres modalités ont été citées dans près de 7% dont 6% pour une ration de 80% et 1% pour une modalité non spécifiée.

e) Recours aux stratégies de survie

Selon les informations reçues, l'indice moyen des stratégies de survie est de 5,4 à Inke, 5,2 à Bili, 9,0 à Boyabu, 7,8 à Mole et 7,1 dans l'ensemble des 4 camps. Il apparaît donc que les ménages ayant le plus recouru aux stratégies de survie sont ceux de Boyabu, puis ceux de Mole avec des indices respectifs de 9 et 7,8. Par contre ceux ayant moins recouru aux stratégies de survie sont ceux de Bili, puis ceux d'Inke, avec des scores respectifs de 5,2 et 5,4.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les 4 camps dans la phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3,0). A ce niveau, les ménages ont une consommation alimentaire minimale et adéquate mais ne peuvent assumer certaines dépenses non-alimentaires sans s'engager dans des stratégies d'adaptation de stress. Des actions sont ainsi requises pour réduire les risques de catastrophe et protéger les moyens d'existence des ménages.

5.2 DISCUSSIONS DES RESULTATS POUR LES ZONES DE SANTE AYANT ACCUEILLI LES REFUGIES CENTRAFRICAINS

5.2.1 NUTRITION

5.2.1.1 SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS DE 6A 59 MOIS

a) Prévalence de la malnutrition aiguë en fonction du rapport poids /taille (P/T)

Dans l'ensemble de 3 zones de santé, cette enquête a révélé le taux moins alarmant de malnutrition aiguë globale (MAG) de 6,4% (5,2-8,0), exprimé en z-score, selon les références OMS. La malnutrition aiguë modérée prédomine et représente 5,1%(4,1-6,4) de l'échantillon, tandis que la malnutrition aiguë sévère est à un niveau bas, 1,3%(0,9-2,0).

Cependant, les taux de malnutrition aiguë globale observés sont variables d'une zone de santé à l'autre.

Ces taux se présentent comme suit :

- MAG de 5-9%, situation moins alarmante : zones de santé de Mobayi Mbongo et Monga.
- MAG <5%, situation acceptable : Zone de santé de Yakoma.

Dans l'ensemble des strates, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) exprimée en z-score selon le P/T, est plus élevée chez les enfants de la population hôte avec 6,4%(4,9-8,4) de MAG que celle obtenue chez les réfugiés 6,2%(4,4-8,8) de MAG. Cependant, l'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la prévalence de la MAG chez les enfants de la population hôte et ceux des réfugiés ($p=0,882$, soit $>0,05$).

Selon l'indice P/T exprimé en z-score, la prévalence de la MAG par zone de santé et par strate, est inférieure à 10% et MAS inférieure à 2%, excepté la strate pour la population hôte de Mobayi Mbongo où la prévalence de la MAS est de 2,5%(1,2-5,3), qui plonge la strate en situation d'urgence.

b) Prévalence de la malnutrition aigüe en fonction du Périmètre brachial (PB)

Selon le PB, 9,3%(7,6-11,4) d'enfants souffrent de la MAG et la prévalence de la MAS est de 2,9%(1,9-4,3), cette prévalence de la MAS indique une situation qui dépasse le seuil de gravité de 2%, dans l'ensemble de zones de santé.

Dans l'ensemble des strates, la prévalence de la MAG selon le PB, est plus élevée chez les enfants de la population hôte 9,9%(7,5-12,9) que celle obtenue chez les réfugiés 8,6%(6,5-11,1). Néanmoins, l'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la prévalence de la MAG chez les enfants de la population hôte et ceux des réfugiés ($p=0,469$, soit $>0,05$).

L'analyse des résultats par zone de santé montre que les prévalences de MAG dépassent 10% dans la zone de santé de Mobayi Mbongo, avec un taux de 11,1%(7,9-15,3), dont 10,1%(6,0-16,4) chez les réfugiés et 12,0%(7,5-18,6) dans la population hôte, et dans la Zone de santé de Monga avec un taux de 10,7%(7,5-14,9), soit 11,1%(7,3-16,4) chez les réfugiés et 10,4%(6,3-16,8) dans la population hôte). Dans la zone de santé de Yakoma, le taux de MAG est en dessous de 10%, soit un taux de 6,3%(4,3-9,0) dont 4,7%(2,9-7,5) chez les réfugiés et 7,4%(4,5-11,8) dans la population hôte.

S'agissant de la MAS, les taux dépassent le seuil de 2% dans toutes les trois zones de santé.

c)Prévalence de l'insuffisance pondérale

Selon l'indice P/A exprimé en z-score, la prévalence de l'Insuffisance pondérale globale(IPG) pour l'ensemble de trois zones de santé est de 19,1%(17,3-20,9). Cette prévalence observée révèle une situation moins alarmante, définie par la politique nationale de nutrition en RDC ($10\% \leq IP < 20\%$).

Par type de population, il n'y a pas de différence significative à noter entre les réfugiés et la population hôte, avec le taux de l'IPG de 18,6% (15,9-21,6) chez les réfugiés et 19,3% (17,2-21,6) chez la population hôte, la valeur de $p=0,697$, soit $p>0,05$.

Par zone de santé, seule la zone de santé de Monga révèle une situation alarmante, définie par la politique nationale de nutrition en RDC ($20\% \leq IPG < 30\%$), avec un taux de 21,1% (18,1-24,5). Les autres zones de santé sont dans une situation moins alarmante ($10\% \leq IPG < 20\%$).

d) Prévalence de la malnutrition chronique

Selon l'indice T/A exprimé en z-score, la prévalence de la MCG est de 46,3% (43,8-48,8). Cette prévalence exprime une situation critique définie par la politique nationale de nutrition en RDC ($MCG \geq 40\%$).

La situation est critique dans toutes les trois ZS et strates car les taux sont supérieurs à 40%. Les taux de MCG révélés par cette enquête ne sont pas différents des taux trouvés dans les provinces de la RDC. La dernière enquête EDS de 2017-2018 avait révélé les taux de MCG de 42,4% pour la province du Nord Ubangi, 44,9% pour la province du Sud Ubangi et 47,5% pour la province du Haut Uélé, tous $> 40\%$.

Par type de population, dans l'ensemble des strates, la prévalence de la MCG est plus élevée chez les enfants de la population hôte avec le taux de MCG de 47,8% (44,9-50,7) que celle obtenue chez les réfugiés avec 44,1% (40,4-47,8) de MCG. Néanmoins, l'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative à noter ($p=0,116$, soit $p>0,05$).

5.2.1.2 ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES EN AGE DE REPRODUCTION (15 A 49 ANS)

Dans l'ensemble, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 2,6% (1,9-3,3), ce qui reflète une situation acceptable. L'analyse des résultats par zone de santé et strate montre aussi que la prévalence est inférieure à 5%.

5.2.2 COUVERTURE DES SERVICES DE NUTRITION ET DE SANTE DE BASE

a) Couverture des programmes de nutrition

L'objectif en termes de couverture pour un programme de prise en charge nutritionnelle de type communautaire pour l'UNTI/UNTA et l'UNS, est de 70% dans un milieu urbain et 50% dans un milieu rural selon les standards humanitaires établis par Sphère.

Dans l'ensemble des zones de santé, la couverture au niveau des UNTA, UNTI ou UNS, est de 9,4%. Cette couverture est faible et inférieure à la cible de 50%, soit inférieur aux standards humanitaires établis par Sphère.

En ce qui concerne la référence 73,7% de cas de malnutris rencontrés lors des enquêtes ont été référés pour une prise en charge nutritionnelle, dans l'ensemble des zones de santé.

b) Couverture de 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 au Mébendazole sont d'au moins 80% en routine et au moins 95% en campagne. Ces cibles sont basées sur les standards minimums OMS et SPHERE.

b.1. Couverture vaccinale contre la rougeole

Dans l'ensemble des zones de santé, 6,3% (5,4-7,4) d'enfants enquêtés ont été vaccinés avec carte à l'appui, 68,3% (66,3-70,4) d'enfants enquêtés seraient vaccinés selon les déclarations de leurs mères, soit au total 74,6% de couverture générale.

Les résultats par zones de santé révèlent que la zone de santé de Yakoma avec 82%, a eu une plus grande couverture en VAR suivie de Monga et Mobayi Mbongo, avec respectivement 71,5% et 70,4% de couverture.

Par type de population, dans l'ensemble des strates, la couverture vaccinale est plus élevée chez les enfants de la population hôte avec le taux de 84,3% que celle obtenue chez les réfugiés avec 61,1%.

Cette situation de faible taux de vaccination est plus notée auprès des réfugiés vivant dans la ZS de Monga avec 50% et dans la ZS de Mobayi Mbongo, avec 54,2% de couverture vaccinale

b.2. Couverture de la supplémentation en vitamine A

La supplémentation en vitamine A est faite au travers les Journées de santé ou en stratégie de renforcement du PEV de routine (RPR). Dans l'ensemble de trois zones de santé, 81,2% (80,2-83,7) d'enfants de 6-59 mois, ont été supplémentés en vitamine A. La cible de couverture est atteinte en routine.

Les résultats par zones de santé révèlent :

- Bonne couverture : zone de santé de Yakoma, avec 90,6% (88,5-92,7)
- Légèrement bonne dans les zones de santé de Mobayi Mbongo et Monga, la couverture est de 77,0 et 76,1% respectivement, mais n'atteint pas le seuil de routine de 80%.

Par type de population, dans l'ensemble des strates, la supplémentation en vitamine A est bonne chez les enfants de la population hôte avec le taux de 88,5% (> 80%) que celle obtenue chez les réfugiés avec 73,9%. (<80%).

Cette situation est plus notée chez les enfants réfugiés de la ZS de Monga où la couverture est de 72,5% et dans la zone de santé de Mobayi Bongo avec une couverture de 62,2%.

b.3. Couverture du déparasitage au mébendazole

Dans l'ensemble des zones de santé, 82,0% (80,2-83,7) d'enfants ont été déparasités au mébendazole. La couverture est atteinte en routine car supérieure à 80%.

Les résultants par zones de santé relèvent :

- Bonne couverture : zone de santé de Yakoma, avec 91,5% (89,4-93,6)
- Légèrement bonne dans les zones de santé de Mobayi Mbongo et Monga, la couverture est de 79,1% (75,8-81,9) et 75,1% (71,5-78,6), respectivement, mais n'atteint pas le seuil de routine de 80%.

Par type de population, dans l'ensemble des strates, la couverture du déparasitage est bonne chez la population hôte avec 87,9% (86,1-89,8), soit > à 80% que chez les réfugiés avec 73,5% (70,3-76,6), soit < à 80% de couverture.

b.4.Couvertures en supplémentation en fer-acide folique chez les femmes enceintes

Sur 906 femmes enceintes enquêtées dans les trois zones de santé ayant accueilli les réfugiés centrafricains 50,3% étaient inscrites au niveau de la CPN et parmi elles, 40,3% ont affirmé avoir reçu les comprimés de fer acide folique(FAF).

L'analyse par type de populations montre que la proportion de femmes enceintes inscrites aux consultations prénatales(CPN) est élevée dans la population hôte que chez les réfugiés, soit respectivement 54,0% pour la population hôte et 45,6% pour les réfugiés. De même pour la couverture en fer acide folique, la proportion de femmes ayant reçu le FAF est plus élevée pour la population hôte avec un taux de 46,4%, que chez les réfugiés avec un taux de 32,4%.

5.2.1 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pour mesurer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les questions ont porté sur la mise au sein dans l'heure, l'allaitement exclusif, l'allaitement continu à 1 an et à 2 ans, l'alimentation de complément (fréquence et variétés) ainsi que l'utilisation du biberon,

a) Enfants déjà allaités

Les résultats montrent que dans l'ensemble des zones de santé, 97% d'enfants âgés de 0-23 mois ont été allaités au sein. L'analyse de ces données par zone de santé montre que l'allaitement est universel dans toutes les zones de santé car il dépasse 90%.

b) Enfant mis au sein dans l'heure qui suit la naissance

Dans l'ensemble 62,3% d'enfants ont été mis au sein dans l'heure qui suit la naissance comme recommandé. La mise au sein dans l'heure est très bonne dans les zones de santé de Mobayi Mbongo (78,5%) et Yakoma (73,9%) mais très faible dans la zone de santé de Monga (33,7%).

c)Allaitement Maternel Exclusif

Dans l'ensemble 66,1% d'enfants âgés de 0 à 5 mois étaient allaités exclusivement lors des enquêtes. Le taux d'allaitement maternel exclusif est plus élevé dans la zone de santé de Yakoma avec 84,2% suivie de Mobayi Mbongo avec 73,9. Le taux le plus bas est noté dans la zone de santé de Monga, 37,3%.

d) Poursuite de l'allaitement maternel

Pour ce qui concerne la poursuite de l'allaitement maternel, en majorité les enfants ont été allaités jusqu'à l'âge d'un an, soit 89,9% et 53,1% pour la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans, dans l'ensemble des zones de santé. Ces résultats montrent que le taux diminue sensiblement après un an.

Pour la poursuite de l'allaitement jusqu'à un an, les résultats par zone de santé montrent que la zone de santé de Monga et celle de Mobayi Mbongo ont des pourcentages qui dépassent 80%. Quant à la zone de santé de Yakoma, c'est 100%.

Concernant la poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à deux ans, la zone de santé de Yakoma a un taux de 63,3%, suivie de Mobayi Mbongo avec 54,8% et encore le faible taux à Monga est noté avec 37,9%

e) Pratiques de l'alimentation de complément

On considère dans cette étude la fréquence de trois fois par jour comme nombre requis de prise de repas pour les enfants enquêtés. Dans l'ensemble des zones de santé, la fréquence d'alimentation selon le nombre de fois requis pour les enfants âgés de 6-23 mois est de 52,7%. Quant à la diversité alimentaire, c'est-à-dire, la proportion d'enfants ayant consommé la veille les aliments appartenant à 4 groupes ; il n'y a que 25,8% d'enfants qui étaient en ordre si on prend les trois zones de santé ensemble. Si on combine la fréquence et la diversité, il n'y a que 5,4% d'enfants qui avaient eu une alimentation adéquate ou la diète minimum la veille de l'enquête.

f) Alimentation au biberon

Le taux d'utilisation du biberon chez les enfants âgés de 0 à 23 mois est de 3,6%. Pour cette pratique, il a été trouvé 4,4% d'enfants nourri au biberon la veille de l'enquête dans la Zone de Santé de Monga, 3,7% à Mobayi Mbongo et 2,5% à Yakoma.

