ACCION CONTRA EL HAMBRE
ACF INTERNATIONAL

EFFETS DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA SUR LE SECTEUR DE LA NUTRITION

© Susana Vera / Acción contra el Hambre.

La maladie à virus Ébola a durement frappé la Guinée, surtout pendant le deuxième semestre de l'année 2014. Plusieurs secteurs ont été affectés, notamment la sécurité alimentaire et le secteur de la santé, présentant un niveau déjà faible et qui a été complétement anéanti. Malgré l'absence de données quantitatives, tout fait penser qu'il y aura un impact sur la situation nutritionnelle dans tout le pays. L'étude présentée analyse les possibles effets de la maladie à virus Ébola sur les activités de nutrition dans la Région de Labé, en analysant l'évolution mensuelle de deux variables : a) le nombre d'admissions et aussi la disponibilité de la communauté pour participer aux activités nutritionnelles dans la communauté.

Évaluation des possibles conséquences de la maladie à virus Ébola sur les activités nutritionnelles, dans les structures de santé et dans la communauté, Région de Labé.

MARS 2015

Abréviations:

AC — Agents Communautaires.

ACF-E — Action contre la Faim Espagne.

CRENAS — Centre d´Apprentissage et Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris sévères.

CRENIC — Centre d´Apprentissage et Réhabilitation Nutritionnelle à l´Interne

MAS — Malnutrition Aigüe Sévère.

SMART — Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions.

CONTENU

PAG

1. INTRODUCTION 4

- Justification du travail 4
- Antécédents d´ACF en Guinée 4
- Description du contexte 4
  - GUINÉE 4
  - NUTRITION-SANTÉ 5
  - EBOLA 5

2. OBJECTIF DE L´ÉTUDE 8

3. MÉTHODOLOGIE 8

4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE 12

- Possibles conséquences de la maladie à virus Ebola sur le volet santé de la nutrition 12
  - DANS LES CRENAS 12
  - DANS LES CRENI 14
- Possibles conséquences de la maladie à virus Ebola sur le volet communautaire de la nutrition 15
  - NOMBRE D´AGENTS COMMUNAUTAIRES ACTIFS 15
  - DÉMONSTRATIONS CULINAIRES 16
  - SÉANCES DE SENSIBILISATION ET NOMBRE D'ASSISTANT(E)S 19

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 22

BIBLIOGRAPHIE 23

1. INTRODUCTION

Justification du travail

La bibliographie consultée fait état de l'absence d'information quantitative et concrète par rapport à la situation nutritionnelle depuis le début de l'épidémie. Il est évident que la maladie à virus Ébola a contribué à modifier non seulement la perception de la population du système sanitaire mais aussi toute la structure communautaire, principalement dans les zones touchées mais également dans les zones non affectées. Un bon fonctionnement du système de santé ainsi qu'une implication totale de la communauté sont des éléments clé pour assurer avec succès une prise en charge intégrée de la malnutrition. Une analyse des possibles effets que la maladie a eus sur les activités nutritionnelles pourrait apporter une vision plus claire de la situation actuelle dans le secteur et aussi pourrait soulever des éléments de réflexion pour contribuer à définir des stratégies et actions liées à la nutrition plus efficients et mieux adaptés au contexte.

Antécédents d´ACF en Guinée

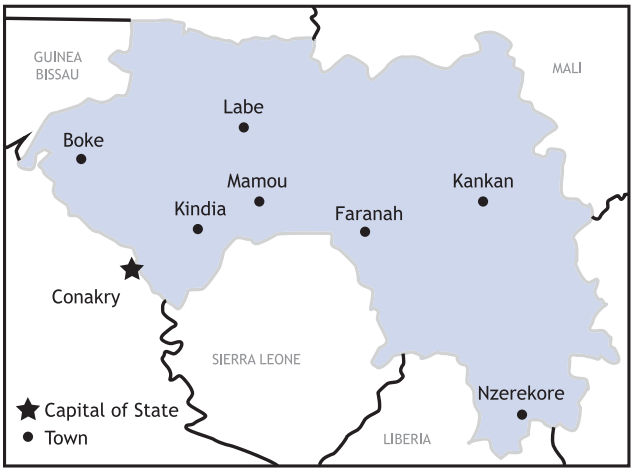
ACF-E est présente en Guinée depuis 1995, dans les secteurs de la nutrition, la sécurité alimentaire et l'eau, l'hygiène et l'assainissement. C'est une ONG reconnue dans le pays par les autorités administratives et sanitaires.

ACF-E a mis en œuvre en 2013 une intervention nutritionnelle dans 63 structures de la Région de Labé, en augmentant le nombre à 73 pendant l'année 2014 (5 hôpitaux, 34 centres et 34 postes de santé), structures ciblées en fonction de l'accessibilité et l'affluence de patients.

Description du contexte

GUINÉE

La Guinée est un pays situé en Afrique de l'Ouest, plus concrètement sur la côte Atlantique. Elle est entourée du Sénégal, du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Liberia, de la Sierra Leone et de l'Océan.



Le pays est divisé en 4 zones géographiques: la Guinée maritime ou zone côtière, la Moyenne Guinée ou zone montagneuse, la Haute Guinée, une zone de savane et la Guinée forestière, au sud, zone de forêts. Du point de vue administratif elle est divisée en sept régions.

On estime que la population de la Guinée était de 10,5 millions en 2012[1]. Un peu plus de 2 Guinéens sur 3 vivent en milieu rural (presque 68% de la population) et la moitié de la population urbaine (1.800.000 habitants) habite à Conakry[2], la capitale. Malgré ses forts potentiels agricoles et miniers, la Guinée est toujours un pays pauvre confronté à une situation économique difficile et régulièrement secoué par des tensions sociopolitiques. Les protestations sociales et politiques se sont accélérées depuis 2004 tant en mouvements qu'en ampleur, et la capitale Conakry a toujours été l'épicentre de ces mouvements. Les crises sont systématiquement accompagnées de répression armée, de manifestations, de répressions de la part des forces de sécurité, de coups d'état, de massacres comme celui perpétré à Conakry le 28 septembre 2009, etc. Selon UNFPA dans son rapport de l'Etat de la population mondiale 2013, 44% des femmes en Guinée ont leur premier enfant avant l'âge de 18 ans et une fille sur 10 a un enfant avant l'âge de 15 ans. Concernant le taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans, il est de 127/1000 selon la même source.

[1] State of the World Population, UNFPA 2012 http://www.unfpa.org/swp
[2] Cadrage macroéconomique, Comptabilité Nationale, Ministère du plan et de la promotion du secteur privée, 2008.

La Région de Labé est une subdivision administrative située au nord de la Guinée, dans la moyenne Guinée. C'est une région entaillée de vallées, de plaines et de dépressions intérieures. Le climat tropical est modifié en microclimat de montagne. Les précipitations ne sont pas si abondantes et elle est la Région la plus pauvre du point de vue agricole. Elle est composée de 5 préfectures : Koubia, Labé, Lélouma, Mali et Tougué. La population est d'environ 1.200.000 personnes.

NUTRITION-SANTÉ

Le système de Santé est décentralisé. Chaque Région dispose d'une Direction Régionale de la Santé qui coordonne les différentes Directions Préfectorales de la Santé, responsables au niveau du district. Chaque district dispose d'un hôpital préfectoral et de plusieurs centres et postes de santé. Il faut noter que le système de santé est en sous-financement

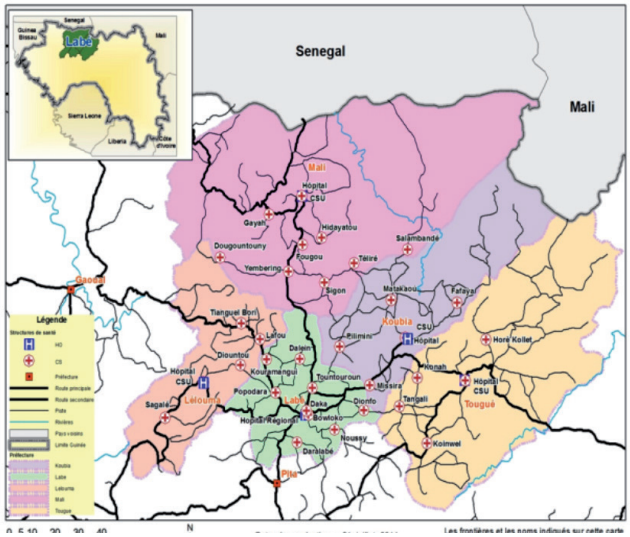


Figure 2 : Carte sanitaire, Labé, Source : ACF.

chronique et que le personnel de santé est payé en fonction des recettes générées grâce aux patients.

