



**Ministère de la Santé**  
**Direction de la Santé de Base et la Nutrition**

**ENQUETE NUTRITIONNELLE NATIONALE**

**Utilisant la méthodologie SMART**

**MAURITANIE, Juin 2015**

**NOTE DE SYNTHESE DES RESULTATS PRELIMINAIRES**

EUROPEAN COMMISSION



Humanitarian Aid



**Juin 2015**

osante de surveillance nutritionnelle a mis en place un système d'enquêtes nutritionnelles biannuelles. Le but de ces enquêtes est de mesurer et de caractériser la situation nutritionnelle chez les enfants de moins de cinq ans au niveau national et dans les zones ciblées, durant la période de soudure et la période post-récolte. Elles permettent aussi de faire une analyse des tendances intra- et interannuelles.

Les résultats des différentes enquêtes menées en Mauritanie depuis 2006, renforcent et confirment l'effet de saisonnalité de la malnutrition aiguë globale. En effet, les prévalences de malnutrition aiguë globale, au niveau national, dans les 5 dernières années, oscillent entre 11% et 13% durant la période de soudure et 5.6% et 8,5% durant la période post récolte.

Les résultats de la présente enquête (réalisée grâce au financement de l'UNICEF et d'ECHO, « Commission Européenne, Direction Générale de l'Aide Humanitaire»), en période soudure, étaient attendus dans le contexte de cette année ou la période de soudure a été particulièrement précoce et longue.

## 2. OBJECTIF ET RESULTATS ATTENDUS

L'objectif principal de l'enquête est d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mois au niveau de chacune des zones de l'enquête, afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles.

### Objectifs spécifiques de l'enquête

- Déterminer la prévalence des différentes formes de malnutrition (aiguë, chronique et insuffisance pondérale) par anthropométrie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois au niveau national et dans chacune des zones de l'enquête ;
- Déterminer le taux de décès rétrospectifs d'enfants de moins de cinq ans sur 10000 dans la période des six derniers mois, au niveau national et par zone d'enquête.

## 3. METHODOLOGIE

L'ensemble de l'enquête a été conduite en suivant la méthodologie SMART. Une méthodologie permettant la réalisation d'enquête nutritionnelle et de mortalité, standardisée, simplifiée, rapide et transparente et permettant aussi l'amélioration de la qualité des données anthropométriques. L'échantillonnage a été réalisé en utilisant une méthodologie de sondage par tirage aléatoire, stratifiée et à deux degrés. Grâce à cette méthodologie, l'enquête a pu produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays à tous les niveaux géographiques : national, Wilaya et Moughataa.

## Enquête et base de sondage

Zones d'enquête	
Hodh Charqui	Nema-Oualata
	Bassikno-Nbeiket lehwach
	Timbedra
	Amourj
	Djigueni
Hodh Gharbi	Tintan Tamcheket
	Aioun
	Koubeni
Assaba	Kiffa-Guerou-Boumdeid
	Kankossa
	Barkeol
Gorgol	Kaedi Maghama
	Monguel-Mbout
Brakna	Boghe-Mbagne-Bababe
	Aleg-Maghta Lahjar
Trarza	Rosso-Rkiz-Kermacine
	Boutilmit-Ouad Naga-Mederdra
Nord	Adrar-Tiris- Inchiri
Nouadhibou	Nouadhibou-Shami-Nouamghar
Tagant	Moujeria-Tichit
	Tijikja
Guidimakha	Seilibaby
	Ould Yenge
Nouakchott ouest	Nouakchott ouest
Nouakchott nord	Nouakchott nord
Nouakchott sud	Nouakchott sud

### 3.1 Population cible

- Les enfants âgés de 6 à 59 mois pour l'anthropométrie ;
- Les enfants âgés de 0 à 59 mois pour le calcul de taux de décès rétrospectif ;

#### a. Taille des échantillons

Le calcul de la taille des échantillons a été effectué de façon indépendante dans chacune des strates avec le logiciel ENA (version novembre-avril 2015). Les tailles d'échantillons sont calculées pour chacune des strates avec la prévalence de MAG attendue, issue de l'enquête du mois de juillet 2014. Les précisions sont ajustées selon les recommandations SMART, les effets de grappe issus également des enquêtes du mois de juillet 2014, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans la population et le nombre moyen d'individus par ménage.

Pour déterminer la taille finale de l'échantillon, la strate avec la plus grande taille en nombre de ménages a servi de référence pour toutes les autres strates. La taille globale des échantillons est donc estimée à près de 14634 ménages pour l'ensemble des strates : 653 grappes de 16 à 26 ménages chacune, enquêtées au sein de chacune des strates.

#### b. Formation et pré-test

Un atelier de formation de 5 jours a été réalisé du 30 mai au 03 juin 2015 en utilisant la documentation sur la méthodologie SMART. Cette formation était animée par le personnel technique du Ministère de la santé, avec un appui de l'UNICEF.

afin d'évaluer la précision et l'exactitude des mesureurs anthropométriques. Cette standardisation des mesures des opérateurs anthropométriques dont les niveaux de précision étaient jugés acceptables comparés à la moyenne du groupe (< 5 mm pour la mesure de la taille et le périmètre brachial et < 0,1 kg pour le poids), et d'organisés en 26 équipes d'enquêteurs. Ces équipes ont travaillé sous le contrôle de 6 superviseurs de zone. Chaque équipe a été composée de 3 membres, dont 1 chef d'équipe et 2 enquêteurs (mesureur et assistant-mesureur). Un superviseur est affecté pour un regroupement de quatre zones.