Une hygiène médiocre, surtout celle des biberons, est à l'origine de nombreuses gastroentérites et de diarrhées.

g) Aliments enrichis en fer ou aliments riches en fer

Dans l'ensemble de 3 Zones de Santé, il a été trouvé une proportion de 0,4% d'enfants de 6-23 mois ayant consommé des aliments enrichis en fer. Pour cette proportion, par Zone de Santé, il n'a été trouvé aucun enfant ayant consommé les aliments riches en fer dans les Zones de Santé de Mobayi Mbongo et de Yakoma. Trois enfants soit 1,2% ont été trouvés dans la Zone de Santé de Monga.

5.2.3 SANTE

5.2.3.1 MORBIDITE

Dans l'ensemble des zones de santé, 47,0% d'enfants âgés de 6-59 mois ont été malades dans les deux semaines précédant les enquêtes. L'analyse de la morbidité par zone de santé montre une morbidité accentuée dans la zone de santé de Monga, soit 56,5%. C'est par contre à Yakoma où le taux de morbidité est relativement plus bas, soit 40,1 %. Le type de pathologies/symptômes notés dans l'ensemble, montre que plus de la moitié des enfants déclarés malades avaient eu de la fièvre (52,3%) dans les deux semaines ayant précédé les enquêtes. On note aussi qu'un enfant sur cinq a eu de la diarrhée (22,8%) et environ deux enfants sur dix avaient développé les IRA (19,4%).

Par zone de santé, c'est à Mobayi Mbongo où les enfants ont eu plus de diarrhées, soit environ un enfant sur trois (29,1%) et plus des IRA avec 23,9%. La proportion élevée de la fièvre est notée dans la zone de santé de Monga avec 61,6% des cas.

5.2.4 EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT (EHA)

a) Qualité de l'eau de boisson

Les résultats de l'enquête montrent que, dans l'ensemble, moins de la moitié, 38,0% (35,6-40,2) des ménages utilisent une source d'eau améliorée. Dans toutes les zones de santé, le taux est faible et n'atteint pas 50%.

Par type de population, dans l'ensemble des strates, les réfugiés ont une situation assez bonne que la population hôte, au moins 50,5% utilisent une source d'eau améliorée. Pour la population hôte, seulement 29,2% (26,4-32,1) utilisent une source d'eau améliorée.

La situation est bonne à Monga (63,8% chez les réfugiés contre 40,3% dans la population hôte) comparativement à Yakoma (55,2% chez les réfugiés contre 21,3% dans la population hôte) et à Mobayi-Mbongo (36,8% chez les réfugiés contre 25,5% dans la population hôte).

b) Type de latrines utilisées par les ménages

Les résultats de l'enquête montrent que dans l'ensemble des zones de santé, 63,7 % des ménages utilisent des latrines améliorées, 14,9 % des latrines de n'importe que type et 21,4% n'ont pas de latrine (brousse, champ, etc.).

Par type de population, dans l'ensemble des strates, l'utilisation des latrines améliorées est bonne chez la population hôte avec 66,6% (63,6-69,4) que chez les réfugiés avec 59,6% (55,7-63,3).

Par zone de santé, cette situation est identique, excepté la zone de santé de Yakoma où 68,3% des ménages des réfugiés utilisent les latrines améliorées contre 55,8% dans la population hôte.

La situation est de loin meilleure dans la zone de santé de Monga où 90,8% des ménages utilisent des latrines améliorées. Dans la zone de santé de Yakoma, 60,8% des ménages utilisent des toilettes améliorées. Cependant, dans la zone de Mobayi-Mbongo, seulement 40,2% utilisent des toilettes améliorées.

5.2.4 SECURITE ALIMENTAIRE

5.2.4.1 CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MENAGES

L'analyse des données révèle que dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, 9% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 29% ont une consommation alimentaire limite et 62% des ménages ont une consommation alimentaire acceptable. Dans la zone de santé de Yakoma, 1 % des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 16% des ménages ont une consommation

alimentaire limite et environ 83% des ménages ont une consommation alimentaire acceptable. Dans la zone de santé de Monga par contre, 12,5% ont une consommation alimentaire pauvre, 34,9% ont une consommation alimentaire limite et 52,6% ont une consommation alimentaire acceptable. Dans l'ensemble des trois zones de santé, 8% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 27% ont une consommation alimentaire limite et 66% ont une consommation alimentaire acceptable.

Ainsi, près de la moitié des ménages (47%) sont en insécurité alimentaire dans la zone de santé de Monga parce qu'ayant une consommation alimentaire pauvre ou limite tandis que dans la zone de santé de Mobayi-Mbongo, 38% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre ou limite et sont donc en insécurité alimentaire. Un peu moins des ménages (17%) sont en insécurité alimentaire dans la zone de santé de Yakoma.

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Monga en phase de crise (phase 3) tandis que celle de Yakoma se retrouve en phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3,0). Dans les deux premières zones de santé (Mobayi-Mbongo et Monga), les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

5.2.4.2 DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DES MENAGES

Le niveau de diversification de l'alimentation des ménages vivant dans les zones de santé est exprimé à travers le nombre de groupe d'aliments consommés.

Selon les résultats trouvés, moins de la moitié des ménages (37%) dans l'ensemble des 3 zones de santé ont un niveau élevé de diversité alimentaire, c'est-à-dire ont consommé au moins 6 groupes d'aliments sur les 12 la veille de l'enquête.

Par ailleurs, 4 ménages sur dix soit un niveau de diversité moyen (45%) et près de deux ménages sur dix (17,8%) ont un niveau de diversité faible. Les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Yakoma ont un niveau de diversité plus élevé avec respectivement 54% et 55% des ménages ayant un score de diversité alimentaire élevé. Si on regroupe les niveaux faible et moyen, il ressort que près de deux tiers des ménages ont un niveau de diversité faible ou moyen (62,7%) dans l'ensemble des 3 zones de santé, 63,6% à Mobayi-Mbongo, 56,5% à Yakoma et 52% à Monga).

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les deux zones de santé (Mobayi Mbongo et Yakoma) dans la phase de crise (phase 3 du tableau de référence IPC, version 3,0) avec plus de 20% des ménages qui ont une diversité alimentaire faible ou moyenne. A ce niveau, les ménages ont d'importants déficits de consommation alimentaire et sont en mesure de réduire l'importance de ces déficits alimentaires mais uniquement en utilisant des stratégies d'adaptation d'urgence et en liquidant leurs avoirs.

Comme pour la consommation alimentaire, la diversité alimentaire des ménages aussi été étudiée en fonction de leur statut de résidence.

5.2.4.2 RECOURS AUX STRATEGIES DE SURVIE

Il se dégage donc que la stratégie la plus utilisée par ordre d'importance est de consommer les aliments moins chers ou moins préférés : plus de 90% des ménages à Yakoma et à Monga et plus de trois quart des ménages (76%) à Mobayi-Mbongo.

Enfin, l'ampleur de l'utilisation des stratégies de survie par les ménages est donnée par l'indice moyen de stratégies de survie.

L'indice moyen des stratégies de survie est de 1,8 à Mobayi-Mbongo ; 1,0 à Yakoma, 7,5 à Monga et 4,2 pour l'ensemble des trois zones de santé. Ceci indique que les ménages de Monga ont beaucoup plus recouru aux stratégies de survie que ceux des deux autres zones de santé. En effet, il a été observé un nombre un peu plus élevé de ménages avec une consommation alimentaire pauvre ou limite à Monga (47%) qu'à Mobayi-Mbongo (38%) et à Yakoma (17%).

Mis sur l'échelle du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), le niveau de cet indicateur classe les zones de santé de Mobayi-Mbongo et Yakoma dans la phase minimale (phase 1 du tableau de référence IPC, version 3,0) et la zone de santé de Monga dans la phase de stress (phase 2 du tableau de référence IPC, version 3,0.)

A ce niveau, les ménages de la zone de santé de Monga ont une consommation alimentaire minimale et adéquate mais ne peuvent assumer certaines dépenses non-alimentaires sans s'engager dans des stratégies d'adaptation de stress. Des actions sont ainsi requises pour réduire les risques de catastrophe et protéger les moyens d'existence des ménages.

6. CONCLUSION

Les conclusions à tirer sont basées principalement sur les différents objectifs assignés à ces enquêtes

6.1 CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES CAMPS DES REFUGIES (Inke, Bili, Mole, et Boyabu)

- Le taux de malnutrition aiguë globale obtenu dans l'ensemble des camps traduit une situation non préoccupante mais qui nécessite une surveillance, avec une attention particulière aux camps de Mole et Boyabu où le taux de MAG dépasse 10% exprimant une situation alarmante.
- Les résultats très préoccupants trouvés en ce qui concernent la prévalence de la malnutrition chronique, l'anémie chez les enfants (6-59 mois) et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour ce qui est de la mise au sein dans l'heure, les indicateurs sur l'alimentation de complément des enfants de 6-23 mois, constituent un grand défi et montrent que les résultats actuels sont précaires et risquent de s'effondrer si les efforts actuels humanitaires sont relâchés. Donc on doit poursuivre et même intensifier les actions actuelles.
- Des efforts doivent être renforcés en ce qui concerne la lutte contre les maladies (surtout la diarrhée et la fièvre attribuable au paludisme) chez les enfants, l'anémie chez les femmes en âge de reproduction, non enceintes et l'utilisation de MILDA chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.
- Quoique le taux de malnutrition aiguë soit moins alarmant, les résultats montrent en même temps que la couverture en programmes nutritionnels reste globalement faible.
- Les couvertures pour la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au Mébendazole sont acceptables dans l'ensemble des camps, supérieur à 90%. Pour la vaccination anti rougeoleuse la couverture est 79,7% soit inférieure à celle recommandée par l'UNHCR (95%).
- Le service d'eau, d'hygiène et assainissement semble avoir bénéficié de l'attention élevée témoignée par des résultats en ce qui concerne l'utilisation d'une source d'eau améliorée par les ménages, le stockage d'eau de boisson dans les ménages. Néanmoins, les efforts restent à fournir en ce qui concerne la quantité d'eau utilisée par personne et par jour et l'utilisation des latrines améliorées.
- La situation de sécurité alimentaire demeure globalement précaire sur l'ensemble des camps des réfugiés centrafricains.

6.2 CONCLUSION EN CE QUI CONCERNE LES TROIS ZONES DE SANTE AYANT ACCUEILLI LES REFUGIES CENTRAFRICAIS (MOBAYI MBONGO, YAKOMA ET MONGA)

- Le taux de malnutrition aiguë globale obtenue dans l'ensemble des zones de santé traduit une situation non préoccupante chez les réfugiés comme la population hôte mais qui nécessite une surveillance, avec une attention particulière dans la zone de santé de Mobayi Mbongo où le taux de MAS dépasse le seuil de gravité de 2%(2,5%) chez la population hôte.
- Les résultats très préoccupants trouvés en ce qui concernent la prévalence de la malnutrition chronique, et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour ce qui est de la mise au sein dans l'heure et les indicateurs sur l'alimentation de complément des enfants de 6-23 mois constituent un grand défi et montrent que les résultats actuels sont précaires.

- Des efforts doivent être renforcés en ce qui concerne la lutte contre les maladies (surtout la diarrhée, et la fièvre attribuable au paludisme) chez les enfants, la couverture vaccinale anti rougeoleuse, l'utilisation d'une source d'eau améliorée dans les ménages surtout de la population hôte.
- Quoique le taux de malnutrition aiguë soit moins alarmant, les résultats montrent en même temps que la couverture en programmes nutritionnels est trop faible.
- Les couvertures pour la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au Mébendazole sont acceptables dans l'ensemble des zones de santé, supérieur à 80%, standard de l'OMS.
- La situation de sécurité alimentaire demeure globalement précaire sur l'ensemble des zones de santé, un ménage sur trois vit en insécurité alimentaire si on considère les scores de consommation alimentaire.

Les résultats révélés par les présentes enquêtes, dans les camps de réfugiés centrafricains au nord et sud Ubangi et les zones de santé du nord et sud Ubangi ainsi que le Bas Uélé, nécessitent le renforcement des stratégies résumées dans les recommandations.

7. RECOMMANDATIONS

Au vu des principaux résultats, nous recommandons ce qui suit :

A ADES :

- Améliorer les efforts actuels pour toutes les activités nutritionnelles et sanitaires en mettant en place la stratégie de nutrition à assise communautaire(NAC) ;
- Renforcer les activités visant la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant(ANJE) en mettant l'accent sur l'alimentation de complément et les problèmes d'hygiène ;
- L'insécurité alimentaire des ménages notamment le manque de diversification alimentaire est un problème identifié surtout dans les camps de Mole et Boyabu, d'où, il faille faire un ciblage des ménages vulnérables pour une assistance spécifique en dehors de l'aide alimentaire habituelle ;
- Renforcer les activités de lutte contre l'anémie par des activités spécifiques, notamment le déparasitage, l'usage de la moustiquaire, l'éducation nutritionnelle et envisager la distribution des multi micronutriments.
- Renforcer et maintenir le système de surveillance nutritionnelle par un programme de dépistage périodique exhaustif au PB des cas de malnutrition aiguë aussi bien modéré que sévère.
- Renforcer les approches multisectorielles qui intègrent la sécurité alimentaire, la santé, l'eau hygiène et assainissement, protection sociale pour lutter efficacement contre la malnutrition chronique.
- Renforcer les activités visant la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en mettant l'accent particulier sur l'allaitement poursuivi jusqu'à 2 ans ou plus et l'alimentation de complément ;
- Continuer à sensibiliser les femmes enceintes à fréquenter la CPN et rendre disponible les intrants (Fer acide folique) afin d'améliorer leur couverture de la supplémentation en fer acide folique pour les soins prénataux.
- Renforcer les activités vaccinales de routine et mettre à la disposition des parents les cartes de vaccination afin d'améliorer la couverture de la vaccination contre la rougeole certifiée par une carte.
- Assurer une meilleure couverture lors de la distribution de MILDA et mettre en place les campagnes de sensibilisation pour l'utilisation de MILDA comme une des stratégies de lutte contre le paludisme et l'anémie, surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.
- Réaliser des enquêtes Post Distribution (PDM) au niveau des camps pour mieux comprendre comment les réfugiés utilisent les rations ;
- Renforcer les supervisions conjointes entre l'UNHCR/PAM/UNICEF, le ministère de la santé et le partenaire de mise en œuvre de la Santé-nutrition (ADES).

