# RAPPORT PRÉLIMINAIRE DES ENQUÊTES NUTRITIONNELLES

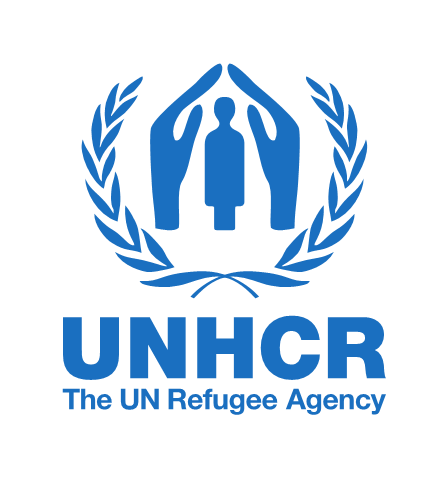
# SMART-SENS

Camps de réfugiés de Sayam Forage et de déplacés de Kabléwa

**Région de Diffa, Niger**

Enquête réalisée en : 03-11 Octobre 2016

Date de finalisation du rapport préliminaire: 22 Décembre 2016

****

**EN COLLABORATION AVEC**



|  |
| --- |
| **CONTEXTE** |

Depuis la déclaration en mai 2013 de l'état d'urgence dans les États nigérians de Borno, Yobe et Adamawa, plus de 100 000 personnes déplacées ont trouvé refuge dans la région de Diffa. Ils représentent près de 20% de la population totale de la région. Cette population est située dans plus de 150 villages sur un territoire de 28 000 km2. La majorité est accueillie par des familles locales. À la fin de 2014, avec l'afflux continu de personnes déplacées et l'aggravation de la situation socioéconomique dans la région, les camps de Sayam Forage et ensuite celui de Kabléwa ont été ouverts. L’afflux de réfugiés et de déplacés a continué dans les camps. En fin Juillet 2016, la population était élevée à 6405 à Sayam Forage et à 13851 à Kabléwa à la suite des relocations et des évènements antérieurs.

Les résultats des enquêtes SMART conduites dans les camps à Diffa en Aout 2015 ont montré que la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois était préoccupante. La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) s’élevait à 11,2% dans le camp de Sayam Forage, dont 0,9% de cas sévère ce qui dépassait le seuil d’alerte de 10% fixé par l’OMS. A Kabléwa, la prévalence de MAG était de 15,2% dont 4,0% de cas sévère ce qui représentait une situation grave d’après le seuil critique de 15% fixé par l’OMS.

Ces enquêtes s’inscrivent dans un cadre de surveillance de la situation nutritionnelle en vue de réagir aux problèmes nutritionnels, et compléter les autres données d’évaluation existantes auprès des populations réfugiées et déplacées. Les résultats vont permettre à l’ensemble des partenaires intervenant en faveur des réfugiés et déplacés d’avoir des données valides et actualisées au niveau des camps pour une prise de décision et un ajustement des activités.

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS** |

1. Mesurer la prévalence de malnutrition aiguë chez les enfants âgés de 6 à 59 mois;
2. Mesurer la prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de 6 à 59 mois;
3. Déterminer la couverture vaccinale anti-rougeole chez les enfants âgés de 9 à 59 mois;
4. Déterminer la couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des 6 derniers mois chez les enfants âgés de 6 à 59 mois;
5. Évaluer la prévalence de maladies sur une période rétrospective de 2 semaines chez les enfants âgés de 6 à 59 mois;
6. Mesurer la prévalence de l’anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer entre 15 et 49 ans (non-enceintes);
7. Évaluer les pratiques d’ANJE chez les enfants âgés de 0 à 23 mois;
8. Déterminer la couverture en cartes de ration et la durée de la ration alimentaire de distribution générale au sein des ménages bénéficiaires;
9. Déterminer le niveau d’utilisation des stratégies d’adaptation néfastes au sein des ménages;
10. Évaluer le niveau de diversité alimentaire des ménages;
11. 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;
12. Déterminer la proportion de ménages qui possèdent une moustiquaire (tous types confondus et MILDA);
13. Déterminer le niveau d’utilisation des moustiquaires (tous types confondus et MILDA) par la population, enfants de 0 à 59 mois et femmes enceintes; et
14. Formuler des recommandations pour des interventions appropriées de nutrition et de santé publique pour les populations réfugiées et déplacées vivant dans les camps.

