



République Islamique de Mauritanie

**NOTE DE SYNTHÈSE DES RESULTATS FINAUX
DE L'ENQUÊTE SMART DANS LE CAMP DE
REFUGIES DE MBERRA – MAURITANIE**

Conduite du 18 au 21 janvier 2013



Février 2013

Remerciements :

Le Ministère de la Santé remercie tous les partenaires qui ont participé à la réalisation de cette enquête particulièrement tous les participants aux réunions d'analyse et de validation de la méthodologie.

Nous exprimons nos sincères remerciements à l'UNICEF, au PAM et à l'UNHCR dont le soutien technique et financier ont permis la complétude de cette enquête.

Notre gratitude aux Organisations partenaires telles que Counterpart, Action Contre la Faim, l'Université de Nouakchott (Mauritanie). L'UNICEF, le PAM, l'Office National des Statistiques, le Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille (MASEF), le Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED), Initiative Renewed Effort Against Child Hunger (REACH) entre autres qui ont participé activement aux réunions de validation du comité de pilotage.

Nos remerciements à tous les partenaires présents dans le camp qui ont contribué à la réalisation de cette enquête et particulièrement les autorités administratives de la région de Hodh El Charghi, l'UNHCR et la coordination des réfugiés pour avoir facilité et accompagné la collecte des données dans leurs régions respectives.

Enfin, nos remerciements aux enquêteurs et aux populations de réfugiés pour leur contribution et leur disponibilité.

Contexte et Justification

Suite à l'occupation de la partie nord du Mali par des groupes armés, la Mauritanie accueille depuis janvier 2012 des populations maliennes. Dès l'arrivée des premiers réfugiés, le Système des Nations Unies (SNU) et les partenaires humanitaires ont appuyé le gouvernement à la mise en place d'une réponse pour fournir une aide d'urgence à ces populations nécessiteuses. Progressivement, les réfugiés qui d'abord s'étaient installés à Fassala ont été déplacés vers le nouveau camp près du village de Mberra. Au moment de l'enquête, le recensement de deuxième niveau montrait que plus de 54,000 personnes regroupées dans plus de 11,400 familles bénéficiaient de l'accueil du gouvernement mauritanien et de l'aide de tous les partenaires présents dans le camp.

En juillet 2012 le ministère de la Santé, l'UNICEF, le PAM et l'UNHCR ont menés une enquête SMART dans le camp, les résultats de l'enquête montraient une prévalence de la malnutrition aiguë globale de 20% avec 6,0% de forme sévère, selon les références de l'OMS. Cette situation étant plus marquée chez les garçons (23,8%) que chez les filles (16,4%). La tranche d'âge des 6-23 mois étant significativement plus affectée par la malnutrition aiguë que celle des 24-59 mois.

Afin de suivre l'évolution de la situation, le Ministère de la Santé a organisé 6 mois après la cette seconde enquête SMART dans le camp de M'berra grâce à l'appui de l'UNICEF, du PAM et de l'UNHCR Cette dernière basée sur la méthodologie Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART) répond aux standards de la référence internationale pour ce type d'enquête et en conséquence la comparaison avec celle de juillet 2012. Cette enquête tente aussi de répondre au besoin de suivre et connaître certain nombre des déterminants de la malnutrition.

La mise en œuvre de cette enquête a suivi les mêmes étapes de validation que celle assujettie aux enquêtes SMART nationales. En effet, la validation de la méthode et des résultats est assurée par le comité de pilotage, organe multipartite présidé par le Ministère de la Santé et plus précisément par la Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (DSBN). Le comité de pilotage regroupe tous les partenaires intervenants dans le domaine de la nutrition comme les agences du système des nations-unies, les organisations non gouvernementales, l'université et différents départements ministériels comme le MAED, le MASEF et enfin l'Office National des Statistiques.

Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de mesurer l'état nutritionnel et de déterminer le statut vaccinal des enfants de 6-59 mois du camp de réfugiés de Mberra.

Les objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois
- Déterminer la prévalence du retard de croissance chez les enfants de 6-59mois
- Déterminer la prévalence du déficit pondéral chez les enfants de 6-59 mois
- Déterminer le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 6-59 mois
- Déterminer le taux de décès rétrospectif dans le camp
- Identifier quelques déterminants de la malnutrition chez la population du camp

Méthodologie

Compte tenu de la disposition du camp, cette enquête fera appel à la méthode d'échantillonnage systématique soit un effet de grappe égal à 1. En effet, le camp est subdivisé en rangées. Chaque rangée comporte plusieurs blocs et chaque bloc comporte plusieurs communes et une commune couvre entre 12 et 16 tentes qui sont la plus petite unité correspondant aux ménages.