Au HCR :

- Mobiliser les fonds pour renforcer les activités nutritionnelles et sanitaires,
- Réaliser des enquêtes Post Distribution (PDM) pour mieux comprendre comment les réfugiés de ces deux domaines utilisent les rations

- Rendre disponibles les intrants nutritionnels (Plumpy Nut, lait thérapeutique F75 et F100, super Céréale+ ou Plumpy Sup) et renforcer le système régulier d'approvisionnement afin d'éviter les ruptures récurrentes dans les camps de Mole et Boyabu pour une bonne prise en charge nutritionnelle.
- Mener une enquête SENS chaque année dans le cadre de suivi de la situation nutritionnelle au niveau des camps, mais également dans les zones de santé d'accueil ;
- Renforcer les supervisions conjointes entre l'UNHCR/PAM/UNICEF, le ministère de la santé et le partenaire de mise en œuvre de la Santé-nutrition (ADES).

Aux Zones de Santé ayant accueilli les réfugiés (Mobayi Mbongo, Yakoma et Monga) :

- Renforcer le programme de prise en charge nutritionnelle des cas de malnutrition aiguë (dépistage, suivi des cas à domicile, suivi des abandons, prise en charge nutritionnelle des cas, etc.)
- Mettre en place les approches multisectorielles qui intègrent la sécurité alimentaire, la santé, l'eau hygiène et assainissement, la protection sociale pour lutter efficacement contre la malnutrition chronique ou le retard de croissance ;
- En vue de résoudre de façon durable les problèmes de malnutrition, il faudra mener les activités avec l'approche nutrition à assise communautaire (NAC)
- Redynamiser les activités de consultation préscolaire (CPS) dans les trois ZS ayant accueilli les réfugiés centrafricains ;
- Renforcer les activités vaccinales de routine et mettre à la disposition des parents les cartes de vaccination afin d'améliorer la couverture de la vaccination contre la rougeole certifiée par une carte.
- Continuer à sensibiliser les femmes enceintes à fréquenter la CPN et rendre disponible les intrants (Fer acide folique) afin d'améliorer leur couverture de la supplémentation en fer acide folique pour les soins prénataux.
- Renforcer les activités de sensibilisation afin d'encourager les mères pour les bonnes pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et mettre un accent particulier sur l'allaitement poursuivi jusqu'à 2 ans ou plus et l'alimentation de complément.
- Améliorer l'accès à l'eau potable en aménageant les sources d'eau dans les villages non desservis afin de lutter contre l'incidence des maladies diarrhéiques au niveau des zones de santé.
- Assurer une meilleure couverture lors de la distribution nationale de MILDA et mettre en place les campagnes de sensibilisation pour encourager la population à dormir sous MILDA comme une des stratégies de lutte contre le paludisme, surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Au PRONANUT :

- Accompagner les DPS du Nord et du Sud Ubangi et du Bas Uélé dans la mise en œuvre de la NAC particulièrement dans les zones de santé ayant accueilli les réfugiés,
- Appuyer le système de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce (SNSAP) pour identifier à temps les zones de santé en alerte nutritionnelle.
- Renforcer les supervisions conjointes entre l'UNHCR/PAM/UNICEF, le ministère de la santé et le partenaire de mise en œuvre de la Santé-nutrition (ADES).

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Olden M, Erhardt J, and al, Measuring Mortality, Nutritional Status, and Food Security in Crisis Situations: SMART Methodology, Version November 2008
2. SMART, Logiciel ENA, Sur : <http://www.nutrisurvey.de/ena/ena.html>,
3. OMS/UNICEF: Indicator and Methods for Cross-Sectional surveys of Vitamins and Minerals status of population, 2007, MN and CDC,
4. WHO, 2000: The Management of Nutrition in Major Emergencies, Values are given for a population living at sea level,
5. UNICEF/UNU/WHO, Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control, Geneva, WHO, 2001,
6. UNHCR Standardized Expanded Nutrition Survey (SENS) Guidelines for Refugee Populations, A practical step by step guide version 2(2013),
7. UNHCR, Guide pratique pour l'usage systématique des standards et indicateurs dans les opérations de l'UNHCR, septembre 2006, 2ème édition révisée ; page 49
8. UNHCR, PAM, Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgences, novembre 2009,
9. USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, UNICEF, OMS : Indicateurs pour évaluer l'ANJE, nov,2007, E. U d'Amérique,
10. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, version 2,1 – Février2007,
11. Wikipédia, Monographie de la République Démocratique du Congo,
12. www.vam.wfp.org, analyse de la sécurité alimentaire avec approche CARI
13. PRONANUT/UNHCR : enquête nutritionnelle, sécurité alimentaire et sanitaire suivant l'approche SMART/SENS dans les camps des refugies centrafricains et populations hôtes dans la province de l'équateur en RDC, Sept 2014
14. OMS, Guide sur la supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois, Genève, 2011

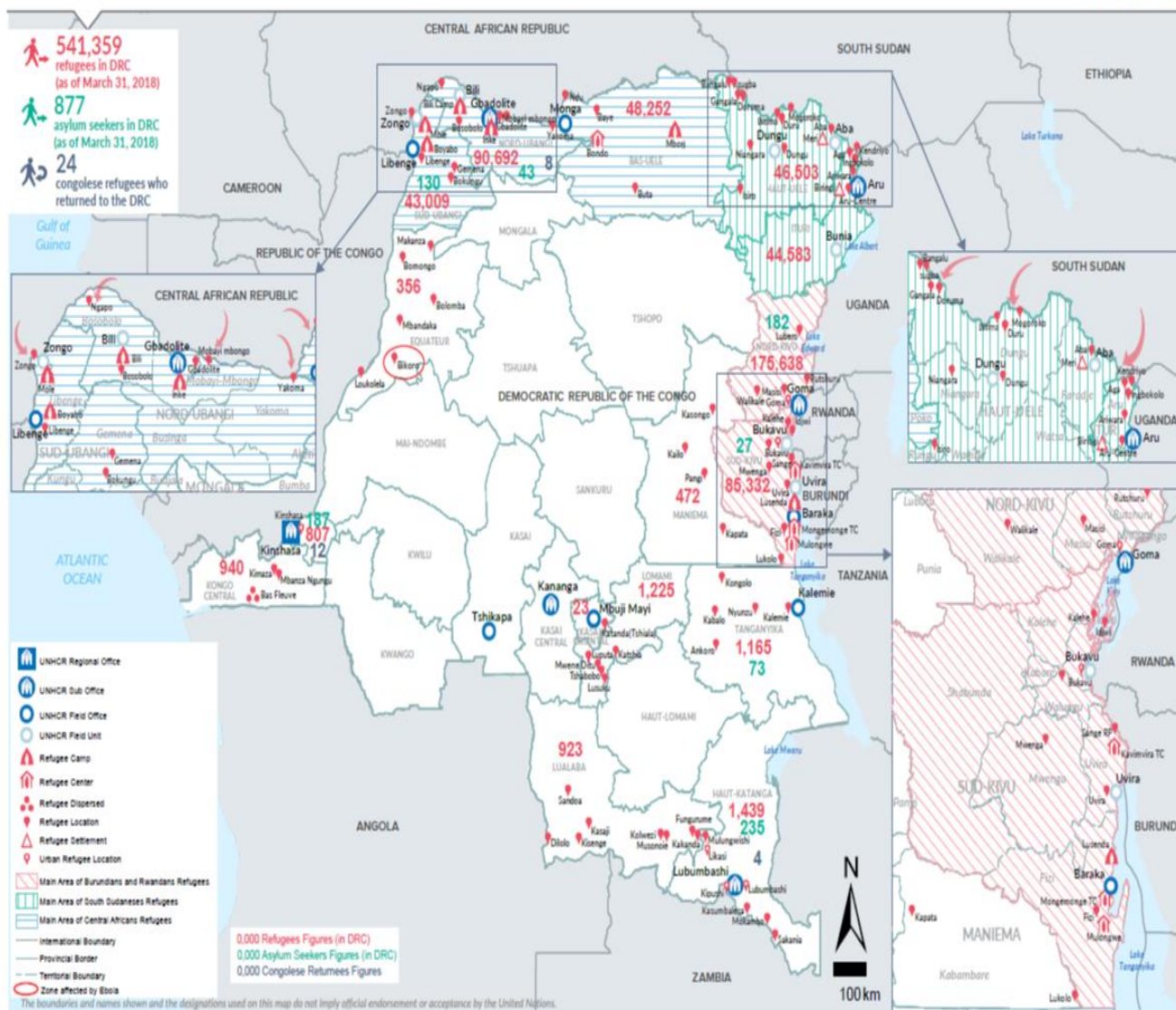
ANNEXES

ANNEXE 1:



DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO Refugees, Asylum Seekers and Returnees Locations in DRC

as of 31st March 2018



Printing date: 14 Apr 2018 Sources: UNHCR, UNHCS and www.rgc.cd Author: UNHCR - Kinshasa Feedback: codkircim@unhcr.org

ANNEXE 2 : OVERALL DATA QUALITY

2.1. CAMPS REFUGIES CENTRAFRICAINS

Test de plausibilité : RDC_SMART_INKE 12_2018, as

Standards utilisés pour le calcul des z-scores : Standards OMS 2006

(Sauf mention contraire, les données hors-normes sont incluses dans l'évaluation), Certaines parties de ce rapport de plausibilité sont destinées à des utilisateurs plus avancés et peuvent être ignorées lors des évaluations standards)

Qualité globale des données

Critères	Flags*	Unité	Excel,	Bon	Accept	Problématique	Score
Données hors-normes (% de sujets dans la fourchette)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (2,4 %)
Sexe ratio global (Chi carré significatif)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,368)
Distrib age 6-29/30-59 (Chi carré significatif)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,460)
Score préf, num - poids	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Score préf, num - taille	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Score préf num- PB	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (9)
Écart-type PTZ , ,	Excl	ET	<1,1 et , >0,9 0	<1,15 et >0,85 5	<1,20 et >0,80 10	>=1,20 ou <=0,80 20	0 (1,04)
C, asymétrie PTZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (-0,14)
C, aplatissement PTZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (-0,04)
Distr, Poisson PTZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	0 (p=0,902)
SCORE GLOBAL PTZ =			0-9	10-14	15-24	>25	2 %

À cet instant le score global de cette enquête est de 2 %, ce qui est excellent,

Plausibility check for: RDC_SMART_SENS CAMP BILI 01_2019,as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (2,2 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,672)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,896)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (10)
Standard Dev WHZ ,	Excl	SD	<1,1 ,	<1,15 and	<1,20 and	>=1,20 or	0 (0,99)
,	Excl	SD	>0,9 0	>0,85 5	>0,80 10	<=0,80 20	
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (0,00)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,22)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	0 (p=0,914)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	5 %

The overall score of this survey is 5 %, this is excellent,

Plausibility check for: Smart_Sens anthro Camp Boyabu,as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (1,2 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,159)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	2 (p=0,077)

Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (6)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Standard Dev WHZ ,	Excl	SD	<1,1 and >0,9 0	<1,15 and >0,85 5	<1,20 and >0,80 10	>=1,20 or <=0,80 20	5 (1,15)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (-0,19)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (0,10)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	0 (p=0,484)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	7 %

The overall score of this survey is 7 %, this is excellent,

Plausibility check for: Smart_Sens anthro Camp Mole,as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (0,6 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,164)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,198)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (7)
Standard Dev WHZ ,	Excl	SD	<1,1 and >0,9 0	<1,15 and >0,85 5	<1,20 and >0,80 10	>=1,20 or <=0,80 20	5 (1,10)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,20)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,20)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	0 (p=0,937)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	7 %

The overall score of this survey is 7 %, this is excellent,

2.2. ZONES DE SANTE HABITES PAR DES REFUGIESCENTRAFRICAINS

Plausibility check for: RDC_SMART MOBAYI MBONGO012019. as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (1,2 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,313)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	4 (p=0,010)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Standard Dev WHZ ,	Excl	SD	<1,1 and >0,9 0	<1,15 and >0,85 5	<1,20 and >0,80 10	>=1,20 or <=0,80 20	5 (1,11)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,26)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (-0,05)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	3 (p=0,001)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	17 %

The overall score of this survey is 17 %, this is acceptable,

Plausibility check for: RDC_SMART ZS YAKOMA012019,as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

Criteria	Flags*	Unit	Excel,	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (2,1 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,765)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,706)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (4)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (11)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (6)
Standard Dev WHZ , ,	Excl Excl	SD SD	<1,1 >0,9 0	<1,15 and >0,85 5	<1,20 and >0,80 10	>=1,20 or <=0,80 20	0 (1,00)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	0 (-0,13)
Kurtosis WHZ 0 1 3	Excl 5	# 0	<±0,2 (-0,04)	<±0,4	<±0,6	>=±0,6	
Poisson dist WHZ-2 0 1 3	Excl 5	p 0	>0,05 (p=0,638)	>0,01	>0,001	<=0,001	
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	2 %

The overall score of this survey is 2 %, this is excellent,

Plausibility check for: RDC_SMART ZS MONGA 022019,as

Standard/Reference used for z-score calculation: WHO standards 2006

(If it is not mentioned, flagged data is included in the evaluation, Some parts of this plausibility report are more for advanced users and can be skipped for a standard evaluation)

