



REACH Informing
more effective
humanitarian action



RAPPORT D'ÉVALUATION RAPIDE EN SANTE NUTRITION

Évaluation Rapide en Santé et Nutrition dans la
ville de Sangha dans la province du Koulpélogo,
région du Centre-Est – Novembre 2024



@IMPACT, Enquête Nutrisafe, Sangha au Centre-Est, 2024

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
OBJECTIFS DE LA MISSION	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
METHODOLOGIE	3
Couverture et période d'évaluation	3
Aperçu de la méthodologie	3
Données de population et échantillonnage	4
RESULTATS	6
Aperçu des messages clés	6
Données démographiques – profils des ménages	7
Problèmes de santé.....	8
Difficulté d'accès aux services de santé de base	9
Difficulté d'accès aux services de santé de base – Enquête auprès d'un agent de santé du CSPS de Sangha	9
Santé mentale – détresse psychologique de la population à Sangha	9
Vaccination chez les jeunes enfants	12
Etat nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois.....	12
Alimentation des jeunes enfants.....	13
SECAL : Faible diversité alimentaire.....	14
Accès à l'eau	16
Manque d'accès accru à l'hygiène et l'assainissement	18
PRINCIPALES DIFFICULTES LORS DE LA COLLECTE DE DONEES	20

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La commune de Sangha est située dans la partie Sud de la province du Koulpélogo ayant pour chef-lieu Ouargaye. L'axe Ouargaye-Sangha, long d'environ 40 km est non bitumé et comporte de fortes dégradations par endroits. Il est emprunté par des usagers tels que des commerçants locaux, des particuliers et staffs d'ONG intervenant à Sangha. On y note également des risques d'engins explosifs improvisés (IED) et de contrôles irréguliers.

Selon une alerte (ID 610240812_KOUSAN), la commune de Sangha aurait été victime de violences le 12 août, notamment dans le village de Piyologo, provoquant des mouvements de population (de 100 ménages dont 390 enfants) de Piyologo vers Yourga, Yourkoudghin, Sangha centre, Taram-Noaga et Gomsin dans la commune de Sangha le 13 août. Selon le service en charge de l'action humanitaire, les besoins immédiats exprimés par les ménages déplacés seraient essentiellement les vivres, les abris, les kits AME, les kits d'hygiène, l'appui psychosocial et la santé.

C'est ainsi qu'Action contre la Faim (ACF), dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'urgence NutriSafe financé par BHA, a mobilisé IMPACT pour la réalisation d'une évaluation en Santé, Nutrition, Sécurité alimentaire, Eau Hygiène et Assainissement (EHA), et santé mentale dans la commune de Sangha. Cette évaluation permet de disposer de données représentatives permettant d'**identifier l'étendue des besoins en santé et nutrition** afin de permettre à ACF et d'autres ONG d'apporter une réponse adaptée aux besoins identifiés.





OBJECTIFS DE LA MISSION


- **Objectif général**


Mettre à la disposition d'ACF et de la communauté humanitaire des données représentatives permettant l'identification de l'étendue des besoins en Santé, Nutrition, Sécurité alimentaire, EHA et santé mentale dans la localité de Sangha ayant eu une alerte récente, afin qu'ACF et d'autres ONGs puissent se positionner pour leurs interventions.

- **Objectifs spécifiques**

 Evaluer la sévérité des besoins en matière d'accès aux services de santé et les principaux obstacles liés à la santé.

 Evaluer l'état nutritionnel des enfants âgés de 6 à 59 mois selon le MUAC et évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

 Estimer la proportion de la population cible présentant des lacunes en matière de consommation d'eau, tant en termes de quantité que de qualité, et en matière d'accès à des installations sanitaires améliorées et de lavage des mains.

 Estimer la proportion de la population cible présentant des lacunes en matière de consommation alimentaire, tant en termes de quantité que de diversité.

METHODOLOGIE

- **Couverture et période d'évaluation**

L'évaluation s'est déroulée du 31 octobre au 07 novembre 2024 dans le chef-lieu de la commune de Sangha, province du Koulpélogo, région du Centre-Est.

- **Aperçu de la méthodologie**

Des enquêtes au niveau ménages ont été effectuées avec un.e répondant.e pour l'ensemble des membres du ménage. Certaines données ont été collectées au niveau individuel (notamment pour la santé et la nutrition) ainsi que des données anthropométriques (PB).

Deux groupes de population étaient ciblés : les ménages déplacés internes (**PDI**) et les ménages non-déplacés internes (**non-PDI**). 250 enquêtes ont été effectuées par groupe de population (pour un total de 500 enquêtes).

- **Données de population et échantillonnage**

La définition d'un ménage retenue est celle de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) burkinabè utilisée pour le cinquième recensement général de la population¹ en 2019 :

"[Le] ménage ordinaire est considéré comme l'unité socio-économique de base au sein de laquelle les différents membres sont apparentés ou non. Ils vivent ensemble dans le même logement, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun à l'essentiel de leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux. Ils reconnaissent en général, un des membres comme chef de ménage, indépendamment du sexe de celui-ci. En général, un ménage comprend un homme, son épouse ou ses épouses, ses enfants non mariés, d'autres parents et domestiques non mariés qui vivent ensemble."

Dans le cadre de cette évaluation, deux groupes de population seront considérés :

- **Ménages non-PDI** : tous les ménages qui, au moment de la collecte de données, ne se trouvent pas dans une situation de déplacement interne forcé en raison de la crise. Dans le cadre de la MSNA, leurs membres sont appelés des personnes non-déplacées (PND). Cette catégorie comprend aussi bien les populations hôtes ou non, les migrants internationaux et burkinabè qui sont installés sur le territoire de leur propre gré et les réfugié.e.s. Elle intègre également les ménages retournés à la suite d'un déplacement interne et les ménages rapatriés à la suite d'un déplacement dans un autre pays. N'ayant pas de données de population récentes avec le nombre de ménages par admin 4, les données du RGPH de 2019 ont été utilisées afin de donner une estimation du nombre de ménages dans la localité de Sangha. Il est cependant à noter que ces données ne donnent pas d'estimations de la répartition spatiale des ménages dans les localités, ne permettant donc pas une estimation précise des ménages à l'intérieur de chaque grappe/Unité Primaire d'Echantillonnage (UPE). Une estimation de la taille moyenne d'un ménage dans la localité de Sangha a été faite à partir des données de population du RGPH 2019 avec la formule suivante : Taille moyenne par ménage = Population / Nombre de ménages.

Une fois la taille moyenne d'un ménage estimée dans une localité d'intérêt, ce nombre a été appliqué aux données de population géospatiales produites par META², comportant la densité de population pour estimer le nombre de ménages dans chaque UPE. La formule suivante a été utilisée : Nombre de ménages = Population / Taille moyenne par ménage, sachant que 'Population' représente la population META estimée dans un UPE, et que la 'Taille moyenne par ménage' représente la taille moyenne d'un ménage (nombre moyen de personnes vivant dans un ménage) dans une localité couverte par le RGPH 2019.

Ensuite un échantillonnage en grappe à 2 degrés a été effectué pour les non-PDI :

¹ INSD. [Résultats préliminaires du 5e RGPH](#). 2019.