|  |
| --- |
| **METHODOLOGIE** |

La méthodologie SMART a été utilisée pour la collecte des données anthropométriques chez les enfants de 6 à 59 mois. La méthodologie SENS (Standardised Expanded Nutrition Survey, [www.sens.unhcr.org/translations-sens-modules-and-tools-in-french/](http://www.sens.unhcr.org/translations-sens-modules-and-tools-in-french/)) a été utilisée pour la collecte des données additionnelles suivantes : l’anémie chez les enfants de 6-59 mois et les femmes non enceintes de 15-49 ans ; les pratiques sur l’alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant chez les enfants de 0-23 mois; la sécurité alimentaire ; l’eau, l’hygiène et l’assainissement ; et la possession et l’utilisation des moustiquaires par les ménages.

Les statistiques ProGres de l’UNHCR ont constitué la base de sondage pour déterminer la taille de l’échantillon et les paramètres à utiliser. Deux différents échantillons ont été tirés indépendamment pour chaque camp en utilisant la méthode d’échantillonnage aléatoire simple. Tous les enfants éligibles (0-59 mois) dans chaque ménage sélectionnés ont été enquêtés. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) ont été enquêtées dans un ménage sur deux. De même, les questionnaires sur la sécurité alimentaire, l’eau, l’hygiène et l’assainissement et la possession et l’utilisation des moustiquaires ont été administrés dans un ménage sur deux.

Au total huit équipes de quatre agents chacune (chef d’équipe, un agent anémie, un mesureur et son assistant) ont été chargées de la collecte. Une formation théorique de 5 jours (du 28/09 au 02/10 2016) a été faite suivi d’un pré-test et d’un test de standardisation. La sélection finale des participants a été faite selon les résultats des tests pré et post formation, les résultats du test de standardisation et des exercices de classe, et sur la connaissance des langues locales et la capacité à communiquer.

La collecte des données s’est déroulée sur 9 jours (du 03/10 au 11/10 2016). Les équipes de collecte ont été suivies et appuyées par une équipe de supervision de six personnes composée du Ministère de la santé DN, DS, DRSP Diffa, UNHCR et PAM. Les données ont été saisies sur les smartphones directement sur le terrain. Les données anthropométriques ont été analysées avec le logiciel ENA de SMART (version 9 Juillet 2015) et les autres données traitées avec le logiciel Epi Info (version 7). Les données anthropométriques (rapport de plausibilité SMART) et autres données ont été vérifiées quotidiennement sur le terrain.

|  |
| --- |
| **PRINCIPAUX RÉSULTATS** |

Tableau 1 TAILLE DES ÉCHANTILLONS ET TAUX DE RÉPONSE

| **Camps** | **Nombre d’enfants (6-59 mois) attendus** | **Nombre d’enfants (6-59 mois) enquêtés** | **Taux de réponse chez les enfants** | **Nombre de ménages attendus** | **Nombre de ménages enquêtés** | **Taux de réponse des ménages** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kabléwa** | 309 | 465 | >100% | 552 | 550 | 99,6% |
| **Sayam Forage** | 312 | 325 | >100% | 449 | 438 | 97,6% |