### c. Analyse des données

La saisie des données a été effectuée concomitamment à la collecte sur le terrain avec le logiciel ENA Delta version Avril 2015. Chaque superviseur avait la responsabilité de saisir les données de son équipe. Une vérification quotidienne été ainsi effectuée permettant de minimiser les erreurs et d'apporter des correctifs le cas échéant. A la fin de l'enquête, les données de chaque Wilayas ont été compilées puis nettoyées avant l'analyse. Cette dernière a été effectuée avec le même logiciel ENA pour les données anthropométrique. Les flags SMART ont été exclus au niveau de chacune des strates et les flags OMS ont été exclus pour l'obtention des résultats au niveau national. Des coefficients de pondération ont été utilisés pour l'obtention des prévalences nationales. Les valeurs des indices nutritionnels ont été calculées par rapport à la population de référence OMS (2006).

## Résultats préliminaires

L'enquête s'est déroulée du 04 au 26 juin 2015, 14634 ménages ont été enquêtés et les mesures ont été prises sur 13780 enfants de moins de cinq ans dont 12736 enfants de 6 à 59 mois.

### A. Prévalence de la Malnutrition aiguë

Avec près de 14% des enfants souffrant de malnutrition aiguë globale au niveau national, cette année la Mauritanie a enregistré une hausse de sa prévalence de MAG par rapport à la période de soudure de l'année dernière. Cela se traduit par le franchissement du seuil dit critique de 10 % selon la classification de l'OMS. La prévalence de MAG a augmenté dans toutes les Wilayas sauf en Nouadhibou et Nouakchott. Le seuil d'urgence de 15 % est franchi dans 6 Wilayas à savoir, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Tagant et Guidimakha. Seule la région du Guidimakha avait une prévalence supérieure au seuil d'urgence l'année dernière en période de soudure.

Au sein des Wilayas, on observe des disparités selon les zones d'enquête. La région du Hodh El Chargui compte des zones d'enquête comme Bassikounou où la prévalence de MAG est de 10% et d'autres zones comme Amourj, avec une prévalence qui s'élève à 28,7% constituant une situation très alarmante nécessitant une intervention dans les plus brefs délais.

La prévalence de malnutrition aiguë sévère (MAS) est de 1,9% au niveau national avec une disparité zonale importante. En effet cette prévalence s'élève à 7,8% dans la zone d'Amourj. Plusieurs zones d'enquête comptent des prévalences de MAS supérieures au seuil d'urgence de 2%. L'étendu et l'ampleur de la situation nécessite la mise en place immédiate d'actions en vue d'améliorer l'état nutritionnel des enfants afin d'éviter une détérioration. (



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

aigüe (globale, et sévère) chez les enfants de 6 à 59 mois  
en z-score - (après exclusion des flags SMART au niveau  
national), selon les normes OMS 2006, par région et

