

**République centrafricaine :
une crise silencieuse**



Sommaire

Introduction	p 3
Des niveaux critiques de mortalité	p 4
Forte prévalence de maladies qu'il est possible de prévenir et de soigner	p 6
Crises, conflits et déplacements de population	p 8
Un système de santé fantôme	p 9
Programmes MSF en RCA	p 11
Témoignages de patients	p 13
Témoignages MSF	p 14
Annexe - Enquêtes épidémiologiques	p 15

Ce dossier présente les principaux points développés dans notre rapport « République centrafricaine : une crise silencieuse ». En annexe à ce document, le résumé de l'une des enquêtes de mortalité de mortalité rétrospective conduite en juillet 2011 à Carnot, ville du Sud Ouest du pays.

Une crise silencieuse

La République centrafricaine (RCA) est un pays enclavé au cœur d'une des régions les plus instables du monde. Elle partage ses frontières avec le Tchad, la République démocratique du Congo (RDC) et le Soudan.

Depuis plus d'une décennie, la République centrafricaine (RCA) connaît une période d'instabilité causée par des troubles politiques et militaires répétés. En dépit du processus de pacification engagé depuis quelques années, cette situation se traduit par une dégradation constante des conditions de vie des populations et par des difficultés croissantes d'accès aux soins.

La RCA est ainsi le théâtre d'une crise humanitaire majeure, classée parmi les plus sous financées et les plus négligées. Confronté aux faiblesses du gouvernement et aux insuffisances de la communauté internationale, le pays se trouve désormais dans un état d'urgence médicale chronique.

Quatre enquêtes de mortalité menées par MSF au cours des 18 derniers mois dans des préfectures fortement peuplées confirment ce diagnostic : elles révèlent notamment des taux de mortalité brut très élevés, qui dépassent bien souvent les seuils d'urgence.

Menée en août 2011 dans la ville de Carnot dans le Sud Ouest du pays, l'une des enquêtes a révélé un taux de mortalité global de 3,7 décès pour 10 000 personnes par jour et de 7 chez les enfants de moins de cinq ans. Soit 35 enfants âgés de moins de cinq ans, en moyenne, décédant chaque jour depuis le début de l'année 2011.

Cette surmortalité dans plusieurs localités est principalement imputable à un taux de prévalence excessif de maladies qu'il est pourtant possible de prévenir ou de soigner, comme le paludisme, les maladies diarrhéiques ou les infections respiratoires. Elle témoigne ainsi d'un sous-développement chronique et de la faiblesse du système de santé centrafricain, y compris dans les régions les moins exposées à la violence ou aux conflits.

Nécessitant une intervention massive et immédiate, la population centrafricaine assiste pourtant à l'impuissance et à l'inefficacité des autorités comme de l'aide internationale.

Dans un nouveau rapport intitulé « **République centrafricaine : une crise silencieuse** » MSF conclut que l'aide médicale actuelle en Centrafrique ne suffit pas à répondre aux besoins immenses des populations et appelle donc tous les acteurs de l'aide à faire preuve de volontarisme pour mettre un terme à cette surmortalité.

Des niveaux critiques de mortalité



© Spencer Platt / Getty Images

La République centrafricaine détient la deuxième espérance de vie la plus faible du monde (48 ans), à égalité avec l'Afghanistan, le Tchad, le Lesotho et la Zambie, et juste derrière le Malawi.

L'année dernière, MSF a mené quatre enquêtes de mortalité rétrospective distinctes dans des préfectures représentant la majorité de la population. Les résultats ont révélé des taux de mortalité supérieurs au « seuil d'urgence », preuve d'un état d'urgence nécessitant une intervention humanitaire immédiate. Ces taux de surmortalité ont même été recensés dans des régions épargnées par les conflits, qui souffrent davantage d'un sous-développement chronique et de la faiblesse de l'État.

L'analyse de nos enquêtes de mortalité et de nos propres données médicales montre que l'état de santé « normal » de la population est déjà très inquiétant aujourd'hui et qu'il peut très rapidement aller bien au-delà du seuil d'urgence.

Afin de mieux adapter ses opérations, MSF mène régulièrement, dans les pays où elle intervient, des évaluations par le biais de son centre de recherche épidémiologique (Epi-centre). Les résultats d'une étude de mortalité rétrospective menée à Carnot en juillet 2011 ont révélé des taux de mortalité supérieurs au « seuil d'urgence ». Ce seuil - établi à 1 décès par 10 000 personnes et par jour chez les adultes et à 2 décès par 10 000 et par jour chez les enfants - est ce qui permet, selon l'OMS, de déclarer l'état d'urgence nécessitant une intervention immédiate.