² Meta for good. [Cartes de densité de population et d'estimations démographiques](#). Avril 2021.

- **1^{er} degré de l'échantillonnage** : Un maillage de Sangha par UPE a été effectué afin d'obtenir des UPE avec un nombre de **100 à 200 ménages par UPE**.
- **20 UPE au total, toutes sélectionnées** : Il était impossible d'obtenir 25 UPE à Sangha avec 100 à 200 ménages à cause de la taille restreinte de l'aire géographique – 20 UPE ont donc été obtenues avec 100 à 200 ménages, et toutes ont été sélectionnées.
- **2^{ème} degré de l'échantillonnage** : Une sélection de ménages au sein de chaque UPE a été faite à l'aide d'un **tirage aléatoire SIG**.
- **12 à 13 ménages par UPE** ont été sélectionnés, proportionnellement à la taille de population dans chaque UPE.

● **Ménages PDI** : tous les ménages, qui, au moment de la collecte de données, se trouvent dans une situation de déplacement interne en raison de la crise et qui résident actuellement une localité d'accueil, soit des sites d'accueil temporaires (SAT), des zones d'accueil de déplacé.e.s (ZAD), en famille d'accueil, dans des logements loués ou prêtés ou dans d'autres lieux de regroupement. Leurs membres sont considérés comme des personnes déplacées internes (PDI). A partir des données du Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR) de mars 2023 sur le nombre de PDI par commune³ et des données du Groupe de Coordination de la Réponse Rapide (G CORR) d'avril 2023 jusqu'à octobre 2024 sur les nouvelles arrivées de PDI à Sangha, REACH a défini le nombre de ménages déplacés par admin 4.

La taille moyenne des ménages déplacés par région a été obtenue en calculant le ratio entre le nombre de PDI de la région et le nombre de ménages déplacés par région. Puis, le nombre de ménages déplacés par province a été calculé, en divisant le nombre de PDI dans la province par la taille moyenne des ménages PDI dans la région concernée, obtenue à l'étape précédente et ainsi de suite pour la localité de Sangha.

Echantillonnage pour les PDI :

- Une répartition des **ménages déplacés au sein de 5 zones dans Sangha** a été faite au sein desquelles des PDI étaient hébergés par des ménages hôtes.
- **50 ménages ont été sélectionnés dans chacune des 5 zones** dans lesquelles la présence de PDI a été identifiée pour avoir **250 ménages au total**. Un tirage proportionnel à la taille a été effectué lorsque celle-ci était connue.

³ CONASUR. [Situation des PDI au 31 mars 2023](#). Novembre 2023.

- Une sélection systémique des ménages a été appliquée, en ne ciblant que les ménages PDI.

Une enquête qualitative auprès d'un agent de santé du CSPS de Sangha a également été effectuée afin d'obtenir des informations précises sur les services de santé, l'accès aux soins et la morbidité des populations de Sangha.

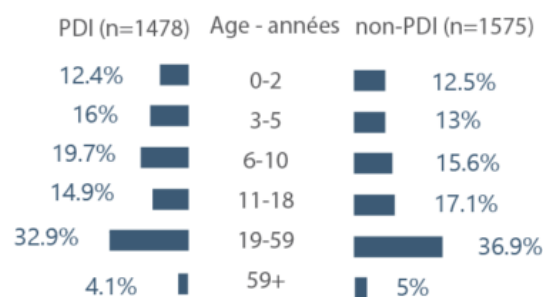
RESULTATS CLES

- **A Sangha, il y a un accès aux soins de santé qui reste limité malgré les besoins de la population :** Il y a des besoins de santé importants, qui restent non-comblés, et une détresse psychologique particulièrement élevée. Cette tendance est d'autant plus exacerbée par le manque de moyens pour payer les soins, notamment pour les PDI, les difficultés de ravitaillement et les ressources limitées du CSPS de Sangha.
- **Des risques sanitaires y sont accentués par un accès limité aux services et à la nourriture :** Des facteurs contributifs aggravants, tels qu'un manque alarmant d'accès aux infrastructures d'EHA de base, alliés à des barrières économiques mènent à des risques sanitaires accrus à Sangha
- **La situation nutritionnelle et alimentaire à Sangha est à risque de dégradation :** Une situation nutritionnelle particulièrement inquiétante chez les jeunes enfants (<2 ans) exacerbée par une faible diversité alimentaire à risque de dégradation

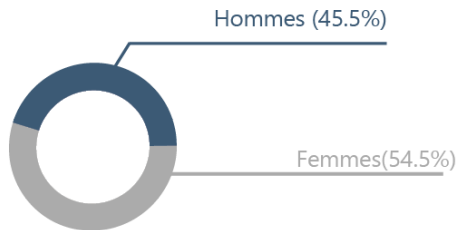
PROFILS DES MENAGES

Des données ont été collectées auprès de 1478 personnes pour les PDI et 1575 personnes pour les non-PDI.

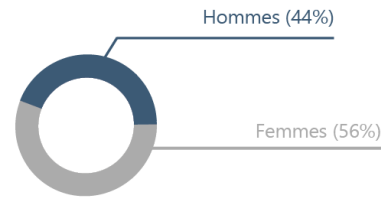
Graphique 1 | Age des enquêtés



Graphique 2 | Genre des enquêtés non-PDI



Graphique 3 | Genre des enquêtés PDI



Au total, 345 enfants PDI âgés de 6 à 59 mois ont été enquêtés et 366 enfants non-PDI de 6 à 59 mois ont été enquêtés, *via* les adultes responsables de prendre soin des enfants.

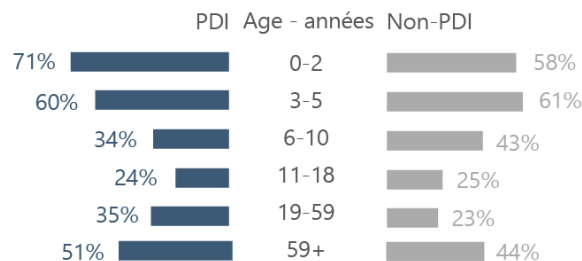
Tableau 1 | Répartition des enfants enquêtés par catégories d'âge, statut et genre

Enfants enquêtés		6 à 11 mois	12 à 23 mois	24 à 35 mois	36 à 47 mois	48 à 59 mois	TOTAL
345	Filles PDI	24	43	40	45	39	191
	Garçons PDI	17	35	25	44	33	154
366	Filles non-PDI	25	48	30	45	37	185
	Garçons non-PDI	33	33	28	42	45	181
TOTAL		99	159	123	176	154	711

PROBLEMES DE SANTE

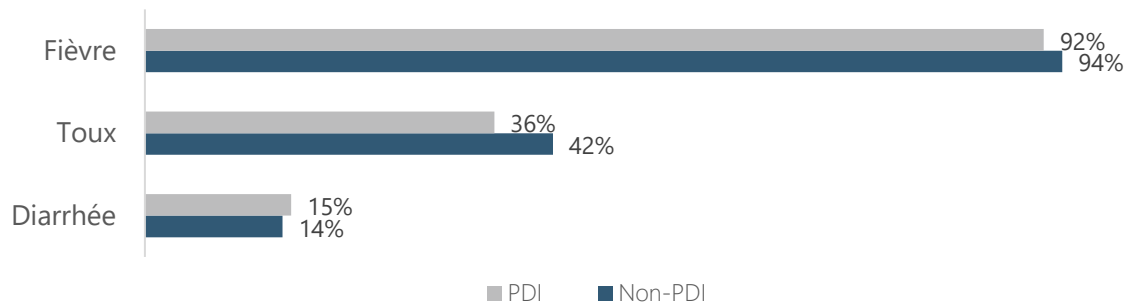
En effet, 1/3 d'individus ont eu un problème de santé au cours des 2 semaines précédant la collecte de données à Sangha (non-PDI : 37% | PDI : 42%).

