

MINISTRE DE LA SANTE



BURKINA FASO

La Patrie ou la Mort, nous Vaincrons

Rapport final

Enquête nutritionnelle rapide dans vingt-deux (22) communes abritant des personnes déplacées internes des cinq (5) régions à fort défi sécuritaire au Burkina Faso



Partenaire de mise en œuvre



Octobre 2024

Partenaires techniques et financiers



Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	vi
LISTE DES ACCRONYMES ET ABREVIATIONS.....	vii
RESUME.....	viii
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE.....	1
2. OBJECTIFS.....	2
3. DEMARCHE METHOLOGIQUE.....	3
3.1. Zone d'étude.....	3
3.2. Type d'étude.....	4
3.3. Population cibles	4
3.4. Echantillonnage	4
3.4.1. Echantillonnage des communes.....	4
3.4.2. Echantillonnage dans les communes	4
3.4.3 Echantillonnage dans les sites d'accueil temporaires	5
3.4.3 Critères d'inclusion/non inclusion.....	5
3.5. Organisation pratique de l'enquête sur le terrain.....	6
3.5.1. Outils de collecte des données.....	6
3.5.2 Recrutement des enquêteurs.....	6
3.5.3. Formation des enquêteurs	6
3.5.4. Composition et déploiement des équipes sur le terrain.....	7
3.5.5. Collecte des données sur le terrain et supervision	7
3.5.6. Coordination de l'enquête sur le terrain.....	7
3.5.7. Considérations éthiques.....	8
3.6 Traitement et analyse des données	8
3.7 Couverture de l'échantillon et Evaluation de la qualité des données	9
3.7.1. Evaluation des données sur l'âge	10
3.7.2. Evaluation des données sur les mesures de poids	11
3.7.3. Evaluation des données sur les mesures de tailles	11
3.7.4. Evaluation de l'écart-type, l'asymétrie, l'aplatissement et la normalité de la distribution de l'indice P/T.....	11
3.8 Difficultés rencontrées/solutions apportées et leçons apprises.....	12
3.8.1 Difficultés rencontrées et solutions apportées	12
3.8.2 Leçons apprises	13
3.9. Appréciation du niveau de sévérité de l'état nutritionnel et de mortalité.....	13
4- RESULTATS DE L'ENQUETE.....	15

4.1	Caractéristiques individuelles des enquêtés	15
4.1.1	Répartition des enfants enquêtés par âge et par sexe	15
4.1.2	Répartition des femmes selon le statut Enceinte et/ou Allaitante	15
4.1.3.	Statut de résidence des femmes enquêtées	16
4.1.4.	Durée moyenne de résidence pour les déplacés	17
4.2.	Résultats anthropométriques chez les enquêtés.....	19
4.2.1.	Malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon l'indice poids-taille	19
4.2.2.	Malnutrition aigüe et statut de résidence chez les enfants de 6-59 mois selon l'indice poids-taille	21
4.2.3.	Malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB.....	25
4.2.4.	Malnutrition aigüe et statut de résidence chez les enfants de 6-59 mois selon le PB.....	27
4.2.5.	Evolution de l'état nutritionnel chez les enfants de 6-59 mois entre la présente enquête et celles précédentes.....	29
4.2.6.	Malnutrition aigüe Globale (MAG) combinée chez les enfants de 6-59 mois	30
4.2.7.	Malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB.....	31
4.4.	Résultats sur la mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans.....	34
5-	Conclusion et recommandations.....	37
6-	BIBLIOGRAPHIE	40
7-	ANNEXES	A
7.1.	Prévalences de la malnutrition aigüe combinée selon le statut de résidence.....	A
7.2.	Moyennes de l'indice P/T en (z-scores).....	C
7.3.	Analyse de la qualité des données : Evaluation des préférences numériques du poids et de la taille	D
7.4.	Rapport synthétique de l'analyse de la qualité des données pour les communes avec les données anthropométriques non validées	E
7.5.	Résultats des tests statistiques	H
7.6.	Questionnaire anthropométrie : Enfants de 6-59 mois	A
7.7.	Questionnaire anthropométrie : FEFA	B
7.8.	Questionnaire Moralité	C

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les communes couvertes par l'enquête.....	3
Tableau 2 : Classification de la malnutrition aigüe selon l'indice Poids-Taille chez les enfants de moins de 5 ans.....	9
Tableau 3 : Taux de couverture de l'échantillon et qualité des données.....	10
Tableau 4 : Classification de l'état nutritionnel d'une population selon la prévalence de la malnutrition aigüe globale (% d'enfants avec P/T<-2z-score et/ou œdèmes), OMS 2018).....	14
Tableau 5 : Critères d'appréciation des taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (SPHERE 2011).....	14
Tableau 6: Répartition des enfants de 6-59 mois par âge et sexe.....	15
Tableau 7 : Répartition des femmes selon le statut FEFA et par commune/site	16
Tableau 8 : Répartition des FEFA selon le statut de résidence et par commune/site.....	17
Tableau 9: Répartition des déplacés selon la durée moyenne de séjour.....	18
Tableau 10 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par commune/site	20
Tableau 11 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par région	21
Tableau 12 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par tranche d'âges.....	21
Tableau 13 : répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par statut de résidence et par commune/site.....	22
Tableau 14 : répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par statut de résidence et par Région	23
Tableau 15 : Répartition de la malnutrition aigüe sévère selon l'indice P/T par commune/site et statut de résidence	24
Tableau 15 : Répartition de la malnutrition aigüe sévère selon l'indice P/T par région et statut de résidence.....	25
Tableau 16 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune/site	26
Tableau 17 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par région	27
Tableau 18 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune/site	28
Tableau 19 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune/site	29
Tableau 20 : Répartition de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée par commune/site.....	30
Tableau 21 : Répartition de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée par commune/site.....	30
Tableau 21 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune/site.....	32
Tableau 22 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB (et/ou œdèmes) et par région.....	33
Tableau 23 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB par statut de résidence et par commune/site	33

Tableau 24 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB par statut de résidence et par région.....	34
Tableau 25 : Taux de mortalité générale et chez les enfants de moins de 5 ans par commune/site	35
Tableau 26 : Taux de mortalité générale et chez les enfants de moins de 5 ans par commune/site	35
Tableau A1: Répartition par commune/site de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée chez les enfants de 6-59 mois selon le statut de résidence	A
Tableau A2: Répartition par région de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée chez les enfants de 6-59 mois selon le statut de résidence.....	B
Tableau A3: Répartition par commune/site de la Prévalence de la malnutrition aigüe sévère combinée selon le statut de résidence	B
Tableau A4: Répartition par région de la Prévalence de la malnutrition aigüe sévère combinée selon le statut de résidence	C
Tableau A5: Répartition des moyennes en z-scores de l'indice P/T chez les enfants de 6-59 mois par commune/site.....	C

LISTE DES GRAPHIQUES

Carte : Communes couvertes par l'enquête	3
Graphique 1 : Distribution de l'âge en mois des enfants enquêtés	11
Graphique 2 : Distribution de l'indice poids-taille en z-scores par rapport à la courbe de Gauss.....	12
Graphique 3 : Evolution des prévalences (%) de la MAG chez les enfants de 6-59 mois par commune entre les enquêtes Rapid SMART 2019, 2020, 2022, 2023, 2024	29
Graphique 4: Evolution du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.....	36
Graphique 5 : Préférence numérique des mesures de poids.....	D
Graphique 6 : Préférence numérique des mesures de tailles	D

LISTE DES ACCRONYMES ET ABREVIATIONS

ACF	Action contre la faim
ENA	Emergency nutrition assessment
DN	Direction de la nutrition
FEFA	Femme enceinte et/ou Femme allaitante
IC	Intervalle de confiance
IPC	Indice de prix à la consommation
MAG	Malnutrition aigüe globale
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
PAM	Programme alimentaire mondiale
PEC	Prise en charge
PB	Périmètre branchial
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition
PDI	Personnes déplacées internes
P/T	Poids pour taille
OMS	Organisation mondiale de la santé
SMART	Standardized monitoring and assessment on relief and transitions
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

RESUME

Contexte

Le Burkina Faso connaît depuis près d'une décennie, une double crise sécuritaire et humanitaire qui menace l'existence du pays. La crise sécuritaire marquée par des activités terroristes a entraîné un mouvement important des populations à l'intérieur du pays. Les conséquences immédiates qui en résultent sont : l'accès réduit et très limité des populations aux services sociaux de base, y compris les services de santé, dans un contexte d'extrême pauvreté.

Selon la dernière situation faite par le CONASUR en date du 28 février 2023, le pays comptait environ 2 millions de personnes déplacées internes. Parmi ces populations, on compte 479 190 femmes et 227 452 enfants de moins de 5 ans représentant respectivement 24% et 11,4%.

Cinq régions sont particulièrement plus touchées par cette double crise sécuritaire et humanitaire et concentrent la majorité des personnes déplacées internes (PDI) du pays à savoir : le Sahel (499 972), le Centre-Nord (488 840), le Nord (254 689), l'Est (214 889) et la Boucle du Mouhoun (118 486).

Dans ces régions à fort défi sécuritaire, des localités se distinguent par le nombre important de PDIs à savoir : Djibo (269 894), Ouahigouya (146 794), Fada N'Gourma (121 086), Kaya (119 086), Barsalogo (89 784), Dori (65 035), Pissila (59 909), Titao (58 020), Gorom-Gorom (52 402).

La présence de ces PDIs dans ces localités exerce une pression importante sur les ressources et les services sociaux de base (sanitaires, eau hygiène assainissement, d'éducation, sécurité alimentaire et nutritionnelle) et impactent négativement les conditions de vie aussi bien des PDIs que dans la population hôte. Cette situation est d'autant plus critique que l'accessibilité à ces différentes localités est considérablement limitée du fait de la situation sécuritaire très difficile.

C'est dans un tel contexte que le Ministère de la santé et de l'hygiène publique en collaboration avec l'UNICEF, le PAM, Croix-Rouge et IRC, a réalisé cette enquête dans des localités d'accès difficiles et abritant un nombre important de PDIs afin d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois ainsi que celle des femmes enceintes et/ou allaitantes ayant un enfant de moins de 2 ans. La présente édition est la cinquième d'une série d'enquêtes réalisées dans le même contexte en 2019, 2020, 2022, 2023 et 2024.

Méthodologie

L'enquête a été commanditée pour évaluer de façon rapide la situation nutritionnelle des populations vulnérables dans des contextes d'urgence en s'inscrivant dans une démarche qualité de la méthodologie « SMART RAPID ». Elle a été réalisée en octobre 2024 et a couvert vingt-cinq (25) localités composées de vingt-trois (23) communes que sont : Dédougou, Kouka, Toma, Tougan, Bourzanga, Kaya, Kongoussi, Yalgo, Bagaré, Tougo, Séguénéga, Ouahigouya, Titao, Bogandé, Fada N'Gourma, Gayéri, Pama, Kompienga, Piela, Dori, Gorom-Gorom, Djibo, Sebba, et deux (02) sites d'accueil à savoir : Arbinda et Gorgadji.

Deux types d'échantillonnages ont été réalisés en fonction de la zone d'enquête. Dans un premier temps, il a été réalisé un sondage probabiliste par grappe à trois degrés et stratifié par région, commune et statut de résidence(hôte/PDI).

Le premier niveau de sondage a concerné les communes. Au total, cinq (5) communes ont été tirées de manière aléatoire et indépendante selon la technique de tirage proportionnelle-à-la-taille dans chacune des cinq (5) régions à fort défi sécuritaire.

L'échantillonnage au deuxième niveau a concerné les villages ou secteurs sélectionnés de manière aléatoire. Le nombre de village à sélectionner était fonction du nombre de villages accessibles et non vides dans la commune sélectionnée.

Le troisième niveau de sélection a concerné les ménages tirés de manière aléatoire en utilisant la méthode Epi combinée à la méthode des cadrans.

La taille d'échantillon calculée était de 400 ménages attendus par commune.

Au niveau des sites d'accueil temporaire, un échantillonnage aléatoire simple a été utilisé et 350 ménages étaient attendus. A ce niveau, les résultats ne représentent que pour la localité d'accueil qui est le site ou la zone d'accueil temporaire et non pour l'ensemble de la commune d'appartenance.

L'objectif visé à travers ce premier type de sondage était de pouvoir extrapoler les résultats de l'enquête à l'ensemble de la région d'appartenance en utilisant des coefficients de pondération. Ce qui devrait permettre de résoudre le problème d'absence des indicateurs nutritionnels à significativité régionale dans les régions à fort défi sécuritaire, chose que l'enquête nutritionnelle nationale SMART classique ne permettait plus d'avoir ces trois dernières années. Le deuxième type de sondage utilisé dans cette enquête est un échantillonnage raisonné en choisissant des communes d'intérêt du Gouvernement et des partenaires pour faire partie de l'enquête. Les données de ces communes n'ont pas été prises en compte dans le calcul des indicateurs à l'échelle régionale.

Pour la réalisation de l'enquête sur le terrain et compte tenu du contexte sécuritaire, les enquêteurs uniquement locaux ont été recrutés et formés à la méthodologie de l'enquête et déployés par équipe sur le terrain. Chaque équipe était composée de 2 mesureurs et 1 chef d'équipe. Deux équipes d'enquêteurs ont été déployées par localité d'enquête. La collecte des données a couvert la période allant du 07 au 31 octobre 2024 pour une durée contractuelle de 10 jours. La collecte des données a été faite avec des tablettes en utilisant la plateforme électronique KoboCollect et chaque zone d'enquête a été confiée à un superviseur pour le contrôle qualité des données collectées.

Tenant compte du contexte sécuritaire très précaire et pour faciliter l'accès aux localités avec un niveau d'insécurité élevé, des vols UNHAS pour le transport aller-retour des enquêteurs pour rallier les sites de formation délocalisés dans les chefs-lieux des régions concernées par l'enquête.

L'adoption de cette stratégie a permis de couvrir les 25 communes/sites prévus. Cependant pour des raisons de taille minimale (≥ 150 par statut de résidence) d'enfants et de femmes enceintes et/ou allaitantes exigée pour valider les résultats de l'enquête, des indicateurs calculés ne sont pas disponibles pour raison d'effectif faible.

De l'analyse de la qualité des données de l'enquête dans son ensemble, le rapport de plausibilité indique un score global de qualité de 15% et jugée bonne. Cependant, il ressort de l'analyse du rapport de plausibilité par commune que la qualité des données est jugée problématique pour les communes de Gayéri, de Gorgadji et le site de Arbinda avec respectivement 53%, 51% et 26% de score de qualité pour une limite acceptable de 25%. Ce qui a conduit à l'invalidation des indicateurs anthropométriques de Gayéri, Gorgadji et de Arbinda par le comité technique.

Principaux résultats

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ou allaitante dans les localités à fort défi sécuritaire reste très précaire au regard des résultats obtenus. L'analyse des prévalences de la MAG chez les enfants de 6 à 59 mois selon l'indice P/T pour certaines localités a révélé que la situation est assez préoccupante.

Sur les vingt-deux (22) communes enquêtées ayant des données valides, quinze (15) communes sont dans une situation d'urgence (MAG>10%) avec des prévalences élevées voire très élevées. Dans douze (12) communes où la prévalence de la MAG est comprise entre 10% et 15%, elle jugée élevée. Il s'agit de : Dédougou (10%), Bagaré (10%), Piela (10,1%), Kaya (10,8%), Fada (11,1%), Tougo (11,4%), Séguénéga (11,9%), Kompienga (13%), Bourzanga (13,6%), Kongoussi (13,7%), Tougan (13,8%) et Djibo (13,8%).

Les prévalences de la malnutrition aigüe globale sont jugées très élevées dans trois (03) localités où le seuil de 15% a été franchi. C'est le cas de Gorom-Gorom (19,4%), Yalgo (20%), Dori (20,6%).

Sept (07) communes présentent une situation modérée de malnutrition aigüe globale avec une prévalence MAG comprise entre 5 et 9%. Il s'agit de Pama (5,1%), Titao (7,7%), Kouka (8,8%), Toma (9,1%), Ouahigouya (9,6%), Sebba (9,7%) et Bogandé (9,8%).

Toutes les cinq (05) régions du pays concernées par l'enquête et fortement impactées par la crise sécuritaire sont dans une situation de précarité nutritionnelle avec des prévalences MAG chez les enfants de moins de 5 ans au-delà de 10%. Parmi elle, la région du Sahel vient en tête avec 15,2%, suivie du Centre-Nord (12,8%), de l'Est (10,6%), du Nord (10,4%) et de la Boucle du Mouhoun (10,3%).

Les prévalences de MAG et MAS fournies par la mesure du PB chez les enfants de 6 à 59 mois confirment la précarité de la situation nutritionnelle modérée à Gorom-Gorom (9,8%) et préoccupante à Dori (12,3% de MAG et 2,6% de MAS) et à Yalgo (13,6% de MAG et 4,4% de MAS).