Le système de santé à Labé est structuré comme suit : chaque district (5) est coordonné par la Direction Préfectorale de la Santé, qui a, en amont, une Direction Régionale de la Santé. Chaque district a un hôpital Préfectoral (5) et un centre de santé par sous-préfecture, chacun avec plusieurs postes associés. Labé a un total de 58 centres. De la même façon qu'au niveau national, le sous-financement chronique ainsi que le manque de ressources humaines est une problématique présente dans la Région.

En matière de sécurité alimentaire, la situation des familles guinéennes se caractérise par une dégradation continuelle au cours de ces dernières années. En effet, selon une enquête sur la sécurité alimentaire réalisée par le PAM en 2005, 16% des familles rurales se trouvaient en situation d'insécurité alimentaire. La même enquête réalisée quatre ans plus tard (Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire, PAM, Août 2009) faisait ressortir que le nombre de familles rurales en situation d'insécurité alimentaire avait doublé (32%) et finalement, en 2012, une nouvelle enquête nous révèle que la situation se détériore à partir de 2009. Même si l'insécurité alimentaire sévère est réduite, l'insécurité alimentaire a augmenté. Au moment de l'enquête, 3.5 millions de ménages du pays étaient en situation d'insécurité alimentaire (ENSAV 2012).

Quant à la sécurité alimentaire dans la Région, selon l'enquête ENSAV 2012, la majorité des ménages cultive de petites superficies (inférieures à un hectare), et les ménages sont très dépendants du marché. Ainsi, par exemple à Koubia et Labé, les Préfectures les plus touchées par l'insécurité alimentaire, affectent plus de 75% de leurs dépenses à l'alimentation, ce qui confirme le problème d'accès à la nourriture.

EBOLA

L'épidémie à virus Ébola a touché la Guinée pendant l'année 2014, le pic maximum étant entre les mois d'août et de décembre (voir graphique 1). Cela entraine plusieurs risques/effets au niveau de différents secteurs comme la santé et la sécurité alimentaire, détaillés ci-dessous.

Quant au secteur de la santé, le système, déjà fragile, a collapsé. Selon le rapport ACAPS, 6% des structures ont été fermées (en Guinée Forestière et Coyah), dû au manque de personnel de santé qui s'absente du travail par peur de la maladie. Cela diminue les capacités du système de santé et joue un rôle important dans la confiance que porte la population aux services sanitaires (32% déclarent dangereux le fait de se rendre dans les structures

dans les zones où la maladie a été contrôlée et 49% dans les zones non contrôlées). Le résultat est une forte diminution de la fréquentation des structures sanitaires ce qui entraine une augmentation de la vulnérabilité de la population en ce qui concerne la maladie . Le tableau 1 reflète la situation en chiffres.

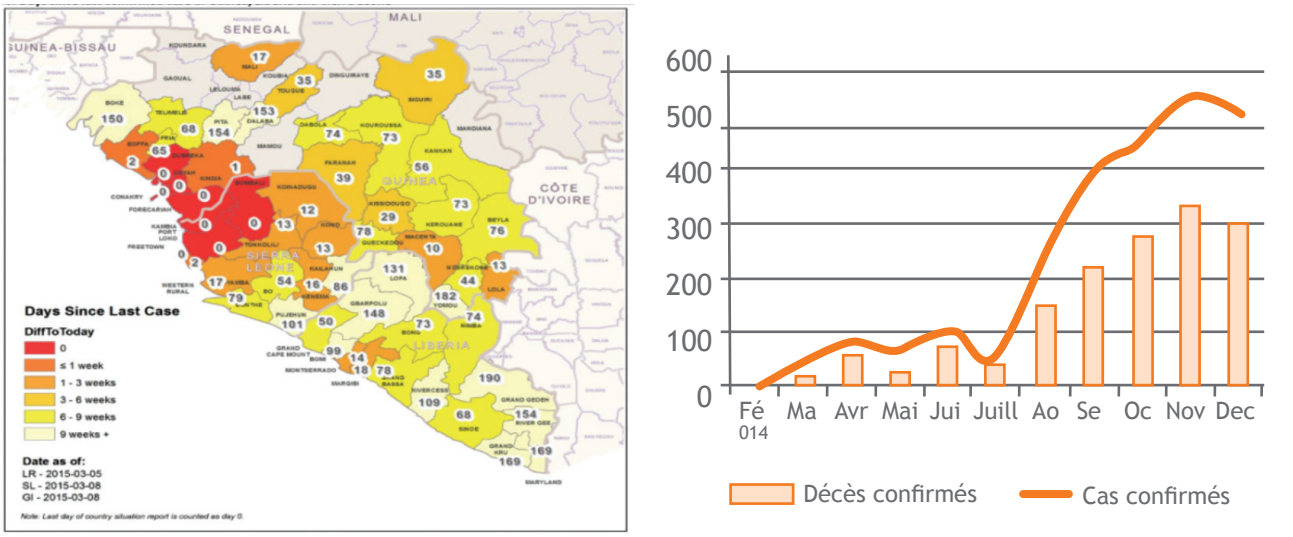


Figure 3: Carte sitrep 11 mars 2015, nombre de jours depuis le dernier cas d'Ebola. La Région de Labé n´a pas été affectée par l'épidémie pendant la période d'analyse de 154 jours. Graphique 1 : évolution du nombre de cas confirmés et de décès confirmés par mois au niveau national, année 2014. Source SITREP 302.

Quant au secteur de la santé, le système, déjà fragile, a collapsé. Selon le rapport ACAPS, 6% des structures ont été fermées (en Guinée Forestière et Coyah), dû au manque de personnel de santé qui s'absente du travail par peur de la maladie. Cela diminue les capacités du système de santé et joue un rôle important dans la confiance que porte la population aux services sanitaires (32% déclarent dangereux le fait de se rendre dans les structures dans les zones où la maladie a été contrôlée et 49% dans les zones non contrôlées). Le résultat est une forte diminution de la fréquentation des structures sanitaires ce qui entraine une augmentation de la vulnérabilité de la population en ce qui concerne la maladie[3]. Le tableau 1 reflète la situation en chiffres.

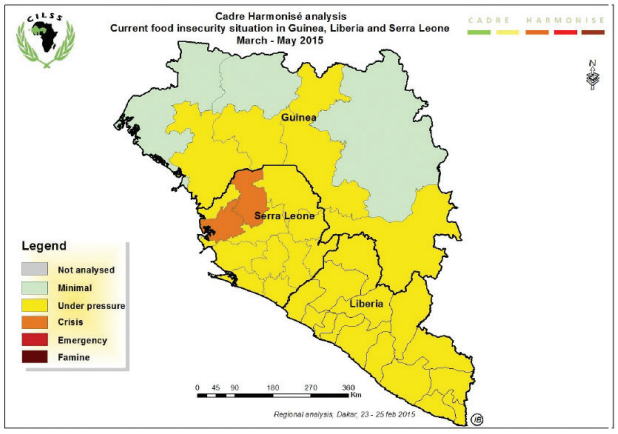
Indicateur	Période		% Diminution entre périodes
	Jan-Ao 2013	Jan-Ao 2014	
Consultations	2.939.800	1.224.689	58
Soins primaires	44.800	39.657	11
Vaccinations	224.000	157.432	30
Hospitalisation	71.052	32.879	54
Section des césariens	11.060	9.345	16

Tableau 1: Impact de la maladie à virus Ébola sur l'utilisation des services sanitaires pour la guinée. Elaboration avec information du Health Nutrition and Water, Sanitation and Hygiene Thematic Working Group, WHO and World Bank. Geneva 26-30 January 2015.

[3] Les chiffres de couverture de vaccination pour la rougeole sont tombés en dessous de 10%. Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola, Saki Takahashi1, C. Jessica E. Metcalf, Science 13 March 2015: Vol. 347 no. 6227 pp. 1240-1242.

Pour la sécurité alimentaire, l'enquête rapide menée par le Ministère de l'Agriculture, le PAM et la FAO entre octobre et novembre 2014, montre aussi les effets de la maladie à virus Ébola sur la Sécurité Alimentaire. Dans les zones affectées, la production agricole a souffert d'une pénurie de main d'œuvre pendant la période de croissance et la période de récolte. Il apparaît que les productions connaîtront une baisse au niveau national de l'ordre de 4% pour le maïs et le riz et que la production serait presque nulle pour le manioc. Cela a un impact sur la situation au niveau des ménages avec le risque de dégradation de la situation nutritionnelle de la population, spécialement des groupes déjà les plus vulnérables, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

Selon l'analyse Régionale de l'insécurité alimentaire, à Labé l'insécurité alimentaire est minime en février-mars 2015 mais par contre, les projections disent que la situation deviendra pire en période de soudure.