Graphique 4 | Proportion d'individus ayant un problème de santé par groupe d'âge



Les principaux symptômes des individus lorsqu'ils avaient eu un problème de santé étaient la fièvre, la toux et dans une moindre mesure, la diarrhée.

Graphique 5 | Proportions de ménages ayant eu un problème de santé au cours des 2 semaines précédant la collecte de données, par symptômes rapportés



Le paludisme était en effet la 1^{ère} cause de morbidité à Sangha, suivi des infections respiratoires aiguës. Au cours des 30 jours précédant la collecte, 2829 cas de morbidité dont 1084 enfants de moins de 5 ans ont été rapportés au CSPS de Sangha.

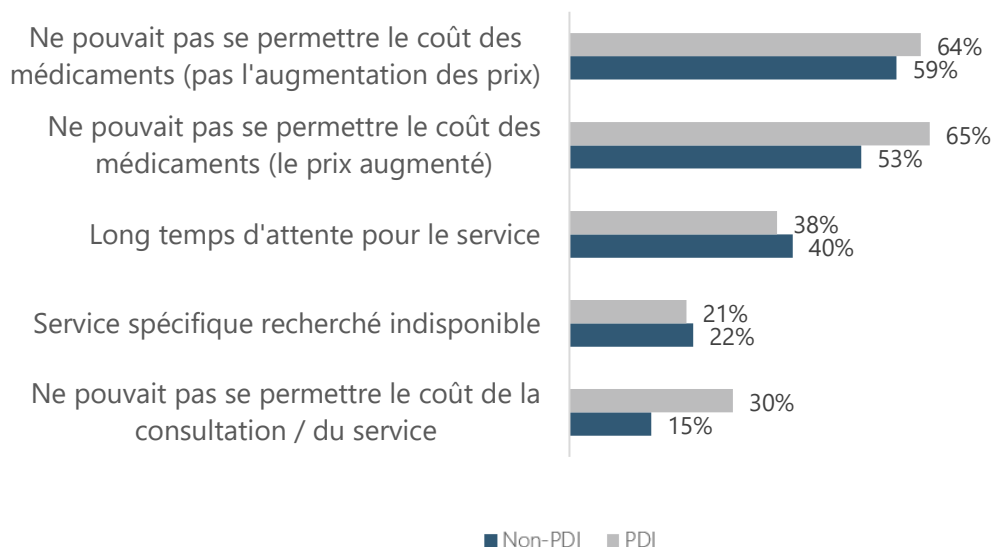
DIFFICULTE D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE DE BASE

En effet, la grande majorité des individus se rendaient dans un CSPS (Centre de santé et de promotion sociale) pour obtenir des soins de santé (96% pour les non-PDI et 92% pour les PDI).

Cependant, **19% des individus ayant eu un problème de santé n'ont pas pu obtenir des soins de santé** (ceci représente 7% de l'ensemble des ménages non-PDI et 8% des ménages PDI). Ceci était autant rapporté pour les PDI que les non-PDI et davantage exacerbé chez les enfants de 6 à 10 ans et de 11 à 18 ans.

De plus, les principaux obstacles pour l'accès aux soins de santé étaient d'ordre économique comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous.

Graphique 6 | Obstacles principaux empêchant d'accéder aux soins de santé lorsque les ménages en avaient besoin au cours des 2 semaines précédant la collecte



INDISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTÉ DE BASE (enquête auprès d'un agent de sante du CSPA de sangha)

Selon l'agent de santé du CSPA de Sangha il y a seulement 2 infirmiers, 2 sage-femmes et 1 Agent Itinérant de Santé (AIS)

Ce personnel couvrirait une population de 30 000 personnes depuis le choc – contre 19 905 avant le choc.

Des besoins immédiats sur plusieurs aspects ont été soulignés par l'informateur clé (IC) :

- **Médicaments** (antibiotiques, antipyrétiques, anti inflammatoires, analgésiques, antihypertenseurs, antalgiques)
- **Matériel médical** (compresse, cotons, gants, alcool, chlorhexidine)
- **Matériel médico technique** (tensiomètres, balances, boites d'accouchement, matelas)

De plus, selon l'agent de santé du CSPA de Sangha, les PDI sont les plus exposés au manque d'accès au CSPA, par manque de moyens pour payer. Les PDI sont donc les plus malades quand ils arrivent au CSPA car ils viennent seulement quand leur état est très critique.

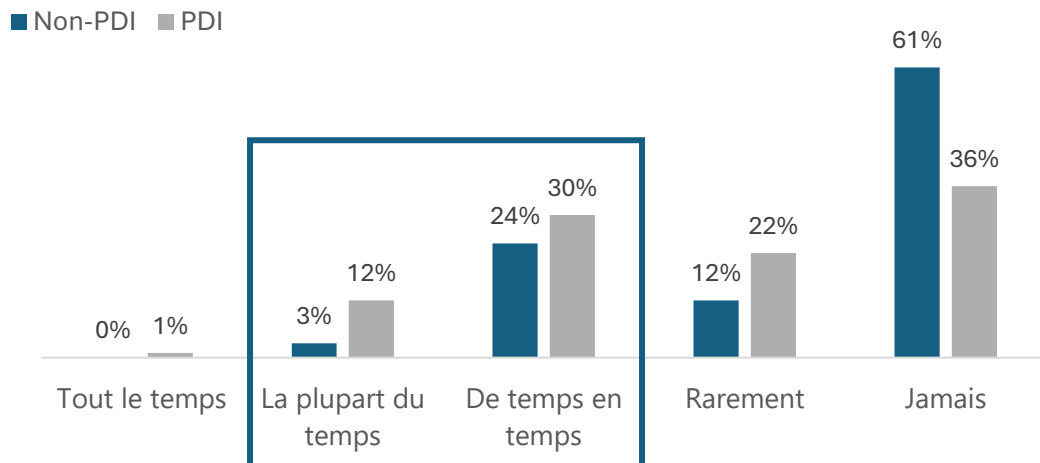
Par ailleurs, le manque de sécurité est relevé comme barrière aux soins :

- **Empêchant les soins préventifs** tels que la vaccination dans certaines zones reculées/ difficiles d'accès.
- **Difficultés de ravitaillement** - il faut 2 à 3 mois au CSPA pour être ravitaillé.