Selon le statut de résidence, on note que la malnutrition semble toucher plus les PDI comparée à la population hôte dans les communes de Kongoussi (15% vs 12,2%), Yalgo (22,2% vs 18,1%), Fada N'Gourma (14,2% vs 7,8%), Dori (25,4% vs 16%) et Gorom-Gorom (21,8% vs 17%). A l'inverse, le phénomène de la malnutrition affecterait plus la communauté hôte comparativement aux PDI dans les communes de Tougan (14,1% vs 13,4%), Bourzanga (17% vs 10,1), Kaya (10,9% vs 10,6%), Bogandé (10% vs 9,7%), Kompienga (14,5% vs 11,3%).

A l'image de la situation nutritionnelle chez les enfants de moins de 5 ans, celle des femmes enceintes ou allaitante est aussi précaire. Selon la mesure du PB, au total 11 communes sur 22 présentent une situation précaire de malnutrition avec des prévalences MAG supérieures à 5%. Ce sont : Kompienga (11,1%), Dori (8,9%), Yalgo (9,3%), Gorom-Gorom (8,6%), Dori (8,9%), Séguénéga (8,2%), Sebba (7,2%), Piela (6,4%), Bogandé (6%), Bagaré (5,7%) et Tougan (5,6%).

Quant à la situation de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, elle a connu une hausse baisse par rapport aux années précédentes de manière globale. Cependant, on note une situation difficile à Bourzanga avec un taux de mortalité de 3,2‰ qui supérieur au seuil d'urgence (>2 décès/10000 hbts/j). Dans les communes de Yalgo et de Kongoussi, le seuil d'alerte est presque atteint (>1 décès/10000 hbts/j), avec des taux de mortalité de l'ordre de 0,9 ‰ chacune. Ce

qui dénote d'une situation assez sérieuse. Plusieurs causes comme le manque de soins liées à la fermeture ou l'accès très limité des services de santé pourraient expliquer les taux élevés de mortalité constatés chez les enfants.

Les tableaux ci-dessous permettent de voir le classement des communes par niveau de qualification de la situation nutritionnelle et selon le statut de résidence.

Il ressort de ce classement que toutes les communes enquêtées présentent une situation au moins précaire. Les populations déplacées présentent une situation globalement plus à risque que celle des populations hôtes.

Tableau S1 : Répartition des localités/communes enquêtées selon la prévalence de la malnutrition aigüe globale et le statut de résidence, Burkina Faso, Octobre 2024

COMMUNE	HOTE	PDI	TOTAL
	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)
	%	%	%
DEDOUGOU	9.9	11.1	10.0
KOUKA	9.1	0.0	8.8
TOMA	7.9	13.2	9.1
TOUGAN	14.1	13.4	13.8
BOURZANGA	17.0	10.1	13.6
KAYA	10.9	10.6	10.8
KONGOUSSI	12.2	15.0	13.7
YALGO	18.1	22.2	20.0
BOGANDE	10.0	9.7	9.8
FADA	7.8	14.2	11.1
KOMPIENGA	14.5	11.3	13.0
PAMA	6.1	2.8	5.1
PIELA	10.9	9.8	10.1
BAGARE	10.0	10.3	10.0
OUAHIGOUYA	9.9	6.5	9.6
SEGUENEGA	11.4	14.6	11.9
TITAO	8.9	3.1	7.7
TOUGO	10.9	30.8	11.4
DJIBO	17.5	12.9	13.8
DORI	16.0	25.4	20.6
GOROM-GOROM	17.0	21.8	19.4
SEBBA	9.5	9.9	9.7

Tableau S2 : Répartition des localités/communes enquêtées selon la prévalence de la malnutrition aigüe sévère et le statut de résidence, Burkina Faso, Octobre 2024

COMMUNE	HOTE	PDI	TOTAL
	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)
	%	%	%
DEDOUGOU	1.7	-	1.6
KOUKA	1.4	-	1.3
TOMA	1.0	-	1.2
TOUGAN	2.2	2.9	2.5
BOURZANGA	3.5	1.6	2.6
KAYA	1.9	1.9	1.9
KONGOUSSI	2.5	3.5	3.1
YALGO	4.9	8.2	6.4
BOGANDE	1.4	2.8	2.2
FADA	0.4	2.9	1.7
KOMPIENGA	4.5	3.3	3.9
PAMA	1.9	-	1.5
PIELA	-	1.8	2.1
BAGARE	2.2	-	2.1
OUAHIGOUYA	2.1	-	2.1
SEGUENEGA	2.3	-	2.1
TITAO	1.6	-	1.2
TOUGO	1.8	-	1.7
DJIBO	-	2.9	3.3
DORI	3.7	7.2	5.4
GOROM-GOROM	4.0	10.0	6.9
SEBBA	1.1	-	1.1

Tableau S1 : Répartition des régions enquêtées selon le niveau de malnutrition aigüe globale et le statut de résidence, Burkina Faso, Octobre 2024

REGION	HOTE	PDI	TOTAL
	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)
	%	%	%
BOUCLE DU MOUHOUN	10.1	12.2	10.3
CENTRE-NORD	12.3	13.4	12.8
EST	11.1	10.3	10.6
NORD	10.4	10.9	10.4
SAHEL	15.9	14.9	15.2

Tableau S1 : Répartition des Régions enquêtées selon le niveau de malnutrition aigüe globale et le statut de résidence, Burkina Faso, Octobre 2024

REGION	HOTE	PDI	TOTAL
	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)
	%	%	%
BOUCLE DU MOUHOUN	1.6	2.1	1.7
CENTRE-NORD	2.5	3.3	2.9
EST	2.3	2.6	2.5
NORD	2.2	1.5	2.1
SAHEL	3.9	3.7	3.8

Recommandations

Au regard de la situation nutritionnelle toujours précaire dans les localités et communes abritant les déplacés internes et particulièrement touchées par l'insécurité, les différents acteurs sont invités à l'action de manière urgente et coordonnée afin d'adresser une réponse adéquate et efficace. Pour améliorer cette situation, les recommandations suivantes sont faites :

Actions	Responsable	Autres concernés	Echéances
1. Faire un état des lieux de la réponse nutritionnelle en cours dans les communes/localités ayant des prévalences MAG > 15% et compris entre 10-14% et identifier les gaps à combler	Direction de la nutrition	Cluster nutrition national et régionaux	Immédiat
2. Réaliser une enquête nutritionnelle rapide dans les communes de Arbinda, Gorgadji et Gayéri en intégrant des aspects qualitatifs pour mieux éclairer les acteurs sur la situation nutritionnelle qui y prévaut.	Direction de la nutrition/Davycas	ACF	Janvier 2025
3. Accélérer la mise en œuvre des interventions nutritionnelles visant à sauver les vies dont : le dépistage de la MA par les ménages et les ASBC ; le référencement ; la mise en œuvre des approches adaptées au contexte (approche communautaire, stratégie avancée ou mobile, approches simplifiées, etc.) pour augmenter la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë	Direction de la nutrition DRS DS		Immédiat
4. Accélérer la mise en œuvre des approches simplifiées de PCIMA dans les zones à fort défi sécuritaire et de fermeture des formations sanitaires ou des formations sanitaires fonctionnant a minima	Direction de la nutrition DRS DS		Immédiat
5. Faire un plaidoyer pour renforcer la sécurité du transport ou de l'acheminement des intrants nutritionnels dans les zones difficilement accessibles afin d'améliorer le niveau de couverture de la PCIMA	Direction de la Nutrition	UNICEF/ Autres partenaires	Décembre 2024
6. Identifier des communes/localités ayant besoin de partenaires d'appui	Direction de la Nutrition	Cluster nutrition	Décembre 2024
7. Renforcer les interventions de prévention de la malnutrition (conseils en ANJE en situation d'urgence, supplémentation en Vitamine A et déparasitage, supplémentation en micronutriments chez les femmes enceintes)	Direction de la Nutrition/	UNICEF Partenaires de mise en œuvre	Selon les gaps identifiés
8. Renforcer la collaboration intersectorielle (Santé, Nutrition, SECAL, Wash) pour la réponse à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle	STNUT	Partenaires des clusters	Continue
9. Accompagner la réouverture des formations sanitaires par la mise à disposition de personnel	MS/	Partenaires	Continue

additionnel afin d'assurer la mise en œuvre du PMA des CSPS			
10. Assurer une disponibilité continue des distributions alimentaires générales et ciblées, et des intrants nutritionnels pour la prise en charge de la MAM et la MAS	Direction de la nutrition	PAM UNICEF	Continue
11. Renforcer les interventions alimentaires préventives chez les enfants de 6-23 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes.	Direction de la nutrition	PAM	Continue
12. Renforcer l'appui aux services de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications médicales	Ministère de la santé/	Partenaire à identifier OMS PCI	Continue
13. Organiser avec l'appui des partenaires, une enquête nutritionnelle rapide dans les communes confrontées à la double crise sécuritaire et humanitaire y compris les communes de Tougouri, Gayéri, Gorgadji et Diapaga, Matiacoali	Direction de la Nutrition		Septembre 2024
14. Partager les résultats de l'enquête aux instances de prise de décisions pour une réponse appropriée et coordonnée sous le leadership du Ministère de la santé	STAN		Décembre 2024

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE

Au Burkina Faso, la situation sécuritaire au cours des dix dernières années reste préoccupante. Cette situation a engendré une crise humanitaire qui s'est soldée par un mouvement massif de personnes déplacées internes (PDI) fuyant les exactions des Groupes Armés Terroristes vers des localités ou sites d'accueil plus sécurisés pour certains ou dans des familles d'accueil pour d'autres.

Selon la dernière situation faite par le CONASUR en date du 28 février 2023, le pays comptait environ 2 millions de personnes déplacées internes. Parmi ces populations, on compte 479 190 femmes et 227 452 enfants de moins de 5 ans représentant respectivement 24% et 11,4%.

Cinq régions sont particulièrement plus touchées par cette double crise sécuritaire et humanitaire et concentrent la majorité des PDIs à savoir : le Sahel (499 972), le Centre-Nord (488 840), le Nord (254 689), l'Est (214 889) et la Boucle du Mouhoun (118 486).

Dans ces régions à fort défi sécuritaire, des localités se distinguent par le nombre important de PDIs à savoir : Djibo (269 894), Ouahigouya (146 794), Fada N'Gourma (121 086), Kaya (119 086), Barsalogo (89 784), Dori (65 035), Dori (64542), Pissila (59 909), Titao (58 020), Gorom-Gorom (52 402).

En vue d'accueillir ces populations déplacées, le gouvernement a érigé des sites d'accueil et des zones d'accueil temporaires pour abriter les PDIs dans des situations d'urgence. Cette situation crée sans doute une pression énorme sur les ressources desdites localités avec des besoins croissants en termes de satisfaction des conditions minimales de survie. Les conséquences immédiates qui en résultent se posent en termes d'insécurité alimentaire, de malnutrition, et de santé et d'hygiène.

Face à cette situation, le Gouvernement du Burkina Faso, et ses partenaires ont mis en place des plans et programmes d'urgence pour venir en appui à ces personnes déplacées interne afin d'améliorer l'état sanitaire et nutritionnel de celles-ci.

Dans le contexte actuel marqué par les multiples interventions en faveur des PDIs, il convient de disposer d'un système de surveillance performant de la situation nutritionnelle, notamment celles des enfants et des femmes en âge de procréer. Ce mécanisme permettra, surtout de rendre disponibles des données fiables sur la situation nutritionnelle des PDI et offre une opportunité pour le Gouvernement, les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux de mesurer les efforts fournis sur le terrain au profit de ces populations.

C'est ainsi que, le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Nutrition (DN) avec l'appui de ses partenaires conduit régulièrement des enquêtes SMART rapides pour évaluer la situation nutritionnelle des PDIs (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes et/ou allaitantes). Les résultats de ces évaluations indiquent que la grande majorité des localités fortement touchées par l'insécurité présentent une situation précaire de malnutrition avec des prévalences de la malnutrition aigüe globale pouvant dépasser le seuil critique (15%).

Faisant suite à ce constat, des actions fortes de plaidoyer, de mobilisation des ressources, de prévention et de prise en charge de la malnutrition sont entreprises sur le terrain par le gouvernement et ses partenaires afin d'apporter une réponse diligente et adéquate au profit des PDIs.

Pour des besoins de suivi et d'évaluation de l'efficacité des interventions sur le terrain, le Ministère de la santé à travers la Direction de la nutrition avec l'appui de ses partenaires dont l'UNICEF, le PAM, la Croix-Rouge et IRC ont entrepris d'évaluer la situation nutritionnelle des couches vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes/ allaitantes) dans les

localités abritant le plus grand nombre de déplacés internes et présentant un risque élevé de vulnérabilité. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente enquête dont le partenaire d'exécution est Davycas international.

2. OBJECTIFS

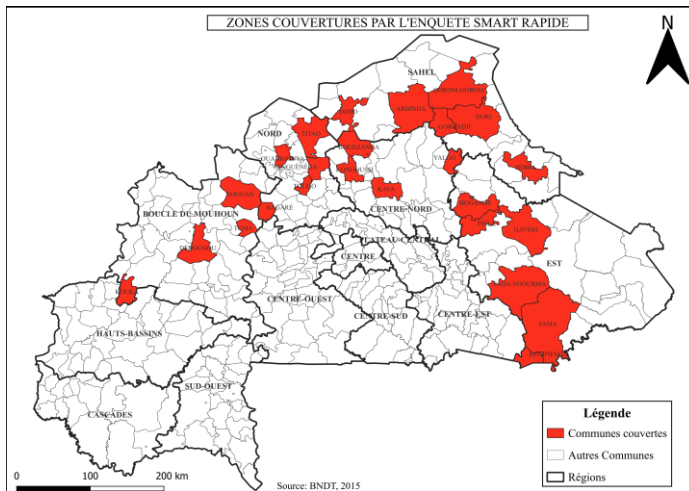
Evaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mois et des femmes enceintes/allaitantes ayant un enfant de moins de 2 ans afin d'orienter la stratégie de réponse de la nutrition en situation d'urgence dans les zones à défi sécuritaire.

Il s'agit spécifiquement de :

- déterminer la prévalence de la malnutrition aigüe globale et la malnutrition aigüe sévère selon l'indice poids-taille et/ou les œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6-59 mois par localité et par statut de résidence (hôte/PDI);
- déterminer la prévalence de la malnutrition aigüe globale et la malnutrition aigüe sévère selon le PB et/ou les œdèmes bilatéraux chez les enfants de 6-59 mois par localité et par statut de résidence (hôte/PDI);;
- déterminer la prévalence de la MAG et MAS combinées chez les enfants de 6-59 mois par localité et par statut de résidence (hôte/PDI); ;
- déterminer la prévalence de la malnutrition aigüe globale et la malnutrition aigüe sévère selon le PB chez les femmes enceintes/femmes allaitantes ayant un enfant de moins de 2 ans par localité et par statut de résidence (hôte/PDI);;
- déterminer le taux de mortalité rétrospective globale et celle des enfants de 6-59 mois ;
- formuler des recommandations pour améliorer la situation nutritionnelle des populations dans les localités et sites d'accueil des PDIs.

3. DEMARCHE METHOLOGIQUE

3.1. Zone d'étude



Au total, 25 localités communes et 2 sites d'accueil étaient concernés par la présente enquête nutritionnelle rapide dans les cinq régions fortement touchées par l'insécurité que sont : la Boucle du Mouhoun, le Centre-Nord, le Nord, le Sahel et l'Est. Parmi ces communes et sites d'accueil, Davycas en collaboration avec la DN a couvert 23 communes. Les deux (02) autres communes (*) ont été couvertes par ACF.

Carte : Communes couvertes par l'enquête

Tableau 1 : Les communes couvertes par l'enquête

REGION	COMMUNE
BOUCLE DU MOUHOUN	DEDOUGOU
	KOUKA
	TOMA
	TOUGAN
EST	BOGANDE
	FADA N'GOURMA*
	KOMPIENGA
	PAMA
	PIELA
	GAYERI
SAHEL	GOROM-GOROM
	DORI
	GORGADJI **
	ARBINDA **
	DJIBO
	SEBBA
CENTRE-NORD	BOURZANGA
	BOULSA*
	KAYA
	KONGOUSSI*
	YALGO
NORD	BAGARE
	TITAO
	TOUGO
	Ouahigouya
	SEGUENEGA

(*) Communes couvertes par ACF (**) Arbinda et Gorgadji ont été considérés comme des sites d'accueil car l'échantillon ne couvre pas toute la commune

3.2. Type d'étude

C'est une étude transversale de nature descriptive. La méthodologie utilisée a été une adaptation de la méthodologie des enquêtes « SMART rapides » recommandées pour les situations d'urgence.

3.3. Population cibles

Les cibles concernées par l'enquête sont :

- Les ménages PDI et hôtes ;
- Les enfants de 6 à 59 mois pour l'anthropométrie ;
- Les enfants de 0 à 59 mois pour la mortalité
- Les femmes enceintes et/ou les femmes allaitantes ayant au moins un enfant de moins de 2 ans.