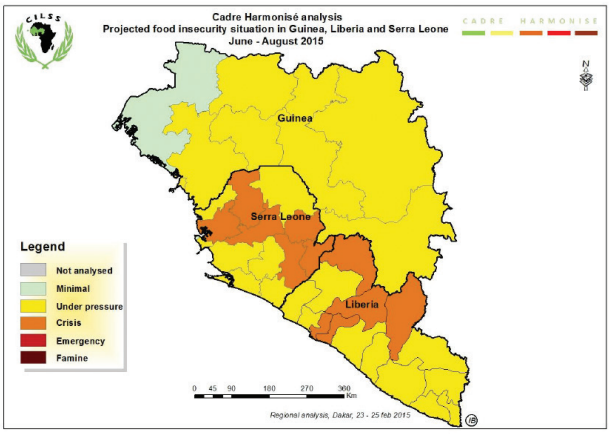


Figure 4: Situation d'insécurité alimentaire en Guinée, Sierra Leone et Liberia (mars-mai 2015). Source: CILSS.
Figure 5: Projection de l'insécurité alimentaire en Guinée, Sierra Leone et Liberia (juin-aout 2015). Source: CILSS.

Il faut noter que la situation nutritionnelle était déjà préoccupante avant le début de l'épidémie, au niveau national, et également dans la Région de Labé. L'enquête nutritionnelle SMART menée pendant les années 2011-2012 par UNICEF et le Ministère de la Santé avait placé Labé comme la zone la plus touchée par la malnutrition, après la capitale, Conakry. Le taux de malnutrition globale a été estimé à 5.8% dans la Région (0,7% de malnutrition aigüe sévère), sachant que la moyenne nationale a été estimée à 5% et tenant en compte que l'enquête a été réalisée dans une période où la pénurie alimentaire n'est pas la plus forte. En ce qui concerne la malnutrition chronique, elle atteint 40.1%, alors que la moyenne nationale était de 34.5%. Même si il n'y a pas d'information actualisée sur la situation nutritionnelle, cela nous fait penser qu'elle sera affectée également.

2. OBJECTIF DE L´ÉTUDE

Le but de l'étude est d'analyser les possibles conséquences de la maladie à virus Ébola sur les activités nutritionnelles (dans les structures de santé et dans la communauté) dans la Région de Labé.

3. MÉTHODOLOGIE

Le document présenté est une étude descriptive-linéale qui analyse l'évolution par mois de deux variables en ce qui concerne la nutrition, le nombre d'admissions d'enfants malnutris dans les structures de santé et la disponibilité de la communauté pour la participation aux activités nutritionnelles, en tenant en compte les facteurs (hors et liés à la maladie à virus Ébola) qui pourraient les influencer (voir tableau 2). La période d'analyse est comprise entre les mois de janvier et décembre 2014.

Variables		Commentaires
Facteurs qui pourraient avoir une influence sur le nombre d'admissions des enfants malnutris dans les structures de santé (CRENAS, CRENI).	Période de soudure	juin, juillet, août. On s'attend à une augmentation du nombre des enfants malnutris dans la communauté et donc, à une augmentation du nombre d'enfants admis en centres de santé.
	Saison des pluies	juin-novembre. On s'attend surtout en août, le mois avec le plus de pluies, à une augmentation du nombre de cas de malnutrition en relation avec les maladies liées à l'eau.
	Disponibilité dans les structures intrants nutritionnels	En cas de rupture des intrants normalement on enregistre un nombre inferieur d'admissions et aussi une augmentation du nombre d'abandons. Il faut noter que pendant la période analysée, on n'a pas eu de ruptures significatives.
	Ramadan	On pourrait s'attendre à un nombre inferieur d'admissions dû aux occupations religieuses.

Variables		Commentaires
Facteurs qui pourraient avoir une influence sur la disponibilité de la communauté à participer aux activités nutritionnelles.	Alarme sociale et perte de confiance dans les structures de santé due à la maladie Ebola dans le pays	On s'attend à ce que, même si Labé n'a pas été touchée par l'épidémie, l'alarme sociale diminue aussi la confiance dans les structures et le nombre d'admissions pourrait être modifié à la baisse. Tenons en compte que d'août à décembre le nombre de cas augmente et c'est le pic maximum de l'épidémie.
	Préparation du champ	Les mois d'avril et mai, la préparation du champ occupe particulièrement les femmes, ce qui nous laisse penser à une disponibilité inferieure pour participer aux activités communautaires.
	Récolte	Pendant la récolte, on pourrait penser que la population est moins disponible car elle est occupée à travailler au champ.
	Nombre d'agents communautaires actifs	En principe, on peut penser qu'avec plus d'agents communautaires actifs, on aura plus d'activités communautaires (dépistage, sensibilisation, démonstrations culinaires) et plus d'enfants référés aux structures de santé. Un facteur important à considérer est la constitution d'un Comité de Crise Ébola, à partir d'août ce qui nous laisse supposer une occupation complète des agents de santé communautaires aux activités de prévention et donc une diminution du nombre d'agents communautaires actifs dans les activités nutritionnelles. Le nombre de suivis de contacts pourrait aussi influencer le nombre d'agents communautaires actifs dans les activités de nutrition.
	Alarme sociale et peur de la maladie Ebola	On pense que la peur de se regrouper peut jouer sur le nombre d'activités communautaires et également sur le nombre d'assistant(e)s aux activités. Noter qu'entre août et décembre, la Guinée a enregistré le nombre le plus haut de cas.
	Ramadan	Mois de juillet. À la fin de juin et pendant le mois de juillet les personnes sont occupées avec les obligations religieuses et de plus, elles jeûnent. Cela nous laisse imaginer une diminution de la participation de la population aux démonstrations culinaires et aux sensibilisations communautaires.

Tableau 2: Facteurs qui pourraient avoir une influence sur le nombre d'admissions dans les programmes et la disponibilité de la population pour participer aux activités nutritionnelles communautaires.

OBJECTIF DE L´ÉTUDE / MÉTHODOLOGIE

Pour effectuer cette analyse, l'équipe a consulté d'un côté, la bibliographie disponible (officielle et révisée par des experts dans la matière) sur la maladie à virus Ébola, la sécurité alimentaire, le système sanitaire et la nutrition et d'un autre côté les données quantitatives nutritionnelles de 34 CRENAS et 5 CRENI de la Région de Labé (voir tableau 3. pour information plus détaillée).

Données Ebola	Données Nut
SITREPS évolution de l'épidémie.	Enquête nutritionnelle SMART 2011-2012.
Rapport ACAPS, Impact de la maladie à virus Ébola sur le système de santé…	Enquête rapide sécurité Alimentaire, novembre 2014.
Cadre harmonisé for identification of areas and populations in food insecurity in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Regional analysis of acute food insecurity. Current situation and project situation. CILLS, 2015.	Récolte des données quantitatives nutritionnelles de 34 centres de santé (sur un total de 58) et 5 hôpitaux de la Région de Labé (sur un total de 5) supervisés par ACF-E, relatifs aux enfants de 0-59 mois.
Impact de la maladie à virus Ébola sur l'utilisation des services sanitaires. Health Nutrition and Water, Sanitation and Hygiene Thematic Working Group, WHO and World Bank. Geneva 26-30 January 2015.	Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité, ENSAV, Guinée, 2012. http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp267090.pdf

Tableau 3: Sources d´information consultées.

Suite à la révision des documents, en se rendant compte du manque de données quantitatives concernant la situation nutritionnelle actuelle, l'étude a élaboré un modèle théorique (modèle gold) de comparaison spécifique pour Labé, qui reflète l'évolution attendue des admissions dans les structures de santé par mois et aussi de la participation de la communauté par mois. Pour cela, le premier pas a été la constitution d'un calendrier spécifique de la Région de Labé qui prend en compte tous les facteurs décrits qui pourraient modifier les deux variables.