La population de réfugiés installés dans le camp de Mberra est de 54,000 personnes regroupées en 9642 ménages (en date de 15 janvier 2013).

On estimait qu'il y'avait environ 20% d'enfants âgés de 6-59 mois soit 14,209 enfants. Les informations disponibles montraient qu'il y'avait en moyenne 0,9 enfants de 6-59 mois par

ménage donc le nombre de ménages à visiter est de 974 ménages (tentes). Le pas de sondage était donc de : $9642/974 = 9,9$.

Les participants à cette étude sont les enfants âgés de 6 – 59 mois et leurs ménages habitant dans le camp de réfugiés de Mberra.

L'enquête a été conduite par 30 enquêteurs et 5 superviseurs. Chaque équipe était composée de (2 mesureurs, 2 enquêteurs, 2 traducteurs et 1 superviseur). Celle-ci a été appuyée par un coordinateur et son assistant qui vérifiaient continuellement la qualité des données et des questionnaires administrés.

Un atelier de formation de 5 jours a été réalisé en utilisant la documentation sur la méthodologie SMART. Cette formation a porté sur :

Une standardisation des outils (toise, balance et PB) a été réalisée pendant l'exercice de standardisation et à chaque matin avant le début de l'enquête afin d'éviter les erreurs potentielles résultant d'un écart dans l'un des instruments de mesure.

Les équipes ont été supervisées par une équipe composée d'un technicien du Ministère de la santé, de l'UNICEF, du PAM et du HCR

Toutes les données nutritionnelles et sur la mortalité ont été saisies dans le logiciel ENA. Les autres données de l'enquête seront par contre saisies sur Epi Data et analysées avec le logiciel SPSS.

La collecte des données a eu lieu du 18 au 21 janvier 2013.

Résultats

Les résultats ci-dessous ne portent que sur la situation nutritionnelle des enfants et de la mortalité dans le camp, les données complémentaires seront incluses dans le rapport final.

1. Malnutrition aiguë

Tableau 1: Prévalence de la malnutrition aiguë (globale, modérée et sévère) selon l'indice Poids-pour-Taille exprimé en z-score et/ou œdèmes (après exclusion des flags SMART), selon les normes OMS 2006, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et selon le sexe. Janvier 2013

	Total n = 831	Garçons n = 405	Filles n = 426
Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	(109) 13,1 % (11,1 - 15,5 95% C.I.)	(57) 14,1 % (10,3 - 18,9 95% C.I.)	(52) 12,2 % (9,3 - 15,9 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition modérée (<-2 z-score and >=-3 z-score, sans œdèmes)	(83) 10,0 % (8,3 - 11,9 95% C.I.)	(40) 9,9 % (7,2 - 13,4 95% C.I.)	(43) 10,1 % (7,4 - 13,7 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	(26) 3,1 % (2,2 - 4,5 95% C.I.)	(17) 4,2 % (2,3 - 7,4 95% C.I.)	(9) 2,1 % (1,2 - 3,7 95% C.I.)

N = Population enquêtée,

La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de 6 à 59 mois dans le camp est de 13,1% (Tableau 1). Elle est de 14,1% chez les garçons et de 12,2% chez les filles. Cette prévalence observée est classée comme étant à risque suivant la classification de l'OMS même si le taux a connu une baisse d'environ sept points de pourcentage (MAG 20% en 2012). Sur la base d'une population estimée à 54000 réfugiés et d'une proportion d'enfants de moins de cinq ans estimée à 20%, 1420 enfants âgés de 6 à 59 mois souffriraient de malnutrition aiguë modérée et 440 de malnutrition aiguë sévère dans le camp de Mberra au moment de l'enquête.

2. Insuffisance pondérale

Tableau 2 : Prévalence de l'insuffisance pondérale (globale, modérée et sévère) selon l'indice Poids-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART) selon les normes OMS 2006, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et selon le sexe. Janvier 2013

	Total n = 829	Garçons n = 406	Filles n = 423
Prévalence d'insuffisance pondérale (<-2 z-score)	(234) 28,2 % (23,9 - 33,0 95% C.I.)	(110) 27,1 % (22,8 - 31,9 95% C.I.)	(124) 29,3 % (24,1 - 35,1 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(181) 21,8 % (18,3 - 25,9 95% C.I.)	(81) 20,0 % (16,2 - 24,4 95% C.I.)	(100) 23,6 % (18,9 - 29,2 95% C.I.)
Prévalence d'insuffisance pondérale sévère (<-3 z-score)	(53) 6,4 % (4,2 - 9,7 95% C.I.)	(29) 7,1 % (4,3 - 11,7 95% C.I.)	(24) 5,7 % (3,8 - 8,4 95% C.I.)