Moughataa, juin 2015

Zones d'enquête	Echantillon	Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)		Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)	
NEMA-WALATA	n = 584	(109) 18,7 %	(13,9 - 24,6 95% C.I.)	(11) 1,9 %	(1,0 - 3,4 95% C.I.)
AMOURJ	n = 579	(164) 28,3 %	(23,1 - 34,2 95% C.I.)	(45) 7,8 %	(5,6 - 10,7 95% C.I.)
TIMBEDRA	n = 596	(69) 11,6 %	(8,9 - 15,0 95% C.I.)	(10) 1,7 %	(0,8 - 3,3 95% C.I.)
BASSIKOUNOU	n = 549	(55) 10,0 %	(7,1 - 14,0 95% C.I.)	(5) 0,9 %	(0,4 - 2,1 95% C.I.)
DJIGUENI	n=558	(83) 14,9 %	(11,2 - 19,4 95% C.I.)	(13) 2,3 %	(1,3 - 4,0 95% C.I.)
<b>Hodh Chargui</b>		<b>17.10%</b>	<b>14,9 - 19,4</b>	<b>3.00%</b>	<b>2,3 - 3,8</b>
AOUIN	n = 410	(43) 10,5 %	(7,2 - 14,9 95% C.I.)	(6) 1,5 %	(0,6 - 3,5 95% C.I.)
Tintane Tamcheket	n=450	(47) 10,4 %	(6,6 - 16,0 95% C.I.)	(5) 1,1 %	(0,4 - 3,2 95% C.I.)
KOBONI	n = 443	(92) 20,8 %	(16,3 - 26,1 95% C.I.)	(26) 5,9 %	(3,9 - 8,7 95% C.I.)
<b>Hodh Gharbi</b>		<b>13.50%</b>	<b>10,9 - 16,7</b>	<b>2.40%</b>	<b>1,6 - 3,6</b>
KANKOSSA	n = 605	(133) 22,0 %	(17,5 - 27,2 95% C.I.)	(32) 5,3 %	(3,3 - 8,4 95% C.I.)
BARKEOLE	n = 805	(174) 21,6 %	(17,6 - 26,2 95% C.I.)	(40) 5,0 %	(3,6 - 6,8 95% C.I.)
KIFFA-GUEROU-Boumdeid	n = 437	(84) 19,2 %	(13,8 - 26,1 95% C.I.)	(4) 0,9 %	(0,3 - 3,2 95% C.I.)
<b>Assaba</b>		<b>20.50%</b>	<b>17,4 - 24,0</b>	<b>3.10%</b>	<b>2,2 - 4,4</b>
MBOUT-MONGUEL	n = 632	(125) 19,8 %	(13,9 - 27,4 95% C.I.)	(18) 2,8 %	(1,4 - 5,6 95% C.I.)
KAEDI-MAGHAMA	n = 559	(111) 19,9 %	(16,2 - 24,0 95% C.I.)	(10) 1,8 %	(1,0 - 3,2 95% C.I.)
<b>Gorgol</b>		<b>19.80%</b>	<b>16,5 - 23,6</b>	<b>2.30%</b>	<b>1,4 - 3,5</b>
BOGHE-BABABE	n = 482	(96) 19,9 %	(15,2 - 25,6 95% C.I.)	(2) 0,4 %	(0,1 - 1,7 95% C.I.)
ALEG-M.LEHJAR	n = 411	(59) 14,4 %	(10,8 - 18,8 95% C.I.)	(6) 1,5 %	(0,7 - 3,1 95% C.I.)
<b>Brakna</b>		<b>17.10%</b>	<b>14,1 - 20,7</b>	<b>0.90%</b>	<b>0,5 - 1,8</b>
BOUTILLIMIT	n = 296	(22) 7,4 %	(5,2 - 10,6 95% C.I.)	(0) 0,0 %	(0,0 - 0,0 95% C.I.)
ROSSO-RKIZ	n = 367	(37) 10,1 %	(7,1 - 14,2 95% C.I.)	(4) 1,1 %	(0,2 - 5,5 95% C.I.)
<b>Trarza</b>		<b>9.00%</b>	<b>6,9 - 11,5</b>	<b>0.60%</b>	<b>0,1 - 3,1</b>
NORD	n = 540	(52) 9,6 %	(7,2 - 12,7 95% C.I.)	(7) 1,3 %	(0,6 - 2,9 95% C.I.)
NDB	n = 440	(16) 3,6 %	(2,4 - 5,6 95% C.I.)	(1) 0,2 %	(0,0 - 0,0 95% C.I.)
TIJIKJA	n = 439	(88) 20,0 %	(16,2 - 24,6 95% C.I.)	(24) 5,5 %	(3,8 - 7,7 95% C.I.)
MOUDJERIA_TICHIT	n = 444	(70) 15,8 %	(11,9 - 20,6 95% C.I.)	(7) 1,6 %	(0,7 - 3,5 95% C.I.)
<b>Tagant</b>		<b>17.60%</b>	<b>14,8 - 20,8</b>	<b>3.30%</b>	<b>2,2 - 4,7</b>
SEHLIBABY	n = 441	(100) 22,7 %	(17,9 - 28,2 95% C.I.)	(12) 2,7 %	(1,6 - 4,5 95% C.I.)
OULD YENGE	n = 509	(109) 21,4 %	(17,0 - 26,7 95% C.I.)	(17) 3,3 %	(1,9 - 5,9 95% C.I.)
<b>Guidimakha</b>		<b>22.40%</b>	<b>18,7 - 26,5</b>	<b>2.90%</b>	<b>1,9 - 4,2</b>
NKTT NORD	n = 295	(22) 7,5 %	(4,3 - 12,6 95% C.I.)	(0) 0,0 %	(0,0 - 0,0 95% C.I.)
NKTT OUEST	n = 352	(30) 8,5 %	(5,5 - 12,9 95% C.I.)	(2) 0,6 %	(0,1 - 2,4 95% C.I.)
NKTT SUD	n = 450	(31) 6,9 %	(4,5 - 10,3 95% C.I.)	(2) 0,4 %	(0,1 - 1,8 95% C.I.)
<b>Nouakchott</b>		<b>7.40%</b>	<b>5,6 - 9,7</b>	<b>0.30%</b>	<b>0,1 - 0,8</b>
<b>National</b>		<b>14.0%</b>	<b>13.0-15.0</b>	<b>1,9%</b>	<b>1,6-2,2</b>

## B. Prévalence de la Malnutrition chronique

Au niveau national, la prévalence de la malnutrition chronique hausse par rapport à période de soudure de l'année dernière elle est de **21,0%**. Une. Le seuil de 20% correspondant à une situation dite « sérieuse » de malnutrition chronique selon l'OMS est donc franchi. Il existe cependant des disparités selon les Wilayas. Toutes les Wilayas ont enregistré une hausse de leurs prévalences de malnutrition chronique à l'exception de la région du Gorgol, Assaba et la région Nord. Certaines Wilayas, comme le Gorgol, Nouadhibou et Nouakchott ont des prévalences de malnutrition chroniques considérées comme acceptable selon l'OMS car inférieur à 20%. D'autres Wilayas comme

t des prévalences de malnutrition chronique situées entre  
ation dite critique selon l’OMS. Les autres Wilaya sont en  
que avec des prévalences comprises entre 20 et 30%. Au  
sein des Wilayas, des disparités persistent également.