3.4. Echantillonnage

3.4.1. Echantillonnage des communes

Pour le choix des communes à enquêter, deux techniques de sondage ont été appliquées. On distingue les communes à choix aléatoire et les communes à choix raisonné.

L'objectif visé à travers le choix aléatoire est de pouvoir garantir une extrapolation des résultats à l'ensemble de la région d'appartenance de la commune tandis que les communes à choix raisonné sont des communes d'intérêt du Gouvernement et de ses partenaires et dont les données ne sont pas prises en compte dans le calcul des indicateurs à l'échelle régionale.

Dans les régions à défi sécuritaire, au total 5 communes par région ont été choisies suivant la technique de sondage proportionnelle à la taille en population dont une commune de réserve.

Tableau 2 : répartition des communes par région selon le mode de choix

REGIONS	Communes à choix aléatoire	Communes à choix raisonné
Boucle du Mouhoun	Dedougou, Kouka, Toma, Tougan, Djibasso	
Centre-Nord	Kaya, Kongoussi, Yalgo, Boulsa	Bourzanga
Est	Bogandé, Fada N'Gourma, Kompienga, Piela, Pama	Gayéri
Nord	Bagaré, Ouahigouya, Seguenega, Tougo, Bagré	Titao
Sahel	Djibo, Dori, Gorom-Gorom, Sebba, Mansila	Arbinda, Gorgadji

3.4.2. Echantillonnage dans les communes

La technique utilisée pour le choix des unités d'échantillonnage est un sondage aléatoire par grappe à 3 degrés. L'échantillon est stratifié par région, commune et statut de résidence (Hôte/PDI).

Choix des villages

La méthodologie SMART Rapide recommande de sélectionner au moins 25 villages par commune. Cependant, il existe de communes dont le nombre de villages n'atteint pas 25. Dès

lors, trois techniques de sélection aléatoire de l'échantillon ont été utilisées selon les situations suivantes :

❑ Cas 1 : Communes ayant plus de 25 villages accessibles

Dans ce cas, 25 villages avec 3 villages de réserve sont sélectionnés de manière aléatoire proportionnelle à la taille de la population

❑ Cas 2 : Communes ayant entre 2 et 25 villages accessibles :

Dans ce cas, tous les villages sont sélectionnés pour participer à l'enquête.

❑ Cas 3 : communes ayant un (01) seul village (site d'accueil)

Dans ce cas, le seul village est retenu pour participer à l'enquête.

Choix des ménages

Les ménages sont choisis de manière aléatoire simple en combinant la méthode Epi et la méthode des cadrans. Le tableau suivant donne le mode de sélection des ménages et la taille de l'échantillon en fonction du nombre de villages accessibles par commune.

Nombre de villages de la commune	Mode de sélection des ménages	Nombre de ménages à enquêter par village
Nombre supérieur à 25 villages	Aléatoire simple systématique	16
Nombre compris entre 21 et 25 villages	Aléatoire simple systématique	20
Nombre compris entre 16 et 20 villages	Aléatoire simple systématique	25 à 30
Nombre compris entre 10 et 15 villages	Aléatoire simple systématique	35 à 40
Nombre compris entre 5 et 9 villages	Aléatoire simple systématique	50 à 80
Nombre compris entre 2 et 4 villages	Aléatoire simple systématique	100 à 150
Commune avec 1 seul village	Aléatoire simple systématique	350 à 400

Base de sondage

Le fichier village du RGPH de 2019 a été utilisé comme base de sondage pour la sélection des villages à enquêter.

3.4.3 Echantillonnage dans les sites d'accueil temporaires

La sélection de l'échantillon a été faite à travers un sondage aléatoire simple systématique. Au total deux sites étaient concernés à savoir : Arbinda et Gorgadji.

La base de sondage utilisée provient de la liste des ménages fournis par le SP/CONASUR. Au total, 350 à 400 ménages étaient concernées par l'enquête.

3.4.3 Critères d'inclusion/non inclusion

Les cibles d'inclusion dans l'enquête sont :

- Etre un enfant âgé de 6 à 59 mois,
- Etre une femme allaitante ayant au moins un enfant de moins de 2 ans
- Etre une femme enceinte des ménages sélectionnés.

Etaient non incluses dans l'enquête, les cibles suivantes :

- Les enfants dont l'âge n'est pas compris entre 6 et 59 mois pour l'anthropométrie ;

- Les enfants de plus de 110 cm pour la taille lorsque l'âge n'est pas connu ;
- Enfant absent ou femme absente et remplissant les critères d'inclusion ;
- Ménage absent après 3 visites dans la journée.

3.5. Organisation pratique de l'enquête sur le terrain

3.5.1. Outils de collecte des données

Plusieurs outils ont été utilisés pour assurer la collecte des données sur le terrain.

- ✓ Un questionnaire anthropométrique pour enfant ;
- ✓ Un questionnaire anthropométrique pour femme enceinte et/ou allaitante ;
- ✓ Un questionnaire sur la mortalité chez les enfants ;
- ✓ Du matériel de mesures (balances pèse-personne, toises, Mètre ruban, poids de calibrage de balance).
- ✓ Des tablettes pour la collecte des données
- ✓ Un calendrier des événements pour déterminer l'âge des enfants en l'absence de documents de référence (carnet de santé, acte de naissance, ...) ;
- ✓ Ticket de référence ;
- ✓ Fiche de résumé du jour.

3.5.2 Recrutement des enquêteurs

Compte tenu de la situation sécuritaire, un recrutement local des enquêteurs a été effectué par les responsables des districts sanitaires concernés pour l'enquête selon les critères suivants :

- Avoir déjà une expérience dans la collecte des données des enquêtes SMART ;
- Parler une des langues des localités concernées par l'enquête ;
- Disposer d'un moyen de déplacement adéquat ;
- Être disponible pendant toute la période de l'enquête.

3.5.3. Formation des enquêteurs

La formation des enquêteurs s'est déroulée en 2 jours dont un (01) jour consacré à des rappels théoriques sur les mesures anthropométriques, le remplissage des supports de collecte, au paramétrage et à la prise en main de KoboCollect. Le deuxième jour était consacré à la pratique de la standardisation dans un centre de santé, à la saisie de données sur ENA et un débriefing à la fin de la standardisation.

Les formations se sont déroulées sur cinq sites selon le tableau ci-après :

Lieu de formation	Localités concernées	Dates de formation
Kaya	Kaya, Bourzanga, Yalgo	04 au 05 octobre 2024
Ouahigouya	Ouahigouya, Titao, Séguénéga, Bagaré	04 au 05 octobre 2024
Dédougou	Dédougou, Tougan, Toma, Kouka	04 au 05 octobre 2024
Fada N'Gourma	Kompienga, Pama, Bogandé, Gayéri, Piela	06 au 07 octobre 2024
Dori	Dori, Arbinda, Gorgadji, Gorom-Gorom, Djibo, Sebba	12 au 13 octobre 2024

Les modules de la formation comprenaient :

- L'introduction aux enquêtes de nutrition ;
- Les objectifs de la présente enquête ;
- La collecte des données sur l'âge ;
- La composition et le fonctionnement des équipes ;
- Les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe ;
- La méthodologie (l'échantillonnage, les techniques d'interviews et les questionnaires et fiches à remplir) ;
- Les techniques de mesures et la logistique ;
- La prise en main du formulaire de collecte sur la plateforme KoboCollect ;

A l'issue de la standardisation, un briefing a été organisé avec tous les enquêteurs autour de la qualité des données de l'exercice de standardisation.

3.5.4. Composition et déploiement des équipes sur le terrain

Les agents ont été répartis en raison de 3 agents par équipe à savoir : un chef d'équipe, un mesureur et aide mesureur. Le déploiement s'est fait en raison de 2 équipes par localité. Dans chaque localité, un superviseur veillait au bon déroulement de l'enquête sur le terrain et au contrôle qualité des données collectées.

3.5.5. Collecte des données sur le terrain et supervision

La collecte des données sur le terrain a consisté à l'administration du questionnaire et à la prise des mesures anthropométriques en utilisant les outils appropriés. Pendant la collecte, des rôles ont été attribués à chaque membre de l'équipe qui sont :

- le chef d'équipe avait pour tâche de contrôler les prises de mesures et d'administrer le questionnaire mortalité, d'enregistrer les données dans les tablettes, de saisir les données dans le logiciel ENA pour vérifier la qualité des données collectées, de faire la synchronisation au serveur pour l'envoi des données ;
- les deux mesureurs effectuaient les mesures anthropométriques (poids, taille, PB) et la détection des œdèmes bilatéraux.

La supervision a consisté à un encadrement continu de proximité des équipes sur le terrain. Les superviseurs avaient la responsabilité de :

- introduire les équipes auprès des autorités locales ;
- faire la répartition de l'échantillon à enquêter par équipe ;
- contrôler et valider les enregistrements dans les tablettes ;
- envoyer les données validées sur le serveur ;
- s'informer de la situation sécuritaire et de prendre des mesures adéquates pour protéger les équipes sur le terrain.

La collecte des données s'est déroulée du 07 au 31 octobre 2024 pour une durée contractuelle de 10 jours.

3.5.6. Coordination de l'enquête sur le terrain

La coordination de l'enquête a été assurée par la Direction de la nutrition et Davycas qui ont veillé pendant tout le processus à la bonne exécution de l'enquête avant, pendant et après le terrain. Davycas rendait compte régulièrement aux partenaires de l'enquête que sont l'UNICEF, le PAM, Croix-Rouge, IRC et la DN de l'évolution de la situation sécuritaire, du

niveau de couverture de l'enquête, de la qualité des données collectées et des difficultés rencontrées sur le terrain.

3.5.7. Considérations éthiques

Le consentement des parents a été requis avant toute inclusion dans l'enquête. L'information des parents et l'obtention de leur consentement ont été verbales. Tous les enfants détectés malnutris aigus sévères ou malnutris aigus modérés selon le périmètre brachial (avec $PB < 115$ mm) et/ou présentant des œdèmes nutritionnels bilatéraux ou selon les critères P/T ont été référés au centre de santé le plus proche pour une prise en charge, s'ils n'étaient pas déjà dans un programme de prise en charge.

Les femmes enceintes/femmes allaitantes présentant un $PB < 230$ mm, ont également été référées pour une prise en charge au centre de santé le plus proche.

3.6 Traitement et analyse des données

Les données collectées sur le terrain ont été envoyées sur un serveur dédié de la plateforme KoboCollect. Ces données ont été ensuite téléchargées du serveur vers le logiciel Excel pour constituer la base de données.

Cette base de données a été transférée par la suite dans le logiciel ENA for SMART version de janvier 2020 pour générer les z-scores de l'indice P/T. Les données avec les z-scores de l'indice P/T calculées ont été transférée dans le logiciel STATA 14 pour poursuivre les traitements. Ces traitements consistaient à :

- Vérifier la cohérence d'ensemble des données à travers des tris à plats ;
- Créer des variables d'intérêt ;
- Gérer les valeurs aberrantes ou flags ;
- Calcul des coefficients de pondération.

Calcul des indicateurs anthropométriques et de mortalité

Avant le calcul des indicateurs anthropométriques, les flags OMS et SMART ont été exclus des analyses. Il s'agit des flags OMS (EPI) selon les Z-scores de l'indice P/T non compris dans l'intervalle $[-5 ; +5]$.

Les indicateurs anthropométriques chez les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et/ou allaitantes ont été calculés conformément à la classification en Z-scores du poids/taille et du périmètre branchial selon le tableau ci-après.

Tableau 2 : Classification de la malnutrition aigüe selon l'indice Poids-Taille chez les enfants de moins de 5 ans

Classification de la malnutrition aigüe selon l'indice Poids-Taille chez les enfants de moins de 5 ans	
Etat nutritionnel	Valeurs
Global	PTZ <-2 z-scores ou œdèmes
Modéré	-3 < PTZ < -2 z-scores
Sévère	PTZ < -3 z-scores ou œdèmes
Classification de la malnutrition aigüe selon le PB chez les enfants de moins de 5 ans	
Etat nutritionnel	Valeurs
Normal	>=125 mm
Malnutrition aigüe modérée	>=115 mm et < 125 mm
Malnutrition aigüe sévère	< 115 mm
Classification de la dénutrition selon le PB chez les FEFA	
Etat nutritionnel	Valeurs
Normal	>=230 mm
Dénutrition modérée	>=180 mm et < 230 mm
Dénutrition sévère	< 180 mm

Pour le calcul du taux brut de mortalité (TBM) chez les enfants de moins de 5 ans, la formule suivante a été utilisée pour une période de rappel de 90 jours.

$$\text{TBM (Enfants 0-59 mois)} = \frac{\text{Nombre total des décès chez les enfants de 0-59 mois}}{(\text{Population des enfants 0-59 mois}/10\ 000) \times \text{période rappel}}$$

Tabulation des données

Pour procéder à la tabulation des indicateurs, le module « Survey » du logiciel STATA a été utilisé pour créer le design des tableaux. La tabulation des indicateurs de prévalence s'accompagne d'un intervalle de confiance au seuil de 95%. Des tests statistiques de différence de proportions ont été aussi effectués pour les besoins de comparaison entre statut de résidence et par tranches d'âge.

3.7 Couverture de l'échantillon et Evaluation de la qualité des données

De manière globale, on note une bonne couverture de l'échantillon.

Selon les critères de qualité édictés par la méthodologie des Enquêtes SMART, la plupart des localités visitées présentent un score global de qualité allant de « acceptable » à « excellent » en passant par « bon ». Seulement deux localités présentent des scores de qualité de données jugés « problématique ». Il s'agit de Gayéri avec un score de 53%, de Gorgadji avec un score de 51% et de Arbinda (26%) (cf. Tableau 3).

En rappel, les données sont jugées de qualité « problématique » lorsque le score est supérieur à 25%. En conséquence, la validité des données anthropométriques des communes de Gayéri et de Gorgadji est remise en cause et donc les prévalences nutritionnelles dans ces localités ont été invalidées par le comité technique de l'enquête. Les indicateurs nutritionnels calculés sont seulement disponibles pour les 22 autres communes.

Tableau 3 : Taux de couverture de l'échantillon et qualité des données

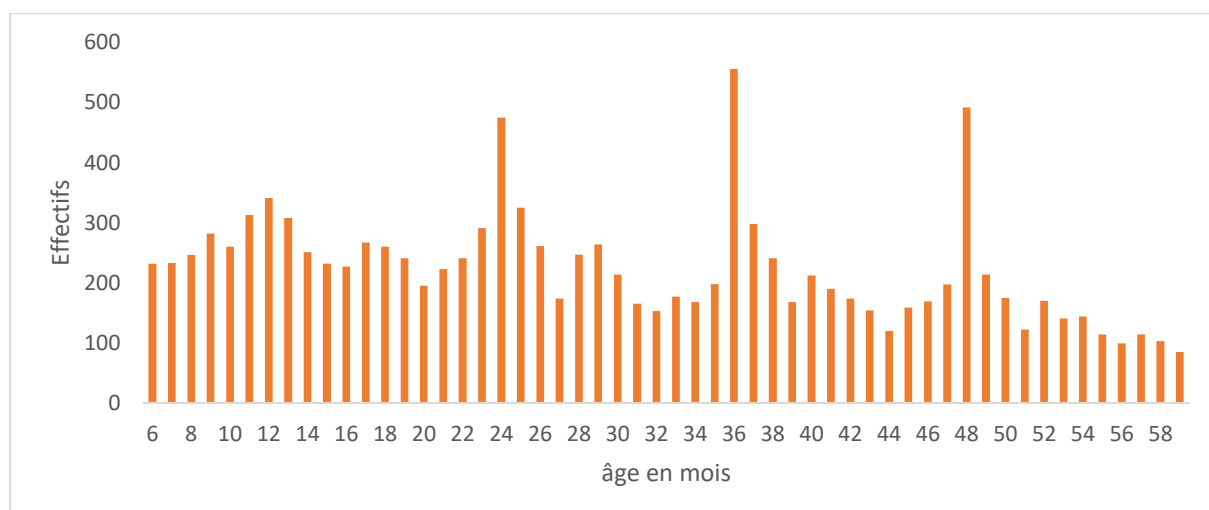
COMMUNE/SITE	Village/secteur (%)	Ménage (%)	Enfants de 6-59 mois (%)			Qualité des données anthropométriques (*)	
			Total (%)	Hôte (%)	PDI (%)	Score de qualité	Appréciation
SITE							
ARBINDA*	100,0%	100,0%	123,1%	41,5%	176,5%	26%	Problématique
GORGADJI*	100,0%	100,0%	87,8%	137,0%	41,0%	51%	Problématique
COMMUNE							
DEDOUGOU	100,0%	100,0%	125,3%	245,5%	9,0%	12%	Bon
KOUKA	81,8%	112,5%	130,8%	257,5%	8,0%	13%	Bon
TOMA	90,0%	99,0%	126,8%	199,0%	57,5%	0%	Excellent
TOUGAN	87,5%	105,0%	110,3%	136,0%	88,0%	9%	Excellent
BOURZANGA	100,0%	100,0%	144,9%	130,5%	124,0%	0%	Excellent
KAYA	85,0%	93,5%	116,3%	130,0%	105,0%	20%	Acceptable
KONGOUSSI	100,0%	100,0%	131,0%	119,0%	146,5%	7%	Excellent
YALGO	66,7%	80,0%	105,0%	114,5%	99,0%	25%	Acceptable
BOGANDE	85,7%	120,0%	114,3%	106,5%	127,0%	13%	Acceptable
FADA	100,0%	100,0%	117,5%	117,0%	120,0%	9%	Excellent
GAYERI*	71,4%	100,0%	107,8%	75,0%	152,0%	53%	Problématique
KOMPIENGA	100,0%	100,0%	82,5%	90,5%	76,0%	20%	Acceptable
PAMA	80,0%	80,0%	113,0%	155,5%	70,5%	12%	Bon
PIELA	75,0%	90,0%	116,8%	66,0%	172,5%	19%	Bon
BAGARE	94,4%	102,0%	152,8%	294,5%	15,0%	9%	Excellent
OUAHIGOUYA	100,0%	100,0%	153,0%	285,5%	23,0%	13%	Bon
SEGUENEGA	85,7%	90,0%	164,0%	282,5%	48,0%	6%	Excellent
TITAO	100,0%	105,0%	120,3%	194,0%	49,0%	0%	Excellent
TOUGO	100,0%	100,0%	129,0%	253,5%	6,5%	14%	Bon
DJIBO	66,7%	80,0%	153,8%	66,0%	249,5%	11%	Bon
DORI	87,5%	105,0%	107,0%	110,5%	105,0%	12%	Bon
GOROM-GOROM	100,0%	100,0%	86,5%	89,0%	85,0%	20%	Acceptable
SEBBA	75,0%	90,0%	93,3%	132,0%	55,5%	4%	Excellent