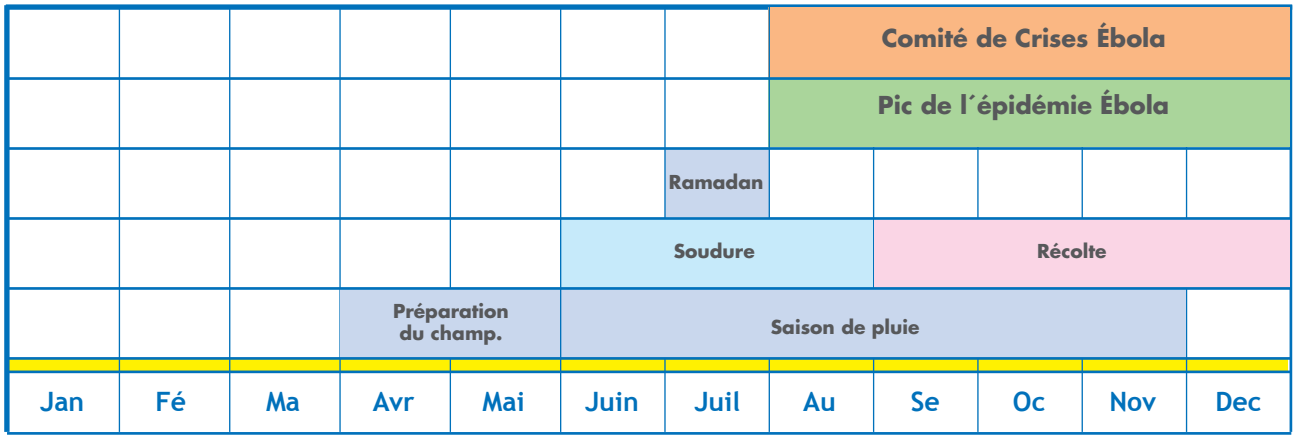
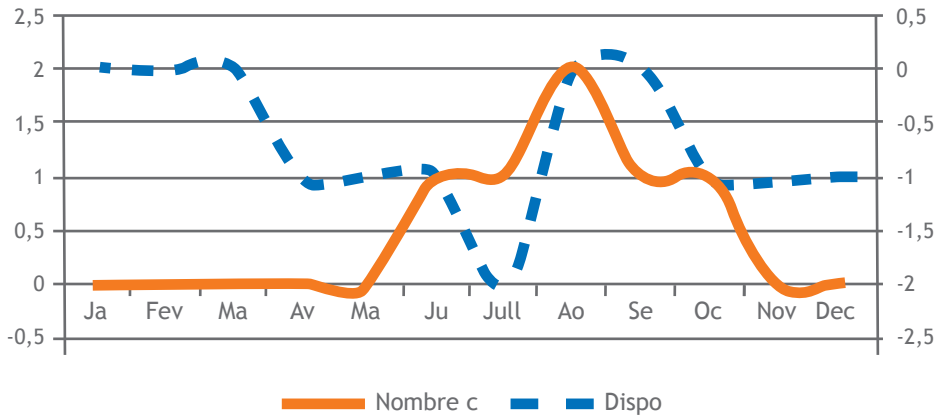


Figure 6: Calendrier 2014 des évènements à Labé.

Ce modèle (voir graphique 2) reflète les moments de l'année où l'intervention devrait attendre plus ou moins d'admissions dans les structures sanitaires et aussi les périodes où la disponibilité de la communauté pourrait être réduite.



Graphique 2: Modèle évolution nombre d'admissions et disponibilité de la communauté pour participer aux activités nutritionnelles. Côté gauche-Nombre c. Évolution attendue du nombre d'admissions. On a donné le numéro 0 comme base et après 1 et 2, aux mois où le nombre d'admissions pourrait augmenter en fonction des facteurs décrits. Côté droit-Dispo. Disponibilité attendue de la population. On a donné le numéro 0 comme base et après -1 et -2 quand la population a moins de disponibilités pour participer aux activités communautaires en fonction des facteurs décrits.

Finalement, l'évolution réelle des deux variables décrites dans 34 CRENAS et 5 CRENIS dans la Région de Labé est analysée minutieusement, en comparaison avec la situation attendue selon le modèle.

4. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE:

Les résultats se présentent séparément pour les structures de santé et la communauté pour une meilleure compréhension et applicabilité.

Possibles conséquences de la maladie à virus Ebola sur le volet santé de la nutrition

Les documents consultés présupposent que la maladie à virus Ebola aura un impact sur la nutrition, mais on n'a pas évalué la situation depuis le début de l'épidémie et les données quantitatives concrètes ne sont pas disponibles.

Même si la Région de Labé n'a pas été sérieusement touchée par l'épidémie pendant la période analysée, l'alarme sociale a été présente dans tout le pays[4] ce qui nous ferait supposer une incidence sur le nombre d'admissions d'enfants malnutris dans les structures de santé, en suivant la tendance générale.

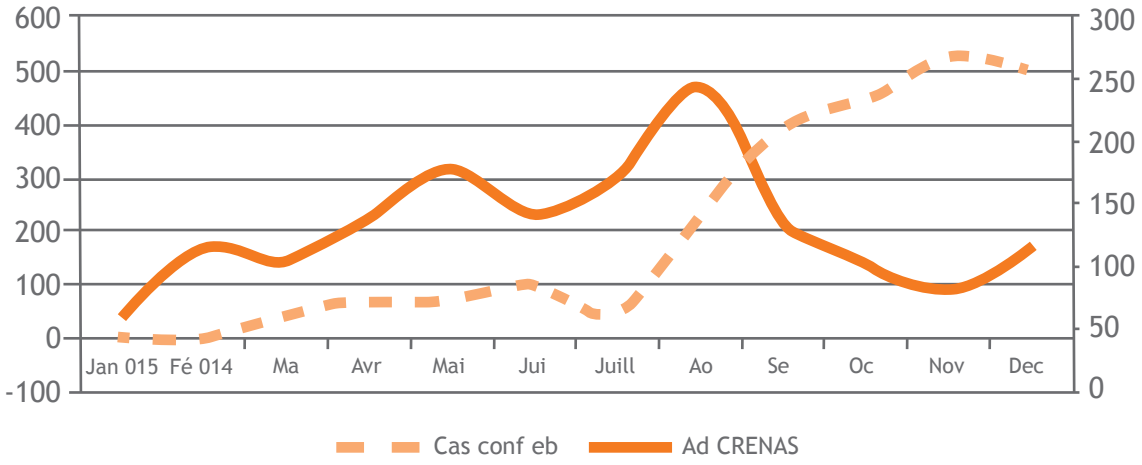
Le graphique 3 représente l'évolution du nombre de cas confirmés Ébola au niveau national (cas conf eb) et l'évolution du nombre d'admissions des enfants dans 34 CRENAS de la Région de Labé (Ad CRENAS).

En ce qui concerne le nombre de cas confirmés de la maladie Ébola, on voit très clairement que l'épidémie est en augmentation à partir d'aout 2014, novembre étant le mois avec le plus de cas rapportés.

Quant à l'évolution des admissions, en janvier 2014 le nombre d'enfants admis est trop bas. Cela peut s'expliquer par le fait que les superviseurs ACF-E ont été absents pendant la période. À continuation, avec la reprise de la supervision par ACF-E le nombre d'admissions augmente jusqu'à mai, et on pourrait dire que l'évolution à ce point est la normale.

En juin et en juillet, le nombre de cas admis diminue en comparaison avec mai, situation qui peut s'expliquer par les occupations de la population

DANS LES CRENAS



Graphique 3: Évolution épidémie Ébola (Côté gauche) au niveau national/Évolution du nombre d'admissions CRENAS programme nutrition (Côté droit).

[4] Impact de la maladie à virus Ébola sur l'utilisation des services sanitaires. Health Nutrition and Water, Sanitation and Hygiene Thematic Working Group, WHO and World Bank. Geneva 26-30 January 2015. On a tiré cette conclusion pour le contexte de Labé à partir de l'analyse du document.

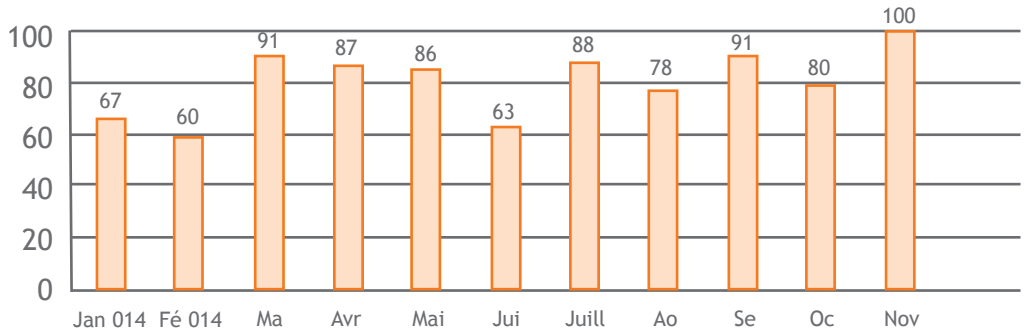
dans les préparatifs du Ramadan et les obligations religieuses de ce mois. Cela pourrait avoir pour conséquence, même si on est proches de la période de soudure, que la population ne fréquente pas les centres de santé régulièrement.

En août, le nombre d'admissions est incrémenté. Cela suit aussi la prémisse établie dans la ligne du temps car on est en pleine période de soudure et également car la saison des pluies est dans sa plus grande intensité, ce qui provoquerait une augmentation des maladies liées à l'eau. Rappelons que pendant le mois d'août, le nombre de cas confirmés d'Ébola au niveau national commence à augmenter d'une façon considérable et qu'au niveau national cela a eu un impact sur la fréquentation des structures de santé. Le fait que Labé n'a pas été touchée par l'épidémie pendant le mois d'août pourrait expliquer qu'il n'y ait pas eu de diminution des admissions dans les CRENAS.