SANTE MENTALE – DETRESSE PSYCHOLOGIQUE DE LA POPULATION A SANGHA

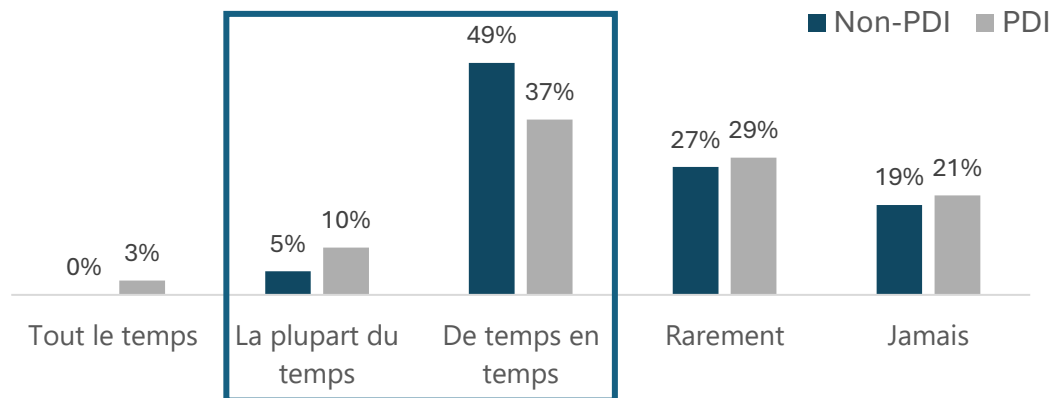
La situation en santé mentale à Sangha est particulièrement inquiétante, avec les répondants ayant mentionné les facteurs suivants au cours des deux semaines précédant la collecte de données :

Graphique 7 | Fréquence à laquelle les répondants se sont sentis désespérés au point de ne pas vouloir continuer à vivre



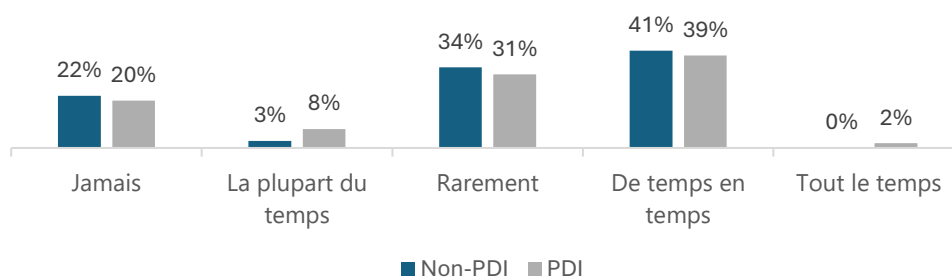
Les ménages PDI semblaient rapporter davantage des sentiments de désespoir au point de ne plus vouloir continuer à vivre (42%, contre 27% pour les non-PDI).

Graphique 8 | Fréquence à laquelle les répondants se sont sentis bouleversés par la situation d'urgence/catastrophe/guerre et ont essayé d'éviter les lieux, les personnes, les conversations ou les activités rappelant l'événement en question



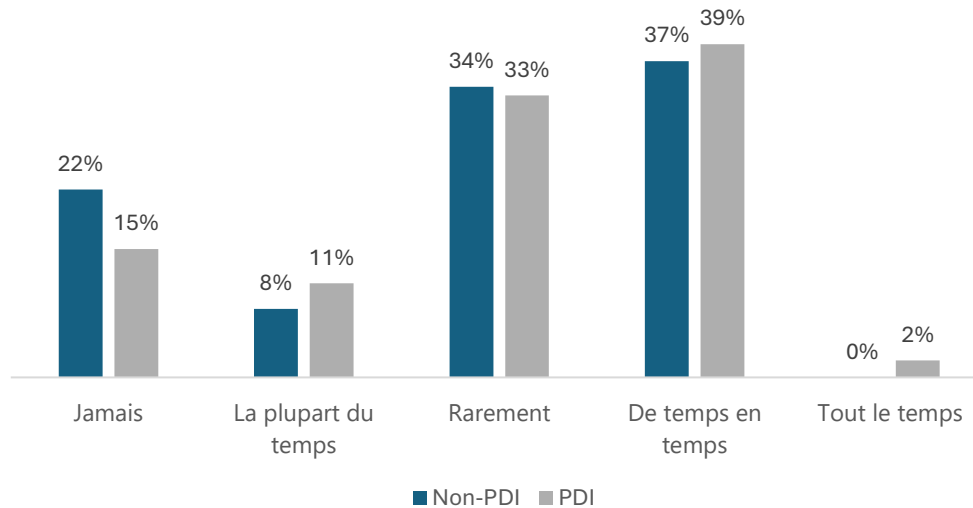
Les ménages non-PDI et PDI semblaient affectés de façon assez similaire par une situation d'urgence au cours des deux semaines précédant la collecte de données, indiquant qu'ils avaient été bouleversés de temps en temps ou la plupart du temps.

Graphique 9 | Fréquence à laquelle les répondants ont rapporté être incapables d'accomplir les activités essentielles de la vie quotidienne à cause des sentiments de peur, colère, fatigue, désintérêt, désespoir ou de contrariété



Les ménages PDI et non-PDI semblaient être affectés de manière similaire par les sentiments de peur, colère, fatigue, désintérêt, désespoir ou contrariété ; pour plus d'un ménage sur trois cela les empêchait de temps en temps d'accomplir leurs activités quotidiennes.

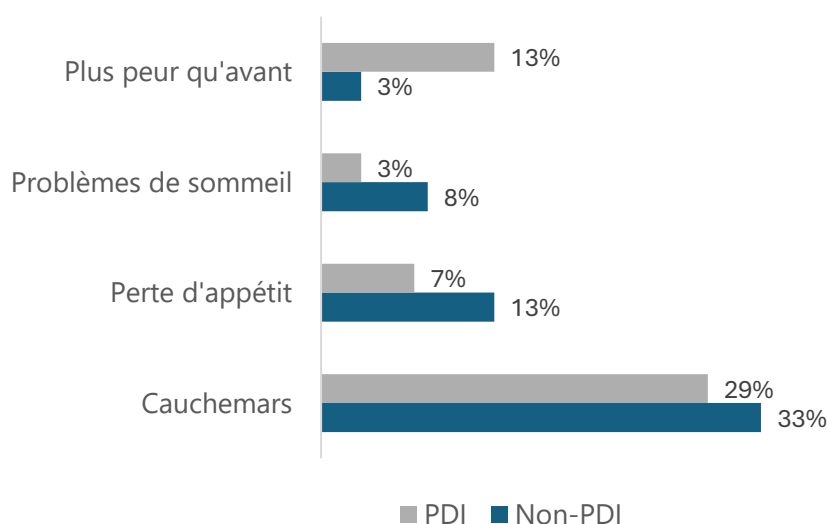
Graphique 10 | Fréquence à laquelle les répondants ont rapporté être si peu intéressés par les choses qu'ils aimaient auparavant qu'ils n'avaient plus envie de faire quoi que ce soit



Les ménages PDI et non-PDI semblaient être affectés de manière similaire par un désintérêt pour les choses qu'ils aimaient auparavant ; pour plus d'un ménage sur trois cela leur arrivait de temps en temps.