(*) score de qualité: (score=0-9: Excellent; score=10-14:Bon; score=15-25:Acceptable; score>25:Pproblématique)

3.7.1. Evaluation des données sur l'âge

Le graphique 1 indique une distribution globale acceptable des données sur l'âge même si on constate une légère attraction vers les âges ronds (24 mois, 36 mois, et 48 mois). En effet, dans la plupart des localités touchées par l'insécurité, beaucoup d'enfants n'ont pas de documents qui attestent leur âge. Dans une telle situation, les enquêteurs procèdent à l'estimation de l'âge en utilisant le calendrier des événements. Cet exercice est souvent difficile si les parents de l'enfant ne se souviennent plus des circonstances et des moments qui entourent la naissance de l'enfant.

Graphique 1 : Distribution de l'âge en mois des enfants enquêtés



3.7.2. Evaluation des données sur les mesures de poids

Le score de préférence numérique des mesures de poids est de 1. Cette performance est synonyme d'une excellente qualité de données des mesures de poids. On ne constate pas une préférence numérique pour un chiffre donné (cf annexe 7.3). Cette bonne performance est aussi due à la qualité des balances utilisées sur le terrain.

3.7.3. Evaluation des données sur les mesures de tailles

Contrairement à la très bonne qualité des données sur la mesure du poids, le score de qualité des données de la mesure de la taille est de 6, synonyme de données de qualité « Excellente » (cf annexe 7.3). Il n'y a pas eu de préférence numérique pour un chiffre quelconque de la part des mesureurs.

3.7.4. Evaluation de l'écart-type, l'asymétrie, l'aplatissement et la normalité de la distribution de l'indice P/T

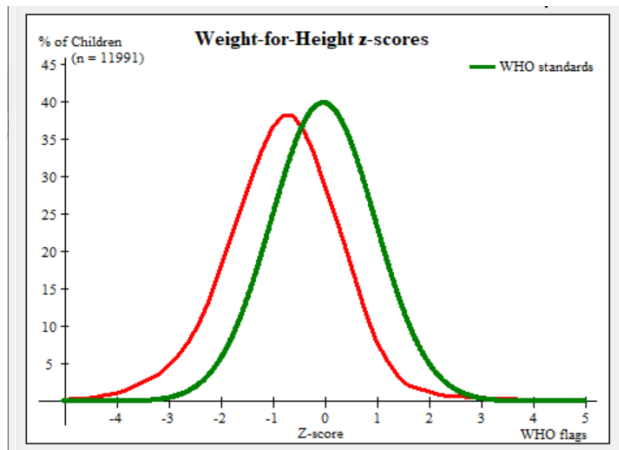
Au regard des valeurs des paramètres ci-dessous, on note les observations suivantes :

- Déviation de la distribution de l'indice P/T est jugée acceptable par rapport à la courbe normale de Gauss car l'écart-type (SD=1,16) est compris dans la plage requise [0,8 ; 1,2].
- Distribution non normale avec un p-value (p=0,0) donné par le test statistique de normalité de Shapiro-Wilk qui est inférieur à 5%
- Le score d'asymétrie de la distribution donnée par la courbe de Gauss est de 0,17. Ceci indique une distribution symétrique jugée acceptable dans l'ensemble.
- Le score d'aplatissement de la distribution donné par la courbe de Gauss est de 1,38 et supérieur 0,2. Ceci synonyme de l'existence d'un problème de malnutrition avec des enfants maigres chétifs.

Paramètres	Valeur (avec exclusion des flags OMS)	Plages/valeurs acceptables
Ecart-type	1,16	[0,8 – 1,2]
Normalité (p-value)	P=0,0	p > 0,05
Asymétrie	0,17	[-0,2 ; +0,2]
Aplatissement	1,61	<0,2

La courbe de la distribution de l'indice poids-taille en z-scores issue de la collecte de l'enquête (rouge) est décalée vers la gauche par rapport à la courbe normale (vert). Ceci indique une situation de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

Graphique 2 : Distribution de l'indice poids-taille en z-scores par rapport à la courbe de Gauss



3.8 Difficultés rencontrées/solutions apportées et leçons apprises

3.8.1 Difficultés rencontrées et solutions apportées

La réalisation de la présente enquête n'a pas été sans difficultés vu le contexte sécuritaire difficile qui prévalait dans les localités couvertes par l'enquête. Face à certaines difficultés, la coordination a proposé quelques solutions en privilégiant le fait que les enquêteurs ne prennent pas de risque pour leur vie.

Difficultés rencontrées	Solutions proposées
Trois communes à savoir Djibasso, Pensa et Barsalogho initialement prévues pour être enquêtées n'ont finalement pas été couvertes pour raison d'insécurité	Ces trois communes ont été abandonnées.
Communes et villages inaccessibles pour cause d'insécurité	Les communes de Djibasso, de Bagré et de Mansila n'ont pas pu être enquêtées pour des raisons sécuritaires. Certains villages inaccessibles ont été remplacés au cas où le remplacement était possible. C'était le cas à Kaya, Kouka, Dédougou, Piela et Bogandé
Attaques terroristes pendant la collecte. Les équipes de Gorgadji et de Sebba ont été victimes d'attaques terroristes pendant la collecte des données sur le terrain. Fort heureusement, tous les enquêteurs sont en sortis indemnes.	La collecte des données a été suspendue dans ces localités pendant un moment et attendre que la sérénité revienne au sein de la population avant de reprendre l'enquête. Cette suspension a malheureusement prolongé la durée de l'enquête et les mesures de compensation n'ont pas été prévues.
Perturbations des vols ayant bouleversé le planning initial et ayant entraîné des frais supplémentaires sur la prise en charge de l'hébergement des enquêteurs déplacés	Les formations ont été reprogrammées pour certaines localités. Malheureusement, aucune mesure corrective n'a été apportée sur le budget initial pour permettre la prise en charge des imprévus.
Tailles d'échantillon n'atteignant pas 150 enfants pour les localités abritant les sites d'accueil (Arbinda, Gorgadji) et 200 dans les localités à représentativité communale par statut de résidence (Hôte ou déplacé)	Les prévalences nutritionnelles pour ces strates ne sont pas calculées conformément aux directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapides pour raison d'effectifs bas

3.8.2 Leçons apprises

Cette enquête a été possible dans certaines localités qui restent inaccessibles par voie terrestre. L'utilisation des vols UNHAS a permis de contourner cette difficulté pour rendre effective l'enquête dans ces localités. Depuis le début des enquêtes SMART rapides en 2019 au Burkina Faso, les vols UNHAS ont été utilisés lors des deux dernières éditions de 2023 et 2024. Cette expérience a été très instructive pour l'équipe de coordination de l'enquête notamment la préparation des documents de voyage et les procédures d'enregistrement des vols.

3.9. Appréciation du niveau de sévérité de l'état nutritionnel et de mortalité

Les tableaux ci-dessous donnent la classification internationale des prévalences de la malnutrition aigüe et des taux de mortalité d'une population donnée et les différentes appréciations qui en découlent. Les commentaires et appréciations qui sont faits du niveau de précarité de l'état nutritionnel et de mortalité dans le présent rapport tiennent compte de ces indications.

Tableau 4 : Classification de l'état nutritionnel d'une population selon la prévalence de la malnutrition aigüe globale (% d'enfants avec P/T<-2z-score et/ou œdèmes), OMS 2018)¹

Niveaux de prévalence	Malnutrition aigüe Globale (MAG)
Très faible	<2,5%
Faible	2,5 à 4%
Modéré	5 à 9 %
Elevé	10 à 14%
Très élevé	15% ou +

Tableau 5 : Critères d'appréciation des taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (SPHERE 2011)²

Méthode	Seuils de référence présumé	Seuils d'urgence	Niveaux de sévérité
Seuils-limites standards	1 décès/10 000/jour	>=2 décès/10000/jour	Urgence sanitaire
Seuils-limites standards (avec niveaux de sévérité)	1 décès /10 000/jour	>2 décès/10000/jour	Très sérieuse
	1 décès/10 000/jour	>4 décès/10000/jour	Hors de contrôle
	1 décès/10 000/jour	>10 décès/10000/jour	Catastrophe majeure

¹ De Onis, Mercedes, et al. "Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years." *Public health nutrition* 22.1 (2019) : 175-179.

² Tableau adapté de Checchi & Roberts, 2005. Context Specific Thresholds, SPHERE 2011.

4- RESULTATS DE L'ENQUETE

4.1 Caractéristiques individuelles des enquêtés

4.1.1 Répartition des enfants enquêtés par âge et par sexe

Il ressort des résultats du tableau ci-dessous que le sex-ratio est de 1. Ce qui indique que de manière globale, les filles et les garçons sont représentés de manière équitable dans l'échantillon sauf au niveau de la tranche 6-11 mois où l'on constate une légère sur-représentativité des garçons (52%) par rapport aux filles (48%). L'âge-ratio est de 1 alors que la valeur attendue est 0,85. Ceci indique une représentativité équitable du groupe d'âge 6-29 mois et celui de 30-59 mois alors que le groupe d'âge 30-59 devrait être légèrement supérieur.

Tableau 6: Répartition des enfants de 6-59 mois par sexe selon l'âge

Tranches d'âges	Filles		Garçons		Total		Sex-ratio
	n	%	n	%	n	%	G/F
6-11	758	48,4	808	51,6	1566	100	1,1
12-23	1501	48,8	1576	51,2	3077	100	1,0
24-35	1418	50,3	1403	49,7	2821	100	1,0
36-47	1322	50,1	1316	49,9	2638	100	1,0
48-59	974	49,4	999	50,6	1973	100	1,0
Total	5973	49,5	6102	50,5	12075	100	1,0
Age-ratio (6-29/30-59)	1,0						

4.1.2 Répartition des femmes selon le statut Enceinte et/ou Allaitante

La majorité des femmes enquêtées étaient des femmes allaitantes avec un enfant de moins de 2. Environ 8 femmes sur 10 ans (81%) étaient des femmes allaitantes. Les femmes enceintes représentent 19%. Cette répartition est quasiment similaire dans toutes les communes enquêtées.

Tableau 7 : Répartition des femmes selon le statut FEFA et par commune

COMMUNE	Statut des femmes enquêtées							
	Enceinte		Allaitante		Enceinte et allaitante		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DEDOUGOU	41	12,7	282	87,0	1	0,0	324	100,0
KOUKA	69	21,4	251	78,0	2	1,0	322	100,0
TOMA	78	26,9	210	72,4	2	1,0	290	100,0
TOUGAN	24	10,3	208	89,3	1	0,0	233	100,0
BOURZANGA	50	16,7	249	83,0	1	0,0	300	100,0
KAYA	42	15,3	233	84,7	0	0,0	275	100,0
YALGO	70	23,2	232	76,8	0	0,0	302	100,0
BOGANDE	68	22,7	231	77,3	0	0,0	299	100,0
GAYERI	52	17,4	247	82,6	0	0,0	299	100,0
KOMPIENGA	14	7,8	166	92,2	0	0,0	180	100,0
PAMA	33	16,3	166	82,2	3	1,0	202	100,0
PIELA	50	16,8	248	83,2	0	0,0	298	100,0
BAGARE	27	11,1	216	88,5	1	0,0	244	100,0
OUAHIGOUYA	84	24,5	258	75,2	1	0,0	343	100,0
SEGUENEGA	38	13,0	255	87,0	0	0,0	293	100,0
TITAO	61	24,0	193	76,0	0	0,0	254	100,0
TOUGO	44	14,5	259	85,5	0	0,0	303	100,0
DJIBO	68	25,4	200	74,6	0	0,0	268	100,0
DORI	82	28,1	210	71,9	0	0,0	292	100,0
GOROM-GOROM	45	21,3	165	78,2	1	0,0	211	100,0
SEBBA	42	21,6	148	76,3	4	2,0	194	100,0
Total	1196	19,1	5042	80,6	17	0,3	6255	100,0

4.1.3. Statut de résidence des femmes enquêtées

Dans la plupart des zones couvertes par l'enquête, on dénombre plus de femmes enquêtées dans la population hôte que dans la population déplacée. Dans l'ensemble, environ 32% des FEFA enquêtées étaient des PDI contre 62% d'hôtes. De manière spécifique, les femmes PDI sont plus représentées à Djibo (78%), à Piela (75%), à Bogandé (55%) et à Dori (55%).

Tableau 8 : Répartition des FEFA selon le statut de résidence et par commune

COMMUNE	Statut de résidence des FEFA					
	Hôte		PDI		Total	
	n	%	n	%	n	%
DEDOUGOU	309	95,4	15	4,6	324	100
KOUKA	307	95,3	15	4,7	322	100
TOMA	235	81	55	19	290	100
TOUGAN	152	65,2	81	34,8	233	100
TOMA	235	81	55	19	290	100
BOURZANGA	152	50,7	148	49,3	300	100
KAYA	145	52,7	130	47,3	275	100
YALGO	158	52,3	144	47,7	302	100
BOGANDE	133	44,5	166	55,5	299	100
KOMPIENGA	97	53,9	83	46,1	180	100
PAMA	138	68,3	64	31,7	202	100
PIELA	74	24,8	224	75,2	298	100
BAGARE	234	95,9	10	4,1	244	100
OUAHIGOUYA	285	83,1	58	16,9	343	100
SEGUENEGA	255	87	38	13	293	100
TITAO	159	62,6	95	37,4	254	100
TOUGO	296	97,7	7	2,3	303	100
DJIBO	59	22	209	78	268	100
DORI	135	46,2	157	53,8	292	100
GOROM-GOROM	107	50,7	104	49,3	211	100
SEBBA	130	67	64	33	194	100
Total	3853	61,6	2402	38,4	6255	100

4.1.4. Durée moyenne de résidence pour les déplacés

Parmi les populations enquêtées ayant le statut de déplacé, celles qui résidaient à Bourzanga (59 mois) et à Djibo (48 mois) ont les plus longues durées de résidence, avec au moins 4 ans de résidence hors de leur localité d'origine. La seule commune dans laquelle les femmes PDI ont moins d'une année de résidence hors de leur localité d'origine est Kouka (6 mois).

Tableau 9: Répartition des déplacés selon la durée moyenne de séjour

COMMUNE/SITE	Durée moyenne de résidence des PDI (en mois)
DEDOUGOU	16,5
KOUKA	6,4
TOMA	13,4
TOUGAN	24,3
BOURZANGA	59,1
KAYA	33
KONGOUSI*	NC
YALGO	24,2
BOGANDE	12
FADA*	NC
KOMPIENGA	30,5
PAMA	19,1
PIELA	10,4
BAGARE	19,7
Ouahigouya	22,6
SEGUENEGA	34
TITAO	47,6
TOUGO	28,4
DJIBO	48
DORI	22,4
GOROM-GOROM	37,8
SEBBA	33,2

(*) La durée de résidence des PDI n'a pas été collectée dans l'enquête avec ACF dans les communes de Kongoussi et de Fada N'Gourma
 NC=Non Collectée

4.2. Résultats anthropométriques chez les enquêtés

4.2.1. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon l'indice poids-taille

De façon globale, les prévalences obtenues renseignent de l'existence d'une situation nutritionnelle précaire dans la plupart des localités concernées par l'enquête.