À partir de septembre, la situation est bien différente, la période de soudure arrive à sa fin et normalement on pourrait s'imaginer une diminution des admissions car la récolte commence, les pluies commencent aussi à diminuer et que, par conséquent, le nombre de cas de malnutrition devrait être inférieur dans la communauté. Néanmoins, dans le graphique 3, on voit que cette diminution des admissions entre les mois de septembre et novembre est assez drastique, et coïncide avec les mois où il y avait le plus de cas d'Ebola déclarés. Cela pourrait s'expliquer par l'alarme sociale, la perte de confiance dans les structures de santé (peur de se faire contaminer) et également par l'effet des activités de sensibilisations communautaires qui sont devenues plus nombreuses après l'établissement du Comité de Crise Ebola à la fin du mois d'août. Même si cela est, bien sûr, positif pour assurer la connaissance de la maladie, la prévention et détection précoce des possibles cas et contacts, il est possible que la population, ayant plus d'information sur la maladie et en connaissant le risque, pense qu'elle peut éviter la contamination en évitant de se rendre dans les structures sanitaires.

Un autre élément qui pourrait nous donner une orientation sur l'influence d'Ebola sur la fréquentation des structures de santé c'est de voir le pourcentage d'enfants admis au CRENAS parmi le nombre d'enfants référés par les agents communautaires (voir graphique 4).

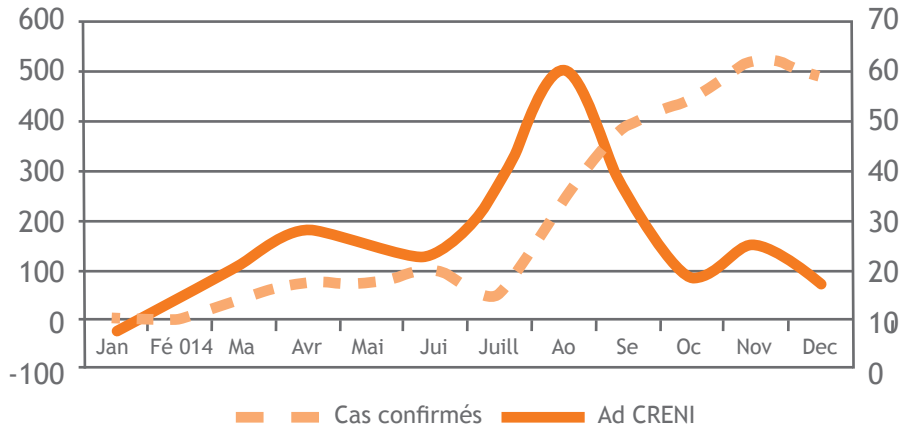
Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le pourcentage d'enfants MAS avec complications admis parmi le total d'enfants MAS ne diminue pas pendant la période qui enregistre le plus de nombres de cas d'Ébola confirmés au niveau national.



Graphique 4: Pourcentage d'enfants référés au CRENAS effectivement admis. Les données pour le mois de décembre ne sont pas disponibles.

DANS LES CRENI

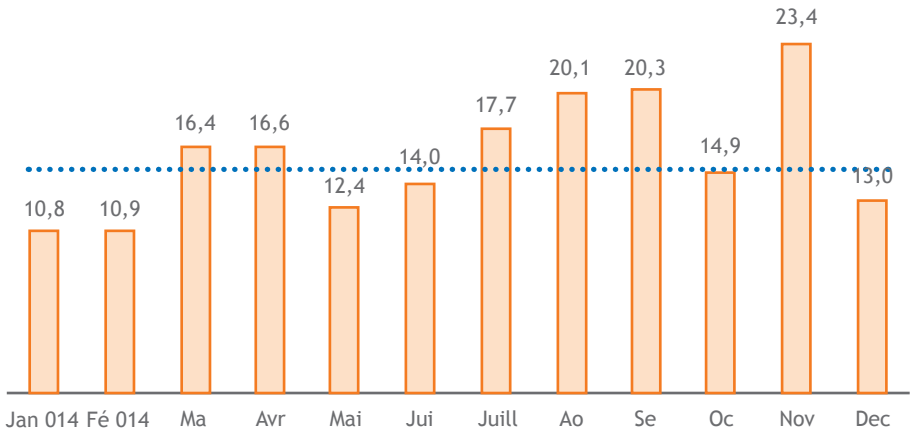
La même analyse a été faite pour les CRENI.



Graphique 5: Évolution épidémie Ébola (Côté gauche) au niveau national/Evolution nombre d'admissions CRENI programme nutrition (Côté droit).

Le graphique 5 montre que l'évolution des admissions dans les CRENI suit la même dynamique, en notant toutefois que, même si à partir d'août le nombre d'enfants admis diminue drastiquement, en novembre (le mois avec le plus de cas d'Ébola au niveau national), le nombre d'admissions augmente par rapport à octobre. Cela nous fait penser qu'il y a une tendance à retarder la visite des enfants malnutris aux services de santé jusqu'à atteindre l'état critique. Pourtant, il apparait, effectivement, qu'il y a une perte de confiance dans le système sanitaire et une fréquentation plus faible des structures de santé.

Pour approfondir un peu plus et compléter l'analyse de ce graphique, on estime normalement que, parmi les enfants malnutris sévères, 15% sont des enfants malnutris avec des complications, c'est à dire qui doivent aller au CRENI.



Graphique 6: Pourcentage d'enfants MAS avec complications sur le total d'enfants MAS. La ligne bleue nous indique le 15% dont on parle dans le texte, pour nous permettre de voir les mois où le nombre d'enfants malnutris sévères avec complications dépasse ce chiffre.

En regardant les chiffres du graphique 6 on voit qu'à partir d'août le pourcentage d'enfants MAS avec complications sur le total d'enfants MAS est supérieur à celui d'avant août, quand l'épidémie a commencé à remonter, à l'exception d'octobre, qu'on attribue à une erreur de récolte des données. Cela renforce l'idée soumise dans l'analyse du graphique 5.

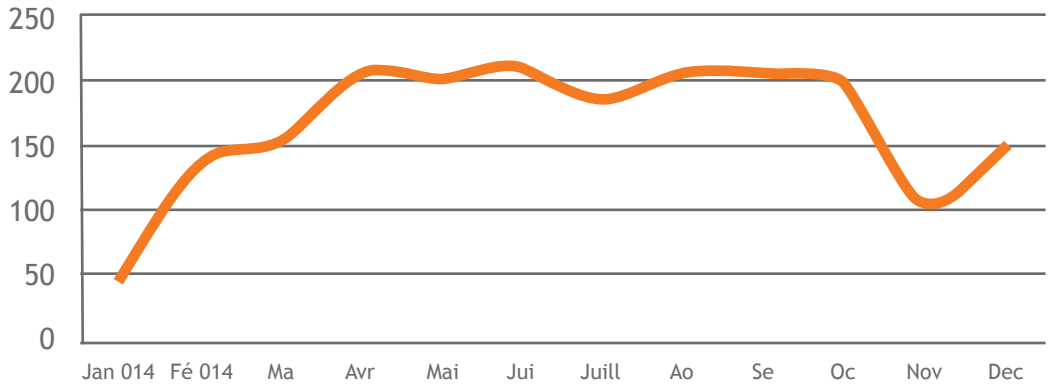
Possibles conséquences de la maladie à virus Ebola sur le volet communautaire de la nutrition

De la même façon que pour le Volet Santé, il est logique de penser que l'augmentation des cas Ébola (même si la Région n´a pas été touchée), a eu des conséquences sur les activités communautaires, dû à la peur de la maladie, et à la nature des activités communautaires, en groupe. On tente d'exposer cela en dessous, en décrivant encore une fois l'évolution de l'épidémie au niveau national et l'évolution des activités communautaires gérées par ACF-E à Labé.

Les facteurs dont on analyse l'évolution par mois sont: nombre d´agents communautaires actifs, nombre de démonstrations culinaires, nombre de sensibilisations et nombre d'assistants à toutes les activités communautaires.

NOMBRE D´AGENTS COMMUNAUTAIRES ACTIFS

Le premier indicateur que l'on décrit est le nombre d'agents communautaires actifs. En suivant la logique, on suppose que pendant les mois avec le plus de cas confirmés d'Ébola au niveau national (coïncidant avec la constitution du Comité de Crise Ebola et plus d´activités au niveau communautaire concernant Ébola) le nombre d'Agents Communautaires consacrés aux activités nutritionnelles pourrait diminuer.