Overall data quality

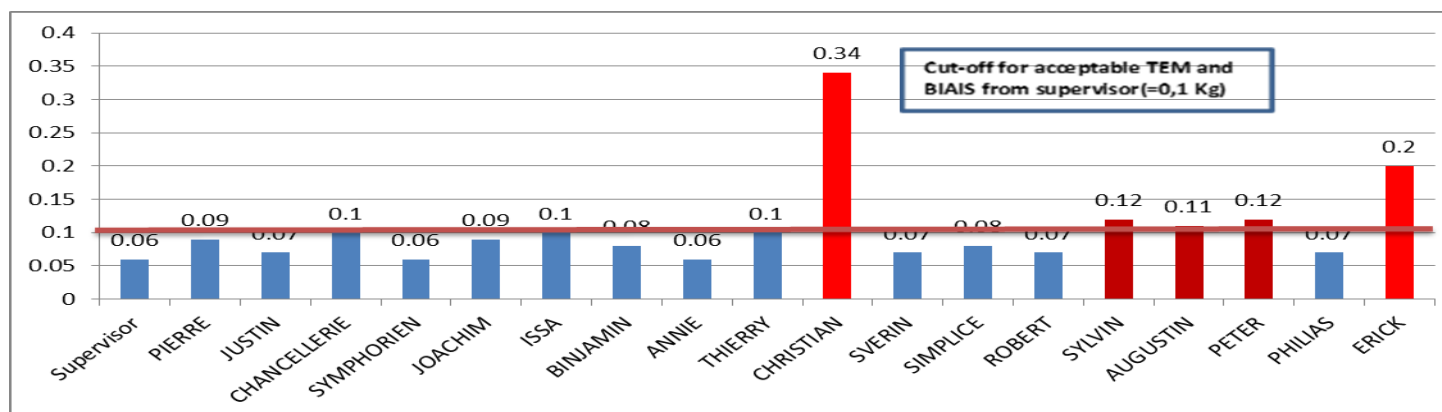
Criteria	Flags*	Unit	Excel	Good	Accept	Problematic	Score
Flagged data (% of out of range subjects)	Incl	%	0-2,5 0	>2,5-5,0 5	>5,0-7,5 10	>7,5 20	0 (2,4 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	4 (p=0,042)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0,1 0	>0,05 2	>0,001 4	<=0,001 10	0 (p=0,585)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (8)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	2 (10)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (6)
Standard Dev WHZ ,	Excl	SD	<1,1 and	<1,15 and	<1,20 and	>=1,20 or	5 (1,12)
,	Excl	SD	>0,9 0	>0,85 5	>0,80 10	<=0,80 20	
Skewness WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,23)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0,2 0	<±0,4 1	<±0,6 3	>=±0,6 5	1 (-0,27)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0,05 0	>0,01 1	>0,001 3	<=0,001 5	0 (p=0,609)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	15 %

The overall score of this survey is 15 %, this is acceptable,

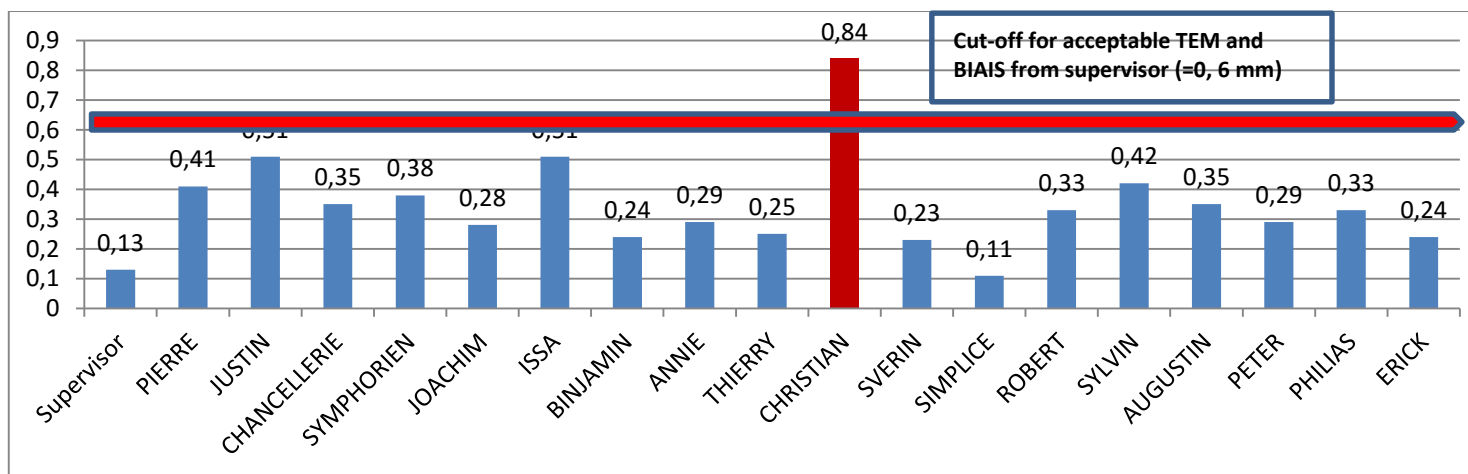
ANNEXE 3 : RESULTATS TEST DE STANDARDISATION

Annexe 3,1 : Résultats Test de Standardisation : Formation Camps de Inke et Bili /Province Nord-Ubangi

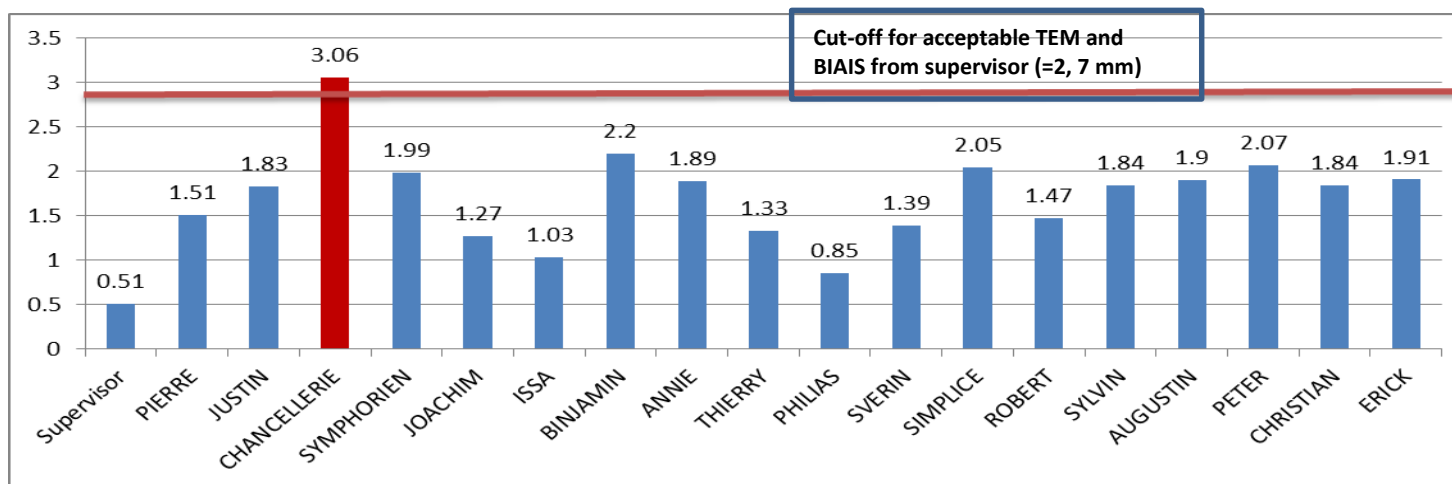
Standardisation test results					Precision					Accuracy			OUTCOME		
Weight		subjects	mean	SD	max	Technical er	TEM/mean	Coef of relia		Bias from su	Bias from m	result			
		#	kg	kg	kg	TEM (kg)	TEM (%)	R (%)		Bias (kg)	Bias (kg)				
	Supervisor	9	17.3	2.6	0.1	0.06	0.3	100	-	-	0.17	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	PIERRE	9	17.3	2.6	0.3	0.09	0.5	99.9	0.03	0.2	0.2	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	JUSTIN	9	17.1	2.9	0.2	0.07	0.4	99.9	-0.16	0.01	0.01	TEM accepta	R value good	Bias good	
	CHANCELLER	9	17.3	2.6	0.3	0.1	0.6	99.9	-0.02	0.15	0.15	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	SYMPHORIEN	9	17.1	2.9	0.2	0.06	0.4	100	-0.17	-0.01	-0.01	TEM accepta	R value good	Bias good	
	JOACHIM	9	17.2	2.6	0.3	0.09	0.5	99.9	-0.03	0.14	0.14	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	ISSA	9	17.2	2.6	0.3	0.1	0.6	99.8	-0.02	0.14	0.14	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	BINJAMIN	9	17.3	2.6	0.3	0.08	0.5	99.9	0.02	0.18	0.18	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	ANNIE	9	17.3	2.6	0.2	0.06	0.4	99.9	-0.01	0.16	0.16	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	THIERRY	9	17.3	2.6	0.3	0.1	0.6	99.9	0	0.17	0.17	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	PHILIAS	9	17.5	2.5	0.8	0.34	1.9	98.2	0.24	0.41	0.41	TEM reject	R value acce	Bias reject	
	SVERIN	9	17.4	2.6	0.2	0.07	0.4	99.9	0.1	0.27	0.27	TEM accepta	R value good	Bias reject	
	SIMPLICE	9	17.4	2.6	0.2	0.08	0.5	99.9	0.08	0.25	0.25	TEM accepta	R value good	Bias reject	
	ROBERT	9	17.3	2.6	0.2	0.07	0.4	99.9	0	0.17	0.17	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	SYLVIN	9	17.2	2.6	0.4	0.12	0.7	99.8	-0.02	0.14	0.14	TEM poor	R value good	Bias poor	
	AUGUSTIN	9	17.3	2.6	0.4	0.11	0.6	99.8	0	0.17	0.17	TEM poor	R value good	Bias poor	
	PETER	9	17.3	2.6	0.3	0.12	0.7	99.8	0.04	0.21	0.21	TEM poor	R value good	Bias reject	
	CHRISTIAN	9	17.2	2.6	0.2	0.07	0.4	99.9	-0.02	0.14	0.14	TEM accepta	R value good	Bias poor	
	ERICK	9	17.2	2.7	0.8	0.2	1.2	99.5	-0.02	0.14	0.14	TEM poor	R value good	Bias poor	
	enum inter	18x9	17.3	2.6	-	0.24	1.4	99.1	-	-	-	TEM poor	R value good		
	enum inter	18x9	17.3	2.6	-	0.25	1.4	99.1	-	-	-	TEM reject	R value good		
	inter enum	19x9	17.3	2.6	-	0.23	1.4	99.2	-	-	-	TEM poor	R value good		
	TOTAL intra	18x9	-	-	-	0.27	1.6	98.9	0	0.17	0.17	TEM reject	R value acce	Bias poor	
	TOTAL+ sup	19x9	-	-	-	0.26	1.5	98.9	-	-	-	TEM reject	R value acceptable		



Height		subjects	mean	SD	max	Technical er	TEM/mean	Coef of relia	Bias from su	Bias from m	result		
		#	cm	cm	cm	TEM (cm)	TEM (%)	R (%)	Bias (cm)	Bias (cm)			
	Supervisor	9	105.5	7.2	0.4	0.13	0.1	100	-	0.08	TEM good	R value good	
	PIERRE	9	105.6	7.3	0.9	0.41	0.4	99.7	0.07	0.16	TEM accepta	R value good	Bias good
	JUSTIN	9	105.8	7.2	1.5	0.51	0.5	99.5	0.31	0.39	TEM accepta	R value good	Bias good
	CHANCELLER	9	105.4	7.2	0.8	0.35	0.3	99.8	-0.1	-0.02	TEM good	R value good	Bias good
	SYMPHORIEN	9	105.4	7.2	1.2	0.38	0.4	99.7	-0.11	-0.02	TEM good	R value good	Bias good
	JOACHIM	9	105.7	7.3	1	0.28	0.3	99.9	0.24	0.33	TEM good	R value good	Bias good
	ISSA	9	105.7	7.2	2.1	0.51	0.5	99.5	0.18	0.27	TEM accepta	R value good	Bias good
	BINJAMIN	9	105.7	7.3	0.7	0.24	0.2	99.9	0.18	0.26	TEM good	R value good	Bias good
	ANNIE	9	105.4	7.2	0.8	0.29	0.3	99.8	-0.04	0.04	TEM good	R value good	Bias good
	THIERRY	9	105.4	7.1	0.8	0.25	0.2	99.9	-0.09	-0.01	TEM good	R value good	Bias good
	PHILIAS	9	105	7.6	2.2	0.84	0.8	98.8	-0.48	-0.39	TEM poor	R value acce	Bias good
	SVERIN	9	105.6	7.4	0.8	0.23	0.2	99.9	0.11	0.19	TEM good	R value good	Bias good
	SIMPLICE	9	105.4	7.1	0.4	0.11	0.1	100	-0.04	0.04	TEM good	R value good	Bias good
	ROBERT	9	105.4	7.3	1	0.33	0.3	99.8	-0.08	0.01	TEM good	R value good	Bias good
	SYLVIN	9	105.6	7.3	1.1	0.42	0.4	99.7	0.13	0.22	TEM accepta	R value good	Bias good
	AUGUSTIN	9	105.3	7.3	1.1	0.35	0.3	99.8	-0.17	-0.09	TEM good	R value good	Bias good
	PETER	9	105.5	7.3	0.7	0.29	0.3	99.8	0.01	0.09	TEM good	R value good	Bias good
	CHRISTIAN	9	105.6	7.1	1.1	0.33	0.3	99.8	0.08	0.17	TEM good	R value good	Bias good
	ERICK	9	105.4	7.2	0.6	0.24	0.2	99.9	-0.11	-0.03	TEM good	R value good	Bias good
	enum inter	18x9	105.5	7.1	-	0.47	0.4	99.6	-	-	TEM good	R value good	
	enum inter	18x9	105.5	7.1	-	0.38	0.4	99.7	-	-	TEM good	R value good	
	inter enum	19x9	105.5	7.1	-	0.41	0.4	99.7	-	-	TEM good	R value good	
	TOTAL intra+	18x9	-	-	-	0.57	0.5	99.3	0.01	0.09	TEM accepta	R value good	Bias good
	TOTAL+ sup	19x9	-	-	-	0.56	0.5	99.4	-	-	TEM accepta	R value good	