Tableau 2 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS principaux

| **Indicateurs** | **Camps** | | **Classification du niveau de sévérité ou cible à atteindre en termes de santé publique** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kabléwa**  **% (IC 95%)** | **Sayam Forage**  **% (IC 95%)** |
| **Date de l’enquête** | **3-7 Oct 2016** | **08-11 Oct 2016** |
| **ENFANTS 6-59 mois** | | | |
| **Malnutrition aiguë**  **(Standards de croissance OMS 2006)** |  | |  |
| Malnutrition aiguë globale (MAG) | 12,3 (9,5-15,7) | 9,6 (6,7-13,5) | Critique si ≥ 15% |
| Malnutrition aiguë modérée (MAM) | 10,7 (8,1-13,9) | 8,2 (5,6-11,9) |  |
| Malnutrition aiguë sévère (MAS) | 1,6 (0,8-3,3) | 1,4 (0,5-3,5) |  |
| Oedèmes | 0 | 0 |  |
| **Périmètre brachial (PB)** |  | |  |
| PB <125mm et/ou œdèmes | 3,7 (2,3-5,9) | 3,7 (2,1-6,6) |  |
| PB 115-124 mm | 2,5 (1,4-4,5) | 3,1 (1,6-5,7) |  |
| PB <115 mm et/ou œdèmes | 1,1 (0,5-2,7) | 0,7 (0,2-2,4) |  |
| **Retard de croissance**  **(Standards de croissance OMS 2006)** |  | |  |
| Retard de croissance global | 39,4 (34,8-44,1) | 40,9 (35,4-46,6) | Critique si ≥ 40% |
| Retard de croissance modéré | 27,7 (23,6-32,2) | 27,5 (22,7-32,9) |  |
| Retard de croissance sévère | 11,7 (9,0-15,1) | 13,4 (10,0-17,8) |  |
| **Insuffisance pondérale**  **(Standards de croissance OMS 2006)** |  | |  |
| Insuffisance pondérale globale | 33,1 (28,8-37,7) | 26,4 (21,6-31,7) | Critique si ≥ 30% |
| Insuffisance pondérale modérée | 24,8 (20,9-29,0) | 19,2 (15,1-24,1) |  |
| Insuffisance pondérale sévère | 8,3 (6,1-11,3) | 7,2 (4,8-10,7) |  |
| **Couverture programme** |  | |  |
| Vaccination anti-rougeole selon carte (9-59 mois) | 3,9 (2,4-6,2) | 1,1 (0,2-3,1) | Cible ≥ 95% |
| Vaccination anti-rougeole selon carte ou de mémoire (9-59 mois) | 33,5 (29,1-38,2) | 26,5 (21,3-32,1) | Cible ≥ 95% |
| Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois selon carte | 3,7 (2,3-5,9) | 1,7 (0,6-3,9) | Cible ≥ 90% |
| Supplémentation en vitamine A dans les derniers 6 mois selon carte ou de mémoire | 39,1 (34,7-43,8) | 25,9 (21,0-31,4) | Cible ≥ 90% |
| Couverture CRENAM (basée sur le PB, PTZ et les oedèmes) | 19,6 (9,8-33,1) | 32,0 (15,0-53,5) | Cible ≥ 90% |
| Couverture CRENAS/CRENI (basée sur le PB, PTZ et les oedèmes) | 8,3 (0,2-38,5) | 0,0 (0) | Cible ≥ 90% |
| **Maladies** |  | |  |
| Maladies au cours des 2 dernières semaines | 44,0 (39,3-48,7) | 39,6 (33,9-45,5) |  |
| Diarrhée | 31,4 (24,7-38,6) | 37,7 (28,8-47,3) |  |
| IRA | 19,5 (14,0-25,9) | 12,3 (6,9-19,8) |  |
| Fièvre | 74,6 (67,7-80,7) | 70,2 (60,9-78,4) |  |
| Autres | 11,4 (7,2-16,8) | 18,4 (11,8-26,8) |  |
| **Anémie** |  | |  |
| Anémie totale (Hb <11 g/dl) | 67,6 (63,1-71,8) | 62,7 (56,9-68,2) | Élevée si ≥ 40% |
| Anémie modérée et sévère (Hb < 10) | 36,1 (31,7-40,7) | 27,7 (22,7-33,3) |  |
| Légère (Hb 10-10,9) | 31,5 (27,3-36,0) | 34,9 (29,5-40,7) |  |
| Modérée (Hb 7-9,9) | 35,9 (31,5-40,5) | 27,7 (22,7-33,3) |  |
| Sévère (Hb <7) | 0,2 (0-1,3) | 0 |  |