La prévalence de malnutrition chronique sévère s’élève à 4,8% au niveau national. Elle est en hausse par rapport à la période de soudure de l’année dernière où elle était de 3,4%. On observe également des disparités selon les Wilayas. Les Wilayas du Gorgol, de Dakhlet Nouadhibou et de Nouakchott comptent les prévalences les plus faibles avec respectivement 1,7% 2,6% et 2,7%. Les prévalences les plus élevées sont retrouvées dans les Wilayas du Hodh El Chargui, Tagant et Guidimakha et avec respectivement 9,2 6,1 et 5%.

chronique (globale et sévère) selon l'indice Taille-pour-  
des flags SMART au niveau des strates et des flags OMS  
S 2006, chez les enfants de 0 à 59 mois par Moughataa

Zones d'enquête	échantillon	Prévalence Malnutrition Chronique (<-2 z-score)		Prévalence Malnutrition Chronique sévère (<-3 z-score)	
AMOURJ	n = 643	(231) 35,9 %	(31,9 - 40,1 95% C.I.)	(70) 10,9 %	(8,1 - 14,4 95% C.I.)
NEMA WALATA	n = 639	(185) 29,0 %	(23,3 - 35,3 95% C.I.)	(52) 8,1 %	(5,5 - 11,9 95% C.I.)
TIMBEDRA	n = 616	(247) 40,1 %	(35,3 - 45,1 95% C.I.)	(79) 12,8 %	(9,5 - 17,1 95% C.I.)
BASSIKOUNOU	n = 608	(211) 34,7 %	(30,3 - 39,4 95% C.I.)	(47) 7,7 %	(5,2 - 11,3 95% C.I.)
DJIGUENI	n = 599	(133) 22,2 %	(13,6 - 34,0 95% C.I.)	(46) 7,7 %	(4,0 - 14,4 95% C.I.)
H, CHARQI		32.70%	30,2 - 35,3	9.20%	7,9 - 10,8
AOUN	n = 443	(107) 24,2 %	(19,0 - 30,1 95% C.I.)	(25) 5,6 %	(3,7 - 8,6 95% C.I.)
TINTANE	n = 506	(80) 15,8 %	(10,3 - 23,4 95% C.I.)	(6) 1,2 %	(0,6 - 2,5 95% C.I.)
KOBONI	n = 479	(120) 25,1 %	(20,6 - 30,1 95% C.I.)	(26) 5,4 %	(3,6 - 8,1 95% C.I.)
H. GARBI		20.50%	17,1 - 24,4	3.50%	2,6 - 4,7
KANKOSSA	n = 600	(130) 21,7 %	(18,1 - 25,7 95% C.I.)	(31) 5,2 %	(3,3 - 8,1 95% C.I.)
BARKEOLE	n = 824	(238) 28,9 %	(24,1 - 34,1 95% C.I.)	(77) 9,3 %	(7,5 - 11,6 95% C.I.)
KIFFA GUEROU	n = 473	(79) 16,7 %	(12,6 - 21,8 95% C.I.)	(7) 1,5 %	(0,6 - 3,6 95% C.I.)
ASSABA		20.90%	18,2 - 23,9	4.30%	3,2 - 5,8
MBOUT-MONGUEL	n = 639	(87) 13,6 %	(10,1 - 18,2 95% C.I.)	(18) 2,8 %	(1,4 - 5,5 95% C.I.)
KAEDI-MAGHAMA	n = 609	(64) 10,5 %	(7,6 - 14,4 95% C.I.)	(5) 0,8 %	(0,3 - 1,9 95% C.I.)
GORGOL		11.90%	9,6 - 14,6	1.70%	1,0 - 2,9
BOGHE BABABE	n = 524	(80) 15,3 %	(12,3 - 18,8 95% C.I.)	(1) 0,2 %	(0,0 - 1,5 95% C.I.)
ALEG MAKHTAR LEHJAR	n = 455	(129) 28,4 %	(23,3 - 34,0 95% C.I.)	(33) 7,3 %	(4,7 - 10,9 95% C.I.)
BRAKNA		21.70%	18,3 - 25,4	3.50%	2,2 - 5,7
BOUTILLIMIT	n = 331	(80) 24,2 %	(18,1 - 31,5 95% C.I.)	(27) 8,2 %	(4,7 - 13,8 95% C.I.)
ROSSO-RKIZ	n = 418	(65) 15,6 %	(11,8 - 20,3 95% C.I.)	(9) 2,2 %	(1,1 - 4,3 95% C.I.)
TRARZA		19.10%	15,7 - 23,2	4.70%	2,9 - 7,3
NORD	n = 564	(126) 22,3 %	(17,8 - 27,6 95% C.I.)	(29) 5,1 %	(3,6 - 7,4 95% C.I.)
NDB	n = 504	(70) 13,9 %	(10,0 - 19,0 95% C.I.)	(13) 2,6 %	(1,5 - 4,5 95% C.I.)
TIGJIKJA	n = 452	(172) 38,1 %	(31,7 - 44,8 95% C.I.)	(59) 13,1 %	(10,2 - 16,6 95% C.I.)
MOUDJERIA	n = 469	(117) 24,9 %	(19,3 - 31,5 95% C.I.)	(10) 2,1 %	(1,0 - 4,5 95% C.I.)
TAGANT		30.50%	26,0 - 35,4	6.70%	4,8 - 9,3
SEHLIBABY	n = 463	(101) 21,8 %	(16,4 - 28,4 95% C.I.)	(22) 4,8 %	(2,9 - 7,7 95% C.I.)
OULD YENGE	n = 560	(125) 22,3 %	(17,6 - 27,9 95% C.I.)	(31) 5,5 %	(4,0 - 7,6 95% C.I.)
GUIDIMAKHA		21.90%	17,8 - 26,8	5.00%	3,5 - 7,0
NKTT NORD	n = 294	(37) 12,6 %	(9,0 - 17,3 95% C.I.)	(6) 2,0 %	(1,0 - 4,2 95% C.I.)
NKTT OUEST	n = 377	(59) 15,6 %	(10,7 - 22,4 95% C.I.)	(8) 2,1 %	(0,9 - 4,7 95% C.I.)
NKTT SUD	n = 491	(108) 22,0 %	(17,0 - 28,0 95% C.I.)	(18) 3,7 %	(2,5 - 5,4 95% C.I.)
NOUACHOTT		17.20%	14,3 - 20,6	2.70%	2,0 - 3,7
NATIONAL		21.0%	19,8 - 22,3	4.80%	4,3 - 5,3