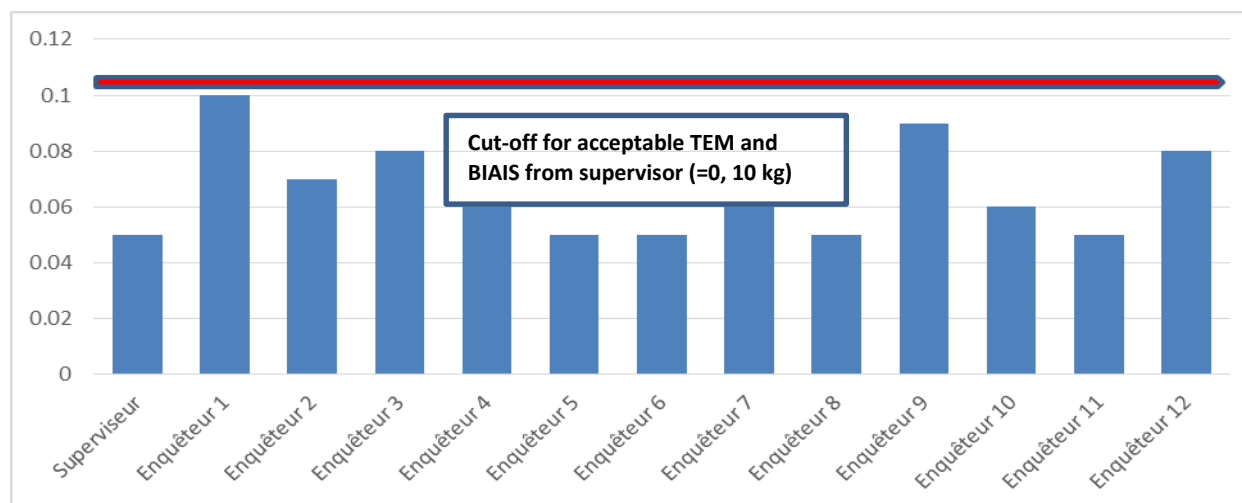


MUAC		subjects	mean	SD	max	Technical er	TEM/mean	Coef of relia	Bias from su	Bias from m	result		
		#	mm	mm	mm	TEM (mm)	TEM (%)	R (%)	Bias (mm)	Bias (mm)			
	Supervisor	9	159.6	11.8	1.1	0.51	0.3	99.8	-	-0.39	TEM good	R value good	
	PIERRE	9	160.9	11.9	4	1.51	0.9	98.4	1.33	0.94	TEM good	R value acce	Bias accepta
	JUSTIN	9	164.2	11.4	5	1.83	1.1	97.4	4.61	4.22	TEM good	R value acce	Bias reject
	CHANCELLER	9	159.1	11.7	9	3.06	1.9	93.2	-0.5	-0.89	TEM poor	R value poo	Bias good
	SYMPHORIEN	9	161.4	12.6	5	1.99	1.2	97.5	1.78	1.39	TEM good	R value acce	Bias accepta
	JOACHIM	9	159.9	12.3	4	1.27	0.8	98.9	0.33	-0.06	TEM good	R value acce	Bias good
	ISSA	9	160.5	12.1	3	1.03	0.6	99.3	0.89	0.5	TEM good	R value goo	Bias good
	BINJAMIN	9	158.6	13	5	2.2	1.4	97.1	-1	-1.39	TEM accepta	R value acce	Bias good
	ANNIE	9	159.4	12.7	6	1.89	1.2	97.8	-0.17	-0.56	TEM good	R value acce	Bias good
	THIERRY	9	158.6	12.3	4	1.33	0.8	98.8	-1.06	-1.44	TEM good	R value acce	Bias good
	PHILIAS	9	159.3	12.3	3	0.85	0.5	99.5	-0.33	-0.72	TEM good	R value goo	Bias good
	SVERIN	9	159.9	11.5	4	1.39	0.9	98.5	0.33	-0.06	TEM good	R value acce	Bias good
	SIMPLICE	9	159.6	11.3	6	2.05	1.3	96.7	-0.06	-0.44	TEM accepta	R value acce	Bias good
	ROBERT	9	159.1	10.9	4	1.47	0.9	98.2	-0.56	-0.94	TEM good	R value acce	Bias good
	SYLVIN	9	157.5	11.6	6	1.84	1.2	97.5	-2.11	-2.5	TEM good	R value acce	Bias good
	AUGUSTIN	9	161.6	12.6	5	1.9	1.2	97.7	2	1.61	TEM good	R value acce	Bias accepta
	PETER	9	157.9	11.6	6	2.07	1.3	96.8	-1.67	-2.06	TEM accepta	R value acce	Bias good
	CHRISTIAN	9	157.5	11.6	6	1.84	1.2	97.5	-2.11	-2.5	TEM good	R value acce	Bias good
	ERICK	9	157.8	11.4	7	1.91	1.2	97.2	-1.83	-2.22	TEM good	R value acce	Bias good
	enum inter	18x9	159.9	11.7	-	2.71	1.7	94.7	-	-	TEM poor	R value poor	
	enum inter	18x9	159.4	11.8	-	2.21	1.4	96.5	-	-	TEM accepta	R value acceptable	
	inter enum	19x9	159.6	11.7	-	2.39	1.5	95.8	-	-	TEM accepta	R value acceptable	
	TOTAL intra	18x9	-	-	-	3.06	1.9	93.2	-0.01	-0.39	TEM poor	R value poo	Bias good
	TOTAL+ sup	19x9	-	-	-	2.98	1.9	93.5	-	-	TEM poor	R value poor	

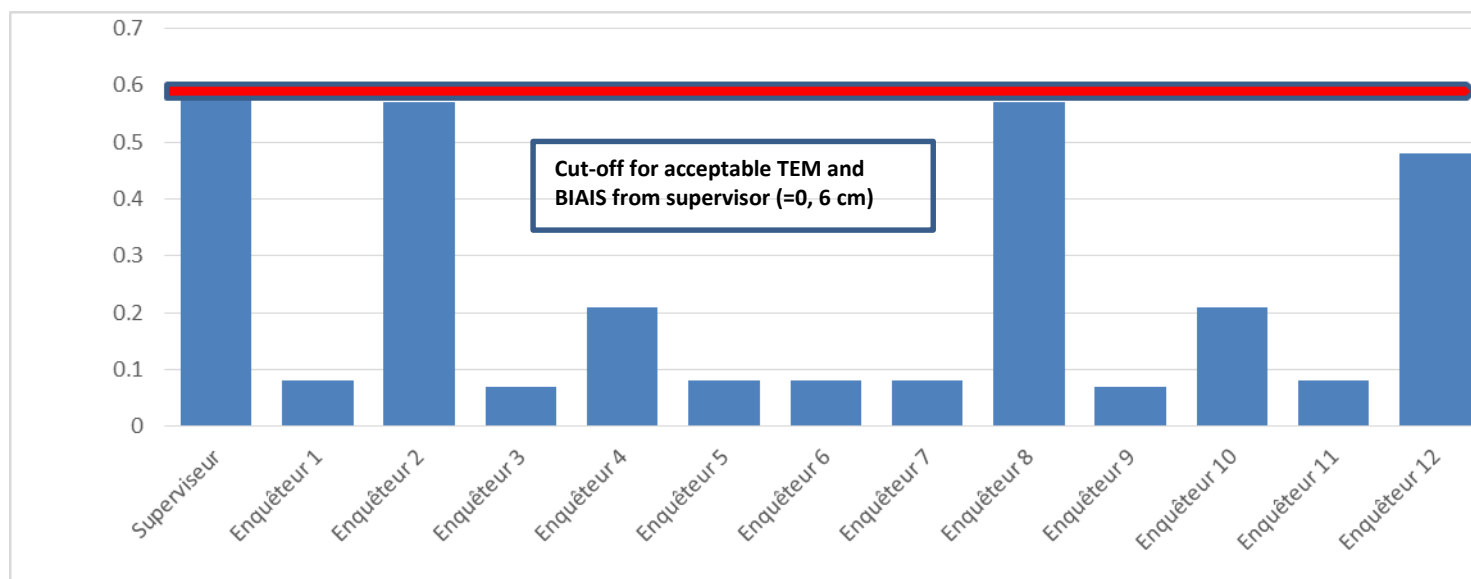


Annexe 3,2 : Résultats Test de Standardisation : Formation Camps de Boyabu et Mole /Province Sud-Ubangi

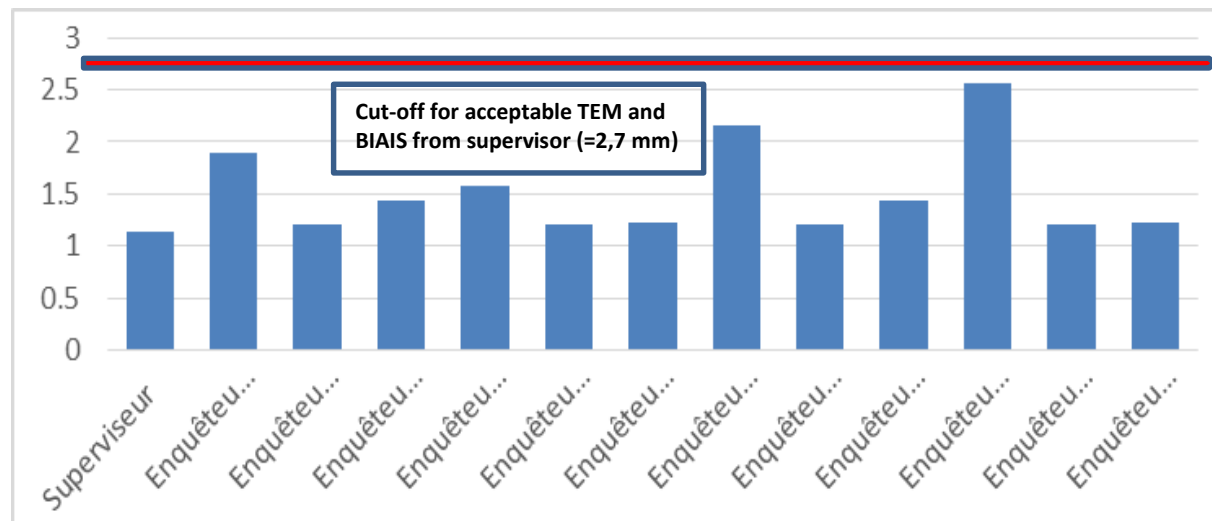
Standardisation test results												
Weight		subjects	mean	SD	Precision	Technical error	TEM/mean	Coef of reliability	Accuracy		OUTCOME	
		#	kg	kg	max	TEM (kg)	TEM (%)	R (%)	Bias from supervisor	Bias from mean	result	
					kg				Bias (kg)	Bias (kg)		
	Superviseur	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	-	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 1	10	14.3	2.2	0.1	0.06	0.4	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 2	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	-0.01	0	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 3	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 4	10	14.3	2.2	0.1	0.06	0.4	99.9	0.01	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 5	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.3	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 6	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	0.01	0.02	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 7	10	14.3	2.2	0.1	0.06	0.4	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 8	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	-0.01	0	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 9	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 10	10	14.3	2.2	0.1	0.06	0.4	99.9	0.01	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 11	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.3	99.9	0	0.01	TEM acceptable	R value good
	Enquêteur 12	10	14.3	2.2	0.1	0.05	0.4	99.9	0.01	0.02	TEM acceptable	R value good
	enum inter 1st	12x10	14.3	2.2	-	0.03	0.2	100	-	-	TEM good	R value good
	enum inter 2nd	12x10	14.3	2.2	-	0.04	0.3	100	-	-	TEM good	R value good
	inter enum + sup	13x10	14.3	2.2	-	0.03	0.2	100	-	-	TEM good	R value good
	TOTAL intra+inter	12x10	-	-	-	0.07	0.5	99.9	0	0.01	TEM good	R value good
	TOTAL+ sup	13x10	-	-	-	0.07	0.5	99.9	-	-	TEM good	R value good



Height		subjects	mean	SD	max	Technical er	TEM/mean	Coef of relia	Bias from su	Bias from m	result		
		#	cm	cm	cm	TEM (cm)	TEM (%)	R (%)	Bias (cm)	Bias (cm)			
	Superviseur	10	92.6	5.8	0.2	0.6	0.1	100	-	-1.19	TEM good	R value good	
	Enquêteur 1	10	92.6	5.8	0.2	0.08	0.1	100	0.01	-1.18	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 2	10	92.6	5.8	0.2	0.57	0.1	100	0	-1.19	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 3	10	92.6	5.8	0.2	0.07	0.1	100	-0.01	-1.2	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 4	10	92.6	5.8	0.9	0.21	0.2	99.9	-0.04	-1.23	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 5	10	92.6	5.8	0.2	0.08	0.1	100	0.01	-1.18	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 6	10	92.6	5.9	0.2	0.08	0.1	100	0.02	-1.17	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 7	10	92.6	5.8	0.2	0.08	0.1	100	0.01	-1.18	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 8	10	92.6	5.8	0.2	0.57	0.1	100	0	-1.19	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 9	10	92.6	5.8	0.2	0.07	0.1	100	-0.01	-1.2	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 10	10	92.6	5.8	0.9	0.21	0.2	99.9	-0.04	-1.23	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 11	10	92.6	5.8	0.2	0.08	0.1	100	0.01	-1.18	TEM good	R value goo	Bias good
	Enquêteur 12	10	92.6	5.9	0.2	0.48	0.1	100	0.02	-1.17	TEM good	R value goo	Bias good
	enum inter 1st	12x10	92.6	5.7	-	0.13	0.1	99.9	-	-	TEM good	R value good	
	enum inter 2nd	12x10	92.6	5.7	-	0.03	0	100	-	-	TEM good	R value good	
	inter enum + sup	13x10	92.6	5.7	-	0.08	0.1	100	-	-	TEM good	R value good	
	TOTAL intra+inte	12x10	-	-	-	0.15	0.2	99.9	0	-1.19	TEM good	R value goo	Bias good
	TOTAL+ sup	13x10	-	-	-	0.14	0.2	99.9	-	-	TEM good	R value good	