En effet, 15 communes sur 22 enquêtées présentent des prévalences de la malnutrition aigüe au-delà de 10% (seuil d'alerte de l'OMS).

L'extrême précarité de la situation nutritionnelle avec une prévalence MAG où le seuil de 15% a été franchi est observée dans trois communes à savoir : Dori (20,6%), Yalgo (20,0%), Gorom-Gorom (19,4%). Cette situation d'urgence recommande des interventions rapides.

Dans 12 communes, on note une situation précaire de malnutrition avec une prévalence MAG comprise entre 10 et 15%. Ces communes sont : Djibo (13,8%), Tougan (13,8%), Kongoussi (13,7%) ; Bourzanga (13,6%), Kompienga (13%), Séguénéga (11,9%), Tougo (11,4%), Fada N'Gourma (11,1%), Kaya (10,8%), Piela (10,1%), Bagaré (10%) et Dédougou (10%). Ces communes présentent aussi une situation sérieuse et mérite tout également une attention particulière.

Dans 7 communes, on a observé une situation nutritionnelle jugée moins grave avec des prévalences MAG au-dessous du seuil d'urgence de 10% mais certaines d'entre-elles présentent des prévalences MAG très proches de 10% et donc méritent tout aussi une attention soutenue : c'est le cas de Bogandé (9,8%), Sebba (9,7%), Ouahigouya (9,6%), Toma (9,1%), Kouka (8,8%), Titao (7,7%) et Pama (5,1%).

La forme sévère de la malnutrition aigüe est beaucoup plus présente dans les communes de Gorom-Gorom (6,9%), Yalgo (6,4%), Dori (5,4%) où la prévalence de la MAS est au-delà 4%, synonyme d'une situation assez critique. La situation est tout aussi préoccupante dans les communes où la prévalence de la MAS est comprise entre 2 et 4%. Les communes concernées sont : Kompienga (3,9%), Kongoussi (3,1%), Djibo (3,3%) ; Bourzanga (2,6%), Tougan (2,5%), Bogandé (2,2%) et Piela, Bagaré, Ouahigouya, Séguénéga avec 2,1% de MAS.

Tableau 10 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par commune

COMMUNE	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)		Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI	%	95% CI
DEDOUGOU	501	10,0	[7,3-13,4]	1,6	[0,9-2,8]
KOUKA	523	8,8	[7,1-10,8]	1,3	[0,7-2,4]
TOMA	507	9,1	[7,0-11,7]	1,2	[0,5-2,7]
TOUGAN	441	13,8	[10,5-18,0]	2,5	[1,5-4,2]
BOURZANGA	507	13,6	[13,6-13,6]	2,6	[2,6-2,6]
KAYA	465	10,8	[7,9-14,4]	1,9	[0,9-4,2]
KONGOUSSI	524	13,7	[10,4-17,9]	3,1	[2,0-4,7]
YALGO	420	20,0	[15,1-25,9]	6,4	[4,4-9,4]
BOGANDE	457	9,8	[6,8-14,1]	2,2	[1,2-3,8]
FADA	470	11,1	[8,3-14,6]	1,7	[0,9-3,4]
KOMPIENGA	330	13,0	[8,3-20,0]	3,9	[2,8-5,4]
PAMA	452	5,1	[2,3-10,8]	1,5	[0,7-3,5]
PIELA	467	10,1	[8,0-12,5]	2,1	[1,2-3,9]
BAGARE	611	10,0	[7,6-13,0]	2,1	[1,4-3,3]
OUAHIGOUYA	612	9,6	[7,2-12,7]	2,1	[1,2-3,8]
SEGUENEGA	656	11,9	[9,1-15,4]	2,1	[1,1-4,1]
TITAO	481	7,7	[5,4-10,9]	1,2	[0,5-3,3]
TOUGO	516	11,4	[8,5-15,2]	1,7	[0,9-3,3]
DJIBO	615	13,8	[11,6-16,4]	3,3	[2,3-4,6]
DORI	428	20,6	[14,8-27,8]	5,4	[3,4-8,3]
GOROM-GOROM	346	19,4	[13,2-27,5]	6,9	[4,1-11,5]
SEBBA	373	9,7	[5,5-16,4]	1,1	[0,4-2,9]

Il ressort de l'enquête que toutes les régions à fort défi sécuritaire présentent une situation nutritionnelle précaire. Les prévalences de la MAG dans ces régions sont au-delà du seuil de 10%. Cette situation est particulièrement plus préoccupante dans la région du Sahel où la prévalence de la MAG franchi le seuil critique de 15%. La région du Centre-Nord se situe en deuxième position du niveau d'urgence de la malnutrition avec 12,8%. Les autres régions suivent une situation d'urgence mais moins critique. Il s'agit de la région de l'Est (10,6%), du Nord (10,4%), et de la Boucle du Mouhoun (10,3%) de prévalence MAG.

La forme sévère de la malnutrition aigüe est bien présente dans les régions particulièrement touchées par l'insécurité avec des prévalences MAS au-delà de 2%, synonyme d'une situation nutritionnelle grave.

Tableau 11 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par région

REGION	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)		Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI	%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1972	10,3	[9,1-11,7]	1,7	[1,2-2,2]
CENTRE-NORD	1409	12,8	[10,3-15,8]	2,9	[2,0-4,2]
EST	1724	10,6	[8,7-12,9]	2,5	[1,8-3,5]
NORD	2395	10,4	[8,8-12,3]	2,1	[1,5-3,0]
SAHEL	1762	15,2	[12,9-17,9]	3,8	[2,8-5,0]

La répartition par groupe d'âges des prévalences indique que la situation nutritionnelle est très précaire chez les plus jeunes c'est-à-dire chez les moins de 2 ans comparativement à celle des enfants plus âgés. En effet, la malnutrition aigüe globale touche 17,1% d'enfants de 6-23 mois contre 9,1% chez les 24-59 mois et cette différence est statistiquement significative (p-value=0,0), (cf Annexe 7.5). Parmi les enfants malnutris, la forme sévère touche environ 4,6% d'enfants de 6-23 mois, soit 2 fois de plus que chez les 24-59 mois avec une prévalence de MAS estimée à 1,9%.

Par ailleurs une analyse approfondie de la situation de nutritionnelle selon l'âge révèle que la prévalence de la malnutrition décroît avec l'augmentation de l'âge où l'on passe de 17,2% chez les 6-11 mois à 7,4% chez les 48-59 mois.

Tableau 12 : Répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par tranche d'âges

Tranches âges	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)		Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI	%	95% CI
6-11	1484	17,2	[14,6-20,2]	4,9	[3,6-6,7]
12-23	2936	17,0	[14,8-19,4]	4,4	[3,5-5,6]
24-35	2715	12,2	[10,1-14,6]	2,4	[1,5-3,8]
36-34	2525	7,0	[5,8-8,4]	2,2	[1,6-3,0]
48-59	1904	7,4	[6,2-9,0]	0,8	[0,4-1,6]
6-23	4420	17,1	[15,3-19,0]	4,6	[3,7-5,7]
24-59	7144	9,1	[8,0-10,3]	1,9	[1,4-2,5]

4.2.2. Malnutrition aigüe et statut de résidence chez les enfants de 6-59 mois selon l'indice poids-taille

Selon le statut de résidence, on note que la malnutrition touche plus les PDIs comparée à la population hôte. En effet les prévalences de la MAG semblent plus élevées chez les PDIs dans les communes de Kongoussi (15% vs 12,2%), Yalgo (22,2% vs 18,1%), Fada N'Gourma (14,2% vs 7,8%), Dori (25,4% vs 16%) et Gorom-Gorom (21,8% vs 17%). A contrario, les prévalences de la MAG sont plus élevées dans la population hôte dans les communes de Tougan (14,1% vs 13,4%), Bourzanga (17% vs 10,1), Kaya (10,9% vs 10,6%), Bogandé (10% vs 9,7%), Kompienga (14,5% vs 11,3%). Cependant, les tests statistiques révèlent que les différences de prévalence de la MAG entre PDI et Hôte dans ces localités sont restées non significatives (P-value>5%) (cf Annexe 7.4).

Tableau 13 : répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par statut de résidence et par commune

COMMUNE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)		n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	483	9,9	[7,4-13,3]	18	-	-
KOUKA	507	9,1	[7,3-11,2]	16	-	-
TOMA	393	7,9	[5,7-10,9]	114	-	-
TOUGAN	269	14,1	[10,0-19,5]	172	13,4	[10,0-17,6]
BOURZANGA	259	17,0	[17,0-17,0]	248	10,1	[10,1-10,1]
KAYA	258	10,9	[7,5-15,5]	207	10,6	[6,4-17,1]
KONGOUSSI	237	12,2	[8,2-17,8]	287	15,0	[10,8-20,4]
YALGO	226	18,1	[13,5-24,0]	194	22,2	[16,9-28,5]
BOGANDE	209	10,0	[6,3-15,6]	248	9,7	[6,5-14,2]
FADA	230	7,8	[5,2-11,6]	240	14,2	[9,4-20,8]
KOMPIENGA	179	14,5	[8,8-23,0]	151	11,3	[5,1-23,0]
PAMA	311	6,1	[3,0-12,1]	141	-	-
PIELA	129	-	-	338	9,8	[7,9-12,1]
BAGARE	582	10,0	[7,6-13,0]	29	-	-
OUAHIGOUYA	566	9,9	[7,4-13,1]	46	-	-
SEGUENEGA	560	11,4	[8,5-15,2]	96	-	-
TITAO	383	8,9	[5,7-13,6]	98	-	-
TOUGO	503	10,9	[8,1-14,6]	13	-	-
DJIBO	126	-	-	489	12,9	[11,4-14,5]
DORI	219	16,0	[8,9-26,9]	209	25,4	[17,2-35,7]
GOROM-GOROM	176	17,0	[11,4-24,6]	170	21,8	[12,3-35,5]
SEBBA	262	9,5	[4,7-18,5]	111	-	-

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale de 150 enfants par strate

Au niveau régional, la prévalence de la MAG est plus élevée chez les PDI comparée à la population hôte dans les régions de la Boucle du Mouhoun (12,2% vs 10,1%), Centre-Nord (13,4% vs 12,3%) et Nord (10,9% vs 10,4%). A l'inverse, les prévalences MAG sont plus élevées dans la population hôte comparativement au PDI dans les régions du Sahel (15,9% vs 14,9%) et de l'Ets (11,1% vs 10,3%).

Tableau 14 : répartition de la malnutrition aigüe selon l'indice P/T par statut de résidence et par Région

REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)		n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1652	10,1	[8,7-11,7]	320	12,2	[9,2-15,9]
CENTRE-NORD	721	12,3	[9,1-16,4]	688	13,4	[10,4-17,1]
EST	747	11,1	[7,8-15,6]	977	10,3	[9,0-11,7]
NORD	2211	10,4	[8,8-12,3]	184	10,9	[6,9-16,9]
SAHEL	783	15,9	[12,5-20,1]	979	14,9	[12,4-17,7]

En ce qui concerne la forme sévère de la malnutrition, on observe des prévalences élevées chez les PDIs (>2%) que dans la population hôte dans la plupart des localités où des prévalences ont pu être calculées à l'exception de la commune de Kompienga où la prévalence de la MAS (4,5%) dans la population hôte contre 3,3% chez les PDIs. Mais la situation de la malnutrition semble particulièrement inquiétante avec des prévalences MAS très élevées chez les PDIs à Gorom-Gorom (10%), Yalgo (8,2%), Dori (7,2%).

Tableau 15 : Répartition de la malnutrition aigüe sévère selon l'indice P/T par commune et statut de résidence

COMMUNE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)		n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	483	1,7	[0,9-2,9]	18	-	-
KOUKA	507	1,4	[0,8-2,5]	16	-	-
TOMA	393	1,0	[0,3-3,0]	114	-	-
TOUGAN	269	2,2	[1,1-4,7]	172	2,9	[1,7-5,0]
BOURZANGA	259	3,5	[3,5-3,5]	248	1,6	[1,6-1,6]
KAYA	258	1,9	[0,8-4,9]	207	1,9	[0,5-7,8]
KONGOUSSI	237	2,5	[1,3-5,0]	287	3,5	[1,9-6,3]
YALGO	226	4,9	[3,9-6,0]	194	8,2	[4,5-14,7]
BOGANDE	209	1,4	[0,4-5,2]	248	2,8	[1,8-4,5]
FADA	230	0,4	[0,1-3,1]	240	2,9	[1,4-6,1]
KOMPIENGA	179	4,5	[2,5-7,7]	151	3,3	[2,2-4,9]
PAMA	311	1,9	[0,9-4,2]	141	-	-
PIELA	129	-	-	338	1,8	[1,5-2,1]
BAGARE	582	2,2	[1,4-3,4]	29	-	-
OUAHIGOUYA	566	2,1	[1,2-3,7]	46	-	-
SEGUENEGA	560	2,3	[1,1-4,8]	96	-	-
TITAO	383	1,6	[0,6-4,1]	98	-	-
TOUGO	503	1,8	[0,9-3,5]	13	-	-
DJIBO	126	-	-	489	2,9	[2,0-4,1]
DORI	219	3,7	[1,3-9,7]	209	7,2	[4,0-12,6]
GOROM-GOROM	176	4,0	[2,0-7,7]	170	10,0	[6,1-16,0]
SEBBA	262	1,1	[0,3-4,1]	111	-	-

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale de 150 enfants par strate

Dans les régions à fort défi sécuritaire, autant chez les PDIs que dans la population hôte, la forme sévère de la malnutrition aigüe reste présente avec des prévalences supérieures à 2% sauf dans la population hôte de la Boucle du Mouhoun (1,6%) et chez les PDIs dans la région du Nord (1,5%).

Tableau 15 : Répartition de la malnutrition aigüe sévère selon l'indice P/T par région et statut de résidence

REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)		n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou œdèmes)	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1652	1,6	[1,1-2,3]	320	2,1	[1,2-3,5]
CENTRE-NORD	721	2,5	[1,5-4,3]	688	3,3	[1,8-5,9]
EST	747	2,3	[1,1-5,0]	977	2,6	[2,2-3,1]
NORD	2211	2,2	[1,5-3,1]	184	1,5	[0,3-6,4]
SAHEL	783	3,9	[3,2-4,7]	979	3,7	[2,5-5,4]

4.2.3. Malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB

Les prévalences de la MAG selon le PB chez les enfants de 6-59 mois confirment la situation d'urgence donnée par les prévalences de l'indice poids-taille dans laquelle se trouvent des communes comme : Yalgo (13,6% de MAG et 4,4% de MAS), Dori (12,3% de MAG et 2,6% de MAS) et Gorom-Gorom (9,8% de MAG et 3,7% de MAS). En dehors de ces communes, les autres présentent des prévalences largement en dessous de celles fournies par l'indice poids-taille.

Tableau 16 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune

COMMUNE	n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))		Malnutrition aigüe sévère (PB <115 mm (et/ou œdèmes))	
		%	95% CI	%	95% CI
DEDOUGOU	509	3,9	[2,6-6,0]	0,4	[0,1-1,5]
KOUKA	531	3,6	[1,7-7,2]	0,6	[0,1-2,1]
TOMA	513	2,9	[2,0-4,3]	0,2	[0,0-1,4]
TOUGAN	448	2,7	[1,7-4,1]	0,4	[0,1-1,4]
BOURZANGA	509	4,9	[4,9-4,9]	0,4	[0,4-0,4]
KAYA	470	2,3	[1,0-5,6]	0,2	[0,0-1,5]
KONGOUSSI	531	4,0	[2,9-5,5]	0,6	[0,2-1,7]
YALGO	427	13,6	[9,6-18,9]	4,4	[2,8-7,1]
BOGANDE	467	3,6	[2,5-5,2]	0,6	[0,3-1,6]
FADA	474	2,1	[1,2-3,7]	0,0	
KOMPIENGA	333	6,6	[3,4-12,4]	0,9	[0,4-1,9]
PAMA	452	2,4	[1,3-4,4]	0,4	[0,2-1,2]
PIELA	477	5,2	[3,5-7,8]	0,4	[0,1-1,2]
BAGARE	619	2,7	[1,5-5,1]	0,3	[0,1-1,2]
OUAHIGOUYA	617	2,8	[1,7-4,4]	0,6	[0,2-2,2]
SEGUENEGA	661	4,7	[3,1-7,1]	0,3	[0,1-1,2]
TITAO	486	2,3	[1,7-3,1]	0,6	[0,3-1,4]
TOUGO	520	2,1	[1,2-3,6]	0,2	[0,0-1,4]
DJIBO	631	3,3	[1,7-6,4]	1,4	[0,7-3,0]
DORI	431	12,3	[8,8-16,9]	2,6	[1,4-4,7]
GOROM- GOROM	348	9,8	[6,9-13,7]	3,7	[1,8-7,5]
SEBBA	375	3,5	[2,3-5,3]	0,5	[0,1-3,3]

Au niveau des régions, les prévalences de la MAG selon le PB sont en dessous de celles données par l'indice poids-taille mais cela ne confirme pas que la malnutrition n'est pas présente. A l'instar des éditions précédentes on constate des écarts assez importants entre les prévalences de la malnutrition fournies par le P/T et celles du PB. Une des raisons de ces écarts de prévalences constatées est que les prévalences données à travers la mesure du PB sont fortement influencées par la corpulence physique de la population étudiée. Par exemple, les populations de type sahélien n'ont pas la même apparence physique que celles des zones forestières. Ainsi, une réflexion approfondie doit être menée pour trouver une solution pour minimiser les différences de prévalences obtenues par les deux méthodes (indice P/T et PB).