| Hb moyenne (g/dl) | 10,3 (DS 1,2) | 10,5 (DS 1,2) |  |
| **ANEMIE ENFANTS 6-23 mois** | | | |
| Anémie totale (Hb <11 g/dl) | 76,8 (68,9-83,6) | 72,6 (63,1-80,9) |  |
| Anémie modérée et sévère (Hb < 10) | 46,4 (37,9-55,1) | 36,8 (27,6-46,7) |  |
| Légère (Hb 10-10,9) | 30,4 (22,9-38,8) | 35,9 (26,8-45,7) |  |
| Modérée (Hb 7-9,9) | 46,4 (37,9-55,1) | 36,8 (27,6-46,7) |  |
| Sévère (Hb <7) | 0 | 0 |  |
| Hb moyenne (g/dl) | 10,0 (DS 1,3) | 10,2 (DS 1,2) |  |
| **ENFANTS 0-23 mois** | | | |
| **Indicateurs ANJE** |  | |  |
| Initiation précoce de l’allaitement (0-23 mois) | 52,2 (44,2-60,1) | 53,5 (44,5-62,3) |  |
| Allaitement exclusif jusqu’à 6 mois (0-5 mois) | 36,0 (18,0-57,5) | 33,3 (16,5-54,0) |  |
| Continuation de l’allaitement à 1 an (12-15 mois) | 90,2 (76,9-97,3) | 100,0 (80,5-100,0) |  |
| Continuation de l’allaitement à 2 ans (20-23 mois) | 54,6 (32,2-75,6) | 20,0 (9,1-35,7) |  |
| Introduction des aliments solides, semi-solides ou mous (6-8 mois) | 29,2 (12,6-51,1) | 23,5 (6,8-49,9) |  |
| Consommation d’aliments riches en fer ou enrichis en fer (6-23 mois) | 49,3 (40,6-58,0) | 53,3 (43,3-63,1) |  |
| Alimentation au biberon (0-23 mois) | 0 | 0 |  |
| **FEMMES de 15-49 ans** | | | |
| **Anémie (femmes non-enceintes)** |  | |  |
| Anémie totale (Hb <12 g/dl) | 57,6 (50,1-64,9) | 55,6 (46,4-64,4) | Élevée si ≥ 40% |
| Légère (Hb 11-11,9) | 23,4 (17,5-30,2) | 38,9 (30,3-48,0) |  |
| Modérée (Hb 8-10,9) | 32,6 (25,9-39,9) | 16,7 (10,6-24,3) |  |
| Sévère (Hb <8) | 1,6 (0,3-4,7) | 0 |  |
| Hb moyenne (g/dl) | 11,4 (DS 1,6) | 11,8 (DS 1,1) |  |
| **SÉCURITÉ ALIMENTAIRE** | | | |
| **Distribution de vivres** |  | |  |
| Proportion de ménages avec carte de ration | 96,2 (93,1-98,2) | 100 (98,3-100) |  |
| **Durée de la ration alimentaire** |  | |  |
| Durée moyenne --en nombre de jours-- de la ration alimentaire sur un cycle de 30 jours | 20,6 jours | 25,4 jours |  |
| Rapport durée moyenne de la ration/durée théorique | 68,7% | 84,7% |  |
| Proportion de ménages déclarant que la ration alimentaire a duré la totalité du cycle | 1,6 (0,4-4,1) | 29,8 (23,8-36,4) |  |
| Proportion de ménages déclarant que la ration alimentaire a duré: |  | |  |
| ≤75% du cycle de 30 jours | 62,2 (55,8-68,3) | 39,0 (32,5-45,8) |  |
| >75% du cycle de 30 jours | 37,8 (31,7-44,2) | 61,0 (54,2-67,5) |  |
| **Stratégies d’adaptation néfastes** |  | |  |
| Proportion de ménages déclarant n’avoir utilisé aucune stratégie d’adaptation au cours du mois dernier | 33,1 (27,3-39,2) | 16,6 (11,8-22,3) |  |
| Proportion de ménages déclarant avoir utilisé les stratégies d’adaptation suivantes au cours du mois dernier : |  | |  |
| Emprunt d’argent liquide, de nourriture ou  d’autre chose, *avec ou sans intérêts* | 53,9 (47,6-60,0) | 68,8 (62,2-74,8) |  |
| Vente de biens qui n’auraient normalement pas été vendus (meubles, stocks de semences, outils, autres articles non alimentaires, bétail, etc.) | 16,5 (12,2-21,5) | 21,7 (16,5-27,7) |  |