Par ailleurs, des changements au cours de la semaine précédant la collecte de données étaient rapportés dans le comportement des enfants des ménages évalués.

Graphique 11 | Principaux changements récents (au cours de la semaine précédant la collecte) dans le comportement des enfants du ménage :



Plus de 2/3 (64%) des répondants soulignent également le manque de nourriture comme facteur principal pouvant empêcher de s'occuper correctement de leurs enfants (PDI : 61%).

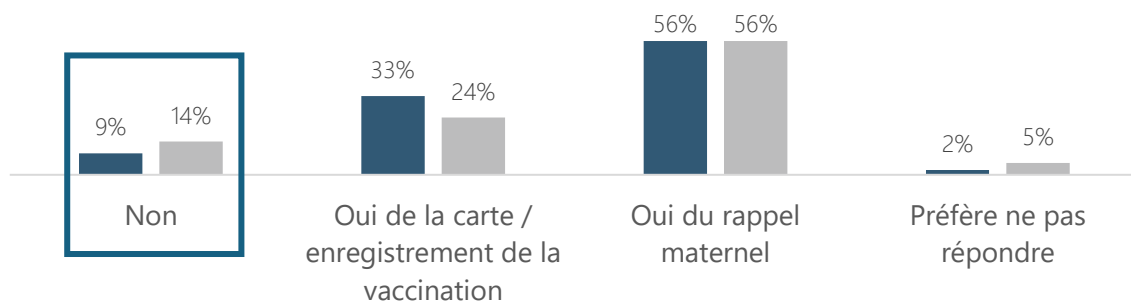
Malgré la détresse psychologique rapportée, la moitié des répondants ne faisait rien ou restait seul(e) pour faire face à ses émotions et problèmes quotidiens (non-PDI : 41% | PDI : 49%). Cela est à mettre en parallèle avec l'impossibilité de mener les activités quotidiennes en raison des sentiments de peur ou de colère pour plus d'un tiers des ménages, PDI comme non-PDI (cf. graphique 9).

Un tiers des répondants parlent eux à quelqu'un (principalement la famille) pour faire face à leurs émotions et problèmes quotidiens tandis que presque aucun répondant ne demande de l'aide (non-PDI : 0% | PDI : 2%). Cela pourrait être dû à une incapacité à demander de l'aide (cf. graphique 9) ou manque de service disponible. En effet, on constate que seulement 5 visites hebdomadaires au CSPS de Sangha en moyenne ont lieu pour le traitement des troubles de la santé mentale, selon l'agent de santé du CSPS de Sangha.

VACCINATION CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Peu d'enfants ont la carte de vaccination attestant leurs vaccinations – indépendamment du groupe de population.

Graphique 12 | Enfants de 9 à 59 mois ayant reçu la vaccination pour la rougeole



De plus, 19% d'enfants PDI âgés de 24 à 59 mois n'ont pas reçu de vaccination pour la rougeole (non-PDI : 13%) contre 10% des enfants PDI âgés de 0 à 2 ans (non-PDI : 4%)⁴

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS

Tableau 2 | Enfants de 6 à 59 PDI par état nutritionnel

	Males		Females		Total		
	N	%	N	%	N	%	
< 2 ans	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	1	1.6%	1	1.0%
	115-124 mm	1	2.3%	5	8.2%	6	5.7%
	≥125 mm	43	97.7%	55	90.2%	98	93.3%
	Total	44	100.0%	61	100.0%	105	100.0%
≥ 2 ans	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	1	0.8%	1	0.4%
	115-124 mm	0	0.0%	1	0.8%	1	0.4%
	≥125 mm	106	100.0%	121	98.4%	227	99.1%
	Total	106	100.0%	123	100.0%	229	100.0%
Total	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	2	1.1%	2	0.6%
	115-124 mm	1	0.7%	6	3.3%	7	2.1%
	≥125 mm	149	99.3%	176	95.7%	325	97.3%
	Total	150	100.0%	184	100.0%	334	100.0%

Tableau 3 | Enfants de 6 à 59 non-PDI par état nutritionnel

	Males		Females		Total		
	N	%	N	%	N	%	
< 2 ans	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	1	1.6%	1	0.9%
	115-124 mm	4	7.4%	3	4.8%	7	6.0%
	≥125 mm	50	92.6%	59	93.7%	109	93.2%
	Total	54	100.0%	63	100.0%	117	100.0%
≥ 2 ans	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	1	0.9%	1	0.4%
	115-124 mm	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	≥125 mm	115	100.0%	111	99.1%	226	99.6%
	Total	115	100.0%	112	100.0%	227	100.0%
Total	Oedème	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	<115 mm	0	0.0%	2	1.1%	2	0.6%
	115-124 mm	4	2.4%	3	1.7%	7	2.0%
	≥125 mm	165	97.6%	170	97.1%	335	97.4%
	Total	169	100.0%	175	100.0%	344	100.0%

Il faut noter que le MUAC montre un biais connu en faveur des enfants les plus jeunes. Dans un échantillon équilibré, on s'attend à ce qu'environ deux tiers (~66%) de l'échantillon aient plus de 2 ans. Si l'échantillon comprend trop peu d'enfants plus âgés, on utilise le total pondéré. Pour nos enquêtes on a bien au moins 2/3 d'enfants âgés de plus de 2 ans – ce n'est donc pas nécessaire.

Les données nutrition collectées montrent **un taux de malnutrition globale particulièrement accentué chez les jeunes enfants et à risque de dégradation.**

Au total 2,6% des enfants de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë selon le PB (périmètre brachial) (2,7% pour les enfants PDI) – dont 0,6% de forme sévère.

- Ceci est bien plus élevé que la moyenne au Centre-Est – 0,7% de malnutrition aiguë selon le PB dont 0,1% sévère, selon l'enquête SMART menée en 2020, et légèrement plus élevé que la moyenne nationale du BFA (2,5% de MAG).
- Aucun œdème n'était rapporté.
- Les enfants de moins de 2 ans souffraient plus de malnutrition aiguë selon le PB (non-PDI : 6,9% - 0,9% sévère | PDI : 6,7% - 1% sévère) par rapport aux enfants âgés de plus de 2 ans (non-PDI : 0,4% | PDI : 0,8%)