### C. Prévalence de l'Insuffisance pondérale

La prévalence de l'insuffisance pondérale au niveau national s'élève à **20,4%**. Elle est en hausse par rapport à la période de soudure de l'année dernière où elle était de 14,6%. Le seuil des 20% traduisant une situation dite « critique » d'insuffisance pondérale selon l'OMS est franchi cette année. La prévalence de l'insuffisance pondérale sévère en Mauritanie est de 3,7%. Elle est en hausse par rapport à la période de soudure de l'année dernière où elle était de 1,9%.

Toutes les Wilayas sauf la Wilayas du Nord et Dakhlet Nouadhibou ont connu une hausse de leurs prévalences d'insuffisance pondérale par rapport à l'année dernière à la même époque. Le Tagant

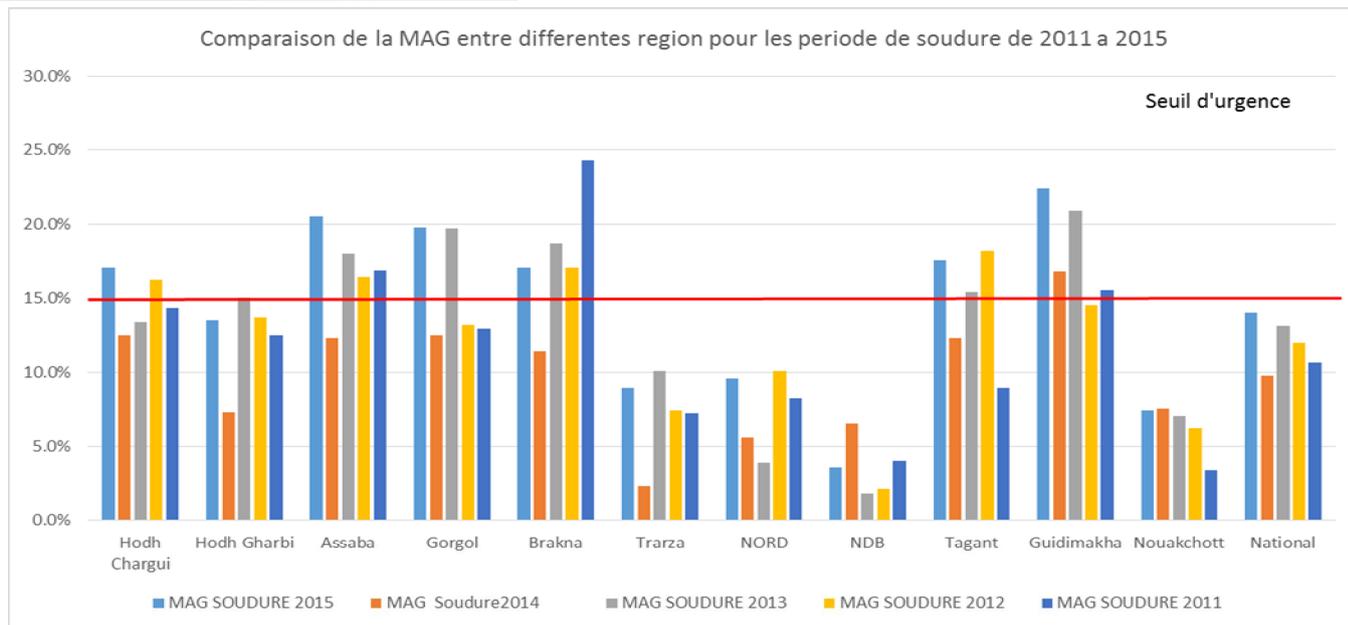
sance pondérale selon l’OMS (> 30%) avec près de 32,3%  
dérale. Le Guidimakha et le Hodh El Chargui avec des  
lérale est à la limite du seuil. Brakna, Assaba et Hodh El

Gharbi sont en situation dite « critique » d’insuffisance pondérale avec des prévalences comprises entre 20 et 30%. Les autres Wilayas sont en situation dite « sérieuse » avec des prévalences comprises entre 10 et 20%. Cette année, seule la région de Dakhlet Nouadhibou compte une prévalence d’insuffisance pondérale inférieure au seuil d’acceptabilité de l’OMS de 10%. Les disparités inter-régionales sont moins marquées pour l’insuffisance pondérale que pour les autres indicateurs de malnutrition.