| Demandes de transferts d’argent ou dons  plus élevés que la normale | 13,1 (9,2-17,8) | 18,3 (13,4-24,0) |  |
| Réduction de la quantité et/ou fréquence des repas et des goûters | 27,8 (22,4-33,7) | 38,8 (32,3-45,6) |  |
| Mendicité | 1,2 (0,2-3,3) | 1,4 (0,3-4,0) |  |
| Engagement dans des activités  potentiellement dangereuses ou nuisibles | 0,4 (0-2,1) | 0 |  |
| **Diversité alimentaire au sein du ménage** |  | |  |
| SDA moyen | 5,4 (DS 1,5) | 5,2 (DS 1,3) |  |
| Proportion de ménages n’ayant consommé aucun légume, fruit, viande, œufs, poisson / fruits de mer, ou lait / produits laitiers | 32,6 (26,9-38,6) | 35,5 (29,1-42,2) |  |
| Proportion de ménages consommant une source végétale ou animale de vitamine A | 52,1 (45,9-58,3) | 30,9 (24,9-37,5) |  |
| Proportion de ménages consommant de la viande (abats ou chair) ou du poisson / fruits de mer (sources alimentaires de fer héminique) | 16,9 (12,5-22,0) | 19,1 (14,1-24,9) |  |
| **EAH** | | | |
| **Qualité de l’eau** |  | |  |
| Proportion de ménages utilisant une source d’eau de boisson améliorée | 99,2 (97,3-99,9) | 95,9 (92,3-98,1) |  |
| Proportion de ménages utilisant un récipient couvert ou à goulot étroit pour stocker leur eau potable | 78,4 (72,9-83,2) | 81,9 (76,2-86,8) |  |
| **Quantité d’eau** |  | |  |
| Quantité moyenne d’eau utilisée en lpppj | 21,0 (DS 17,5) | 13,6 (DS 7,9) |  |
| Proportion de ménages utilisant: | | | Quantité moyenne d’eau disponible par personne/jour  ≥ 20 litres |
| ≥ 20 lpppj | 41,6 (35,6-47,8) | 23,0 (17,6-29,2) |
| 15 - <20 lpppj | 23,7 (18,7-29,3) | 12,9 (8,8-18,1) |
| <15 lpppj | 34,7 (29,0-40,8) | 64,1 (57,3-70,4) |
| **Satisfaction par rapport à l’approvisionnement en eau** |  | |  |
| Proportion de ménages se disant satisfaits de l’approvisionnement en eau de boisson | 2,7 (1,1-5,4) | 6,5 (3,6-10,6) |  |
| **Élimination hygiénique des excrétas** |  | |  |
| Proportion de ménages utilisant: |  | |  |
| Un système amélioré d’élimination des excrétas (toilettes améliorées, non partagées) | 0,4 (0-2,3) | 0 |
| Des toilettes familiales partagées (toilettes améliorées, partagées entre 2 ménages seulement) | 0 | 0 |
| Des toilettes communes (toilettes améliorées, partagées entre 3 ménages ou plus) | 24,0 (18,7-29,9) | 12,0 (7,5-17,9) |
| Toilettes non améliorées (toilettes non améliorées ou toilettes publiques) | 75,6 (69,7-80,9) | 88,0 (82,1-92,5) |
| Proportion de ménages ayant des enfants de moins de 3 ans et qui éliminent leurs selles de façon hygiénique | 57,1 (48,5-65,5) | 72,0 (63,0-79,9) |  |
| **COUVERTURE EN PROVISION DE MOUSTIQUAIRES** | | | |
| **Possession d’une moustiquaire** |  | |  |
| Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire (tous types confondus) | 91,7 (87,7-94,7) | 95,0 (91,2-97,5) |  |
| Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d’insecticide de longue durée (MILD) | 64,2 (58,1-69,9) | 72,2 (65,7-78,0) | Cible >80% |
| Nombre moyen de MILD par ménage | 1,0 | 1,1 |  |
| Nombre de personnes par MILD en moyenne | 4,3 | 3,9 | 2 personnes par MILD |