Tableau 17 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par région

REGION	n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))		Malnutrition aigüe sévère (PB <115 mm (et/ou œdèmes))	
		%	95% CI	%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	2001	3,5	[2,6-4,8]	0,4	[0,2-0,8]
CENTRE-NORD	1428	4,6	[2,9-7,2]	1,0	[0,5-2,3]
EST	1751	4,5	[3,2-6,1]	0,6	[0,3-1,4]
NORD	2417	3,2	[2,4-4,4]	0,5	[0,2-1,2]
SAHEL	1785	5,4	[3,4-8,3]	1,7	[0,9-3,3]

4.2.4. Malnutrition aigüe et statut de résidence chez les enfants de 6-59 mois selon le PB

Selon la mesure du PB, la situation nutritionnelle semble être plus précaire chez les PDI comparativement à la population hôte. En effet, on observe des prévalences plus élevées chez les PDI comparativement à la population à Yalgo (18,7% vs 9,2%), à Dori (14,8% vs 10%), et à Gorom-Gorom (13,5% vs 6,2%) avec des différences statistiquement non significatives en faisant une comparaison par intervalle de confiance.

Tableau 18 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune

COMMUNE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))		n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	491	4,1	[2,7-6,2]	18	-	
KOUKA	515	3,5	[1,7-6,9]	16	-	[1,1-28,0]
TOMA	398	2,3	[1,4-3,5]	115	-	[2,7-10,0]
TOUGAN	272	2,9	[1,5-5,8]	176	2,3	[0,4-11,1]
BOURZANGA	261	6,5	[6,5-6,5]	248	3,2	[3,2-3,2]
KAYA	260	3,5	[1,3-8,8]	210	1,0	[0,1-6,0]
KONGOUSSI	238	2,9	[1,6-5,4]	293	4,8	[3,2-7,1]
YALGO	229	9,2	[6,4-12,9]	198	18,7	[12,1-27,8]
BOGANDE	213	3,8	[1,9-7,2]	254	3,5	[1,9-6,5]
FADA	234	2,1	[1,0-4,6]	240	2,1	[0,9-4,6]
KOMPIENGA	181	8,3	[3,6-17,8]	152	4,6	[2,4-8,7]
PAMA	311	3,5	[2,0-6,3]	141	-	
PIELA	132	5,3	[2,6-10,7]	345	5,2	[3,2-8,4]
BAGARE	589	2,7	[1,5-4,9]	30	-	[0,6-17,4]
OUAHIGOUYA	571	3,0	[1,9-4,8]	46	-	
SEGUENEGA	565	4,1	[2,6-6,3]	96	-	[4,1-16,2]
TITAO	388	2,6	[1,7-3,9]	98	-	[0,3-3,7]
TOUGO	507	2,2	[1,2-3,8]	13	-	
DJIBO	132	3,8	[1,9-7,2]	499	3,2	[1,6-6,4]
DORI	221	10,0	[5,1-18,4]	210	14,8	[12,9-16,9]
GOROM-GOROM	178	6,2	[4,4-8,6]	170	13,5	[8,5-20,9]
SEBBA	264	3,0	[1,7-5,4]	111	-	[2,5-7,8]

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale de 150 enfants par strate

Au niveau régional, malgré que les prévalences de la malnutrition aigüe selon la mesure du PB n'indiquent aucune situation d'urgence aussi bien chez les PDIs que dans la population hôte, force est de reconnaître que la réalité est toute autre. La malnutrition existe belle et bien en attestent les prévalences selon l'indice poids-taille.

Tableau 19 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois selon le PB (et/ou œdèmes) et par région

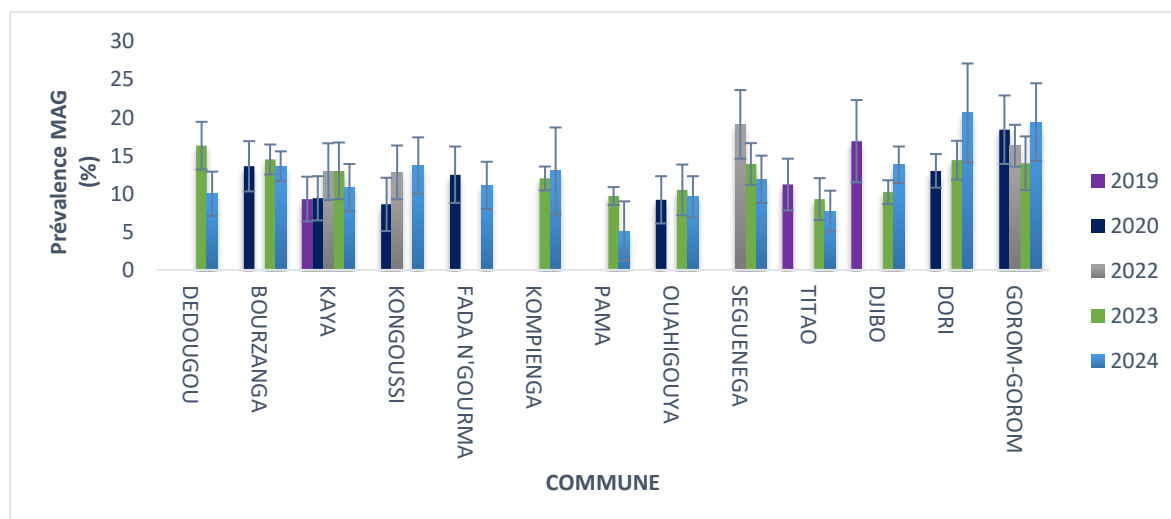
REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))		n	Malnutrition aigüe globale (PB<125 mm (et/ou œdèmes))	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1676	3,6	[2,6-4,9]	325	2,7	[1,0-7,4]
CENTRE-NORD	727	4,4	[2,5-7,8]	701	4,8	[2,5-8,9]
EST	760	5,0	[3,6-6,8]	991	4,1	[2,8-5,8]
NORD	2232	3,2	[2,3-4,3]	185	3,9	[1,4-10,6]
SAHEL	795	5,8	[3,9-8,4]	990	5,2	[3,1-8,7]

4.2.5. Evolution de l'état nutritionnel chez les enfants de 6-59 mois entre la présente enquête et celles précédentes

En comparant les prévalences entre les enquêtes, on note que la situation nutritionnelle s'est davantage dégradée en 2024 par rapport aux années antérieures. C'est le cas dans les communes de la région du Sahel comme Dori, Djibo et Gorom-Gorom avec une différence statistiquement significative à Arbinda entre 2019 et 2024 passant de 12,7% à 30,4% en 2024. Cette dégradation de la situation nutritionnelle est aussi observée à Kompienga dans la région de l'Est et à Kongoussi dans la région du Centre-Nord sans que les écarts constatés ne soient significatifs statistiquement.

Par contre, la situation nutritionnelle s'est améliorée en 2024 par rapport aux années précédentes dans les communes de Dédougou, Kaya, Pama, Fada, Ouahigouya, séguenega, et Titao. Cette amélioration est uniquement significative à Dédougou avec une prévalence MAG passant de 16% en 2023 à 10% en 2024.

Graphique 3 : Evolution des prévalences (%) de la MAG chez les enfants de 6-59 mois par commune entre les enquêtes Rapid SMART 2019, 2020, 2022, 2023, 2024



4.2.6. Malnutrition aigüe Globale (MAG) combinée chez les enfants de 6-59 mois

Il ressort de l'enquête qu'en dehors des communes de Pama (5,8%) et de Titao (8,7%), toutes les autres localités présentent une situation précaire de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon les prévalences de la MAG combinée.

Cette situation est encore plus préoccupante dans des localités enquêtées où les prévalences de la MAG ont franchi le seuil critique de 15%. C'est le cas de Yalgo (23,3%), Dori (23,2%), Djibo (15,1%), Gorom-Gorom (21,6%), Kompienga (16,4%), Kongoussi (15,2%).

Par ailleurs, dans presque toutes les localités enquêtées, on observe des prévalences de la forme sévère de la malnutrition aigüe combinée dépassant le seuil de 2% et dénotant une situation de malnutrition réellement préoccupante.

Tableau 20 : Répartition de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée par commune

COMMUNE	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes)		Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes)	
		%	95% CI	%	95% CI
DEDOUGOU	501	11,0	[8,3-14,4]	2,0	[1,1-3,7]
KOUKA	523	10,3	[7,7-13,7]	1,7	[0,9-3,4]
TOMA	507	9,7	[7,8-11,9]	1,4	[0,7-2,8]
TOUGAN	441	14,3	[10,8-18,7]	2,5	[1,5-4,2]
BOURZANGA	508	14,6	[14,6-14,6]	2,8	[2,8-2,8]
KAYA	465	11,8	[8,7-15,8]	1,9	[0,9-4,2]
KONGOSSI	527	15,2	[11,9-19,2]	3,4	[2,3-5,1]
YALGO	421	23,3	[16,8-31,3]	8,3	[6,0-11,5]
BOGANDE	457	11,2	[8,3-14,9]	2,2	[1,2-3,8]
FADA N'GOURMA	470	11,5	[8,7-15,0]	1,7	[0,9-3,4]
KOMPIENGA	330	16,4	[11,9-22,0]	4,2	[2,7-6,5]
PAMA	452	5,8	[2,8-11,5]	1,8	[0,7-4,2]
PIELA	467	12,2	[10,9-13,6]	2,4	[1,3-4,2]
BAGARE	611	11,0	[8,2-14,6]	2,1	[1,4-3,3]
Ouahigouya	613	10,9	[8,4-14,0]	2,5	[1,4-4,2]
SEGUENEGA	657	13,1	[10,1-16,8]	2,3	[1,3-4,1]
TITAO	482	8,7	[6,7-11,3]	1,5	[0,7-3,2]
TOUGO	516	12,2	[9,2-16,0]	1,9	[1,1-3,5]
DJIBO	615	15,1	[12,5-18,2]	4,4	[2,9-6,5]
DORI	431	23,2	[17,1-30,7]	6,3	[4,1-9,5]
GOROM-GOROM	347	21,6	[15,8-28,8]	8,4	[4,9-14,0]
SEBBA	373	10,5	[6,2-17,0]	1,6	[0,5-5,3]

De l'analyse des prévalences combinées de la MAG et de la MAS, toutes les cinq régions à fort défi sécuritaire sont confrontées à une crise nutritionnelle car les prévalences calculées sont au-delà du seuil d'urgence de l'OMS (10%). Deux régions à savoir le Sahel avec 16,8% de MAG et 4,9% de MAS et le Centre-Nord avec 14% de MAG et 3,3% de MAS sont celles qui connaissent une situation particulière grave de malnutrition chez les enfants de 6-59 mois.

Tableau 21 : Répartition de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée par commune/site

REGION	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes)		Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes)	
		%	95% CI	%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1972	11,3	[10,0-12,8]	2	[1,4-2,7]
CENTRE-NORD	1413	14,3	[11,5-17,7]	3,3	[2,2-4,8]
EST	1724	12,5	[10,4-14,9]	2,6	[1,8-3,7]
NORD	2397	11,6	[9,9-13,6]	2,3	[1,6-3,3]
SAHEL	1766	16,8	[14,1-19,9]	4,9	[3,5-6,8]

4.2.7. Malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB

Tout comme chez les enfants de moins de 5 ans, la situation nutritionnelle chez les FEFA est aussi précaire. Selon la mesure du PB, on note des prévalences MAG ayant franchi le seuil d'urgence de 10% en l'occurrence dans la commune de Kompienga (11,1%). Dans d'autres communes comme Yalgo (9,3%), Séguénéga (8,2%), Dori (8,9%) et Gorom-Gorom (8,6%), on observe une situation modérée de la malnutrition aigüe globale.

Tableau 21 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB (et/ou œdèmes) et par commune

COMMUNE	n	Malnutrition aigüe globale (PB<230 mm)		Malnutrition aigüe sévère (PB<180 mm)	
		%	95% CI	%	95% CI
DEDOUGOU	324	3,7	[1,9-6,9]	0,0	
KOUKA	321	1,6	[0,8-3,1]	0,3	[0,0-2,2]
TOMA	289	2,4	[1,1-5,3]	0,0	
TOUGAN	233	5,6	[4,5-6,9]	0,0	
BOURZANGA	300	3,0	[3,0-3,0]	0,0	
KAYA	275	3,3	[1,9-5,6]	0,0	
YALGO	302	9,3	[6,1-13,9]	0,3	[0,1-2,0]
BOGANDE	299	6,0	[3,2-11,1]	0,7	[0,2-2,2]
KOMPIENGA	180	11,1	[7,1-17,1]	0,0	
PAMA	201	4,5	[3,2-6,3]	0,0	
PIELA	297	6,4	[4,3-9,4]	0,0	
BAGARE	244	5,7	[3,6-9,0]	0,0	
OUAHIGOUYA	343	3,2	[1,7-5,8]	0,0	
SEGUENEGA	291	8,2	[5,8-11,5]	0,3	[0,0-2,4]
TITAO	254	2,4	[1,4-4,1]	0,0	
TOUGO	302	7,6	[5,0-11,4]	0,0	
DJIBO	268	3,0	[1,7-5,3]	0,0	
DORI	292	8,9	[6,1-12,8]	0,0	
GOROM-GOROM	210	8,6	[4,6-15,3]	0,0	
SEBBA	194	7,2	[6,6-7,8]	0,0	

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale allant de 150 à 200 par strate

Au niveau régional, même si la situation nutritionnelle des FEFA n'est pas assez préoccupante, une attention particulière mérite tout de même d'être accordée à celle qui prévaut dans les régions de l'Est avec 7,1% de MAG, au Sahel, au Nord et au Centre-Nord qui affiche 5% de MAG.

Tableau 22 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB (et/ou œdèmes) et par région

REGION	n	Malnutrition aigüe globale (PB<230 mm)		Malnutrition aigüe sévère (PB<180 mm)	
		%	95% CI	%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1167	3,4	[2,3-5,0]	0,1	[0,0-0,5]
CENTRE-NORD	577	4,7	[3,2-6,9]	0,1	[0,0-0,5]
EST	776	7,1	[4,6-10,7]	0,4	[0,1-1,3]
NORD	118	5,0	[3,7-6,6]	0,1	[0,0-0,6]
SAHEL	964	5,2	[3,8-7,1]	0,0	

Selon le statut de résidence, la situation nutritionnelle est précaire chez les femmes PDI comparée à celles vivant dans la population hôte. Cette situation est observée principalement dans la commune de Dori où la prévalence de la MAG chez les PDI est de 10,2% qui est au-dessus du seuil d'urgence (10%).

Tableau 23 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB par statut de résidence et par commune

COMMUNE/SITE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (PB<230 mm)		n	Malnutrition aigüe globale (PB<230mm)	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	309	3,2	[1,7-6,1]	15	-	-
KOUKA	306	1,6	[0,8-3,3]	15	-	-
TOMA	235	3,0	[1,4-6,3]	54	-	-
TOUGAN	152	5,9	[3,7-9,4]	81	-	-
BOURZANGA	152	3,3	[3,3-3,3]	148	-	-
KAYA	145	-	-	130	-	-
YALGO	158	7,0	[3,9-12,0]	144	-	-
BOGANDE	133	-	-	166	6,6	[2,3-17,5]
KOMPIENGA	97	-	-	83	-	-
PAMA	138	-	-	63	-	-
PIELA	73	-	-	224	7,1	[4,3-11,7]
BAGARE	234	5,6	[3,4-9,0]	10	-	-
Ouahigouya	285	3,2	[1,6-6,0]	58	-	-
SEGUENEGA	254	8,7	[6,2-11,9]	37	-	-
TITAO	159	1,9	[0,7-4,8]	95	-	-
TOUGO	295	7,8	[5,1-11,7]	7	-	-
DJIBO	59	-	-	209	2,9	[1,8-4,5]
DORI	135	-	-	157	10,2	[5,9-16,9]
GOROM-GOROM	106	-	-	104	-	-
SEBBA	130	-	-	64	-	-

* Les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale de 150 enfants par strate

La situation nutritionnelle chez les FEFA dans les régions fortement impactées par l'insécurité n'est pas très alarmant aussi bien chez les PDI que dans la population hôte. Cependant, une situation modérée de malnutrition semble se présenter chez les femmes de la population hôte dans la région de l'Est, du Sahel et du Nord avec des prévalences MAG atteignant respectivement 7,9%, 5,9% et 5,1%. Quant aux femmes PDI, on observe une situation modérée de malnutrition aigüe dans les régions de l'Est (6,5%), Centre-Nord (5,8%) et dans la Boucle du Mouhoun (5,5%).