Dans certaines localités centrafricaines, les taux de mortalités observés sont particulièrement alarmants comparés à d'autres contextes de crise humanitaire où MSF intervient : comme le camp de réfugiés somaliens de Dadaab au Kenya en 2011, la province du Nord Kivu en République Démocratique du Congo (RDC) en 2009 ou encore le Darfour en 2004.

Pays	Enquête	Taux de mortalité global	Taux de mortalité moins de 5ans ou <5ans
Carnot - RCA Juillet 2011	MSF a mené une enquête auprès de 651 ménages. L'échantillon de population était 3 878 personnes, dont 17,8% enfants de moins de 5 ans.	3.7/10 000/jour	7.0/10 000/jour
Dadaab - Kenya. Juillet 2011 Le camp de réfugiés de Dadaab, dans le nord ouest du Kenya à la frontière somalienne, est considéré comme le plus grand camp de réfugiés du monde.	MSF a mené une enquête auprès de 5 073 ménages dans le camp de Dagahaley. L'échantillon de population était de 26 583 personnes; dont 24.4% d'enfants de moins de 5 ans.	0.8/ 10 000/jour dans le camp de Dagahaley	1.8/ 10 000/jour dans le camp de Daga-haley
RDC - Province du Nord Kivu Mai 2009 La province du Nord Kivu en République démocratique du Congo, en proie à un conflit depuis plus de 10 ans.	MSF a mené trois enquêtes auprès de 200 000 personnes résidentes et déplacées dans le Nord Kivu (Kabizo, Masisi, Kitchanga)	- 0.2/ 10 000/jour à Kabizo - 0.5/ 10 000/jour à Masisi - 0.7/ 10 000/jour à Kitchanga	- 0.7/ 10 000/jour à Kabizo - 1.0/ 10 000/jour à Masisi - 1.6/ 10 000/jour à Kitchanga
Darfour - Soudan 2004 Les violences de masse contre les populations civiles dans l'ouest du Soudan ont entraîné le déplacement de plus d'un million et demi de personnes.	MSF a mené des enquêtes de mortalité auprès de 137 000 personnes déplacées internes au sein de 3 sites au Sud Darfour (Kass, Kalma and Muhajiria)	- 3.2/ 10 000/jour à Kass - 2.0/ 10 000/jour à Kalma - 2.3/ 10 000/jour à Muhajiria.	- 5.9/ 10 000/jour à Kass - 3.5/ 10 000/jour à Kalma - 1.0/ 10 000/jour à Muhajiria.

Forte prévalence de maladies...



© Talia Bouchouareb / MSF

... qu'il est possible de prévenir et de soigner

Paludisme

Le paludisme est endémique en RCA. Chaque habitant du pays est infecté au moins une fois par an. Le paludisme constitue certainement la première cause de mortalité des enfants et le principal problème de santé publique du pays. Le paludisme est de loin la première cause de morbidité constatée dans les postes de santé MSF : sur un total de 582 253 patients traités en externe en 2010, 45,9 % (ou 267 471) ont été traités contre le paludisme.

VIH / Tuberculose

L'épidémie de VIH est généralisée parmi la population adulte et se transmet principalement par voie sexuelle. Une enquête nationale de séroprévalence conduite dans le pays en 2010 a révélé un taux de prévalence du VIH de 5,9 % parmi le groupe d'âge 15-49 ans, soit le taux le plus élevé d'Afrique centrale.

L'ONUSIDA estime à 110 000 adultes et 17 000 enfants le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays, et à 11 000 le nombre de personnes mourant chaque année de complications liées au VIH. Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) estime donc que 45 000 personnes, dont 14 000 enfants, doivent être mises dès maintenant sous traitement antirétroviral (ARV).

Cependant, seuls 15 000 patients sont aujourd'hui sous traitement ARV, soit 33,5 % du nombre recommandé. Le 31 décembre 2010, MSF soignait 366 patients atteints du VIH avec des ARV dans ses propres installations.

En ce qui concerne la **tuberculose**, le nombre de malades présumés à ce jour est estimé à **19 000**, soit un **taux de 424 pour 100 000** très certainement inférieur aux taux réels vu l'insuffisance des structures de diagnostic dans la majeure partie du pays. Le ministère de la Santé estime à seulement 3 571 le nombre de personnes sous traitement en 2009.

Maladie du sommeil

La République centrafricaine compte quatre des quelques foyers restants de maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine) en Afrique sub-saharienne. Il s'agit d'une maladie tropicale parasitaire négligée transmise à l'homme par la mouche *tsé-tsé*. En 2009, le pays comptait 1 054 cas signalés, soit le deuxième nombre de cas le plus élevé au monde.