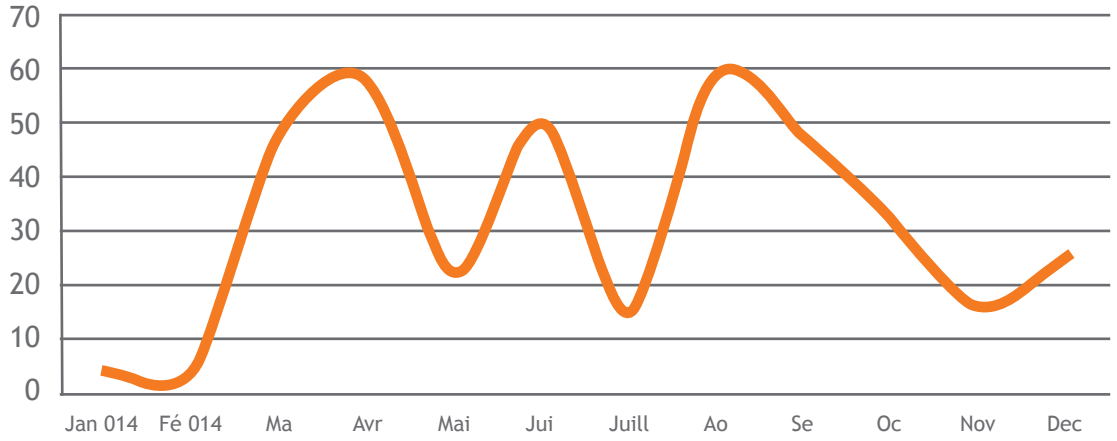
Graphique 7: Nombre d´Agents Communautaires actifs par mois.

Si on regarde le graphique 7 comme pour presque toutes les activités, on remarque que le nombre d'agents communautaires augmente conformément à l'avancement du programme, jusqu'à juillet (moins d'Agents Communautaires disponibles à cause de Ramadan). Cela peut expliquer aussi la baisse des cas d'admission au niveau des structures sanitaires. En Août, Septembre et Octobre, les AC restent disponibles, mais, en novembre, le nombre d'Agents Communautaires disponibles diminue drastiquement. Cela pourrait probablement avoir des conséquences sur les activités communautaires, et cela pourrait être un des facteurs pour expliquer le nombre assez bas d'admissions dans les CRENAS durant ce mois. Une possible raison de cette diminution drastique peut être que, dû à l'alerte au niveau national, les AC sont plus consacrés aux activités Ébola, et c'est pour cela qu'ils ne sont pas actifs dans la nutrition.

DÉMONSTRATIONS CULINAIRES

La démonstration culinaire est une activité assez complexe mais on analyse ici seulement les paramètres en relation avec le nombre de séances et le nombre de participants.

Ensuite, on va décrire l'évolution du nombre de séances de démonstrations culinaires ainsi que le nombre de personnes qui y assistent.



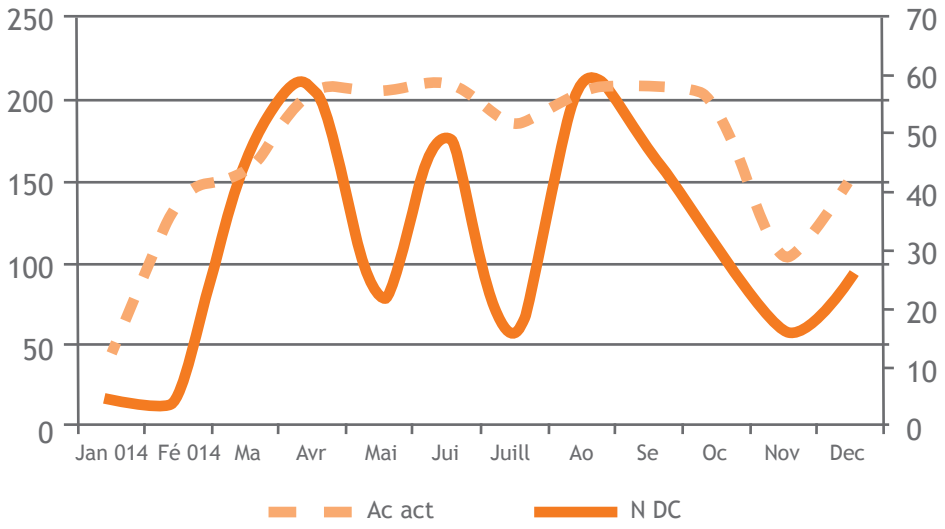
Graphique 8: Nombre de démonstrations culinaires.

L'évolution est un peu particulière par rapport à ce à quoi on pourrait s'attendre. Il faut expliquer que dans cette phase ACF-E avait prévu de collaborer seulement avec une démonstration culinaire par structure : le reste des séances de démonstrations culinaires ont été effectuées par l'initiative des structures de santé, et ACF-E compilait seulement les données (pas de contrôle par ACF-E). On voit (graphique 8) qu'en janvier et février le nombre de démonstrations est bas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les activités de la deuxième phase ont été lancées en février et aussi par le fait que cela correspond à un petit nombre d'Agents Communautaires actifs (d'habitude ce sont eux qui conduisent les séances).

En mai et en avril, le volet communautaire est plus actif, et le nombre d'Agents Communautaires consacrés aux activités est supérieur : ainsi une augmentation peut s'expliquer. Au mois de mai, le nombre de séances diminue considérablement, malgré le nombre stable d'agents communautaires actifs.

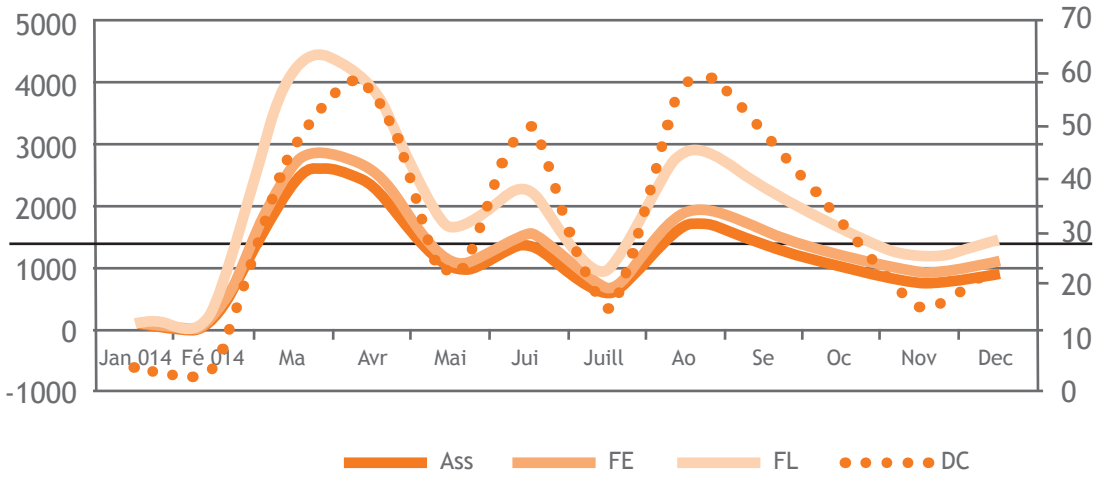
En juillet, l'influence du Ramadan est claire et on pourrait penser que, comme dans presque tous les indicateurs analysés, la diminution des démonstrations culinaires pourrait s'expliquer, d'un côté par l'occupation et les obligations religieuses de la population, et de l'autre côté, par le fait que le Ramadan consiste à jeûner pendant la journée.
En août, une fois passée la période de soudure et une fois que la communauté est plus disponible, le nombre de démonstrations culinaires augmente, comme toutes les activités. Comme on a déjà expliqué avant, malgré le nombre considérable de cas confirmés d'Ébola au niveau national, en août, le nombre de démonstrations culinaires n'a pas diminué, en suivant ce qu'on pourrait espérer pour la période. Cela pourrait se justifier par le fait que Labé n'a pas été une zone touchée par l'épidémie à l'époque.

La situation de septembre, octobre, et novembre est bien différente, de la même façon qu'elle l'était pour les admissions dans les structures de santé. Le nombre de démonstrations culinaires diminue de façon importante, ce qui ne correspond pas avec une baisse du nombre des agents communautaires disponibles (voir graphique 9). Ici aussi un possible facteur d'influence pourrait être la peur de la population à se regrouper, en rapport avec des manifestations évoquées par l'équipe de terrain ACF-E.



Graphique 9: Nombre de démonstrations culinaires/ Nombre d'agents communautaires disponibles. Nombre d'agents communautaires disponibles (Côté gauche). Nombre de démonstrations culinaires (Côté droit).