Bien que l'insuffisance pondérale mesurée par l'indice Poids-pour-Age ait connu une baisse significative en comparaison avec l'enquête de juillet 2012, néanmoins elle demeure élevée chez ces enfants avec une prévalence globale de 28,2% (Tableau 2).

Les résultats montrent aussi que l'insuffisance pondérale sévère affecte 6,4% des enfants ayant participé à cette étude.

3. Le retard de croissance

Tableau 3: Prévalence du retard de croissance (globale, modérée et sévère) selon l'indice Taille-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART) selon les normes OMS 2006, chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et selon le sexe. Janvier 2013

	Total n = 833	Garçons n = 405	Filles n = 428
Prévalence de la malnutrition chronique (<-2 z-score)	(346) 41,5 % (36,3 - 47,0 95% C.I.)	(175) 43,2 % (38,1 - 48,4 95% C.I.)	(171) 40,0 % (33,4 - 46,9 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique modérée (<-2 z-score et >=-3 z-score)	(250) 30,0 % (26,6 - 33,7 95% C.I.)	(129) 31,9 % (27,5 - 36,5 95% C.I.)	(121) 28,3 % (23,7 - 33,4 95% C.I.)
Prévalence de la malnutrition chronique sévère (<-3 z-score)	(96) 11,5 % (8,6 - 15,4 95% C.I.)	(46) 11,4 % (8,1 - 15,6 95% C.I.)	(50) 11,7 % (8,0 - 16,8 95% C.I.)

Le Tableau 3 ci-dessus montre que 41,5% des enfants sont affectés par la malnutrition chronique ou retard de croissance. Cette forte prévalence du retard de croissance montre que les enfants souffrent d'un déficit alimentaire et/ou d'infections répétitives de façon quasi permanente.

4. Le taux brut de décès rétrospectif

Tableau 4: Le taux brut de décès rétrospectif dans la population du camp. Janvier 2013

Variables	Le taux brut de décès (95% CI)
Global	0,27 (0,16-0,43)
Genre	
Masculin	0,32 (0,17-0,61)
Féminin	0,22 (0,11-0,45)
Age en année	
0-4	0,49 (0,24-1,00)
5-11	0,00 (0,00-0,30)
12-17	0,00 (0,00-0,89)
18-49	0,18 (0,07-0,46)
50-64	0,25 (0,04-1,38)
65-120	2,27 (0,78-6,37)

Les données additionnelles montrent un taux brut de décès de 0,27 décès/10000 personnes/jour dans la population générale et un taux de décès chez les enfants de moins de 5 ans de 0,49 décès/10000 enfants/jour (période de rappel de 150 jours). Ces 2 taux restent en dessous du seuil d'alerte fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est de 2 décès/10000 personnes/jour.

Considération techniques sur la qualité des données

Les écarts-type P/T, T/A et P/A sont tous les 3 dans les normes (entre 0,8 et 1,2) après les exclusions des flags SMART (et sans exclusion également) malgré le fait que les courbes de distribution des indices P/T et T/A ne suivent pas la distribution normale de la courbe de Gauss (test de Shapiro Wilkson avec $p < 0,05$ pour P/T et T/A).

La qualité globale de l'enquête est jugée « acceptable » sans problème de sex-ratio (0,95) ou d'âge ratio (6-29/30-59=1,09). Les mesures anthropométriques sont de bonne qualité, seul l'âge présente des pics (arrondissements) à 24 mois, 36 mois et 48 mois. Aucun enfant ne présente de preuve d'âge.

Conclusion

Bien que les résultats de cette enquête montrent une baisse significative du taux de malnutrition aigüe globale dans le camp de Mberra, des efforts restent à faire pour influencer sur la prévalence de la MAS. En effet, même si une tendance à la baisse est observée, elle demeure très élevée à plus de 3%.

Les prévalences de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance sont elles aussi préoccupantes avec respectivement 28,2% et 41,5%.

Ces résultats incitent à poursuivre et renforcer les activités sanitaires et nutritionnelles pour réduire l'impact de la dégradation de l'état nutritionnel des enfants vivant dans le camp de Mberra. Les activités préventives et promotionnelles doivent particulièrement être renforcées afin d'infléchir les taux élevés de déficit pondéral et surtout du retard de croissance qui s'inscrit dans le long terme.