MSF participe au contrôle de la maladie du sommeil en RCA depuis le début des années 1990 et dirige actuellement deux programmes visant à éradiquer la maladie dans le foyer de la région d'Ouham.





...et déplacements de populations

La République centrafricaine est prise au piège d'une série de conflits qui perdure depuis au moins 2003. Si le président Bozizé a été réélu pour un nouveau mandat en janvier 2011, l'État reste faible et incapable de garantir la sécurité de ses citoyens. Les groupes armés dans le pays circulent librement et sans entrave.

Bien que le nombre de décès liés aux combats soit faible, la violence est prépondérante, y compris contre les civils et les travailleurs humanitaires, et les conséquences sanitaires sont considérables. En outre, si les nombres absolus sont bas, la proportion des personnes affectées et déplacées par le conflit dans certaines régions peut être très élevée et même atteindre les 50 % de la population.

Les conflits ont un impact considérable sur la situation sanitaire, mais également sur d'autres aspects essentiels de la vie des Centrafricains, tels que la scolarité des enfants, la production agricole, l'accès à des marchés fonctionnels et la dégradation d'infrastructures de base, comme les routes.

Un système de santé fantôme



Le système de santé de la République centrafricaine montre d'importantes faiblesses. Et dans de nombreuses régions du pays, il est simplement inexistant.

Services de santé

Dans les zones rurales, la distance jusqu'au centre de santé le plus proche est souvent considérable. Elle est estimée à 10 km en moyenne.

Personnel médical

Le personnel qualifié est fortement concentré dans la capitale. La moitié des professionnels de santé vivent et travaillent à Bangui, où réside 10 % de la population. Alors que l'OMS recommande une densité médicale minimale de 2,5 personnels soignants pour 1 000 habitants, la RCA en compte 0,17. En outre, le personnel qualifié est concentré dans la capitale : sur les 118 médecins généralistes que compte le pays (0,031 pour 1 000 personnes), 54 se trouvent dans la capitale (0,087 pour 1 000 personnes).

Technologies, vaccins et produits médicaux

Les médicaments sont souvent en rupture de stock dans les structures de santé : selon une étude, les centres de santé possédaient 55 % des médicaments essentiels, les postes de santé 38 % et les hôpitaux 47 %.

La suspension des subventions accordées par le Fonds mondial à cause des suspicions de corruption a provoqué en 2010 et 2011 des pénuries de plusieurs mois de médicaments contre le paludisme (ACT), le VIH (ARV) et la tuberculose (médicaments de première ligne) à l'échelle nationale. Les conséquences ont été graves sur les patients.

De plus, le recouvrement des coûts signifie que les patients doivent souvent se procurer eux-mêmes leurs médicaments (de qualité discutable) dans le secteur privé, auprès de pharmacies privées sans licence ou de vendeurs itinérants (ou parcourir de longues distances pour se rendre dans une clinique MSF, ce que font de nombreuses personnes vivant avec le VIH à Bangui).

Financement de la santé

L'État alloue de minces ressources à la santé : les dépenses de santé du gouvernement s'élèvent seulement à 7 \$ par tête et par an, et le budget annuel dédié à la santé est de 30,8 millions \$. Presque tous les actes médicaux doivent être payés par le patient : accouchements (26,09 \$ en moyenne), hospitalisations (23,38 \$ en moyenne), consultations (12,92 \$ en moyenne dans un centre de santé, 6,80 \$ dans un poste de santé), tests en laboratoire (7,61 \$), consultations anténatales (4,63 \$ en moyenne), médicaments (3,19 \$). Même les gants et les « droits de table » sont facturés (1,13 \$ chacun).

Pour assurer son propre fonctionnement, le ministère de la Santé dépend du financement des pays donateurs et des bailleurs de fonds médicaux, tels que le Fonds mondial.

Leadership et gouvernance

La suspension de plusieurs accords de subvention entre le gouvernement et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a eu de graves conséquences médicales. Aucune subvention n'a été versée pour le paludisme en 2010, ce qui a provoqué une rupture de stock nationale d'ACT54 : cela signifie qu'au moins 175 000 personnes n'ont pas pu recevoir un traitement qui aurait pu leur sauver la vie et qu'ils ont dû à la place acheter des médicaments de qualité inférieure sur le marché ou rester sans traitement.

De la même manière, la suspension du versement des subventions pour le VIH a été la principale cause des pénuries nationales d'ARV, ce qui a interrompu le traitement de quelque 15 000 patients séropositifs.