Tableau 24 : Prévalence de la malnutrition aigüe chez les FEFA selon le PB par statut de résidence et par région

REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (PB<230 mm)		n	Malnutrition aigüe globale (PB<230 mm)	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1002	3,1	[2,1-4,7]	165	5,5	[2,3-12,5]
CENTRE-NORD	303	3,8	[1,9-7,2]	274	5,8	[3,9-8,5]
EST	303	7,9	[5,1-11,9]	473	6,5	[3,2-12,8]
NORD	1068	5,1	[3,9-6,7]	112	4,0	[1,6-9,4]
SAHEL	430	5,9	[4,5-7,8]	534	4,8	[3,2-7,1]

4.4. Résultats sur la mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans

Le taux brut de la mortalité rétrospective chez les enfants de moins de 5 ans est le nombre de décès par jour pour 10 000 enfants. Il se rapporte sur une période de rappel de 90 jours avant l'enquête. Selon la classification de la norme SPHERE, le seuil d'alerte est de 1 décès pour 10000 enfants par jour et le seuil d'urgence est de 2 décès pour 10 000 enfants par jour.

Au regard des taux de mortalité calculés pour cette enquête, la situation est préoccupante dans bon nombre de localités. En effet, chez les enfants de moins de moins de 5 ans, le seuil d'urgence est pratiquement atteint à Kongoussi et à Yalgo avec des taux de mortalité équivalents à 0,9‰. Par ailleurs, le seuil d'urgence a été franchi à Bourzanga avec un taux de mortalité de 3,2 ‰, synonyme d'une situation humanitaire à prendre au sérieux et le plutôt possible.

Concernant la mortalité dans la population générale, le seuil d'alerte a été franchi dans les localités comme Kongoussi (1,2‰), Bogandé (1,2‰), Fada (1,8‰) et Ouahigouya (1,3‰) avec des taux de mortalité supérieurs à 1‰. Dans les communes de Gorgadji (2,5‰) et de Bourzanga (4,6‰), c'est plutôt une situation d'urgence qui est observée avec des taux de mortalité supérieurs à 2‰.

Ces niveaux élevés de mortalité interrogent sur la nature des décès chez les adultes qui peuvent être d'origine violente du fait des actes terroristes qui sont régulièrement perpétrés dans ces localités plutôt que de décès naturels ou ordinaires. Chez les enfants par contre, plusieurs causes comme le manque de soins liées à la fermeture ou l'accès très limité des centres de santé pourraient expliquer les taux élevés de mortalité constatés dans certaines localités.

Tableau 25 : Taux de mortalité générale et chez les enfants de moins de 5 ans par commune

COMMUNE	Taux brut de mortalité globale (décès/jours pour 10000 hbts)	Taux brut de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (décès/jour pour 10000 hbts)
DEDOUGOU	0	0
KOUKA	0,1	0,2
TOMA	0,1	0
TOUGAN	0,2	0
BOURZANGA	4,6	3,2
KAYA	0,4	0,2
KONGOUSI	1,2	0,9
YALGO	0,4	0,9
BOGANDE	1,2	0
FADA N'GOURMA	1,8	0,3
KOMPIENGA	0,1	0
PAMA	0	0
PIELA	0	0
BAGARE	0,8	0,7
OUAHIGOUYA	1,3	0,5
SEGUENEGA	0,6	0,2
TITAO	0,1	0
TOUGO	0,6	0,6
DJIBO	0,2	0,2
DORI	0,4	0,2
GOROM-GOROM	0	0
SEBBA	0,6	0,3

La mortalité au niveau régional particulièrement préoccupante dans la région du Centre-Nord comparativement aux autres régions à fort défi sécuritaire. En effet, la région du Centre-Nord s'illustre avec un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de 1,8‰ dépassant le seuil d'alerte et un taux de mortalité générale de 2,3‰ qui témoignent d'une situation assez sérieuse.

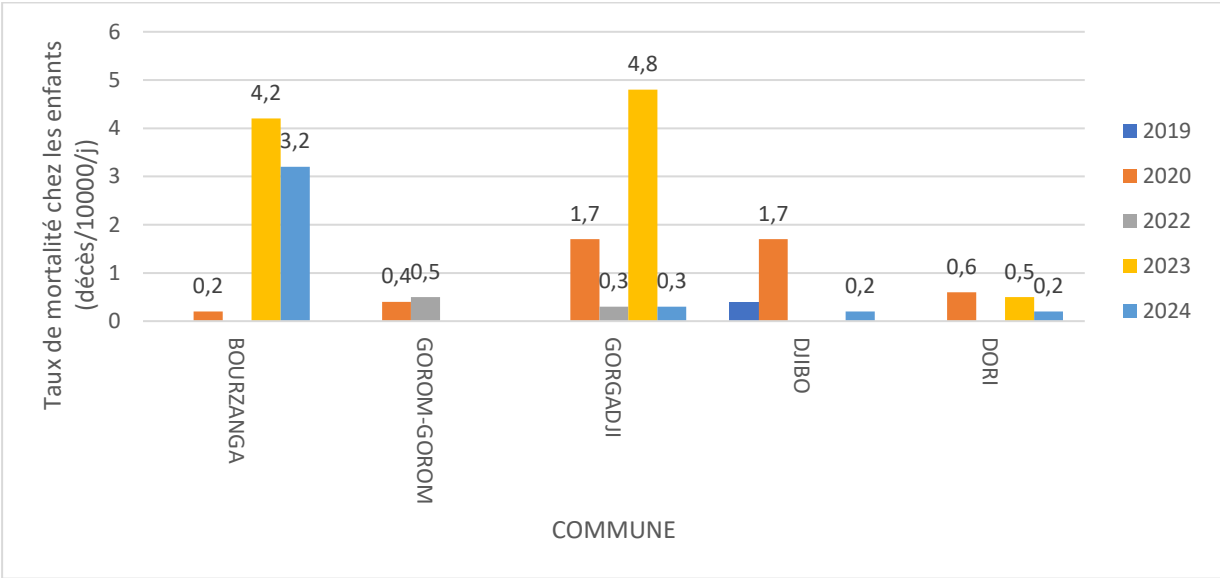
Tableau 26 : Taux de mortalité générale et chez les enfants de moins de 5 ans par commune

REGION	Taux brut de mortalité globale (décès/jour pour 10000 hbts)	Taux brut de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (décès/jour pour 10000 hbts)
BOUCLE DU MOUHOUN	0,09	0,05
CENTRE-NORD	2,3	1,8
EST	0,4	0,04
NORD	0,7	0,4
SAHEL	0,6	0,2

De manière globale, on note que le niveau de mortalité chez les enfants en 2023 a connu une baisse par rapport aux années précédentes. C'est le constat fait à Bourzanga où le taux de

mortalité est passé de 4,2 ‰ à 3,2 ‰ entre 2023 et 2024 et à Gorgadji avec un taux de mortalité passant de 4,8‰ en 2023 à 0,3‰ en 2024. A Dori, à Gorom-Gorom, à Djibo, les taux de mortalité sont très proches de la valeur 0 en 2024 comparativement à ceux des années précédentes.

Graphique 4: Evolution du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans



5- Conclusion et recommandations

La réalisation d'une nouvelle enquête nutritionnelle en 2024 dans les localités particulièrement touchées par l'insécurité et difficilement accessibles a permis de produire une photographie actualisée de la situation nutritionnelle de ces localités. Il ressort de l'enquête que la situation nutritionnelle reste très préoccupante au regard des résultats obtenus. L'analyse des prévalences de la MAG chez les enfants de 6 à 59 mois selon l'indice P/T pour certaines localités a révélé que la situation est assez difficile.

Sur les vingt-deux (22) communes enquêtées ayant des données valides, seize (15) localités sont dans une situation d'urgence (MAG>10%) avec des prévalences élevées et très élevées.

Dans douze (12) communes où la prévalence de la MAG est comprise entre 10% et 15%, elle est jugée élevée. Il s'agit de : Dédougou (10%), Bagaré (10%), Piela (10,1%), Kaya (10,8%), Fada (11,1%), Tougo (11,4%), Séguénéga (11,9%), Kompienga (13%), Bourzanga (13,6%), Kongoussi (13,7%), Tougan (13,8%) et Djibo (13,8%).

Les prévalences de la malnutrition aigüe globale sont jugées très élevées dans trois (03) communes où le seuil de 15% a été franchi. C'est le cas de Gorom-Gorom (19,4%), Yalgo (20%), Dori (20,6%).

Seulement sept (07) communes présentent une situation modérée de malnutrition aigüe globale avec une prévalence MAG comprise entre 5 et 9%. Il s'agit de Pama (5,1%), Titao (7,7%), Kouka (8,8%), Toma (9,1%), Ouahigouya (9,6%), Sebba (9,7%) et Bogandé (9,8%).

Toutes les cinq (05) régions du pays concernées par l'enquête et fortement impactées par la crise sécuritaire sont dans une situation de précarité nutritionnelle avec des prévalences MAG chez les enfants de moins de 5 ans au-delà de 10%. Parmi elle, la région du Sahel vient en tête avec 15,2%, suivie du Centre-Nord (12,8%), de l'Est (10,6%), du Nord (10,4%) et de la Boucle du Mouhoun (10,3%).

Les prévalences de MAG et MAS fournies par la mesure du PB chez les enfants de 6 à 59 mois confirment la précarité de la situation nutritionnelle modérée à Gorom-Gorom (9,8%) et préoccupante à Dori (12,3% de MAG et 2,6% de MAS), Yalgo (13,6% de MAG et 4,4% de MAS).

Selon le statut de résidence, on note que la malnutrition semble toucher plus les PDI comparée à la population hôte dans les communes de Kongoussi (15% vs 12,2%), Yalgo (22,2% vs 18,1%), Fada N'Gourma (14,2% vs 7,8%), Dori (25,4% vs 16%) et Gorom-Gorom (21,8% vs 17%). A l'inverse, le phénomène de la malnutrition affecterait plus la communauté hôte comparativement aux PDI dans les communes de Tougan (14,1% vs 13,4%), Bourzanga (17% vs 10,1), Kaya (10,9% vs 10,6%), Bogandé (10% vs 9,7%), Kompienga (14,5% vs 11,3%).

A l'image de la situation nutritionnelle chez les enfants de moins de 5 ans, celle des femmes enceintes ou allaitante est aussi précaire. Selon la mesure du PB, au total 11 localités sur 22 présentent une situation précaire de malnutrition avec des prévalences MAG supérieures à 5%. Ce sont : Kompienga (11,1%), Dori (8,9%), Yalgo (9,3%), Gorom-Gorom (8,6%), Dori (8,9%), Séguénéga (8,2%), Sebba (7,2%), Piela (6,4%), Bogandé (6%), Bagaré (5,7%) et Tougan (5,6%).

Quant à la situation de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, elle a connu une hausse baisse par rapport aux années précédentes de manière globale. Cependant, on note une situation difficile à Bourzanga avec un taux de mortalité de 3,2‰ qui est supérieur au seuil d'urgence

(>2 décès/10000 hbts/j). Dans les communes de Yalgo et de Kongoussi, le seuil d’alerte est presque atteint (>1 décès/10000 hbts/j), avec des taux de mortalité de l’ordre de 0,9 ‰ chacune. Ce qui dénote d’une situation assez sérieuse. Plusieurs causes comme le manque de soins liées à la fermeture ou l’accès très limité des services de santé pourraient expliquer les taux élevés de mortalité constatés chez les enfants.

Recommandations

Au regard de la situation nutritionnelle toujours précaire dans les localités et communes abritant les déplacés internes et particulièrement touchées par l’insécurité, les différents acteurs sont invités à l’action de manière urgente et coordonnée afin d’adresser une réponse adéquate et efficace. Pour améliorer cette situation, les recommandations suivantes sont faites :

Actions	Responsable	Autres concernés	Echéances
1. Faire un état des lieux de la réponse nutritionnelle en cours dans les communes/localités ayant des prévalences MAG > 15% et compris entre 10-14% et identifier les gaps à combler	Direction de la nutrition	Cluster nutrition national et régionaux	Immédiat
2. Réaliser une enquête nutritionnelle rapide dans les communes de Arbinda, Gorgadji et Gayéri en intégrant des aspects qualitatifs pour mieux éclairer les acteurs sur la situation nutritionnelle qui y prévaut.	Direction de la nutrition/Davycas	ACF	Janvier 2025
3. Accélérer la mise en œuvre des interventions nutritionnelles visant à sauver les vies dont : le dépistage de la MA par les ménages et les ASBC ; le référencement ; la mise en œuvre des approches adaptées au contexte (approche communautaire, stratégie avancée ou mobile, approches simplifiées, etc.) pour augmenter la couverture de la prise en charge de la malnutrition aiguë	Direction de la nutrition DRS DS		Immédiat
4. Accélérer la mise en œuvre des approches simplifiées de PCIMA dans les zones à fort défi sécuritaire et de fermeture des formations sanitaires ou des formations sanitaires fonctionnant a minima	Direction de la nutrition DRS DS		Immédiat
5. Faire un plaidoyer pour renforcer la sécurité du transport ou de l’acheminement des intrants nutritionnels dans les zones difficilement accessibles afin d’améliorer le niveau de couverture de la PCIMA	Direction de la Nutrition	UNICEF/ Autres partenaires	Décembre 2024
6. Identifier des communes/localités ayant besoin de partenaires d’appui	Direction de la Nutrition	Cluster nutrition	Décembre 2024
7. Renforcer les interventions de prévention de la malnutrition (conseils en ANJE en situation d’urgence, supplémentation en Vitamine A et déparasitage, supplémentation en micronutriments chez les femmes enceintes)	Direction de la Nutrition/	UNICEF Partenaires de mise en œuvre	Selon les gaps identifiés

8. Renforcer la collaboration intersectorielle (Santé, Nutrition, SECAL, Wash) pour la réponse à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle	STNUT	Partenaires des clusters	Continue
9. Accompagner la réouverture des formations sanitaires par la mise à disposition de personnel additionnel afin d'assurer la mise en œuvre du PMA des CSPS	MS/	Partenaires	Continue
10. Assurer une disponibilité continue des distributions alimentaires générales et ciblées, et des intrants nutritionnels pour la prise en charge de la MAM et la MAS	Direction de la nutrition	PAM UNICEF	Continue
11. Renforcer les interventions alimentaires préventives chez les enfants de 6-23 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes.	Direction de la nutrition	PAM	Continue
12. Renforcer l'appui aux services de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications médicales	Ministère de la santé/	Partenaire à identifier OMS PCI	Continue
13. Organiser avec l'appui des partenaires, une enquête nutritionnelle rapide dans les communes confrontées à la double crise sécuritaire et humanitaire y compris les communes de Tougouri, Gayéri, Gorgadji et Diapaga, Matiacoali	Direction de la Nutrition		Septembre 2024
14. Partager les résultats de l'enquête aux instances de prise de décisions pour une réponse appropriée et coordonnée sous le leadership du Ministère de la santé	STAN		Décembre 2024

6- BIBLIOGRAPHIE

ACF International, initiative SMART ACF CA et CDC Atlanta, 2014 : Guide méthodologique des enquêtes nutritionnelles SMART rapides

Direction de la nutrition, 2023 : Rapport enquête nutritionnelle nationale SMART

Direction de la nutrition, 2023 : Rapport enquête nutritionnelle SMART Rapid

Institut national de la statistique et de la démographie, 2010 : Rapport enquête démographique de santé

Institut national de la statistique et de la démographie, 2006 : Fichier village du recensement général de la population et de l'habitation

SP/CONASUR, 2023 : Rapport sur la situation des personnes déplacées internes, Avril 2022

OMS, 2018 : Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years

SPHERE, 2014: Context Specific Thresholds, tableau adapté de Checchi & Roberts, 2005

7- ANNEXES

7.1. Prévalences de la malnutrition aigüe combinée selon le statut de résidence

Tableau A1: Répartition par commune de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée chez les enfants de 6-59 mois selon le statut de résidence