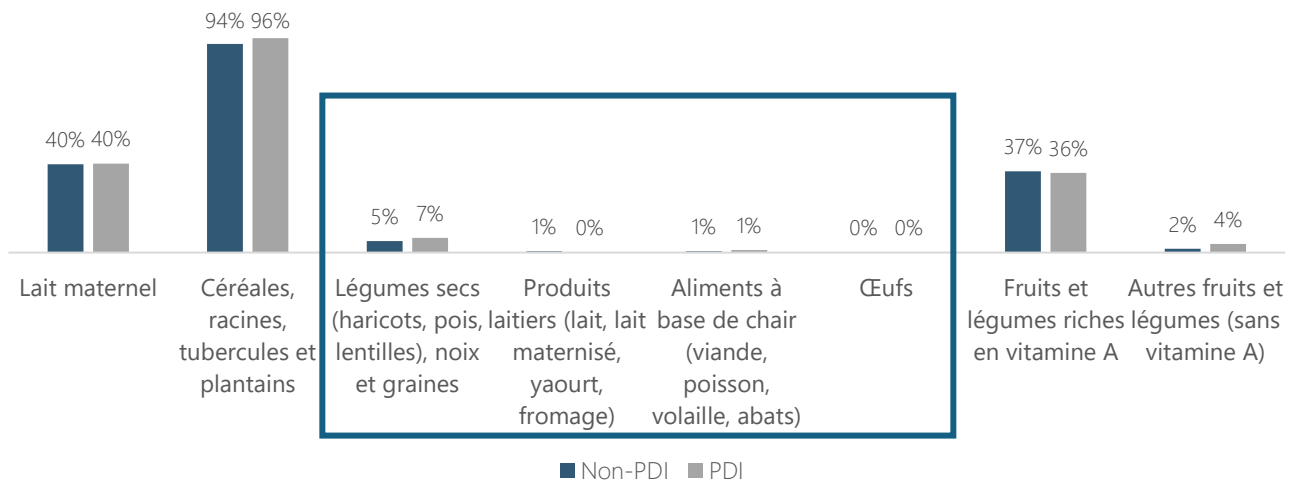
Par ailleurs, 4,4% de filles PDI de 6 à 59 mois souffraient de malnutrition aiguë selon le PB, dont 1,1 de forme sévère contre 0,7% de malnutrition aiguë pour les garçons PDI, tandis qu'il n'y avait pas de différence de genre pour les non-PDI.

Malgré cela, plus de 80% d'enfants n'étaient pas inscrits à un programme de nutrition (non-PDI : 88% | PDI : 83%), dont tous les enfants de 24 à 59 mois.

ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS

2/3 des enfants (<24 mois) n'avaient pas été allaités pendant la journée ou la nuit précédant la collecte, principalement à cause de barrières culturelles (l'enfant était considéré comme trop vieux/les garçons ne devraient pas allaiter).

Graphique 13 | Aliments consommés pour les enfants de moins de 24 mois

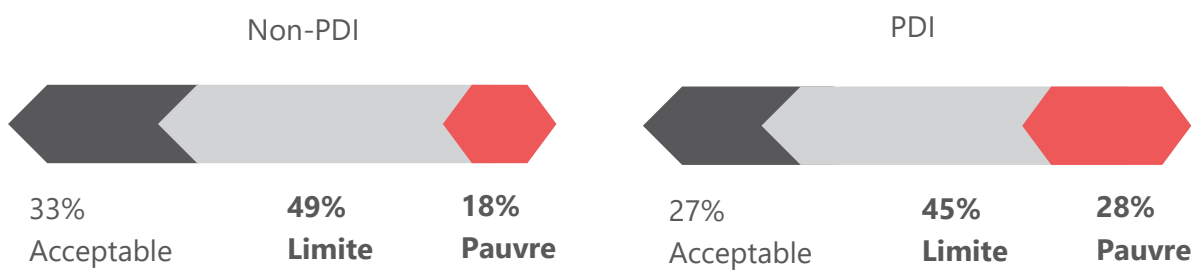


Les trois quarts des ménages rapportent le manque d'argent / obstacles financiers pour acheter de la nourriture comme défi lié à l'alimentation complémentaire des enfants (non-PDI : 74% | PDI : 82%), suivi du prix élevé des aliments / la cherté de la nourriture (non-PDI : 34% | PDI : 39%).

De plus, 5% des ménages non-PDI soulignent le manque d'information sur l'importance de l'alimentation complémentaire.

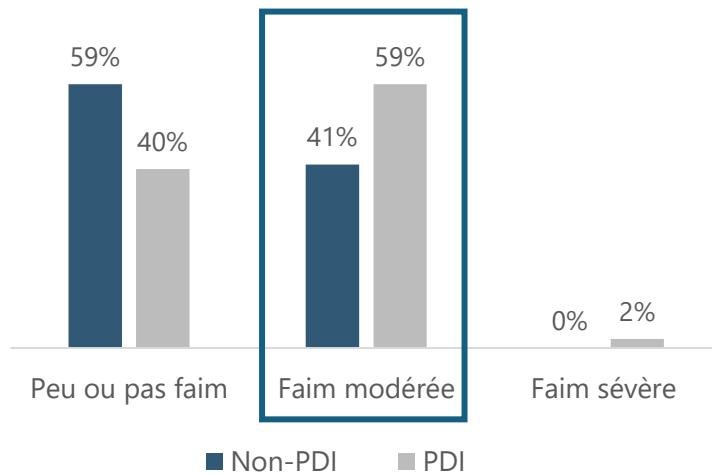
SECURITE ALIMENTAIRE : FAIBLE DIVERSITE ALIMENTAIRE

Graphiques 14 & 15 | Scores de consommation alimentaire, par groupe de population



- Une consommation très faible de viande (non-PDI : 3% et PDI : 1%) et de poisson (non-PDI : 6% et PDI : 4%) été notée pour tous les groupes de population.
- Une consommation inexistante d'œufs (non-PDI et PDI 0%) était rapportée.
- Principalement, on constate une consommation de céréales (non-PDI : 99% et PDI : 98%), légumes feuilles (non-PDI : 88% et PDI : 73%) et légumineuses (non-PDI : 34% et PDI : 31%).
- Tandis que la médiane de repas consommés par jour par les membres âgés de moins de 5 ans était de 3, pour les membres de 5 ans et plus elle était de 2.

Graphique 16 | Proportion de ménages selon la classification de l'échelle de la faim (HHS)



60% des ménages PDI n'avaient aucune nourriture à manger de quelque nature que ce soit ou se sont endormis affamés car il n'y avait pas assez de nourriture (non-PDI : 42%) au cours des 30 jours précédant la collecte.

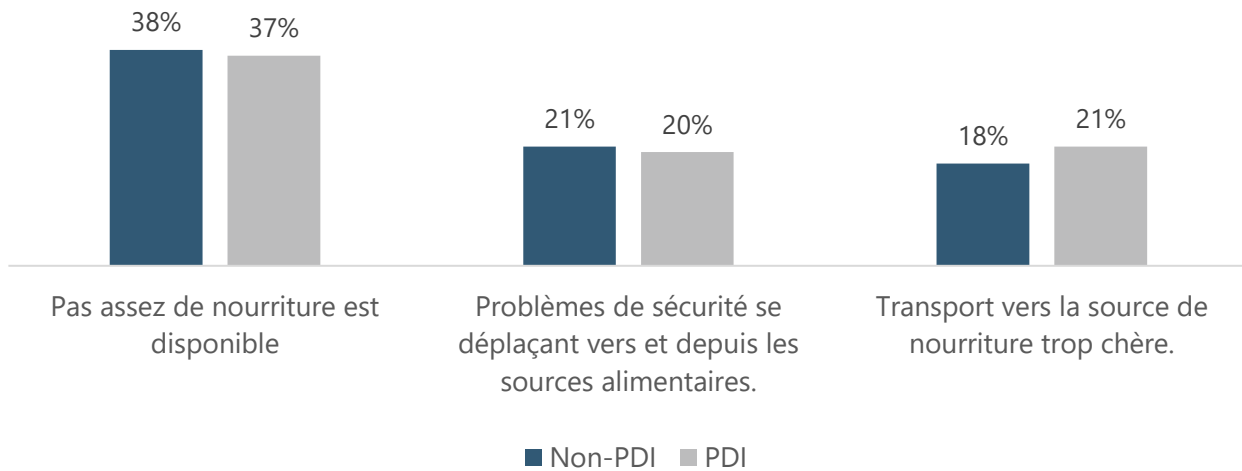
Des défis en sécurité alimentaire liés au manque de nourriture et manque de moyens étaient également observés.