|  |
| --- |
| **INTERPRETATION DES RÉSULTATS PRINCIPAUX** |

**Tableau 3** Classification de l’importance par rapport À la santÉ publique pour les enfants de moins de 5 ans

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prévalence %** | **Critique** | **Grave** | **Faible** | **Acceptable** |
| **Faible poids-pour-taille** | ≥15 | 10-14 | 5-9 | <5 |
| **Faible taille-pour-âge** | ≥40 | 30-39 | 20-29 | <20 |
| **Faible poids-pour-âge** | ≥30 | 20-29 | 10-19 | <10 |

Sources: OMS (1995) Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry and WHO (2000) The Management of Nutrition in Major Emergencies

Tableau 4 Classification de l’importance par rapport À la santÉ publique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prévalence %** | **Élevée** | **Moyenne** | **Faible** |
| **Anémie** | ≥40 | 20-39 | 5-19 |

Source: OMS (2000) The Management of Nutrition in Major Emergencies

* La situation est fragile et préoccupante avec une prévalence de MAG supérieure à 10% à Kabléwa. La prévalence de la MAG est plus basse à Sayam Forage (9,6% [6,7-13,5 95% IC]) comparée à Kablewa (12,3% [9,5-15,7]). La prévalence de la MAG démontre une situation classée entre ‘faible’ et ‘grave’ selon les critères de l’OMS pour les deux camps. La situation semble meilleure à Sayam Forage.
* La prévalence du retard de croissance (malnutrition chronique) démontre une situation classée entre ‘critique’ et ‘grave’ selon les critères de l’OMS pour les deux camps. La situation est similaire entre les deux camps (Kablewa: 39,4% [34,8-44,1 95% IC]; Sayam: 40,9% [35,4-46,6]). Toutefois il faut interpréter les résultats avec précaution car plus de 90-95% des enfants n’avaient pas une preuve exacte de naissance et les âges des enfants ont été estimés par les enquêteurs et pourrait être susceptible d’erreurs de détermination malgré l’utilisation du calendrier des évènements locaux.
* La couverture vaccinale contre la rougeole et supplémentation en vitamine A sont très faibles. La situation semble meilleure à Kabléwa.
* La situation est très alarmante pour l’anémie dans les deux camps. Les prévalences sont très élevées chez les enfants de 6 à 59 mois (>60-65%) et chez les femmes en âge de procréer (>55%) dans les deux camps. Les enfants de 6-23 mois sont plus atteints par l’anémie (>70-75%) que les enfants de 24-59 mois (>55-60%). Mais la situation reste très alarmante pour tous les enfants âgés de 6 à 59 mois.
* La morbidité (c.à.d. maladies au cours des deux dernières semaines) est très élevée au sein des enfants âgés de 6 à 59 mois (44% à Kabléwa et 39,6% à Sayam Forage), la fièvre étant la plus courante suivie de la diarrhée.
* La plupart des indicateurs ANJE (standard OMS) sont faibles dans les deux camps malgré une bonne pratique en matière d’allaitement. L’indicateur le plus élevé est la continuation de l’allaitement à 1 an avec une prévalence 90,2% (76,9-97,3 95% IC) à Kabléwa et 100% (80,5-100,0 95% IC) à Sayam Forage. L’indicateur le plus faible est l’introduction des aliments solides, semi-solides ou mous : prévalence de 29,2% (12,6-51,1 95% IC) à Kabléwa et 23,5% (6,8-49,9 95% IC) à Sayam Forage. L’initiation précoce de l’allaitement et la consommation d’aliments riches en fer ou enrichis en fer ont des prévalences entre 50-55% pour les deux camps tandis que l’allaitement exclusif au sein jusqu’à 6 mois a une prévalence proche de 35% pour les deux camps. Aucune alimentation au biberon n’a été trouvée dans les deux camps ce qui est positif.
* La couverture en cartes de ration est très élevée dans les deux camps (96% à Kabléwa et 100% à Sayam Forage). La ration alimentaire ne dure pas la totalité du cycle de 30 jours (durée moyenne de 20,6 jours à Kabléwa et 25,4 jours à Sayam Forage). Une grosse proportion des ménages utilisent des stratégies d'adaptation néfastes dans les deux camps. La diversité alimentaire est faible dans les deux camps.
* La qualité de l’eau que les ménages utilisent semble acceptable pour les deux camps. Plus de 95% des ménages dans les deux camps utilisent une source d’eau de boisson améliorée. La proportion de ménages utilisant un récipient couvert ou à goulot étroit pour stocker leur eau potable s’élève à 78,4% à Kabléwa et 81,9% à Sayam Forage.
* Globalement, l’eau reste insuffisante ; la capacité des sources devrait être améliorée. La situation semble meilleure a Kabléwa avec 42% des ménages utilisant ≥ 20 litres/par personne/jour (comparé à 23% à Sayam Forage). La proportion des ménages se disant satisfaits de l’approvisionnement en eau de boisson est très faible dans les deux camps : 2,7% à Kabléwa et 6.5% à Sayam. A Kabléwa, les deux motifs principaux d’insatisfaction sont : « pas suffisant » (31,4%) and « longue file d’attente » (34,6%). A Sayam Forage, le motif principal d’insatisfaction est « pas suffisant » (71,0%).
* La majorité des ménages utilise des toilettes non améliorées ou toilettes publiques (>75-85%).
* La majorité des ménages possède une moustiquaire (>90-95%) mais la couverture en MILD est inférieure à la cible de 80% (64,2% à Kabléwa et 72,2% à Sayam Forage). Le nombre moyen de personnes par MILD est trop élevé par rapport à la cible de 2 personnes par MILD : 4,3 à Kabléwa et 3,9 à Sayam Forage).