COMMUNE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes) combinée		n	Malnutrition aigüe globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes) combinée	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	483	11,0	[8,3-14,3]	18	-	-
KOUKA	507	10,5	[7,9-13,7]	16	-	-
TOMA	393	8,7	[6,5-11,4]	114	-	-
TOUGAN	269	14,5	[10,2-20,2]	172	14,0	[10,5-18,4]
BOURZANGA	260	17,7	[17,7-17,7]	248	11,3	[11,3-11,3]
KAYA	258	12,8	[8,8-18,2]	207	10,6	[6,4-17,1]
KONGOUSSI	238	13,0	[9,1-18,2]	289	17,0	[12,5-22,6]
YALGO	226	19,0	[14,3-24,8]	195	28,2	[21,0-36,7]
BOGANDE	209	11,5	[8,1-15,9]	248	10,9	[7,6-15,3]
FADA N'GOURMA	230	8,7	[5,9-12,6]	240	14,2	[9,4-20,8]
KOMPIENGA	179	18,4	[11,4-28,4]	151	13,9	[7,8-23,6]
PAMA	311	7,1	[3,7-13,1]	141	-	-
PIELA	129	-	-	338	11,8	[10,0-14,0]
BAGARE	582	11,0	[8,3-14,5]	29	-	-
OUAHIGOUYA	567	11,3	[8,7-14,5]	46	-	-
SEGUENEGA	561	12,5	[9,4-16,3]	96	-	-
TITAO	384	9,9	[6,8-14,1]	98	-	-
TOUGO	503	11,7	[8,9-15,3]	13	-	-
DJIBO	126	-	-	489	14,3	[12,4-16,5]
DORI	221	18,1	[10,7-28,9]	210	28,6	[21,2-37,3]
GOROM-GOROM	177	18,6	[13,7-24,8]	170	24,7	[16,0-36,1]
SEBBA	262	10,3	[5,1-19,9]	111	10,8	[8,9-13,1]

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale allant de 150 à 200 par strate

Tableau A2: Répartition par région de la Prévalence de la malnutrition aigüe combinée chez les enfants de 6-59 mois selon le statut de résidence

REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes) combinée		n	Malnutrition globale (z-scores<-2 et/ou PB<125 mm et/ou œdèmes) combinée	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1652	11,1	[9,7-12,7]	320	12,9	[9,8-16,9]
CENTRE-NORD	722	13,9	[10,5-18,3]	691	14,8	[11,3-19,0]
EST	747	13,2	[9,8-17,6]	977	11,9	[10,2-13,8]
NORD	2213	11,6	[10,0-13,4]	184	11,9	[7,2-19,0]
SAHEL	786	17,2	[13,7-21,4]	980	16,6	[13,7-19,9]

Tableau A3: Répartition par commune de la Prévalence de la malnutrition aigüe sévère combinée selon le statut de résidence

COMMUNE	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition globale (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes) combinée		n	Malnutrition globale (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes) combinée	
		%	95% CI		%	95% CI
DEDOUGOU	483	2,1	[1,1-3,8]	18	-	-
KOUKA	507	1,8	[0,9-3,5]	16	-	-
TOMA	393	1,3	[0,5-3,1]	114	-	-
TOUGAN	269	2,2	[1,1-4,7]	172	2,9	[1,7-5,0]
BOURZANGA	260	3,8	[3,8-3,8]	248	1,6	[1,6-1,6]
KAYA	258	1,9	[0,8-4,9]	207	1,9	[0,5-7,8]
KONGOUSSI	237	2,5	[1,3-5,0]	288	4,2	[2,5-6,8]
YALGO	226	5,8	[4,4-7,4]	195	11,3	[7,3-17,1]
BOGANDE	209	1,4	[0,4-5,2]	248	2,8	[1,8-4,5]
FADA N'GOURMA	230	0,4	[0,1-3,1]	240	2,9	[1,4-6,1]
KOMPIENGA	179	5,0	[2,5-9,8]	151	3,3	[2,2-4,9]
PAMA	311	2,3	[0,9-5,3]	141	-	-
PIELA	129	3,1	[0,7-12,9]	338	2,1	[1,5-2,8]
BAGARE	582	2,2	[1,4-3,4]	29	-	-
Ouahigouya	566	2,5	[1,4-4,2]	46	-	-
SEGUENEGA	560	2,5	[1,3-4,9]	96	-	-
TITAO	384	1,8	[0,9-3,8]	98	-	-
TOUGO	503	2,0	[1,1-3,6]	13	-	-
DJIBO	126	-	-	489	3,9	[2,5-6,0]
DORI	221	4,5	[2,2-9,0]	209	8,1	[5,0-13,0]
GOROM-GOROM	177	4,5	[2,0-9,7]	170	12,4	[7,5-19,7]
SEBBA	262	1,5	[0,3-6,7]	111	-	-

* les prévalences n'ont pas pu être calculées pour les strates qui n'ont pas atteint la taille minimale requise selon les directives de la méthodologie des enquêtes SMART Rapid qui préconisent une taille minimale allant de 150 à 200 par strate

Tableau A4: Répartition par région de la Prévalence de la malnutrition aigüe sévère combinée selon le statut de résidence

REGION	HOTE			PDI		
	n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes) combinée		n	Malnutrition aigüe sévère (z-scores<-3 et/ou PB<115 mm et/ou œdèmes) combinée	
		%	95% CI		%	95% CI
BOUCLE DU MOUHOUN	1652	8,5	[7,2-10,0]	320	10,1	[7,1-14,1]
CENTRE-NORD	721	9,8	[7,2-13,2]	688	10,1	[7,9-12,8]
EST	747	8,8	[6,7-11,5]	977	7,6	[6,7-8,7]
NORD	2211	8,2	[6,8-9,9]	184	9,4	[5,8-14,9]
SAHEL	783	12,1	[9,3-15,6]	979	11,1	[9,4-13,2]

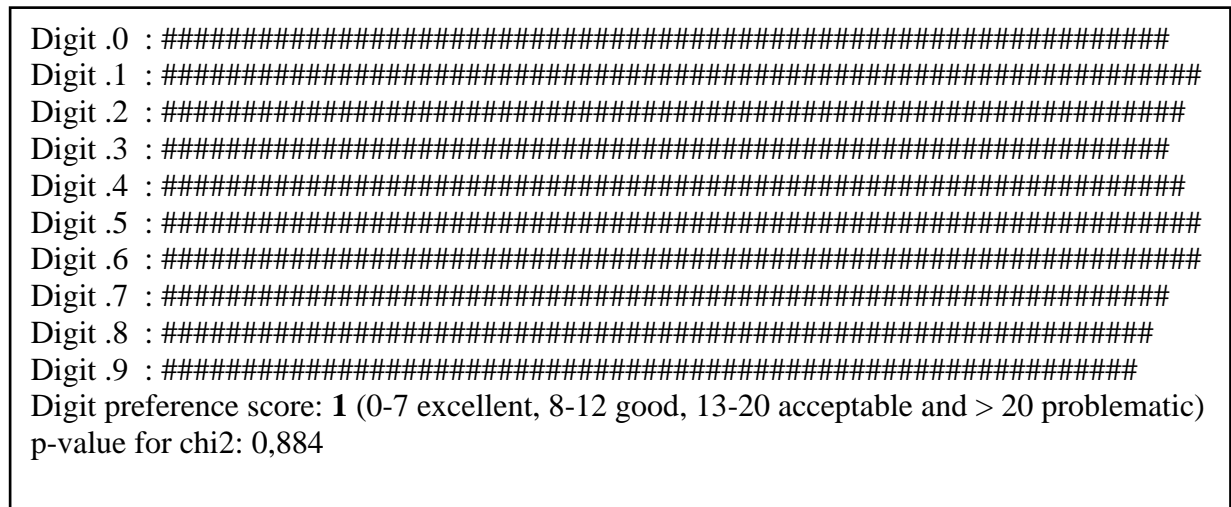
7.2. Moyennes de l'indice P/T en (z-scores)

Tableau A5: Répartition des moyennes en z-scores de l'indice P/T chez les enfants de 6-59 mois par commune

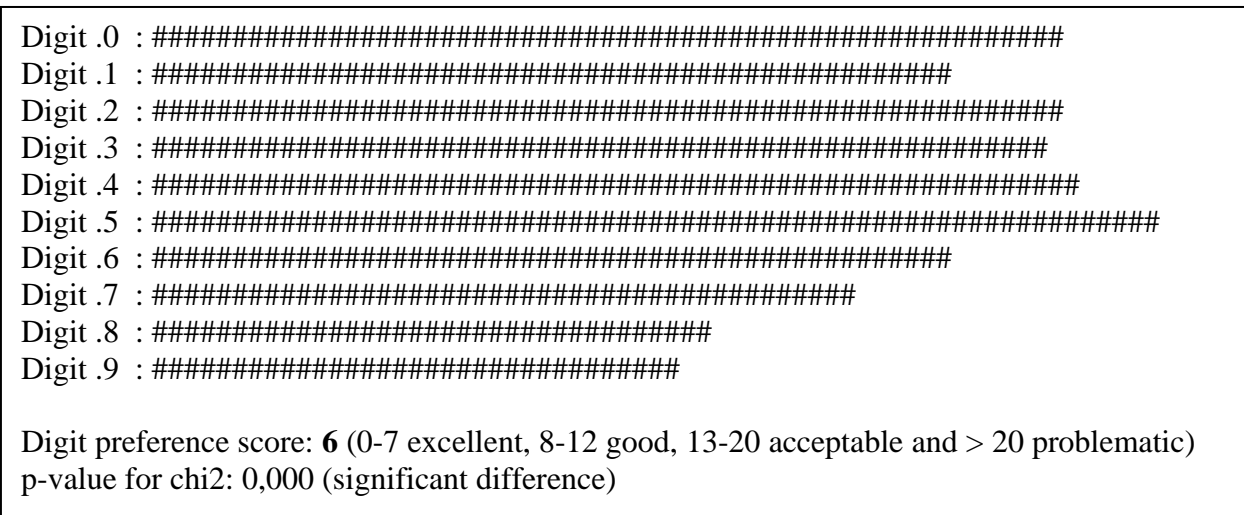
COMMUNE	Moyenne P/T (en z-score) ±écart-type
DEDOUGOU	-0,71 ± 1,16
KOUKA	-0,42 ±1,22
TOMA	-0,51 ±1,20
TOUGAN	-0,84 ±1,19
BOURZANGA	-0,99 ±1,05
KAYA	-0,63 ±1,22
KONGOUSSI	-0,87 ±1,22
YALGO	-1,04 ±1,31
BOGANDE	-0,66 ±1,25
FADA N'GOURMA	-0,60 ±1,17
KOMPIENGA	-0,79 ±1,18
PAMA	-0,57 ±0,94
PIELA	-0,68 ±1,23
BAGARE	-0,82 ±1,16
OUAHIGOUYA	-0,78 ±1,10
SEGUENEGA	-0,81 ±1,18
TITAO	-0,63 ±1,06
TOUGO	-0,86 ±1,06
DJIBO	-0,71 ±1,44
DORI	-1,11 ±1,16
GOROM-GOROM	-1,12 ±1,24
SEBBA	-0,72 ±1,12

7.3. Analyse de la qualité des données : Evaluation des préférences numériques du poids et de la taille

Graphique 5 : Préférence numérique des mesures de poids



Graphique 6 : Préférence numérique des mesures de tailles



7.4. Rapport synthétique de l'analyse de la qualité des données pour les communes avec les données anthropométriques non validées

Plausibility check for: Gorgadji

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	10 (5,3 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0,458)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	10 (p=0,000)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (5)
Dig pref score - height	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	10 (33)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (0)
Standard Dev WHZ . .	Excl Excl	SD SD	<1.1 >0.9 0	<1.15 >0.85 5	<1.20 >0.80 10	>=1.20 or <=0.80 20	20 (1,20)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (0,07)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0,33)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	51 %

The overall score of this survey is 51 %, this is problematic.

Plausibility check for: Gayéri

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	20 (9,5 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0,778)
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=0,007)
Dig pref score - weight	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	4 (15)
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 (0)
Standard Dev WHZ .	Excl	SD	<1.1 and 0	<1.15 and 5	<1.20 and 10	>=1.20 or 20	20 (1,26)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	0 (0,11)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	3 (-0,46)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	53 %

The overall score of this survey is 53 %, this is problematic.

Plausibility check for: ARBINDA

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 (2,3 %)
Overall Sex ratio (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	0 (p=0,774)
Age ratio(6-29 vs 30-59) (Significant chi square)	Incl	p	>0.1 0	>0.05 2	>0.001 4	<=0.001 10	10 (p=0,000)
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 (10)
Dig pref score - MUAC	Incl	#	0-7 0	8-12 2	13-20 4	> 20 10	0 (0)
Standard Dev WHZ . .	Excl Excl	SD 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	10 (1,17)
Skewness WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	1 (-0,21)
Kurtosis WHZ	Excl	#	<±0.2 0	<±0.4 1	<±0.6 3	>=±0.6 5	3 (-0,47)
Poisson dist WHZ-2	Excl	p	>0.05 0	>0.01 1	>0.001 3	<=0.001 5	0 (p=)
OVERALL SCORE WHZ =			0-9	10-14	15-24	>25	26 %

The overall score of this survey is 26 %, this is problematic.

7.5. Résultats des tests statistiques

- ❖ Résultats du test statistique de différence de la malnutrition selon le P/T entre les tranches d'âges 6-23 mois et 24-59 mois

_subpop_1:	grpage2 = 6-23			
_subpop_2:	grpage2 = 24-59			
Over	Proportion	Std. Err.	[95% Conf.	Interval]
Malnutri				
_subpop_1	.1732777	.0101311	.1540934	.1943019
_subpop_2	.0910886	.0074989	.0772671	.1070955

. lincom [Malnutri]_subpop_2-[Malnutri]_subpop_1
 (1) - [Malnutri]_subpop_1 + [Malnutri]_subpop_2 = 0

Proportion	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	
(1)	-.0821891	.0091441	-8.99	0.000	-.1003263	-.0640519

7.6. Questionnaire anthropométrie : Enfants de 6-59 mois

ENQUETE PDI - Anthropométrie : Enfants 6 – 59 mois

Date enquête : ___ / ___ / 2024 Commune/site d'accueil :
 _____ Numéro commune/ site d'accueil : ___ /
 Village _____ Numéro Village
 (grappe) : ___ / ___ /
 Equipe: ___ / ___ / Nom du Chef d'équipe: _____

N° Enfant (N° Ordre)	Prénom	Numéro du ménage	Sexe	Date de naissance	Age en mois	Poids	Taille	Oedème	PB	Mesure taille	Couvert par un programme de PEC de la MAS	Statut de résidence	Durée de séjour si déplacée	Commentaires

7.8. Questionnaire Moralité

ENQUETE PDI : QUESTIONNAIRE MORTALITE ENFANTS 6-59 MOIS

Date Enquête : ____/____/ 2024 Commune/ Site d'accueil : _____ Numéro commune/site d'accueil : /____/									
Village (grappe) _____ Numéro Village (grappe) : /____/									
Numéro d'équipe /____/ Numéro du ménage __ __ __									
Période de Rappel : depuis le 06 juillet passé jusqu'à aujourd'hui (d'au moins 90 jours)									
I.1. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE ACTUELLEMENT PRESENTS DANS LE MENAGE									Observations
ID	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes actuellement présentes dans votre ménage en commençant par le chef de ménage	Sexe (M=Masculin F= Féminin)	Age en Années (si l'enfant < 1 an, écrire '0')	A rejoint le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	A quitté le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Est né entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Est décédé entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Statut de résidence (1= Autochtone 2= Déplacé)	
1.		__	__ __	__		__		__	
2.		__	__ __	__		__		__	
3.		__	__ __	__		__		__	
4.		__	__ __	__		__		__	

5.		__	__	__		__		__	
I.2. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE QUI ONT QUITTE LE MENAGE DEPUIS LE 6 JUILLET à AUJOURD'HUI									Observations
ID	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui ont quittés votre ménage depuis le 06 juillet jusqu'à Aujourd'hui	Sexe (M=Masculin F=Féminin)	Age en Années (si l'enfant < 1 an, écrire '0')	A rejoint le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non) exclure naissances	A quitté le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Est né entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Est décédé entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Statut de résidence (1= Autochtone 2= Déplacé)	
1		__	__		__	__		__	
2		__	__		__	__		__	
3		__	__		__	__		__	
4		__	__		__	__		__	
5		__	__		__	__		__	
I.3. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE DECEDES DEPUIS LE JUILLET à AUJOURD'HUI									Observations
ID	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes du ménage décédées depuis	Sexe (M=Masculin F=Féminin)	Age en Années (si l'enfant < 1 an,	A rejoint le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui	A quitté le ménage entre le 06 juillet et aujourd'hui	Est né entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Est décédé entre le 06 juillet et aujourd'hui (y=Oui, n=Non)	Statut de résidence (1= Autochtone)	

	le 06 juillet jusqu'à Aujourd' hui		écrire '0')	(y=Oui, n=Non) exclure naissan ces	(y=Oui, n=Non)		(y=Oui, n=Non)	2= Déplacé)	
1.		_	_ _			_	_	_	
2.		_	_ _			_	_	_	
3.		_	_ _			_	_	_	
4.		_	_ _			_	_	_	