MUAC		subjects	mean	SD	max	Technical er	TEM/mean	Coef of reli	Bias from su	Bias from m	result		
		#	mm	mm	mm	TEM (mm)	TEM (%)	R (%)	Bias (mm)	Bias (mm)			
	Superviseur	10	152	10.5	3.8	1.14	0.7	98.8	-	4.01	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 1	10	152.1	10.6	3	1.9	0.8	98.8	0.14	4.15	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 2	10	152.1	10.5	4	1.2	0.8	98.7	0.04	4.05	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 3	10	151.9	10.4	4	1.43	0.9	98.1	-0.06	3.95	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 4	10	151.9	10.6	4	1.57	1	97.8	-0.16	3.85	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 5	10	152.1	10.5	4	1.2	0.8	98.7	0.04	4.05	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 6	10	152	10.4	4	1.22	0.8	98.6	-0.01	4	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 7	10	152.1	10.6	3	2.16	0.8	98.8	0.14	4.15	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 8	10	152.1	10.5	4	1.2	0.8	98.7	0.04	4.05	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 9	10	151.9	10.4	4	1.43	0.9	98.1	-0.06	3.95	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 10	10	151.9	10.6	4	2.57	1	97.8	-0.16	3.85	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 11	10	152.1	10.5	4	1.2	0.8	98.7	0.04	4.05	TEM good	R value acce	Bias reject
	Enquêteur 12	10	152	10.4	4	1.22	0.8	98.6	-0.01	4	TEM good	R value acce	Bias reject
	enum inter 1st	12x10	152.3	10.7	-	0.25	0.2	99.9	-	-	TEM good	R value good	
	enum inter 2nd	12x10	151.8	9.9	-	0.88	0.6	99.2	-	-	TEM good	R value good	
	inter enum + sup	13x10	152	10.3	-	0.54	0.4	99.6	-	-	TEM good	R value good	
	TOTAL intra+inte	12x10	-	-	-	1.46	1	98	0	4.01	TEM good	R value acce	Bias reject
	TOTAL+ sup	13x10	-	-	-	1.44	0.9	98	-	-	TEM good	R value acceptable	



Annexe 5 : Personnes qui ont participé à l'enquête

Equipe de coordination :

- ☐ Jean Baptiste MAYAVANGA, Coordonnateur Générale de l'enquête
- ☐ Damien NAHIMANA, Chargé de suivi de l'enquête
- ☐ Abdel-Latif M, Bâchir, Directeur Pays, ADES/Kinshasa
- ☐ Robert ANUNU, National Public Health officer, UNHCR/Kinshasa
- ☐ Caroline WILKINSON, Senior Nutrition Officer, UNHCR Genève,
- ☐ Charles DAGO, Regional Public Health officer, UNHCR/Kinshasa

Equipe des programmeurs

- ☐ Mugisho Pacifique Bisimwa, UNHCR/Kinshasa
- ☐ William Neba Lovala Shu, UNHCR/Kinshasa

Equipe de supervision :

- ☐ Markus CHANDA, Superviseur National pour les camps d'Inke et de Bili
- ☐ Raoul MWEKA, Superviseur Provincial pour les camps d'Inke et de Bili
- ☐ Gabin NGOY, ADES

- ☐ Pauline MAKIESE, Superviseur National pour le camp de Mole
- ☐ Simon MMBUTA, Superviseur Provincial pour les camps de Mole
- ☐ Césarine KUWA, Superviseur National pour le camp de Boyabu
- ☐ XXXXXXXXXXXXX, Superviseur Provincial pour les camps de Boyabu

- ☐ Marie Christine ATENDE, Superviseur National pour les ZS de Mobayi Mbongo et de Yakoma
- ☐ Fleming YONDE, Superviseur Provincial pour les ZS de Mobayi Mbongo et de Yakoma
- ☐ Gabin NGOY, ADES

- ☐ Dieudonné NGUFU, Superviseur National pour la ZS de Monga
- ☐ Dr José, Superviseur Provincial pour les ZS de Monga
- ☐ Emmanuel, Superviseur Provincial pour les ZS de Monga
- ☐ Gabin NGOY, ADES

Equipe d'analystes:

- ☐ Damien NAHIMANA, Chef de Division Surveillance et Recherche, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Dieudonné VANGU, Chef de Service Enquête et Analyse, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Jean-Baptiste MAYAVANGA, Chef de Service Enquête et analyse, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Simon MBUNGU, LOMO MEDICAL/ Kinshasa ;
- ☐ Faustine MUDEKEREZA, ACF/RDC

Equipe de rédaction du rapport :

- ☐ Damien NAHIMANA, Chef de Division Surveillance et Recherche, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Dieudonné VANGU, Chef de Service Enquête et Analyse, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Jean-Baptiste MAYAVANGA, Chef de Service Enquête et analyse, PRONANUT/RDC ;
- ☐ Simon MBUNGU, LOMO MEDICAL/ Kinshasa ;
- ☐ Faustine MUDEKEREZA, ACF/RDC

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

PRONANUT

PAM

UNHCR

UNICEF

**ENQUÊTES NUTRITIONNELLES AVEC APPROCHE SMART/SENS DANS LES
CAMPS ET SITES DES REFUGIES CENTRAFRICAINS, SOUDANAIS ET
BURUNDAIS ET POPULATIONS HOTES DES ZS DU NORD-UBANGI,
BAS-UELE, SUD-UBANGI, SUD-KIVU, HAUT-UELE ET ITURI
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
DECEMBRE 2018**

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

N° ECHANTILLON /__/_/_/

IDENTIFICATION DU MENAGE

01. TYPE D'ENQUETE 1=SMART/SENS 2= SMART ELARGIE /_/_/
02. LIEU D'ENQUETE 1=CAMP 2=SITE 3=ZONE DE SANTE /_/_/
03. DOMAINE D'ETUDE : _____ /_/_/
04. PROVINCE : _____ /_/_/
05. TERRITOIRE : /_/_/
06. STRATE : /_/_/
07. VILLAGE/BLOC (GRAPPE) : _____ /_/_/
08. N° DU MENAGE DANS LA GRAPPE:..... /_/_/
09. TAILLE DU MENAGE : /_/_/
10. STATUT DU MENAGE ENQUETE (*)..... /_/_/
11. SEXE DU CHEF DE MENAGE 1.MASCULIN 2.FEMININ /_/_/
12. N° EQUIPE : /_/_/

(*)CODE STATUT DU MENAGE : 1=Réfugiés en familles d'accueil 2=Réfugiés au camp 3= Réfugiés en site 4=Retournés
5=Résidents 6=Rapatriés 7=Expulsés 8=Autres

DATE D'INTERVIEW: /__/_/ /__/_/ /__/_/

INTERVENANTS

TITRE	NOM	CODE	DATE
Enquêteur 1		/_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/
Enquêteur 2		/_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/
Chef d'équipe		/_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/
Superviseur		/_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/

I.COMPOSITION DU MENAGE

Pour toutes les personnes du ménage								Pers de 11 ans et plus	Pers de 15 ans ou plus		Pour toutes les pers du ménage		
101	102	103	104		105	106	107	108	109	110	111	112	113
N°	NOM (optionnel)	Lien de parenté (*1) 1= C,M, 2= Epouse 3= Fils/Fille 4= Autre Parent 5= Non Parent	Depuis quand êtes-vous arrivé dans ce milieu ? mois année		Sexe 1= M 2= F	Etat physiologique (*2) de la femme 1=enceinte 2=allaitante 3=normale 4= SO	Age (en années révolues) pour toute personne du ménage	Age en mois (enfants de moins de 5 ans seulement)	Niveau d'instruction achevé 1= Aucun 2= Primaire 3= Secondaire 4= Prog non formel 5=Supérieur 6= SO	Si colonne 109=1, 2,4 Degré d'alphabétisation 1= Ne sait ni lire ni écrire 2= Sait lire seulement 3= Sait lire et écrire	Etat Matrimonial 1= Célibataire 2= Marié monog 3= Marié-polyg 4= Div/Séparé 5= Veuf/Veuve	Maladie chronique/ handicap 1= Oui 2= Non	Statut de l'individu 1=Réf en fam d'accueil 2=Réfugiés au camp 3= Réfugiés en site 4=Retournés 5=Déplacé 6=Résidents
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
...													

Lien de parenté (*1) : la question est posée par rapport au Chef de ménage(CM)

Etat physiologique (*2) :

1, Est femme allaitante, toute femme incluse dans l'enquête (qui allaite) ayant un enfant de 0 à 23 mois, 2, Est femme enceinte, toute femme incluse dans l'enquête qui déclare qu'elle est enceinte, 3, Est femme normale, toute femme incluse dans l'enquête qui est ni enceinte ni allaitante

II.EAU ET ASSAINISSEMENT

NO	QUESTION	REPONSE	SKIP	
201	<p>Quelle est la <i>principale</i> source d'eau de boisson pour les membres de votre ménage ?</p> <p>COCHER 1 SEULE REPONSE</p>	<p>Eau courante1</p> <p>Robinet/Fontaine publique2</p> <p>Forage/Pompe..3</p> <p>Puit protégé4</p> <p>Source d'eau protégée5</p> <p>Eau de pluie collectée6</p> <p>UNHCR Tanker.....7</p> <p>Source d'eau non protégée8</p> <p>Puit d'eau non protégée9</p> <p>Petit vendeur d'eau.....10</p> <p>Camion-citerne11</p> <p>L'eau en bouteille.....12</p> <p>Eau de surface (exemple rivière, étang13</p> <p>Autres... ..96</p> <p>Je ne sais pas98</p>	<p> _ _ </p>	
202	<p>Combien de temps faites-vous habituellement pour aller à votre source principale d'eau, obtenir l'eau et revenir ?</p> <p>COCHET 1 SEULE REPONSE</p>	<p>ENREGISTRER LE NOMBRE DE MINUTES SI CONNU (ENREGISTRER 98 SI INCONNU)</p> <p>Sur place..... 1</p> <p>Moins de 30 minutes 2</p> <p>Plus de 30 minutes 3</p> <p>Ne sais pas..... 98</p>	<p> _ _ _ </p> <p>Minutes</p>	
203	<p>Êtes-vous satisfait de l'approvisionnement en eau ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>Partiellement 3</p> <p>Ne sait pas..... 98</p>	<p> _ </p>	
204	<p>Quelle raison <i>principale</i> fait que vous n'êtes pas satisfait de l'approvisionnement en eau ?</p> <p>NE PAS LIRE LES RÉPONSES</p>	<p>Pas suffisamment d'eau 01</p> <p>Longue file d'attente 02</p> <p>Distance éloignée 03</p> <p>Approvisionnement irrégulier 04</p> <p>Mauvais goût de l'eau 05</p> <p>Eau trop chaude 06</p> <p>Mauvaise qualité de l'eau 07</p> <p>Doit payer l'eau 08</p> <p>Autre</p> <p>96</p> <p>Ne sait pas.....98</p>	<p> _ _ </p>	
205	<p>Quel type de toilette utilisez-vous dans ce ménage ?</p> <p>COCHET 1 SEULE REPONSE</p>	<p>Rincer à adduction système d'égout01</p> <p>Rincer à une fosse septique02</p> <p>À chasse d'eau à ciel03</p> <p>Latrine améliorée ventilée (LAV)/simple avec fosse et plancher /dalle.....04</p> <p>Latrine sèche /à compostage.....,05</p> <p>Rincer ou à chasse d'eau ailleurs.....,06</p> <p>Latrine à fosse sans plancher/dalle.....,07</p> <p>Latrine de service ou à tinette/seau.....,08</p> <p>Toilettes/latrines suspendues.....09</p> <p>Pas de toilettes, champ, brousse, sac plastique,.....10</p>	<p> _ _ </p>	<p>SI 10,</p> <p>ALLER A 207</p>
206	<p>Combien de ménages partagent/utilisent cette toilette?</p>	<p>ENREGISTRER NOMBRE DE MENAGE SI CONNU (ENREGISTRER 99 SI INCONNU)</p> <p>Non partagée (le ménage seulement),..... 1</p> <p>Familiales partagées (+ 1 autre ménage) 2</p> <p>Toilettes communes (+ ≥2 autre ménages) ... 3</p> <p>Toilettes publiques (au marché ou dispensaire, etc,)</p>	<p> _ _ </p> <p>Ménages</p>	

	COCHET 1 SEULE REPONSE 4 Ne sait pas..... 98		
207	Avez-vous un enfant de moins de 3 ans ?	Oui 1 Non 2	__	SI NON, ALLER A 209
208a	Combien d'enfant de moins de 3 ans avez-vous ?			
208	La dernière fois que (NOM DE L'ENFANT) a fait les selles, qu'est ce qui avait été fait pour éliminer les selles ?	Enfant utilise les toilettes/latrines..... 01 Jetés/rincés dans les toilettes/latrines 02 Enterrés..... 03 Jetés à la poubelle/trou à ordures..... 04 Versés/rincés dans un canal de drainage ou un fossé 05 Laissés à l'air libre 06 Autre 96 Ne sait pas 98	__ __	

Questions basées sur l'observation (a faire après les questions initiales afin d'assurer que le déroulement de l'entretien n'est pas interrompu)