|  |
| --- |
| **PRINCIPAUX POINTS DE DISCUISSION** |

Le rapport préliminaire des enquêtes SMART-SENS vise à établir les points de discussions principaux pour pouvoir établir les recommandations finales dans le rapport final qui sera publié par la suite. Les principaux points de discussion sont les suivants :

**Malnutrition**

* Renforcement des efforts sur toutes les activités nutritionnelles en cours (prise en charge de la MAM / MAS, dépistage actif communautaire et référencement des cas vers les centres de santé, sensibilisations et promotion des actions essentielles en nutrition) ;
* Mise en place d’une évaluation (ex : enquête KAP) sur les pratiques de consommation et l’acceptabilité du super cereal plus (Blanket Feeding) par la population cible ;
* Poursuite de la surveillance nutritionnelle à travers des enquêtes périodiques (annuelles) et le suivi régulier de la situation à travers la collecte des données de routine ;
* Faire le plaidoyer en vue de relancer la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée pour les enfants 24-59 mois et les femmes allaitantes.

**Couverture vaccinale et la supplémentation en Vitamine A**

* Renforcement des efforts dans le cadre de la vaccination et les activités de masse sur la supplémentation en vitamine A pour améliorer le niveau de couverture ;
* Amélioration de la couverture des cartes de vaccination ;
* Mise en place d’une nouvelle campagne de vaccination anti rougeole.

**Anémie chez les 6-59 mois et les femmes**

* Renforcement des paquets d’activités de lutte contre l’anémie (déparasitage, lutte contre le paludisme, éducation nutritionnelle) ;
* Considération d’initier un programme de supplémentation en micronutriments pour lutter contre l’anémie chez les enfants âgés de 6-59 mois (à considérer quelles sont les possibilités en tenant en compte les résultats de l’évaluation recommandée pour le blanket feeding mentionnée ci-dessus) ;
* Amélioration de la consommation d’aliments riches en fer ou enrichis en fer pour les enfants (ex : sensibilisation des ménages, autres activités) ;
* Renforcement des programmes de soins prénataux (suivi des femmes enceintes et allaitantes, supplémentation en fer-acide folique, dépistage de l’anémie) ;
* Equipement des centres de santé pour le dépistage de l’anémie chez les femmes enceintes et les enfants malades : Système de screening et de diagnostic de l’anémie incluant la formation des agents de santé sur le sujet avec suivi.

**Morbidité**

* Intensification de la sensibilisation de la communauté sur l'importance de l’hygiène, la reconnaissance des signes de danger et l'utilisation des services de santé.

**ANJE**

* Renforcement des stratégies de mobilisation communautaire dans la lutte contre la malnutrition ;
* Mise en place des Stratégies ANJE (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant), interventions portant sur les premiers 1000 jours de vie et les NUTRICARTES ;
* Mettre en place une stratégie de communication pour encourager les familles pour les bonnes pratiques de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et mettre un accent particulier sur l’initiation précoce de l’allaitement, l’allaitement exclusif jusqu’à 6 mois, la continuation de l’allaitement jusqu’à 2 ans et l’introduction des aliments de compléments.

**Sécurité alimentaire**

* Amélioration de la diversité alimentaire au sein de ménages par la mise en place de programmes (ex : Activités Génératrices de Revenus, malnutrition comme critère de vulnérabilité pour ciblage).

**Conditions d’eau, d’assainissement et d’hygiène**

* Amélioration de l’approvisionnement en eau dans les deux camps et prioritairement à Sayam Forage par la construction et l’extension de réseaux/points d’eau ;
* Mise en place d’une évaluation pour comprendre la situation WASH actuelle sur la quantité d’eau et l’élimination hygiénique des excrétas.

**Couverture en MILD et utilisation des moustiquaires**

* Redistribution de MILD pour atteindre les couvertures standards comme une des stratégies de lutte contre le paludisme ;
* Sensibilisation de la communauté sur l’utilisation des MILD / pour le changement de comportement pour encourager la communauté à dormir sous leur MILD.