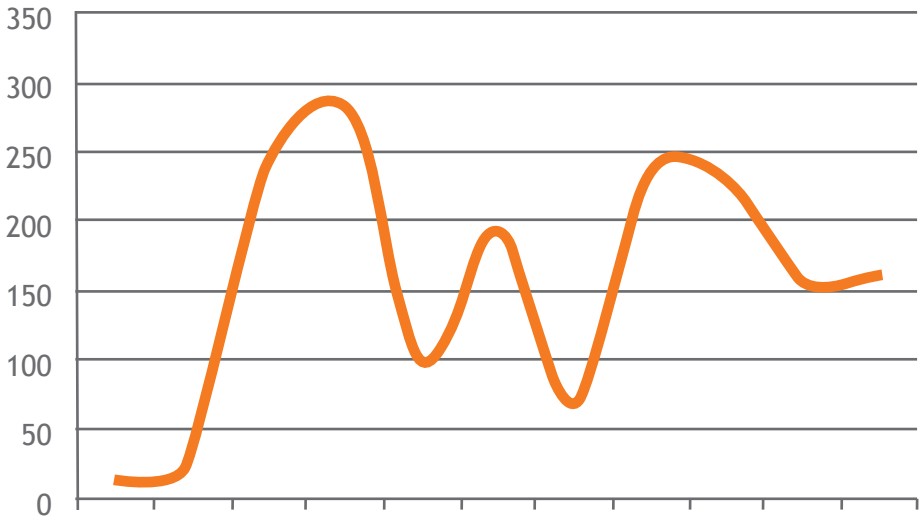
En regardant les chiffres, on a 47 séances de démonstrations culinaires déroulées en mars et 16 en novembre (mois avec le plus de cas confirmés d'Ebola), presque le même nombre de démonstrations que pendant le mois du Ramadan.



Graphique 10: Nombre d'assistant(e)s aux séances de démonstrations culinaires/Nombre de démonstrations culinaires. DC : Démonstrations culinaires (Côté droit), Ass : Assistants total (Côté gauche), FE : Femmes enceintes (gauche), FL (femmes allaitantes, gauche).

Quant au nombre de personnes participants aux démonstrations culinaires, il y a une correspondance entre le nombre de séances culinaires, et le nombre de participant(e)s ce qui est logique (graphique 10). Comme on l'a déjà évoqué, dans la période comprise entre septembre et novembre (où le nombre de cas d'Ébola augmente de façon exponentielle au niveau du pays), le nombre d'assistants et assistantes diminue. Cela pourrait s'expliquer par le refus de se regrouper, qui déjà en septembre commençait à être signalé par endroits par les superviseurs du terrain ACF-E.

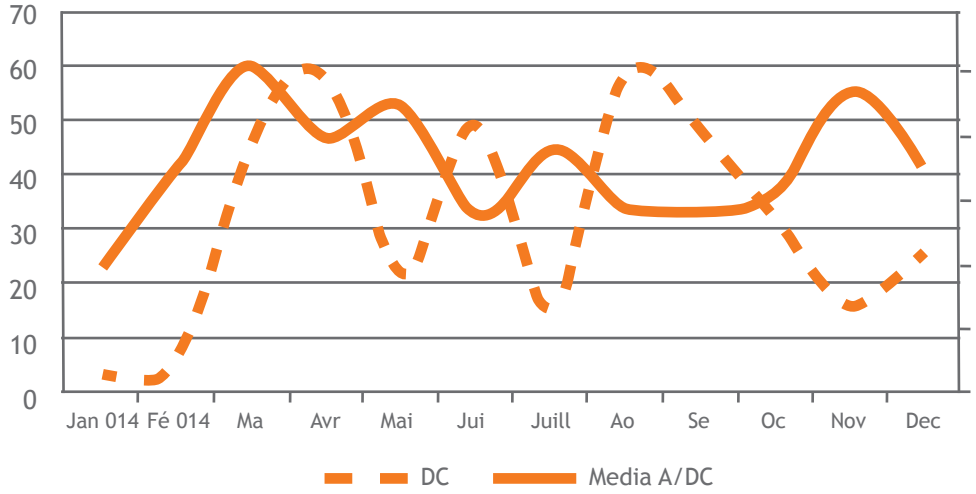
On a mis un accent particulier sur les femmes enceintes, car une femme dans cet état est « doublement en risque » et, pourtant, on pense que leur comportement pourrait être différent que celui de la population en générale et des femmes allaitantes (voir graphique 11.)



Graphique 11: Nombre de femmes enceintes assistant aux séances de Démonstrations Culinaires.

La dynamique est un peu la même mais on voit que dans le cas des femmes enceintes, en novembre il y a une légère augmentation par rapport à octobre, ce qui est un peu étonnant en sachant que c'est le mois avec le plus de cas confirmés d'Ébola et en voyant l'évolution des autres indicateurs.

Dans la période qui nous intéresse, la moyenne des personnes par séance diminue pendant les premiers mois du pic de l'épidémie (août, septembre) mais, en novembre, pic maximum de l'épidémie, le nombre augmente, contrairement à ce à quoi on s'attendait (voir graphique 12). Cela pourrait s'expliquer par une erreur de comptage, mais comme on a dit, ACF-E a seulement récolté les informations données par les AC, sans suivi direct de l'activité.



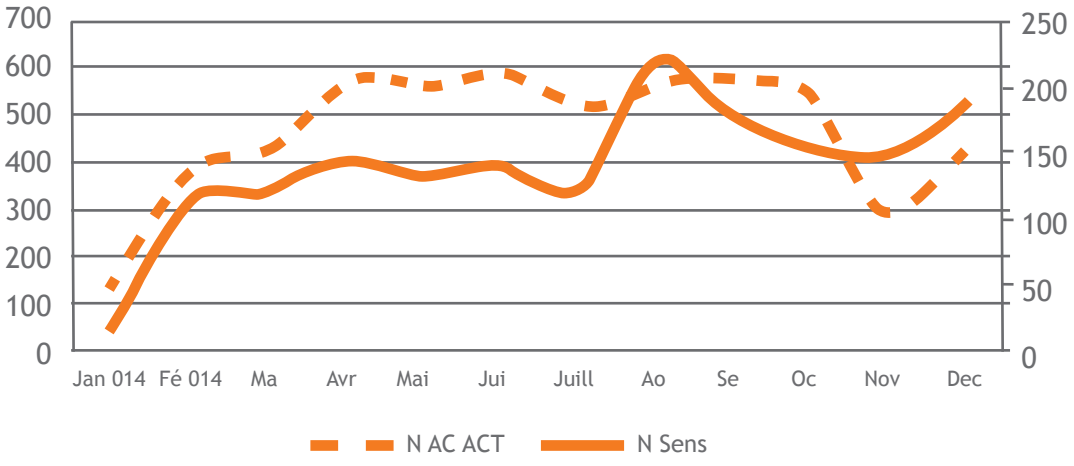
Graphique 12: Moyenne d'assistant(e)s par démonstration culinaire par mois (Côté droit). DC. Démonstration culinaire (Côté gauche) / A : assistantes de janvier à décembre, 2014.

SÉANCES DE SENSIBILISATION ET NOMBRE D'ASSISTANT(E)S

Les séances de sensibilisation sont aussi un très bon indicateur communautaire, et contrairement aux démonstrations culinaires, toutes les activités ont été supervisées par ACF-E.

Quant au nombre de séances de sensibilisation, on s'attend (en suivant la même logique que pour les autres activités), à ce qu'il y ait une diminution des séances à partir de septembre, coïncidant avec la période la plus critique en ce qui concerne la maladie à virus Ébola.

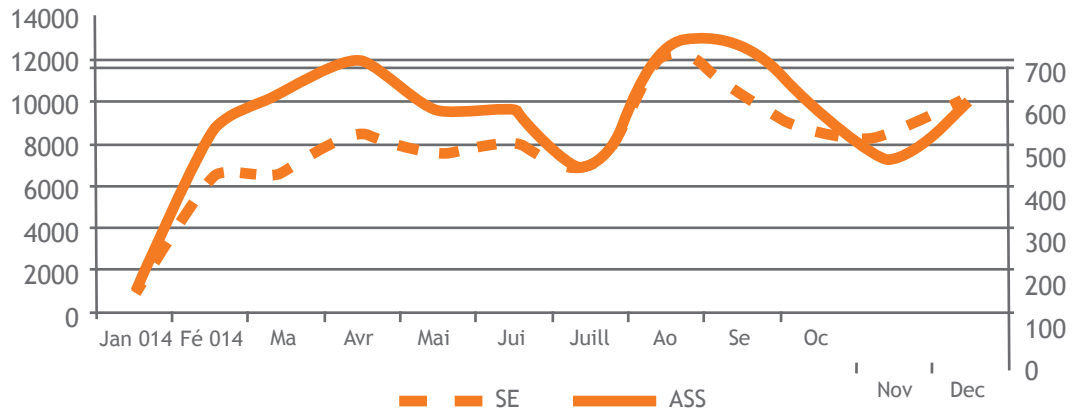
En effet, le nombre de séances diminue en comparaison avec le mois d'août, mais si on regarde le graphique suivant, on voit très clairement, que, contrairement à ce qu'on pourrait penser, le nombre de séances de sensibilisation a été plus important pendant la période critique qu'avant la remontée de l'épidémie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les Agents Communautaires continuent à être actifs (sauf novembre) (voir graphique 13).