La collecte de données s'est déroulée durant la période de récolte et les questions portant sur les sources de nourritures étaient sur les 7 jours précédant la collecte de données :

- La production propre des ménages était la 1^{ère} source de nourriture pour les non-PDI (88%) et les PDI (53%), ce qui était suivi par l'achat avec de l'argent liquide (non-PDI : 10% et PDI : 38%).
- Les emprunts étaient cités comme 3^{ème} source de nourriture principale chez les PDI (22%), tandis que les achats à crédit étaient cités comme 3^{ème} source de nourriture principale chez les non-PDI (non-PDI et PDI : 19%).

Malgré le fait qu'aucun obstacle pour accéder régulièrement à des sources de nourriture était relevé pour 42% des ménages non-PDI et 47% des PDI, les principaux obstacles étaient les suivants

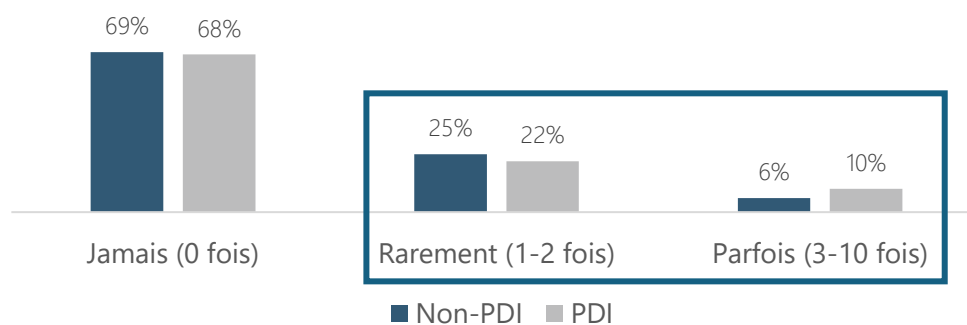
Graphique 17 | Principaux obstacles pour accéder régulièrement aux sources de nourriture des ménages, au cours des 7 jours précédant la collecte



ACCES A L'EAU

La principale source d'eau utilisée pour boire était les forages avec une PMH (pompe à motricité humaine) (non-PDI : 88% | PDI : 93%). Il fallait pour la majorité des ménages PDI moins de 30 minutes pour faire le trajet aller-retour (86%) jusqu'au point d'eau de boisson, contre 30 minutes à 1 heure pour les ménages non-PDI. Toutefois, pour les deux groupes de population le temps moyen de collecte de l'eau de boisson était de presque 1 heure (non-PDI : 54 min | PDI : 56 min). Ainsi, cela semble indiquer des difficultés liées à l'affluence et le temps d'attente aux infrastructures d'eau pour les ménages PDI, qui ne devrait pas être supérieur à 15 minutes selon les standards SPHERE⁵. Pour les ménages non-PDI la distance semble être le facteur le plus déterminant dans le temps d'accès à l'eau de boisson, or selon les standards SPHERE un point d'eau ne devrait pas être à plus de 500 mètres⁶.

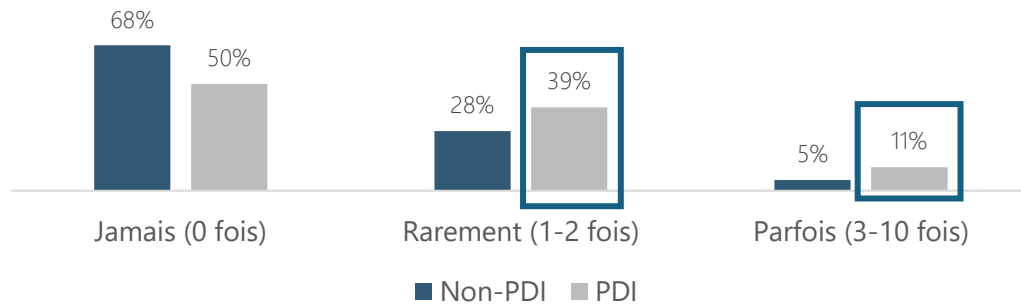
Graphique 18 | Fréquence à laquelle les ménages ont manqué d'eau de boisson, u cours des 4 semaines précédant la collecte



⁵ SPHERE, [Chapter 2 : Minimum Standards in Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion](#).

⁶ Ibid. Selon les standards, il faudrait ainsi seulement 15 minutes pour faire l'aller-retour au point d'eau.

Graphique 19 | Fréquence à laquelle les ménages ont manqué d'eau pour les besoins du ménage, au cours des 4 semaines précédant la collecte

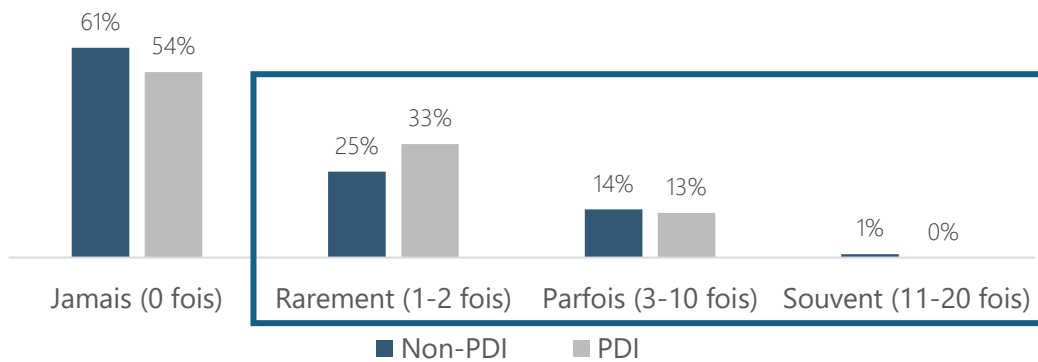


De plus, presque l'intégralité des ménages ne traitent pas l'eau qu'ils boivent (non-PDI et PDI : 99%).

Au CSPS de Sangha il n'y a d'ailleurs aucune source d'eau depuis que le forage PMH est en panne ; le CSPS s'approvisionne dans une école selon l'IC.

Des difficultés dans l'accès à l'eau pour l'usage domestique et les activités du quotidien se font également ressentir.