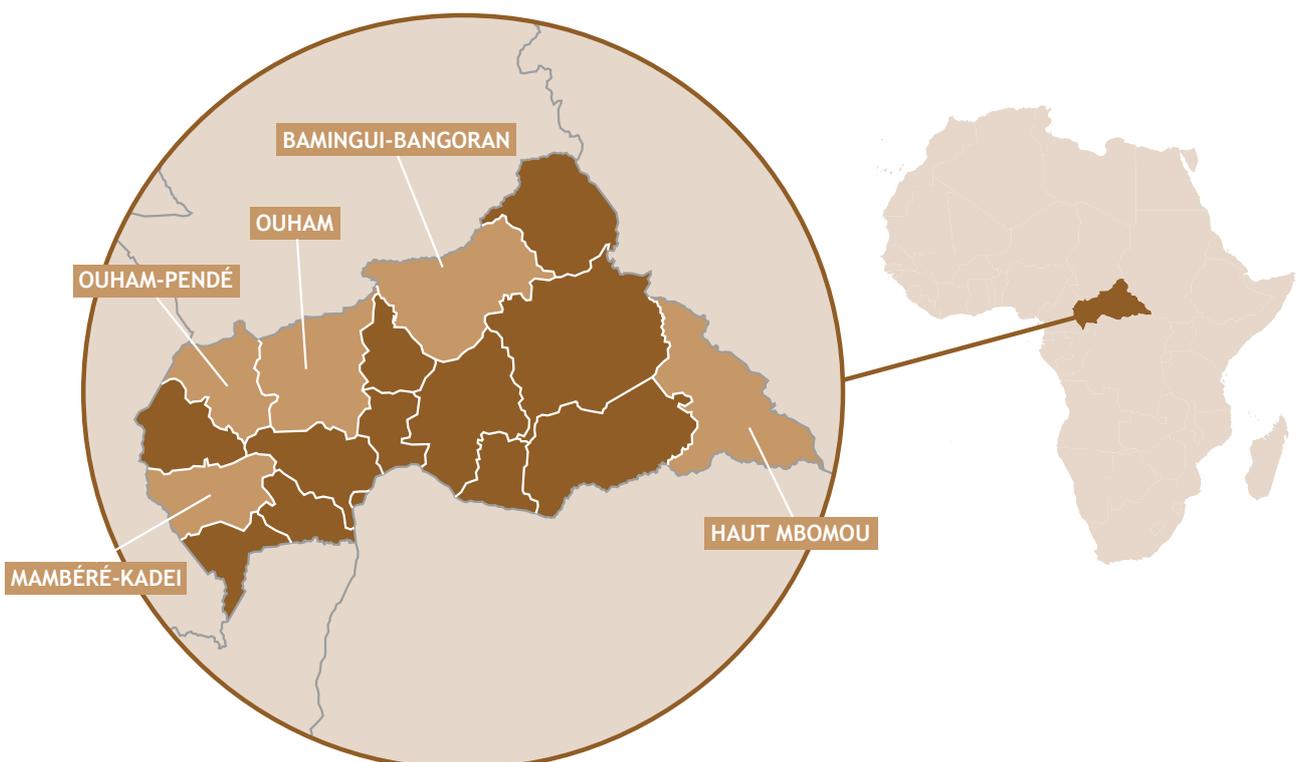
Les conséquences de tout cela sont malheureusement prévisibles. **Les services de santé sont souvent indisponibles dans de nombreuses régions du pays.** S'ils sont disponibles, leur accès est limité par la distance et le coût pour le patient. Et s'ils sont accessibles, la qualité du service est généralement médiocre.



© Rémi Vallat / MSF

MSF travaille dans 5 des 17 préfectures du pays, principalement (mais pas uniquement) dans les zones frontalières, plus instables.