N°	OBSERVATION / QUESTION	REPONSES			
209	CALCULER LA QUANTITE D'EAU UTILISEE PAR PERSONNE ET PAR JOUR EN POSANT LES QUESTIONS SUIVANTES (DIVISER LE TOTAL DE LITRES D'EAU PAR LE TOTAL DE NOMBRE DE PERSONNES PAR MENAGE) :	S'il vous plait, montrez-moi le conteneur que vous avez utilisé hier pour collecter/puiser l'eau,	CAPACITE	Nombre de tours fait avec chaque conteneur/jerrican	LITRES
		1, Jerrycan	50 litres		
		2, Jerrycan	25 litres		
		3, Jerrycan	20 litres		
		4, Jerrycan	15 litres		
		5, Jerrycan	10 litres		
		6, Jerrycan	5 litres		
		Total			
210	S'il vous plait, montrez-moi où vous stocker votre eau de boisson, LES CONTENEURS D'EAU POTABLE SONT ILS COUVERT OU A COL ETROIT ?	Tous le sont1 Certains le sont2 Aucun ne l'est3			__
211	S'il vous plait, montrer moi la toilette habituellement utilisée par les membres de la famille, (CONFIRMER LA REPONSE EN SE REFERANT À LA QUESTION 6 CI-DESSUS)	Toilettes en usage.....,.....,..... 1 Toilettes ne sont pas utilisées.....,..... 2 Non observée.....,.....,.....3			__

III.COUVERTURE MOUSTIQUAIRE MENAGE

N°	QUESTION	CODES RÉPONSES			
SECTION 3,1					
301	Combien de personnes vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?				_ _
302	Combien d'enfants de 0 à 59 mois vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?				_ _
303	Combien de femmes enceintes vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?				_ _
304	Est-ce que votre maison a été traitée avec un insecticide lors d'une campagne de pulvérisation intra domiciliaire au cours des 6 derniers mois ?	Oui1 Non2			_
305	Avez-vous dans votre ménage des moustiquaires qui peuvent être utilisées pendant le sommeil ?	Oui1 Non2			_ SI LA RÉPONSE EST 2 ARRÊTER ICI
306	Combien de ces moustiquaires peuvent être utilisées pendant le sommeil dans votre ménage? INSÉRER NOMBRE	SI PLUS DE 4 MOUSTIQUAIRES, INSCRIRE LE NOMBRE ET UTILISER DES FEUILLES DE QUESTIONNAIRE-MOUSTIQUAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN POURSUIVANT LA NUMÉROTATION ENTAMÉE SUR CHAQUE PAGE,			_ Moustiquaires
307	DEMANDER AU RÉPONDANT DE VOUS MONTRER LE(S) MOUSTIQUAIRE(S) DANS LE MÉNAGE, SI LES MOUSTIQUAIRES NE SONT PAS OBSERVÉS → CORRIGER LA RÉPONSE 306	MOUSTIQUAIRE1 _	MOUSTIQUAIRE2 _	MOUSTIQUAIRE3 _	MOUSTIQUAIRE4 _
308	OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE ET NOTER LE NOM DE LA MARQUE SUR L'ÉTIQUETTE, S'IL N'Y A PAS D'ÉTIQUETTE OU QU'ELLE EST ILLISIBLE, INSCRIRE « NSP » POUR « NE SAIT PAS »,	1, NOM : _____ 2, NSP	1, NOM : _____ 2, NSP	1, NOM : _____ 2, NSP	1, NOM : _____ 2, NSP
309	Pour l'enquêteur/le superviseur uniquement (ne pas remplir pendant l'entretien) : DE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE S'AGIT-IL ? D'APRÈS L'ÉTIQUETTE, INDIQUER S'IL S'AGIT D'UNE MILD, D'UN AUTRE TYPE DE MOUSTIQUAIRE, OU SI VOUS NE SAVEZ PAS,	1=MILD 2=Autre/NSP _	1=MILD 2=Autre/NSP _	1=MILD 2=Autre/NSP _	1=MILD 2=Autre/NSP _
310	Pour l'enquêteur/le superviseur uniquement (ne pas remplir pendant l'entretien) : INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL DE MILD DANS LE MÉNAGE EN COMPTANT LE NOMBRE DE « 1 » DANS 39,				_ MILD

SECTION 3,2 : JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUE QUESTION CONCERNANT LES MEMBRES DE MENAGES

N° de Ligne	Membres du ménage	Sexe	Âge	Grossesse en cours?	Dormi sous une moustiquaire	Quelle moustiquaire	Type de moustiquaire
COL1	COL2	COL3	COL4	COL5	COL6	COL7	COL8
	S'il vous plait donnez-moi les noms des membres du ménage qui vivent ici et qui ont dormi ici la nuit dernière en se referant à la SECTION COMPOSITION DU MENAGE	Sexe m/f	Âge Années	QUESTION POSER UNIQUEMENT POUR TOUTE FEMME DU MENAGE AGE DE 15 à 49 ANS, DEMANDER : Est-ce que (NOM) est enceinte actuellement? Si Oui=1, Si Non =0 Si Ne sait pas (NSP)=9	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ? Si Oui=1, Si Non =0 Si Ne sait pas (NSP)=9	DEMANDER AU RÉPONDANT D'IDENTIFIER PHYSIQUEMENT SOUS LAQUELLE DES MOUSTIQUAIRES OBSERVÉES IL/ELLE A DORMI, ÉCRIRE LE NUMÉRO CORRESPONDANT À LA MOUSTIQUAIRE QU'IL/ELLE A UTILISÉE,	Pour l'enquêteur/le superviseur uniquement : D'APRÈS LE NOM DE LA MARQUE OBSERVÉ SUR L'ÉTIQUETTE ET INSCRIT EN « TN8 », INDIQUER S'IL S'AGIT D'UNE MILD, OU D'UN AUTRE TYPE/SI VOUS NE SAVEZ PAS (NSP) MILD AUTRE/NSP
01		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
02		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
03		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
04		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
05		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
06		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
07		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
08		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
09		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
10		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
11		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
12		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
13		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2
14		m f	<5 ≥5	1 0 9	1 0	__	1 2

IV. SITUATION DES MENAGES

4,1	Quelle est votre principale source de bois de chauffe? <i>Entourer une seule option</i>		1	Collection	
			2	Achat	
			3	Distribution par les ONGs	
4,2	Combien de temps prend la collecte de bois? Aller et retour <i>Entourer une seule option</i>		1	Moins d'une heure	
			2	Entre 1 et 2 heures	
			3	Entre 3 et 4 heures	
			4	Plus de 4 heures	
4,3	Observez et notez les caractéristiques du logement principal (si nécessaire, demandez)				
	4,3,1	Quel est le matériau dominant du toit du logement principal du ménage ?	1 = Béton/Ciment 2 = Tuile/Ardoise 3 = tôle en métal 4 = Chaume/Paille 5 = Autre (à préciser).....,,		_
	4,3,2	Quel est le matériau dominant des murs du logement principal du ménage ?	1 = Briques en ciment 2 = Banco stabilisé 3 = Brique en banco 4 = Bois 5 = Tôle en métal 6 = Paille/Tige 7 = Autres (à préciser)		_
	4,3,3	Combien de pièces, à usage d'habitation, votre ménage occupe-t-il ?			
	4,3,4	Quel est le statut d'occupation du logement de votre ménage ?	1 = Propriétaire 2 = Copropriétaire 3 = Locataire 4 = Colocataire 5 = Logé gratuitement 6 = Autre (à préciser).....,,		_
4,4	Quelle est la principale source d'énergie utilisée par votre ménage pour la cuisson des aliments ? Si plusieurs sources, choisir la plus utilisée par le ménage		1 = Electricité (four, plaque, réchaud) 2 = Gaz 3 = Charbon de bois 4 = Bois 5 = Paille/ débris végétaux 6 = Bouse animale 7 = Autre (à préciser).....		_
4,5	Quelle est la principale source d'énergie pour l'éclairage utilisée par votre ménage ? Si plusieurs sources, choisir la plus utilisée par le ménage		1 = Panneaux solaires 2 = Electricité 3 = Lampe à gaz 4 = Lampe torche 5 = Lampe tempête (à pétrole) 6= Bougie 7= Autre (à préciser) 8 = Aucune		_

V.SANTE				
5,1	Y a-t-il eu des cas de maladie dans votre ménage au cours des <u>12 derniers mois</u> ? (maladies non chroniques)		1 = Oui 0 = Non	_
5,2	Parmi ces personnes qui sont tombées malades au cours des <u>12 derniers mois</u> , de quelle façon ont-elles été traitées ? JUSQU' A QUATRE REPONSES POSSIBLES			
	1 =Hôpital 2=Centre de santé 3= Poste de santé 4= Guérisseurs/Tradi-praticiens	5=Automédication avec des produits achetés en pharmacie 6= Automédication avec des médicaments de la rue 7=Cas non traité		_ _ _ _
5,3	SI DES MEMBRES DU MENAGE N'ONT PAS ETE TRAITES DU TOUT QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON ?			
	1 = Manque de moyens financiers 2 = Mauvaise qualité de l'accueil dans la structure / Compétence limitée du personnel médical 3 = Manque de moyen de transport 4 = Autre raison (à préciser) 9 = Ne sait pas			_
5,4	Y a-t-il un/des handicapé(s) physique(s) ou mental(aux) /malades chroniques dans le ménage ?		1 = Oui 0 = Non	_
5,5	Si oui y a-t-il le chef du ménage parmi eux?	1 = Oui 0 = Non		_
5,6	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu à payer des prestations sanitaires dans une structure officielle de la façon suivante ?(plusieurs réponses possibles)		1 = Oui 0= Non	
	1, Au comptant	_	4, Emprunt à la caisse sociale de la structure sanitaire	_
	2, Crédit au niveau de la structure sanitaire	_	5, Emprunt auprès des comités de santé	_
	3, Emprunt chez des parents, amis ou voisins	_	6, Autre (à préciser)	_

VI, DETAILS ET BIEN DU MENAGE						
6,1	Possédez-vous les biens suivants ? 1- Oui 0- Non					
				Oui	Non	
	a) Houe, Hache, Machette			_		
	b) Charrue			_		
	c) Charrette			_		
	d) Moulin manuel			_		
	e) Bicyclette			_		
	f) Radio			_		
	g) Matériel de pêche et ou de chasse			_		
	h) Téléphone			_		
6,2	Combien de ces animaux possédez-vous? Mettre 0 si pas disponible					
	a)Bœuf	b) Chèvre	c) Mouton	d) Porcs	e) Volailles	f) Autres
	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
	Quelles sont actuellement les principales contraintes pour l'élevage? Ne pas lire les modalités, laisser l'enquête répondre spontanément Cocher toutes les options possibles					
				Cocher les options possibles		
	a) Manque d'argent pour acheter ou élever les animaux			_		
	b) Manque de fourrage ou de pâturage			_		

6,3	c) Manque d'eau pour les animaux	__
	d) Manque d'espace pour les animaux	__
	e) Manque de vétérinaires / fréquentes maladies des animaux	__
	f) Services vétérinaires trop cher	__
	g) Manque de main d'œuvre pour suivre les animaux	__
	h) Absence de marché pour le bétail	__
	i) Vols	__
	j) Insécurité (accès aux pâturages, aux routes de migration)	__
	k) Inondation	__

VII, SOURCES DE REVENUS

7,1, Quelles sont ACTUELLEMENT les principales sources de revenus de votre ménage

Cocher la case et indiquer la contribution en pourcentage de chaque activité sur les revenus totaux du ménage

	Cocher la case	Contribution sur les revenus totaux (Piles proportionnelles) (%)
a) Maraichage	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
b) Travail journalier agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
c) Travail journalier non agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
d) Elevage/Vente de bétail	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
e) Vente de produits de pêche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
f) Vente de produits agricoles ou de cueillette	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
g) Travail rémunéré (mensuellement)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
h) Moulin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
i) Fonctionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
j) Artisanat	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
k) Vente de charbon, bois de chauffe	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
l) Petit commerce non agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
m) Revenus de transfert d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
n) Mendicité	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
o) Dons des parents ou voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
p) Vente de l'aide alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
TOTAL		100%

7,2, Votre ménage reçoit-il un transfert monétaire de la part d'une Agence/ONG ? 1=Oui-0=Non si 1 aller a 8,3

7,3, Quel type de transfert monétaire vous ou l'un des membres de votre ménage avez-vous reçu le mois passé ?	Cash.....1 CBI.....2 Argent contre travail.....,3 Bon de nourriture.....,4 Autre.....5 (à préciser)
---	--

7,4, De combien de sources de revenus le ménage a-t-il disposé avant leur arrivée ? (Prendre en compte les sources de revenus de TOUS les membres du ménage)

7,5, Citez les trois principales sources de revenu du ménage avant l'arrivée (par ordre d'importance - en termes de valeur monétaire - jusqu'à la troisième)

1 ^{ère} source de revenu du ménage	<input type="text"/>
2 ^{ème} source de revenu du ménage	<input type="text"/>
3 ^{ème} source de revenu du ménage	<input type="text"/>
01 = Agriculture vivrière 02 = Agriculture de rente 03= Elevage (gros bétail) et produits dérivés (lait, viande, etc.) 04 = Elevage (bétail de taille moyenne) et produits (lait, viande) 05= Elevage de volailles produits avicoles (volaille et œuf) 06 =Arboriculture 07 =Maraîchage 08 =Artisanat 09 = Ressources forestières (brut ou transformé : charbon, gomme, Karité, bouye, mad, ditakh, vin de palme, etc) 10 = Pêche 11 = Produits miniers (or, fer...) 12 = Commerce informel/ambulante (carte téléphonique, eau, petits articles divers,...)	13= Commerce de produits alimentaires 14= Commerce formel (boutique, magasin, y compris restaurant, etc.) 15 = Transport (y compris taxi-moto-vélo) 16 = Travail spécialisé (maçon, peintre, menuisier, etc.) 17 = Travail journalier (tâcheron, docker, Petits métiers/boulots, etc.) 18 = Salarié/Contractuel/Consultant (y compris forces armées/ONG/public/para-public) 19 = Retraité/Pensionnaire 20 = Ouvrier agricole 21 = Transferts d'argent par un proche 22 = Dons/Aides 23 = Autres (à préciser)

7,6, Quelle est actuellement la principale contrainte de votre principale source de revenus ? <i>Ne pas lire les modalités, laisser l'enquêté répondre spontanément</i> <i>Cocher toutes les options possibles</i>	
	Cocher la réponse
a) Insécurité, impossible de se déplacer	__
b) Manque de main d'œuvre et de financement dans le ménage	__
c) Pas de marché	__
d) Faible prix des produits agricole, animaux ou des produits de vente du ménage	__
e) Manque de travail et autres opportunités de développement des AGR	__
f) Faible production agricole	__
g) Faible production animale	__
h) Problème de santé	__
i) Taxes imposées par les autorités élevées	__