Graphique 20 | Fréquence à laquelle des membres du ménage ont dû modifier leurs activités (prise en charge des autres, les tâches ménagères, les travaux agricoles, les activités génératrices de revenus, le sommeil, etc.) en raison de problèmes d'eau, au cours des 4 semaines précédant la collecte



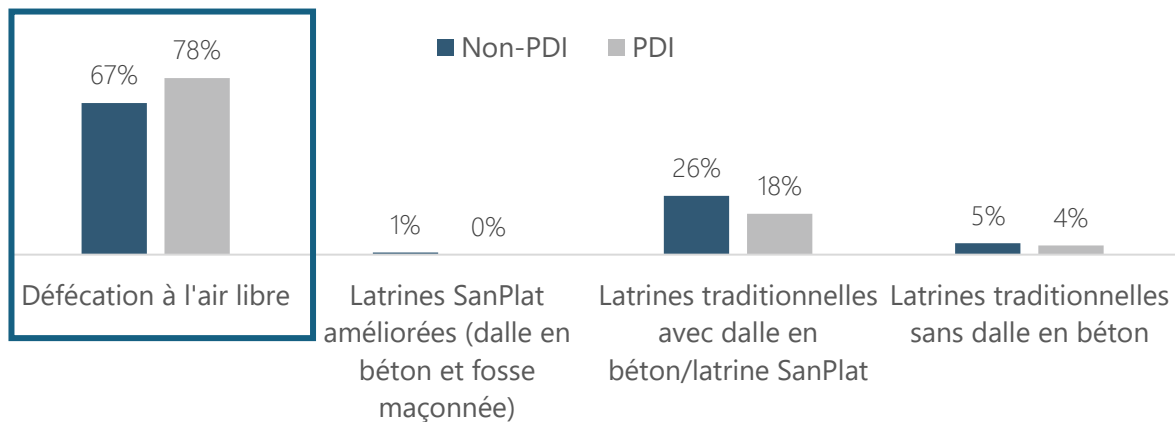
En effet, 13% des ménages PDI rapportaient utiliser les cours d'eau (fleuve, rivière, ruisseau, eau de surface, etc) pour d'autres usages domestiques (0% pour les non-PDI).

Il y a également 16% des ménages PDI qui rapportaient de ne pas avoir de bidons d'eau pour collecter et stocker de l'eau potable pour leur maison (non-PDI : 12%). La médiane était de 48 bidons d'eau de 20L utilisés pour la consommation des ménages pour l'eau de boisson, la cuisine, le lavage des mains, la toilette/bain, le lavage des plats, le ménage, la lessive, etc. – consommation par ménage sur 1 semaine.

MANQUE D'ACCES IMPORTANT A L'HYGIENE ET L'ASSAINISSEMENT

78% des ménages PDI à Sangha pratiquaient la défécation à l'air libre habituellement.

Graphique 22 | Types de toilettes habituellement utilisées par les membres des ménages



A Sangha, plus des deux tiers des ménages ne pratiquant pas la défécation à l'air libre partageaient leurs latrines (non-PDI : 66% | PDI : 78%).

- Médiane de 3 ménages partageant les latrines.
- 61% des ménages PDI n'ont pas de savon à la maison (non-PDI : 33%).

Même si la présence d'une douche est rapportée au CSPS pour les femmes venant d'accoucher la source d'eau est en panne et la douche est donc non-fonctionnelle.

SYNTHÈSE DES POINTS D' ACTIONS (RECOMMANDATIONS)

❖ Secteurs Nutrition et Santé

- Assurer une gratuité des soins de santé aux groupes vulnérables (FEFA et enfants de moins de cinq ans)
- Renforcer l'offre de soins de santé à travers les RH additionnelles ou la mise en place d'un PSA
- Doter le CSPS de Sangha en matériel médicotechnique afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins
- Appuyer le CSPS de Sangha dans l'approvisionnement des intrants nutritionnels
- Appuyer l'organisation des campagnes de rattrapage vaccinal couplées au dépistage de la sous-nutrition aiguë dans la localité
- Renforcer les activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition

❖ Secteurs Santé mentale et soutien psychosocial

- Mettre en place des activités de prévention des suicides ;
- Prodiguer les Premiers Secours psychologiques ;
- Prise en charge psychologique pour les adultes et enfants ;

- Renforcement de capacité des leaders communautaire pour le soutien psychosocial de base et le référencement ;
- Mettre à jour/élaborer la cartographie des services ;
- Faciliter l'accès aux services pour les personnes à risque et/ou cas de protection à travers l'appui de protection individuel.
- Former les agents de santé et les travailleurs sociaux pour favoriser l'offre de service de santé mentale et soutien psychosocial dans la localité

❖ **Secteur WASH**

- Diagnostiquer des points d'eau présents au niveau communautaire et au CSPS
- Réhabiliter et ou réalisation de points d'eau au niveau communautaire
- Réhabiliter du point d'eau du CSPS de Sangha
- Distribuer de moyens de collecte et de stockage d'eau (bidons) et de savon
- Promouvoir la construction des latrines (ATPC en situation d'urgence)
- Subventionner la réalisation de latrines pour les ménages vulnérables
- Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement

❖ **Secteur SAME (Sécurité alimentaire et moyens d'existence)**

- Assistance alimentaire pour sauver des vies en RRM et Post-RRM y compris la farine infantile fortifiée pour les 6-23 mois et la farine enrichie pour les FEFA,
- Appui à l'amélioration de la disponibilité des produits riches en micro via les jardins de case ou les Kits hors sol,
- Appui en activités génératrice de revenu via la dotation en noyaux reproducteurs.
 - ❖ Pour la réponse globale

Assurer la coordination entre les différents partenaires pour apporter des réponses efficaces et efficientes

CONCLUSION

Les résultats de cette évaluation permettront d'orienter les interventions vers les besoins prioritaires des populations vulnérables de la localité de Sangha. Pour une réponse adaptée et efficiente, une coordination des interventions entre acteurs humanitaires et étatiques qui s'avère nécessaire.

PRINCIPALES DIFFICULTES LORS DE LA COLLECTE DE DONEES

- Les valeurs numériques des données MUAC/PB étaient parfois arrondies, surtout les premiers jours de collecte – adressé grâce au nettoyage de données quotidien et aux retours faits aux enquêteurs sur la nécessité de précision des valeurs.
- Difficulté d’avoir des répondants majeurs disponibles en pleine période de récolte.
- Difficultés avec les points GPS pour aller aux ménages

Tableau 4 | Rapport de plausibilité des données nutrition

flag_name	Values				Score
	Excellent	Good	Acceptable	Problematic	
plaus_ageratio	p-value > 0.1	p-value > 0.05	p-value > 0.001	p-value < 0.001	0
	0	1	3	5	
plaus_sexratio	p-value > 0.1	p-value > 0.05	p-value > 0.001	p-value < 0.001	5
	0	1	3	5	
plaus_dps_muac	< 8	< 13	< 20	>= 20	3
	0	1	3	5	
plaus_perc_mfaz_children	< 1%	< 3%	< 5%	>= 5%	0
	0	5	10	20	
plaus_n_children_muac	> 100	> 80	> 50	<= 50	0
	0	2	4	10	
plaus_sd_muac_mm	< 12	< 14	< 15	>= 15	0
	0	5	10	20	
plaus_anthro_score	<10	10 < 20	20 < 25	>= 25	8
plaus_anthro_cat	Excellent	Good	Acceptable	Problematic	Excellent