**Tableau 4 : Prévalence de l’insuffisance pondérale (globale et sévère) selon l’indice Poids-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags SMART au niveau des strates et des flags OMS au niveau national), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 0 à 59 mois par Moughataa, Juin 2015**

Zones d’enquête	Echantillon	Prévalence d’insuffisance pondérale globale		Prévalence d’insuffisance pondérale sévère	
AMOURJ	n = 634	(283) 44,6 %	(39,6 - 49,8 95% C.I.)	(94) 14,8 %	(11,4 - 19,1 95% C.I.)
NEMA WALATA	n = 641	(185) 28,9 %	(23,0 - 35,5 95% C.I.)	(43) 6,7 %	(4,8 - 9,3 95% C.I.)
TIMBEDRA	n = 638	(210) 32,9 %	(28,0 - 38,2 95% C.I.)	(61) 9,6 %	(6,8 - 13,3 95% C.I.)
BASSIKOUNOU	n = 615	(113) 18,4 %	(13,8 - 24,1 95% C.I.)	(21) 3,4 %	(2,1 - 5,4 95% C.I.)
DJIGUENI	n = 603	(135) 22,4 %	(16,3 - 30,0 95% C.I.)	(25) 4,1 %	(2,2 - 7,8 95% C.I.)
<b>Hodh el Chargui</b>		<b>29.70%</b>	<b>26,9 - 32,7</b>	<b>7.80%</b>	<b>6,5 - 9,2</b>
AOUN	n = 445	(68) 15,3 %	(12,1 - 19,1 95% C.I.)	(11) 2,5 %	(1,4 - 4,2 95% C.I.)
TINTANE	n = 505	(90) 17,8 %	(11,3 - 27,0 95% C.I.)	(7) 1,4 %	(0,6 - 3,1 95% C.I.)
KOBONI	n = 484	(145) 30,0 %	(26,1 - 34,1 95% C.I.)	(32) 6,6 %	(4,5 - 9,6 95% C.I.)
<b>Hodh el Gharbi</b>		<b>21.20%</b>	<b>17,4 - 25,4</b>	<b>3.30%</b>	<b>2,4 - 4,6</b>
KANKOSSA	n = 604	(172) 28,5 %	(23,5 - 34,0 95% C.I.)	(48) 7,9 %	(5,7 - 11,0 95% C.I.)
BARKEOLE	n = 857	(274) 32,0 %	(28,3 - 35,8 95% C.I.)	(70) 8,2 %	(6,0 - 11,0 95% C.I.)
KIFFA GUEROU-Boumdeid	n = 474	(118) 24,9 %	(18,8 - 32,2 95% C.I.)	(11) 2,3 %	(1,1 - 4,8 95% C.I.)
<b>Assaba</b>		<b>27.60%</b>	<b>24,2 - 31,3</b>	<b>5.20%</b>	<b>3,9 - 6,8</b>
MBOU - MONGUEL	n = 649	(106) 16,3 %	(12,1 - 21,7 95% C.I.)	(24) 3,7 %	(2,0 - 6,6 95% C.I.)
KAEDI-MAGHAMA	n = 609	(118) 19,4 %	(15,4 - 24,1 95% C.I.)	(14) 2,3 %	(1,1 - 4,6 95% C.I.)
<b>Gorgol</b>		<b>18.10%</b>	<b>15,1 - 21,4</b>	<b>2.90%</b>	<b>1,9 - 4,5</b>
BOGHE BABABE-Mbagne	n = 524	(117) 22,3 %	(17,8 - 27,7 95% C.I.)	(1) 0,2 %	(0,0 - 1,5 95% C.I.)
ALEG MAGHTA LEHJAR	n = 455	(116) 25,5 %	(20,4 - 31,3 95% C.I.)	(21) 4,6 %	(2,8 - 7,5 95% C.I.)
<b>Brakna</b>		<b>23.90%</b>	<b>20,6 - 27,6</b>	<b>2.40%</b>	<b>1,5 - 3,9</b>
BOUTILLIMIT	n = 336	(53) 15,8 %	(12,2 - 20,1 95% C.I.)	(13) 3,9 %	(2,5 - 6,0 95% C.I.)
ROSSO-RKIZ	n = 420	(67) 16,0 %	(12,6 - 19,9 95% C.I.)	(7) 1,7 %	(0,8 - 3,3 95% C.I.)
Trarza		15.80%	13,4 - 18,5	2.50%	1,7 - 3,6
NORD	n = 581	(104) 17,9 %	(14,2 - 22,3 95% C.I.)	(11) 1,9 %	(1,0 - 3,6 95% C.I.)
NDB	n = 504	(45) 8,9 %	(6,0 - 13,1 95% C.I.)	(4) 0,8 %	(0,2 - 2,6 95% C.I.)
TIGJIKJA	n = 460	(179) 38,9 %	(33,4 - 44,8 95% C.I.)	(55) 12,0 %	(9,6 - 14,8 95% C.I.)
MOUDJERIA	n = 468	(128) 27,4 %	(22,5 - 32,9 95% C.I.)	(13) 2,8 %	(1,4 - 5,4 95% C.I.)
<b>Tagant</b>		<b>32.30%</b>	<b>28,4 - 36,4</b>	<b>6.60%</b>	<b>4,9 - 8,9</b>
SEHLIBABY	n = 461	(134) 29,1 %	(23,3 - 35,7 95% C.I.)	(25) 5,4 %	(3,6 - 8,1 95% C.I.)
OULD YENGE	n = 558	(177) 31,7 %	(27,4 - 36,4 95% C.I.)	(30) 5,4 %	(3,6 - 8,0 95% C.I.)
<b>Guidimakha</b>		<b>29.70%</b>	<b>25,4 - 34,5</b>	<b>5.40%</b>	<b>4,0 - 7,3</b>
NKTT NORD	n = 294	(20) 6,8 %	(3,8 - 12,0 95% C.I.)	(0) 0,0 %	(0,0 - 0,0 95% C.I.)
NKTT OUEST	n = 377	(56) 14,9 %	(9,9 - 21,7 95% C.I.)	(7) 1,9 %	(0,7 - 5,0 95% C.I.)
NKTT SUD	n = 491	(61) 12,4 %	(9,9 - 15,4 95% C.I.)	(5) 1,0 %	(0,4 - 2,8 95% C.I.)
Nouakchott		10.70%	8,7 - 13,1	0.80%	0,4 - 1,6
<b>NATIONAL</b>		<b>20.40%</b>	<b>19,2 - 21,6</b>	<b>3.70%</b>	<b>3,3 - 4,1</b>