VIII.SECTION CONSOMMATION ET DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DU MENAGE

Pendant combien de jours votre ménage a - t-il consommé les aliments suivants au cours des 7 derniers jours précédant l'enquête et quelle est la source de ces aliments												Consommation au cours de dernières 24 heures 1=Oui 0=non
	Groupe d'aliments	AIDE MEMOIRE (Cocher si l'aliment a été consommé ce jour-là dans le ménage)							Nbre de jours au cours de la semaine passée	Source des aliments (*)		
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7				
Q801	Céréales : maïs, riz, blé, sorgho, mil et toute autre céréale ou aliment élaboré à partir de céréales (pain, nouilles, bouillie ou autres)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q802	Racines et tubercules : Patates douces blanches, ignames blanches, manioc blanc ou autres aliments tirés de racines , taro, (fufu, lituma, chikwangue,,,,)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q803	Légumes et tubercules riches en vitamine A : Courge, carotte, poivron, patate douce à chair orange+ <i>autres légumes riches en vitamine A disponibles localement (poivron rouge, par exemple), Oseille rouge, manioc jaune et banane Plantain mure,</i>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q804	Légumes à feuilles vertes foncé : Oseille, amarante, salade, épinard, feuille d'oignon (ciboule), feuille d haricot, feuille de manioc, feuille de patate, feuille de taro, fumbwa, Choux de chine, ,,,								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q805	Autres légumes : Gombo (frais ou sec),, aubergine, courgette, concombre, choux pommé, navets, , poivron vert, poireau, céleri, champignon, légumes sauvages								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q806	Fruits riches en Vitamine A : Mangues mûres, papayes mûres, goyave mure, pastèque mure, orange mure et mandarine mure, ou (ajoutez d'autres fruits locaux riches en vitamine A)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q807	Autres fruits : Autres fruits, y compris les fruits sauvages et les jus purs obtenus à partir de ces autres fruits,								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q808	Abats : Foie de veau, foie de mouton, foie volaille, reins, cœur, boudin noir, sang coagulé préparé, poumons, intestins, autres organes à base de sang								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q809	Viandes et volailles : Bœuf, mouton, chèvre, porc (charcuterie), lapin, gibier, poulet, pintade, pigeon, canard, cobaye, chauve-souris, serpent, rats, grenouille, tortue, grillon, criquet chenille, termite, sauterelle, larves, escargots ou insectes,								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q810	Œufs : Œufs de poule, de canard, de pintade ou tout autre œuf								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q811	Poissons et fruits de mer : Poissons frais, poissons fumés, poissons salés, fretins, conserve (sardine, thon), crabe, crevette, écrevisses, huitres, coquillages ou crustacés,								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q812	Protéagineux, oléagineux, grains : Haricot (niébé), petit pois, arachide (en patte ou en nature) soja, sésame, noix de cajou, noix sauvages, noix de palmiste, graine de courge,,,,								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q813	Lait et produits laitiers : Lait, fromage, yaourt ou autre produit laitier								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q818	Huile et graisse Huiles, graisses ou beurres ou tout aliment en contenant, Y compris les aliments préparés avec de l'huile de palme rouge, de la noix de palme rouge ou de la pulpe de noix de palme rouge								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q815	Sucre et produits sucrés : Sucre ou en morceau (dans le thé, café, bouillie), boisson sucre, lait concentré sucre, miel, confiture, sucre de canne (artisanal), jus de fruit contenant du sucre ajouté, aliments sucrés tels que chocolat, bonbons, biscuits et gâteaux								/	/	/
Q816	Epices, condiments, caféine et boissons alcoolisées : Epices (poivre noir, sel), condiments (sauce de soja, sauce piquante,...), café, thé, boissons alcoolisées (bière, vin, sangria, pastis, whisky, vin de palme, lotoko,) tomate (fraîche ou concentrée), oignon								/	/	/

IX. STRATEGIES DE SURVIE (CSI réduit) + CHOCS

9,1 - Au cours des 7 jours dernières, s'il y a eu des périodes où le ménage n'a pas eu assez de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture, combien de jours le votre ménage a-t-il dû recourir aux stratégies suivantes :

Codes : 0 = Jamais 1 = 1 jour par semaine 2 = 2 jours par semaine 3 = 3 jours par semaine
4 = 4 jours par semaine 5 = 5 jours 6 = 6 jours 7 = 7 jours

1	Consommer des aliments moins coûteux ou moins préférés	_
2	Emprunter des aliments ou compter sur l'aide des amis, des voisins ou des parents	_
3	Réduire la quantité des repas	_
4	Réduire la consommation des adultes au profit des petits enfants	_
5	Réduire le nombre de repas journaliers	_

9,2 - Quelles ont été les trois principaux chocs/difficultés subis par votre ménage au cours des 12 derniers mois ?

NE PAS LES ENUMERER, laissez le ménage répondre spontanément, Une fois cela fait, demander au ménage de ranger les 3 plus importants		1 ^{er} choc		2 ^{ème} choc		3 ^{ème} choc	
01 = Déficit pluviométrique	13 = Inondations	1	_ _	2	_ _	3	_ _
02 = Invasion d'insectes ravageurs	14 = Insécurité						
03 = Maladies des plantes	15 = Augmentation des prix des denrées alimentaires						
04 = Maladie/accident d'un membre du ménage	16 = Dégâts des animaux						
05 = Augmentation du prix des intrants agricoles	17 Incendie/Feu de brousse						
06 = Baisse du prix des produits vendus	18 = Conflits						
07 = Victime de vol des biens/Animaux	19 = Hausse des prix des transports						
08 = Décès d'un membre de la famille	20 = Invasion de végétaux aquatique						
10 = Hausse des prix du carburant	21 = Pollution de l'eau/du sol/de l'air						
11 = Maladies animales	23 = Autre (à préciser)						
12 = Perte d'emploi/Chômage	24 = Urgence médicale						
00 = Pas de choc ou Plus d'autre choc	99 = Ne sait pas						

X, CARTE RATION + CSI 30 JOURS

101	Votre ménage a-t-il une carte de ration ?	Oui 1 Non 2	__ SI LA RÉPONSE EST 1, ALLER À 103
102	Pourquoi n'avez-vous pas une carte de ration ?	Non remis à l'enregistrement..... 1 Carte perdue..... 2 Carte échangée / vendue 3 Pas enregistré mais éligible 4 Non éligible (selon les critères de ciblage) 5 Autre 6	__ ALLER À 106
103	Si Oui à quelle modalité de distribution votre carte correspond-elle ?	Vivres.....,1 Cash.....,2 Voucher.....,3 Autre.....,4	__
104	Si vivres, lors de la dernière distribution quelle quantité avez-vous obtenu ?	1, Céréales __ __ __, __ Kg 2, Legumineuse __ __ __, __ Kg 3, Huile __ __ __, __ litres 4, Sel __ __ __ g	
105	Si Cash/Voucher combien/ou équivalent avez-vous reçu lors de la dernière distribution ?	__ __ __ __ __ Fc / __ __ __ \$	
106	Est-ce que votre ménage reçoit une ration complète ou une ration partielle ?	Complète.....,.....1 Moitié.....,,2 Autre.....,.....6	__
107	Combien de jours les vivres/ Cash/Voucher ou autre de la distribution générale du dernier cycle de (mois) a-t-elle duré ?	INSCRIRE LE NOMBRE DE JOURS S'IL EST CONNU (INSCRIRE 98 SI NON CONNU)	__ __
..108	Le mois dernier, est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez emprunté de l'argent liquide, de la nourriture ou autre chose avec ou sans intérêts ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	__
109	Le mois dernier, est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez vendu des biens que vous n'auriez normalement pas vendus (meubles, stocks de semences, outils, autres ANA, bétail, etc) ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	__
1010	Le mois dernier, est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez demandé plus d'argent ou de cadeaux par rapport à d'habitude ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	__
1011	Le mois dernier, est-ce que vous ou quelqu'un de votre ménage avez réduit la quantité et / ou la fréquence des repas ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	__

	Autre liquide	Ne sait pas	3
		Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
	Aliments solides ou semi solides liquide pour bébé	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
	Lait maternel	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1109	Est-ce que [NOM] a bu quelque chose au biberon durant la journée ou la nuit d'hier ?	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1110	Hier le jour / la nuit combien de fois (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous autres que des liquides ?	__ __ fois	/__/__/
DIVERSIFICATION DU REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT <i>Au cours des dernières 24 heures (jour et nuit), l'enfant de 6 -23 mois a consommé quels types d'aliments ?</i>			
1111	Céréales, racines et tubercules -Céréale (mil, sorgho, maïs, riz, blé, pain etc)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1112	-Tubercule (igame, manioc, patate, taro, pomme etc)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1113	Légumineuses, noix et graines Haricots, pois, Niébé, lentilles, noix, graines, arachide et soja	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1114	Produits laitiers Yaourt; Lait, lait frais de chèvre, ou de vache, fromage	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1115	Aliments à base de chair Viande (bœuf, chèvre, porc, mouton), Volaille (poulet, canard, pintade), Poisson frais ou séché, crustacés ou fruits de mer, insectes	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1116	Foie, rognon, cœur ou autres abats	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1117	Œufs	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1118	Fruits et légumes riches en vitamine A Tout légume vert foncé	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1119	Mangues mûres (fraîches ou séchées [mais non vertes]), papayes mûres (fraîches ou séchées), melon	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1120	Aliments fabriqués à partir d'huile de palme rouge, de noix de palme rouge ou de pulpe de noix de palme rouge	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1121	Autres fruits et légumes	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1122	Autres aliments (non pris en compte dans le score de diversité alimentaire) Huile, graisse ou beurre, ou tout aliment fabriqué à partir de ceux-ci	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1123	Tous aliments sucrés tels que chocolats, bonbons, friandises, pâtisseries, gâteaux ou biscuits	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1124	Condiments aromatiques tels que piments, épices, herbes ou poudre de poisson	Oui	1
		Non	2

		Ne sait pas	3
CONSOMMATION DES ALIMENTS DE COMPLEMENT ENRICHIS/PRET A L'EMPLOI PAR L'ENFANT DE 6-23 MOIS			
1125	Aliments de complément enrichis (CSB+, WSB+ CSB++, WSB++)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1126	Aliments de complément prêt à l'emploi (ex : Plumpy'Nut®, eeZeePaste™) (MONTRER SACHET)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1127	Aliments de complément prêt à l'emploi (ex : Plumpy'Sup®) (MONTRER SACHET)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1128	Aliments de complément prêt à l'emploi (ex : Nutributter®, Plumpy'doz®) (MONTRER SACHET / POT)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1129	Laits maternisés enrichis en fer (ex : Guigoz, Blédilait, Gallia, Nan, Nativa,...)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3
1130	Dans le cas où les poudres de micronutriments sont utilisées : Durant la journée ou la nuit d'hier, est-ce que [NOM] a consommé une nourriture à laquelle vous avez ajouté Sprinkles comme celui-ci? (MONTRER SACHET DE POUDRE DE MICRONUTRIMENTS)	Oui	1
		Non	2
		Ne sait pas	3

XII. QUESTIONNAIRE FEMMES (âgée de 15 à 49 ans) DU MENAGE

Col(1)	Col(2)	Col(3)	Col(4)	Col(5)	Col(6)	Col(7)	Col(8)	Col(9)	Col(10)
No femme	No Ménage	Consentement donné 1=oui 2=non 3=absente	Age (en année)	Etes-vous enceinte 1=oui 2=non (va au Hb) 3= ne sais pas (va au Hb)	Êtes-vous inscrit actuellement au programme de soins prénataux(CPN) ? 1=oui 2=non	Recevez-vous actuellement les comprimés de fer? (MONTRER LA COMPRIME) 1=oui 2=non 3= ne sais pas	Hb (g/dL)	Femmes référées pour anémie 1= oui 2= non	PB en mm
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
...									

XIII, ANTHROPOMETRIE ENFANTS (âgée de 6 à 59 mois) DU MENAGE

CH1	CH 2	CH3	CH4	CH5	CH6	CH7	CH8	CH9	CH10	CH11	CH12	CH13	CH14	CH15	CH16	CH17	CH18	CH19
ID	MN	Consente ment donné 1=Oui 2=Non 3=Absent	Sexe (m/f)	Date de naissance (*1) jj/mm/aaa a	Âge en mois (*2)	Poids (kg) ±100 g	Taille (cm) ±0,1c m	Cédè mes (y/n)	PB (mm)	P/T (%z- score)	Enfant enregis tré 1=UNTI / UNTA 2=UNS 3= Référé 4= pas besoin	Rougeol e 1=Oui carte 2=Oui de mémoir e 3=Non ou ne sait pas	Vit, A dans les 6 derniers mois (MONTRE R CAPSULE) 1=Oui 2=Non ou ne sait pas	Déparasitag e au Mébendazol e dans les 6 derniers mois 1=Oui 2= Non ou ne sait pas	Maladie dans (les 2 dernière s semaine s 1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	Type maladie : 1= diarrhée simple 2= IRA 3= Fièvre 4= Autres	Hb <i>g/d L</i>)	Référé 1= oui 2= Non
01				/ /														
02				/ /														
03				/ /														
04				/ /														
05				/ /														
06				/ /														
07				/ /														
08				/ /														
09				/ /														
10				/ /														

- Date de naissance (*1)

La date de naissance exacte ne doit être prise qu'à partir d'un document spécifiant le jour, le mois et l'année de naissance, Celle-ci est inscrite seulement si une documentation officielle de l'âge est disponible ; le fait que la mère fournisse la date exacte de mémoire n'est pas considéré comme suffisamment fiable. Laisser vide si une documentation officielle de l'âge n'est pas disponible,

- Age en mois (*2)

S'il n'existe pas de documentation pour l'âge, estimer celui-ci à l'aide du calendrier d'événements locaux, Si une documentation officielle de l'âge est disponible, inscrire l'âge en mois à partir de la date de naissance, Age en mois (*3) (enfants de moins de 5 ans seulement) :
mois à partir de la date de naissance,