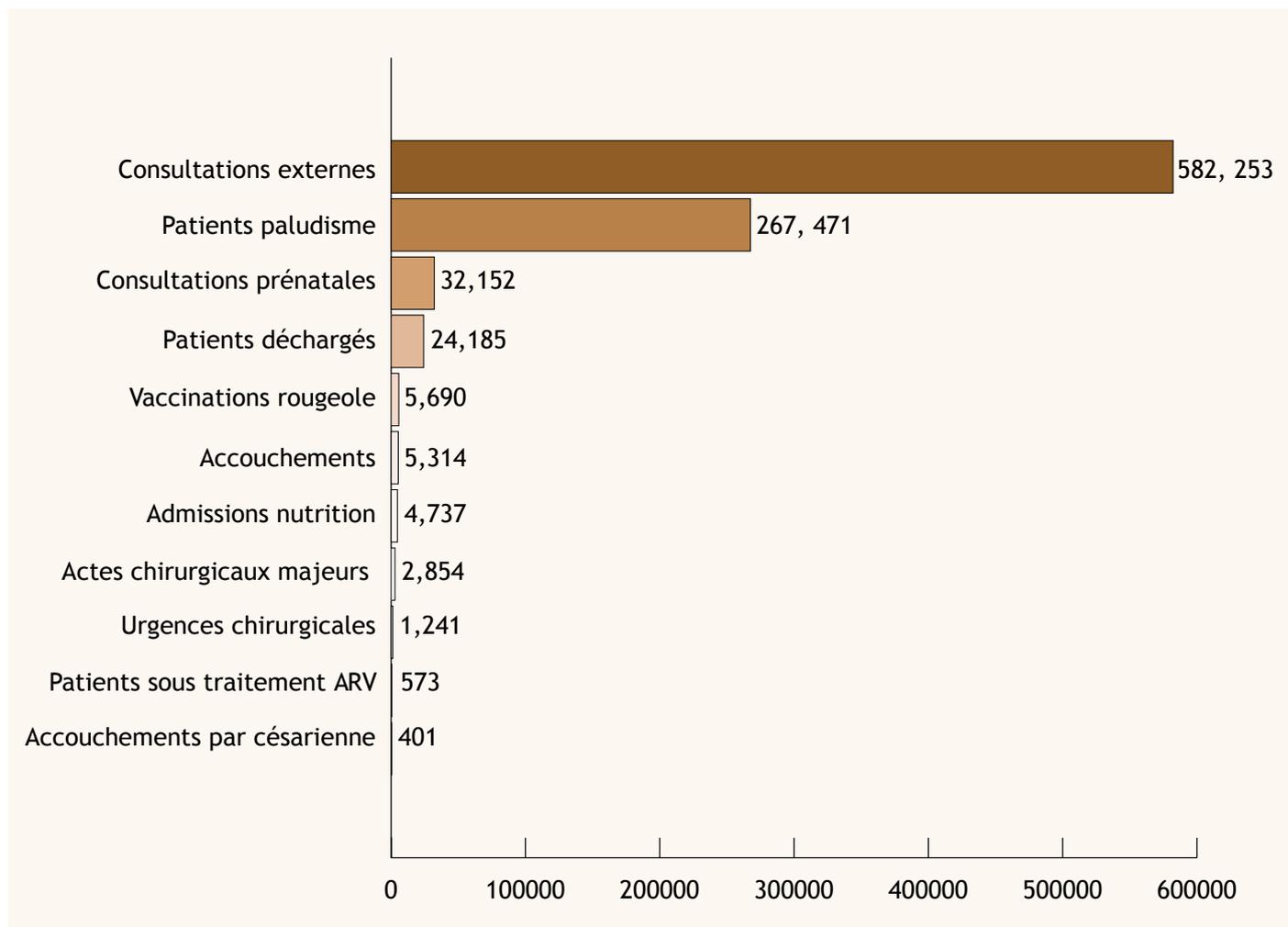
Nous dirigeons des projets à Gadzi et Carnot dans la préfecture de **Mambéré-Kadei**, à Paoua dans la préfecture d'**Ouham-Pendé**, à Boguila, Maitikoulou, Kabo et Batangafo dans la préfecture d'**Ouham**, à Ndele dans la préfecture de **Bamingui-Bangoran**, et à Zémio dans la préfecture du **Haut-Mbomou**.



Nos programmes soutiennent 9 hôpitaux et 36 centres et postes de santé. Nous travaillons systématiquement avec les structures du ministère de la Santé en coopérant avec eux aussi étroitement que possible. En 2010, nous avons soigné 582 253 patients externes et 21 605 patients hospitalisés en RCA.

Médecins Sans Frontières travaille en République centrafricaine depuis 1997. Fin 2010, l'organisation comptait une équipe de 1 243 personnes dans le pays. Nous aspirons actuellement à étendre notre présence dans le pays pour répondre aux besoins médicaux non satisfaits de la population.

RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE MSF EN 2010



Pascal Monkoj, professeur. Séropositif

“ Si je n’avais pas été soigné à l’hôpital MSF de Batangafo, je serais mort à l’heure qu’il est. Je souffrais de diarrhées et de migraines. Je suis allé voir un médecin qui m’a référé au laboratoire pour effectuer des tests. Les résultats ont confirmé que j’étais séropositif. Grâce au traitement je ne suis plus malade, je suis heureux, je ne m’inquiète plus. ”



Isabelle et sa fille Nicole souffrent du paludisme



“ Je viens du village de Dokaba situé à environ une heure et demie de marche d’ici. Ma fille a la fièvre depuis plus de cinq jours. C’est pour ça que j’ai décidé de venir ici. Avant, j’utilisais des remèdes traditionnels ou j’achetais des médicaments au marché. Je n’avais pas d’argent pour acheter des médicaments. Mais comme ici les soins sont gratuits, je peux me rendre dans un hôpital ou une clinique mobile. ”

Charline, 18 mois, au centre nutritionnel de Paoua.

Sa tante raconte :

“ Quand je l’ai amenée la première fois, son teint était jaune, ses cheveux se décoloraient. Ses pieds et ses bras étaient tout gonflés, elle avait mal au ventre. On lui a diagnostiqué une anémie alors on l’a transfusée. Je suis rentrée à la maison et Charline est retombée malade. Alors je suis revenue à l’hôpital. J’ai cinq enfants à ma charge. Charline est fille unique et elle a perdu sa maman il y a deux mois. Nous vivons à vingt kilomètres d’ici. Pour moi, la seule solution quand ma nièce est tombée malade a été de la conduire à l’hôpital. Charline va mieux aujourd’hui mais je reviendrai à l’hôpital toutes les fois qu’il le faudra. Sinon, je l’aurais déjà perdue. ”





Dr Louis Albert Massing

“ L'accès aux soins reste un problème majeur, même dans les régions qui ne sont pas directement touchées par le conflit. En Centrafrique, la grande majorité de la population vit dans des conditions extrêmement précaires. ”

Dr Frédérique Eygonnet

“ Les taux de mortalité maternelle et infantile sont très élevés en RCA. Dans plusieurs préfectures, le taux de mortalité serait trois à cinq fois plus élevé que dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne. ”



Olivier Aubry, chef de mission

“ Les enquêtes menées par MSF mais aussi les statistiques relevées dans nos structures de santé indiquent que les causes de cette mortalité 3 ou 4 fois supérieure au seuil d'urgence, sont les pathologies habituelles : paludisme, infections respiratoires, diarrhées, etc. On a un peu de mal à croire que ces simples facteurs soient la seule cause. On se demande aujourd'hui si la déstructuration du système de santé n'engendre pas une telle situation d'urgence ou encore s'il n'y a pas un facteur sous-jacent qu'on n'a pas encore mesuré

...

Le système semble complètement en panne. On constate d'énormes dysfonctionnements à tous les niveaux. Le ministère de la Santé est quasiment absent en dehors de Bangui, la capitale. Très peu de structures de santé fonctionnent. L'accès aux soins est très limité voire inexistant dans certaines régions. Les ressources humaines sont très limitées : on estime à 300 environ le nombre de médecins pour tout le pays, pour une population d'environ 5 millions de personnes. Et la plupart d'entre eux sont à Bangui. ”



© Fernando Calero-Carnot

Des taux de mortalité supérieurs au seuil d'urgence

Au cours des 18 derniers mois, Médecins Sans Frontières a conduit quatre enquêtes de mortalité rétrospective dans trois préfectures différentes :

- Une enquête de surveillance des sites sentinelles dans les sous-préfectures de Boda, Boganda, Boganangone et Gadzi entre février et novembre 2010 a révélé un taux brut de mortalité de 1/10 000/jour avec des pics pendant la saison humide de mai à septembre et un taux record en novembre. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 2/10 000/jour. Ce taux correspond exactement au seuil d'urgence.

- Une étude conduite dans les sous-préfectures de Carnot et Gadzi en juin 2011 montre que dans trois communes rurales de Carnot, Gadzi et Senkpa Mpaéré, le taux brut de mortalité était de 3,3/10 000/ jour (IC à 95 % : 2,3-4,8), tandis que celui des enfants de moins de cinq ans était de 3,7/10 000/jour (IC à 95 % : 2,4-5,6). Dans la commune urbaine de Carnot, le taux brut de mortalité était de 3,9/10 000/ jour (IC à 95 % : 3-5,2) et celui des enfants de moins de cinq ans de 4,9/10 000/jour (IC à 95 % : 2,6-8,8). Les taux bruts de mortalité sont au moins trois fois plus élevés que le seuil d'urgence et indiquent une situation normalement considérée comme « incontrôlable », bien qu'aucune de ces sous-préfectures ne soit en proie à des conflits ou n'accueille un grand nombre de déplacés.