## Nutrition aigüe globale de 2011 à 2015 la malnutrition aigüe globale selon l'indice Poids-pour-



La comparaison des taux de malnutrition aigüe de 2011 à 2015 en période de soudure, montre une cyclicité des crises nutritionnelles intervenant tous les deux ans et touchant les mêmes Wilayas du Sud et du Sud Est du Pays (HEC, HEG, Assaba, Brakna, Gorgol, Guidimakha et le Tagant).

### E- Analyse des prévalences de malnutrition aigüe par tranche d'Age

Tableau 4 : Prévalence de la malnutrition aigüe des enfants de 6 à 59 mois par tranche d'âge juin 2015

Groupe Age en mois	Prévalence de la malnutrition sévère (<-3 z-score et/ou œdèmes)		Prévalence de la malnutrition globale (<-2 z-score et/ou œdèmes)	
	%	Intervalle	%	Intervalle
(6-17)	3.00%	2,4 - 3,6	15.80%	14,2 - 17,6
(18-29)	1.90%	1,4 - 2,5	15.00%	13,3 - 16,8
(30-41)	1.40%	1,0 - 1,9	12.50%	11,1 - 14,2
(42-53)	1.50%	1,0 - 2,1	12.30%	10,8 - 14,1
(54-59)	0.90%	0,5 - 1,6	12.60%	10,3 - 15,3
<b>Total</b>	<b>1.90%</b>	<b>1,6 - 2,2</b>	<b>14.00%</b>	<b>13,0 - 15,0</b>

Les enfants les plus jeunes sont les plus touchées par la malnutrition aigüe sévère, surtout la tranche 6-17 mois.

Compte tenu de l'importance des besoins dans certaines Moughataas, nous recommandons que des mesures immédiates soient prises.

### F- le taux de décès rétrospectifs d'enfants de moins de cinq ans pour 10000

Le taux brut de décès pour 100000 par jour n'atteint pas le seuil d'urgence suivant la classification de l'OMS. Ce taux au niveau national est de 0.32 enfant par 10000 par jours pour les 6 derniers mois. Le

Amourj et d'Amourj avec respectivement  
e moins de 5 ans pour 10000 enfants par jour durant les 6

Tableau 4 : Le taux brut de décès pour 10 000 personne par jour ; juin 2015

Zones d'enquête	Les taux brutes de mortalité par 10,000 personnes/jour	Les taux brutes de mortalité par 10,000 personnes/jour
	enfant de moins de 5 ans	Population Générale
NEMA-WALATA	0,26 (0,08-0,83)	0,09 (0,03-0,24)
AMOURJ	1,25 (0,74-2,09)	1,04 (0,73-1,47)
TIMBEDRA	0,09 (0,01-0,74)	0,04 (0,01-0,15)
BASSIKOUNOU	0,18 (0,04-0,74)	0,67 (0,49-0,91)
DJIGUENI	1,61 (1,04-2,49)	0,85 (0,68-1,07)
Hodh Chargui	0,67 (0,48-0,94)	0,54 (0,43-0,67)
AOUIN	0,26 (0,06-1,08)	1,27 (0,99-1,64)
Tintane Tamcheket	0,11 (0,01-0,92)	0,34 (0,19-0,61)
KOBONI	0,30 (0,09-0,94)	0,39 (0,23-0,66)
Hodh Gharbi	0,23 (0,10-0,50)	0,65 (0,50-0,84)
KANKOSSA	0,09 (0,01-0,68)	0,10 (0,03-0,33)
BARKEOLE	0,06 (0,01-0,46)	0,04 (0,01-0,19)
KIFFA-GUEROU-Boumdeid	0,85 (0,18-3,75)	0,33 (0,17-0,64)
Assaba	0,26 (0,07-0,90)	0,16 (0,09-0,29)
MBOUJ-MONGUEL	0,35 (0,13-0,89)	0,22 (0,13-0,38)
KAEDI-MAGHAMA	0,18 (0,02-1,37)	0,09 (0,04-0,25)
Gorgol	0,27 (0,11-0,65)	0,15 (0,09-0,25)
BOGHE-BABABE	0,22 (0,05-0,92)	0,40 (0,28-0,56)
ALEG-M.LEHJAR	0,24 (0,06-1,00)	0,08 (0,02-0,28)
Brakna	0,23 (0,09-0,61)	0,24 (0,16-0,36)
BOUTILLIMIT	0,00 (0,00-0,00)	0,03 (0,00-0,21)
ROSSO-RKIZ	0,00 (0,00-0,00)	0,02 (0,00-0,18)
Trarza	0,00 (0,00-0,00)	0,02 (0,01-0,10)
NORD	0,10 (0,01-0,76)	0,57 (0,35-0,91)
NDB	0,00 (0,00-0,00)	0,29 (0,16-0,51)
TIJIKJA	0,23 (0,05-0,94)	0,21 (0,07-0,67)
MOUDJERIA_TICHIT	0,12 (0,02-0,94)	0,33 (0,16-0,70)
Tagant	0,17 (0,06-0,54)	0,20 (0,10-0,39)
SEHLIBABY	0,95 (0,41-2,16)	0,32 (0,22-0,46)
OULD YENGE	0,20 (0,05-0,80)	0,22 (0,13-0,38)
Guidimakha	0,54 (0,26-1,09)	0,27 (0,20-0,37)
NKTT NORD	0,35 (0,09-1,31)	0,11 (0,03-0,34)
NKTT OUEST	0,00 (0,00-0,00)	0,04 (0,00-0,29)
NKTT SUD	0,00 (0,00-0,00)	0,11 (0,02-0,53)
Nouakchott	0,10 (0,02-0,38)	0,09 (0,04-0,21)
National	0,29 (0,20-0,42)	0,32 (0,28-0,38)