Graphique 13: Nombre de séances de sensibilisation (Côté gauche) / Nombre d'AC actifs (Côté droit).

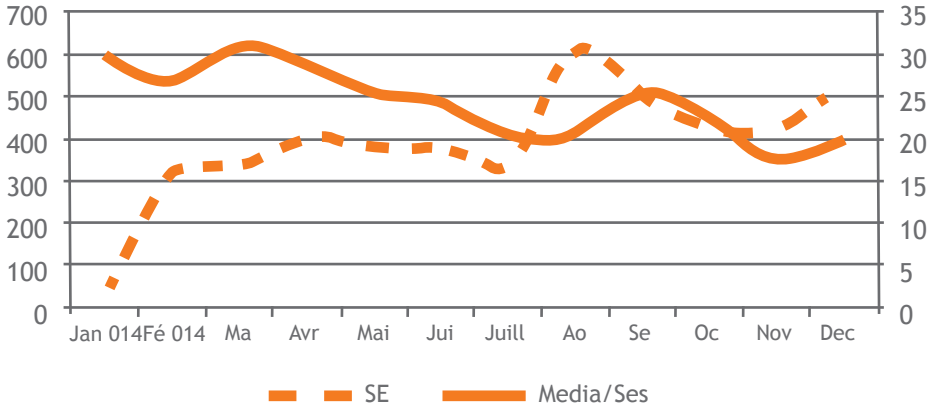
Si on exprime en chiffres la même idée, on voit qu'en novembre (mois avec le plus de cas d'Ébola) le nombre de séances est de 419, légèrement supérieur au mois d'avril avant le pic de l'épidémie qui est de 412. Mais on se pose une question à ce niveau.

Quel est le comportement de la communauté par rapport aux séances déroulées ? Si on fait attention au graphique 14, et qu'on compare les mêmes mois, en avril on compte 11.776 assistants par 412 séances et en novembre 7.215 par 419. Cela apporte une information intéressante. Malgré la hausse du nombre de séances de sensibilisation pendant le pic de l'épidémie Ébola avant que le nombre de cas commence à monter de façon exponentielle, le nombre d'assistants est considérablement inférieur. Ici on pourrait interpréter de façon claire que le motif est la réticence à se regrouper, suite à l'alarme nationale par rapport à Ebola.



Graphique 14: Nombre de sensibilisations (Côté droit)/ Nombre total d'assistants (Côté gauche).

Pour avoir une information plus précise, on a calculé également le nombre moyen d'assistants par mois aux séances de sensibilisation (graphique 15). Ici on voit que dans les mois du pic de l'épidémie, surtout à la fin de l'année, il y a une diminution de la moyenne des participants par séance. Ainsi en septembre, on a 25, 22 en octobre, 17 en novembre et 19 en décembre.



Graphique 15: Moyenne d'assistants par sensibilisation par mois (Côté droit)/Nombre de sensibilisations (Côté gauche).

CONCLUSIONS et RECOMMANDATIONS

Le premier facteur à signaler a été la difficulté de trouver des statistiques sur la situation nutritionnelle proprement dite, dû à l'actuelle non-disponibilité des équipes sur le terrain. C'est aussi dû à la faiblesse du système d'information sanitaire par rapport à la nutrition de la zone. Tous les documents révisés s'accordent sur le fait qu'il **n´y a pas de donnés nutritionnelles spécifiques sur la situation dans le pays après le début de l´épidémie.** Une recommandation dans cette direction serait d'avoir une ligne de base à travers une étude SMART. Cette mesure pourrait être un premier pas dans l'amélioration en général du système d'information sanitaire.

L'étude nous indique, que **la maladie n'a pas seulement eu des effets sur les activités nutritionnelles, mais aussi au niveau des structures de santé et au niveau communautaire. Ceci même si** l'étude présentée n'est pas une étude de causalité, mais plutôt une étude basée sur un modèle gold épidémiologique focalisé sur les variables d'admissions dans les centres et d'accès au système par la population.

Même si Labé n´a pas été touchée par l´épidémie, l'analyse et la comparaison avec le modèle gold indiquent qu'il **y a eu une influence de la maladie Ebola sur la fréquentation des patients malnutris aux structures de santé dans la Région de Labé** dû à la peur, à l'alarme sociale d'Ebola et à la perte de confiance dans le système de Santé. Comme conséquence, **cela supposerait une augmentation de la prévalence** et une possible augmentation de la mortalité associée à la malnutrition. Pourtant, il est clair que l'on doit mettre en place des stratégies pour rétablir la confiance dans les structures sanitaires de la part de cette partie de la population. Nous devons également réfléchir à la stratégie d'identification des cas qui sera la plus pertinente dans la communauté.

En ce qui concerne la disponibilité de la communauté, il semble qu´il **y a une réticence de la communauté à se regrouper pour participer aux activités nutritionnelles,** surtout suite à l'interprétation des informations relatives aux sensibilisations suivies par ACF-E. Cela nous permet de conclure que l'on devrait changer l'approche communautaire en évitant les regroupements massifs comme jusqu'à présent.

Il faut noter que les agents communautaires sont indispensables pour mettre en œuvre les actions au sein des communautés. **L´étude a constaté une diminution de leur disponibilité pour les activités de nutrition** à la fin de l´année. L'agent communautaire, en tant qu'interlocuteur direct avec la population, a été pris pour les activités liées en relation à la maladie car c'était la priorité pour le pays à ce moment. Cela nous amène à réfléchir quant au fait d'impliquer dans les activités d'autres acteurs clés dans la communauté, pour pérenniser le volet nutrition. Néanmoins, on considère aussi qu'il faudrait approfondir la connaissance sur les facteurs socio-anthropologiques pour aboutir au bon résultat. En conclusion, il **s'avère nécessaire d'adapter les stratégies actuelles au contexte Ebola.** Dans ce sens, on pourrait analyser plus en détail au niveau communautaire des actions alternatives aux regroupements : par exemple, faire les sensibilisations avec des focus groupes de 10 personnes maximum, essayer de former les mamans pour prendre le PB, bien sûr toujours alignés avec les axes de travail du Gouvernement et le cluster.

BIBLIOGRAPHIE

ACAPS. Ebola in West Africa, Impact on Health Systems, Briefing paper, 26 February 2015.

Cadrage macroéconomique, Comptabilité Nationale, Ministère du plan et de la promotion du secteur privé, 2008.

Cadre harmonisé for identification of areas and populations in food insecurity in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Regional analysis of acute food insecurity. Current situation and projet situation. CILLS, 2015.

Enquête Nationale de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité, ENSAV, Guinée, 2012. http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp267090.pdf

Enquête SMART 2011-2012. Ministère de la Santé et UNICEF, Guinée.

Impact de la maladie à virus Ebola sur l´agriculture et la sécurité alimentaire, Guinée, décembre 2014.

Impact de la maladie à virus Ébola sur l'utilisation des services sanitaires. Health Nutrition and Water, Sanitation and Hygiene Thematic Working Group, WHO and World Bank. Geneva 26-30 January 2015.

SITREP 302. Rapport de la situation épidémiologique de la maladie à virus Ébola en Guinée, rapport 11 février, 2015.

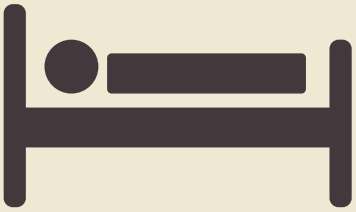
State of the World Population, UNFPA 2012 http://www.unfpa.org/swp.

EFFETS DE LA MALADIE À **VIRUS EBOLA** SUR LE SECTEUR DE LA **NUTRITION**

Il n´y a pas de donnés nutritionnelles spécifiques sur la situation dans le pays après le début de l´épidémie

LA MALADIE N'A PAS SEULEMENT EU DES EFFETS SUR LES ACTIVITÉS NUTRITIONNELLES, MAIS AUSSI AU NIVEAU DES **STRUCTURES DE SANTÉ** ET AU **NIVEAU COMMUNAUTAIRE**.

Il y a eu une influence de la maladie Ebola sur la fréquentation des patients malnutris aux structures de santé dans la Région de Labé



CELA SUPPOSERAIT UNE AUGMENTATION DE LA **PRÉVALENCE**

L´étude a constaté une diminution de leur disponibilité pour les activités de nutrition

Il y a une **réticence** de la communauté à se regrouper pour **participer aux activités nutritionnelles**

IL S'AVÈRE NÉCESSAIRE D'ADAPTER LES **STRATÉGIES** ACTUELLES AU CONTEXTE **EBOLA**.

Acción contra el Hambre
C/ Duqe de Sevilla, 3
28002 Madrid
900 100 822
www.accioncontraelhambre.org

ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE
ACF INTERNATIONAL