- Une enquête plus approfondie menée en août 2011 dans la commune urbaine de Carnot a révélé un taux brut de mortalité de 3,7/10 000/jour (IC à 95 % : 2,96- 4,61) et de 7/10 000/jour (IC à 95 % : 5,26-9,34) chez les enfants de moins de cinq ans.

- En avril 2011, une enquête conduite dans la zone située autour de l'hôpital MSF de Maitikoulou, dans la sous-préfecture de Markounda, préfecture d'Ouham-Pendé, a révélé un taux brut de mortalité de 0,83/10 000/jour (IC à 95 % : 0,51-1,33) et de 1,81/10 000/jour chez les enfants de moins de cinq ans (IC à 95 % : 0,92-3,56). Ces taux de mortalité ne dépassent pas le seuil d'urgence, mais le chiffre le plus élevé de l'intervalle de confiance n'écarte pas pour autant l'éventualité d'une surmortalité.

La principale enquête menée par MSF/Epicentre¹ dans les sites sentinelles des sous-préfectures de Boda, Boganda, Boganangone et Gadzi a détecté une crise sanitaire chronique avec des taux de mortalité très «supérieurs à la base plausible et accompagnés de niveaux alarmants de malnutrition»². Ceci constitue une preuve incontestable de surmortalité³, suggérant une crise sanitaire prolongée en 2010, au moins dans les régions couvertes par l'enquête.

L'étude indique que les déficits économiques en sont en partie responsables, dans la mesure où la fermeture partielle ou complète des mines de diamants en 2009-2010 a supprimé la principale source de revenu de la plupart des foyers. En ce qui concerne le taux brut de mortalité général et celui des enfants de moins de cinq ans, le pic (atteint en octobre/novembre 2010) a été attribuée à une épidémie.

D'après toutes ces enquêtes, nous pouvons conclure que les taux de mortalité sont supérieurs aux prévisions de référence et que la population est vulnérable aux éventuels épidémies et pics de malnutrition, responsables d'une mortalité élevée au sein des populations sensibles. Il est également important de noter que même les régions épargnées par les conflits peuvent présenter des taux bruts de mortalité supérieurs au seuil d'urgence.

Focus sur les enquêtes de mortalité rétrospective menées à Carnot

A la demande de MSF, Epicentre a réalisé une enquête de mortalité rétrospective dans la sous-préfecture de Carnot (communes de Carnot, Senkpa Mbaéré et Gadzi) entre mai et juillet 2011.

Une première enquête a été menée en avril et mai 2011 sur une population totale estimée à 94 693 personnes dans :

- 27 des 37 villages de la commune de Senkpa Mbaéré
- 40 des 61 villages de la commune de Carnot
- 74 des 128 villages de la commune de Gadzi
- Les 31 quartiers de la ville de Carnot

1. Centre de recherche épidémiologique de MSF.

2. Caleo (2011), op. cit. p.3.

3. Le calcul de la surmortalité nécessite une référence, c'est-à-dire un taux de mortalité antérieur à la situation d'urgence, une donnée souvent difficile à obtenir. En théorie, cela pourrait équivaloir au nombre de morts causées par l'urgence elle-même, ou plutôt le nombre de morts qui auraient pu être épargnées si l'urgence n'avait pas eu lieu. La différence entre cette référence et le taux de mortalité estimé par l'enquête est ensuite multipliée par la taille de la population afin d'obtenir le nombre de morts excédentaires. Le nombre de morts excédentaires dépend fortement du supposé taux de mortalité pré-urgence et de la taille estimée de la population.

En milieu rural comme en milieu urbain, les estimations des taux brut de mortalité et des taux spécifiques de mortalité chez les moins de 5 ans entre le 1er janvier 2011 et le jour de l'enquête sont supérieurs au seuil d'urgence recommandés par MSF et le CDC (Réf. Taux brut de mortalité $\geq 1/10000/\text{jour}$ et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ≥ 2).

**TAUX BRUT DE MORTALITÉ ET TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ, ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.
COMMUNE CARNOT, GADZI ET SENKPA MBAÉRÉ, RCA, JANVIER 2011 - AVRIL 2011**

Commune rurale de Carnot, Gadzi et Senkpa Mbaéré N = 4295				Commune urbaine de Carnot N = 2979		
	# décès	Décès 10000/jour	IC 95%	# décès	Décès 10000/jour	IC 95%
Taux Brut de Mortalité	170	3.3	2.3-4.8	106	3.9	3.0-5.2
Taux de Mortalité des moins de 5 ans	34	3.7	2.4-5.6	25	4.9	2.6-8.8

>> Ces chiffres indiquent que sur la ville de Carnot, 20 adultes et 25 enfants âgés de moins de cinq ans sont, en moyenne, décédés chaque jour depuis le début de l'année 2011.