### Conclusions et recommandations préliminaires:

Les résultats de cette enquête révèle une situation très préoccupante voir alarmant dans des nombreuses zones du pays. Nous constatons une hausse de la prévalence de toutes les formes de malnutrition par rapport à la période de soudure de l'année dernière.

La prévalence de malnutrition aigüe globale au niveau national traduit une situation critique suivant la classification de l'OMS. Six Wilayas sont en situation d'urgence au vue de leurs prévalences de MAG (> 15%) et doivent faire l'objet d'interventions particulières et rapides. Au sein même des Wilayas, l'accent doit être mis sur les zones qui comptent les prévalences de MAG supérieures à

portent des prévalences qui dépassent même les 20%. Les zones d'enquête comme Amourj dans le Hodh El Chargui, et le Hodh El Gharbi, les prévalences de malnutrition aiguë sévère sont de 7,8 5,9 et 5,5% respectivement. L'insuffisance pondérale suit les mêmes tendances avec une intensité moins importante.

Les Wilayas et les Moughataa les plus touchées à savoir Hodh El Chargui, Hodh El Gharbi Assaba, Gorgol, Brakna, Tagant et Guidimakha doivent bénéficier d'une intervention urgente afin de réduire la prévalence de MAG. Cependant au-delà de l'urgence, des interventions à moyen et long terme doivent être mené pour aider à la résilience des populations afin de faire face aux évènements conduisant à de telles situations. La difficulté d'accès, voir même l'inaccessibilité à l'eau potable notamment en période de soudure à était relevée dans les zones d'enquêtes comportant les prévalences les plus élevées de MAG. L'hygiène et l'assainissement doivent également être pris en compte.

- Renforcer le programme de prise en charge thérapeutique des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère dans les zones les plus touchées.
- Organiser une mission d'évaluation rapide des besoins dans les Moughataas les plus touchées par les MAS
- Organiser des activités mobiles de dépistage et de prise en charge de la malnutrition dans toutes les Moughataas ayant une prévalence supérieure de malnutrition aiguë globale à 15%
- Mettre en place un programme de distribution « Blanket feeding » ciblant les enfants de 6-24 mois voire 36 mois si les ressources le permettent dans les Moughataas avec un MAG > 15%.
- Faire une évaluation rapide de la disponibilité alimentaire au niveau des ménages, suivis d'une distribution alimentaire générale pour la population vulnérable
- Mettre en place les programmes de prise en charge de la MAM dans les Moughataa en situation critique voir en urgence
- Mettre en place une coordination des partenaires du secteur de la nutrition pour la préparation et l'exécution d'un Plan de réponse Urgence Nutrition
- Organiser des campagnes de dépistage actif et le suivi des enfants malnutris par des relais communautaires en collaboration avec les ONG
- Mettre en place un système de référence et contre référence des malnutris
- Renforcer la qualité des soins pour les MAS dans les structures de santé et mettre en place une équipe de suivi et de supervision du programme PCIMA
- Intégrer des interventions sensibles à la nutrition telles que la santé et l'eau, l'hygiène et l'assainissement pour réduire la fréquence des pathologies infantiles dans l'ensemble des Wilayas touchées
- Assurer que les programmes de prévention de la malnutrition et la mise à l'échelle des interventions de promotion des PFE sont intégrées dans les CRENI/CRENIs et au niveau villages
- Renforcer la résilience des populations par la mise en place des filets sociaux.
- Mettre en place, en urgence un paquet intégré de traitement, de contrôle et de prévention de la malnutrition aiguë ciblant les 03 moughataas d'Amourj (HEC) de Kobonni (HEG) et de Tidjikdja (Tagant).