Une seconde enquête menée en juillet 2011 a eu pour objectif d'estimer le taux de mortalité brut et le taux de mortalité spécifique chez les enfants de moins de cinq ans, dans la ville de Carnot, sur une période de six mois ainsi que de confirmer les tendances observées en mai et d'obtenir des informations sur les causes principales de décès.

La population cible de l'enquête était constituée par l'ensemble des personnes résidant dans les 31 quartiers de la ville de Carnot depuis le début de l'année 2011.

**TAUX DE MORTALITÉ BRUT ET SPÉCIFIQUE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.
ENQUÊTE DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVE, VILLE DE CARNOT, RCA, JUILLET 2011.**

Taux de mortalité	Population	Nombre de décès	Taux /10000/jour	IC 95%
Brut	3878	298	3,7	3,0-4,6
Enfants < 5 ans	690	100	7,0	5,3-9,3

>> Le taux de mortalité brut était de 3,7 décès/10000 personnes/jour, comparable aux estimations de l'enquête effectuée au mois de mai et le taux de mortalité spécifique chez les enfants de moins de cinq ans était de 7,0 décès/10000 personnes/jour (tableau 4). Le taux de mortalité spécifique chez les enfants de moins de 1 an était de 15,4 [IC95% 11,2 -20,4].

**TAUX DE MORTALITÉ SPÉCIFIQUES PAR GROUPE D'ÂGE. ENQUÊTE DE MORTALITÉ
RÉTROSPECTIVE, VILLE DE CARNOT, RCA, JUILLET 2011**

Classe d'âge	Population	Nombre de décès	Taux /10000/jour	IC 95%
< 1 an	160	41	15,39	11,23-20,39
1-4 ans	530	59	5,12	3,52-7,35
5-14 ans	1158	44	1,93	1,35-2,75
15-29 ans	1084	48	2,18	1,51-3,12
30-59 ans	827	75	4,05	3,14-5,19
60-79 ans	112	27	9,97	7,07-13,71
80-95 ans	5	4	20,20	9,12-34,69

>> Le taux de mortalité chez les moins de 5 ans est bien supérieur à celui estimé en mai déjà alarmant (2 fois supérieurs au seuil d'urgence). 35 enfants âgés de moins de cinq ans sont, en moyenne, décédés chaque jour depuis le début de l'année 2011 dans la ville de Carnot. La période de rappel de l'enquête effectuée en juillet 2011 comprenant une partie de la saison des pluies (mai-octobre), les décès liés au paludisme chez les moins de 5 ans ont certainement contribué à l'augmentation du taux de mortalité chez les moins de 5 ans dans l'enquête de juillet à Carnot ville.

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS RAPPORTÉES PAR LE CHEF DE MÉNAGE. ENQUÊTE DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVE, VILLE DE CARNOT, RCA, JUILLET 2011.

Principales causes	Population totale		Enfants < 5ans	
	N	%	N	%
Diarrhées	61	20,5	26	26
Troubles respiratoires	36	12,1	10	10
Troubles neurologiques	20	6,7	6	6
Paludisme	42	14,1	24	24
Fièvre (seule)	13	4,4	7	7
Traumatismes/ blessures	28	9,4	5	5
Autres causes	81	27,2	18	18
Inconnue	17	5,7	4	4
TOTAL	298	100	100	100

>> Principales causes de décès rapportées par le chef de ménage: diarrhée (20,5%) paludisme (14,1%) et IRA (12,1%), ces pathologies pouvant parfois être associées. Chez les enfants de moins de cinq ans, ces deux maladies représentent plus de la moitié de l'ensemble des causes de décès.

CONCLUSION

Les résultats obtenus lors des enquêtes de mai et juillet 2011 effectuée par MSF/EPICENTRE dans la Sous Préfecture de Carnot montrent des taux de mortalité bien supérieurs aux seuils d'urgence utilisés par MSF et d'autres acteurs dans les contextes d'urgence sanitaire. Ces enquêtes révèlent l'existence d'une situation d'urgence sanitaire chronique qui s'est très nettement aggravée depuis 2009. Malgré des imprécisions relatives aux méthodes d'évaluation des causes de décès (autopsie verbale), les résultats de l'enquête montrent que trois pathologies (diarrhées, paludisme et infections respiratoires aiguës) dominent en particulier chez les enfants de moins de cinq ans, où elles représentent 60% des décès. Ces résultats témoignent d'une urgence sanitaire grave avec des causes de décès essentiellement évitables, liées principalement à un contexte d'accès aux soins de santé primaire extrêmement difficile voire inexistant.